

Syndrome du grand trochanter : infiltration de corticostéroïdes ?

Analyse : T. Poelman, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, Universiteit Gent

Référence : Brinks A, van Rijn RM, Willemsen SP, et al. Corticosteroid injections for greater trochanteric pain syndrome: a randomized controlled trial in primary care. *Ann Fam Med* 2011;9:226-34.

Question clinique

Quelle est l'efficacité d'infiltrations locales avec des corticostéroïdes versus soins habituels en termes de guérison et de soulagement de la douleur en cas de syndrome du grand trochanter chez des patients en première ligne de soins ?

Contexte

Par année, 1,8 personnes sur 1 000 consulteraient leur médecin généraliste en raison d'un syndrome douloureux du grand trochanter (SDGT) ou d'une bursite trochantérienne¹. Le syndrome correspond à une douleur chronique intermittente ou continue au niveau et autour du grand trochanter, avec, parfois, irradiation vers la hanche et la cuisse, douleur augmentant lors d'une activité physique. Quelques études d'observation ont montré un effet favorable d'infiltrations de corticostéroïdes¹⁻³. Aucune RCT n'a cependant à ce jour évalué comparativement infiltrations de corticostéroïdes et soins courants.

Résumé de l'étude

Population étudiée

- 120 patients âgés de 18 à 80 ans (âge moyen de 56 (ET 14) ans ; 77% de femmes) présentant un syndrome douloureux du grand trochanter (SDGT), recrutés par 81 médecins généralistes hollandais
- SDGT : douleur dans la zone latérale de la hanche, persistante pendant plus d'une semaine et évoquée lors de la palpation du grand trochanter
- critères d'exclusion : incapacité de compléter un questionnaire en néerlandais, traitement des mêmes symptômes par le médecin généraliste dans l'année écoulée, antécédent de chirurgie de la hanche, affection neurologique ou rhumatologique systémique.

Protocole d'étude

- étude randomisée, contrôlée, en protocole ouvert, multicentrique
- intervention :
 - ~ soit infiltration de corticostéroïdes (n=60), 1 à 2 avec intervalle de 3 semaines à 3 mois ; infiltration de 5 cc d'un mélange de 40 mg d'acétate de triamcinolone et de lidocaïne à 1 ou 2% loco dolenti suivant un protocole de référence, par des médecins expérimentés
 - ~ soit des soins habituels (n=60), c-à-d des analgésiques à la demande
- physiothérapie autorisée dans les 2 groupes (mais antalgiques aussi utilisés dans les 2 bras)
- randomisation stratifiée selon l'absence ou non de comorbidité, de lombalgies, de coxarthrose ou les 2 dernières
- durée d'étude : 1 an.

Mesure des résultats

- critères de jugement primaires :
 - ~ amélioration subjective après 3 et 12 mois sur une échelle de Likert à 7 points (1 = guérison complète, à 7 = plus sévère que jamais) ; différence entre les 2 groupes pour une guérison complète ou quasi complète exprimée en **Odds Ratio**
 - ~ sévérité de la douleur au repos et en activité dans la semaine précédente sur une échelle numérique de 11 points (0 = aucune douleur, 10 = douleur la plus forte imaginable) ; différence entre les 2 groupes exprimée en **différence moyenne**

(DM) avec ajustement pour la douleur initiale

- critères secondaires : qualité de vie, douleur et capacités fonctionnelles au score **WOMAC**, effets indésirables
- suivi via des questionnaires transmis par voie postale après 6 semaines et 3, 6, 9 et 12 mois
- analyse en intention de traiter.

Résultats

- critères primaires à 3 mois :
 - ~ guérison complète ou quasi complète pour 55% des patients infiltrés versus 34% avec soins courants : OR de 2,38 (IC à 95% de 1,14 à 5,00 ; NST = 5)
 - ~ diminution de la douleur au repos plus importante post infiltration : DM de 1,18 (IC à 95% de 0,31 à 2,05)
 - ~ diminution de la douleur en activité également plus importante : DM de 1,30 (IC à 95% de 0,32 à 2,29)
- critères primaires à 12 mois :
 - ~ guérison complète ou quasi complète pour 61% des patients infiltrés versus 60% avec soins courants : OR de 1,05 (IC à 95% de 0,50 à 2,27)
 - ~ différence également non significative pour la diminution de la douleur
- critères secondaires et effets indésirables après 12 mois : pas de différence significative ; environ la moitié des patients infiltrés se sont plaints de douleurs superficielles à l'endroit de l'injection durant une courte période.

Conclusion des auteurs

Les auteurs concluent que cette première RCT évaluant l'intérêt d'injections de corticostéroïdes versus soins habituels en cas de syndrome douloureux du grand trochanter montre une efficacité cliniquement pertinente de celles-ci en termes de guérison et de douleur, aussi bien au repos que lors des activités, après 3 mois de suivi. Après 12 mois de suivi, les différences entre les groupes ne sont plus observées.

Financement de l'étude : Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie.

Conflits d'intérêt des auteurs : aucun n'est mentionné.

Considérations sur la méthodologie

Cette étude présente l'intérêt d'un recrutement des patients par des médecins généralistes. En respect des guides de pratique en vigueur¹, ceux-ci ont posé le diagnostic de syndrome douloureux du grand trochanter (SDGT) sur base de l'anamnèse et de l'examen clinique. Un examen technique complémentaire aurait été peu utile, la corrélation entre des anomalies radiologiques périrochantériennes et un SDGT étant faible⁵. Étant donné le peu de critères d'exclusion, il est justifié de parler d'une étude pragmatique correspondant à un exercice de la pratique quotidienne. La randomisation est stratifiée en raison de la volonté des auteurs de déterminer si la coexistence d'une coxarthrose ou de lombalgies peut influencer les résultats thérapeutiques. Les différences minimales au niveau des caractéristiques initiales entre bras d'étude montrent que la randomisation s'est correctement déroulée. Le fait qu'il s'agisse d'un protocole ouvert peut avoir influencé les résultats sur des critères subjectifs (guérison, douleur). La taille prévue pour l'échantillon n'a pas été atteinte mais les sorties d'étude ont été moins importantes que prévues. Une permutation (cross-over) importante entre bras d'étude a eu lieu (9 des 60 patients dans le bras « infiltrations » n'ont pas été infiltrés) et le recours à des analgésiques et à de la physiothérapie a été fort différent (environ 50% en moins dans ce groupe « infiltrations »). Pour évaluer plus correctement l'efficacité absolue des infiltrations de corticostéroïdes, une analyse par protocole aurait été utile en plus de l'analyse en intention de traiter⁶.

Interprétation des résultats

Cette étude est la première RCT évaluant l'efficacité d'infiltrations avec des corticostéroïdes (CS) versus soins courants chez des patients souffrant de SDGT en première ligne de soins. Suivant ses auteurs, les infiltrations par CS auraient un effet favorable après 3 mois de suivi en termes de guérison et de douleur au repos et lors des activités. En outre, ils affirment que cette efficacité des infiltrations par CS est probablement plus importante qu'observée en raison d'un recours plus important à des soins de physiothérapie et à des analgésiques durant les 3 premiers mois dans le groupe contrôle versus groupe infiltrations.

Après 3 mois, 21% de patients en plus sont guéris dans le bras infiltrations versus groupe contrôle. Le seuil de pertinence clinique proposé, de 25%, est ainsi presque atteint. Il faut souligner qu'une « guérison » est définie comme un rétablissement complet ou une forte amélioration. Ainsi donc, la proportion de patients libérés de toute plainte après 3 mois n'est finalement pas clairement identifiée. La pertinence de la différence observée entre les 2 bras pose question : de 1,18 en moyenne au repos et de 1,30 lors des activités, sur une échelle de scores de 0 à 10 (les auteurs parlent à tort d'un Odds Ratio).

Les auteurs calculent eux-mêmes une ampleur d'effet pour le soulagement de la douleur de 0,54 au repos et 0,57 en activité, ce qui est à considérer comme faible en fonction du seuil préétabli. L'« efficacité clinique pertinente » évoquée dans le résumé d'étude doit donc être relativisée. Il faut également souligner que les infiltrations de CS sont faites par des médecins expérimentés, ce qui peut réduire l'extrapolabilité de ces résultats.

Après 12 mois, plus aucune différence n'est observée entre bras infiltration et groupe contrôle, pour les différents critères. Suivant les auteurs, cette absence de différence pourrait être liée à un déficit de **puissance**. D'autres études contrôlées évaluant des infiltrations de CS dans des indications similaires⁷⁻⁹ ont montré

la fréquence d'une diminution progressive de l'efficacité des infiltrations de CS.

Dans cette étude, aucun effet indésirable sévère n'est observé avec les infiltrations. La taille du groupe intervention est cependant trop faible et la durée d'étude trop courte pour pouvoir tirer des conclusions correctes dans ce domaine.

Autres études

Différentes synthèses méthodiques^{2,3} n'incluent que des études d'observation. Elles montrent une efficacité des infiltrations de CS en cas de SDGT. Une étude d'observation, par exemple, montre une amélioration des plaintes douloureuses chez 61% des patients après infiltration de CS¹⁰. Une étude de cohorte rétrospective hollandaise¹ montre que le risque de guérison après 5 ans est plus élevé avec infiltrations que sans, mais avec un résultat à la limite de la signification statistique : OR de 0,37 avec IC à 95% de 0,13 à 1,00.

La RCT de Brinks ici analysée, est la première comparant infiltrations de CS et soins courants. Une autre RCT¹¹, effectuée en deuxième ligne de soins compare l'efficacité d'infiltrations de CS avec d'autres traitements tels que les ultra-sons et des exercices. Cette étude montre à court terme une plus-value des infiltrations : 75% versus 13% avec les ultra-sons et 7% pour les exercices. Après 15 mois, l'efficacité des infiltrations est ramenée à 48% alors que l'efficacité des ultra-sons est montée à 74% et celle des exercices à 80%.

Conclusion de Minerva

Cette étude en protocole ouvert avec critères de jugement subjectifs montre que, versus soins courants, des infiltrations de corticostéroïdes (CS) peuvent être utiles à court terme pour traiter un syndrome douloureux du grand trochanter (SDGT), mais une efficacité mal précisée en termes de disparition des symptômes et non cliniquement pertinente en termes de l'ampleur de la diminution de la douleur. A long terme, ces infiltrations de CS ne se montrent pas plus efficaces.

Pour la pratique

Le syndrome douloureux du grand trochanter est en général une affection autolimitante. Sur base de données d'études non contrôlées, les traitements suivants sont recommandés⁴ : application de glace localement plusieurs fois par jour durant 10 à 20 minutes, réduction du poids corporel, traitement analgésique court (paracétamol ou AINS), infiltrations loco dolenti de CS au maximum 3 fois avec intervalle de 3 mois en cas d'amélioration insuffisante sous traitement conservateur. La RCT analysée ici relativise l'efficacité à court terme de ces infiltrations et ne montre pas, comme une autre RCT, leur efficacité à long terme versus soins courants.

Références : voir site web www.minerva-ebm.be