

L'ARTHROSE DES MEMBRES INFÉRIEURS

L'Arthrose est la maladie articulaire chronique la plus fréquente. Elle touche environ 9 à 10 millions de personnes dont 4,6 millions présentent une arthrose symptomatique. La prévalence augmente avec l'âge pour atteindre 80 % des personnes de plus de 80 ans. Les affections musculo-squelettiques, au premier rang desquelles figure l'arthrose, sont la première cause de douleur chronique et de handicap.

De la prévention aux traitements, le pharmacien occupe une place privilégiée pour accompagner les patients. Son intervention pour favoriser le bon usage des médicaments, encourager le suivi de mesures hygiéno-diététiques, conseiller des aides techniques adaptées contribue à diminuer l'impact de la maladie sur la qualité de vie des personnes concernées.

Questions / Réponses

- 1- Qu'est-ce que l'arthrose ?
- 2- Toutes les articulations sont-elles touchées ?
- 3- Quels sont les principaux facteurs de risques ?
- 4- Quels signes cliniques sont évocateurs d'une arthrose ?
- 5- Comment le diagnostic est-il établi ?
- 6- Comment évolue l'arthrose ?
- 7- Est-il possible de prévenir l'arthrose ?
- 8- Comment prendre en charge les patients arthrosiques ?
- 9- Comment traiter les poussées inflammatoires ?
- 10- Quels sont les traitements médicamenteux disponibles ?
- 11- Quand faut-il envisager la chirurgie pour une arthrose du genou ou de la hanche ?
- 12- Est-il utile de conseiller des compléments alimentaires pour prévenir et/ou traiter l'arthrose ?
- 13- L'activité physique est-elle recommandée aux patients arthrosiques ?
- 14- En quoi consiste la rééducation fonctionnelle ?
- 15- Quelles aides techniques peuvent être utiles pour soulager les patients ?
- 16- Les cures thermales sont-elles utiles dans le traitement de l'arthrose ?

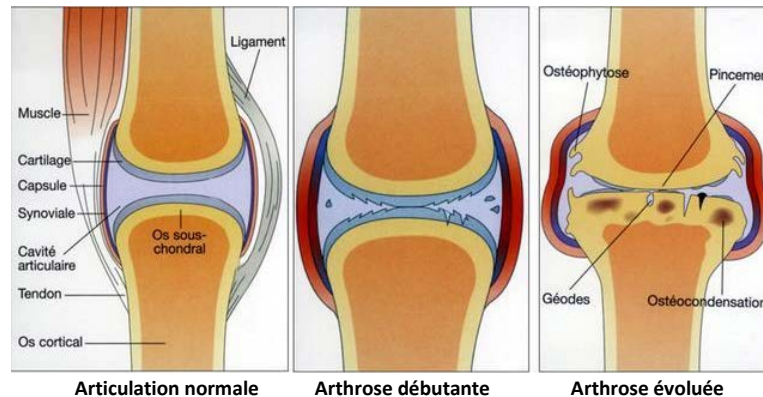
Messages clés

1- Qu'est-ce que l'arthrose ?

L'arthrose est une maladie chronique dégénérative de l'articulation. Elle résulte de phénomènes mécaniques et biologiques qui déstabilisent la synthèse et la dégradation du cartilage (en faveur de la destruction) et retentit sur l'ensemble des structures articulaires et péri-articulaires.

Elle se caractérise en particulier par la dégradation progressive du cartilage, des remaniements de l'os sous-chondral (partie de l'os situé sous le cartilage), la production d'excroissances osseuses (ostéophytes) et une inflammation intermittente de la membrane synoviale.

L'arthrose n'est donc pas une simple « usure » du cartilage mais un processus actif impliquant l'ensemble des tissus de l'articulation.



Cofer

www.ieo

2- Toutes les articulations sont-elles touchées ?

Toutes les articulations peuvent être touchées par l'arthrose. Les localisations les plus fréquentes sont les genoux (gonarthrose), la hanche (coxarthrose), les mains, les pieds et les étages lombaires et cervicaux de la colonne vertébrale. A l'inverse, l'épaule, le coude, le poignet et la cheville sont plus rarement atteints.

3- Quels sont les principaux facteurs de risques ?

L'arthrose est une maladie multifactorielle. Les principaux facteurs favorisant sa survenue comprennent :

- **le surpoids** : principalement impliqué dans la survenue et l'évolutivité d'une gonarthrose. Il est également associé, mais à un degré moindre, à la coxarthrose et à l'arthrose digitale. Sont essentiellement en cause des contraintes mécaniques excessives entraînant la libération par les chondrocytes (seul type cellulaire du cartilage) de médiateurs dégradant le cartilage. Le surpoids a un rôle nocif également systémique : il induit la sécrétion par le tissu adipeux de cytokines responsables d'un dysfonctionnement des chondrocytes.
- **l'âge** : lié à une diminution de la qualité du cartilage et du liquide synovial.
- **le sexe** : les femmes sont plus touchées, notamment par l'arthrose digitale et du genou. La fréquence de la maladie augmente après la ménopause.
- **les traumatismes** : fractures, entorses graves, luxations, pathologies méniscales...
- **les contraintes mécaniques excessives répétées** : notamment dans certains métiers (déménageurs, carreleurs, agriculteurs...) et certains sports pratiqués de façon intensive (rugby, danse, judo...).
- **l'hérédité** : principalement impliquée dans l'arthrose digitale, la gonarthrose et dans la survenue d'arthroses familiales diffuses.
- **les malformations osseuses ou articulaires**, notamment : dysplasie articulaire, défauts de l'axe des membres inférieurs (en particulier le genou en varus ou en valgus).



4- Quels sont les signes cliniques évocateurs d'une arthrose ?

L'arthrose peut longtemps rester peu symptomatique. Les signes cliniques varient selon les individus et l'articulation concernée.

- **La douleur :**

La douleur typique de l'arthrose est d'horaire mécanique : elle apparaît à l'effort et régresse au repos. Elle est rythmée par l'activité physique sollicitant l'articulation atteinte et augmente donc au cours de la journée pour devenir maximale le soir.

Au cours des poussées congestives (poussées douloureuses avec épanchement articulaire), la douleur devient de type inflammatoire : elle persiste au repos. Elle est accentuée au petit matin et peut réveiller le patient la nuit.

- **La raideur articulaire :**

Elle survient plus tardivement et se ressent principalement le matin ou après des positions statiques prolongées (par exemple après une station assise prolongée pour le genou). Quelques minutes sont souvent nécessaires pour « dérouiller » l'articulation.

- **Les déformations de l'articulation :**

A un stade plus évolué, les articulations se déforment (surtout visibles au niveau des mains et des genoux). L'arthrose engendre alors une gêne esthétique parfois très importante.

- **La gêne fonctionnelle :**

Conséquence de ces 3 signes cliniques, la gêne fonctionnelle se traduit par une limitation progressive de l'amplitude des mouvements. Dans l'arthrose des membres inférieurs, elle entraîne une diminution du périmètre de marche et des difficultés à accomplir certains gestes de la vie quotidienne (monter et descendre l'escalier, se chausser, enfiler des chaussettes, rentrer et sortir d'une voiture ou d'une baignoire...).

5- Comment le diagnostic est-il établi ?

Le diagnostic d'arthrose est établi sur la base d'un interrogatoire et d'un examen clinique. La nature et les circonstances de survenue des douleurs ainsi que la présence d'une gêne fonctionnelle sont recherchées.

Le diagnostic est confirmé par un examen radiologique, sur la présence de signes caractéristiques : un pincement localisé de l'interligne articulaire, une atteinte de l'os sous-chondral, des ostéophytes. Ils permettent de définir le stade d'évolution de la maladie.

L'importance de l'atteinte du cartilage et de l'os sous-chondral appréciée sur la radiographie n'est pas systématiquement corrélée à la sévérité des symptômes.

6- Comment évolue l'arthrose ?

L'évolution de la maladie est très variable et imprévisible. L'arthrose évolue le plus souvent par poussées avec une succession de périodes de destruction du cartilage et de quiescence. Il existe également une forme lente et progressive où la dégradation du cartilage se poursuit régulièrement sur des dizaines d'années. Rarement, l'arthrose évolue très rapidement avec une dégradation du cartilage en 12 à 24 mois.

Sans prise en charge adaptée, la douleur et la limitation de certains mouvements entraînent à terme une restriction fonctionnelle handicapante dans la vie professionnelle, sociale et quotidienne.



7- Est-il possible de prévenir l'arthrose ?

Il est possible d'agir sur certains facteurs pour limiter le risque de survenue d'une arthrose :

- lutter contre la surcharge pondérale,
- pratiquer une activité physique régulière afin de renforcer les muscles stabilisateurs de l'articulation et contribuer au contrôle du poids,
- éviter de soumettre les articulations à des tensions excessives dans le cadre d'activités quotidiennes, professionnelles ou sportives répétées ou intensives. En cas de besoin, protéger les articulations très sollicitées en portant à titre préventif des orthèses,
- prendre en charge rapidement et efficacement tout traumatisme articulaire.

8- Comment prendre en charge les patients arthrosiques ?

La prise en charge des patients arthrosiques a pour objectifs de réduire la douleur, d'améliorer la fonction articulaire et, si possible, de ralentir la dégradation du cartilage.

Quel que soit le site articulaire touché, elle associe des moyens pharmacologiques et non pharmacologiques¹. Ces derniers ont démontré un effet symptomatique et fonctionnel au moins équivalent aux traitements médicamenteux.

- **La prise en charge non médicamenteuse de l'arthrose du genou ou de la hanche comporte notamment :**
 - la réduction d'une surcharge pondérale. Une perte de poids, même modérée (5 à 6 kg), améliore la fonction articulaire et réduit la douleur,
 - la pratique d'une activité physique régulière et adaptée en dehors des poussées inflammatoires (marche, natation, aquagym, cyclisme...),
 - la rééducation fonctionnelle dans le but de renforcer les muscles stabilisateurs de l'articulation arthrosique et d'améliorer ou d'entretenir les amplitudes articulaires,
 - des mesures de ménagement de l'articulation, notamment pendant les poussées douloureuses aiguës : éviter les stations debout prolongées, les longues marches et le port de charges lourdes, utiliser temporairement une canne du côté sain, voire deux cannes pour se déplacer...
 - le recours à des aides techniques (semelles orthopédiques, chaussures à semelles épaisses et souples, orthèses, cannes anglaises ou à main...),
 - la crénothérapie (cure thermale).
- **Le traitement médicamenteux de l'arthrose** comprend des traitements antalgiques par voie générale (paracétamol, AINS, opioïdes faibles...) ou de fond (anti-arthrosiques symptomatiques d'action lente per os) et des traitements locaux (topiques AINS, injections intra-articulaires de corticoïdes, viscosupplémentation).
- **Le traitement chirurgical** (en particulier le remplacement articulaire par une prothèse) doit être envisagé en cas de douleurs rebelles aux traitements pharmacologiques et non pharmacologiques, associées à un handicap fonctionnel important.
- **L'éducation thérapeutique du patient arthrosique fait partie intégrante de la stratégie de prise en charge.** Elle concerne notamment la compréhension et l'autosurveillance de la maladie et de ses traitements, la gestion de la douleur, l'apprentissage des gestes de protection articulaire, la mise en œuvre des modifications du mode de vie, la rééducation postopératoire...

¹ OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis. Osteoarthritis research society international (OARSI), 2008.



9- Comment traiter les poussées inflammatoires ?

Le traitement d'une poussée congestive d'arthrose doit être instauré le plus précocement possible afin de rapidement la juguler et surtout prévenir la destruction de la matrice cartilagineuse (risque majoré de chondrolyse lors des poussées inflammatoires). Il est donc important d'éduquer les patients à reconnaître les signes évocateurs d'une poussée inflammatoire d'arthrose (douleur réveillant le patient la nuit, raideur articulaire matinale durant plus de 15 minutes, épanchement articulaire...) justifiant une consultation médicale rapide.

La prise en charge d'une poussée congestive d'arthrose repose sur la mise au repos plus ou moins stricte de l'articulation atteinte associée à un traitement pharmacologique [AINS par voie orale – en 1^{re} intention – à la dose minimale efficace sur la période la plus courte possible (environ 8 à 10 jours) ; antalgiques ; recours aux injections intra-articulaires de corticoïdes notamment en cas d'épanchement articulaire important et persistant d'un genou].

A titre d'exemple, différents moyens permettent de mettre en décharge le genou atteint :

- éviter les stations debout prolongées, le port de charges lourdes, le ménage et les escaliers ;
- utiliser une canne du côté sain pour se déplacer ; pour un repos articulaire plus strict, marcher à l'aide de deux cannes anglaises ;
- se reposer le plus souvent possible en position allongée ou assise jambe tendue.

10- Quels sont les traitements médicamenteux disponibles ?

Les traitements pharmacologiques de l'arthrose ont actuellement pour objectifs de soulager la douleur et d'améliorer la fonction articulaire. Quelques études ont suggéré que les anti-arthrosiques symptomatiques d'action lente pourraient ralentir la destruction du cartilage mais avec une pertinence thérapeutique non démontrée à ce jour.

Médicaments	Points à retenir
Traitements symptomatiques d'action immédiate	
Paracétamol	Recommandé en première intention dans les douleurs légères à modérées, quelle que soit la localisation de l'arthrose Administration à doses suffisantes (3 à 4 g/j), sans dépasser 4 g/j Bonne tolérance
AINS	Utilisés en cas d'inefficacité du paracétamol à dose maximale ou d'emblée lors des poussées congestives d'arthrose Administration à la dose minimale efficace sur la période la plus courte possible (cures de 8 à 10 jours) Formes topiques : potentiellement efficaces comme traitement alternatif ou d'appoint aux antalgiques/AINS oraux dans l'arthrose du genou (seul le diclofénac a l'AMM dans cette indication)
Antalgiques opiacés	Opioides faibles : à envisager en cas d'inefficacité du paracétamol à dose maximale ou/et des AINS et en cas de contre-indication ou d'intolérance aux AINS Opioides forts : à réserver aux douleurs sévères de l'arthrose réfractaires aux traitements usuels dans des circonstances exceptionnelles (en particulier patients inopérables) Effets indésirables les plus fréquents : nausées, vomissements, constipation, somnolence, vertiges
Infiltrations intra-articulaires de corticoïdes	A envisager en cas de poussées douloureuses d'arthrose résistantes aux antalgiques/AINS oraux et/ou en présence d'un épanchement articulaire Effet antalgique limité dans le temps (en moyenne 4 semaines) Effets indésirables les plus fréquents : douleurs au point d'injection Ne pas dépasser 3 infiltrations par an sur un même site articulaire



Médicaments	Points à retenir
Traitements symptomatiques d'action retardée et rémanente	
Anti-arthrosiques symptomatiques d'action lente (AASAL) per os	<p>Regroupent la chondroïtine sulfate (Chondrosulf®, Structum®), la diacéréine (Art 50®, Zondar® et génériques), la glucosamine (Dolenio®, Flexea®, Osaflexan®, Structoflex®, Voltaflex®) et les insaponifiables d'avocat et de soja (Piasclédine 300®).</p> <p>Efficacité minimale sur la douleur et la gêne fonctionnelle liées à l'arthrose.</p> <p>Rapport bénéfice/risque de la diacéréine jugé défavorable par l'ANSM (effets indésirables gastro-intestinaux sévères et fréquents, et hépatiques rares mais potentiellement graves). La décision de suspendre ou non l'autorisation de mise sur le marché des médicaments contenant de la diacéréine est en cours d'examen.</p> <p>La Haute autorité de santé (HAS, 2013)^{2,3} considère que les AASAL n'ont pas de place dans la stratégie thérapeutique de l'arthrose de la hanche ou du genou.</p>
Infiltrations intra-articulaires d'acide hyaluronique (viscosupplémentation)	<p>Peuvent être proposées dans les gonarthroses symptomatiques.</p> <p>Action retardée (de 1 à 3 mois), mais rémanente sur plusieurs mois.</p> <p>Bonne tolérance (en dehors d'une réaction douloureuse plus ou moins inflammatoire au site d'injection).</p>

11- Quand faut-il envisager la chirurgie pour une arthrose du genou ou de la hanche ?

Le recours au traitement chirurgical d'une gonarthrose ou d'une coxarthrose peut être envisagé principalement dans deux circonstances :

- chez des patients ayant une arthrose débutante douloureuse associée à une malformation osseuse ou articulaire (en particulier, dysplasie de la hanche, défaut d'axe du genou en varus ou en valgus...). La chirurgie articulaire conservatrice, recommandée dans ce contexte, corrige les défauts mécaniques articulaires à l'origine d'une répartition non homogène des pressions au sein de l'articulation. Elle permet de ralentir l'évolution de l'arthrose et de retarder voire d'éviter la pose d'une prothèse.
- en cas d'arthrose évoluée douloureuse et invalidante, rebelle à un traitement pharmacologique et non pharmacologique conduit de manière optimale. Dans cette situation, la mise en place d'une prothèse articulaire (arthroplastie) peut être proposée. La durée de vie des prothèses étant limitée (15-20 ans), la pose sera si possible retardée chez les patients de moins de 60 ans.

12- Est-il utile de conseiller des compléments alimentaires pour prévenir et /ou traiter l'arthrose ?

- Aucun argument scientifique ne permet de recommander la prise de vitamines ou d'oligo-éléments de manière systématique pour prévenir ou traiter l'arthrose. Les besoins en vitamines et minéraux sont couverts par une alimentation diversifiée et équilibrée.
- Il n'existe à ce jour aucune étude fiable pour affirmer l'efficacité des principes actifs entrant dans la composition des compléments alimentaires proposés dans les douleurs articulaires, notamment le méthylesulfonyleméthane (MSM), les acides gras oméga 3, la glycérine et les produits de phytothérapie.
- De nombreux compléments alimentaires intègrent dans leur composition des molécules anti-arthrosiques symptomatiques d'action lente – AASAL (en particulier la chondroïtine sulfate et la glucosamine). Rappelons que leur commercialisation ne nécessite pas d'autorisation préalable. Leur efficacité anti-arthrosique n'a jamais été démontrée.

² Fiche « Bon Usage du Médicament » : Questions et réponses – Art 50®/Zondar®, Chondrosulf® et Piasclédine® : service médical rendu insuffisant dans le traitement de l'arthrose. Haute autorité de santé, juillet 2013.

³ Synthèse d'avis de la Commission de la transparence « Dolenio®, Flexea®, Osaflexan®, Structoflex® et Voltaflex® (glucosamine) : avis défavorable au maintien du remboursement en raison d'un intérêt clinique insuffisant dans l'arthrose du genou ». Haute autorité de santé, novembre 2013.



13- L'activité physique est-elle recommandée aux patients arthrosiques ?

- **En dehors des périodes de poussées inflammatoires**, la pratique régulière d'une activité physique (y compris sportive) adaptée est fortement recommandée aux patients arthrosiques. Elle permet notamment de préserver le tonus musculaire, de renforcer les muscles stabilisateurs des articulations et de contribuer au contrôle du poids.
 - Les activités physiques à faibles impacts et contraintes articulaires sont à privilégier. La marche sur terrain plat (sous réserve d'être bien chaussé), la natation, l'aquagym et le cyclisme sont particulièrement recommandés en cas d'arthrose de la hanche et/ou du genou. Pour que cela soit profitable, il est conseillé de pratiquer ces activités à raison d'au moins 30 minutes par jour.
 - Outre la pratique d'une activité physique adaptée, il est également conseillé de réaliser régulièrement des exercices spécifiques de l'articulation symptomatique initiés sous la conduite d'un kinésithérapeute et poursuivis seul à domicile à l'aide d'un autoprogramme – voir question suivante.
- **Pendant les périodes de poussées inflammatoires**, la mise au repos relative de l'articulation atteinte est recommandée.

14- En quoi consiste la rééducation fonctionnelle ?

- La rééducation fonctionnelle fait partie intégrante de la prise en charge des patients arthrosiques. Elle consiste en l'application d'un programme d'exercices physiques centrés sur l'articulation atteinte, prescrit par le médecin traitant ou le rhumatologue, débuté sous la conduite d'un kinésithérapeute puis poursuivi seul à domicile.
- Elle a pour objectifs d'augmenter ou de maintenir l'amplitude des mouvements, de renforcer les muscles péri-articulaires stabilisateurs de l'articulation arthrosique et de lutter contre les mauvaises postures (en particulier le flessum du genou, correspondant à la perte d'extension complète du genou).
- Seule une pratique régulière permet de limiter la douleur et la gêne fonctionnelle. Il est donc important d'encourager les patients à effectuer très régulièrement le programme d'auto-exercices recommandé, en dehors toutefois des périodes de poussées inflammatoires. L'idéal est d'effectuer 30 minutes d'activité physique spécifique par jour.
- A côté des programmes « personnalisés » prescrits par un médecin, le patient peut également avoir recours à des programmes « standard » d'auto-exercices physiques spécifiques pour chacune des localisations de l'arthrose (en particulier la hanche ou le genou). Il lui est alors recommandé de vérifier préalablement auprès de son rhumatologue et de son kinésithérapeute que les exercices proposés sont bien adaptés à son état et qu'il les effectue correctement.

Des fiches d'auto-exercices spécifiques recommandés dans l'arthrose du genou et de la hanche sont téléchargeables notamment sur :

- le site de la Société française de rhumatologie
<http://sfr.larhumatologie.fr>, rubrique « La rhumatologie et vous/arthrose »
- le site « Les rhumatismes en 100 questions »
www.rhumatismes.net, rubrique « Arthrose en 100 questions/les annexes »
- le site « Arthrolink »
www.arthrolink.com, rubrique « Quotidien »



15- Quelles aides techniques peuvent être utiles pour soulager les patients ?

▪ Les aides à la marche :

Le recours à une aide à la marche lors des poussées inflammatoires peut soulager le patient. En présence d'une atteinte unilatérale du genou ou de la hanche, il est recommandé de porter une canne du côté opposé à l'articulation atteinte pour continuer à se déplacer. La mise en décharge stricte du membre inférieur nécessite l'utilisation d'une paire de cannes anglaises voire d'un déambulateur.

▪ Les semelles plantaires amortissantes :

Le port de semelles orthopédiques amortissant les chocs liés à la marche ou de chaussures à semelles épaisses et souples mérite toujours d'être essayé chez les patients atteints d'arthrose du genou ou de la hanche : il peut réduire la douleur et améliorer le périmètre de marche.

▪ Les orthèses de genou :

Elles ont une place actuellement limitée dans l'arsenal thérapeutique des arthroses des membres inférieurs. Chez les patients atteints de gonarthrose, les genouillères élastiques simples semblent avoir un effet antalgique et améliorer la stabilité du genou. Elles sont recommandées dans les gonarthroses avec déformation légère à modérée en varus (en dedans) ou en valgus (en dehors).

16- Les cures thermales sont-elles utiles dans le traitement de l'arthrose ?

Les douleurs rhumatismales (principalement coxarthrose, gonarthrose et atteinte du rachis) représentent le premier motif de fréquentation des stations thermales. Plusieurs études ont suggéré l'intérêt des cures thermales (crénothérapie) dans l'arthrose. Une étude récente a notamment montré un effet bénéfique de la crénothérapie, en complément des traitements habituels, sur la douleur et la gêne fonctionnelle de patients souffrant de gonarthrose.

Les effets bénéfiques des cures thermales ont été constatés après un séjour associant un traitement thermal à des soins de kinésithérapie et d'ergothérapie et des conseils hygiéno-diététiques. La cure thermale constitue également un moment privilégié pour se reposer et prendre soin de soi.



Messages clés

- ✓ Respecter les règles de bon usage de votre (vos) médicament(s), notamment : ne pas dépasser les doses maximales recommandées, respecter la durée de traitement préconisée, vérifier la composition des autres médicaments que vous prenez (en particulier, la présence de paracétamol ou d'un AINS) afin d'éviter tout surdosage.
- ✓ En cas de poussée, mettre votre articulation au repos et débiter rapidement le traitement prescrit.
- ✓ Surveiller votre poids : en cas de surcharge pondérale, une perte de poids même modérée (5 à 6 kg) permet de réduire les contraintes subies par l'articulation arthrosique.
- ✓ En dehors des poussées inflammatoires : maintenir une activité physique régulière d'intensité modérée (marche, cyclisme, natation...) afin de renforcer votre musculature et la stabilité de vos articulations. Pratiquer régulièrement les exercices de rééducation recommandés par votre rhumatologue et/ou votre kinésithérapeute en vue de conserver l'amplitude de vos mouvements et renforcer la stabilité de l'articulation atteinte.
- ✓ Ménager votre articulation : éviter les stations debout prolongées et le port de charges lourdes, porter des chaussures à semelles épaisses et souples, utiliser si nécessaire des aides techniques (semelles orthopédiques, cannes anglaises ou à main, genouillères, etc.)...
- ✓ Utiliser des instruments adaptés et aménager votre maison pour faciliter votre vie quotidienne.

