



Avant que l'OCCETS ne décide d'évaluer une technologie de la santé, une évaluation préliminaire des écrits est effectuée. Les évaluations préliminaires reposent sur une recherche documentaire d'envergure limitée. Il ne s'agit pas d'examen systématiques poussés de la documentation. Elles sont présentées comme guide éclair d'information actuelle et importante sur les évaluations en la matière. Les lecteurs sont avertis que les évaluations préliminaires n'ont pas fait l'objet d'un examen critique par des pairs de l'extérieur.

Introduction

La prolothérapie, un traitement pour certains types de douleur musculosquelettique chronique, est l'injection d'une solution dans des ligaments ou des tendons endommagés. La solution entraîne une irritation et une inflammation locales, et on croit que cette irritation et que cette inflammation stimulent la croissance et la réparation des tissus. Les solutions que l'on utilise dans la prolothérapie sont souvent appelées « proliférants ». Ces solutions peuvent inclure les sclérosants, le glucose, la glycérine, le sulfate de zinc anhydre, l'huile de graine de psyllium, des particules de pierre ponce, le Sarapin[®] (un extrait d'herbes) et le phénol, parfois en combinaison les uns avec les autres ou mélangés avec un anesthésique local¹⁻³. Les protocoles auxquels on a recours pour administrer la prolothérapie varient également. Généralement, une série d'injections sont données sur plusieurs semaines, mais les suppléments vitaminiques et minéraux, l'exercice, la manipulation vertébrale ou la physiothérapie peuvent également faire partie du traitement.

Le terme « prolothérapie » (prolo=prolifération) a été inventé par George Hackett dans les années 50, bien que les variations de l'intervention (parfois appelée traitement sclérosant des articulations, injection régénératrice ou thérapie de reconstruction des ligaments) aient fait l'objet de recherches longtemps avant ce temps⁴. On préconise également cette intervention pour d'autres situations de douleur chronique, y compris la migraine, les troubles de l'articulation temporomandibulaire, le syndrome du canal carpien et la fibromyalgie.

Malgré le fait que la prolothérapie ait de longs antécédents, il existe peu d'études contrôlées portant sur son efficacité. Bon nombre d'agences d'assurance-maladie considèrent que l'intervention est « non contrôlée », « à l'essai » ou « expérimentale »^{2,5-7}.

Questions de recherche

Un ministère provincial de la santé a demandé à l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé (OCCETS) de l'information sur l'efficacité de la prolothérapie. Avant cela, une requête semblable avait été faite auprès de l'unité d'évaluation des technologies de la santé (ETS) de la Alberta Heritage Research Foundation for Medical Research (AHFMR). En 1998, l'unité d'ETS de l'Alberta avait préparé un bulletin d'information sur la prolothérapie. Ce bulletin a été mis à jour en 2002, en réponse à une deuxième requête. Il a semblé qu'un résumé de l'information en matière d'évaluation sur cette intervention soit également considéré comme pertinent pour d'autres.



Processus d'évaluation

En se fondant sur les travaux effectués par l'unité d'ETS de l'Alberta, on a mené, en février 2004, une recherche documentaire mise à jour à l'aide de PubMed, de la Cochrane Library (numéro 1, 2004) et des bases de données du Centre for Reviews and Dissemination du R.-U. (DARE, HTA et NHS EED). On a communiqué avec le Cochrane Collaboration Back Group dans le but d'obtenir de l'information sur leur examen systématique de la prolothérapie pour le traitement de la lombalgie chronique. D'autres références ont été obtenues dans le cadre d'une recherche sur Internet à l'aide de Google.com.

Sommaire des résultats

L'examen systématique à venir du Cochrane Collaboration Back Group, intitulé *Prolotherapy injections for chronic low back pain*, fournira les meilleures données probantes disponibles sur cette thérapie. Cet examen sera publié dans la Cochrane Library, numéro 2, avril 2004⁸.

L'auteur principal de cet examen, le D^r Michael Yelland, était également le principal chercheur d'un essai clinique contrôlé et randomisé comparant la prolothérapie et les injections salines, avec ou sans rééducation par l'exercice, chez 110 participants souffrant de lombalgie chronique¹. Un système de nombres aléatoires générés par ordinateur a servi à répartir les participants pour la réception d'une série d'injections de prolothérapie (un mélange de glucose, de lignocaïne et d'eau) ou d'injections « de contrôle » (salines), de même que dans un programme d'exercice ou dans les activités quotidiennes habituelles. La plupart des participants (80 %) ont été suivis pendant deux ans. Les auteurs ont constaté que les participants ont fait preuve « d'améliorations nettes et soutenues sur le plan de leur douleur et de leur incapacité, même avec les injections salines, et dans leurs activités habituelles... ». Les auteurs remarquent que : « en fait, il n'y avait pas d'effets attribuables des composantes de la glucose-lignocaïne et de l'exercice du protocole de prolothérapie. Néanmoins, les participants affichaient des améliorations nettes et soutenues au niveau de leur douleur et de leur incapacité, même avec les injections salines, et dans leurs activités habituelles. La base de cette réponse est intrigante.... »¹.

Yelland et ses collaborateurs pensent que le nombre d'injections données aux participants peut avoir joué un rôle. Dans un essai clinique effectué précédemment par Dechow et ses collaborateurs, seulement trois injections ont été administrées et aucun avantage n'a été constaté⁹. Parmi les autres explications, il peut y avoir l'influence d'un contact accru avec les fournisseurs de soins tout au long de l'essai clinique, ou l'effet a pu être attribuable à l'injection elle-même, plutôt qu'à l'utilisation d'une solution.



L'unité d'ETS de l'AHFMR a préparé un bulletin d'information (évaluation rapide) sur la prolothérapie en 1998. Ce bulletin a été mis à jour dans le cadre d'une recherche documentaire en 2002. Ces documents peuvent être obtenus, sur demande, auprès de l'unité (adresse électronique : ahfmrinfo@ahfmr.ab.ca). Ils résument les données probantes tirées des quelques essais cliniques contrôlés sur la prolothérapie, disponibles dès le début de 2002¹⁰. Une évaluation par l'AHFMR d'un traitement connexe contre la douleur chronique, la « thérapie du point déclic », est disponible sur le site Web de la fondation à l'adresse suivante : <http://www.ahfmr.ab.ca>. Le rapport d'évaluation de l'AHFMR sur la thérapie du point déclic sera diffusé au milieu de 2004^{9,11-14}.

Le Bureau d'évaluation de la technologie de la santé de la Colombie-Britannique (BCOHTA) collaborait avec la Commission des indemnités pour accidents du travail de la Colombie-Britannique afin de procéder à une évaluation de la prolothérapie, mais on a mis fin aux travaux sur ce projet lorsque le BCOHTA a fermé ses portes.

Conclusion

Le nouvel examen systématique de Cochrane nous donnera les meilleures données probantes disponibles à ce jour sur la prolothérapie⁸. À ce moment, la pratique, par l'OCCETS, d'une évaluation sur cette thérapie n'a guère de valeur, bien que des données probantes provenant de plus amples essais cliniques contrôlés sur la prolothérapie soient clairement nécessaires.

Références

1. Yelland MJ, Glasziou PP, Bogduk N, Schluter PJ, McKernon M. Prolotherapy injections, saline injections, and exercises for chronic low-back pain: a randomized trial. *Spine* 2004;29(1):9-16.
2. *Prolotherapy* [Medical policy no 40]. Rev. Portland (OR): The Regence Group; 2003. Available: <http://www.regence.com/trgmedpol/medicine/med40.html> (accessed 2004 Feb 9).
3. *Prolotherapy for ligament or tendon pain* [Hotline response]. Plymouth Meeting (PA): ECRI; 2002.
4. *Prolotherapy*. WholeHealthMD.com; 2004. Available: http://www.wholehealthmd.com/print/view/1,1560,SU_934,00.html (accessed 2004 Feb 24).
5. *Prolotherapy* [Coverage policy bulletin no 0207]. Hartford (CT): Aetna Inc.; 2003. Available: <http://www.aetna.com/cpb/data/CPBA0207.html> (accessed 2004 Feb 25).
6. *Prolotherapy treatment not covered effective June 1, 2000* [PSHCP bulletin Mar 2000]. Ottawa: Federal Superannuates National Association; 2000. Available: <http://www.fsna.com/html/pshcpbulletinarchive.htm#2> (accessed 2004 Feb 25).



7. *Prolotherapy* [National medical policy no 03-10-33]. Woodland Hills (CA): Health Net; 2003. Available: http://www.healthnet.com/providers/references_and_forms/pdfs/national_medical_policies/prolotherapy.pdf (accessed 2004 Feb 26).
8. Yellend MJ, Del Mar C, Pirozzo S, Vercoe P, Schoene M. Prolotherapy injections for chronic low back pain [protocol for a Cochrane review]. In: *The Cochrane Library, Issue 1*. Chichester (UK): John Wiley & Sons; 2004.
9. Dechow E, Davies RK, Carr AJ, Thompson PW. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of sclerosing injections in patients with chronic low back pain. *Rheumatology (Oxford)* 1999;38(12):1255-9.
10. Klein RG, Eek BC, DeLong WB, Mooney V. A randomized double-blind trial of dextrose-glycerine-phenol injections for chronic, low back pain. *J Spinal Disord* 1993;6(1):23-33.
11. Scott A. *Trigger point injections for non-malignant chronic pain* [Technote TN 39]. Edmonton: Alberta Heritage Foundation for Medical Research; 2002. Available: <http://www.ahfmr.ab.ca/hta/hta-publications/technotes/tn39.pdf> (accessed 2004 Feb 26).
12. Ongley MJ, Klein RG, Dorman TA, Eek BC, Hubert LJ. A new approach to the treatment of chronic low back pain. *Lancet* 1987;2(8551):143-6.
13. Reeves KD, Hassanein K. Randomized prospective double-blind placebo-controlled study of dextrose prolotherapy for knee osteoarthritis with or without ACL laxity. *Altern Ther Health Med* 2000;6(2):68-80.
14. Reeves KD, Hassanein K. Randomized, prospective, placebo-controlled double-blind study of dextrose prolotherapy for osteoarthritic thumb and finger (DIP, PIP, and trapeziometacarpal) joints: evidence of clinical efficacy. *J Altern Complement Med* 2000;6(4):311-20.