

Tendinopathie glutéale : est-il plus rentable d'avoir recours à l'éducation et à la kinésithérapie plutôt qu'à des infiltrations de corticostéroïdes ou à l'attente ?

Référence

Wilson R, Abbott JH, Mellor R, et al. Education plus exercise for persistent gluteal tendinopathy improves quality of life and is cost-effective compared with corticosteroid injection and wait and see: economic evaluation of a randomised trial. *J Physiother* 2023;69:35-41. DOI: 10.1016/j.jphys.2022.11.007

Analyse de

Barbara Claus, Vakgroep Farmaceutische Analyse, Faculteit Farmaceutische Wetenschappen, UGent; Apotheek, UZ Gent.
Absence de conflits d'intérêt avec le sujet.

Question clinique

Quelle est la stratégie la plus rentable pour les soins de santé et pour la société dans le cas d'une tendinopathie glutéale : kinésithérapie associée à une éducation, infiltration de corticostéroïdes ou attente ?

Contexte

La tendinopathie glutéale, également connue sous le terme de syndrome douloureux du grand trochanter, se traduit par une douleur invalidante à hauteur de la hanche et irradiant à la face latérale de la cuisse. Sa prévalence dans la population se situe entre 10 et 25% avec une prédominance féminine ; son évolution peut être chronique (1,2). Les options thérapeutiques sont les suivantes : l'administration de plasma riche en plaquettes (dans les tendinopathies de grade 1 ou 2), un programme d'exercices, des infiltrations de corticostéroïdes et la thérapie par ondes de choc. Les infiltrations de corticostéroïdes sont proposées comme option en cas d'inflammation persistante, mais, tout comme avec les AINS, leur effet ne persiste pas au-delà du court terme (3,4). En 2022, Minerva a traité de l'effet de la thérapie par ondes de choc associée à un programme d'exercices, rapportant un effet sur la douleur à court et moyen terme (5,6). Dans les cas graves, la douleur a un impact sur les activités physiques, sociales et professionnelles, avec une répercussion négative sur la qualité de vie, comme dans le cas d'une gonarthrose sévère. Ces deux pathologies sont d'ailleurs connues pour les pertes économiques qu'elles occasionnent (7,8). Il faut également tenir compte du fait que la tendinopathie glutéale touche principalement la population jeune et encore active (40-60 ans). D'où la question de savoir quelle approche de la tendinopathie glutéale est la plus rentable d'un point de vue social : infiltrations de corticostéroïdes, kinésithérapie associée à une éducation ou attente (avec la probabilité d'une résolution spontanée). Dans une étude prospective en simple aveugle (9), la kinésithérapie associée à une éducation a donné, après un an, des résultats globalement beaucoup plus importants que l'infiltration de corticostéroïdes (nombre de sujets à traiter (NNT) = 5) et que l'attente (NNT = 4). Bien que la douleur se soit améliorée dans tous les groupes, un soulagement plus important a été observé après un an avec la kinésithérapie associée à une éducation, ainsi qu'avec les infiltrations de corticostéroïdes, par comparaison avec l'attente. Il n'y avait pas de différence entre la kinésithérapie associée à une éducation et les infiltrations de corticostéroïdes quant au soulagement de la douleur. Dans une nouvelle publication, les chercheurs s'interrogent sur le rapport coût-efficacité de ces traitements comparés les uns aux autres (10).

Résumé

Population étudiée

- 204 patients de première ligne souffrant d'une douleur persistante à la face latérale externe de la hanche due à une tendinopathie glutéale (score de douleur $\geq 4/10$; confirmée à l'IRM) des régions de Brisbane et Melbourne, Australie
- l'âge moyen était de 55 ans (intervalle de 35 à 70 ans), et la proportion de femmes était de 82%
- au début de l'étude, le score moyen sur une échelle de douleur de 0 à 10 était de 4,9 (ET : 1,0), et le score moyen sur une échelle de santé de 0 à 20 était de 4,7 (ET : 4,4).

Protocole de l'étude

Analyse coût-utilité après un an

- menée en parallèle avec une RCT (9) qui a comparé 1) la kinésithérapie associée à une éducation pendant 8 semaines (14 visites chez un kinésithérapeute avec des exercices guidés pendant 30 minutes + explication de et attention à l'augmentation graduelle de la charge sur le tendon, avec exercices quotidiens à domicile entre les visites) (n = 69), avec 2) une infiltration unique de Celestone chronodose® ou de Kenacort A40® (infiltration de corticostéroïdes) (n = 66) et avec 3) une visite chez un kinésithérapeute pour des conseils généraux sur l'exercice (attentisme) (n = 69)
- pour la mise en rapport des coûts et des utilités liées à la santé (traduites en **QALY**), les paramètres suivants ont été recueillis et appréciés :
 - **coûts** : en ce qui concerne les coûts, la consommation médicale liée à la santé et les coûts non liés à la santé (tels que l'absentéisme au travail et les frais de déplacement dus à la maladie) ont fait l'objet d'une enquête auprès des participants tous les six mois ; la consommation de médicaments au cours de la semaine écoulée a été enregistrée à chaque visite (afin d'éviter les biais de mémorisation) et extrapolée pour les coûts de santé liés à la kinésithérapie, à l'infiltration de corticostéroïdes et à la visite unique chez le kinésithérapeute ; dans le groupe « attentisme », les prestations remboursées par le système de santé ont été calculées (en dollars australiens, elles s'élevaient à 840 AU\$, 156 AU\$ et 60 AU\$ (1 AU\$ = 0,61 €)) ; l'analyse en intention de traiter des coûts a été effectuée par un économiste de la santé indépendant
 - **utilités** : les patients ont rempli le questionnaire générique **EQ-5D-3L** pendant l'étude (aux semaines 0, 4, 8, 12, 26, 52) ; cet instrument évalue cinq domaines de santé générale : mobilité, autonomie de la personne, activités quotidiennes (personnelles et professionnelles), douleur/gêne et anxiété/dépression ; ces scores ont été convertis en utilités privilégiées (sur un indice de santé de 0 à 1 ; 0 = mort ; 1 = parfaite santé), mesurées pour la population australienne (chaque score du questionnaire EQ-5D-3L correspond donc à une utilité comprise entre 0 et 1) ; le résultat a finalement été exprimé en QALY (c'est-à-dire en multipliant la durée de vie exprimée en années par un score de qualité de vie), en l'occurrence comme utilités pondérées des patients dans chaque bras de l'étude sur une période d'un an.

Mesure des résultats

- ratio différentiel coût-résultat (RDCR) après un an entre la kinésithérapie associée à une éducation et l'infiltration de corticostéroïdes, et entre la kinésithérapie associée à une éducation et l'attentisme
- pour chaque comparaison 2 à 2, le rapport entre la différence de coût et la différence d'effet a été calculé pour obtenir le RDCR (coût par QALY gagnée) ; les différences ont été ajustées en fonction des caractéristiques à l'entrée dans l'étude (type de patient, scores d'utilité et coûts initiaux, lieu de l'étude)
- les RDCR ont été comparés au produit intérieur brut (PIB) par habitant en Australie, qui est de 68000 dollars australiens, pour faire une déclaration sur le rapport coût-efficacité ; lorsque le RDCR est inférieur au PIB, on parle de rentabilité
- analyses de sensibilité en modifiant les types et les hauteurs des coûts inclus.

Résultats

- les coûts annuels moyens et les QALY des différentes stratégies étaient les suivants :
 - 6979 dollars australiens (ET : 9077) et 0,86 QALY (ET : 0,11) pour la kinésithérapie associée à une éducation
 - 5033 dollars australiens (ET : 6372) et 0,83 QALY (ET : 0,12) pour l'injection de corticostéroïdes
 - 5162 dollars australiens (ET : 6471) et 0,79 QALY (ET : 0,15) pour l'attentisme
- il n'y avait pas de différence entre les groupes quant à la consommation en rapport avec la santé (la consommation d'analgésiques était cependant plus faible dans le groupe kinésithérapie associée à une éducation). En revanche, les coûts non liés à la santé (tels que l'absentéisme au travail et les frais de déplacement) et les coûts d'intervention (pour fournir chaque stratégie) étaient les plus élevés dans le groupe kinésithérapie associée à une éducation
- les QALY sur un an étaient statistiquement plus élevées avec la kinésithérapie associée à une

éducation qu'avec les deux autres stratégies (voir première ligne du tableau)

- il n'y avait pas de différences statistiquement significatives entre les trois stratégies en termes de coût total ; toutefois, les différences étaient numériquement plus importantes pour la perspective sociale que pour la perspective des soins de santé (voir la deuxième ligne du tableau)
- la kinésithérapie associée à une éducation était rentable par comparaison avec l'infiltration de corticostéroïdes et avec l'attentisme, et ce tant pour la perspective sociale que pour la perspective des soins de santé (voir la troisième ligne du tableau)

Tableau. Différences en termes de coûts et d'effet entre les stratégies étudiées dans l'analyse économique sur un an.

	Kinésithérapie associée à une éducation par rapport à l'injection de corticostéroïdes	Kinésithérapie associée à une éducation par rapport à l'attentisme
Différence en termes de QALY (avec IC à 90%)	0,05 (0,02 à 0,09)	0,06 (0,03 à 0,10)
Différence en termes de coûts En dollars australiens (avec IC à 90%)		
- perspective sociale	663 (-1876 à 3201)	1680 (-860 à 4220)
- perspective des soins de santé	291 (-1161 à 1744)	198 (-1201 à 1597)
Ratio différentiel coût-résultat : RDCR en dollars australiens par QALY		
- perspective sociale	12719*	29258*
- perspective des soins de santé	5592*	3444*

* RDCR < PIB par habitant (68000 dollars australiens) = rentable ; IC : intervalle de confiance.

- les analyses de sensibilité n'ont pas modifié la conclusion, mais ont indiqué que le coût de l'intervention était un paramètre exerçant une influence sur le résultat obtenu.

Conclusion des auteurs

Les auteurs concluent que la kinésithérapie associée à une éducation pour le traitement de la tendinopathie glutéale améliore la qualité de vie liée à la santé et est rentable par rapport à l'infiltration de corticostéroïdes et à l'attentisme.

Financement de l'étude

L'essai initial a été financé par un organisme national Subvention du programme du Conseil de la recherche médicale et de la santé (NHMRC). Un auteur a reçu le soutien par un chercheur principal de ce même organisme.

Conflits d'intérêt des auteurs

Aucun conflit d'intérêt n'est mentionné.

Discussion

Évaluation de la méthodologie

L'analyse coût-utilité a été effectuée en parallèle à une étude randomisée interventionnelle (9). Cela constitue un avantage car, outre les résultats cliniques observés, les utilités, la consommation médicale et l'absentéisme au travail ont pu être immédiatement étudiés pour l'étude économique et, par conséquent, peu d'extrapolations à partir d'autres sources de données ont dû être effectuées. Cet atout est en même temps une limite car on pourrait ainsi étudier une population sélectionnée dans l'étude économique (tendinopathie confirmée à l'IRM, taux de gravité non mentionné) alors qu'une étude économique sur les coûts et les utilités s'intéresse surtout à la gestion quotidienne de tous les profils de patients (tendinopathies sans confirmation radiologique, patients qui arrêtent prématurément le traitement pour une raison ou une autre). Les auteurs en ont partiellement tenu compte en effectuant l'analyse des coûts en intention de traiter. Il est vrai que cette analyse économique se base sur une étude où le taux d'abandon était très faible (un peu moins de 10%). Des écarts-types élevés sont retrouvés pour tous les coûts (à l'exception des coûts fixes de l'intervention selon le protocole). Il n'y a pas eu de différences significatives en termes de coûts entre les stratégies, ce qui se conçoit

dans une population ambulatoire relativement petite (n = 204) sur une période d'un an. Pour calculer les différences de QALY entre les stratégies étudiées, les utilités mesurées chez les patients ont été utilisées à l'aide du questionnaire général EQ-5D, administré à différents moments au cours de la période d'étude d'un an. Toutefois, cette technique n'est pas très sensible pour détecter des différences spécifiques à une maladie (comme la douleur à la hanche). Cela signifie qu'il est peu probable que la détection d'une différence statistiquement significative avec ce questionnaire générique chez des patients qui avaient une qualité de vie globale similaire au début de l'étude soit due au hasard. Cependant, une certaine prudence reste de mise car les questionnaires ont été administrés à des patients qui n'étaient pas en insu du traitement.

Évaluation des résultats

Le rapport coût-efficacité favorable de la stratégie consistant à associer de la kinésithérapie et une éducation, par comparaison avec l'infiltration de corticostéroïdes et avec l'attentisme, est donc attribuable à une différence de QALY. La question essentielle est de savoir si cela se reflétera dans la pratique quotidienne et sur une période plus longue que le délai relativement court d'un an. Les auteurs laissent également certains points de discussion en suspens : par exemple, comment expliquer l'absentéisme au travail plus élevé dans le groupe kinésithérapie associée à une éducation. S'il se justifiait par la nécessité d'aller chez le kinésithérapeute, cela pourrait suggérer que l'absence au travail n'était pas due à la maladie. L'analyse de sensibilité n'indique pas non plus clairement dans quelle mesure une modification du coût d'intervention de chacune des stratégies influe sur le rapport coût-efficacité. Il est pourtant important de le savoir, car les coûts d'intervention sont directement liés au protocole de l'étude et peuvent se révéler différents dans la pratique. Une transposition à l'identique des résultats de cette analyse économique au contexte belge n'est en fait pas possible en raison des caractéristiques locales (principalement en termes de coûts) de chaque système de soins de santé. L'évaluation des services publics est également une caractéristique locale, et l'extrapolation au contexte belge demande de la prudence. Par exemple, la Belgique dispose de sa propre matrice des scores d'utilité pour l'instrument EQ-5D (11). De plus, la devise est différente en Australie : 1 dollar australien = 0,61 euro. Par ailleurs, certains résultats peuvent néanmoins être traduits de manière générale : sur une période d'un an, les patients du groupe kinésithérapie associée à une éducation conservent un meilleur état de santé sans différence substantielle en termes de coûts totaux par rapport aux autres interventions ; les patients souffrent moins de douleur (résultat de l'étude interventionnelle (9)) et utilisent moins d'analgésiques (résultat de l'étude économique (10)). Les médicaments contre la douleur sont peu coûteux et ne pèsent donc pas dans la différence des coûts. En Belgique, il n'y a pas de valeur-seuil de la disposition explicite à payer (*explicit willingness-to-pay*) pour un RDCR favorable (12), mais une valeur intrinsèque de 40000 euros par QALY gagnée est parfois supposée. Convertir avec le taux de change (ce qui est évidemment une approche simpliste - voir ci-dessus) pourrait donc également donner des RDCR favorables dans notre contexte de soins de santé.

Conclusion de Minerva

Cette étude coût-utilité dans un contexte de soins de santé australien montre que la kinésithérapie associée à une éducation est rentable par rapport à l'infiltration de corticostéroïdes et à l'attentisme dans la tendinopathie glutéale. Cette conclusion ne peut pas être extrapolée en chiffres absolus au contexte belge des soins de santé.

Références voir site web