



sanofi



L'ARTHROSE ET SES DOULEURS :

Quels enjeux en médecine générale ?



Professeur Serge PERROT

Rhumatologue et Médecin de la douleur

Vice-président de la SFETD

(Société Française de l'Etude et du Traitement de la Douleur)

.....
Centre de la Douleur, Hôpital Cochin, Paris

01

**L'arthrose,
une maladie très fréquente
mais méconnue**

p. 5

02

**La douleur de l'arthrose,
des mécanismes complexes**

p. 13

03

**La douleur et l'arthrose :
combattre les préjugés
pour mieux soigner**

p. 22

SOMMAIRE



L'arthrose est une maladie globale de l'articulation, caractérisée par une dégradation du cartilage articulaire et l'inflammation de la membrane synoviale (synovite), par la formation d'ostéophytes, et par un remodelage accru de l'os sous-chondral.

Les tissus périarticulaires, tendons, muscles, ligaments, contribuent également à la genèse et à la progression de la maladie avec la tendinopathie, la sarcopénie et la laxité ligamentaire.

Il faut distinguer l'arthrose maladie et les douleurs d'arthrose :

Ce sont deux facettes complémentaires mais pas strictement liées d'une même pathologie.

L'arthrose est la pathologie articulaire, la douleur d'arthrose, une maladie à part entière, non corrélée au dommage structural.



01 L'arthrose, une maladie très fréquente mais méconnue

Longtemps, l'arthrose n'a pas été considérée comme une vraie maladie. Atteinte articulaire associée au vieillissement, sans véritable traitement, l'arthrose était considérée comme une usure banale, favorisée par l'âge, pour laquelle aucun traitement n'était disponible.

Ce n'est que depuis quelques années que l'on considère l'arthrose comme une vraie maladie, bien différente de l'usure banale liée à l'âge¹.



Il s'agit d'une des maladies les plus fréquentes², responsable **d'un des motifs de consultation les plus fréquents en médecine générale³**, qui a touché 303 millions de personnes dans le monde en 2017⁴.

La dernière mise à jour de 2017 de l'étude « *Global Burden of Disease* », a montré que les troubles musculo-squelettiques, en particulier l'arthrose, sont la **première cause de handicap** et d'années de vie en handicap⁵.

La fréquence de l'arthrose dans la population générale est très variable suivant l'articulation atteinte, l'âge, le sexe et la zone géographique. Tous ces critères confondus, on considère que sa fréquence est en moyenne entre 8 et 15 % pour les pays dits industrialisés, soit pour la France **environ 10 millions de Français**.

Une articulation touchée par l'arthrose n'est pas toujours douloureuse

Sur 100 sujets de plus de 65 ans, 60 ont une arthrose non douloureuse (révélée par les autopsies).

L'arthrose peut affecter n'importe quelle articulation, mais affecte préférentiellement le genou, les mains, la hanche et le rachis. L'arthrose a un impact considérable sur le patient, entraînant douleur et invalidité, et sur la société.

Le fardeau économique de l'arthrose sur les patients et la société est également considérable.

Âge de la population générale	% de sujets atteints d'arthrose (regroupant genoux, hanches, mains et rachis)
< 45 ans	≈ 3 %
< 65 ans	≈ 65 %
< 80 ans	≈ 80 %

Fréquence de l'arthrose en population générale, en fonction de l'âge

(Source : Société Française de Rhumatologie)

¹ International ORS. Osteoarthritis: A Serious Disease. Osteoarthritis Research Society International. 2016: 1-103

² Neogi T, Zhang Y. Epidemiology of osteoarthritis. Rheum Dis Clin North Am 2013; 39: 1-19.

³ St Sauver JL, Warner DD, Fawn BP, Jacobson DJ, McGree ME, Pankratz JJ, Melton LJ 3rd, Reger VL, Ebbert JO, Rocca WA. Why patients visit their doctors: assessing the most prevalent conditions in a defined American population. Mayo Clin Proc. 2013;88(1):56-67.

⁴ Disease GBD, Injury I. Prevalence C Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet.2018; 392: 1789-1858

⁵ Safiri S, Kolahi AA, Smith E, Hill C, Bettampadi D, Mansournia MA et al. Global, regional and national burden of osteoarthritis 1990-2017: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2017. Ann Rheum Dis. 2020;79(6):819-828..

* <https://public.larhumatologie.fr>

1.1. L'arthrose, une maladie de toute l'articulation

Initialement considérée comme une maladie du cartilage, les données récentes montrent que l'arthrose est en fait une maladie de toute l'articulation⁷ :

- Le **cartilage** est le lieu d'une **destruction progressive**, favorisée par des phénomènes inflammatoires locaux, ce qui favorise le **pincement de l'articulation**.
- La **membrane synoviale** est également en cause, avec une inflammation localisée, responsable d'un épanchement articulaire variable, mécanique.
- L'**os sous chondral** (situé sous le cartilage), qui n'est plus protégé par le cartilage atteint, est l'objet de fissures voire de fractures responsables de **géodes**, mais aussi d'une hypertrophie osseuse, réparation anarchique et inadaptée, responsable d'**ostéophytes**.

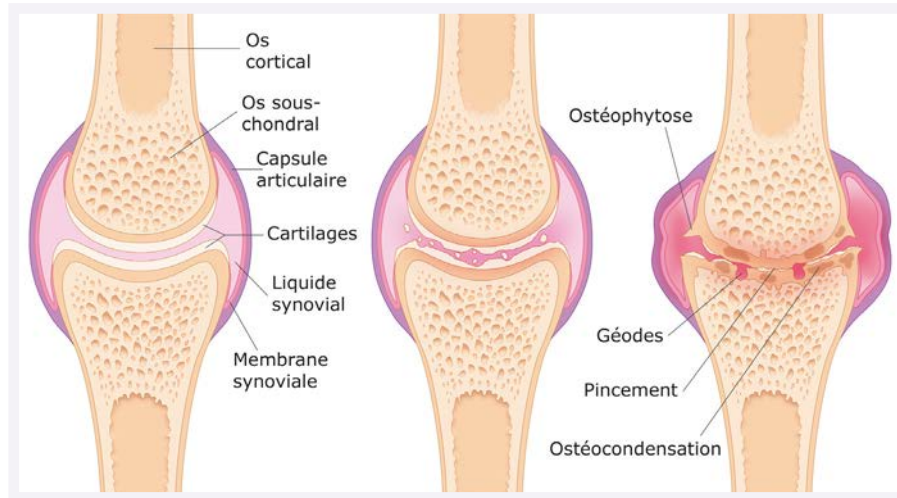
⁷Conaghan et al. Ann Rheum Dis. 2014;73(8):1442-5.

Il faut ainsi considérer l'arthrose comme une maladie inflammatoire de bas grade, localisée à l'articulation, différente de l'usure liée à l'âge, tout comme, en neurologie on différencie les trous de mémoire liés à l'âge et la maladie d'Alzheimer.

Ce n'est que récemment que les recherches se développent dans l'arthrose, essayant de comprendre les mécanismes, les causes, mais aussi les cibles thérapeutiques.



Figure 1 :
Schéma de l'évolution d'une articulation atteinte par l'arthrose



• Un point sur les ménisques

Ce sont des structures fibro-cartilagineuses qui aident à la stabilité de l'articulation. Ils sont peu impliqués dans les douleurs.

Dans le cas de fissures, sans blocage, les recommandations actuelles visent à garder le plus possible les ménisques, même abimés : il faut les conserver. L'exercice des ménisques, faite de façon trop systématique et trop précoce a pour risque d'aggraver l'arthrose.

1.2. L'arthrose primitive ou secondaire : des causes identifiées

Les causes exactes de l'arthrose sont complexes et multiples :

On parlera d'**arthrose primitive** s'il n'existe pas de lésion préexistante de l'articulation. Cela touche essentiellement le genou, la hanche et les mains.

L'arthrose primitive peut être favorisée par certains facteurs, comme le **vieillessement**, la **surcharge** de l'articulation (surpoids, anomalie architecturale de l'articulation), les anomalies du **métabolisme** (diabète, etc.) et des **facteurs hormonaux**. Il peut exister également une **prédisposition familiale**.

On parlera d'**arthrose secondaire** si l'arthrose survient sur une articulation fragilisée par des lésions plus ou moins anciennes ou une maladie du cartilage.

L'arthrose peut ainsi être secondaire à un **traumatisme** de l'articulation, comme une atteinte d'un ménisque ou d'un ligament croisé au genou, des entorses à répétition, ou une **maladie inflammatoire articulaire** qui aurait abimé une articulation.



1.3. L'arthrose : des critères de diagnostic et d'évaluation bien définis

Le diagnostic de l'arthrose est fondé sur des données cliniques et radiologiques.

Le diagnostic d'arthrose est souvent posé tardivement, alors que les altérations du cartilage, de l'os sous-chondral et des tissus périarticulaires sont déjà présentes.



En clinique quotidienne, le diagnostic de l'arthrose est basé sur l'examen clinique, la recherche des facteurs de risque et la radiographie standard^{8,9}

Avec une prévalence d'environ 12,5%, la probabilité d'avoir une arthrose radiologique du genou est de 99% lorsque sont présents à l'examen clinique :

- trois symptômes: douleur persistante, raideur matinale de courte durée, perte de la fonction,

- et trois signes cliniques: crépitements, élargissement de l'articulation et diminution de l'amplitude articulaire.

• Questionnaires spécifiques

Un grand nombre de questionnaires ont été développés pour l'évaluation de l'arthrose et de son retentissement.

Questionnaires utilisés dans l'évaluation de l'arthrose

→ **Intensité douleur** : Échelle numérique (EN), Échelle visuelle analogique (EVA), Échelle verbale simple (EVS)

→ **Perte de fonction** : Réduction du périmètre de marche

→ **Douleur et perte de fonction** : Questionnaire WOMAC, Indice de Lequesne

→ **Impact et poussée** : Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS, genou), hip Injury and Osteoarthritis Outcome Score (HOOS, Hanche)

• Évaluation par imagerie

L'imagerie sert au diagnostic initial, mais peut aider bien sûr pour l'évaluation de l'évolutivité et l'indications de traitements, notamment la chirurgie.

Les radiographies standards montrent les lésions suivantes typiques d'arthrose :

→ **Pincement** localisé de l'articulation, témoignant des lésions du cartilage

→ Productions osseuses : **ostéophytes**

→ **Géodes** de l'os sous-chondral, sous le pincement articulaire : l'os n'est plus protégé par le cartilage atteint et subit des microfractures.

L'imagerie par résonance magnétique nucléaire (IRM) :

Elle permet de déceler les altérations structurales précoces de l'arthrose, les modifications de la synoviale et de l'os, avec présence d'un œdème magnétique.

De nombreuses structures articulaires peuvent être atteintes, comme les ménisques, sans être forcément impliquées dans les douleurs.

⁸ Mahmodian A, Lohmander LS, Mobasher A, Englund M, Luyten FP. Early-stage symptomatic osteoarthritis of the knee - time for action. Nat Rev Rheumatol. 2021 Aug 31.

⁹ Huang BK, Tan W, Scherer KF, Rennie W, Chung CB, Bancroft LW. Standard and Advanced Imaging of Hip Osteoarthritis. What the Radiologist Should Know. Semin Musculoskelet Radiol. 2019;23(3):289-303.

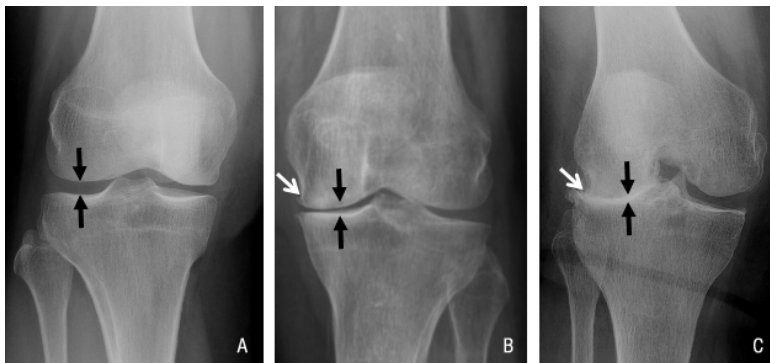
¹⁰ Metcalfe D, Perry DC, Claireaux HA, Simel DL, Zogg CK, Costa ML. Does This Patient Have Hip Osteoarthritis?: The Rational Clinician Examination Systematic Review. JAMA. 2019;322(23):2323-2333.

¹¹ Emery CA, Whittaker JL, Mahmodian A, Lohmander LS, Roos EM, Bennell KL, et al. Establishing outcome measures in early knee osteoarthritis. Nat Rev Rheumatol. 2019;15(7):438-448.

¹² Smith TO, Hawker GA, Hunter DJ, March LM, Boers M, Shea BJ, et al. The OMERACT-OARSI Core Domain Set for Measurement in Clinical Trials of Hip and/or Knee Osteoarthritis. J Rheumatol. 2019;46(8):981-989.

Figure 2 :
Comparaison de radiographies montrant la progression d'une arthrose du genou

Source : <https://radiopaedia.org/> ; section "Osteoarthritis"



Légende :

- A** : genou d'apparence saine
- B** : genou atteint d'arthrose débutante
- C** : genou atteint d'arthrose avancée

Des marqueurs biologiques, un intérêt en pratique courante ?

Les marqueurs biologiques ne sont pas actuellement des marqueurs utiles au diagnostic. Le seul marqueur à doser est la **protéine C réactive (CRP)**, qui n'est pas augmentée dans l'arthrose, montrant que l'arthrose n'est pas une maladie inflammatoire systémique. Il peut exister une inflammation de bas grade, notamment en cas d'obésité, mais qui ne se traduit pas par une augmentation significative de la CRP (la CRP peut augmenter jusqu'à 15 mg/L en cas d'obésité).

On peut doser quelques marqueurs qui montrent que le collagène du cartilage, le collagène de type II, est atteint, voire détruit. Le plus connu des marqueurs du collagène de type II est le **peptide C terminal de cette molécule (CTX-II)**. Le CTX-II, dosé dans les urines, est faiblement prédictif de l'incidence de l'arthrose du genou et de la hanche. Il est également associé à la progression de la gonarthrose et, de façon moins évidente, à celle de la coxarthrose¹³.

¹³ Kraus VB, Collins JE, Hargrove D et al. OA Biomarkers Consortium. Predictive validity of biochemical biomarkers in knee osteoarthritis: data from the FNIH OA Biomarkers Consortium. Ann Rheum Dis 2017 ; 76 : 186-95.

02 Les douleurs d'arthrose

2.1. La fréquence des douleurs et les types de douleurs

La douleur est le symptôme principal de l'arthrose¹⁴. Longtemps considérée comme une douleur essentiellement mécanique, on considère maintenant que la douleur d'arthrose a de multiples composantes, de multiples visages¹⁵. Ceci pourrait expliquer l'inefficacité de certaines approches non adaptées au profil de la douleur, et justifie la complexité de sa prise en charge.

La physiopathologie de la douleur arthrosique est complexe¹⁶, probablement très différente d'un patient à l'autre, d'une douleur aiguë à une douleur chronique, d'une douleur inflammatoire et une douleur mécanique, d'une douleur constante à une douleur avec paroxysme neuropathique. Des tentatives de sous-classification des patients, avec l'hypothèse de physiopathologies différentes sont en cours pour démembrer la douleur de l'arthrose et aller plutôt vers le concept de douleurs d'arthrose¹⁷.



¹⁴ Trouvin AP, Perrot S. Pain in osteoarthritis. Implications for optimal management. *Joint Bone Spine*. 2018 Jul;85(4):429-434.

¹⁵ Sofat N, Ejindu V, Kieley P. What makes osteoarthritis painful? The evidence for local and central pain processing. *Rheumatology (Oxford)*. 2011;50(12):2157-65.

¹⁶ Schaible H-G, Richter F, Ebersberger A, et al. Joint pain. *Exp Brain Res* 2009; 196: 153-162

¹⁷ Cedraschi C, Delézy S, Marty M, Berenbaum F, Bouhassira D, Henrotin Y, Laroche F, Perrot S. «Let's talk about OA pain»: a qualitative analysis of the perceptions of people suffering from OA. Towards the development of a specific pain OA-Related questionnaire, the Osteoarthritis Symptom Inventory Scale (OASIS). *PLoS One*. 2013 Nov 11;8(11):e79986.

La nouvelle classification des maladies, la CIM11, intègre maintenant la douleur comme une vraie maladie, et les douleurs musculo-squelettiques, au premier rang desquelles la douleur arthrosique, sont maintenant classées comme des douleurs secondaires à une atteinte structurale ostéo-articulaire¹⁸.

Les différentes composantes de la douleur : nociception, neuropathie, nociplasticité

Les douleurs d'arthrose sont des douleurs avec plusieurs composantes probablement liées à différents mécanismes physiopathologiques :

- Les **douleurs mécaniques** sont essentiellement liées à des douleurs osseuses, induites par des contraintes et des pressions importantes sur l'os sous périosté, qui n'est plus protégé par un cartilage détruit.
- Les **douleurs inflammatoires** observées lors des poussées inflammatoires d'arthrose sont des douleurs d'origine synoviale favorisées par l'étirement, l'augmentation de la chaleur locale et l'acidité du foyer inflammatoire lors de l'inflammation de la synoviale.
- Il existe également des **douleurs à composante neuropathique**, avec des impressions de décharge électrique, des sensations de brûlure et une sensibilité locale accrue¹⁹.
- Il existe enfin une sensibilité à la **douleur diffuse**, une allodynie à distance de l'articulation lésée. Plusieurs auteurs ont ainsi montré qu'il existait des phénomènes de sensibilisation centrale et des anomalies sensorielles diffuses chez les patients atteints de douleurs chroniques d'arthrose²⁰.

¹⁸ Perrot S, Cohen M, Barke A, Korwisi B, Rief W, Treede RD; IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic secondary musculoskeletal pain. Pain. 2019;160(1):77-82.

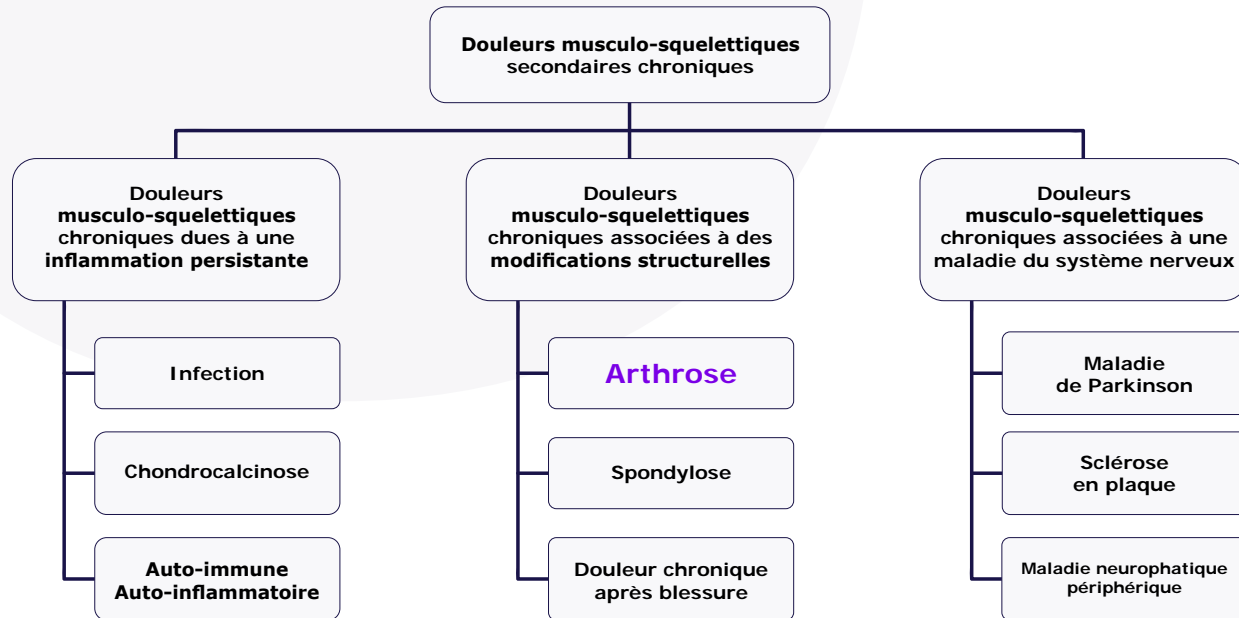
¹⁹ Hochman JR, Davis AM, Elkayam J, Gagliese L, Hawker GA. Neuropathic pain symptoms on the modified painDETECT correlate with signs of central sensitization in knee osteoarthritis. Osteoarthritis Cartilage. 2013;21(9):1236-42.

²⁰ Schallable H-G, Richter F, Ebersberger A, et al. Joint pain. Exp Brain Res 2009; 196: 153-162

²¹ Fingleton C, Smart K, Moloney N, Fullen BM, Doody C. Pain sensitization in people with knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. Osteoarthritis Cartilage. 2015;23(7):1043-56.

Organisation des diagnostics des douleurs musculo-squelettiques secondaires

D'après la Classification Internationale des Maladies, 11ème révision (ICD-11)



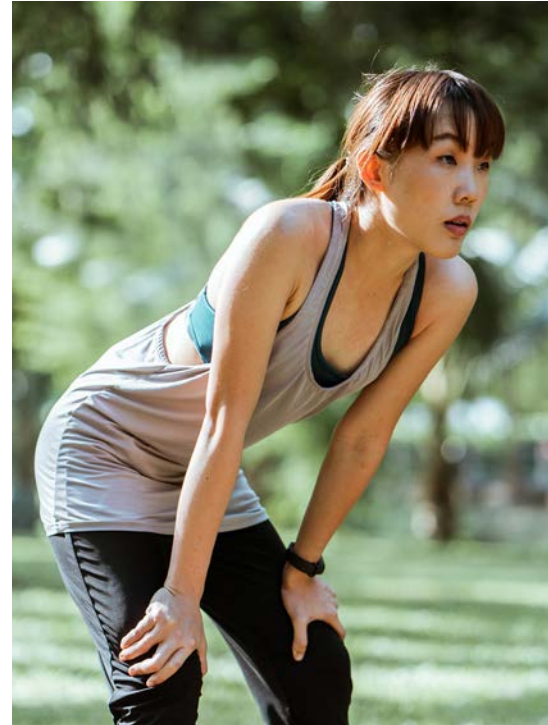
2.2. Physiopathologie des douleurs d'arthrose

La physiopathologie de la douleur d'arthrose commence à être mieux connue²¹. On distingue des mécanismes périphériques, au niveau de toutes les structures de l'articulation, synoviale, os, tendons et ligaments, mais aussi au niveau central, médullaire et cérébral.

Mécanismes articulaires de la douleur :

Le cartilage, structure particulièrement impliquée dans l'arthrose, n'est pas une structure innervée, et donc n'est pas impliquée directement dans la survenue de phénomènes douloureux. **Les récepteurs de la douleur sont situés dans la synoviale, l'os sous-chondral, les tendons, et les ligaments.** Les ménisques ne sont en général pas impliqués dans ces types de douleurs.

La douleur vient en périphérie d'une activation des récepteurs, petites fibres C amyéliniques, activées par l'inflammation synoviale, l'hyperpression osseuse. Les récepteurs sont sensibilisés et une douleur survient pour des mouvements habituellement non douloureux.



²¹ Trouvin AP, Perrot S. Pain in osteoarthritis. Implications for optimal management. Joint Bone Spine. 2018 Jul;85(4):429-434. doi: 10.1016/j.jbspin.2017.08.002. Epub 2017 Sep 6. PMID: 28889010.

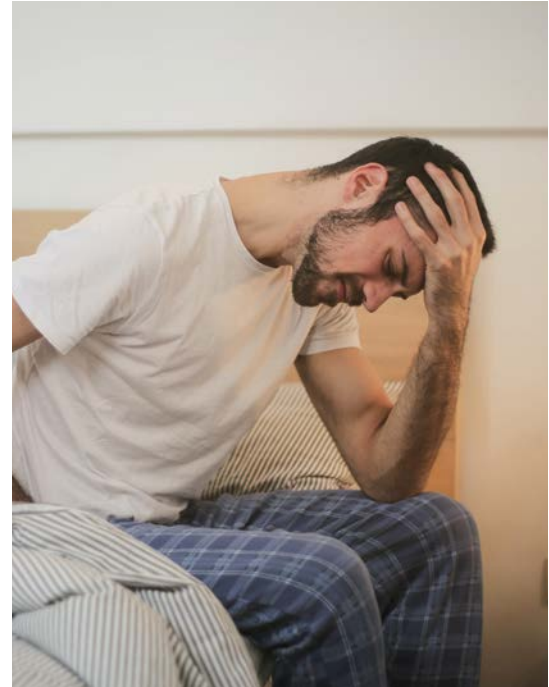
Mécanismes centraux de la douleur :

La douleur implique des phénomènes centraux, au niveau de la moelle et du cerveau. Plus la douleur d'arthrose dure, se répète, plus la moelle et le cerveau vont être sensibilisés.

On note ainsi l'apparition de douleurs pour des mouvements peu importants, des douleurs qui durent, et finalement des douleurs permanentes, même en dehors de tout mouvement, de toute activation articulaire.

On pourra même trouver des douleurs diffuses, à distance de l'articulation, témoignant d'une sensibilisation centrale majeure.

Lors de cette sensibilisation centrale, des phénomènes associés surviennent : troubles du sommeil, fatigue, et même détresse émotionnelle, avec anxiété et dépression dans certains cas.



Physiopathologie de la douleur :

mécanismes mis en jeu

Mécanisme et type de douleur	Physiopathologie
Douleur nociceptive articulaire	Activation des récepteurs sur membrane synoviale, os sous-chondral
Douleur articulaire avec composante neuropathique	Néo-angiogénèse suivie d'une néo-innervation dans le cartilage et le ménisque : activation de néo-récepteurs
Sensibilisation périphérique	Hyperexcitabilité neuronale par recrutement de nocicepteurs et baisse du seuil d'excitation
Sensibilisation centrale, témoin de la neuroplasticité	Augmentation de l'activité neuronale spontanée Diminution du seuil d'excitabilité Facilitation des voies sensibles ascendantes Inhibition des voies descendantes, Modifications cérébrales

2.3. Comment évaluer la douleur d'arthrose ?



Les douleurs de l'arthrose ont longtemps été considérées comme des douleurs de type nociceptives périphériques, pour lesquelles l'évaluation devait se baser essentiellement sur l'intensité de la douleur.

En fait, à côté de la mesure de l'intensité de la douleur, qui peut être réalisée par des échelles visuelles, numériques ou verbales, **la douleur de l'arthrose doit être évaluée** par des approches plus précises pour en saisir la complexité, la pertinence clinique et guider le traitement.

Questionnaires d'évaluation des douleurs de l'arthrose ^(22,23)

- **Intensité douleur** : Échelle numérique (EN), Echelle visuelle analogique (EVA), Echelle verbale simple (EVS)
- **Qualité de la douleur** : The intermittent and constant pain score (ICOAP), Osteoarthritis Symptom Inventory Scale (OASIS), DN4 (Douleur Neuropathique en 4 questions)
- **Douleur et fonction** : WOMAC, Lequesne
- **Stratégies** : Pain Coping Inventory (PCI), Pain Catastrophizing Scale (PCS), Catastrophizing Scale Questionnaire (CSQ)
- **Patient** : Patient acceptable symptomatic state (PASS), Minimal Clinically Important Difference (MCID)

²² Saleh KJ, Davis A. Measures for Pain and Function Assessments for Patients With Osteoarthritis. J Am Acad Orthop Surg. 2016 Nov;24(11):e148-e162.

²³ Perrot S, Bertin P. «Feeling better» or «feeling well» in usual care of hip and knee osteoarthritis pain: determination of cutoff points for patient acceptable symptom state (PASS) and minimal clinically important improvement (MCII) at rest and on movement in a national multicenter cohort study of 2414 patients with painful osteoarthritis. Pain. 2013;154(2):248-256.



Des douleurs rythmées, associées à une perte de fonction :

Compte tenu des variations de la douleur d'arthrose, notamment liées à l'activité, de nombreux auteurs ont proposé une évaluation différentielle de la douleur au repos et aux mouvements, la nuit et le jour²⁴. L'arthrose étant une atteinte de l'appareil locomoteur, l'évaluation de la douleur doit se faire concomitamment avec l'évaluation de la fonction articulaire et de la raideur (Hawker et al, 2011). C'est le cas pour le **questionnaire WOMAC** qui évalue trois dimensions : douleur, fonction, raideur (Bellamy et al, 1988), ainsi que pour le **questionnaire de Lequesne** (1997).

Ces questionnaires sont disponibles essentiellement pour la hanche et le genou mais peuvent être appliqués à d'autres types de douleurs arthrosiques, notamment celles des mains ou des épaules.

Des caractéristiques différentes selon les localisations :

Les **douleurs du genou ou de la hanche** sont très souvent des douleurs à prédominance mécanique avec parfois des poussées aiguës, notamment lors d'une inflammation articulaire avec épanchement. Les **douleurs des mains** surviennent souvent dans un contexte de perturbations hormonales chez les femmes péri-ménopausées, avec des poussées inflammatoires, des sensations de brûlures et de décharges électriques.

Enfin les **douleurs d'épaules** ont souvent une prédominance nocturne notamment du fait de la position allongée sur le côté, gênent le sommeil et ont un impact majeur sur la qualité de vie des patients.

²⁴ Trouvin AP, Marty M, Goupille P, Perrot S. Determinants of daily pain trajectories and relationship with pain acceptability in hip and knee osteoarthritis. A national prospective cohort study on 886 patients. Joint Bone Spine. 2019;86(2):245-250.

Des sensations très variées :

Une initiative de l'OARSI a permis de mettre en évidence plus de 9 types de symptômes douloureux exprimés par les patients (Hawker et al, 2008).

Ceci a permis la mise en place d'un questionnaire récent sur la douleur de l'arthrose : **le questionnaire ICOAP**, questionnaire d'impact de la douleur de l'arthrose retenant deux grands sous-groupes de patients : les patients avec douleurs constantes moins intenses et mieux supportées, et les patients avec douleurs intermittentes, plus intenses et avec un impact plus important sur la qualité de vie.



Nous avons développé une autre approche pour mieux connaître les descripteurs de la douleur de l'arthrose, et pour tenter de décrire des phénotypes basés sur les descripteurs, la qualité de la douleur de l'arthrose : le **questionnaire OASIS** (Osteoarthritis Symptom Inventory Scale)²⁵, en cours de développement.

En première intention, en médecine générale :
Évaluer l'intensité et le retentissement fonctionnel (périmètre de marche)

²⁵ Cedraschi C, Delézy S, Marty M, Berenbaum F, Bouhassira D, Henrotin Y, Laroche F, Perrot S. «Let's talk about OA pain»: a qualitative analysis of the perceptions of people suffering from OA. Towards the development of a specific pain OA-Related questionnaire, the Osteoarthritis Symptom Inventory Scale (OASIS). PLoS One. 2013 Nov 11;8(11):e79988.

La douleur et l'arthrose : combattre les préjugés pour mieux soigner

De nombreux préjugés accompagnent l'arthrose et la douleur d'arthrose. Il est important de les connaître et de les combattre pour une meilleure prise en charge des patients souffrant de douleurs arthrosiques. En écoutant les patients²⁶, leurs proches, on se rend compte qu'un certain nombre d'idées préconçues, souvent péjoratives, existent. Il est alors important de les discuter avec les patients et leur entourage pour lever les freins à une amélioration.

Le parcours du patient atteint de douleurs d'arthrose

- C'est le **médecin généraliste** qui est le pivot de la coordination des soins et de la prise en charge.
- Le **kinésithérapeute** est également très important, à un stade précoce, pour aider à renforcer les muscles et la stabilité de l'articulation.
- En cas de douleurs complexes, de terrain difficile, et lorsque les premières étapes de la prise en charge sont insuffisantes, il faut confier le patient au **rhumatologue**, pour proposer des traitements spécifiques, des gestes locaux...
- Le **chirurgien** ne doit être envisagé qu'en 3^e intention, après avis du rhumatologue. De nombreuses approches sont possibles avant d'envisager le recours à la chirurgie.
- Le **pharmacien** est impliqué à tous les stades, pour conseiller le patient à la gestion des antalgiques.

²⁶ Cedraschi C, Delézy S, Marty M, Berenbaum F, Bouhassira D, Henrotin Y, Laroche F, Perrot S. «Let's talk about OA pain»: a qualitative analysis of the perceptions of people suffering from OA. Towards the development of a specific pain OA-Related questionnaire, the Osteoarthritis Symptom Inventory Scale (OASIS). PLoS One. 2013 Nov 11;8(11):e79986.

Quelques idées reçues sur l'arthrose



« L'arthrose n'est pas une maladie, c'est du vieillissement »

FAUX

Pour de nombreux patients, pour leurs proches, pour certains médecins, l'arthrose n'est pas une maladie, mais une simple atteinte de l'articulation liée à l'âge, une usure naturelle banale. Il est important d'expliquer que c'est une maladie reconnue, que les patients qui en sont atteints ont le droit de réclamer des soins, une prise en charge.

Un certain nombre de patients affirment même avoir honte de parler de leurs douleurs d'arthrose, ne les jugeant pas dignes d'intérêt et sans justification de soins. **Le vieillissement est bien un facteur de risque d'arthrose, mais à l'inverse, être atteint d'arthrose ne signifie pas être atteint de vieillissement notamment précoce.** L'arthrose est à l'usure du cartilage ce que l'Alzheimer est aux trous de mémoire.

« Quand on a très mal cela veut dire que l'articulation est très abîmée »

FAUX

Il existe très **peu de parallélisme entre l'intensité de la douleur et l'importance du dégât articulaire.** On peut avoir une dégradation importante du cartilage et peu de douleurs. A l'inverse, on peut décrire des patients avec des douleurs importantes et des atteintes très modestes de l'articulation.





« Il faut éviter de prendre des médicaments pour ne pas s'accoutumer et garder des possibilités en cas de poussée »

⊗ FAUX

L'accoutumance est la nécessité d'augmenter progressivement les doses de médicaments pour obtenir le même effet contre la douleur. Ceci est exceptionnel, et s'observe surtout avec les antalgiques opioïdes. Il faut aller **associer des approches non médicamenteuses** pour renforcer l'effet propre des médicaments.

Dans tous les cas, en cas de poussée et de besoin d'avoir des médicaments antalgiques puissants et efficaces, le fait d'avoir pris des médicaments antalgiques ne limitera pas leur efficacité si aggravation.

« Il faut éviter de marcher, éviter de faire du sport pour préserver l'articulation »

⊗ FAUX

Une articulation ne s'abîme que si l'atteinte est déjà importante, et **ce n'est pas l'activité physique régulière et raisonnable qui va aggraver cela encore plus**. Au contraire, l'activité physique assure la trophicité de l'articulation et de toutes ses structures.

« Il ne faut pas masquer une douleur, car l'articulation va s'abîmer sans qu'on le sache »

⊗ FAUX

Il est **exceptionnel d'arriver à masquer une douleur**, quel que soit le traitement antalgique. En cas de poussée, le patient sentira la douleur et limitera ses activités.

Les recommandations générales pour la prise en charge de la douleur d'arthrose :

On peut se baser sur les recommandations récentes de 2020 de la Société Française de Rhumatologie (SFR)²⁷

Cinq principes généraux ont été émis :

- 1 La nécessité de combiner traitements pharmacologiques et non pharmacologiques,
- 2 La personnalisation de la prise en charge,
- 3 L'objectif symptomatique et/ou fonctionnel des traitements pharmacologiques,
- 4 La nécessité d'une réévaluation médicale régulière des traitements
- 5 La discussion d'une arthroplastie en cas d'échec du traitement médical.

Six recommandations ont concerné les traitements médicamenteux :

- 1 Le **paracétamol** qui ne doit pas nécessairement être prescrit de manière systématique et/ou continue,
- 2 Les **Anti-inflammatoires non stéroïdiens** (AINS), peuvent éventuellement être proposés en 1re intention, les formes topiques d'AINS sont conseillées
- 3 Les **opioïdes faibles** sont utilisables,
- 4 Les **opioïdes forts** doivent être évités
- 5 Les **anti-arthrosiques symptomatiques** d'action lente peuvent être proposés
- 6 Les **injections** de corticoïdes ou d'acide hyaluronique peuvent être proposés





**Une initiative de Sanofi en partenariat
avec la Société Française d'Étude et de Traitement
de la Douleur (SFETD)**