

La prise en charge

L'arthrose chez la personne âgée

Si l'on considère le nombre des opérations de remplacement articulaire (prothèses) effectuées chaque année en Suisse au niveau des genoux et des hanches – environ 10 000 pour les genoux, 15 000 pour les hanches –, en se rappelant que l'indication de loin la plus fréquente pour cette intervention est l'arthrose, enfin, en réalisant que de loin pas toutes les arthroses de ces deux articulations ne seront opérées, on peut se faire une idée du nombre important de pathologies articulaires dégénératives requérant un conseil médical.

Et si ces deux articulations sont le plus fréquemment touchées, il ne faut pas oublier que toute articulation peut en principe être concernée par ce phénomène dégénérative d'origines diverses. Le médecin de famille sera très fréquemment celui consulté en premier, et celui qui définira par conséquent les séquences de la prise en charge optimale de ce type d'affections.

Dans le cadre de cette prise en charge de l'arthrose, le premier et non le moindre des défis à relever est... l'établissement du diagnostic ! Cette remarque peut surprendre, mais force est de reconnaître que cette affection si fréquente ne fournit que peu de signes cliniques objectivables, fiables et indiscutables. Pas de paramètres sanguins spécifiques, et contrairement à ce qui est trop fréquemment admis, le support diagnostique radiologique est loin d'être absolu.

La bonne anamnèse et l'examen clinique – des éléments essentiels du diagnostic

Symptômes

La douleur est le symptôme principal, même si l'origine de cette douleur reste mal comprise. Elle varie selon l'articulation concernée. Elle est presque toujours en relation avec la charge et l'utilisation de l'articulation qui augmentent l'intensité du mal. Celui-ci peut cesser complètement à la décharge et au repos. Cette douleur va en crescendo pendant la journée pour être maximale le soir. Cependant, l'arthrose peut provoquer des poussées inflammatoires sur ce fond douloureux chronique avec des épanchements articulaires qui peuvent troubler le sommeil malgré la décharge; dans ces situations, le patient décrit un dérouillage au lever.

On détaillera l'anamnèse familiale à la recherche d'antécédents familiaux d'arthrose et l'anamnèse personnelle de traumatismes et opérations articulaires (par exemple une méniscectomie).

Un autre symptôme important est la gêne fonctionnelle où la limitation de certains mouvements dépend surtout de la douleur. L'amplitude articulaire est réduite, l'articulation concernée manque de souplesse. Ces modifications rendent pénibles certaines tâches quotidiennes. Cette gêne est proportionnelle au degré d'activité de la personne. C'est ainsi qu'une arthrose digitale même légère handicaperait fortement un pianiste par exemple.



Dr Peter J. Jenoure
Gravesano

A l'examen clinique, selon le stade de l'affection, on n'observera pas grand-chose de particulier, comme des signes inflammatoires (rougeur, chaleur). Un gonflement peut apparaître lorsque s'installe un épanchement liquidien (épanchement de synovie), ce qui est particulièrement fréquent au niveau des genoux. Lors de phases plus tardives, on trouvera éventuellement de petites déformations locales (nodules, ostéophytes), surtout visibles au niveau des doigts, des orteils et du genou. Selon le stade d'évolution de la maladie, on trouvera sur les grosses articulations surtout des diminutions d'amplitude de mouvement (ROM) telles la typique réduction de la rotation interne de la hanche en flexion ou le déficit d'extension du genou. Les signes comme des craquements, des dérobements, des sensations d'accrochage, ainsi que des pseudo-blocages ne présentent pas d'intérêt déterminant pour le diagnostic, même s'ils peuvent être très gênants.

Ponction articulaire

Si l'on devait procéder à une ponction articulaire sur une articulation fortement enflée pendant une poussée inflammatoire, on trouvera un épanchement dit « mécanique » avec une concentration de leucocytes inférieure à 1 000 globules blancs/mm³ dont moins de la moitié sont des polynucléaires. Il se présente comme un liquide visqueux et jaune clair.

L'état général est toujours bon. Il n'y a ni fièvre ni amaigrissement.

Radiographie

Dans la majorité des cas, la radiographie est le seul examen (éventuellement) nécessaire pour confirmer le diagnostic de l'arthrose et assurer le suivi de la maladie. D'autres examens comme l'IRM, le scanner ou encore la scintigraphie osseuse ne seront demandées qu'en cas de doute, en fin de compte très rarement.

A propos de la radiographie, employée systématiquement et d'emblée à tort peut être dans le processus diagnostique, il faut savoir que dans la coxarthrose par exemple, seul 1 patient sur 6 présentait des modifications radiologiques significatives dans un tableau clinique d'arthrose avéré. A l'inverse, seul 1 patient sur 5 avec des altérations radiologiques souffrait de douleurs (1). Ces constatations valent dans des proportions semblables pour la gonarth-

rose. Par conséquent, il faut traiter les patients selon la clinique en premier lieu.

Traitements

Parler du traitement de l'arthrose est chose difficile, car comme presque toujours en médecine, une bonne thérapie est une thérapie sur mesure. On ne traitera pas une gonarthrose de la même manière qu'une rhizarthrose, ni une arthrose débutante comme une arthrose en phase très avancée, sans parler des particularités du patient (âge, sexe, besoins, etc).

Le nombre de ces traitements est très élevé, il est assez facile d'en citer plus d'une vingtaine sans effort particulier (2).

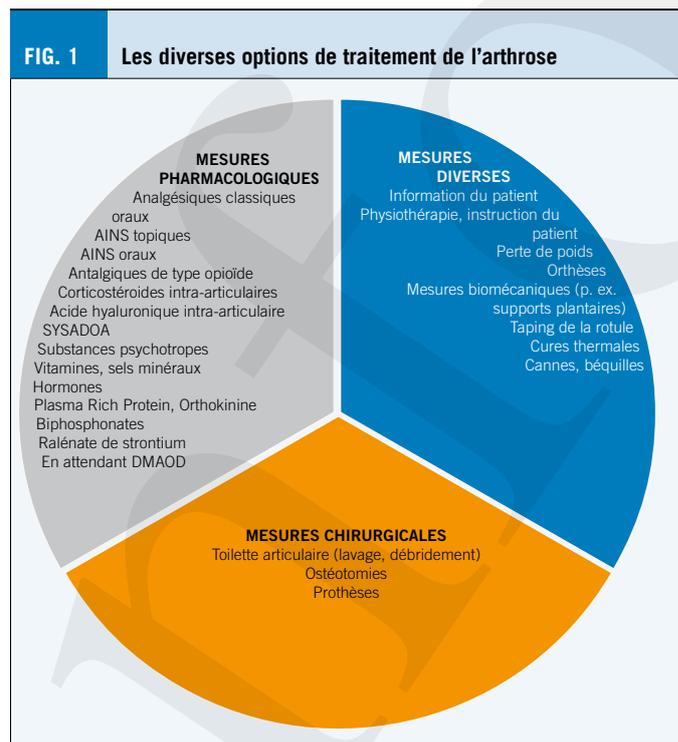
Le traitement de l'arthrose est presque par définition multimodal (3). Parmi les nombreuses options à disposition, aucune ne possède l'efficacité absolue, de sorte qu'il n'est presque pas possible de ne pas faire appel à des combinaisons, sans tomber pour autant dans la polypragmasie.

La douleur étant un symptôme cardinal de toute arthrose, sa gestion sera prioritaire. Nous citerons la cryothérapie ainsi que les applications topiques dont l'efficacité a été reconnue dans diverses publications. Comme d'autres auteurs, nous considérons que le temps du paracétamol est révolu, par indiscutable manque d'efficacité (effect-size de 0,15 à peine plus grand que le placebo), alors que les effets secondaires, toujours tenus pour presque négligeables, ne le sont pas autant qu'on le prétend. Si l'on considère la prescription de médicaments utiles, alors malgré tout les AINS au plus petit dosage et le moins longtemps possible. De récentes études ont démontré l'efficacité pour le moins aussi bonne des AINS d'anciennes générations comme de Diclofénac par rapport à ceux d'origine plus nouvelle, coxibe mis à part. Chez les personnes âgées, on tiendra cependant fortement compte des autres pathologies existantes, en particulier les cardio-vasculaires, sensibles aux AINS.

L'arthrose étant à tort encore souvent considérée comme une affection du cartilage alors qu'il s'agit en réalité d'une maladie de toutes les structures articulaires, la « chondroprotection » est un thème récurrent. L'usage des SYSADOA = Symptomatic Slow Acting Drug in Osteoarthritis, ou anti-arthrosiques symptomatiques d'action lente se doit être discuté. Les avis divergent mais surtout évoluent fortement depuis la mise sur le marché de ces produits il y a 40 ans en tous cas. On peut dire aujourd'hui que toutes les organisations scientifiques qui s'occupent de l'arthrose considèrent l'utilité de cette catégorie de produits comme évidente à haut degré. Il faut toutefois insister pour dire que la qualité des produits mis à disposition dans les différents pays varie fortement. Pour la chondroïtine, il est aujourd'hui clairement établi que seule la forme sulfatée microcristalline est efficace, avec un coefficient d'ES de 0,27 sur la douleur supérieure à celui des AINS même.

Une constatation identique a pu être faite avec l'acide hyaluronique en application intra-articulaire. Par un choix optimal, en l'espèce des préparations de poids moléculaire intermédiaire (800 000 à 2 000 000 Da), l'efficacité est nettement améliorée. L'Effect Size est estimé à 0,63.

Puisqu'il est question d'injections intra-articulaires, il est indispensable de parler de l'infiltration de corticostéroïdes. Malgré la mauvaise réputation de ces substances autant chez les patients que chez certains médecins, leur usage, surtout lors des phases inflam-



matoires avec épanchement articulaire reste un choix souvent adopté. 3 à 4 applications par année aux dosages adaptés à la grandeur de l'articulation sont sans danger pour le cartilage, comme si souvent prétendu.

Nous ne ferons qu'évoquer les injections de sang autologue (PRP = extraits plaquettaire ou Orthokine), ces techniques nécessitant des évaluations plus poussées selon des critères scientifiques. Il nous tient particulièrement à cœur de mentionner dans cette prise en charge d'une entité clinique certes fréquente et même en augmentation permanente, et particulièrement complexe, le rôle important du muscle comme agent thérapeutique. Au niveau du genou surtout, le haubanage musculaire est de grande importance. Les personnes qui conservent une bonne musculature de toute la cuisse semblent moins enclines à développer une gonarthrose. Un programme complet de **musclature de la cuisse**, fait de renforcement, d'étirement et de coordination est un élément thérapeutique indiscutable. Il est nécessaire de rappeler à cet endroit que le muscle reste « entraînable » jusqu'à un âge avancé ! L'instruction dans le cadre de la physiothérapie est un moment important.

L'information du patient, les contrôles de poids, les bains, les orthèses et les corrections biomécaniques parmi d'autres encore sont des options thérapeutiques à évaluer de cas en cas.

Il serait gravement incomplet de ne pas citer comme agent thérapeutique celui qui probablement a fait les plus grands progrès dans le cadre de la prise en charge de l'arthrose, **la chirurgie**. Ce sont évidemment les prothèses de différents types qui ont permis cet indéniable saut de qualité, mais par souci d'être le plus complet, il ne faut pas oublier les ostéotomies de correction au niveau du membre inférieur, ou certaines techniques de distraction de l'articulation touchée par système de fixateurs externes. Par contre, tout le monde semble unanime à rejeter les « toilettes articulaires » arthroscopiques si prônés il y a peu de temps encore.

En faisant ce survol des mesures thérapeutiques aptes à enrayer le développement d'une arthrose, on se rend assez bien compte qu'il s'agit dans la plupart des cas de mesures symptomatiques qui en plus sont appliquées alors que l'affection est déjà bien installée. Dans le cadre de la prise en charge de l'arthrose, on ne parle que très peu de mesures quasi préventives, logiquement, puisque l'on ne connaît que très mal cette maladie articulaire si hétérogène (4). Ceci est certainement un domaine dans lequel la recherche future doit s'engouffrer, comme il est important que, comme pour certaines maladies rhumatismales, on découvre des DMARD's (Disease modifying anti-rheumatic drugs) spécifiques de l'arthrose, des DMOAD's (Disease modifying anti-osteoarthritis drugs). Des essais avec les biphosphonates et le ralénate de strontium semblent s'avérer prometteur. Affaire à suivre.

Dr Peter J. Jenoure

Ars Ortopedica, Ars Medica Clinic
6929 Gravesano
jenoure@bluewin.ch

+ Conflit d'intérêts: L'auteur n'a déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Messages à retenir

- ◆ L'arthrose, maladie touchant toutes les structures composant une articulation, est une affection très fréquente avec une incidence plutôt en augmentation.
- ◆ Il s'agit d'une pathologie très hétérogène, pour une articulation donnée comme pour les différentes articulations, comparée entre elles.
- ◆ L'importance d'un bon diagnostic est essentielle pour définir une stratégie thérapeutique cohérente
- ◆ Pour le moment, les nombreuses options de traitement sont de nature symptomatique surtout. Il est judicieux de combiner différentes modalités.
- ◆ La part du patient dans le traitement est importante. Il faut donc extrêmement bien l'informer et l'instruire (physiothérapie)

Références:

1. Da Costa BR et al. Effectiveness of non-steroidal anti-inflammatory drugs for the treatment of pain in knee and hip osteoarthritis: a network meta-analysis. Lancet 2016 Mar 17. pii: S0140-6736(16)30002-2
2. Häuselmann HJ. Management der modernen Arthrosebehandlung. Hospitalis 2002;72:1-2,19-22
3. Hügler T. Arthrose im Alter, konservative versus operative Behandlung. der informierte Arzt 2014;8:37-43
4. Hunter DJ. Lower extremity osteoarthritis management needs a paradigm shift. Br J Sports Medicine 2011;45:283-8

ANNONCE PRÉLIMINAIRE



Vol. 5 – No 5 septembre 2016

Qu'est-ce qu'il y aura dans le prochain numéro?

FORMATION CONTINUE ➔ Sujet principal ➔ Urologie

- ➔ Chutes de cheveux « communes » de la femme
- ➔ Insuffisance cardiaque et anémie
- ➔ Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin
- ➔ Faut-il traiter un patient obèse âgé?
- ➔ Nouvelles directives de traitement diabétique

ACTUALITÉ/CONGRÈS ➔ Swiss Family Docs et CMPR, Montreux