

Mots clés :

Arthrose  
Douleur  
Traitement

## Arthrose digitale : fréquente et parfois douloureuse

L'arthrose digitale paraît très fréquente chez les personnes âgées bien que sa prévalence réelle soit assez mal connue, sans doute parce que la gêne fonctionnelle est souvent minime ou la douleur absente, ce qui n'en fait pas un motif de consultation habituel. Cependant, elle peut devenir douloureuse, inflammatoire et érosive, parfois plus rapidement que prévu. Le rôle du médecin de premier recours est surtout de rassurer le (ou plus souvent la) patient(e) sur l'évolutivité habituellement limitée de sa maladie et les possibilités thérapeutiques existantes. De récentes publications apportent des données utiles<sup>1-4</sup>.

### Une histoire naturelle bien connue

La prévalence radiologique était en 1989 de 70% chez les septuagénaires de populations comparables hollandaises, anglaises, sud-africaines et mexicaines<sup>in1</sup>, 85% en 2009 dans la *AGES-Reykjavik Study*<sup>2</sup>. Les femmes sont plus touchées (RR 1,54 pour l'incidence, 1,23 pour la prévalence), l'arthrose est rare avant 40 ans et il existe des facteurs prédisposants (travail, obésité, traumatismes des doigts, histoire familiale)<sup>3</sup>.

Les interphalangiennes distales (IPD) et trapézo-métacarpiennes (TMC) sont d'abord atteintes, plus tardivement les interphalangiennes proximales (IPP). L'index est souvent le premier touché, la rhizarthrose (atteinte TMC) peut déformer le pouce, gênant sa fonction, et atrophier l'éminence thénar. Nodosités (néoformations osseuses d'*Heberden* pour les IPD ou de *Bouchard* pour les IPP) et parfois kystes mucoïdes et anomalies unguéales accompagnent les déformations osseuses et le pincement articulaire. S'il existe une forme érosive presque exclusivement féminine à début brutal, très inflammatoire, bilatérale et symétrique, l'évolution habituelle est très lente, avec des poussées congestives douloureuses qui débouchent après 5 ans sur une stabilisation lésionnelle sans gêne fonctionnelle majeure<sup>1</sup>.

Le consensus de l'EULAR (*European League Against Rheumatism*)<sup>3</sup> rappelle que le diagnostic repose sur des critères composites cliniques et radiologiques dont aucun ne permet à lui seul le diagnostic (peuvent être évoqués notamment le rhumatisme psoriasique, la polyarthrite rhumatoïde, la goutte et l'hémochromatose). Aucun test biologique n'est requis sauf en cas de symptômes inflammatoires marqués ou d'atteintes atypiques.

### Que retenir pour la pratique ?

- **d'abord de « regarder » les mains des patients âgés** : quelques conseils ou mesures simples sont possibles pour améliorer leur qualité de vie alors qu'ils ne se plaignent de rien tant cela leur paraît « naturellement » le fait de l'âge...

- **ensuite de rassurer sur la faible évolutivité habituelle de cette arthrose**. Il est presque toujours possible d'en soulager les poussées douloureuses qui surviennent sur un long parcours habituellement silencieux.

- **enfin de savoir proposer à bon escient un geste chirurgical de réparation** en cas de douleur résistant au traitement conventionnel.

Notons cependant que la marge d'incertitude reste large dans cette prise en charge qui repose pour l'essentiel sur de simples consensus d'experts, même si celui de l'EULAR est formalisé, et non sur les données d'essais randomisés.

### Une prise en charge très individualisée

Selon le consensus EULAR<sup>4</sup>, le traitement optimal, *non pharmacologique et pharmacologique*, doit être personnalisé selon les localisations, l'âge, l'inflammation, la gêne, la douleur et les attentes du patient.

Les rhumatologues de l'EULAR conseillent d'éviter les facteurs mécaniques aggravants et de faire des exercices améliorant la force et la mobilité digitale (balle, pâte à modeler...) Diverses mesures peuvent lutter contre la douleur et les déformations : application de chaleur ou d'ultrasons, notamment avant les efforts (paraffine, packs calorigènes), orthèses ou attelles pour prévenir ou corriger les déformations latérales.

Les topiques AINS sont recommandés en cas de douleur (niveau de preuves Ia) sans autres effets adverses qu'une éventuelle irritation cutanée. Ils sont préférables aux traitements systémiques lorsque la douleur est légère à modérée et que peu d'articulations sont touchées. Le paracétamol à une dose allant jusqu'à 4g/j est le choix antalgique de 1<sup>ère</sup> intention et, s'il est efficace, l'antalgique à utiliser au long cours. S'il est inefficace, les AINS peuvent être utilisés à la plus petite dose et pour la plus brève durée possibles, sauf contre-indications, avec une prévention gastro-intestinale chez les personnes à risque. Les « antiarthrosiques » de type chondroïtine ou insaponifiables du soja n'ont aucun effet préventif sur le développement de l'arthrose. Quelques séries de cas ont montré un effet bénéfique à court terme des infiltrations locales (corticoïdes ou acide hyaluronique). Le traitement chirurgical se discute en cas de douleur intense ou rebelle (modalités variables selon l'articulation).

### Références

- 1- Van Linthoudt D. Présentation clinique, imagerie et traitement de l'arthrose digitale. *Rev Med Suisse*. 2010;6:562-8.
- 2- Jónsson H. High hand joint mobility is associated with radiological CMC1 osteoarthritis: the AGES-Reykjavik study. *Osteoarthritis Cartilage*. 2009;17:592-5.
- 3- Zhang W. et al. EULAR evidence-based recommendations for the diagnosis of hand osteoarthritis: report of a task force of ESCISIT. *Ann Rheum Dis*. 2009;68:8-17.
- 4- Zhang W. et al. EULAR evidence based recommendations for the management of hand osteoarthritis. *Ann Rheum Dis*. 2007;66:377-88.