

Mots clés :
gonarthrose -
[knee osteo-
arthritis]

L'identification des facteurs de risque (FdR) de l'arthrose du genou (AG) a donné lieu à de nombreuses études observationnelles. Certains sont d'origine systémique, d'autres liés aux structures et à la fonction de l'articulation, ou encore aux activités et aux habitudes de vie. L'agence québécoise de sécurité au travail (IRSTT) a publié une volumineuse synthèse (381 références) de très grande qualité sur les preuves scientifiques concernant l'ensemble de ces FdR : il apparaît possible d'identifier des FdR modifiables permettant une intervention préventive¹. En voici les principales conclusions.

Age et sexe

Il est habituellement considéré comme « allant de soi » que l'AG concerne surtout des femmes, avec un risque qui augmente avec l'avancée en âge. Sexe et âge sont peu étudiés de ce fait, sauf comme variable de contrôle dans les analyses multivariées. Or, les preuves de l'association entre vieillissement et risque accru d'AG sont modérées et il n'est pas établi qu'il y ait ou non une association entre le sexe et la progression de l'AG. D'autres études seraient nécessaires.

FdR modifiables

Surpoids et obésité

L'association entre valeurs élevées d'IMC (plutôt que tour de taille, % de masse grasseuse, ratio tour de taille/hanche, etc.) et plus grand risque de développer une AG est solidement démontrée. Dans une méta-analyse, le rapport de cotes global vs un poids normal a été de 2,18 (1,86-2,55) pour un surpoids et de 2,63 (2,28-3,05) pour l'obésité. D'autres méta-analyses confirment ces résultats. Cependant, les données sont contradictoires pour ce qui est du lien entre un IMC élevé et la progression de la maladie.

Facteurs occupationnels

Il est assez solidement établi que des tâches sollicitant de façon importante durant la vie active les genoux (monter/descendre des escaliers, s'agenouiller sur des surfaces dures, etc.) ou soulever de lourdes charges, régulièrement ou sur une longue période, sont des FdR de développer une AG. Les biais de publication et l'hétérogénéité représentent cependant d'importantes limitations des études sur ces sujets.

Activités physiques et loisirs

Il est solidement établi que des activités physiques intenses (course, athlétisme, ski de fond de compétition)

Que conclure pour notre pratique ?

La revue systématique québécoise analyse de **nombreux autres FdR possibles** : tabagisme, alimentation, ethnicité, scolarité, consommation d'alcool, port de souliers à talons hauts, usage de contraceptifs oraux, hystérectomie, hormonothérapie de remplacement, HTA, syndrome métabolique, arthrose de la main, etc. Aucun n'apparaît réellement associé à l'AG. **Les FrR associés à la progression de l'AG** ne peuvent en revanche pas être confirmés, faute d'études de cohorte de suivi en nombre suffisant.

En pratique, l'éducation thérapeutique doit viser les 3 principaux FdR modifiables : poids élevé, tâches effectuées au travail et pratique intensive d'activités physiques.

Nous reviendrons sur les outils d'évaluation de l'évolutivité de l'AG, ainsi que les mesures à prendre pour la ralentir ou l'enrayer, avant les différents stades chirurgicaux.

peuvent, à long terme, exposer à un plus haut risque d'AG. Les activités d'intensité faible ou modérée semblent plutôt le diminuer. La pratique régulière d'activités physiques ne semble pas associée à la progression de la maladie, mais les études publiées sont de faible qualité de preuve au long terme.

Densité minérale osseuse

Il existe des preuves solides pour dire que les personnes avec une haute densité minérale osseuse (DMO) sont plus à risque de souffrir d'AG. Il est possible que cette association soit liée au style de vie : les os des grands sportifs et des personnes obèses pourraient répondre aux impacts et aux charges mécaniques en synthétisant davantage d'os, augmentant de ce fait la DMO.

Anatomie, blessures et chirurgie du genou

Les preuves d'une association entre *genu valgus* ou *varus* et AG sont limitées (trop peu d'études pour conclure). Elles sont contradictoires, limitées ou insuffisantes pour la taille, la force des quadriceps, les lésions ou l'œdème de la moelle osseuse, l'inégalité de longueur des membres inférieurs ou la proprioception.

Des antécédents de blessure sont un FdR d'AG important (RC global 3,86 ; 2,61-5,70), mais avec beaucoup d'hétérogénéité dans les études. Rien de concluant n'apparaît à propos de blessures spécifiques (ex. rupture du ligament croisé antérieur). Aucune blessure particulière ne semble associée à la progression de l'AG.

L'association entre antécédents de chirurgie et risque d'AG est insuffisamment démontrée, faute d'études observationnelles de qualité. Certaines revues systématiques ont cependant rapporté que la ménissectomie était plus susceptible d'entraîner une AG.

Références
1- Gaudreault N et al. Bilan des connaissances sur les facteurs de risque de l'arthrose du genou et sur les outils d'évaluation et les interventions en matière de soins et services. Rapport R-832. Sur www.irsst.qc.ca