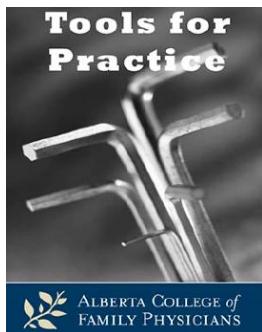


Révision : 13 août 2016

Mise à jour des données probantes : Nouvelles données probantes

Conclusion : Aucune modification

Première publication : 13 mai 2013



ALBERTA COLLEGE of
FAMILY PHYSICIANS

La viscosupplémentation (acide hyaluronique ou hylane) : amortir le choc (à votre porte-monnaie)?

Question clinique : Les injections de viscosuppléments (hylane ou acide hyaluronique) améliorent-elles les symptômes de l'arthrose du genou?

Conclusion : La recherche sur la viscosupplémentation (hylane ou acide hyaluronique) pour traiter l'arthrose du genou a souvent été de mauvaise qualité et a exagéré l'efficacité. Les meilleures données probantes indiquent que les effets bénéfiques ne sont pas significatifs (s'il y en a), et des événements indésirables sont possibles (dont le coût).

Données probantes

Il existe au moins huit revues systématiques. Nous nous concentrions sur les meilleures et nous prenons les autres en considération.

- Rutjes 2012¹ : 89 essais cliniques randomisés (ECR) regroupant 12 667 patients (âgés en moyenne de 63 ans), suivi médian de 16 semaines.
 - Réduction de la douleur (après trois mois), ampleur de l'effet : -0,37 (de -0,28 à --0,46-).
 - L'effet bénéfique clinique minimalement important a tout juste été atteint (-0,37 = 9 mm sur une échelle de douleur de 100 mm).
 - Mais les problèmes sont nombreux :
 - Les études de plus haute qualité (plus de 100 patients, randomisation appropriée ou évaluation des résultats à l'insu) n'ont constaté aucune amélioration clinique significative de la douleur ou de la fonction.
 - Biais de publication : Les essais négatifs sont moins portés à être publiés. Cinq des six études non publiées ont fourni des données et aucun effet n'a été observé.
 - Augmentation des événements indésirables.
 - Événements indésirables graves : risque relatif = 1,41 (1,02-1,97).
 - Abandons en raison d'événements indésirables, risque relatif = 1,33 (1,01-1,74).
- Bannuru2015² :
 - Par rapport à un placebo intra-articulaire : ampleur de l'effet : -0,34 (de -0,26 à -0,42)
 - Aucune différence par rapport à un corticostéroïde intra-articulaire : ampleur de l'effet (de +0,12 à -0,17)
 - Effet placebo important (biais prévisible) découlant de l'administration intra-articulaire de médicaments.
 - Placebo intra-articulaire par rapport à placebo oral : ampleur de l'effet : -0,29 (de -0,04 à -0,54).

- Six autres revues systématiques³⁻⁸ (regroupant de 7 à 76 ECR chacun) ont constaté ce qui suit :
 - Résultats semblables^{3,4};
 - Aucune différence du nombre de patients signalant une amélioration globale⁵;
 - Résultats semblables pour les injections de placebo et la viscosupplémentation⁶;
 - Différence cliniquement significative non traitée ou rarement atteinte³⁻⁸;
 - Effet bénéfique moindre selon les études de plus haute qualité^{3,7};
 - Effet bénéfique peut-être moins probable chez les patients de plus de 65 ans atteints d'une arthrose radiographique plus avancée⁸.

Contexte

- Bien que les conclusions de certaines revues systématiques soient positives⁵⁻⁸, celles-ci ignorent les résultats significatifs sur le plan clinique et/ou incluent des études biaisées de mauvaise qualité.
- Une revue systématique a examiné le facteur temps lié à l'effet de la viscosupplémentation⁹ :
 - Effet de pointe après huit semaines, ampleur de l'effet : -0,34 (de -0,02 à -0,67) pour les études de plus haute qualité.
 - La différence clinique minimalement importante demeure inférieure à 0,37¹.
- Une revue systématique comparant l'hylane à l'acide hyaluronique n'a constaté aucune différence (sauf que l'hylane pourrait faire augmenter les événements indésirables)¹⁰.
- Le coût de la viscosupplémentation (d'une à trois injections) varie entre 285 \$ et 500 \$.

Auteurs originaux : G. Michael Allan, M.D., CCMF, et Constance M. Lebrun, M.D., CCMF

Mise à jour :

Ricky Turgeon, B. Sc. (pharmacie), ACPR, Pharm. D.

Révision :

G Michael Allan, M.D., CCMF

Références

1. Rutjes AW, Jüni P, da Costa BR, et al. Ann Intern Med. 2012;157:180-191.
2. Bannuru RR, Schmid CH, Kent DM, et al. Ann Intern Med. 2015;162:46-54.
3. Arrich J, Piribauer F, Mad P, et al. CMAJ. 2005;172:1039-1043.
4. Lo GH, La Valley M, McAlindon T, et al. JAMA. 2003;290:3115-3121.
5. Bellamy N, Campbell J, Robinson V, et al. Cochrane Database Sys Rev. 2006;2: CD005321.
6. Medina JM, Thomas A, Denegar CR. J Fam Pract. 2006;55:669-675.
7. Modawal A, Ferrer M, Choi HK, et al. J Fam Pract. 2005;54:758-767.
8. Wang C-T, Lin J, Change C-J, et al. J Bone Joint Surg. 2004;86-A:538-545.
9. Bannuru RR, Natov NS, Dasi UR, et al. Osteoarthritis Cartilage, 2011, 19 : 611-619.
10. Reichenback S, Blank S, Rutjes AWS, et al. Arthritis & Rheumatism. 2007;57:1410-1418.

Les articles Outils de la pratique sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Ils sont coordonnés par les Drs **G. Michael Allan et Adrienne Lindblad** et rédigés par le groupe PEER (Patients, Experience, Evidence, Research), avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada, et des Collèges des médecins de famille de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Les commentaires sont les bienvenus à l'adresse toolsforpractice@cfpc.ca. Les articles sont archivés à <https://gomainpro.ca/francais/tools-for-practice/>.

Cette communication exprime l'opinion des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue ni la politique du Collège des médecins de famille du Canada.