

Arthrose du genou : quelle prise en charge en 2022 ?

Pre A. Lubbeke Wolff, Pr A. Finckh, Dr H. Miozzari

L'arthrose du genou est une maladie chronique souvent aggravée par la présence de multimorbidité. A cause de la limitation de mobilité, elle est associée à un risque augmenté de maladie cardiovasculaire.

La gonarthrose représente 85% des cas d'arthrose dans le monde et touche plus les femmes. Elle est en augmentation dû au vieillissement de la population, de l'épidémie d'obésité et du nombre croissant de blessures articulaires.

On retrouve plusieurs phénotypes de la maladie:

- Douleur chronique: souvent accompagné de dépression
- Syndrome métabolique: patients en surpoids
- Surcharge mécanique: défauts d'alignement ou traumatisme
- Inflammatoire: beaucoup d'inflammation, synovite, évolution rapide
- Atteinte du métabolisme de l'os et du cartilage
- Maladie minimale: atteinte lentement progressive avec peu de symptômes

Les facteurs de risques

Principalement l'âge. Puis le sexe féminin, l'obésité, les traumatismes, les défauts d'alignement, la faiblesse des extenseurs du genou...la contribution génétique pour l'arthrose du genou est moins forte que pour l'arthrose de la hanche ou de la main.

En clinique, les patients obèses ont souvent besoin plus jeunes que les autres d'une opération. Leur risque cumulatif pour une opératoire controlatérale double à 15 ans par rapport à des patients avec un poids normal.

Le tissu adipeux est un régulateur essentiel de la santé du cartilage, quelle que soit la masse corporelle et l'inflammation systémique.

La douleur est le symptôme dominant et le plus grand motivateur pour une opération. Initialement prévisible et intermittente, elle devient insoutenable lorsqu'elle augmente en intensité et fréquence de façon imprévisible.

Elle a une composante neuropathique dans 20-40% des cas.

La gonarthrose pèse de plus en plus sur le *global burden of disease* et représente des coûts majeurs, avec des dépenses dans les pays à haut revenus de 1 à 2.5% du PIB. Les coûts indirects, d'années actives productives, sont souvent oubliés.

L'arthrose du genou est la première cause des coûts opératoires en Suisse.

Le diagnostic reste clinique et une imagerie n'est pas forcément nécessaire, car il y a peu d'association entre les symptômes et la radiologie! C'est peut-être plus précis avec l'IRM, bien que pas non plus nécessaire au diagnostic. La douleur mène à la décision opératoire.

Critères diagnostiques

	EULAR	ACR	
Age ≥50 years		○	EULAR: European League Against Rheumatism
Symptoms			ACR: American College of Rheumatology
Knee pain	●	●	
No EMS, or EMS ≤30 mins	●	○	
Functional limitation	●		
Clinical signs			EMS: raideur matinale
Crepitus	●	○	
Restricted range of motion	●		
Bone enlargement	●	○	
Bone margin tenderness		○	
No palpable warmth		○	
EULAR criteria Necessary feature ●		ACR criteria Necessary feature ●	
		Plus any 3 or more of these features ○	

Au niveau radiologique, il y a quatre grades d'atteinte, selon la présence d'ostéophytes et la réduction de l'espace intra-articulaire.

La prise en charge conservatrice doit être personnalisée. Une éducation thérapeutique, par le physiothérapeute par exemple, est importante: activité physique régulière, possible utilité de la perte de poids, ce n'est pas seulement lié à l'âge...éviter les opioïdes forts et l'arthroscopie précoce ou inadéquate.

Si le patient peut perdre du poids en faisant une activité physique, cela peut avoir le même effet qu'un AINS.

Le programme [GLAD Suisse](#) (Good Life with Arthritis in Denmark), pratiqué par des physiothérapeutes qualifiés, permet une prise en charge en groupe (2x9 séances) ou individuelle. Une diminution de la douleur, une meilleure qualité de vie et une diminution de prise d'antalgiques sont des résultats qui semblent se maintenir à un an.

Une étude compare le programme GLAD vs infiltrations inertes en double aveugle: les résultats sont très similaires. Il y a peut-être un petit effet placebo dû à une prise en charge fréquente et personnalisée.

Une autre étude compare 3 groupes pendant 18 mois: exercices de haute intensité vs basse intensité vs éducation thérapeutique seule. Là encore, il n'y a pas vraiment de différence entre les groupes...

Les traitement médicamenteux

Selon les recommandation des trois sociétés principales:

- Chondroïtine ou Glucosamine: à éviter
- Hésitants pour le paracétamol alors que c'était le premier traitement il y a 5 ans!
- AINS oral oui, si approprié, et AINS topique aussi! (patch de diclofénac, p.e.)
- Opioïdes: plutôt contre, sauf peut-être tramadol

- Duloxétine: antidépresseur avec un impact sur la douleur qui peut avoir son utilité
- Infiltration de corticoïdes: ne sont pas d'accord...plutôt ok, si approprié
- Infiltration d'acide hyaluronique: plutôt pas.

On nous présente diverses méta-analyses pour appuyer ses recommandations:

Une [méta-analyse](#) compare les effets de différents dosages vs placebo et montre que le paracétamol a seulement un petit effet vers 4 gr....les AINS marchent mieux, avec plus d'effets secondaires. A noter que l'ibuprofène a une demi-vie de 90min, et qu'un AINS de longue demie-vie est plus approprié.

Le patch de diclofénac fonctionne bien mieux que prévu, [à tester](#).

[L'infiltration](#) de corticostéroïdes a une efficacité correcte au début, mais celle-ci diminue rapidement à 3 mois pour disparaître à 6. Utile donc pour traiter une douleur aiguë, moins sur le long terme.

[La duloxétine](#) montre des résultats similaires aux AINS, c'est donc une bonne alternative.

Il y a de nombreuses thérapies émergentes ou controversées...comme l'injection de PRP, qui est très à la mode. L'étude [RESTORE](#) compare 3x PRP/an vs placebo, et trouve qu'il n'y a pas d'effet bénéfique sur les symptômes ni d'effet protecteur sur le cartilage...

Quand proposer une intervention?

La prothèse totale de genou (PTG) présente un avantage, bien qu'une partie des patients puissent bénéficier du traitement conservateur.

La satisfaction post-PTG atteint 85%, en sachant que lors de fortes douleurs préopératoires, il y a un risque de maintien de celles-ci après l'opération.

D'où l'importance de bien vérifier que le traitement conservateur ait été implémenté avant de passer à la chirurgie...

Les recommandations de la société allemande EKIT-Knie proposent les critères suivants:

- douleurs depuis 3 à 6 mois
- 3 à 6 mois de traitement non-chirurgical
- 3 à 6 mois d'impact sur la qualité de vie

La société suisse d'orthopédie ajoute un temps d'attente de 3 mois après une infiltration de corticoïdes afin de limiter le risque infectieux.

Finalement, ce qui est important c'est de prendre les décisions avec le patient pour un meilleur résultat.

Quel type d'intervention?

Préservation de l'articulation: ostéotomies, arthroscopie, distraction, embolization....

Sacrifice de l'articulation: prothèse partielle ou totale du genou

L'arthroscopie, dans le contexte de l'arthrose, est à éviter dans la majorité des cas, sauf en cas de blocage (*rare++*)! -- sans blocage, privilégier le traitement conservateur.

La distraction du genou, soit une décharge de l'articulation sur quelques semaines, est de plus en plus utilisée et fonctionne sur les grades 4. Les résultats sont prometteurs bien que le mécanisme ne soit pas entièrement compris.

Les "spacers" remplacent les ménisques, pour les patients âgés qui ont des risques opératoires... mais cela a déjà été écarté après un essor dans les années 50.

Les ostéotomies permettent d'adapter l'axe afin de diminuer le stress et la charge sur l'articulation.

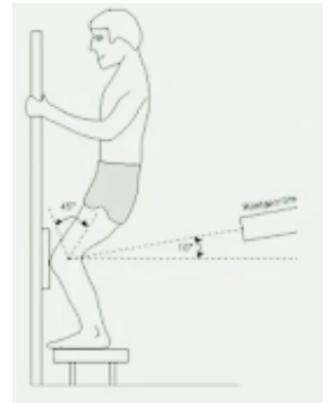
Les prothèses partielles sont utilisées si l'ostéotomie ne suffit pas à rétablir l'axe et lors d'atteintes principalement cartilagineuses.

l'arthroplastie totale (PTG): reste le standard actuellement

Quel bilan d'imagerie ?

La radiographie doit être faite debout pour avoir une utilité préopératoire, car cela permet de visualiser l'effacement de l'interligne articulaire. L'IRM est parfois utilisée mais pas nécessaire.

L'incidence "schuss" de Rosenberg permet de visualiser l'effacement articulaire postérieur, utile si patient jeune sans signe d'atteinte au niveau de l'espace articulaire...



Le défilé fémoro-patellaire peut montrer des kystes et un effacement de l'interligne...ici, l'utilité de l'IRM. Une prothèse partielle fémoro-patellaire peut être intéressante si les autres compartiments sont épargnés.

Si aucun signe n'est visible à l'imagerie, cela peut être une arthrose de la hanche qui réfère la douleur au genou. C'est valable en pédiatrie mais aussi chez les patients âgés.

