



Quelle balance bénéfices/risques de la chirurgie arthroscopique dans l'arthrose du genou ?

Référence

Thorlund JB, Juhl CB, Roos EM, Lohmander LS.
Arthroscopic surgery for degenerative knee: systematic review and meta-analysis of benefits and harms. *BMJ* 2015;350:h2747.

Analyse de

Jean-Marc Feron, Centre Académique de Médecine Générale, Université Catholique de Louvain

La chirurgie arthroscopique est actuellement de plus en plus utilisée en réponse aux gonalgies d'allure mécanique, postulant sur le fait que ces douleurs sont directement liées à des anomalies anatomiques telles que des déchirures méniscales ou des lésions sur les cartilages, objectivées ou non par imagerie (1). Minerva a discuté en 2015 (2) une étude (3) qui montrait que, pour les patients sans arthrose avérée (ou seulement avec une forme modérée), le débridement arthroscopique pour les lésions méniscales dégénératives n'apportait pas de bénéfice significatif à 12 mois par rapport à un simulacre d'intervention. Cette absence de bénéfice avait déjà été mise en évidence par d'autres études (4,5). La chirurgie arthroscopique de débridement n'est par ailleurs pas bénéfique non plus chez des patients souffrant d'arthrose avérée (6-8). Ces études se sont focalisées sur les bénéfices potentiels de ces interventions, mais aucune jusqu'à présent n'en a considéré les effets indésirables.

Les auteurs de cette synthèse méthodique avec méta-analyse (9) ont tenté de considérer à la fois les bénéfices et les effets indésirables de l'arthroscopie chez des adultes et des personnes âgées avec gonalgies persistantes. Les caractéristiques et résultats sont résumés dans le tableau ci-dessous (*voir tableau*).

	Bénéfices	Effets indésirables
Critères de jugement	intensité de la douleur et capacité fonctionnelle	nombre de thromboses veineuses profondes, embolies pulmonaires, infections et décès
Critères de sélection des études	uniquement RCTs évaluant la chirurgie arthroscopique incluant la méniscectomie partielle, le débridement ou les deux pour des patients avec ou sans signe radiologique d'arthrose	études de cohorte, études basées sur des registres ou des séries de cas étaient également incluses
Mesure des résultats	les résultats ont été analysés par DMS* puis transposés sur une échelle visuelle analogique (de 0 à 100 mm) avec différence clinique significative si DMS de 15-20 mm	le nombre d'événements a été transformé par régression logistique pour donner le nombre de dommages/1000 interventions
Résultats	méta-analyse ; N = 9 RCTs ; n = 1270 patients (âge moyen de 49,7 à 62,8 ans). La chirurgie a été comparée à une variété de groupes contrôles allant de la chirurgie simulacre aux exercices : • bénéfice statistiquement démontré en faveur de la chirurgie pour le critère douleur, avec une ampleur	méta-analyse ; N = 9 études dont 2 RCTs et 7 études d'observation ; n = 1368475 patients ou interventions. Forte hétérogénéité entre les études. Les effets indésirables les plus fréquemment observés sur base de la gravité et de la fréquence sont :

	d'effet de 0,14 avec IC à 95% de 0,03 à 0,26) ce qui correspond à une différence de 2,4 mm (avec IC à 95% de 0,4 à 4,3) sur l'échelle VAS, à moyen terme (3 et 6 mois), mais pas à 24 mois - pas de bénéfice sur les capacités fonctionnelles - pas de différence selon les sous-groupes patients avec ou sans gonarthrose démontrée	- la thrombose veineuse profonde (4,13 cas/1000 interventions avec IC à 95% de 1,78 à 9,60) - l'infection (2,11/1000 avec IC à 95% de 0,80 à 5,56) - l'embolie pulmonaire (1,45/1000 avec IC à 95% de 0,59 à 3,54) - décès (0,96/1000 avec IC à 95% de 0,04 à 23,9)
Risque de biais	seules 2 études sont réalisées en aveugle	seule 1 étude répond aux 3 critères : description de l'intervention, type d'effet indésirable rapporté, sujets perdus de vue dans le suivi

* DMS = différence moyenne standardisée.

L'objectif de cette double synthèse méthodique, à savoir évaluer en même temps les bénéfices et les effets indésirables de l'arthroscopie pour le genou dégénératif, est ambitieux. Bien que de nombreux efforts de rigueur aient été faits, le niveau des preuves produites est malgré tout limité par la qualité des études originales disponibles (présence de biais importants) et surtout par une grande hétérogénéité entre les études dans la manière d'évaluer les bénéfices et les effets indésirables.

Les auteurs concluent que le bénéfice de la chirurgie arthroscopique sur la douleur dans le genou dégénératif chez l'adulte et la personne âgée est inconsistent et limité dans le temps, comparable en intensité à l'effet du paracétamol (ampleur d'effet de 0,14), et inférieur à l'effet modéré à important de l'exercice dans l'arthrose du genou (différence moyenne standardisée de 0,50). De plus, cette intervention comporte des risques. En considérant la balance bénéfices/risques, cette étude ne justifie pas la chirurgie arthroscopique pour les patients avec des gonalgies avec ou sans signe d'arthrose.

Conclusion

Les résultats de cette synthèse méthodique de bonne qualité méthodologique, mais basés sur des études originales de faible qualité méthodologique ne permettant d'émettre des conclusions que sur un niveau de preuve faible, sont cohérents avec les études antérieures. Au vu des effets indésirables pour les patients et des coûts financiers, la balance bénéfices/risques de la chirurgie arthroscopique n'est pas probante en cas de gonalgie avec ou sans signe d'arthrose chez l'adulte ou la personne âgée.

Références

1. Thorlund JB, Hare KB, Lohmander LS. Large increase in arthroscopic meniscus surgery in the middle-aged and older population in Denmark from 2000 to 2011. *Acta Orthop* 2014;85:287-92.
2. Rombouts JJ. Faut-il opérer les lésions méniscales dégénératives ? *Minerva* bref 15/04/2015.
3. Sihvonen R, Paavola M, Malmivaara A, et al; Finnish Degenerative Meniscal Lesion Study (FIDELITY) Group. Arthroscopic partial meniscectomy versus sham surgery for a degenerative meniscal tear. *N Engl Med J* 2013;369:2515-24.
4. Khan M, Evaniew N, Bedi A, et al. Arthroscopic surgery for degenerative tears of the meniscus: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ* 2014;186:1057-64.
5. Katz JN, Brophy RH, Chaisson CE, et al. Surgery versus physical therapy for a meniscal tear and osteoarthritis *N Engl J Med* 2013; 368:1675-84.
6. Rombouts JJ. Chirurgie arthroscopique des genoux arthrosiques ? *Minerva*F 2009;8(8):102-3.
7. Arthroscopic knee washout, with or without debridement, for the treatment of osteoarthritis. NICE interventional procedure guidance (IPG230) 2007.
8. Laupattarakasem W, Laopaiboon M, Laupattarakasem P, Sumananont C. Arthroscopic debridement for knee osteoarthritis *Cochrane Database Syst Rev* 2008, Issue 1.
9. Thorlund JB, Juhl CB, Roos EM, Lohmander LS. Arthroscopic surgery for degenerative knee: systematic review and meta-analysis of benefits and harms. *BMJ* 2015;350:h2747.