

Prise en charge multimodale

La prise en charge conservatrice de l'arthrose dans le cabinet

L'arthrose et ses symptômes – la douleur en première ligne – est une cause fréquente de consultation au cabinet du médecin de famille. L'arthrose se résume en un commentaire laconique : elle est une maladie dégénérative à laquelle personne n'échappe. L'appellation anglophone « osteoarthritis » suggère mieux la triple nature de la maladie : une maladie inflammatoire – « arthrite » – touchant et le cartilage et l'os. La symptomatologie est très évocatrice par la présence de douleurs mécaniques : augmentant à la charge, au mouvement ou à la marche et diminuant au repos. L'examen clinique permet de s'orienter vers le diagnostic : avec les déformations articulaires. L'examen radiographique révèle lui des modifications pathognomoniques de la maladie arthrosique.

Pour ce qui est du traitement, il est possible d'offrir une prise en charge multimodale pour soulager la douleur et augmenter la capacité fonctionnelle. Pour les patients qui ne répondent pas à ces traitements, l'intervention chirurgicale est parfois indiquée.

Epidémiologie

Formes primaires. Sur 100 personnes de plus de 65 ans, 60 ont des signes anatomiques d'arthrose, 30 des signes radiologiques d'arthrose, 15 sont symptomatiques de cette arthrose et 5 consulteront pour ce problème très fréquent de médecine (référence).

L'arthrose primaire se définit par le fait qu'aucune cause sous-jacente n'est identifiable. Une composante génétique existe dans l'arthrose des doigts touchant les représentantes féminines d'une même famille.

Le sexe féminin et la personne de plus de 40 ans sont touchés le plus fréquemment. L'obésité influence négativement le développement de gonarthrose.

L'arthrose des doigts est l'arthrose la plus fréquente ; l'arthrose des genoux est celle qui touche le plus fréquemment les grosses articulations.

Formes secondaires. Les suites d'un traumatisme articulaire, soit accidentel (déchirure du ligament croisé), soit chirurgical (après ablation du ménisque) sont souvent évoquées. Elles surviennent aussi suite à des maladies – p. ex. la luxation congénitale de la hanche –, une maladie métabolique comme l'hémochromatose, des maladies neuro-articulaires comme la syphilis ou une polyneuropathie diabétique. Les maladies inflammatoires comme la polyarthrite rhumatoïde ou les arthrites micro-cristallines chroniques peuvent aussi induire une arthrose.

Physiopathologie

Dégénérescence cartilagineuse. Le processus arthrosique se caractérise essentiellement par la disparition progressive du cartilage articulaire, ce qui met à nu l'os sous-chondral. Cette fonte



Dr méd. Pierre-Alain Varisco
Lausanne



Prof. Dr méd. Alexander So
Lausanne

du cartilage se traduit en radiologie standard par un pincement de l'interligne articulaire.

Inflammation. Une synovite à bas bruit accompagnée par un épanchement articulaire est fréquemment observée. Des activateurs de l'inflammation comme les cytokines IL-1 ou TNF- α sont identifiés dans les liquides synoviaux de patients avec arthrose.

Instabilité ligamento-tendino-capsulaire. Une instabilité ligamentaire, soit traumatique ou congénitale, joue un rôle négatif dans le développement de l'arthrose. L'hypomyotrophie, sur déconditionnement musculaire ou secondaire à l'immobilisation, est un facteur aggravant de l'évolution de l'arthrose.

Atteinte osseuse. La composante osseuse se traduit très bien en radiographie standard : la sclérose sous-chondrale, les géodes et les ostéophytes.

Plus précocement, un œdème osseux est décrit en IRM dans les os adjacents à une articulation arthrosique ; cet œdème peut avoir une composante inflammatoire.

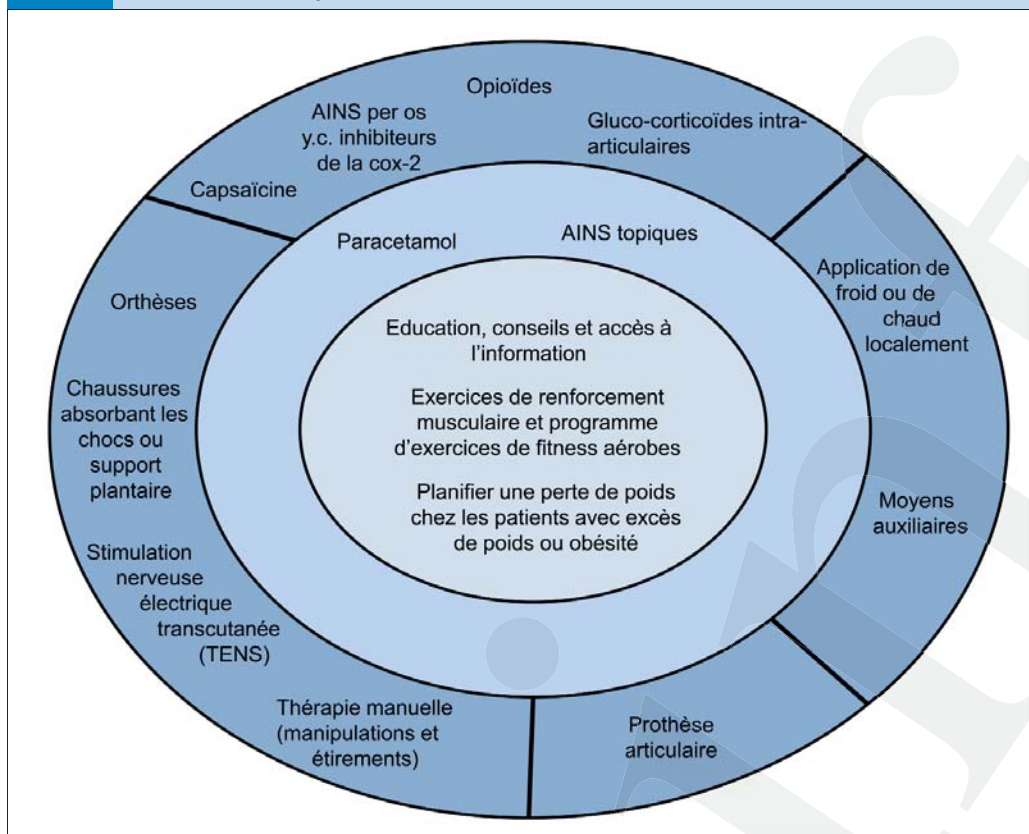
Diagnostic

Clinique. Le patient consulte lorsqu'il a des douleurs mécaniques, qu'il perçoit des « craquements » dans ses articulations ou lorsqu'une articulation devient « instable », « gonfle » ou perd de sa mobilité. Une raideur matinale peut exister : rarement plus que 30 minutes. Des réveils nocturnes existent, ils sont position- ou mouvement-dépendants.

Des déformations articulaires ou d'axe des membres, une instabilité, des signes inflammatoires et une hypomyotrophie des muscles contrôlant l'articulation atteinte sont observés.

Examens radiologiques. La radiographie standard est l'examen diagnostic. Le pincement de l'interligne articulaire, la sclérose de l'os sous-chondral, les géodes et les ostéophytes sont les signes cardinaux de l'arthrose. Des érosions sont possibles surtout au niveau des doigts et les images peuvent ressembler à une arthrite inflammatoire (l'anamnèse aidera à faire la différence).

FIG. 1

Résumé des recommandations NICE pour le traitement de l'arthrose (traduction en français du schéma original en anglais)


Il faut se rappeler qu'il n'existe que très peu de corrélation entre la symptomatologie de l'arthrose et la radiographie. La clinique prime.

L'IRM et l'ultrason articulaires sont des examens que le rhumatologue utilisera dans certaines situations.

Marqueurs biologiques. Il n'existe aucun marqueur sanguin ou urinaire utilisé en routine. La ponction articulaire amènera un liquide mécanique, c'est-à-dire avec une cellularité avec des leucocytes < 2 G/l.

Traitements

Traitements non médicamenteux : ergothérapie et moyens auxiliaires, et physiothérapie. Les ergothérapeutes et physiothérapeutes travailleront l'entretien de la mobilité articulaire – au plus proche de la physiologie d'une articulation donnée, en corrigeant des positions antalgiques qui augmentent le handicap fonctionnel –, la stabilité de l'articulation et le renforcement des muscles stabilisant cette articulation, ce qui permet aussi de traiter la douleur. La prise en charge initiale par ces thérapies s'accompagne souvent de plus de douleurs, suite au travail de structures musculaires et capsulaires en souffrance. Le patient retrouve son autonomie réduite par le handicap secondaire à l'arthrose.

L'introduction de moyens auxiliaires peut être proposée. L'usage d'une canne (1) à utiliser du côté malade permet dans le cadre d'une coxarthrose ou d'une gonarthrose de redonner au patient un périmètre de marche lui assurant son indépendance dans la vie de tous les jours. En ergothérapie, des orthèses peuvent être adaptées par exemple dans le cadre d'une rhizarthrose pour

permettre aux patients de réaliser leurs activités manuelles avec une douleur restreinte. Un enseignement de règles ergonomiques permet de compenser le handicap lié à une articulation malade.

Traitements médicamenteux.

► **Antalgiques:** Le traitement de la douleur est important pour la qualité de vie du patient et pour permettre à ce dernier une prise en charge physiothérapeutique plus facile. Le paracétamol à une dose adaptée à la fonction hépatique du patient permet un bon contrôle de la douleur. Une combinaison avec un opioïde de type tramadol est parfois nécessaire. D'autres médicaments sont à votre disposition, si vous vous référez aux recommandations britanniques NICE (2) (fig. 1) de la prise en charge de l'arthrose : par exemple les applications topiques de capsaïcine.

► **Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS) topiques et per os :** Dans la prise en charge d'une douleur liée à une arthrose, les AINS sont indiqués pour traiter la composante inflammatoire – et secondairement la douleur – et sont à prescrire sur une période limitée de 2 à 3 semaines. Les AINS classiques tout comme les coxibes ont leur place ici. La posologie est adaptée à la fonction rénale et il faudra tenir compte des co-morbidités ou des co-médications.

► **Glucocorticoïdes per os ou en infiltration intra-articulaire :** Dans les arthroses exsudatives ou dans les arthroses avec synovite au premier plan ou encore dans les arthroses réfractaires aux traitements précités, des infiltrations de glucocorticoïdes peuvent être effectuées après avoir informé le patient des risques et des bénéfices de telles infiltrations (3).

Une corticothérapie de 6 semaines per os – 7,5 mg/jour – a permis, dans un travail présenté au dernier congrès EULAR (Euro-

pean League Against Rheumatism), de diminuer les douleurs et d'augmenter le périmètre de marche de patients avec gonarthrose

- ▶ **Viscosupplémentation (4)** : Ce sujet reste controversé, car dans les métaanalyses, l'effet thérapeutique n'est pas puissant. Un rhumatologue expérimenté en la matière peut évaluer certaines indications précises. Le patient doit être informé que ce traitement sera financièrement à sa charge.
- ▶ **Radio-synoviorthèse (avec des isotopes radio-actifs)** : Pour les arthroses exsudatives récidivantes, où les gluco-corticoïdes intra-articulaires ont montré une efficacité, et surtout pour les cas montrant en IRM une synovite importante, ce genre de synoviorthèse peut être évalué en rhumatologie.

Disease modifying osteo-arthritis drugs (DMOAD)

- ▶ **Chondroïtine sulfate** : C'est le médicament le plus étudié dans sa catégorie. Son efficacité a été surtout démontrée après que les guidelines ACR (5) (American College of Rheumatology) ou EULAR (6) ont été publiés ; il n'est donc pas intégré dans ces derniers.

Ce traitement a deux effets importants surtout sur l'arthrose des mains et la gonarthrose : c'est un immuno-modulateur avec la baisse de la production d'une cytokine pro-inflammatoire (IL-1 β) et c'est un traitement avec un impact favorable sur l'interligne articulaire (7) ayant donc un effet chondro-protecteur. Cliniquement, il permet de diminuer la douleur et d'augmenter la fonction articulaire (8).

- ▶ **Autres traitements** : Les anti-TNF (tumor necrosis factor) iv. ou intra-articulaires et le zolendronate – un bisphosphonate – sont à l'étude avec une action anti-inflammatoire sur les synovites et l'œdème osseux observé dans l'arthrose.

La place de la chirurgie orthopédique. L'échec du traitement conservateur ou l'importance de la déformation et l'impotence articulaires sont des facteurs qui influencent le recours à l'approche chirurgicale. Toutefois, toutes les interventions n'ont pas reçu l'approbation scientifique (p. ex. lavage articulaire par arthroscopie). Une bonne collaboration entre le rhumatologue et le chirurgien orthopédiste permet une approche idéale de la prise en charge.

Conclusion

L'arthrose est une maladie très fréquente touchant tous les compartiments articulaires – de multiples traitements permettent d'agir contre les différents événements pathologiques marquant l'évolution de la maladie. Le médecin de premier recours y est souvent exposé. C'est une maladie liée au vieillissement certes, ce qui ne veut pas dire qu'il faille juste l'observer passivement. Une prise en charge globale et multi-modale précoce permet un contrôle des symptômes et une diminution des handicaps fonctionnels. L'intervention du médecin-orthopédiste peut ainsi être différée.

Le rhumatologue est un médecin spécialiste auquel les patients pourront être envoyés lorsque les thérapies de première ligne auront échoué.

Dr méd. Pierre-Alain Varisco

Service de rhumatologie
Département de l'Appareil Locomoteur
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
pierre-alain.varisco@chuv.ch

Prof. Dr méd. Alexander So

Service de rhumatologie
Département de l'Appareil Locomoteur
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
alexanderkai-lik.so@chuv.ch

Message à retenir

- ◆ L'arthrose est très prévalante au plan radiologique mais la corrélation entre les symptômes et les signes radiologiques n'est que modérée.
- ◆ La prise en charge de l'arthrose commence par une approche non-pharmacologique, qui sert comme la base de tout traitement proposé.
- ◆ La place de la visco-supplémentation est controversée et n'est pas remboursée par les caisses maladies en Suisse à l'heure actuelle.

Références :

1. Jones A, Silva PG, Silva AC, Colucci M, Tuffanin A, Jardim JR, Natour J. Impact of cane use on pain, function, general health and energy expenditure during gait in patients with knee osteoarthritis : a randomised controlled trial. *Ann Rheum Dis.* 2012 Feb ;71(2) :172-9.
2. Conaghan PG, Dickson J, Grant RL; Guideline Development Group. Care and management of osteoarthritis in adults: summary of NICE guidance. *BMJ.* 2008 Mar 1;336(7642):502-3.
3. P. Seror, P. Pluvinage, F. Lecoq d'Andre, P. Benamou and G. Attuil. Frequency of sepsis after local corticosteroid injection (an inquiry on 1 160 000 injections in rheumatological private practice in France). *Rheumatology* 1999 ;38 :1272-1274.
4. Rutjes AW, Jüni P, da Costa BR, Trelle S, Nuesch E, Reichenbach S. Viscosupplementation for Osteoarthritis of the Knee: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2012 Jun 11.
5. Hochberg MC, Altman RD, April KT, Benkhalti M, Guyatt G, McGowan J, Towheed T, Welch V, Wells G, Tugwell P; American College of Rheumatology. American College of Rheumatology 2012 recommendations for the use of nonpharmacologic and pharmacologic therapies in osteoarthritis of the hand, hip, and knee. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2012 Apr;64(4):455-74.
6. Zhang W, Doherty M, Peat G, Bierma-Zeinstra MA, Arden NK, Bresnihan B, Herrero-Beaumont G, Kirschner S, Leeb BF, Lohmander LS, Mazières B, Pavelka K, Punzi L, So AK, Tuncer T, Watt I, Bijlsma JW. EULAR evidence-based recommendations for the diagnosis of knee osteoarthritis. *Ann Rheum Dis.* 2010 Mar;69(3):483-9.
7. Michel BA, Stucki G, Frey D, De Vathaire F, Vignon E, Bruehlmann P, Uebelhart D. Chondroitins 4 and 6 sulfate in osteoarthritis of the knee: a randomized, controlled trial. *Arthritis Rheum.* 2005 Mar;52(3):779-86.
8. Gabay C, Medinger-Sadowski C, Gascon D, Kolo F, Finckh A. Symptomatic effects of chondroitin 4 and chondroitin 6 sulfate on hand osteoarthritis: a randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial at a single center. *Arthritis Rheum.* 2011 Nov;63(11):3383-91.