

Avertissement : notes prises au vol... erreurs possibles... prudence !

Mardi 27.09.2011

Hôpital cantonal de Genève

Actualité dans la prise en charge de l'arthrose

Dr L. Brulhart

L'arthrose augmente avec l'âge, plus souvent chez les femmes, chez les obèses, et dans certaines familles présentant une prédisposition génétique.

Les arthroses dites secondaires se voient lors de laxité ligamentaire, post traumatique, lors de pathologie inflammatoire, de chondrocalcinose ou de goutte, de maladie métabolique ou d'hémochromatose, d'ochronose, d'acromégalie ou de maladie de Wilson, lors de problème neurologique ou osseux (ostéonécrose, maladie de Paget).

L'arthrose primaire se voit dans les petites articulations des doigts (Heberden et Bouchard), la rizarthrose de la base du pouce, la coxarthrose, la gonarthrose, l'arthrose du gros orteil, et l'arthrose sternoclaviculaire.

La douleur est classiquement mécanique, liée au mouvement et à la charge, mais il peut y avoir aussi une composante inflammatoire qui diminue avec l'échauffement.

Le liquide ponctionné est ?mécanique? (c.-à-d. non inflammatoire) et stérile.

La radiographie montre classiquement le pincement articulaire, l'ostéophytose, la sclérose et les géodes sous chondrales.

Le CT et l'IRM permettent de mieux voir le cartilage.

L'US permet d'évaluer les tissus mous et de guider la ponction ou l'infiltration, et dans certains cas de suivre l'évolution de petites articulations.

On rappelle que le CT est nettement plus irradiant que l'IRM, même s'il est plus rapide et moins cher.

La prise en charge est non pharmacologique, pharmacologique (générale et locale), et chirurgicale.

Education, perte de poids, physio, renforcement quadricipital, stretching, TENS (pour neurostimulation électrique transcutanée), acupuncture, ça c'est ce qui concerne le non-pharmacologique.

On souligne que la gym marche tant qu'on la continue mais que l'effet se perd si on arrête; pour ce qui est des acupuncteurs, leur efficacité dépend beaucoup de leur conviction, c'est-à-dire qu'un acupuncteur silencieux ne marche pas, et un

acupuncteur volubile et logorrhéique a tendance à être plus efficace... On comprendra que l'effet placebo est important. Mais l'acupuncture ne fait pas de mal... c'est déjà quelque chose...

Une perte de poids massive de 20% du BMI permet une baisse de 51% sur l'échelle de douleur visuelle analogique, et une récupération de 57% de la fonction selon le score WOMAC (The Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index). Il semble aussi que les produits de dégradation du cartilage (COMP : Cartilage Oligomeric Matrix Protein) diminuent tout comme l'IL6, la CRP ultra sensible et l'adipokine, qui est une cytokine sécrétée par le tissu adipeux...

Pour la pharmacologie, on commence par le paracétamol pas plus de 3g/j (NNT entre 4 et 16).

Ensuite on passe au AINS et coxibes en cherchant la plus petite dose efficace et si possible pour des durées courtes.

Finalement on passe aux opiacés en se souvenant qu'il y a plus de personnes qui ont des problèmes que des solutions avec ce type de médicaments, soit en d'autres mots : NNH=5 (number needed to harm), et NNT= 25 (number needed to treat)...

Il y a les médicaments topiques genre AINS ou Capsaïcine, qui seraient efficaces malgré tout ce que l'on pourrait penser tout comme les SYSADOA (symptomatic slow acting drugs for osteoarthritis) c'est-à-dire la glucosamine et le chondroïtine sulfate, dont une étude genevoise vient de montrer que ça marcherait dans l'arthrose des doigts et des genoux (Prof C.Gabay/ Arthr. Rheum. 2011).

En intra-articulaire les corticoïdes dépôts sont efficaces pendant 1 mois et le NNT est de 3.

Le risque infectieux est très faible si l'on prend les précautions d'usage.

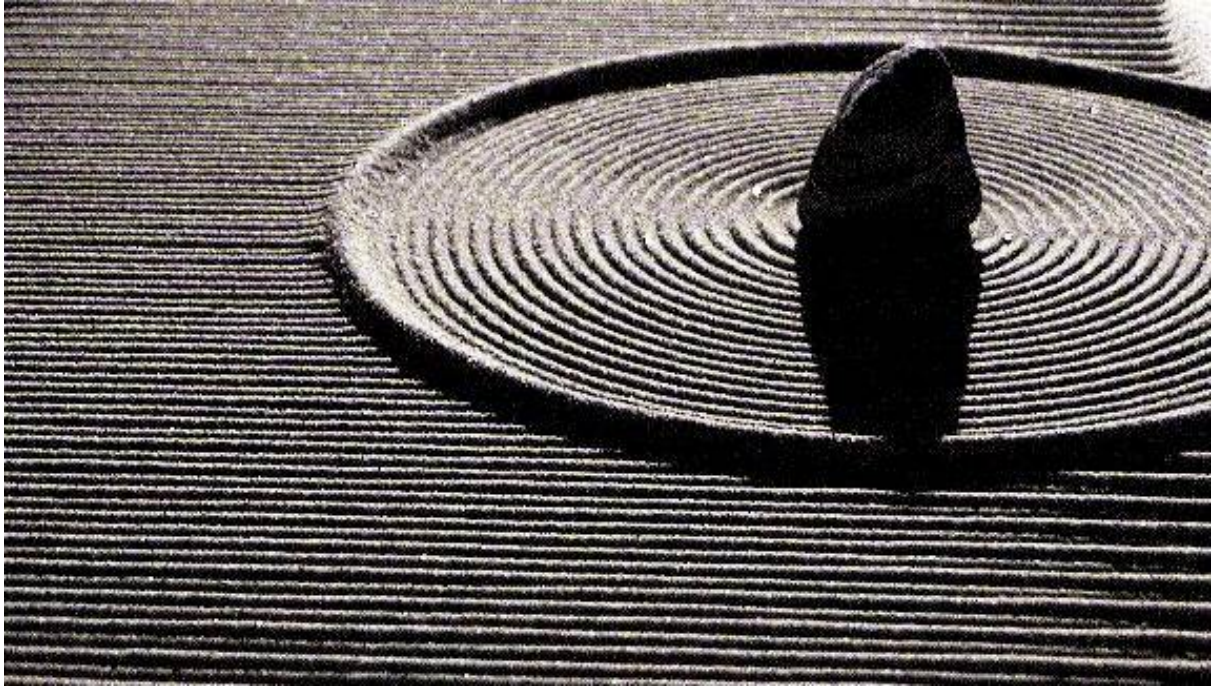
L'injection intra-articulaire d'acide hyaluronique est meilleur que la cortisone à long terme (12-26 semaines) mais moins bon à court terme (les 1ères 2 semaines).

La calcitonine pourrait s'avérer intéressante dans le futur contrairement aux biphosphonates qui n'ont pas d'effet clinique.

Un anticorps monoclonal contre le nerve growth factor (NGF), le Tanezumab est efficace contre la douleur mais entraîne des dysesthésies et des arthroses rapidement destructrices qui va rendre son développement peu probable...

Des anticytokines genre antiTNF (Infliximab) seraient à l'étude voire en injection intra-articulaire...

Pour nous, on retiendra surtout l'éducation du patient, la perte de poids, la musculation et le stretching, le paracétamol et le Chondrosulf (ou le Structum) dont on nous disait il y a quelques mois que l'utilité était douteuse...



Tout n'est qu'impermanence, restons Zen...

Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
ericbdh@hin.ch

transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch