



Place des traitements non médicamenteux de la gonarthrose

La gonarthrose est la plus fréquente des pathologies articulaires en Europe, atteignant par exemple 10% des sujets de plus de 55 ans au Royaume Uni, 1/4 étant gravement handicapés. Les objectifs thérapeutiques visent à soulager la douleur, mais aussi à optimiser la fonction, prévenir ou retarder la progression de la maladie. Des recommandations européennes¹, voisines de celles de l'American College of Rheumatology (ACR)², associent les données disponibles avec leur niveau de preuve et les avis quantifiés d'experts.

Un comité issu de 12 pays d'Europe (18 rhumatologues, 3 orthopédistes)³ a établi une liste des traitements disponibles et des questions cliniques importantes. Une revue systématique de la littérature en langues européennes, de 1966 à 1998, limitée à la seule gonarthrose, clinique ou radiologique, a retrouvé 744 études. Seules 61 études permettaient de quantifier l'effet thérapeutique : diminution de la douleur (-20% sur l'échelle EVA), gain sur la fonction (indice de Lequesne), calcul du nombre de patients à traiter pour en améliorer 1 (NNT). 10 recommandations furent rédigées, compromis entre les données démontrées quantifiées suivant les niveaux de preuves, et le consensus d'expert obtenu par votes successifs (méthode Delphi). Parmi les 23 modalités thérapeutiques listées, 7 donnèrent lieu à des recommandations de grade A (catégories IA

et IB) en faveur de leur usage : antalgiques (paracétamol en 1ère intention, AINS en 2ème intention, en cas d'échec ou si épanchement inflammatoire), topiques (AINS, capsaïcine non commercialisée en France), corticoïdes intra-articulaires, anti-arthrosiques d'action lente (acide hyaluronique, chondroïtine sulfate...), éducation du patient, activité physique et rééducation. L'arthroplastie, l'ostéotomie, la prothèse, ont été peu évaluées (grade C). L'éducation du patient et l'activité physique soulagent les douleurs. L'exercice améliore aussi les capacités fonctionnelles, et des études rapportent un bénéfice à long terme (6-18 mois). Parmi les traitements jugés les plus utiles par les experts, indépendamment des niveaux de preuves, venait en tête l'activité physique, puis la prothèse, le paracétamol, les AINS, l'éducation du patient.

Ce travail comporte des limites : choix des experts restreint à deux spécialités ; peu d'études avec des critères de qualité sans biais ou menée sur le long terme (> 1 an) malgré la chronicité de l'affection; nombreuses inconnues quand aux facteurs prédictifs d'efficacité, désaccords fréquents entre les avis d'experts et les données des essais (pour la chirurgie par ex.). Au total, les recommandations de l'EULAR soulignent que :

- 1) **Le traitement de la gonarthrose doit être personnalisé**, notamment en fonction de l'âge, des affections associées, et de la présence ou non d'une inflammation ;
- 2) **Les interventions non médicamenteuses sont nécessaires** pour une prise en charge optimale
 - **éducation du patient** : expliquer la nature de la maladie, le pronostic, la nécessité ou non d'examen complémentaires, négocier un plan de soins adapté au patient. Les méthodes sont variées : information orale et écrite, entretiens réguliers, formations individualisées, entraînement à surmonter les difficultés, seul ou avec l'aide du conjoint. Le bénéfice est un impact favorable sur l'évolution de la maladie : réduction de la douleur, comportement plus positif, malgré une efficacité moindre sur les capacités fonctionnelles (IA).
 - **maintien d'une activité physique** : exercices réguliers à domicile, activités de type aérobic, kinésithérapie. Ils doivent viser à renforcer le quadriceps, à entretenir et préserver la mobilité du genou. Le gain est à la fois antalgique et fonctionnel (IB), avec augmentation de la distance parcourue en 6 minutes. La rééducation, passive puis active, peut inclure de la bicyclette d'intérieur, englober le rachis lombaire, les hanches, la cheville. Elle doit aussi être adaptée au patient afin d'être peu ou pas douloureuse.³
 - **aides techniques** : canne, mais surtout port de semelles orthopédiques dans le but de corriger des désaxations minimales à modérées et de rééquilibrer les pressions sur l'articulation.²
 - **réduction d'une surcharge pondérale**: une étude avec un effectif important a prouvé que la perte de poids diminue le risque d'apparition d'une gonarthrose symptomatique chez la femme.¹

Dans la gonarthrose, ces interventions peuvent avoir une efficacité égale ou supérieure aux traitements médicamenteux, avec un rapport bénéfice-risque plus favorable, et retarder la chirurgie³.

1- Pendleton A. EULAR recommandations for the management of knee osteoarthritis : report of a task force of the standing committee for international clinical studies including therapeutic trials (ESCISIT). Ann Rheum Dis 2000 ;59:936-44.

2- Felson DT et al. Osteoarthritis: new insights. Part 2: treatment approaches. Ann Int Med 2000;133 (9):726-9

3- Deyle GD et al. Effectiveness of manual therapy and exercise in osteoarthritis of the knee. Ann Int Med. 2000;132(3):173-181

Mots-clé: genou, arthrose, traitement, exercice physique, recommandation

Numéro 260 du 4 avril 2002

Les articles cités peuvent être fournis (contre paiement des frais de reproduction et d'envoi)
Rendez-Vous aussi sur notre site: <http://www.unaformec.org>