

L'arthrose

peut-on vieillir sans trop souffrir ?

par *Carole Bertrand*

Dans sa pratique quotidienne, le médecin voit souvent des patients présentant une arthrose douloureuse. Devant toutes les options thérapeutiques qui s'offrent à lui, laquelle devrait-il choisir pour mieux servir les intérêts des patients ?

Cas n° 1

Madame B., âgée de 50 ans et légèrement obèse, vient vous consulter, car depuis quelques mois ses genoux la font souffrir. En l'interrogeant, vous constatez que la douleur est présente exclusivement le jour, lors d'activités nécessitant un effort soutenu. Elle n'a pas noté de gonflement articulaire ni de raideur après une immobilisation prolongée. Elle n'a pas d'autres problèmes de santé. Elle ne prend aucun médicament.

Madame B. représente le cas typique d'une patiente souffrant d'arthrose dite légère. Dans un premier temps, on devrait recourir à des modalités non pharmacologiques, telles que la perte de poids, la physiothérapie, une classe d'éducation en arthrose, etc.¹. Ces mesures auront pour but d'améliorer la composante physique et mécanique responsable d'une partie de la douleur provoquée par l'arthrose. Si, après quelque temps, la douleur est toujours présente, il faut envisager l'ajout d'un traitement pharmacologique. Malgré la commercialisation de nouvelles molécules plus sûres (les coxibs), l'agent de premier choix dans le traitement de l'arthrose légère demeure l'acétaminophène (voir la figure)^{1,2}. La dose visée se situe entre trois et quatre grammes par jour.

Madame B. revient vous voir plusieurs mois plus tard.

La D^{re} Carole Bertrand, rhumatologue, est chargée d'enseignement clinique au Service de rhumatologie du département de médecine de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, à Montréal.

L'acétaminophène ne la soulage plus que partiellement. La patiente vous informe à cette occasion que la douleur survient maintenant après une immobilisation prolongée ou lors d'activités ne nécessitant pas d'effort soutenu.

Vous décidez donc de lui prescrire un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS), décision tout à fait justifiée car la patiente ne présente aucun facteur de risque de gastropathie ni de signes d'insuffisance rénale^{3,4}. L'ajout de misoprostol ou d'un inhibiteur de la pompe à protons est, dans son cas, tout à fait superflu.

Vous revoyez madame B. six semaines plus tard. Elle vous dit que sa douleur est maintenant bien maîtrisée et qu'elle a repris ses activités habituelles.

Si madame B. n'avait pas présenté d'amélioration sur le plan de la douleur après environ six à huit semaines de traitement, il aurait alors été justifié de changer l'anti-inflammatoire, puisque la réponse clinique peut varier d'un patient à l'autre selon l'agent utilisé.

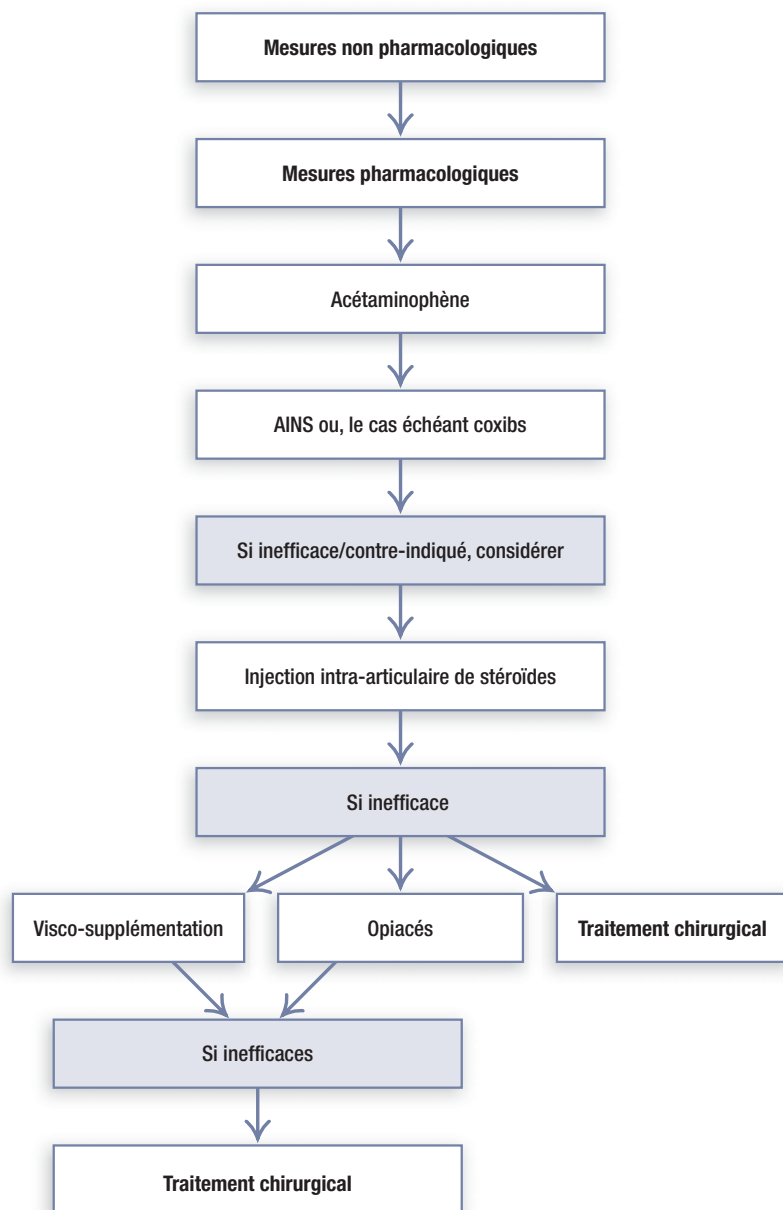
Cas n° 2

Monsieur L. est âgé de 60 ans. Il ressent depuis quelques années des douleurs d'intensité modérée aux genoux. Celles-ci le limitent partiellement dans ses activités de la vie quotidienne.

À l'occasion, les douleurs le réveillent la nuit. Il vous mentionne que son genou droit est depuis quelques semaines beaucoup plus douloureux, ce qui le limite considérablement dans ses activités quotidiennes. À l'examen physique, vous ne notez aucun signe inflammatoire (rougeur, chaleur, gonflement), mais l'amplitude des mouvements articulaires

Malgré la commercialisation de nouvelles molécules plus sûres (les coxibs), l'agent de premier choix dans le traitement de l'arthrose légère demeure l'acétaminophène.

Algorithme de traitement de l'arthrose



est très limitée et ces mouvements sont douloureux. En interrogeant le patient, vous constatez qu'il a des antécédents d'ulcères duodénaux, et qu'il a connu un épisode d'hémorragie digestive haute. Le patient vous demande de le soulager. Qu'allez-vous lui prescrire ?

Monsieur L. présente une arthrose modérée à sévère sans

composante inflammatoire franche. Ici, l'utilisation d'un AINS avec un agent gastroprotecteur ou d'un coxib est tout à fait indiquée, mais ils devraient être utilisés pour une courte période étant donné ses antécédents digestifs^{1,4,5}.

Cas n° 3

Madame P., 70 ans, souffre, elle aussi, d'arthrose. Malgré des antécédents médicaux chargés (insuffisance rénale chronique avec une clairance inférieure à 30 mL/min, insuffisance cardiaque traitée par divers médicaments), elle mène une vie relativement active. Toutefois, son genou gauche est gonflé depuis environ une semaine. Elle est incapable de se lever seule, la douleur la faisant trop souffrir. Elle ne dort plus. À l'examen, vous notez un genou très gonflé et la présence d'un kyste de Baker au niveau du creux poplité. Comment allez-vous la traiter ?

Le cas de madame P. illustre la réalité médicale de beaucoup de nos patients. Nous sommes ici en présence d'une arthrose dite « inflammatoire ». Compte tenu des antécédents médicaux de la patiente, il nous est impossible d'utiliser les traitements habituels décrits jusqu'à présent. En effet, l'administration d'un AINS ou d'un coxib chez une telle patiente est associée à une augmentation du risque de toxicité rénale et de décompensation cardiaque par le biais de divers mécanismes (diminution du taux de filtration glomérulaire, rétention hydrosodée, rétention de potassium...)⁴.

Le traitement de choix en cas d'exacerbation aiguë avec des atteintes systémiques est l'injection intra-articulaire de stéroïdes, associée à une ponction évacuatrice, si la quantité de liquide est trop importante^{1,2}. Les résultats de l'infiltration varient d'un patient à l'autre. On peut répéter les infiltrations de stéroïdes pour une articulation donnée environ tous les quatre mois. Si, malgré les

T A B L E A U I

Comparaison entre les AINS, les coxibs et les opiacés

	AINS	Coxibs	Opiacés
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> ● Coût peu élevé 	<ul style="list-style-type: none"> ● Faible risque d'ulcère gastro-duodéal ● Plus grande innocuité chez la personne âgée (polymédicamentée) ● Pas d'atteinte de la fonction plaquettaire 	<ul style="list-style-type: none"> ● Coût peu élevé ● Peu d'effets toxiques ● Diverses voies d'administration (orale, rectale, sous-cutanée, transdermique)
Désavantages	<ul style="list-style-type: none"> ● Risque d'atteinte de la fonction rénale ● Influence sur l'agrégation plaquettaire ● Risque d'ulcération gastrique et duodénale ● Rétention hydrosodée (hypertension artérielle) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Coût ● Risque d'atteinte de la fonction rénale ● Risque d'œdème périphérique chez certains patients 	<ul style="list-style-type: none"> ● Effets secondaires (constipation, symptômes neurologiques)
Indications	<ul style="list-style-type: none"> ● Arthrose ne répondant pas aux mesures non pharmacologiques ● Arthrose non soulagée par la dose maximale d'acétaminophène 	<ul style="list-style-type: none"> ● Arthrose ne répondant pas aux mesures non pharmacologiques ● Arthrose ne répondant pas aux doses maximales d'acétaminophène ● Personnes âgées ● Patients avec antécédents d'ulcères gastro-duodéaux ● Patients sous anticoagulants oraux (avec surveillance du RIN) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Échec des diverses thérapies traditionnelles (acétaminophène, AINS, coxibs, infiltration stéroïdienne)
Contre-indications relatives	<ul style="list-style-type: none"> ● Prise d'anticoagulants (warfarine, Sintrom®, aspirine) ● Ulcère gastro-duodéal en poussée évolutive ● Hypertension artérielle non maîtrisée ● Personne âgée ● Insuffisance cardiaque ● Insuffisance rénale 	<ul style="list-style-type: none"> ● Ulcère gastro-duodéal aigu durant les 4 à 6 dernières semaines ● Hypertension artérielle non maîtrisée ● Insuffisance rénale ● Insuffisance cardiaque 	<ul style="list-style-type: none"> ● Intolérance aux opiacés ● Abus de substances dans le passé ou dans le présent
<p>Différence majeure entre les AINS et les coxibs : le profil d'innocuité gastro-intestinale</p>			

infiltrations successives, la douleur n'est pas soulagée, il faut alors se tourner vers d'autres choix thérapeutiques pour la gérer. Dans le cas de madame P., l'utilisation d'opiacés pourrait s'avérer utile.

Le traitement de choix en cas d'exacerbation aiguë chez un patient avec des atteintes multisystémiques est l'injection intra-articulaire de stéroïdes.

R E P È R E S

T A B L E A U II

Comparaison entre les techniques invasives utilisées dans le traitement de l'arthrose

	Injection intra-articulaire de stéroïdes	Visco-supplémentation (genou, hanche*)	Lavage articulaire et débridement arthroscopique	Prothèse totale (genou, hanche)
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> ● Faible coût ● Rapidité d'action ● Peu d'effets secondaires ● Utile chez le patient âgé ou polymédicamenté 	<ul style="list-style-type: none"> ● Évite la prise de médication orale 	<ul style="list-style-type: none"> ● Pas d'interaction médicamenteuse 	<ul style="list-style-type: none"> ● Traitement définitif du problème
Désavantages	<ul style="list-style-type: none"> ● Élément douloureux associé avec la procédure 	<ul style="list-style-type: none"> ● Coût ● Délai d'action 	<ul style="list-style-type: none"> ● Intervention invasive ● Risque d'infection 	<ul style="list-style-type: none"> ● Intervention chirurgicale ● Séjour en réadaptation obligatoire ● Risque d'infection
Indications	<ul style="list-style-type: none"> ● Patient âgé ● Patient avec des problèmes multisystémiques (IRC, IC, HTA**) ● Patient avec ulcère gastro-duodénal en poussée évolutive ● Pas de réponse aux traitements traditionnels ● Arthrose inflammatoire avec épanchement important 	<ul style="list-style-type: none"> ● Arthrose légère à sévère 	<ul style="list-style-type: none"> ● Échec des modalités thérapeutiques habituelles 	<ul style="list-style-type: none"> ● Arthrose sévère, débilitante, s'accompagnant d'une perte d'autonomie ● Présence de douleur et réveils nocturnes réguliers
Contre-indications	<ul style="list-style-type: none"> ● Hypersensibilité aux stéroïdes injectables ● Anticoagulation ● Infection locale (près du point d'infiltration ou arthrite septique) ● Plaque de psoriasis au point d'infiltration 	<ul style="list-style-type: none"> ● Hypersensibilité aux dérivés de l'acide hyaluronique 	<ul style="list-style-type: none"> ● Coagulopathies 	<ul style="list-style-type: none"> ● Problème médical entraînant un risque chirurgical inacceptable

*Sous fluoroscopie ; ** IRC : insuffisance rénale chronique ; IC : insuffisance cardiaque ; HTA : hypertension artérielle.

De façon générale, on réservera l'utilisation des opiacés pour traiter les exacerbations de la douleur arthrosique aux cas où les AINS, les coxibs ou les infiltrations stéroïdiennes sont inefficaces ou contre-indiqués^{1,7}. Quelle classe

On réservera l'utilisation des opiacés dans l'arthrose lors des périodes d'exacerbation ou lorsque les traitements standards sont contre-indiqués ou inefficaces.

R E P È R E

d'opiacés choisir ? Devrait-on privilégier ceux dont la durée d'action est courte ou longue ? Quelle voie d'administration devrait-on favoriser : orale, sous-cutanée ou transdermique ? Pour répondre à toutes ces questions, veuillez vous référer à l'article de la D^{re} Geneviève Dechêne paru dans *Le Médecin du Québec*, décembre 2002 ; 37 (12) : 49-56. Vous trouverez dans cet article les prémisses essentielles à considérer lorsqu'on envisage de commencer un traitement à base d'opiacés.

Afin de vous aider à choisir le traitement le plus approprié pour votre patient, veuillez vous reporter au *tableau I*, qui résume brièvement les avantages et les désavantages de chaque molécule (AINS, coxibs et opiacés). De plus, on y indique quel type de patient est le plus susceptible de bénéficier de chacun des traitements.

Qu'en est-il des autres thérapies ?

Visco-supplémentation

L'acide hyaluronique est utilisé pour la prise en charge de la douleur arthrosique d'intensité légère à sévère. Le début d'action est long comparativement aux stéroïdes, mais le soulagement obtenu peut être parfois plus prolongé¹. L'efficacité de la visco-supplémentation est variable. Elle est influencée par plusieurs facteurs dont le plus important est la gravité de l'atteinte articulaire. Cette modalité devrait être réservée aux patients ne répondant pas aux traitements habituels (AINS, coxibs, infiltrations stéroïdiennes, etc.) ou chez lesquels ces agents sont contre-indiqués.

Le lavage intra-articulaire par arthroscopie avec ou sans débridement

Ce type d'intervention parfois proposée en orthopédie pour le traitement de l'arthrose consiste en l'instillation de plusieurs litres d'eau au niveau articulaire par un arthroscope. Une étude récente a montré que cette technique est peu efficace pour soulager la douleur, même lorsqu'elle est jumelée à un débridement articulaire⁹.

Le *tableau II* met en perspective les techniques invasives les plus fréquemment utilisées dans le traitement de l'arthrose. Chacune des techniques comporte des avantages et des inconvénients qu'il faut évaluer en relation avec le problème arthrosique présentée par le patient.

Certaines d'entre elles, comme l'infiltration de stéroïdes, pourront être utilisées précocement dans le traitement de l'arthrose. Par contre, on réservera la prothèse totale au patient chez qui tous les traitements conservateurs ont échoué. ❧

S U M M A R Y

Arthritis: it is possible to grow old without pain? In our society, we frequently encounter patients that have painful osteoarthritis. In this article, we will be looking at the different therapeutic options to treat the condition. We will also briefly discuss the use of opiates in the treatment.

Key words: osteoarthritis, pain, non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAID), coxibs, opiates .

Date de réception : 27 février 2003.

Date d'acceptation : 1^{er} avril 2003.

Mots clés : arthrose, douleur, anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), coxibs, opiacés.

Bibliographie

1. American College of Rheumatology Subcommittee on Osteoarthritis Guidelines. Recommendations for the medical management of osteoarthritis of the hip and knee. *Arthritis and Rheumatism* 2000 ; 43 (9) :1095-915.
2. Mazières B, Bannwarth B, Dougados M, Lequesne M. EULAR recommendations for the management of knee osteoarthritis. Report of a Task Force of the standing committee for international clinical studies including therapeutic trials. *Joint Bone Spine* 2001 ; 68 : 231-40.
3. Manek NJ. Medical management of osteoarthritis. *Mayo Clin Proc* 2001 ; 76 : 533-9.
4. Tannenbaum H, Peloso PMJ, Russell A, Marlow B. An evidence-based approach to prescribing NSAIDs in the treatment of osteoarthritis and rheumatoid arthritis: The Second Canadian Consensus Conference. *Can J Clin Pharmacol* 2000 ; 7 (Suppl A) : 4A-16A.
5. Moskowitz RW. The role of anti-inflammatory drugs in the treatment of osteoarthritis: A United States viewpoint. *Clinical Exp Rheumatol* 2001 ; 19 (Suppl 25) : S3-S8.
6. McCarberg BH, Herr KA. Osteoarthritis: How to manage pain and improve patient function. *Geriatrics* 2001 ; 56 : 14-24.
7. Caldwell JR, Hale ME, Boyd RE, et al. Treatment of osteoarthritis pain with controlled release oxycodone or fixed combination oxycodone plus acetaminophen added to nonsteroidal antiinflammatory drugs: A double blind, randomized, multicenter, placebo controlled trial. *The Journal of Rheumatology* 1999 ; 26 : 862-9.
8. Peloso PM, Bellamy N, Bensen W, et al. Double blind randomized placebo control trial of controlled release codeine in the treatment of osteoarthritis of the hip or knee. *The Journal of Rheumatology* 2000 ; 27 : 764-71.
9. Mosely JB, O'Malley K, Petersen NJ, et al. A controlled trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee. *N Engl J Med* 2002 ; 347 : 81-8.