L'arthrose : articulez le traitement

Patrick Liang, MD, FRCPC
Présenté par l'Université de Sherbrooke, dans le cadre de : *Les syndromes douloureux,* avril 2004

L'arthrose est présente radiologiquement chez au-delà de 50 % des gens âgés de plus de 65 ans, et 15 % des gens âgés de plus de 60 ans ont des manifestations cliniques d'arthrose. Le genou et la hanche représentent les régions anatomiques les plus symptomatiques et peuvent être source d'incapacité et d'invalidation.

Il n'existe pas encore de médicament permettant de stopper la progression des changements dégénératifs. Les thérapies disponibles actuellement visent donc le soulagement de la douleur et l'amélioration de l'autonomie fonctionnelle.

L'arthrose est présente radiologiquement chez au-delà de 50 % des gens âgés de plus de 65 ans.

Les modalités non pharmacologiques

L'exercice

Dans la gonarthrose, une étude a pu montrer qu'un programme d'exercice aérobique et de renforcement musculaire pratiqué trois fois par semaine peut s'accompagner d'une amélioration de la condition physique des patients sans augmentation de la douleur ou de la consommation d'analgésiques. Une diminution de ladouleur ainsi que de l'impotence fonctionnelle était observé. La qualité de vie des patients était améliorée. Bien qu'il existe peu de données concernant les autres articulations, on doit considérer qu'une bonne condition physique représente la base du traitement de l'arthrose.

La physiothérapie l'ergothérapie

Ces intervenants peuvent procurer une aide précieuse dans le traitement antalgique des patients arthrosiques ainsi que pour d'autres modalités importantes telles l'enseignement et la supervision

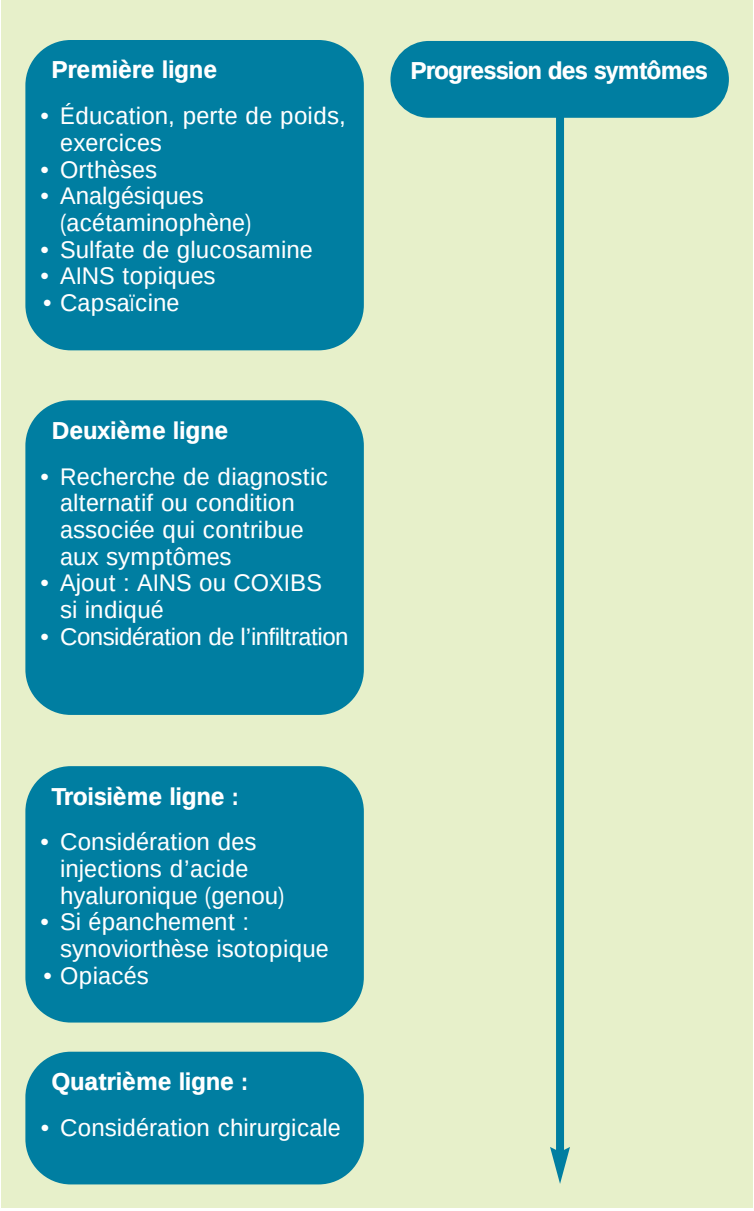

Figure 1. L'approche thérapeutique de l'arthrose.

d'exercices de renforcement et d'endurance, de correction posturale et des principes d'économie d'énergie.

Les orthèses

Des orthèses plantaires pour des métatarsalgies ou une arthrose de la première métatarsophalangienne, une canne pour une gonarthrose ou une coxarthrose et une orthèse de repos pour une rhizarthrose du pouce sont autant d'exemples où ces appareils de soutien peuvent procurer du soulagement.

L'éducation

Des explications sommaires sur la maladie, des conseils sur les exercices recommandés, des explications sur l'importance de la perte de poids (pour les articulations portantes), l'utilisation appropriée d'une canne ou d'orthèses et des explications sur la place des médicaments dans le traitement de l'arthrose aident le patient à jouer un rôle actif dans son traitement, et peuvent même réduire le besoin d'un recours à la médication analgésique. Il s'agit donc d'une facette essentielle du plan thérapeutique.

Les modalités pharmacologiques

L'acétaminophène

Le bénéfice clinique dans le traitement de l'arthrose semble léger à modéré, comme pour l'ensemble des modalités pharmacologiques. Il

Le **Dr Liang** est rhumatologue. Service de rhumatologie, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke.

s'agit toutefois d'un médicament sécuritaire. On considère son emploi comme agent de première ligne. Pour les douleurs persistantes, un meilleur soulagement peut être obtenu par la prise du médicament sur une base régulière.

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens

En général, les études démontrent que ces agents sont plus efficaces que l'acétaminophène pour ce qui est de leur pouvoir analgésique dans l'arthrose.[1,2] Jusqu'à 45 % des patients toutefois préféreront néanmoins l'acétaminophène pour des raisons d'efficacité ou d'effets indésirables. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) devraient donc être utilisés en deuxième ligne, quand les mesures conservatrices et la prescription d'acétaminophène sont insuffisantes.

Les AINS inhibiteurs spécifiques de la cyclo-oxygénase II

Bien que les AINS inhibiteurs spécifiques de la cyclo-oxygénase II (COXIBS) réduisent le risque de complications ulcéreuses, on doit se rappeler qu'ils le diminuent d'au mieux environ 50 %, et que ce bénéfice clinique est probablement moindre lorsqu'il y a prise concomitante d'acide acétylsalicylique (AAS).[2,3] Ces agents ne présentent pas d'avantage en comparaison aux AINS pour ce qui est du risque d'œdème périphérique, d'insuffisance cardiaque ou d'hypertension artérielle.[2,4] Lorsqu'il y a indication d'AINS, les COXIBS devraient être préférés aux AINS traditionnels seulement en présence de facteurs de risque pour les complications gastro-intestinales, soit un patient âgé de plus de 65 ans, des antécédents d'ulcère d'estomac, la prise concomitante de corticostéroïdes ou d'AAS (même à faible dose), ou en présence de maladies chroniques associées (maladie cardiaque, par exemple).[2] On devrait considérer la prescription d'un COXIB avec un agent gastroprotecteur (inhibiteur de la pompe à proton) chez les patients à risque plus élevé de complications gastro-intestinales : patient êgé de plus de 75 ans, antécédents de saignements digestifs supérieurs et prise concomitante d'anticoagulants.

Les agents topiques

Le salicylate triéthanolamine et le diclofénac
Ces agents sont appliqués directement sur la zone douloureuse. De petites études dans la gonarthrose suggèrent leur efficacité, tout en démontrant un excellent profil d'innocuité. Les effets indésirables systémiques sont exceptionnels. Des réactions cutanées peuvent toutefois survenir au site

Le genou et la hanche représentent les régions anatomiques les plus symptomatiques.

Tableau 1

L'arthrose réfractaire

En cas d'arthrose réfractaire, il importe de :

1. Réévaluer l'exactitude du diagnostic. Une gonalgie pourrait en fait être une douleur irradiée de la hanche, ou encore être la manifestation d'une maladie osseuse, par exemple, ou encore provenir d'une tendinopathie de la patte d'oie.
2. Utiliser l'imagerie (radiographie d'abord, scintigraphie osseuse ou imagerie par résonance magnétique au besoin) pourra aider à préciser le diagnostic.
3. Une fois le diagnostic confirmé, il convient de réévaluer l'observance du patient à son plan de traitement : par exemple, insister, lorsque applicable, sur l'importance de la perte de poids, des exercices aérobiques et du renforcement musculaires; réévaluer le besoin de corrections posturales, d'utilisation adéquate d'une canne ou d'orthèses; demander si la médication est prise sur une base régulière.
4. Ensuite, on pourra rechercher la présence de facteurs pouvant entretenir ou exacerber la douleur tels une lésion méniscale, une tendinopathie de la patte d'oie, une instabilité articulaire (tiroirs), une faiblesse musculaire ou encore une maladie neuromusculaire, ou une condition osseuse.
5. Enfin, devant l'échec des traitements conservateurs, l'option chirurgicale peut être indiquée. Les articulations les plus fréquemment ciblées sont le genou et la hanche compte tenu de leur symptomatologie et de leur potentiel invalidant plus grands. Toutefois, d'autres articulations comme la carpométacarpienne du pouce, l'épaule, la première métatarsophalangienne du pied peuvent aussi bénéficier d'interventions chirurgicales. Elles seront indiquées principalement en présence d'une symptomatologie grave et réfractaire aux modalités conservatrices. Les facteurs prédictifs de meilleurs résultats sont la gravité des symptômes en préopératoire, être âgé entre 50 et 75 ans et, pour les opérations aux membres inférieurs, un indice de masse corporelle normal.

d'administration. L'utilisation de ces agents trouve sa place dans le traitement des articulations arthrosiques superficielles comme le genou, les doigts, la base du pouce (rhizarthrose), mais est probablement de faible efficacité pour les articulations siégeant plus profondément (hanche, épaule, dos).

La capsaïcine

Son efficacité et son innocuité ont été démontrées par des études prospectives dans la gonarthrose. Certains patients se plaindront de brûlures au site d'administration. Les indications sont les mêmes que pour les AINS topiques.

Les agents topiques sont donc des produits à considérer comme traitements de première ligne ou comme traitements d'association.

Les thérapies intra-articulaires

Les stéroïdes (acétate de méthylprednisolone, actonide de triamcinolone)

Ils sont utilisés en tant que traitement symptomatique pour toutes les articulations arthrosiques, bien que les études réalisées portent essentiellement sur le genou. Le bénéfice escompté est en général de courte durée : 6 à 12 semaines. Il est recommandé de ne pas prodiguer d'infiltration plus fréquemment qu'aux 3 mois, pour éviter le risque théorique de dommages articulaires (chondrolyse), bien qu'en pratique ce risque soit à toute fin pratique inexistant. Le risque de complication infectieuse est également faible. Cette thérapie locale devrait être envisagée en situation d'arthrose réfractaire aux autres modalités énumérées, ou lorsque les AINS sont déconseillés ou contre-indiqués, ou encore en présence d'un épanchement articulaire. Un repos relatif de l'articulation infiltrée de 24 à 48 heures est suggéré après la procédure.

À retenir...

- Bien que l'arthrose soit une condition connue depuis des siècles, il n'existe à ce jour pas de traitement à visée curative.
- Plusieurs thérapies, tant non-pharmacologiques que pharmacologiques, sont disponibles et peuvent apporter, utilisées seules ou en combinaisons, soulagement et meilleure autonomie fonctionnelle.
- Ultimement toutefois, les meilleures chances de succès ne s'obtiendront que par une participation active du patient à son plan de traitement.

L'acide hyaluronique

Étudié dans la gonarthrose, les résultats obtenus avec cette modalité thérapeutique sont controversés. On considère néanmoins que ces agents peuvent procurer un soulagement léger à modéré, dont la durée s'étend en moyenne de 6 à 12 mois. Les meilleurs résultats sont obtenus dans la gonarthrose légère à modérée, sans épanchement. Il est recommandé d'utiliser cette approche thérapeutique dans les cas d'arthrose réfractaire aux autres mesures thérapeutiques mentionnées, ou lorsque les AINS sont contre-indiqués, ou en cas d'échec aux stéroïdes intra-articulaires.

La synoviorthèse isotopique

Cette thérapie, qui consiste à injecter un isotope faiblement radioactif en intra-articulaire, est indiquée dans les cas d'arthrose légère à modérée, avec épanchement, après échec des modalités conventionnelles. La procédure est contre-indiquée lorsqu'il y a perte d'intégrité capsulaire ou encore s'il y a fracture intra-articulaire.

Les produits neutraceutiques

Le sulfate de glucosamine et le sulfate de chondroïtine

Évalués dans la gonarthrose, ces produits ont des effets analgésiques légers. Ils présentent peu d'effets indésirables et peuvent être utilisés sécuritairement chez la population diabétique. Des propriétés chondroprotectrices ont été évoquées, mais restent à démontrer. Ces produits peuvent être utilisés en première ligne ou comme traitement d'association, chez les patients avec des symptômes légers à modérés.

Les opiacés

Il existe peu de documentation à leur sujet dans le traitement de l'arthrose, mais leur bénéfice est probable. Bien qu'ils ne soient pas prescrits en première ligne, ils peuvent l'être comme traitement d'association, chez les patients aux prises avec des douleurs arthrosiques réfractaires.

L'arthrose réfractaire

Malgré les différentes modalités de traitement disponibles, il arrive que les patients demeurent symptomatiques (tableau 1).

Références

1. Pendleton, A, Arden, N, Dougados, M, et coll. : EULAR recommendations for 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 59(12):936, 2000.
2. Brandt, KD : Non-surgical treatment of osteoarthritis: A half century of "advances". Ann Rheum Dis 63(2):117, 2004.
3. Silverstein, FE, Faich, G, Goldstein, JL, et coll. : Gastrointestinal toxicitiy with celecoxib vs nonsteroidal anti-inflammatory drugs for osteoarthritis and rheumatoid arthritis. The CLASS study: A randomized controlled trial. JAMA 284(10): 124, 2000.
4. Kvien, TK, Viktil, K : Pharmacotherapy for regional musculoskeletal pain. Best Practice Res Clin Rheum 17(1):137, 2003.