



La chirurgie arthroscopique pour l'arthrose du genou est-elle efficace ?.

En 1994, une conférence de consensus¹ soulignait le peu d'indications validées de l'arthroscopie diagnostique thérapeutique du genou (ATG), hors pathologie méniscale et ligamentaire. Elle serait sans intérêt pour traiter l'arthrose fémoro-patellaire, discutable (peu évaluée, résultats discordants) dans la chondropathie rotulienne ou l'arthrose fémoro-tibiale. Malgré cela, plus de 650.000 ATG par an, de ce type, sont pratiquées aux USA, avec un coût unitaire de 5.000 \$. Près de 50% des patients se disent améliorés, lors d'essais ouverts sans groupes contrôles². L'ATG est-elle réellement efficace pour améliorer les symptômes et la mobilité, à long terme ? Un effet placebo lié au geste chirurgical n'explique-t-il pas ces résultats ? Une étude américaine ayant la particularité d'être contre placebo, apporte des données.²

Il s'agit d'un essai contrôlé randomisé comparant une ATG à une ATG placebo, avec évaluation des résultats en double aveugle. Ont été recrutés des patients de moins de 75 ans atteints de gonarthrose selon les critères de l'American College of Rheumatology, avec une douleur 4 en EVA, durant plus de 6 mois malgré le traitement médical. L'arthrose était classée suivant sa sévérité de 0 à 12, en incluant des données radiologiques sur les 3 compartiments. Étaient exclus les patients atteints d'arthrose trop sévère (score >9, déformations importantes), ou d'une pathologie grave associée. Parmi 324 patients éligibles, 44% refusèrent de participer. Leur caractéristique principale était une fréquence moindre d'arthrose classée comme

sévère : 12,5% contre 25% chez les participants. Sur 180 patients inclus, 165 achevèrent l'étude.

Les patients furent répartis en 3 groupes recevant soit ATG placebo (incisions cutanées sans introduction d'arthroscope, sédatif IV + O2 au masque), soit ATG (sous AG avec intubation) avec lavage seul, soit ATG avec lavage + débridement. L'intervention était effectuée par un seul orthopédiste. L'évaluation des résultats se faisait en double-aveugle, pendant 2 ans, avec comme critères principaux la douleur et la fonction articulaire (5 échelles et un test de marche et de montée d'escalier). Les résultats ne montrèrent aucune différence à 1 an ou à 2 ans entre placebo et ATG, ni sur la douleur, ni sur la fonction,

L'étude montre que l'ATG avec lavage articulaire, extraction des débris intra articulaires, régularisation de la surface articulaire, traitement de lésions méniscales banales, est sans effet chez les patients gonarthrosiques, Cette étude a quelques limites^{2,3}:

- presque 10% des patients ont été perdus de vue et n'ont pu être évalués à 1 et 2 ans. Mais ce chiffre est acceptable, identique dans les trois groupes, et ne semble pas pouvoir modifier le résultat. L'importance de l'effectif global (environ 60 patients dans chaque groupe) permettait de déceler une différence.
- les participants ne sont peut-être pas représentatifs de tous les patients. Cependant, les 44% ayant refusé de participer étaient un peu plus âgés et avaient une arthrose un peu moins sévère.
- De plus n'ont pas été étudiées les abrasions de cartilage à visée régénératrice, les patients avec des corps étrangers ou des lambeaux méniscaux importants source de blocages, pour qui il existe un consensus en faveur de l'utilité d'un geste local.

Le deuxième intérêt de l'étude est de montrer l'intérêt et la possibilité de chirurgie placebo. Un éditorial⁴ rappelle que pour être acceptable sur le plan éthique, la chirurgie placebo doit :

- 1- Justifier des risques pris au regard des bénéfices attendus en terme de connaissance scientifique. L'ATG pour arthrose s'est répandue en l'absence de preuves réelles de son intérêt dans cette indication. Elle n'est pas exempte de complications possibles pour le patient, sans parler de son coût pour la société. L'essai contre placebo est nécessaire pour assurer la validité scientifique des résultats : ici le critère principal de jugement est subjectif (la douleur) et l'ATG est susceptible d'induire un effet placebo ou nocebo.
- 2- S'efforcer de minimiser les risques inhérents au placebo lui-même (ici : sédation IV à la place d'AG).
- 3- Garantir un réel consentement éclairé. L'information des participants aux essais est difficile, plus encore dans ce cas. En l'absence d'information trop inductrice, il faut s'attendre à des refus de participation. Mais à ces conditions les essais contre placebo en chirurgie peuvent apporter des informations irremplaçables.

En pratique l'arthroscopie diagnostique et thérapeutique ne semble avoir qu'une place exceptionnelle dans la gonarthrose.

1 - Soc Fr de Rhumatologie et al avec la participation de l'ANDEM. L'arthroscopie du genou. Conférence de consensus, Paris 1994.

2 - Moseley JB, et al. A controlled trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee. N Engl J Med: 2002; 347: 81-8.

3 - Felson DT, Buckwalter J. Débridement and lavage for osteoarthritis of the knee. NEJM 2002; 347: 132-3

4 - Horng S, Miller FG. Is placebo surgery unethical ? NEJM 2002;347:137-9.

Mots clés: genou, arthrose, arthroscopie, chirurgie, essai contrôlé, éthique

Numéro 277 du 10 octobre 2002

Les articles cités peuvent être fournis (contre paiement des frais de reproduction et d'envoi)
Rendez-Vous aussi sur notre site: <http://www.unaformec.org>