



Le Rhumatologue

L'arthrose : Approche diagnostique et thérapeutique

Dr Louis Bessette MD, M.Sc., FRCPC, rhumatologue, Centre hospitalier régional de Rimouski
Dr Denis Choquette, MD, FRCPC, rhumatologue, CHUM, Hôpital Notre-Dame

INTRODUCTION

L'arthrose est une des affections les plus fréquemment retrouvées en pratique médicale. On lui attribue souvent des manifestations cliniques dont elle n'est pas responsable (ex.: les cervico-brachialgies et les lombo-sciatalgies). Par contre, elle est souvent reléguée au second plan d'un point de vue thérapeutique, et ce, au détriment du bien-être et de la qualité de vie des individus qui en souffrent. Le présent document ne se veut pas une revue exhaustive mais plutôt une approche pratique du diagnostic et du traitement de la forme d'arthrose la plus répandue.

ÉPIDÉMIOLOGIE

L'arthrite et les maladies musculosquelettiques sont les maladies chroniques les plus communes. Elles sont aussi la cause la plus fréquente d'invalidité prolongée en Amérique du Nord. Qui est affecté par l'arthrose? Entre 55 et 74 ans, 70 % des patients présentent de l'arthrose aux mains, 40 % aux pieds, 10 % aux genoux et 3 % aux hanches. Dans la cohorte de Framingham, 35 % des patients de plus de 63 ans présentaient des signes radiologiques d'arthrose. Environ 10 % de ceux-ci étaient symptomatiques.

C'est donc une maladie très fréquente qui touche une population âgée chez laquelle la présence de maladies associées, telles la maladie cardiaque athérosclérotique, l'hypertension artérielle, l'insuffisance rénale et le diabète sont aussi des facteurs primordiaux à considérer particulièrement d'un point de vue thérapeutique.

Parmi les facteurs de risques, plus spécifiquement pour l'arthrose de la hanche et du genou, notons l'obésité, certaines activités professionnelles et physiques ainsi que les traumatismes articulaires.

PRÉSENTATION CLINIQUE

Tableau général

La principale raison de consultation des patients souffrant d'arthrose est la douleur. Celle-ci apparaît le plus souvent de façon graduelle et insidieuse. Plus rarement, les patients se plaindront aussi de raideur et de difficultés fonctionnelles. Contrairement aux arthrites de type inflammatoire (ex.: arthrite rhumatoïde), la douleur a un caractère mécanique: elle survient et augmente en intensité lors des activités et elle est soulagée par le repos. La raideur matinale est inférieure à 30 minutes et la douleur nocturne est absente sauf dans le cas d'arthrose très sévère. Une raideur après une période d'immobilisation est classique et ne dure que quelques minutes. Contrairement à l'arthrite rhumatoïde, souvent moins de 4 articulations sont symptomatiques en raison d'arthrose (atteinte monoarticulaire ou oligoarticulaire). Il n'y a pas de manifestations systémiques (tableau 1). À l'examen de l'articulation atteinte, il est possible de retrouver à l'inspection et à la palpation un gonflement ferme (excroissance osseuse), une déformation, une sensibilité articulaire et des structures avoisinantes et parfois une légère réaction inflammatoire locale.

La mobilisation de l'articulation peut provoquer de la douleur et des crépitations. Il est fréquent de retrouver une limitation de l'amplitude à la mobilisation active ou passive de l'articulation. Une instabilité de l'articulation peut être observée dans les cas de destruction avancée du cartilage articulaire.

MANIFESTATIONS CLINIQUES DE L'ARTHROSE VS LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

Tableau 1	VS LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE	
	Arthrose	Polyarthrite rhumatoïde
Douleur	Installation graduelle Douleur \propto à l'usage	Installation plus rapide Douleur à l'usage
Raideur matinale	Durée < 30 minutes	Durée > 60 minutes
Épanchement articulaire	\pm	Fréquent
Atteinte articulaire Distribution	IPD, IPP, 1 ^{re} CMC, genoux, hanches	IPP, MCP, poignets, coudes, épaules, genoux chevilles, MTP
Symétrie	Asymétrique	Symétrique
Manifestations systémiques	Non	Fatigue, nodules, yeux, poumons, cœur, etc.

Tableau spécifique

Les articulations le plus souvent touchées sont la colonne cervicale, la colonne lombaire, les articulations interphalangiennes distales (IPD) et proximales (IPP) des mains, la première articulation carpo-métacarpienne du pouce (1^{re} CMC), les hanches, les genoux et finalement la première articulation métatarso-phalangienne (1^{re} MTP) des pieds.

Les mains

L'atteinte des mains est plus fréquemment retrouvée chez la femme. Les plaintes les plus fréquentes sont la douleur qui peut affecter une ou quelques articulations et les limitations fonctionnelles telle une diminution de la dextérité et de la force de préhension (difficulté à manipuler de petits objets et tendance à les échapper). L'aspect esthétique des nodules d'Héberden et de Bouchard peut aussi être l'objet de plaintes de la part des patients (figure 1). L'atteinte de la première CMC (rhizarthrose) cause habituellement plus de douleur et de limitation fonctionnelle que l'arthrose des interphalangiennes (tableau 2).

La hanche

Les patients souffrant d'arthrose de la hanche présenteront le plus souvent des douleurs au niveau du creux inguinal avec parfois une irradiation à la face antérieure de la cuisse jusqu'au niveau du genou. Occasionnellement, seules les douleurs du genou sont la manifestation d'une arthrose de la hanche. Il faut y penser particulièrement si l'examen du genou est strictement normal. Les patients présenteront de la boiterie à la marche et de la difficulté à monter et descendre les escaliers ou attacher les chaussures en raison de la perte d'amplitude articulaire (tableau 3).

SIGNES CLINIQUES

DE L'ARTHROSE DE LA MAIN

Tableau 2

Gonflement osseux et déformation des IPD (nodules d'Héberden) et IPP (nodules de Bouchard), avec parfois une réaction inflammatoire isolée

Diminution de l'amplitude articulaire; perte de dextérité et de la force

Équarrissement première CMC

Instabilité articulaire

Kyste arthro-synovial mucineux

SIGNES CLINIQUES

DE L'ARTHROSE DE LA HANCHE

Tableau 3

Réduction des mouvements passifs (> rotation interne)

Douleur inguinale à la mobilisation

Bursite trochantérienne associée

Atrophie et faiblesse musculaire (signe de Trendelenburg)

Inégalité des membres inférieurs

Le genou

L'arthrose du genou provoque des douleurs à l'intérieur ou au pourtour de l'articulation, particulièrement au niveau du compartiment interne. La douleur est souvent plus intense à la marche, en position accroupie ou lors des activités en flexion (monter ou descendre les escaliers). Un syndrome fémoro-patellaire pourrait donner un tableau sensiblement comparable à la flexion sans qu'il n'y ait d'arthrose cliniquement significative. Le patient peut ressentir des crépitations et parfois présenter une sensation de faiblesse ou d'instabilité du genou associée à des dérobadés pouvant provoquer des chutes (tableau 4).

La colonne cervicale et lombaire

Les patients se plaignent de douleurs à la région cervicale et lombaire sans irradiation précise, associées à des limitations de rotation ou de flexion des segments affectés. Les patients peuvent percevoir ou même entendre des crépitations à la colonne cervicale. Il n'y a pas d'irradiation radiculaire sauf dans le cas où un ostéophyte marginal comprime ou irrite une racine nerveuse provoquant une radiculopathie.

SIGNES CLINIQUES

DE L'ARTHROSE DU GENOU

Tableau 4

Déformation en varus ou valgus, contracture en flexion

Atrophie du quadriceps

Gonflement osseux et épanchement intra-articulaire

Kyste de Baker

Douleur articulaire et péri-articulaire (bursite ansérine ou tendinite de la patte d'oie)

Limitation articulaire avec douleur en flexion et crépitations

Instabilité ligamentaire dans les cas d'arthrose sévère

Les pieds

La première articulation métatarsophalangienne est le siège de la majorité des manifestations. Les patients présentent de la douleur exacerbée par la marche associée occasionnellement à une déviation en valgus rendant difficile le port de chaussures. Le frottement exagéré de la chaussure à la proéminence interne de la tête du premier métatarsien peut entraîner la formation d'une tuméfaction (bourse séreuse) que les patients appellent un oignon. L'arthrose provoque plus souvent une rigidité de la première articulation métatarsophalangienne (Hallux rigidus).

LES EXAMENS PARACLIQUES

Les examens paracliniques occupent une place relativement peu importante dans l'évaluation initiale d'un patient souffrant d'un problème rhumatologique. En fait, il n'existe aucun test biologique permettant de confirmer ou d'infirmer un diagnostic d'arthrose. Il faut se méfier des examens comme la sédimentation, le CRP, le facteur rhumatoïde, les anticorps antinucléaires qui sont souvent faussement positifs à faible titre chez le patient âgé. Un bilan de base incluant une formule sanguine complète, des tests de fonction hépatique et rénale ainsi qu'une analyse d'urine devraient être faits si on envisage un traitement avec une médication analgésique ou anti-inflammatoire à long terme. Il faut se rappeler que la majorité des patients arthrosiques sont âgés et présentent souvent d'autres conditions médicales qui augmentent leur risque de développer des effets indésirables digestifs à la prise des AINS. La fonction rénale peut être affectée par les AINS traditionnels et les coxibs.

La radiographie à elle seule est insuffisante pour confirmer un diagnostic d'arthrose. Comme pour les autres tests en rhumatologie, la radiographie peut aider à confirmer une impression diagnostique initiale (figure 2). De plus, le fait de trouver des signes radiologiques d'arthrose ne confirme pas nécessairement l'origine arthrosique de la douleur. Une radiographie normale n'exclut pas complètement un diagnostic d'arthrose. Ainsi, la radiographie n'est pas nécessaire si le diagnostic clinique d'arthrose est clair et particulièrement si le résultat de celle-ci ne modifiera en rien le comportement thérapeutique. Par contre, si une radiographie des genoux ou des hanches est nécessaire, on devrait toujours demander une radiographie bilatérale et en position debout (avec mise en charge pour les genoux). Il faut aussi savoir qu'il n'y a pas de corrélation entre la sévérité des lésions radiographiques et la symptomatologie décrite par les patients. La scintigraphie osseuse n'a aucun rôle à jouer dans le diagnostic de l'arthrose.

APPROCHE THÉRAPEUTIQUE

Le traitement doit être individualisé pour chacun des patients selon leurs attentes, le niveau fonctionnel, la localisation de l'atteinte articulaire, la sévérité de la maladie et la coexistence d'autres problèmes médicaux. L'approche thérapeutique générale de l'arthrose est présentée dans la figure 3 (arbre décisionnel) et décrite ci-dessous.

Modalités non pharmacologiques

La première étape du traitement est l'enseignement et la réassurance sur la maladie. Il est important de bien définir l'arthrose, ses causes, les conséquences et le pronostic de la maladie chez le patient. Sur une base individuelle, il faut établir les objectifs du traitement (soulager la douleur, minimiser les limitations fonctionnelles, limiter la progression de la maladie) et identifier les moyens possibles pour atteindre ces objectifs. Les patients peuvent obtenir plus d'information sur la maladie en contactant la Société d'arthrite via sa ligne sans frais (1 800 321-1433) ou sur son site Web (www.arthrite.ca).

Le conditionnement physique général tel que la marche, la natation, la bicyclette et le vélo stationnaire sans résistance peut avoir un effet bénéfique sur le contrôle de la douleur et le maintien de la capacité fonctionnelle. Toutefois, le patient doit apprendre à doser ses activités et s'accorder des périodes de repos pour ne pas amplifier ses douleurs articulaires.

L'excès pondéral est un facteur de risque au développement de l'arthrose du genou. De plus, la perte de poids permet un meilleur contrôle de la douleur. Un programme de perte de poids doit être suggéré pour les patients ayant un surplus pondéral.



Figure 2

«La radio du genou montre une arthrose modérée avec pincement du compartiment interne, ostéophytes et sclérose sous-chondrale.»

La physiothérapie et l'ergothérapie jouent un rôle essentiel dans le traitement de l'arthrose. Pour l'arthrose de la hanche et du genou, le physiothérapeute enseignera au patient des exercices d'amplitude articulaire et de renforcement musculaire. L'ergothérapeute évalue et adapte le domicile des patients en perte d'autonomie, recommande des équipements adaptés dans le but d'améliorer la fonction et éviter les chutes (éponge à long manche, siège de bain, barre d'appui) et enseigne les techniques de protection articulaire et de conservation d'énergie. De plus, les orthèses, les chaussures et les auxiliaires à la marche (cane et marchette) devraient parfois être suggérées au patient.

Thérapies intra-articulaires

Les thérapies intra-articulaires comprennent les infiltrations intra-articulaires de corticostéroïdes et la viscosuppléance. La thérapie intra-articulaire est un traitement adjuvant important à la réadaptation et doit être considérée tôt dans le traitement de l'arthrose.

Infiltrations de corticostéroïdes

Le but premier des injections intra-articulaires de corticostéroïdes est de soulager la douleur associée à l'arthrose. Le soulagement moyen dure de 2 à 4 mois et l'efficacité est supérieure en présence d'un épanchement intra-articulaire et de signes locaux d'inflammation. Après l'infiltration, il est recommandé de garder l'articulation au repos pour deux à trois jours. L'application de glace (dans une serviette) pendant 10 minutes à trois ou quatre reprises peut être suggérée au patient s'il présente une réaction inflammatoire suite à l'infiltration.

Les articulations qui répondent le mieux aux infiltrations de corticostéroïdes sont le genou et la première carpométacarpienne. Une hanche (coxo-fémorale) peut être infiltrée en radiologie sous guidage fluoroscopique. Il est recommandé de limiter à trois ou quatre par année le nombre d'injections de corticostéroïdes administrées dans une même articulation.

Figure 1



«L'image des mains met en évidence une arthrose modérée des mains avec des nodules d'Héberden et de Bouchard.»

La viscosuppléance (acide hyaluronique)

La viscosuppléance est indiquée pour l'arthrose légère à modérée du genou. Le traitement est efficace dans 50 à 75 % des cas et l'effet analgésique peut durer jusqu'à 6 mois. Les chances d'obtenir un soulagement sont moindres si l'arthrose est avancée (grade 4). Selon le produit utilisé, il faut trois à cinq injections à une semaine d'intervalle. Il n'y a pas d'effets secondaires à la viscosuppléance sauf une réaction inflammatoire locale mineure chez < 5 % des patients. Un des facteurs limitant l'utilisation de la viscosupplémentation est son coût élevé (plus de 300\$ par traitement).

Sulfate de glucosamine

Le sulfate de glucosamine représente une option à considérer dans le traitement de l'arthrose. Il s'agit d'un composant principal des glycosaminoglycans qui forme la matrice de tous les tissus conjonctifs incluant le cartilage. Une étude récente à double insu et à répartition aléatoire a comparé l'efficacité du sulfate de glucosamine (1,5 g/j) à un placebo dans l'arthrose du genou. Comparativement au groupe placebo, le groupe traité avec le sulfate de glucosamine a présenté une amélioration supérieure de leurs symptômes et une diminution de la progression des signes radiologiques de l'arthrose. Toutefois, la technique radiologique utilisée pour mesurer l'épaisseur du cartilage dans cette étude est critiquée. Une nouvelle étude randomisée et multicentrique évaluant l'efficacité du sulfate de glucosamine et de la chondroïtine est actuellement en cours et devrait nous éclairer sur l'efficacité de ces produits. Pour qu'un bienfait mesurable soit obtenu, le patient doit prendre le produit pendant 5 semaines à 6 mois. Il y a peu d'effets secondaires sauf pour des diarrhées et une aggravation occasionnelle du diabète. Toutefois, la toxicité à long terme n'est pas connue.

Thérapies pharmacologiques

Tous les agents pharmacologiques doivent être considérés en addition aux modalités non pharmacologiques qui sont la pierre angulaire du traitement. En effet, la thérapie pharmacologique pour la douleur est plus efficace lorsqu'elle est combinée avec les traitements non pharmacologiques.

Pour près de 40 % des patients ayant une arthrose symptomatique, le soulagement de la douleur articulaire avec de l'acétaminophène est comparable au soulagement obtenu avec un AINS. Il faut aussi considérer lors du choix de la thérapie le risque de complications reliées à la prise d'un AINS chez une population âgée et présentant souvent d'autres problèmes médicaux. Pour ces raisons, l'acétaminophène mérite un essai comme traitement pharmacologique de première ligne dans l'arthrose.

La dose quotidienne d'acétaminophène ne doit pas dépasser 4 grammes. Il est recommandé de surveiller l'INR des patients anticoagulés avec la warfarine en débutant l'acétaminophène à doses élevées. Cette médication doit être utilisée avec précaution chez les patients ayant une maladie hépatique et un problème de consommation abusive d'alcool. Même si la prise d'acétaminophène a été associée à de rares cas d'insuffisance rénale, cette médication est l'analgésique recommandé chez les patients ayant une insuffisance rénale.

Les AINS doivent être considérés pour les patients qui n'obtiennent pas un soulagement satisfaisant avec l'acétaminophène. Le choix de l'AINS doit être fait après avoir considéré les facteurs de risque de complications gastro-intestinales sérieuses (tableau 5). La meilleure option pour les patients présentant un ou plusieurs facteurs de risque est un inhibiteur hautement sélectif de la cyclooxygénase 2 (coxibs). Deux des coxibs actuellement disponibles sont le célécoxib et le rofécoxib. L'avantage principal des coxibs est leur relative sécurité gastro-intestinale. Comparativement aux AINS traditionnels, le célécoxib et le rofécoxib ont été associés à une réduction de plus de 50 % du risque de développer une complication gastro-intestinale sérieuse (ulcère, perforation, saignement et obstruction).

Toutefois, le rofécoxib et le célécoxib peuvent tous les deux causer de la toxicité rénale, une élévation de la tension artérielle et une rétention liquidienne au même titre que les autres AINS. Il est recommandé de vérifier la tension artérielle une semaine après le début d'un AINS (incluant les coxibs) et de procéder à des contrôles réguliers par la suite. Il faut éviter d'utiliser cette médication si la fraction d'éjection cardiaque est inférieure à 35 %. Les AINS doivent être utilisés avec une grande prudence si la clairance de la créatinine est entre 30 à 60 ml/min. Une clairance de la créatinine inférieure à 30 ml/min est une contre-indication à l'utilisation de tous les AINS. Un dosage de la créatinine sérique devrait être fait une à deux semaines après le début de la médication. (tableau 6)

Selon les données actuelles sur la sécurité gastro-intestinale, l'utilisation d'un gastro-protecteur avec un coxib est recommandée pour les deux situations suivantes: prise d'un anticoagulant ou des antécédents d'ulcère peptique, de saignement ou de perforation. Il n'y a pas d'indication d'associer un gastro-protecteur avec un coxib en présence des autres facteurs de risque de complications gastro-intestinales. Toutefois, il faut toujours considérer la condition générale du patient dans la décision d'associer un gastro-protecteur avec un coxib. Par exemple, il pourrait être justifié d'associer un gastro-protecteur avec un coxib chez un patient présentant plusieurs co-morbidités et utilisant de l'aspirine à petite dose.

FACTEURS DE RISQUE DE COMPLICATIONS GASTRO-INTESTINALES SÉRIEUSES

Tableau 5

- Âge > 75 ans (entre 65 et 75 ans, en l'absence de facteurs de risque, tenir compte de la condition générale du patient)
- Antécédents d'ulcus ou d'hémorragie digestive haute
- Prise de corticostéroïdes
- Maladie(s) systémique(s) sérieuse(s): MCAS, diabète, MPOC, etc.
- Prise d'anticoagulant
- Association de deux AINS incluant l'A.A.S. à faible dose.

La réponse thérapeutique à un AINS à dose maximale peut être considérée inadéquate s'il n'y a pas eu d'amélioration 7 à 10 jours après le début du traitement. En cas d'échec et/ou d'intolérance aux coxibs chez un patient ayant des facteurs de risque de complications gastro-intestinales, un AINS traditionnel peut être utilisé avec un gastro-protecteur (misoprostol à une dose minimale de 600 mg par jour ou un inhibiteur de la pompe à protons). Même si les coxibs sont plus sécuritaires au niveau du tractus gastro-intestinal que les AINS traditionnels, ils sont aussi beaucoup plus coûteux. Selon les premières analyses pharmaco-économiques, le ratio coût-efficacité des coxibs, utilisés dans une population sans facteur de risque de complication gastro-intestinale sérieuse, est de plus de 50 000 \$ US comparativement aux AINS traditionnels (coût pour prévenir un événement gastro-intestinal sérieux).

SURVEILLANCE CARDIO-RÉNALE AVEC LES AINS-COXIBS

Tableau 6

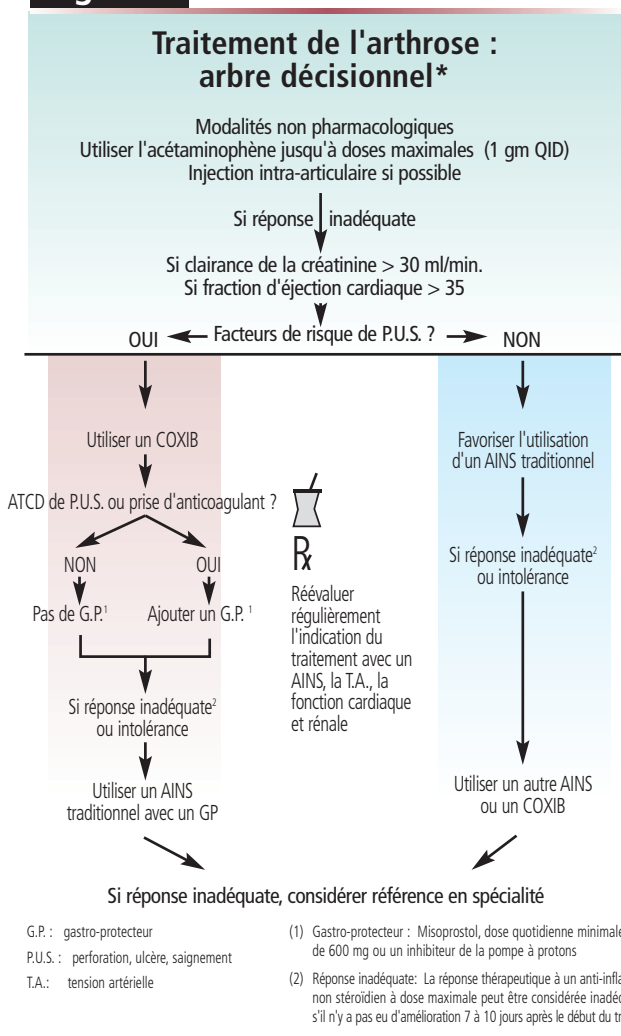
- Les éviter, si fraction d'éjection cardiaque < 35
- Les éviter, si clairance de la créatinine < 30 ml/min. cl. théorique estimée : $140 - \text{âge} \times \text{poids (kg)}$ (x 1.2, si homme) / créatinine sérique (µ mol/L)
- Prudence, si clairance de la créatinine entre 30 et 60 ml/min.
- Après 1-2 semaines, vérifier la TA et doser la créatinine.

Le ratio coût-efficacité des coxibs devient plus avantageux comparativement à l'association AINS traditionnel plus un gastro-protecteur lorsqu'ils sont utilisés chez des patients ayant un risque élevé d'événement gastro-intestinal. Selon ces données pharmaco-économiques, l'utilisation à grande échelle des coxibs ne semble pas justifiée pour les patients ayant un faible risque de développer des complications gastro-intestinales sérieuses. L'utilisation d'un AINS traditionnel sans gastro-protecteur doit être favorisée pour les patients ne présentant aucun facteur de risque de complication gastro-intestinale sérieuse.

Étant donné la grande variabilité de l'intensité de la douleur dans le temps et les effets secondaires reliés à la prise des AINS, il est important de réévaluer régulièrement l'indication du traitement avec cette médication. Le patient peut apprendre à utiliser sa médication au besoin, selon l'intensité de sa douleur. Il faut aussi considérer l'utilisation des opiacés dans le traitement de la douleur chronique associée à l'arthrose pour les patients ne répondant pas au traitement standard ou présentant des contre-indications aux AINS.

Il faut aussi réévaluer régulièrement le traitement dans son ensemble (voir arbre décisionnel). Si le patient demeure souffrant malgré l'application des diverses mesures non pharmacologiques et pharmacologiques, il faut alors considérer une référence en spécialité (rhumatologie, physiothérapie ou orthopédie). Dans les cas d'arthrose sévère ne répondant pas au traitement conservateur, les chirurgies de remplacement de la hanche ou du genou sont très efficaces pour soulager la douleur et améliorer la capacité fonctionnelle des patients.

Figure 3



RÉÉVALUER RÉGULIÈREMENT LE TRAITEMENT