

FOMF: Ce qui compte pour les patients, c'est le soulagement des symptômes

Traitement pragmatique de l'arthrose

L'arthrose est une maladie fréquente à laquelle le praticien est confronté presque quotidiennement. Comme il n'existe pas de traitement curatif, il est important de traiter précocement les symptômes cliniques pour permettre au patient d'être autonome le plus longtemps possible et d'avoir une bonne qualité de vie.

85% de la population souffrent d'arthrose au cours de leur vie. Mais la maladie n'a un impact clinique qu'en présence de douleurs et d'une limitation fonctionnelle de l'articulation, ce qui concerne 20% de ces patients, a déclaré le **Pr Jean Dudler** de l'Hôpital cantonal de Fribourg. Les femmes sont en général plus souvent atteintes que les hommes et la prévalence augmente avec l'âge. L'arthrose est donc la cause la plus fréquente de douleurs et de handicap physique chez les personnes âgées.

Diminuer les symptômes cliniques et maintenir la qualité de vie

Du point de vue du patient, l'arthrose se caractérise par des douleurs et d'une limitation fonctionnelle de l'articulation atteinte. L'objectif du traitement est donc d'améliorer ou tout au moins de maintenir la qualité de vie. L'objectif thérapeutique et la prise en charge dépendent de facteurs tels que la localisation de l'arthrose, l'activité et l'intensité de l'affection, le degré de limitation fonctionnelle, les comorbidités ainsi que les attentes du patient.

Il existe de multiples recommandations thérapeutiques et il n'y en a pas deux semblables. Les auteurs des différentes directives s'accordent sur le fait qu'il n'existe pas de traitement curatif, que le surpoids a des effets négatifs et que l'activité physique a des effets positifs.

En l'absence de traitement curatif, des mesures symptomatiques précoces sont importantes

Les mesures non médicamenteuses sont efficaces, surtout au début du traitement. Parmi les mesures clés figurent l'éducation du patient, la formation du patient à gérer lui-même sa maladie, la réduction pondérale chez les personnes en surpoids et la physiothérapie active pour renforcer la musculature et décharger l'articulation atteinte. Des dispositifs techniques orthopédiques peuvent également contribuer à soulager les douleurs (1,2).

Options médicamenteuses

Le paracétamol est certes significativement plus efficace que le placebo, mais avec une «effect size» de 0,18, son efficacité est à peine significative sur le plan clinique (3). En outre, il n'améliore pas la fonction articulaire de manière significativement supérieure au placebo (2). Lorsqu'il est administré régulièrement ou à fortes doses, il augmente cependant le risque d'affections cardiovasculaires. Le paracétamol n'est donc pas aussi sûr qu'on ne le suppose (4). Toutefois, il figure encore dans la plupart des directives comme un traitement médicamenteux de première ligne pour traiter les douleurs arthrosiques. L'hypothèse selon laquelle l'association de principes actifs à faibles doses permettrait de diminuer le taux d'effets indésirables ne s'est pas non plus vérifiée: l'ibuprofène en association avec le paracétamol augmente la toxicité. Tandis que l'effet de l'association n'est pas significativement supérieur à celui de l'ibuprofène seul, la fréquence de certains effets indésirables augmente de manière plus que proportionnelle (5,6). Tous les AINS sont efficaces lorsqu'ils sont administrés à des doses suffisamment élevées (célécoxib: 200 mg/jour; ibu-

profène: 1200 à 2400 mg/jour; naproxène: 1000 mg/jour; etc.) (7). Le choix du médecin repose sur les risques gastro-intestinaux et cardiovasculaires du patient (1). Les opioïdes et les opiacés n'exercent qu'une action faible à modérée sur les douleurs arthrosiques. Outre leurs effets indésirables connus, ils augmentent aussi le risque de chutes (8,9).

Une nouvelle étude portant sur le sulfate de chondroïtine (CONCEPT), réalisée conformément aux directives actuelles de l'EMA relatives à l'évaluation des médicaments utilisés dans le traitement de l'arthrose, a montré que ce principe actif diminue à la fois les douleurs et la limitation fonctionnelle du genou, et ce de manière significativement supérieure au placebo et aussi efficacement que le célécoxib (10). Par ailleurs, à la différence du célécoxib, le sulfate de chondroïtine exerce également un effet de maintien des structures, c'est-à-dire qu'il ralentit la progression de la perte cartilagineuse lors d'arthrose, un avantage supplémentaire qui a été démontré dans le cadre d'études comportant des critères primaires d'évaluation radiologiques. De plus, l'effet clinique du sulfate de chondroïtine ne se limite pas à l'arthrose du genou; Gabay et coll. ont également démontré son efficacité dans l'arthrose digitale (11).

Préparations topiques

Pour une utilisation de courte durée allant jusqu'à deux semaines, également des options thérapeutiques avec administration locale au niveau des articulations atteintes (genou, articulations des doigts) sont disponibles. Des effets positifs ont été démontrés lors de l'administration locale d'AINS et de capsaïcine. Cependant, après deux semaines, l'efficacité des AINS topiques n'est plus supérieure au placebo. L'efficacité de l'infiltration intra-articulaire de corticostéroïdes est supérieure au placebo pendant une durée maximale de quatre semaines. Cette thérapie peut être utilisée lors d'arthrose inflammatoire (activée) si les douleurs sont modérées à sévères, s'il existe une forte inflammation de l'articulation et si le traitement oral ne suffit pas. Selon une étude actuelle la comparant à un placebo (solution de chlorure de sodium), son utilisation répétée entraîne cependant une perte significativement supérieure de volume cartilagineux sans améliorer à long terme la fonction articulaire. L'infiltration intra-articulaire d'acide hyaluronique (viscosupplémentation) peut non seulement réduire les douleurs, mais aussi améliorer la fonction articulaire. Ses effets sont supérieurs à ceux du placebo intra-articulaire.

Résumé

Lorsque l'on compare le rapport bénéfice/risque des différentes options thérapeutiques médicamenteuses en cas d'arthrose et lorsque l'on tient en particulier aussi compte des comorbidités possibles de la plupart des patients âgés ou même très âgés, le sulfate de chondroïtine s'avère être le traitement de choix de traitement de base ou de première ligne pour atteindre les objectifs thérapeutiques, à savoir la réduction de la douleur, l'amélioration de la fonction articulaire ainsi que le maintien de la qualité de vie et de l'autonomie du patient.

►Dr Heidrun Ding

Source: Symposium IBSA, Forum pour la formation médicale (FomF) Médecine interne générale Update Refresher, Lausanne, 30 novembre 2017.

Références:

1. Bruyère O et al. Semin Arthritis Rheum 2014;44:253-63
2. Zhang W et al. Osteoarthritis Cartilage 2010;18:476-99
3. Bannuru RR et al. Ann Intern Med 2015;162:46-54
4. Roberts E et al. Ann Rheum Dis 2016;75:552-9
5. Doherty M et al. Ann Rheum Dis 2011;70:1534-41
6. Brune K, Hinz B. Ann Rheum Dis 2011;70:1521-2
7. da Costa BR et al. Lancet 2017;390:e21-e33
8. Freynhagen R et al. BMJ 2013;346:2937
9. Okie S. N Engl J Med 2010;363:1981-5
10. Reginster JY et al. Ann Rheum Dis 2017;76:1537-43
11. Gabay C et al. Arthritis Rheum 2011;63:3383-91