

Ciel, libérez-moi de ma douleur... l'arthrose, ça fait mal!

Gabriel Houle, Marie-Josée Papillon



Vous voulez prescrire un médicament pour soulager l'arthrose? Lisez ce qui suit!

L'arthrose est un problème de santé des plus fréquents en médecine de première ligne. On estime que plus de 80 % des personnes de 60 ans et plus présenteront un problème lié à l'arthrose¹. Cette maladie peut toucher toutes les articulations, particulièrement les mains, les genoux et les hanches. Le but du traitement consiste essentiellement à soulager le patient par une réduction efficace de la douleur de manière à améliorer ses capacités fonctionnelles et, par conséquent, sa qualité de vie¹.



Quelques outils pour vous aider à prescrire

Avant d'entreprendre un traitement pharmacologique, il importe de discuter avec le patient des autres mesures utiles pour soulager la douleur. Ainsi, l'enseignement sur la maladie, la perte de poids, la physiothérapie et l'exercice approprié permettront d'améliorer les composantes physique et mécanique. La contribution d'autres professionnels de la santé, tels que des nutritionnistes, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes et des kinésiothérapeutes, peut être précieuse. Par la suite, l'ajout d'un traitement phar-

Le Dr Gabriel Houle, omnipraticien, exerce à la Clinique médicale de Saint-Fabien, au Centre hospitalier régional de Rimouski de même qu'à la Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation du Bas-Saint-Laurent. M^{me} Marie-Josée Papillon, pharmacienne, exerce à la Pharmacie Papillon et Vallée de Rimouski de même qu'à la Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation du Bas-Saint-Laurent.

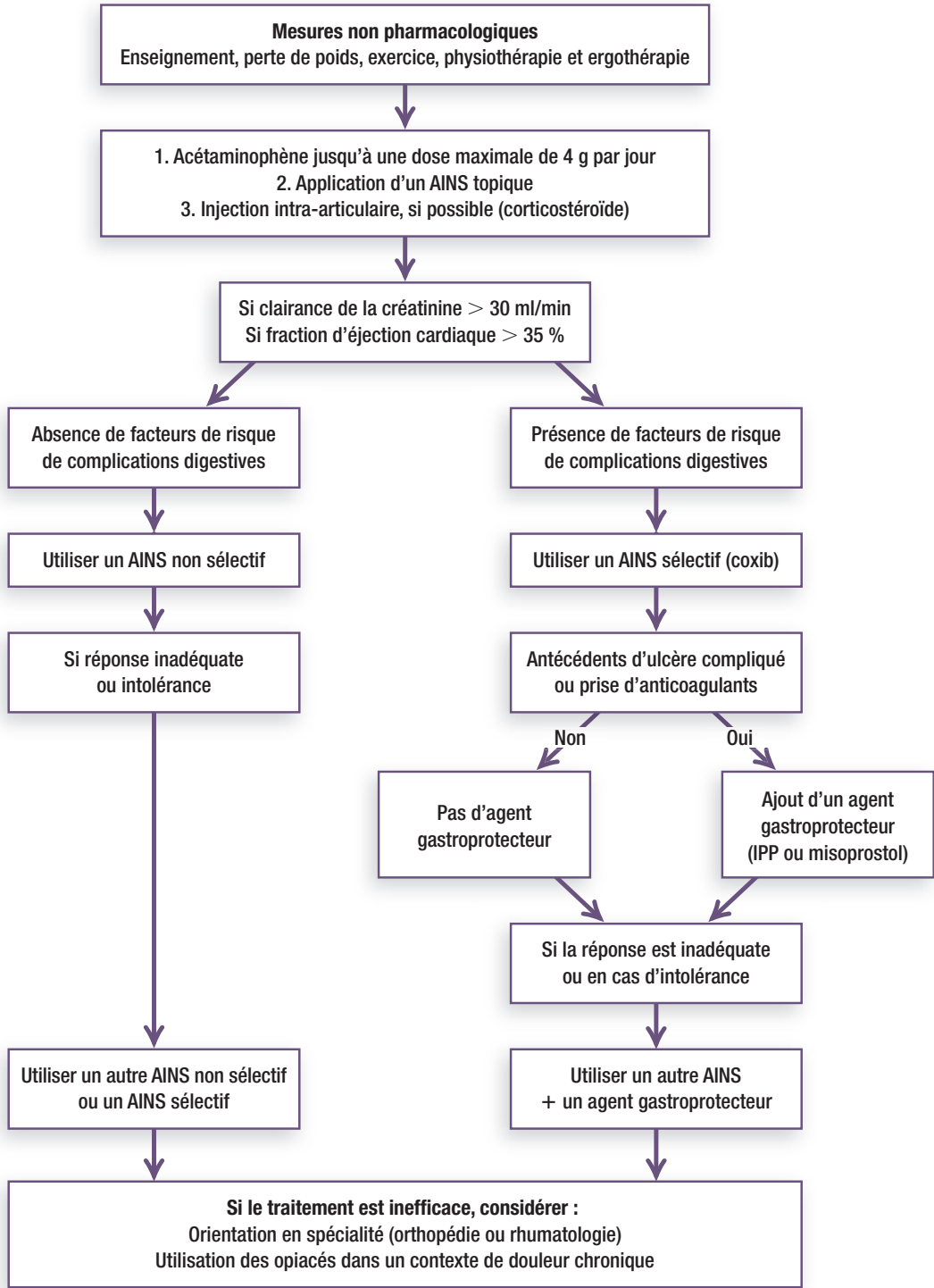
macologique adéquat est souvent indiqué. La figure présente l'arbre décisionnel des différentes options thérapeutiques envisageables dans le traitement de l'arthrose. Selon ce schéma, le recours aux traitements topiques, particulièrement dans les cas d'atteintes monoarticulaires (genou), devrait être considéré en première ligne.

Le tableau présente la liste des médicaments les plus utilisés dans le traitement de la douleur associée à l'arthrose. L'acétaminophène, qui apparaît en première intention, est maintenant offert sous forme de caplets à libération prolongée efficaces pendant huit heures, ce qui peut favoriser l'observance. Toutefois, cette nouvelle formulation n'est pas remboursée par le régime public d'assurance médicaments.

Avant de recourir aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) non sélectifs ou sélectifs (coxibs), il importe de se rappeler que ces médicaments sont contre-indiqués chez les patients présentant une insuffisance cardiaque et dont la fraction d'éjection est inférieure à 35 % ainsi que chez ceux souffrant d'insuffisance rénale chronique et dont la clairance de la créatinine est inférieure à 30 ml/min². Outre les médicaments traditionnels, le sulfate de glucosamine a fait l'objet d'études au cours des dernières années³. Bien que les conclusions varient d'une étude à l'autre, il semble que l'efficacité du produit dépasserait celle du placebo chez un certain nombre de patients et que son profil d'innocuité est avantageux. Toutefois, l'étude GAIT publiée en 2006 a porté un coup dur à la présomption d'efficacité de ce produit⁴. Une prise continue de 1500 mg par jour pendant au moins cinq semaines serait nécessaire avant de pouvoir observer une diminution de la douleur³. Certaines études mentionnent aussi l'usage de la chondroïtine à raison de 1200 mg par jour pour arriver aux mêmes résultats.

Figure

Arbre décisionnel dans le traitement de l'arthrose



AINS : anti-inflammatoire non stéroïdiens ; IPP : inhibiteur de la pompe à protons

Adapté de : Bessette L. Traitement de l'arthrose : arbre décisionnel. Dans L'arthrose, approche diagnostique et thérapeutique. *Le Rhumatologue*, juillet 2001. (Reproduction autorisée).

Tableau**Médicaments utilisés contre la douleur associée à l'arthrose**

Molécule	Avantages	Inconvénients	Coût	Assuré par la RAMQ
1. Acétaminophène	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Coût minime ⊗ Quasi-absence d'effets indésirables ⊗ Absence d'interactions importantes ⊗ Meilleure innocuité 	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Contre-indication en cas de troubles hépatiques 	10 \$ pour 240 co de 500 mg	Oui (sur ordonnance)
2. AINS topiques Diclofénac en suspension (Pennsaid)	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Quasi-absence d'effets indésirables ⊗ Pour atteinte monoarticulaire 	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Coût élevé ⊗ Réponse variable 	54 \$ pour 60 ml	Non
3. AINS injectables par voie intra-articulaire Corticostéroïdes (Kenalog, Depo-Medrol, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Coût minime ⊗ Bonne tolérance ⊗ Effets indésirables minimes 	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Certaines contre-indications (anticoagulothérapie, diabète, etc.) ⊗ Effets généraux possibles 	15 \$	Oui
4. AINS non sélectifs (Naprosyn, Voltaren, Motrin, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Coût peu élevé ⊗ Risques d'ulcères gastriques et duodénaux ⊗ Atteinte de la fonction plaquettaire 	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Rétention hydrosodée ⊗ Hypertension ⊗ Toxicité rénale 	20 \$ et plus pour 60 co Formulations avec enrobage entérique plus chères	Oui (sauf formulations avec enrobage entérique)
5. AINS sélectifs (coxibs) (Celebrex)	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Faible risque d'ulcère ⊗ Absence d'altération de l'agrégation plaquettaire 	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Coût élevé ⊗ Rétention hydrosodée ⊗ Hypertension ⊗ Toxicité rénale 	52 \$ pour 30 capsules	Oui
6. Suppléments alimentaires (glucosamine, chondroïtine)	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ En vente libre ⊗ Très bonne tolérance 	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Réponse relative 	15 \$ par mois	Non
7. Opiacés à action prolongée	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Quasi-absence d'effets indésirables ⊗ Intolérance rare 	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Constipation ⊗ Utilisation en dernier recours ⊗ Coût élevé 	Selon la molécule	Oui

**Les pièges à éviter...**

- ⊗ Entreprendre d'emblée un traitement anti-inflammatoire par voie orale sans tenter de soulager la douleur par un agent de première intention (acétaminophène, médicament topique ou injectable).
- ⊗ Surestimer l'efficacité analgésique des AINS sélectifs (coxibs) par rapport à celle des AINS non sélectifs.
- ⊗ Ne pas bien évaluer la fonction cardiaque et rénale avant de commencer le traitement par un anti-inflammatoire (AINS non sélectif ou AINS sélectif).
- ⊗ Ne pas surveiller attentivement la pression artérielle en cours de traitement par des anti-inflammatoires (AINS non sélectifs ou AINS sélectifs).
- ⊗ Oublier de prescrire en plus un médicament gastroprotecteur (inhibiteur de la pompe à protons ou misoprostol) aux patients sous anticoagulants ou ayant des antécédents d'ulcère peptique, de saignement ou de perforation.



Je fais une réaction : est-ce que ce sont mes pilules ?

L'acétaminophène présente un profil de tolérabilité très favorable lorsqu'on le compare aux autres molécules utilisées dans le traitement de l'arthrose. Il faut tout de même demeurer prudent chez les patients dont la fonction hépatique est altérée.

Les infiltrations de corticostéroïdes peuvent entraîner une inflammation et de la douleur au point d'injection dans les heures suivant l'administration. Quant aux AINS, ils ont eu mauvaise presse depuis le retrait du rofécoxib par le fabricant. Certains patients devront être rassurés quant aux risques cardiovasculaires associés à l'utilisation de ces molécules.

Rappelez-vous que tous les AINS peuvent provoquer une rétention liquidienne, une élévation de la pression artérielle et une toxicité rénale. D'ailleurs, dans la tourmente qui a suivi le retrait du rofécoxib, le fabricant du célécoxib a ajouté une précaution à la monographie de son produit pour en limiter l'usage prolongé chez les patients souffrant de cardiopathie ischémique, de maladie vasculaire cérébrale et d'insuffisance cardiaque. Les patients qui se plaignent d'inconfort lors de l'utilisation d'anti-inflammatoires non sélectifs peuvent avoir recours aux molécules dotées d'un enrobage entérique. Toutefois, certains patients souffriront de malaises intestinaux (coliques, diarrhées) malgré l'utilisation de ces formulations.



Y a-t-il une interaction avec mes autres médicaments ?

Voici les interactions les plus importantes à retenir :

- ⊗ L'acétaminophène n'interagit pas de façon cliniquement significative avec d'autres médicaments, mis à part un potentiel d'altération du rapport international normalisé (RIN) lorsqu'il est utilisé à dose maximale chez un patient sous anticoagulants.
- ⊗ L'interaction entre la warfarine et les AINS (sélectifs et non sélectifs) est plus importante sur le plan clinique.
- ⊗ Les AINS sélectifs peuvent aussi augmenter le risque d'ulcération chez les patients prenant des corticostéroïdes ou de la warfarine, diminuer l'effet des antihy-

pertenseurs, réduire la clairance du méthotrexate et accroître la lithémie.



Et le prix ?

Comme en témoigne le *tableau*, l'acétaminophène et les AINS non sélectifs sont peu coûteux. Toutefois, le recours aux AINS sélectifs (coxibs) entraîne des coûts beaucoup plus élevés pour le régime d'assurance médicaments, surtout si on y ajoute un IPP comme agent gastroprotecteur. Le diclofénac topique en suspension est une option intéressante, mais coûteuse (54 \$ pour 60 ml) pour le patient assuré par la RAMQ puisque ce produit n'est pas inscrit sur la liste. Sur le strict plan des coûts, l'utilisation des corticostéroïdes en injection à intervalles de quatre mois est très avantageuse (15 \$ par injection). Comme la majorité des produits en vente libre, le sulfate de glucosamine n'est pas couvert par le régime général d'assurance médicaments. 📶

Bibliographie

1. McCarberg BH, Herr KA. Osteoarthritis. How to manage pain and improve patient function. *Geriatrics* 2001 ; 56 (10) : 14-24.
2. Bessette L. Traitement de l'arthrose : arbre décisionnel. Dans *L'arthrose, approche diagnostique et thérapeutique. Le Rhumatologue*, juillet 2001.
3. Gatti JC. Glucosamine treatment for osteoarthritis. *Am Fam Physician* 2006 ; 73 (7) : 1189-91.
4. Clegg DO, Reda DJ, Harris CL et coll. Glucosamine, chondroïtin sulfate, and the two in combination for painful knee osteoarthritis. *N Engl J Med* 2006 ; 354 (8) : 795-808.



Ce que vous devez retenir...

- ⊗ Il faut d'abord optimiser l'utilisation des mesures non pharmacologiques.
- ⊗ Le recours aux AINS topiques devrait être tenté en première ligne, surtout pour les atteintes monoarticulaires (genou).
- ⊗ Il faut utiliser l'acétaminophène à dose maximale (4 g par jour) avant d'ajouter une autre molécule (certains auteurs limitent à 3 g la dose maximale quotidienne chez les personnes âgées).
- ⊗ Tous les anti-inflammatoires, y compris les AINS sélectifs, ont des effets indésirables sur la fonction rénale.
- ⊗ On ne doit pas prescrire d'emblée un AINS sélectif si l'utilisation des AINS non sélectifs est sûre chez les patients sans facteur de risque de complications digestives.