



Recommandations sur l'arthroplastie totale de la hanche et du genou non urgente chez les patients atteints d'obésité

PRÉMISSES, MÉTHODOLOGIE ET RÉSULTATS D'UNE APPROCHE FONDÉE SUR LE CONSENSUS

Membres du comité directeur :

Harman Chaudhry, MD. M.Sc., FRCSC
Kristine Godziuk, Ph.D
Sophie Flanagan, Dt.P.
Nelson Greidanus, MD, FRCSC
James Howard, MD, FRCSC
Raman Mundi, MD, FRCSC
Veronica Palinkas, B.Sc. physiothérapie, M.Sc.
Ian Patton, Ph.D.
Pakpoom Ruangsomboon, MD
Michael Stewart, MD, FRCSC
Ali Zentner, MD, FRCPC
Bheeshma Ravi, MD, Ph.D., FRCSC
Shikha Misra, MD, CCFM

Approuvé par le conseil d'administration le 11 juin 2025

INTRODUCTION

L'obésité représente un facteur de risque d'arthrite de la hanche et du genou, et un nombre croissant de patients devant subir une arthroplastie de la hanche ou du genou sont atteints d'obésité. Plusieurs considérations uniques s'appliquent à ces patients dans ce contexte. Des recherches montrent que même si les résultats fonctionnels sont similaires à ceux obtenus chez le patient moyen, voire souvent meilleurs, le risque de complications est nettement plus élevé. Malheureusement, les recherches sont moins claires quant aux interventions ou stratégies pour minimiser les complications chez ces patients.

Il en ressort une situation où les hôpitaux, les décideurs politiques, les orthopédistes et les autres professionnels de la santé n'ont pas reçu de lignes directrices uniformes et de qualité supérieure sur lesquelles s'appuyer pour la prise de décisions. Dans de nombreux cas, l'accès aux soins chirurgicaux pour ces patients est devenu irrégulier. Une interprétation sélective des données probantes (ou l'absence de données probantes) mène à des situations cliniques et éthiques complexes dans lesquelles les patients se voient souvent refuser les soins. Par conséquent, nous trouvons important de formuler des lignes directrices énonçant des pratiques exemplaires cohérentes en matière de soins aux patients atteints d'obésité.

Vu la complexité de ce sujet (en raison de la littérature scientifique limitée et aussi des enjeux éthiques et liés aux ressources évidents), nous avons jugé que la méthodologie idéale pour la formulation de lignes directrices consisterait en une collecte de renseignements et en un modèle fondé sur le consensus impliquant les parties prenantes existantes.

MÉTHODOLOGIE

Deux séances de concertation nationales sur l'obésité ont été organisées, commanditées conjointement par l'Association Canadienne d'Orthopédie (ACO) et Obésité Canada. Ces séances ont été tenues virtuellement afin de permettre la plus grande représentation possible à l'échelle du pays. Des orthopédistes et des professionnels des soins de santé connexes (physiothérapeutes, infirmières, médecins, adjoints au médecin, médecins, etc.) de l'ensemble du pays ont été invités à participer. Il y a eu un total de 85 personnes inscrites à ces séances, qui ont eu lieu en octobre 2023.

Les discussions étaient dirigées par des facilitateurs et se sont articulées autour de trois grands sujets, soit les considérations préopératoires, les considérations périopératoires et les considérations postopératoires. Toutes les discussions ont été enregistrées et analysées, et des thèmes généraux en ont été dégagés. Ceux-ci ont ensuite servi à l'élaboration de lignes directrices par un comité directeur principal formé de 13 membres. Des données probantes issues de la recherche ont été utilisées pour corroborer les directives synthétisées dans la mesure du possible. Plusieurs versions de ces lignes directrices ont circulé au sein du comité directeur principal, jusqu'à ce qu'on parvienne à un consensus. Finalement, les lignes directrices ont été transmises à 15 participants ne faisant pas partie du comité directeur en vue d'obtenir une rétroaction supplémentaire. De ces participants, 10 (66 %) ont approuvé à 88 %

l'ensemble des cinq recommandations (en répondant D'ACCORD ou TOUT À FAIT D'ACCORD).

RÉSULTATS : Recommandations sur l'arthroplastie totale de la hanche et du genou non urgente chez les patients atteints d'obésité

Le document qui suit récapitule les principaux points de discussion des séances de concertation de l'ACO et d'Obésité tenues en octobre 2023. Ces éléments ont par la suite été synthétisés en cinq recommandations, et seules celles pouvant être appuyées par des données probantes issues de la recherche revue par des pairs ont été retenues.

Prémisse 1 :

La stigmatisation et le biais liés au poids sont répandus dans le réseau de soins de santé.

Recommandation 1 :

Les patients atteints d'obésité sont en droit d'être traités avec compassion et empathie et de participer activement au processus de prise de décision thérapeutique partagée.

La communication forme la base de la relation entre les orthopédistes et les patients. Les orthopédistes doivent s'efforcer de communiquer d'une manière exempte de jugement, de biais et de discrimination.

Références sélectionnées :

1. Wharton, S. et al. (2020, 7 décembre). L'obésité chez l'adulte : ligne directrice de pratique clinique. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 192(49), E1757-E1775. doi : 10.1503/cmaj.191707-f
2. Philip, S.R. et al. (2024). Comparisons of Explicit Weight Bias Across Common Clinical Specialties of US Resident Physicians. *Journal of General Internal Medicine*, 39(4), 511-18.
3. Godziuk, K. et al. (2023) "I Often Feel Conflicted in Denying Surgery": Perspectives of Orthopaedic Surgeons on Body Mass Index Thresholds for Total Joint Arthroplasty: A Qualitative Study. *The Journal of Bone & Joint Surgery*, 105(11), 865-77.

Prémisse 2 :

Les patients atteints d'obésité font face à un accès inéquitable aux soins chirurgicaux.

Recommandation 2 :

L'obésité n'est pas une raison en soi pour refuser à des patients l'accès à une arthroplastie de la hanche ou du genou.

Une évaluation chirurgicale et médicale globale doit être réalisée afin de comprendre le profil risques-avantages de chaque patient.

Fait important, l'indice de masse corporelle (IMC) constitue une mesure imparfaite de l'obésité et ne devrait pas servir à orienter les critères de sélection pour la chirurgie.

Références sélectionnées :

1. Richardson, G. (2021, février). Variable effects of obesity on access to total hip and knee arthroplasty. *Journal canadien de chirurgie*, 64(1), E84-E90.
2. McLaughlin, J. et al. (2022, 29 juin). What effect have NHS commissioners' policies for body mass index had on access to knee replacement surgery in England?: An interrupted time series analysis from the National Joint Registry. *PloS One*, 17(6), 0270274.
3. Hannon, C.P. et al. (2023, novembre). American College of Rheumatology and American Association of Hip and Knee Surgeons Clinical Practice Guideline for the Optimal Timing of Elective Hip or Knee Arthroplasty for Patients With Symptomatic Moderate-to-Severe Osteoarthritis or Advanced Symptomatic Osteonecrosis With Secondary Arthritis for Whom Nonoperative Therapy Is Ineffective. *The Journal of Arthroplasty*, 38(11):2193-2201.
4. Nelson, C.L. et al. (2015, octobre). Low Albumin Levels, More Than Morbid Obesity, Are Associated With Complications After TKA. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 473(10), 3163-72.
5. Lachance, A.D. et al. (2024). Total Joint Arthroplasty in Patients Who Are Obese or Morbidly Obese: An Ethical Analysis. *Journal of Bone and Joint Surgery*, 106(7), 659-64.

Prémisse 3 :

La perte de poids est couramment recommandée aux patients à qui l'accès à la chirurgie a été refusé. Il existe une incertitude et peu de données probantes quant à la relation entre une perte de poids importante rapide et l'amélioration du profil de complications chirurgicales.

Recommandation 3 :

Étant donné l'incertitude importante des données probantes issues de la recherche, les recommandations de perte de poids doivent être faites judicieusement en fonction de la situation unique du patient, y compris son degré d'incapacité, l'ampleur du trouble des articulations et la probabilité de progression de celui-ci, en tenant compte des antécédents de perte de poids et des traitements antérieurs du patient, du risque de malnutrition et de perte musculaire, de l'accès à un programme de gestion de l'obésité et de la perspective du patient, entre autres.

Lorsqu'une gestion du poids est envisagée, elle doit être coordonnée par l'équipe de soins de santé primaires complets du patient. Cette prise en charge doit être guidée par les lignes directrices sur la gestion de l'obésité fondées sur des données probantes, qui sont facilement accessibles.

Références sélectionnées :

1. Godziuk, K. et al. (2021, mars). A critical review of weight loss recommendations before total knee arthroplasty. *Joint Bone Spine*, 88(2), 105114.
2. Laperche, J. et al. (2022). Obesity and total joint arthroplasty: Does weight loss in the preoperative period improve perioperative outcomes? *Arthroplasty*, 4(1), 47.
3. Hameed, D. et al. (2023, 21 décembre). Timing Matters: Optimizing the Timeframe for Preoperative Weight Loss to Mitigate Postoperative Infection Risks in Total Knee Arthroplasty. *The Journal of Arthroplasty*, S0883-5403(23)01244-5.
4. Obésité Canada. *Report Card on Access to Obesity Care*.
<https://obesitycanada.ca/research/report-card/>

Prémisse 4 :

Les patients atteints d'obésité représentent une population chirurgicale complexe, qui présente des risques élevés de complications chirurgicales ou médicales.

Recommandation 4 :

La complexité médicale et chirurgicale varie d'un patient à l'autre. La plupart des patients peuvent être traités dans les hôpitaux communautaires locaux si des ressources adéquates sont accessibles.

Pour les patients plus complexes (c.-à-d. lorsque le risque de complications graves est jugé inacceptable par le chirurgien consultant), des cheminements d'aiguillage vers des centres tertiaires disposant d'un savoir-faire médical, anesthésique et chirurgical devraient être établis à l'échelle du système. Par la suite, la disponibilité de ces cheminements d'aiguillage et la façon d'y accéder doivent être communiquées de façon claire au patient par le chirurgien ou le professionnel de la santé consultant. Les aiguillages des centres secondaires vers des centres tertiaires doivent être faits directement dans la plupart des cas.

Le financement des soins de santé doit tenir compte de l'allocation de ressources adéquates (y compris les fonds, l'équipement, le personnel, les lits d'hôpitaux et la réadaptation) pour cette population de patients complexe.

Références sélectionnées :

1. Chaudhry, H., Ponnusamy, K., Somerville, L., McCalden, R.W., Marsh, J., Vasarhelyi, E.M. (2019, juillet). Revision Rates and Functional Outcomes Among Severely, Morbidly, and Super-Obese Patients Following Primary Total Knee Arthroplasty: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JB&JS Reviews*, 7(7), e9.
2. Ponnusamy, K.E., Somerville, L., McCalden, R.W., Marsh, J., Vasarhelyi, E.M. (2019, avril). Revision Rates and Functional Outcome Scores for Severely, Morbidly, and Super-Obese Patients Undergoing Primary Total Hip Arthroplasty: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JB&JS Reviews*, 7(4), e11.
3. Charalambous, A. et al. (2021). Association of surgical Experience with risk of complication in total hip arthroplasty among patients with severe obesity. *JAMA Network Open*, 4(9), e2123478.
4. Godziuk, K., Fast, A., Righolt, C.H., Giori, N., Harris, A.H.S., Bohm, E.R. Consistent factors influence body mass index thresholds for total joint arthroplasty across health-care systems: a qualitative study.

Prémisse 5 :

Les soins aux patients atteints d'obésité demeurent fragmentés, et il manque des données probantes de haut niveau pour orienter la prise de décisions.

Recommandation 5 :

Il pourrait être bénéfique d'établir un réseau de centres spécialisés en obésité et arthroplastie disposant d'un savoir-faire dans les soins périopératoires, chirurgicaux et postopératoires des patients atteints d'obésité.

Des partenariats cliniques, éducatifs et de recherche collaboratifs peuvent être nécessaires pour améliorer et optimiser les soins à cette population de patients.

Références sélectionnées :

1. Godziuk, K., Hawker, G.A. (2024). Obesity and body mass index: Past and future considerations in osteoarthritis research. *Osteoarthritis Cartilage*, 32(4), 452-59.
2. Charalambous, A. et al. (2021). Association of surgical Experience with risk of complication in total hip arthroplasty among patients with severe obesity. *JAMA Network Open*, 4(9), e2123478.