

Gonarthrose : avant la chirurgie

Mots clés :
Gonarthrose
[knee osteoarthritis]

Selon les conclusions des *guidelines* de ces dernières années (*NICE* britannique, orthopédistes américains, Société Internationale d'ostéoarthrose *OARSI...*), la seule approche possible de la gonarthrose au long cours doit être globale et personnalisée (*Bibliomed* 781), impliquant un rigoureux partage des décisions. Les analyses très exhaustives québécoise et britannique^{1,2} ont hiérarchisé à partir d'une littérature surabondante mais très hétérogène les différentes interventions actuellement recommandables. Le *NICE* décline et argumente notamment pour l'essentiel du traitement 3 priorités et divers adjuvants².

Priorité 1 : information et éducation

L'éducation thérapeutique du patient implique 3 types d'informations, quels que soient le contenu, la durée et le type du programme d'éducation et de réadaptation fonctionnelle envisagés (séances individuelles ou de groupe)² : *générales* sur l'état actuel, facilitant la compréhension et la discussion avec le patient sur l'évolution de sa maladie ; et *spécifiques* sur ce qu'il est possible d'attendre du traitement, par exemple l'intérêt de l'exercice, et sur les avantages et risques de chaque intervention pour aider au consentement éclairé. Ces informations (verbales et écrites) visent à encourager les changements positifs de comportement et de croyances, et lutter contre les idées fausses telles que celle d'une progression inéluctable non accessible au traitement. L'efficacité dépend de la répétition : informer une seule fois en début de traitement ne suffit pour une appropriation par le patient des éléments d'autogestion de son état.

Niveau de preuves (NP) élevé sur les items analysés (douleur, raideur, fonction articulaire, qualité de vie, autogestion du handicap et antalgiques consommés) : essais randomisés contrôlés (ERC), méta analyses d'ERC, et études observationnelles de bonne qualité.

Priorité 2 : perte de poids si nécessaire

Les interventions réduisant suffisamment l'excès de poids (les études concernent des patients à IMC > 26,4) améliorent la fonction articulaire, bien que l'effet sur la douleur et la progression de la maladie soient incertains. Les avantages sont plus importants que les risques et le *NICE* préconise donc une perte de poids dès qu'il y a surpoids et limitations fonctionnelles (**NP modéré**, compte tenu des limites des ERC retenus)².

Priorité 3 : exercice

L'exercice a des effets bénéfiques démontrés par rapport à l'absence d'exercice (**NP élevé**) sur les items envisagés pour la priorité 1². La majorité des résultats positifs ont été observés à 18 mois, pour l'exercice

aérobie : marche, renforcement musculaire (notamment quadriceps), exercice contre résistance à domicile, sans qu'apparaisse une supériorité de l'un ou l'autre exercice, et avec un risque très faible d'effets adverses. L'exercice en piscine n'a montré d'efficacité qu'à court terme (2 essais).

Adjuvants non pharmacologiques

Electrothérapie^{1,2} : thérapie pulsée à ondes courtes, laser, stimulation nerveuse électrique transcutanée (TENS), thérapie interférentielle (forme particulière de TENS), et ultrasons sont couramment utilisés pour traiter la douleur et l'œdème liés à l'arthrose. La seule stimulation TENS a montré une efficacité à court terme comme traitement adjuvant de la douleur (**NP élevé**).

Suppléments nutritionnels^{1,2} : la glucosamine, la chondroïtine seules ou en association n'ont pu montrer aucun effet clinique significatif (**NP modéré à élevé**).

Acupuncture : semble efficace sur la douleur, mais les études sont trop hétérogènes pour conclure¹. L'analyse du *NICE* conclut à l'équivalence de l'acupuncture et de la SHAM acupuncture (sur points non répertoriés) et recommande de ne pas l'utiliser² (**NP modéré à élevé**).

Orthèses : malgré la faible qualité des études, il apparaît que l'usage de chaussures appropriées (absorbant les chocs, avec semelles de compensation si nécessaire) et de cannes de marche peuvent compléter utilement le traitement de base² (**NP modéré**).

Chaleur et froid : leur efficacité est probable, sans que l'on puisse en déterminer le niveau (manque d'homogénéité des études et échantillons de petite taille)^{1,2}.

Approche pharmacologique

L'efficacité du paracétamol est montrée dans de nombreux ERC (**NP élevé**). Les topiques AINS peuvent être utilisés avant les formes orales, efficaces sur la douleur à court terme mais aux nombreux effets adverses, notamment chez la personne âgée. Si nécessaire, les opioïdes peuvent être envisagés. Les études ne permettent pas de conclure pour les antidépresseurs.

Que conclure pour notre pratique ?

Le suivi régulier du patient atteint de gonarthrose symptomatique concerne l'évolution des symptômes et de leur impact sur les activités et la qualité de vie (*Bibliomed* 785). Le *NICE* propose de rediscuter au moins une fois par an – plus si nécessaire – des préoccupations et préférences du patient et réévaluer l'efficacité et la tolérance des traitements².

La chirurgie doit être envisagée lorsque les symptômes ont un impact important sur la qualité de vie et sont réfractaires au traitement non-chirurgical, quels que soient l'âge, le sexe, le tabagisme, l'obésité et les comorbidités du patient.

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
- 2- NICE. Osteoarthritis Care and management in adults. Clinical guideline CG177. Methods, evidence and recommendations. February 2014.