

L'arthrose périphérique : un défi de taille

Mark Hazletine, M.D.,
FRCPC, FACP



Présenté dans le cadre
de la conférence :
*Le patient âgé avec
arthralgie*, Université de
Montréal, avril 2010

L'arthrose est de loin l'une des conditions rhumatologiques les plus fréquentes. Nous estimons qu'un patient sur quatre est atteint d'arthrose – soit de forme périphérique, axiale ou les deux – la forme axiale (colonne cervicale et lombaire) étant la plus fréquente. La prévalence augmente avec l'âge et les femmes sont plus souvent atteintes que les hommes. Les coûts indirects et directs de santé étaient, en 1998, de 4,4 milliards de dollars par an. Il s'agit donc d'une condition cliniquement et économiquement importante.

La définition de l'arthrose

L'arthrose est définie comme étant un défaut de réparation d'un dommage articulaire résultant d'un stress sur n'importe quelle composante de l'articulation (cartilage, os sous-chondral, ménisque, ligament, muscle péri-articulaire).

La physiopathologie

Il existe deux mécanismes qui peuvent causer l'arthrose chez un patient. Chez la plupart des patients, l'atteinte initiale qui survient sur le cartilage est de nature physique, sous forme de macro-traumatisme (c'est-à-dire déchirure méniscale) ou de micro-traumatisme répété. En réaction à cette atteinte, les chondrocytes réagissent en libérant des enzymes de dégradation protéolytiques qui détruisent les composantes de la matrice cartilagineuse, soit le collagène et les protéoglycanes. De plus, ils sont incapables de réparer les dommages engendrés.

Plus rarement, la défaillance du cartilage survient chez des individus pour lesquels les charges ne sont pas excessives, mais chez qui la matrice est génétiquement défectueuse (défaut du collagène de type 2).

Il existe donc des facteurs locaux et systémiques qui entraînent une destruction de la matrice, une réparation aberrante et une défaillance mécanique.

La classification

Traditionnellement, l'arthrose est subdivisée en deux catégories étiologiques distinctes : la forme primaire (idiopathique) et la forme secondaire. La forme primaire est de loin la plus fréquente. Elle peut être isolée ou généralisée et elle affecte habituellement les petites articulations des mains (interphalangienne proximale, interphalangienne distale et carpométacarpienne du pouce), les hanches, les genoux, la colonne cervicale et lombaire et la première métatarsophalangienne.

Dans la forme secondaire, certaines conditions spécifiques peuvent causer ou accroître le risque de développer de l'arthrose (Tableau 1).

Tableau 1

Conditions spécifiques pouvant causer ou accroître le risque de développer de l'arthrose

- Condition traumatique
- Condition génitale
- Condition métabolique (CPPD,* HA**)
- Condition infectieuse
- Condition endocrinienne : diabète, acromégalie, hypothyroïdie
- Pathologie inflammatoire pré-existante : arthrite rhumatoïde
- Divers : maladie de Paget, nécrose avasculaire
- Condition neuropathique : Syndrome de Charcot, CPPD, hydroxyapatite

* Calcium pyrophosphate dihydrate

** Hydroxyapatite

Tableau 2

Différences entre l'arthrose et les pathologies inflammatoires

Mécanique	Inflammatoire
Douleur à l'effort	Douleur au repos
Soulagée par le repos	Soulagée par l'activité légère à modérée
Peu ou pas de signes inflammatoires	Signes inflammatoires +++
Pas de douleur nocturne	Douleur nocturne présente
Raideur matinale < 30 min	Raideur matinale > 1 h

La présentation clinique

L'arthrose est rare avant l'âge de 40 ans. Elle affecte plus souvent la femme que l'homme. La douleur est le motif principal de consultation. Elle est principalement de type mécanique, c'est-à-dire qu'elle survient surtout lors de la mise en charge et de la mobilisation, alors que le repos tend à la diminuer. Les signes inflammatoires traditionnels (gonflement, chaleur) sont souvent absents, mais leur présence n'exclut pas le diagnostic. La raideur matinale (signe classique d'inflammation) est de courte durée (moins de 30 minutes) et la douleur nocturne est rare, ce qui contraste avec les pathologies inflammatoires (Tableau 2). La distribution de l'atteinte articulaire permet également de faire la distinction entre l'arthrose et la polyarthrite rhumatoïde (Figure 1).

L'investigation de laboratoire

De façon générale, les examens de laboratoire, tels que la vitesse de sédimentation, la protéine C réactive, le facteur rhumatoïde et le facteur antinucléaire (ANA), sont peu utiles. La radiographie simple de l'articulation atteinte est le meilleur examen. Les signes cardinaux de l'arthrose sont : le pincement articulaire, les ostéophytes, la sclérose de l'os sous-chondral et les géodes.

Le traitement**Les mesures non pharmacologiques**

L'obésité est l'un des facteurs de risque les plus importants de l'arthrose. Il est donc important d'encourager le patient à perdre du poids. Il serait utopique de demander à un patient d'atteindre son poids idéal. L'objectif visé est de diminuer la charge sur l'articulation atteinte.

Il est également important d'encourager le patient à faire de l'exercice : marche, bicyclette, rien n'est contre-indiqué. L'exercice doit être fait de façon régulière, selon les capacités du patient. Une évaluation et une prise en charge par un physiothérapeute, lorsque possible, est souhaitable. L'utilisation d'aides techniques, comme une orthèse, une canne ou une marchette, devrait être considérée pour certains patients.

Les analgésiques

L'acétaminophène demeure un traitement efficace et peu toxique de la douleur associée à l'arthrose. L'insatisfaction des patients liée à ce médicament est souvent attribuable à une sous-utilisation de la dose optimale qui est de 3 à 4 g 1 f.p.j. Il est donc important d'optimiser ce médicament avant de considérer une autre forme d'analgésie.

En ce qui concerne l'utilisation des opiacés, les opinions sont partagées. Nous préconisons une approche plutôt conservatrice et nous évitons d'utiliser d'emblée un narcotique. Toutefois, pour le patient chez qui toutes les options ont été tentées et pour

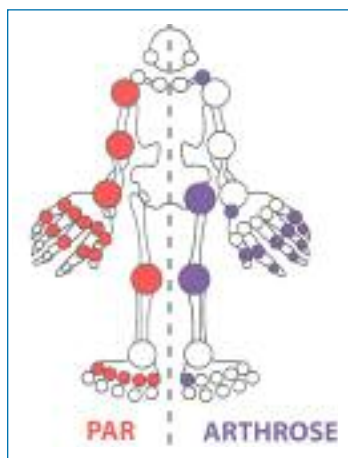


Figure 1. Distribution articulaire de la polyarthrite rhumatoïde (PAR) vs l'arthrose

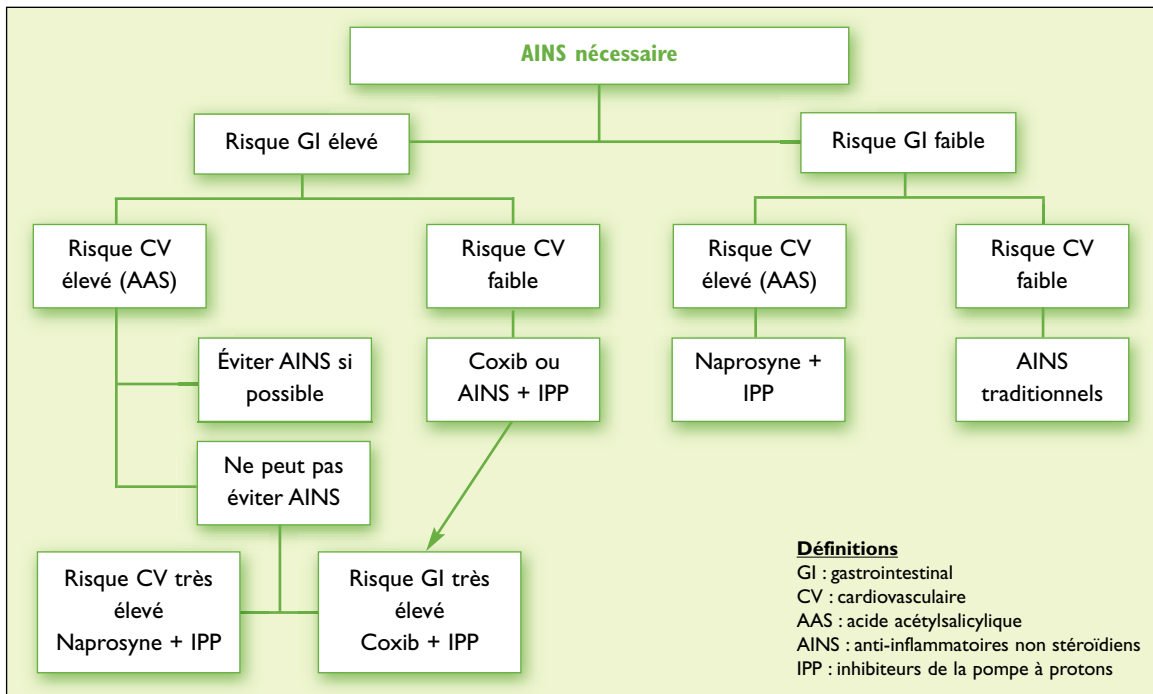


Figure 2. Le choix d'un AINS selon les facteurs de risque cardiovasculaires et gastrointestinaux

qui la chirurgie n'est pas possible, l'utilisation d'un narcotique peut être considérée, en particulier le tramadol à longue action. Le dosage est à ajuster en fonction de la réponse clinique. Le dosage de départ est de 100 mg 1 f.p.j. et le maximum suggéré est de 300 mg 1 f.p.j.

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)

Les AINS sont couramment utilisés pour soulager les douleurs reliées à l'arthrose. Leur efficacité a bien été démontrée dans plusieurs études avec répartition aléatoire. Cependant, il faut faire preuve de prudence lorsque nous prescrivons un AINS chez un patient, car plusieurs facteurs de risque gastrointestinaux (GI) et cardiovasculaires (CV) sont à prendre en considération (Figure 2). Le célécoxib est le seul coxib actuellement disponible sur le marché. Du point de vue GI, la sécurité a bien été démontrée dans plusieurs études contrôlées avec répartition aléatoire. Toutefois, la sécurité CV demeure un sujet de controverse et son utilisation doit tenir compte du risque GI et des risques CV, tel que suggéré dans l'algorithme.

Les anti-inflammatoires topiques

À notre connaissance, seul le diclofénac sous forme de gel ou en solution avec du diméthylsulfoxyde (DMSO) sont disponibles sur le marché. La formulation sous forme de gel a été homologuée par Santé Canada en juillet 2008 pour le soulagement des douleurs musculaires ou articulaires reliées aux blessures, et son efficacité ainsi que son innocuité ont été démontrées lors d'études contrôlées avec répartition aléatoire. L'application doit être faite trois à quatre fois par jour. Son utilisation pour l'arthrose n'a pas fait l'objet d'études scientifiques.

Le **Dr Hazeltine** est
rhumatologue au Centre de
rhumatologie de Laval.

À retenir

- L'arthrose est de loin la condition rhumatologique la plus fréquente.
- Elle affecte plus de 10 % de la population adulte.
- La physiopathologie implique des facteurs à la fois locaux, génétiques et systémiques.
- Une approche thérapeutique pyramidale est suggérée. Les traitements non pharmacologiques sont fortement encouragés, ainsi que les traitements locaux (AINS topiques, infiltrations). Les AINS peuvent être utilisés, ainsi que les analgésiques narcotiques ou non narcotiques.
- En cas d'échec, il faut considérer l'approche chirurgicale.

Le diclofénac en solution a été approuvé par Santé Canada pour soulager les douleurs secondaires de l'arthrose, cependant son remboursement par le régime public d'assurance médicaments n'est pas autorisé. La dose varie entre 10 à 40 gouttes trois à quatre fois par jour, selon la grosseur de l'articulation. Les AINS topiques sont particulièrement utiles pour le patient chez qui un AINS per os est contre-indiqué.

La capsaïcine est un produit qui peut être utilisé pour diminuer les douleurs de l'arthrose. Il s'agit d'un onguent qu'il faut appliquer trois à quatre fois par jour. Au début du traitement, le patient peut noter une sensation de brûlure locale transitoire.

Les traitements topiques sont utiles seulement pour le patient qui présente de la douleur à une ou deux articulations.

La glucosamine est-elle efficace?


La revue de la littérature donne des résultats contradictoires. L'étude portant sur la glucosamine hydrochlorée avec ou sans chondroïtine comparée au placebo n'a pas démontré d'efficacité¹, mais une étude suggère une certaine efficacité du sulfate de glucosamine². La glucosamine étant considérée au Canada comme un produit naturel, elle n'est donc pas soumise à la même réglementation que les médicaments brevetés, ce qui diffère de l'Union européenne. La dose recommandée est 1 500 à 2 000 mg 1 f.p.j. et il n'y a pas de contre-indication formelle ni d'interaction importante, sauf chez le patient diabétique.

Les infiltrations

Les corticostéroïdes

L'infiltration de corticostéroïdes est souvent recommandée pour soulager la douleur reliée à l'arthrose, mais peu d'études contrôlées à répartition aléatoire ont clairement démontré une supériorité par rapport au placebo. Cependant, l'expérience clinique nous démontre qu'une infiltration de corticostéroïdes peut soulager la douleur entre deux à quatre semaines, et ce, jusqu'à six mois, surtout en présence d'un épanchement articulaire. La dose varie selon la grosseur de l'articulation : de 10 mg pour les plus petites à 40 mg pour les plus grosses (ex. : genou, hanche). Il est recommandé de faire un maximum de trois à quatre infiltrations par année, par site.

Les viscosuppléments

Les dérivés de l'hyaluronan sont couramment utilisés par injection intra-articulaire pour soulager les douleurs de l'arthrose. En 2003, lors d'une méta-analyse évaluant 22 études publiées, il a été démontré que l'injection d'hyaluronan était supérieure au placebo, mais que l'effet était faible³. Lorsque comparés à un AINS versus un placebo, les dérivés de l'hyaluronan sont supérieurs au placebo, mais comparables à un AINS⁴. La viscosuppléance est surtout utile chez le patient avec une arthrose de légère à modérée, chez qui l'utilisation des AINS est contre-indiquée, et qui a une articulation avec peu ou pas d'inflammation. L'infiltration peut être répétée aux quatre à six mois. Il n'y a aucun effet systémique, mais une réaction locale a été rapportée avec certains produits, Cependant, celle-ci est généralement mineure et sans conséquence à long terme. 

Références :

1. Clegg DO, Reda DJ, Harris CL, et coll. Glucosamine, chondroitin sulfate, and the two in combination for painful knee osteoarthritis. *N Engl J Med* février 2006; 354(8):795-808.
2. Reginster JY. The efficacy of glucosamine sulfate in osteoarthritis: financial and nonfinancial conflict of interest. *Arthritis Rheum* juillet 2007; 56(7): 2267-77.
3. Lo GH, LaValley M, McAlindon T, Felson DT. In an intra-articular hyaluronic acid in treatment of knee osteoarthritis: a meta-analysis. *JAMA* décembre 2003; 290(23):3115-21.
4. Altman RD, Atkinson MH, Lussier AJ, et coll. Intra-articular sodium hyaluronate (Hyalgan®) in the treatment of patients with osteoarthritis of the knee: a randomized clinical trial. *J Rheumatol* novembre 1998; 5(11):2203-12.