

## Gonarthrose : suivre l'évolution en soins primaires

### Mots clés :

Evaluation du handicap  
Gonarthrose  
[Disability  
Evaluation;  
knee osteoarthritis]

Il ressort de la littérature qu'il n'existe pas de traitement miracle de la gonarthrose, l'arthroplastie du genou étant l'ultime solution pour les cas les plus sévères<sup>1</sup>. La prise en charge doit combiner différentes interventions lorsqu'une seule ne suffit pas en portant une attention particulière aux préférences des patients, surtout pour ceux en sont à un stade avancé de la maladie : il est donc essentiel d'objectiver l'aggravation de l'arthrose. La synthèse québécoise et différents essais et *guidelines*<sup>2-4</sup> ont listé les nombreux outils existants. L'examen clinique apparaît beaucoup plus utile que le suivi radiologique.

### Composante anatomique

La mesure de l'axe anatomique des membres inférieurs (distance entre un fil de plomb et la ligne articulaire médiale du genou ou la malléole interne) et de l'alignement tibial et du membre inférieur (inclinomètres et goniomètres à cet usage à très faible coût) sont les plus simples, avec des coefficients de corrélation radiologique élevés (Niveau de preuves NP fort)<sup>in1</sup>.

La classification radiologique en 5 stades d'Ahlbäck (1968) ou celle de Kellgren et Lawrence ont une valeur décisionnelle controversée pour la chirurgie. Dans une récente étude multicentrique (1329 patients), imagerie et évaluation clinique (douleur, état clinique et qualité de vie) sont bien corrélées (NP modéré)<sup>2</sup>. L'IRM est en général inutile. Elle peut parfois aider à comprendre une douleur évoquant fortement une gonarthrose avant même les 1<sup>ers</sup> signes radiologiques ou pourquoi elle s'intensifie ultérieurement ; l'échographie voit un épanchement intra-articulaire et peut guider la ponction ou l'infiltration ; si la douleur reste inchangée, refaire des radiographies n'apportera rien de plus (avis d'expert<sup>3</sup>). L'arthroscopie a peu d'indications dans le suivi. Elle peut être proposée si l'on soupçonne la présence d'un morceau de cartilage ou de ménisque mobile et instable.

### Composante fonctionnelle

#### Douleur

Le document québécois recense 14 échelles de bonne fiabilité et spécificité<sup>1</sup>. Pour l'usage courant en soins primaires, on peut privilégier (NP modéré) les échelles visuelle analogique (EVA) et verbale modifiée (MVRS) : indices élevés de validité (r#0,9) et de fidélité intra et interévaluateurs (r#0,9)<sup>1</sup>.

#### Fonction articulaire et musculaire

Les 4 tests de fonction articulaire recensés ont peu d'intérêt, du fait d'importantes limites d'interprétation<sup>1</sup>.

### Que conclure pour notre pratique ?

Objectiver l'éventuelle aggravation de la gonarthrose est nécessaire et possible **avec des outils simples, essentiellement cliniques**. Cette évaluation régulière (l'usage des autoquestionnaires indiqués peut grandement faciliter la tâche du clinicien) guide efficacement la décision thérapeutique, d'autant que contrairement aux facteurs de risque de développement de la gonarthrose, ceux de sa progression n'ont pas beaucoup été étudiés.

**En pratique, la décision doit être partagée**, ce qui impose de discuter avec le patient des risques et des avantages des options de traitement (nous y reviendrons), en tenant compte des comorbidités et en s'assurant que l'information fournie a bien été comprise.

Le simple bilan musculaire manuel surestime la force musculaire (NP modéré). L'examen dynamométrique serait plus juste. Quelles que soient les méthodes, les indices de fidélité et d'erreur varient beaucoup<sup>1</sup>.

#### Activité physique

Des 17 outils recensés<sup>1</sup>, le *Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC)*, sur [www.rhumato.info/docs/WOMAC.pdf](http://www.rhumato.info/docs/WOMAC.pdf) est de loin l'outil de mesure le plus étudié et utilisé. Les réponses peuvent être cotées de 0 (nulle) à 4 (extrême) ou sur EVA, dans les domaines douleur et raideur ou pour l'ensemble du WOMAC<sup>4</sup>.

#### Participation sociale et loisirs

Les Québécois ont recensé 6 outils de bonne validité et cohérence. Il semble surtout utile de penser à interroger sur cette composante, dans ces 2 domaines sensibles aux changements (NP élevé)<sup>1</sup>.

#### Qualité de vie

Parmi les nombreux tests existant, l'auto-questionnaire générique SF-36 est souvent utilisé pour évaluer 8 domaines : activités et douleurs physiques, limitations dues à l'état physique ou psychique, vie et relations avec les autres, santé psychique, vitalité, santé perçue (sur <https://cours.etsmtl.ca/gts813/Documents/SF36.pdf>).

#### Quand demander avis ?

Un *guideline* anglais (propositions reprises par le *NICE* britannique en 2015) concluait que la demande d'avis, notamment chirurgical, ne devrait être guidée que par la gravité des symptômes et les préférences des patients. L'utilisation des ressources du système de soins chez les patients présentant des symptômes légers est inefficace et doit respecter l'autonomie du patient chez ceux qui présentent des symptômes graves (NP élevé)<sup>4</sup>.

#### 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](http://www.irsst.qc.ca)
- 2- Hernández-Vaquero D et al. Relationship between radiological grading and clinical status in knee osteoarthritis. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2012;13:194.
- 3- Chevalier X. L'imagerie de la gonarthrose 2015. Sur [www.arthrolink.com](http://www.arthrolink.com)
- 4- Musila N et al. Referral recommendations for osteoarthritis of the knee incorporating patients' preferences. *Family Practice* 2011; 28:68-74.