

## OSTÉOARTHRITE GENOU

DR DAVID BLANCHETTE • DR PATRICK LAVIGNE • DR BENJAMIN LÉGER-ST-JEAN

### TRAITEMENT CONSERVATEUR EN PHYSIOTHÉRAPIE

Plusieurs personnes sont aux prises avec des problèmes de dégénérescence au niveau du genou. Les manifestations cliniques peuvent différer d'une personne à l'autre et variées selon le degré de l'atteinte. Parmi celles-ci, on retrouve généralement: douleur, raideur articulaire, crépitements, sensations d'instabilité, limitation de la mobilité ainsi que des problèmes reliés à la motricité. En effet, selon Ek Dahl and colleagues 80 % des patients rapportent des problèmes reliés à la fonction musculaires i.e. une diminution de la force, de l'équilibre, de la proprioception et de la coordination. Tous ces aspects doivent donc être pris en considération pour optimiser les résultats de la thérapie.

Plusieurs études reconnaissent actuellement les bienfaits de l'activité physiques et de la physiothérapie dans le traitement de la gonarthrose. Ces bienfaits seront principalement ressentis au niveau de la douleur et dans l'amélioration des capacités fonctionnelles. Bien entendu les effets de l'ostéoarthrite du genou sont irréversibles et peuvent ultimement amener le patient vers une avenue chirurgicale. Toutefois, la physiothérapie peut fournir une variété d'interventions pour minimiser les effets néfastes de cette pathologie et ralentir sa progression.

**FRÉQUENCE DU TRAITEMENT:** environ 1 à 2 fois par semaine

**DURÉE DU TRAITEMENT :** 4 à 6 semaines avec contrôles périodiques pour réévaluation et vérification du programme d'exercices

#### OBJECTIFS :

- Diminuer / contrôler la douleur
- Augmenter / maintenir l'amplitude articulaire de toutes les articulations atteintes (hanche-genou-cheville )
- Augmenter / maintenir la force musculaire de tout le membre inférieur
- Améliorer le patron et l'endurance de la marche
- Améliorer la capacité fonctionnelle
- Améliorer la proprioception et l'équilibre
- Développer l'autonomie du patient dans la prise en charge de sa pathologie

#### INTERVENTIONS LES PLUS COURAMMENT UTILISÉES :

Cette section énumère les interventions les plus couramment utilisées pour ce type de cas/diagnostic. Elle ne prétend pas inclure toutes les (ou uniquement les) interventions appropriées. Le traitement doit toujours être basé à partir d'une évaluation approfondie et tenir compte des besoins spécifiques du patient ainsi que du degré de sévérité de l'atteinte.

- **Education:**
  - . **Programme d'exercices à domicile :** Focus sur la **compliance** au programme d'exercice !! facteur déterminant dans son succès à long terme. En vue d'optimiser cette compliance van Baar et al. suggèrent de faire des réévaluations fréquentes (booster sessions: keep moving) et de maintenir le programme d'exercices d'une durée inférieure à 30 minutes.
  - . **Pathologie :** signes et symptômes, gestion de la douleur
  - . **Protection des articulations :** hygiène posturale adéquate, positionnement, activités recommandées et activités à éviter
  - . **Auxiliaires :** Utilisation adéquate des auxiliaires de marche, chaussures appropriées, orthèses.
  - . **Alimentation et perte de poids**
- **Thérapie manuelle:** Mobilisations passives et accessoires du genou, mobilisations des tissus mous
- **Exercices:**
  - . **Renforcement musculaire:** Débuter avec renforcement en chaîne ouverte puis progresser selon douleur vers exercices en chaîne fermée. Axer le renforcement sur des exercices fonctionnels. Toujours vérifier alignement adéquat. Travailler Quadriceps, IJ'S, abducteurs -adducteurs-extenseurs de la hanche, muscles du tronc.
  - . **Étirement et mobilité hanche-genou-cheville:** étirement des fléchisseurs plantaires, quadriceps, IJ's, bandelette ilio-tibiale, adducteurs-extenseurs hanche
  - . **Équilibre, proprioception et coordination**
  - . **Cardio-vasculaire:** préconiser les activités à faible impact (vélo, elliptique, marche, natation)
  - . **Thérapie en piscine si disponible**
- **Marche:** correction du patron de marche, évaluation pour auxiliaire. L'utilisation d'une canne peut diminuer la charge de 10% sur le genou atteint.
- **Modalités :** Jamtyedt et al ont reporté des évidences modérées concernant l'utilisation du TENS, du laser et de la cryothérapie dans la réduction de la douleur en comparaison avec un placebo. Concernant l'efficacité de l'ultrason et de la thérapie thermique, les évidences scientifiques demeurent jusqu'à ce jour incertaines.
- **Orthèse et Taping :** Dans certains cas les orthèses qui diminuent la charge au niveau du compartiment interne ou externe du genou peuvent procurer un certain soulagement. Les orthèses plantaires (lateral wedge) peuvent également réduire la charge au niveau du genou. Le taping fémoro-patellaire dans certaines situations peut également réduire la douleur. Toutefois, les évidences scientifiques sur leur efficacité demeurent incertaines.

#### **OBJECTIFS LORS DU CONGÉ DE TRAITEMENT:**

Patient autonome et outillé pour la gestion de sa douleur, dans son programme d'exercices et dans l'utilisation des auxiliaires si nécessaires.

## TRANSFERT DES SOINS :

Consulter le médecin traitant s'il n'y a pas d'amélioration à la réévaluation ou si la condition se détériore. Il pourrait choisir d'orienter le patient vers un spécialiste.

Rédaction : Anne Ducharme, pht

Révision: Benjamin Léger-St-Jean, MD, FRCSC, chirurgien orthopédiste

Publication: Février 2017

### Références :

Butler, A. et Shannon, K. (2009). Standard of Care: Osteoarthritis of the Knee. Boston, MA: Brigham and Women's Hospital, Department of Rehabilitation Services.

Deyle, G. D., Henderson, N. E., Matekel, R. L., Ryder, M. G., Garber, M. B. et Allison, S. C. (2000). Effectiveness of manual physical therapy and exercise in osteoarthritis of the knee. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*, 132(3), 173-181.

Fisher, N. M., Gresham, G. E., Abrams, M., Hicks, J., Horrigan, D. et Pendergast, D. R. (1993). Quantitative effects of physical therapy on muscular and functional performance in subjects with osteoarthritis of the knees. *Arch Phys Med Rehabil*, 74(8), 840-847.

Fitzgerald, G. K. e. et Oatis, C. (2004). Role of physical therapy in management of knee osteoarthritis. *Curr Opin Rheumatol*, 16, 143-147.

Jamtvedt, G., Dahm, K. T., Christie, A., Moe, R. H., Haavardsholm, E., Holm, I. et Hagen, K. B. (2008). Physical therapy interventions for patients with osteoarthritis of the knee: an overview of systematic reviews. *Phys Ther*, 88(1), 123-136.

Jian, L. O. Y. (2011). Physiotherapy intervention in OA Knee. Repéré à [https://www.nuh.com.sg/wbn/slot/news/ah01/4b0bf84a7\\_u3609.pdf](https://www.nuh.com.sg/wbn/slot/news/ah01/4b0bf84a7_u3609.pdf)

Jordan, K. M., Arden, N. K., Doherty, M., Bannwarth, B., Bijlsma, J. W., Dieppe, P., . . . Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials, E. (2003). EULAR Recommendations 2003: an evidence based approach to the management of knee osteoarthritis: Report of a Task Force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT). *Ann Rheum Dis*, 62(12), 1145-1155.

Rogind, H., Bibow-Nielsen, B., Jensen, B., Moller, H. C., Frimodt-Moller, H. et Bliddal, H. (1998). The effects of a physical training program on patients with osteoarthritis of the knees. *Arch Phys Med Rehabil*, 79(11), 1421-1427.

Shamliyan, T. A., Wang, S. Y., Olson-Kellogg, B. et Kane, R. L. (2012) Physical Therapy Interventions for Knee Pain Secondary to Osteoarthritis. Rockville (MD).

Wang, S. Y., Olson-Kellogg, B., Shamliyan, T. A., Choi, J. Y., Ramakrishnan, R. et Kane, R. L. (2012). Physical therapy interventions for knee pain secondary to osteoarthritis: a systematic review. *Ann Intern Med*, 157(9), 632-644.

