

E.D. C.A.S.

Ensemble **D**éfendons le **C**itoyen et l'**A**venir pour la **S**anté



Association Régie par la Loi du 01 Juillet 1901 et par le Décret du 16 Août 1901
Date de la fondation : 26 Novembre 1996

21 Rue Paul Cézanne

41100 NAVEIL

Tél. et Fax. : 02.54.73.91.91

E-mail : edcas.41@wanadoo.fr

Site Médical et Paramédical : www.edcas.org

C'est la synthèse du colloque qui a eu lieu à Tours le Mercredi 18 Juin 2008 à 20h30.

Nous sommes déjà sur la préparation du prochain colloque qui aura lieu le Mercredi 17 Juin 2009 à 20h30 dans cette même salle aux Halles à Tours. Le thème est : Les Ostéoporoses à ce jour.

Alors, nous nous donnons rendez-vous dès maintenant car les places vont, une fois de plus, être limitées (500 maximum).

En attendant, ne manquez pas de vous joindre à nos réunions et/ou sur le site !

Vos témoignages peuvent être diffusés et/ou si vous souhaitez voir développer des sujets spécifiques alors merci de vous faire connaître via notre site ou tout simplement par écrit.

Vous êtes membres du corps de santé et personnes intéressées par l'entraide médicale et paramédicale et **vous aimeriez que l'association soit le moyen de présenter un thème qui vous tient à coeur alors nous sommes à votre écoute.**

Le Président,

« La souffrance émerge bien souvent de l'incompréhension autant interne qu'externe. Toute la difficulté est de savoir l'exprimer ! »

Rodolf-Karel CANOY



Bulletin Info

N° 43

Juin 2008

Dans ce numéro :

L'Arthrose : Données récentes	2
-------------------------------	---

Les prochaines réunions	17
-------------------------	----

Les membres du bureau	18
-----------------------	----

Numéros disponibles et à paraître	20
-----------------------------------	----

L'arthrose

Professeur Bernard Mazières

Service de Rhumatologie

Institut Loco-Moteur

CHU de Toulouse

L'articulation est une entité fonctionnelle comportant trois composants essentiels : le cartilage, la synoviale et l'os sous-chondral. Le bon fonctionnement articulaire implique que ces trois composants soient normaux.

En pathologie, les nombreuses affections qui touchent une articulation peuvent être classées en 3 groupes fondés sur ce constat et selon le tissu initialement touché :

- Maladies commençant par le cartilage : principalement l'arthrose
- Maladies commençant par la membrane synoviale : arthrites (infectieuses, inflammatoires, microcristallines)
- Maladies commençant par l'os sous-chondral : ostéonécroses épiphysaires, algodystrophie sympathique réflexe, fracture de fatigue sous-chondrale, maladie de Paget, etc...

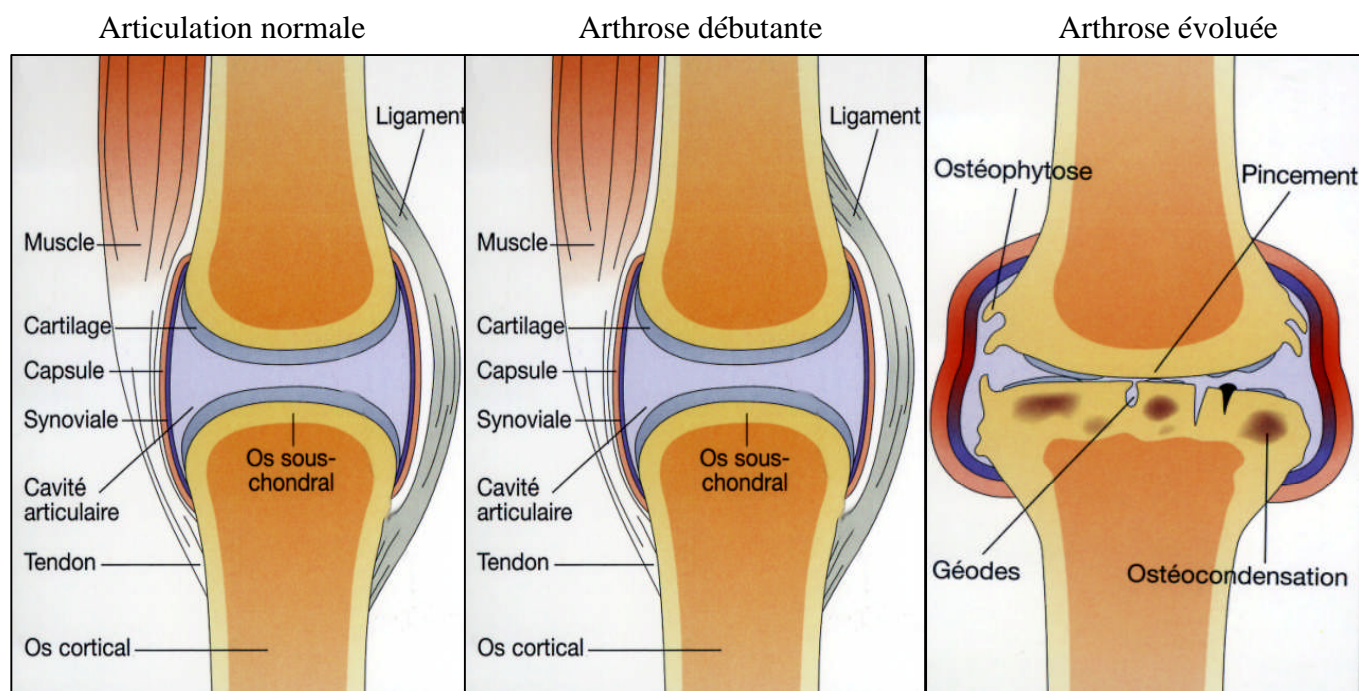
Mais toute maladie d'une de ces trois structures articulaires finira toujours par retentir sur les deux autres, rapidement (arthrite septique, en quelques jours) ou lentement (arthrose, en quelques années), mais inéluctablement.

La fonction articulaire :

L'articulation est faite de deux pièces osseuses en regard, recouvertes d'un cartilage hyalin (vitreux) d'encroûtement, enchâssées dans un sac ou capsule articulaire dont la face interne, intra-articulaire, est tapissée par la membrane synoviale. Cette membrane sécrète le liquide synovial qui vient baigner la cavité articulaire, et assure la nutrition du cartilage. A l'extérieur de la capsule, des ligaments assurent le maintien passif et la coaptation de l'articulation. Ils sont eux-mêmes recouverts par les muscles dont les tendons se terminent à proximité de l'articulation et qui assurent le maintien actif de l'articulation, sa protection, sa mobilité et sa stabilité (figure 1).

En effet, une articulation à une double fonction : assurer le maintien de la posture (l'articulation travaille alors en compression) et permettre le mouvement (l'articulation travaille alors en glissement).

Figure 1. De l'articulation normale à l'arthrose



LES FACTEURS DE RISQUE DE L'ARTHROSE

Les facteurs de risque sont imparfaitement identifiés. Les plus importants sont l'âge et le sexe féminin, mais cela n'a guère d'intérêt en termes de santé publique et de prévention.

Un **facteur héréditaire** semble bien exister notamment dans l'arthrose des doigts où l'on retrouve cette atteinte de mère en fille (tableau 1). L'étude comparée de jumelles mono- et di-zygotes montre que l'héritabilité (part attribuable aux facteurs génétiques) de l'arthrose des mains est de 70%, celle des genoux de 50 %, celle de hanche de 30 %.

Tableau 1. Fréquence des nodules d'Heberden (nouures des dernières articulations des doigts) chez les mères et les soeurs de malades et chez celles de témoins (d'après Stecher, 1941).

	Fréquence des nodules d'Heberden	
	Chez les mères	Chez les soeurs
66 femmes avec Heberden	21/66 (31,8 %)	33/129 (25,6 %)
43 femmes sans Heberden	0/43 (0,0 %)	5/109 (4,6 %)

L'obésité est un facteur de risque de arthrose du genou et d'arthrose des doigts, surtout chez la femme et surtout après la ménopause.

Traumatismes et microtraumatismes répétés : le traumatisme unique, par exemple au cours du sport, explique certaines arthroses notamment sur les articulations où cette maladie est rare (la cheville). Les ruptures méniscales ou des ligaments croisés sont génératrices d'arthrose du genou. Le rôle des microtraumatismes, notamment professionnels, est plus difficile à affirmer, mais certaines enquêtes semblent le prouver. L'observation la plus classique est celle des travailleuses d'une filature de laine en Virginie. Ces employées étaient au même poste de travail depuis au moins 20 ans et exécutaient 3 tâches stéréotypées différentes : soit des mouvements de préhension précis opposant les 4 doigts au pouce, soit des gestes de force demandant peu de précision, soit enfin des mouvements de précision épargnant les 2 derniers doigts. La répartition des lésions arthrosiques était corrélée au mouvement réalisé : dans le premier groupe les 4 doigts étaient également atteints, dans le 2e groupe existait surtout une arthrose du poignet, dans le 3e groupe, les 2 derniers doigts étaient épargnés. De même, les travailleurs exerçant une activité accroupie ou soulevant des poids ont une fréquence d'arthrose des genoux et des hanches multipliée par deux par rapport à des témoins (tableau 2).

Tableau 2. Risque relatif d'arthrose de hanche et de genou selon l'activité (d'après Silman et Hochberg, 1993).

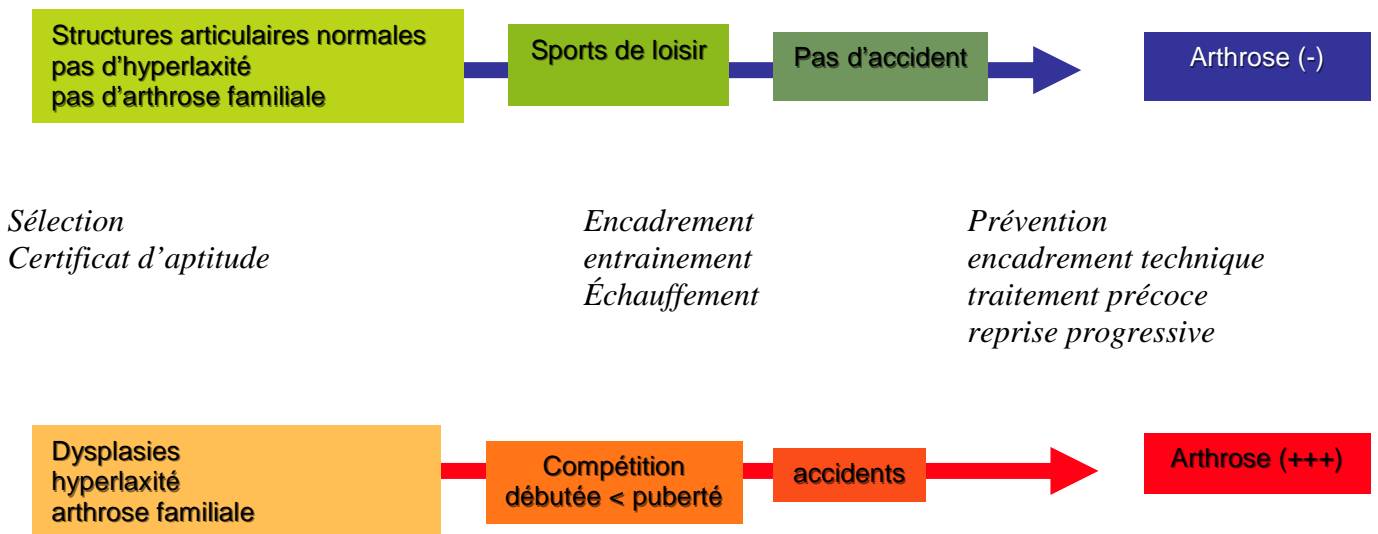
Activités des malades	Activités des témoins	Risque relatif estimé
Mineurs	Autres travailleurs manuels	2,0
Mineurs	Employés de bureau	2,0
Dockers	Employés de maison	2,0
Travailleurs chantier naval	Employés de bureau	2,8
Travailleurs chantier naval	Enseignants	2,4
Travail avec flexion fréquente des genoux	Travail avec peu de flexion des genoux	Hommes = 2,5 Femmes = 3,5
Agriculteurs	Employés de bureau	4,5 9,1
Depuis < 10 ans		
Depuis ≥ 10 ans		

Sport et arthrose. Il ne semble pas y avoir plus de gonarthrose ou de coxarthrose chez des coureurs de fond que chez des témoins. Globalement il semble que ce ne soit pas le sport lui-même qui induise l'arthrose mais les inévitables traumatismes et micro-traumatismes liés aux sports. Ainsi, les sports collectifs, les sports de contact, surtout pratiqués en compétition, sont-ils les plus « arthrogènes ».

Par-delà les données statistiques publiées, on peut schématiser le risque arthrogène lié aux sports entre deux extrêmes (figure 2) :

- Si les structures articulaires sont normales, qu'il n'existe pas d'hyperlaxité et pas d'arthrose dans la famille, si le sport est pratiqué à titre de loisir, et s'il n'y a pas d'accident, le risque arthrogène est très faible.
- A l'autre extrême, si le sujet est dysplasique, hyperlaxe et présente des antécédents familiaux d'arthrose, si le sport est pratiqué en compétition surtout débutée tôt (avant la puberté), s'il génère des accidents, le risque arthrogène est majeur.
- On l'aura compris : tous les intermédiaires existent.

Figure 2. Sports et arthrose. Selon l'état articulaire initial, le type de sport et son niveau, la survenue ou non de traumatismes, le risque arthrogène varie de « nul » à « majeur ». L'intervention du médecin est soulignée à chaque étape.



Mais le point important est que le médecin peut intervenir par ses conseils, à tous les stades : à celui de la sélection et le certificat d'aptitude au sport doit prendre en compte les données précitées, au stade de l'entraînement, et donc de l'encadrement, enfin il peut prévenir l'accident (installations sportives, gestes techniques), ou — lorsqu'il s'est produit — le traiter précocement et assurer une reprise progressive de l'entraînement.

LE DIAGNOSTIC

Une articulation arthrosique fait mal, est plus ou moins enraidie, parfois gonflée, parfois déformée, source d'une gêne fonctionnelle.

LA DOULEUR

Maître-symptôme de l'examen clinique d'un malade arthrosique, il faut savoir passer tout le temps nécessaire à bien la cerner.

Topographie : la douleur articulaire « naît et meurt sur place »

Une douleur articulaire « naît et meurt sur place » ce qui facilite son identification. Sur une grosse articulation comme le genou, on peut même être plus précis : la douleur antérieure (rotulienne) n'a pas la même signification qu'une douleur de la face interne ou externe (ménisque, ligaments, pathologie du compartiment interne ou externe).

Deux exceptions cependant : les grosses articulations de la racine des membres (épaule, hanche) peuvent donner des douleurs qui irradient :

- La douleur de l'épaule peut irradier au bras, voire à l'avant-bras à ne pas confondre avec une névralgie irradiant dans le membre supérieur.
- La douleur de la hanche peut irradier sur la face antérieure de la cuisse, à ne pas confondre avec une lombalgie irradiant dans le membre inférieur.

Intensité : échelle visuelle analogique

La douleur est absente, faible, modérée ou sévère, voire très sévère.

Sa mesure sur échelle visuelle analogique est simple, rapide, et consiste à retranscrire sur une règle graduée de 0 (« aucune douleur ressentie ») à 100 mm (« le maximum de douleur que vous pouvez imaginer ») l'intensité douloureuse ressentie.

Rythme de la douleur : la douleur arthrosique est « mécanique »

Classiquement la douleur arthrosique est dite « mécanique », apparaissant ou s'exacerbant à l'effort, à la marche ou à la station debout prolongée (pour une articulation du membre inférieur). Elle est calmée par le repos de l'articulation (assis ou couché pour une articulation du membre inférieur). Elle se produit après un certain temps d'utilisation de l'articulation et donc se manifeste plus volontiers en fin de journée que le matin.

Elle ne réveille pas le malade endormi et ne s'accompagne pas d'un dérouillage articulaire matinal contrairement à la douleur dite « inflammatoire ».

Circonstances déclenchantes et mode de début : facteur déclenchant ou non ?

Quel(s) facteur(s) déclenchant(s) retrouve-t-on ? Traumatisme, effort inhabituel, faux mouvement, surmenage articulaire, stress de toute nature (somatique : médicaments, intervention chirurgicale, autre affection ; ou psychologique). un traumatisme important est facilement identifiable. Une simple contusion est à rechercher de principe, surtout si elle est ancienne et oubliée.

Le début a-t-il été aigu et brutal - en quelques heures ou quelques jours - ou progressif et insidieux - en quelques semaines voire en plusieurs mois ?

Ancienneté et évolution de la douleur : fluctuation de la douleur

On comprend bien qu'une douleur qui conduit à consulter après 24 heures d'évolution (elle est aiguë, souvent sévère), n'a pas la même signification qu'une douleur qui évolue depuis quelques semaines ou mois (elle est intermittente ou fluctuante, souvent modérée).

Une douleur articulaire ne reste jamais égale à elle-même 24h sur 24 et 365 jours par an. Elle varie en intensité dans le temps, avec accalmies (notamment au repos) et accutisations (notamment aux efforts).

LA RAIDEUR

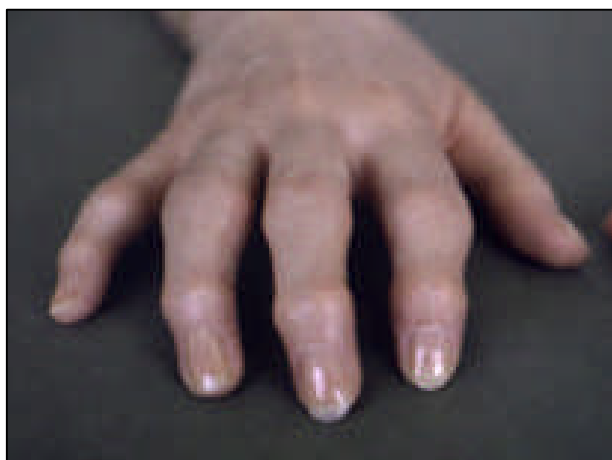
La position de référence (ou position zéro) d'une articulation varie selon l'articulation considérée. Par convention, la position de base est la position anatomique du cadavre sur la table de dissection, en décubitus dorsal, bras le long du corps, mains en supination. Ainsi, la position de référence d'une cheville est l'angle droit, pied à 90° par rapport à la jambe, et celle du genou est l'extension complète.

C'est par rapport à cette position de référence qu'on apprécie la raideur, les pertes d'extension, de flexion ou de rotation d'une articulation.

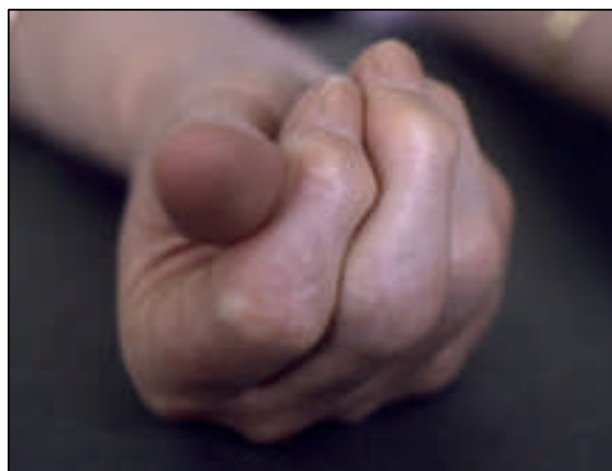
La main

On peut avoir une appréciation globale (figure 3) :

- De l'extension complète : la main peut s'appliquer complètement (totalité des doigts et de la paume) contre une table
- De la flexion : la pulpe de chaque doigt peut toucher la paume de la main.
- Le pouce peut s'opposer à l'extrémité des quatre autres doigts.
- De l'écartement des doigts, main tendue.



(a)



(b)

Figure 3 . Arthrose des doigts chez une femme de 53 ans. (a) Perte de flexion : la pulpe des doigts ne peut toucher la paume de la main ; (b) perte d'extension : la main ne peut reposer à plat sur le plan de la table. On voit bien les louures des articulations des doigts (« nodules d'Heberden »).

L'examen doit être comparatif (côté droit et côté gauche) en commençant par le côté indolore si l'atteinte est unilatérale.

LES DEFORMATIONS ET ATTITUDES VICIEUSES

A la main, les nodules d'Heberden et de Bouchard constituent des déformations faciles à détecter au premier coup d'oeil. De même, la déformation de la base du pouce signe la rhizarthrose.

A la hanche, les attitudes vicieuses génèrent souvent une boiterie.

Au genou (figure 4) : Le *genu varum* se mesure sur un sujet au garde-à-vous, pieds joints : il existe un espace entre les deux genoux. On peut mesurer cette distance inter-condylienne pour en apprécier l'importance. Le *genu valgum* se mesure dans la même position. Cette fois, les genoux se touchent, mais les pieds sont écartés l'un de l'autre. La distance inter-malléolaire rend compte de son importance.



(a)

(b)

(c)

Figure 4. genoux. (a) genoux normaux ; (b) genu varum ; (c) genu valgum.

L'EPANCHEMENT ARTICULAIRE

L'examen clinique ne peut détecter un épanchement qu'aux articulations des doigts (peu d'intérêt) ou du genou. La hanche est trop profonde pour qu'un épanchement soit détectable par la palpation.

l'hydarthrose du genou (« épanchement de synovie »)

Important, l'épanchement se voit : en position debout, la dilatation majeure du genou entraîne un gonflement au dessus de la rotule. Moins abondant, il se palpe. Plus l'épanchement est discret, plus il est difficile à mettre en évidence. Il est également très difficile à détecter chez le sujet obèse.

... et sa ponction

Pourquoi ponctionner ?

- Parce que la distension articulaire d'un épanchement important est douloureuse en soi et que son évacuation soulage par simple effet mécanique ;
- Parce que le liquide synovial de cet épanchement est riche en enzymes qui dégradent le cartilage ;
- Parce que l'analyse du liquide synovial permet simplement de faire certains diagnostics ;
- Parce que l'aiguille en place va permettre de faire une infiltration d'un corticoïde si nécessaire.

Comment ponctionner ?

La ponction utilise une aiguille ou un trocart à usage unique. Elle est réalisée dans des conditions d'asepsie rigoureuse. Le liquide est prélevé pour analyses. Il ne faut pas ponctionner en cas de traitement anticoagulant, de maladie hémorragique, d'infection de la peau en regard de l'articulation.

LA RADIOLOGIE DE PREMIERE INTENTION

La douleur et la raideur d'une articulation permettent d'affirmer son atteinte. L'étape suivante nécessite le recours à des examens complémentaires. Le premier d'entre-eux est la radiographie standard (tableau 6) en respectant les deux principes de la radiologie ostéo-articulaire :

1. Radiographier les deux articulations paires et symétriques lorsqu'une seule est atteinte (élément de comparaison).
2. Faire des radiographies sous deux incidences faciles à standardiser (face et profil) afin d'avoir deux représentations planes de ce qui existe en trois dimensions.

Les signes radiologiques de l'arthrose sont bien connus, qui associent à des degrés divers :

- Pincement de l'interligne articulaire, longtemps localisé
- Ostéophyte (« bec de perroquet »), unique ou multiple, volumineux ou discret.
- Condensation de l'os sous-chondral
- Géodes sous-chondrales.



Figure 5. Radiographie de hanche droite normale.

Entre un cliché parfaitement normal (figure 5) et une arthrose patente (figure 6), il existe des stades intermédiaires, difficiles à interpréter : l'ostéophyte est unique et discret, le pincement est isolé sans ostéophyte, la condensation et les géodes manquent.



Figure 6. radiographie d'une hanche gauche arthrosique

Ces formes dissociées sont le fait d'une arthrose débutante. Comme toute maladie chronique, dévolution lente, la radiographie standard peut être normale au début. C'est dans ces cas — et dans ces cas seulement — que l'imagerie moderne peut être une aide au diagnostic (IRM, arthrographie associée à un scanner).

ET LA BIOLOGIE ?

L'arthrose ne s'accompagne d'aucune anomalie biologique détectable en pratique courante. Les marqueurs biologiques de l'arthrose relèvent exclusivement de la recherche clinique et n'ont, pour le moment, aucun intérêt et aucune validité pour un malade isolé.

En cas de doute, hémogramme, VS, CRP et électrophorèse des protéines sériques constituent la biologie de base devant toute atteinte rhumatismale. Une anomalie de ces paramètres signe l'existence d'une autre pathologie (rhumatismale ou non).

Demander un bilan immunologique ne sert à rien, sinon à alarmer inutilement les malades devant un test « positif » qui, en dehors d'un contexte clinique concordant, peut l'être chez n'importe quel sujet, surtout d'un certain âge.

LE TRAITEMENT

Des experts européens et américains ont proposé à la fois une liste des traitements à l'efficacité démontrée et fait des propositions pour leur utilisation la plus adaptée possible.

LES PRINCIPES DE BASE

Une prise en charge globale

Comme toute maladie chronique et douloureuse, l'arthrose génère une gêne fonctionnelle et un handicap qui retentissent sur la vie quotidienne, professionnelle et personnelle, et donc sur l'affect du malade. Anxiété et dépression ne sont pas rares. Tous ces facteurs doivent être pris en compte simultanément pour obtenir un résultat. De ce fait, la prise en charge de l'arthrosique est multidisciplinaire et médecin généraliste, rhumatologue, médecin rééducateur, chirurgien orthopédiste, psychologue, diététicien, ont un rôle à jouer selon les phases de la maladie.

Un traitement personnalisé

Comme le stipulent les recommandations européennes, la prise en charge du malade arthrosique doit être personnalisée en tenant compte :

- des facteurs de risque locaux (obésité, facteurs mécaniques, degré d'activité physique, dysplasies) et généraux (âge, sexe, co-morbidité, co-prescriptions),
- du degré de douleur, de gêne fonctionnelle, de handicap
- de la localisation et du degré d'atteinte radiologique
- des desideratas et des attentes du patient

LES OBJECTIFS DU TRAITEMENT

Ils sont clairs : il faut calmer la douleur, améliorer la fonction, prévenir ou retarder la progression de la maladie et de ses conséquences et informer/éduquer le malade sur sa maladie et sa prise en charge.

LES MOYENS

Une liste des moyens dont nous disposons a été établie au vue des données de la littérature. La validation de ces différents moyens est variable, de l'essai randomisé et contrôlé à la simple étude ouverte d'une série mal définie de malades (tableau 3).

Moyens	Validation	Commentaires
Moyens non médicamenteux		
Education du malade	A	Un malade informé recourt moins aux soins, tolère mieux son handicap et se prend mieux en charge.
Amaigrissement	A	Perdre 10 % de son poids améliore le handicap de 15-25 % chez l'obèse qui a une arthrose du genou.
Exercices	A	Ils améliorent l'état du malade sans doute possible, mais aucun exercice ne semble meilleur qu'un autre.
Acupuncture	B	Plusieurs essais cliniques récents montrent son efficacité symptomatique par rapport à une acupuncture factice.
Cure thermale	B	La prise en charge globale que peut constituer une cure thermale est un atout qui rend service à bon nombre de malades.
Aides techniques (semelles, cannes, orthèses)	C	Bien que non démontrée leur utilité semble manifeste (consensus professionnel).
Additifs alimentaires, sels minéraux, vitamines	C	Rien de bien probant.
Champs électromagnétiques pulsés, ultrasons, stimulation électrique transcutanée	C	Idem.
Moyens médicamenteux locaux		
Anti-inflammatoires locaux (gels, crèmes, patch)	B	Plusieurs études positives à court terme, pour l'arthrose des doigts ou des genoux.
Infiltration intra-articulaire de cortisone	A	Efficaces à court terme (≈ 1 mois). A ne pas renouveler plus de 2-3 fois par an.
Acide hyaluronique	A	Efficacité meilleure qu'un placebo, mais faible. Ne pas faire en cas d'épanchement abondant.
Lavage articulaire	B	Améliore 50 % des malades pendant 6 mois.
Moyens médicamenteux généraux		
Paracétamol	A	Bien toléré, il faut savoir le prescrire à bonne dose (jusqu'à 4 g/j) en multipliant les prises (3-4/j), pendant une période suffisante (≈ 1 semaine), régulièrement plutôt qu'à la demande.
Anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS)	A	Quand le paracétamol devient inefficace ou d'emblée en cas de poussée, pour « casser » la crise. Ajouter un protecteur de l'estomac (IPP : inhibiteurs de la pompe à protons) en cas de risque élevé de complications digestives (plus de 65 ans, antécédent d'ulcère).
Opioides faibles / forts	A	Peu indiqués en pratique sinon dans certaines situations bloquées (sujets âgés ne supportant pas les AINS, chez qui le paracétamol est inefficace, et après échec des moyens non médicamenteux).
AASAL (anti-arthrosiques symptomatiques d'action lente) : chondroïtine sulfate, glucosamine, extraits d'avocat-soja, diacéine	A	Action modeste mais suffisante chez de « petits » arthrosiques où ils peuvent jouer un rôle d'épargne d'AINS. Bonne tolérance (sauf diarrhée sous diacéine).
Psychotropes	B	Parfois utiles lors de dépression associée, où il faut traiter le problème par les deux bouts.
Moyens chirurgicaux		
Ostéotomies	C	Sujets jeunes, genou stable ; permet de gagner 7-10 ans sur la prothèse.
Prothèse unicompartmentale	C	Genu varum acquis (secondaire à la gonarthrose) sur genou stable.
Prothèses totales (hanche/genou)	C	Voir texte.

Tableau 3. Les différents moyens thérapeutiques à notre disposition.
Moyens Validation Commentaires

A : plusieurs essais thérapeutiques randomisés et contrôlés concluants et concordants

B : un essai thérapeutique concluant ou plusieurs essais de moins bonne qualité concordants

C : dans les cas contraires (consensus professionnel)

Le régime

La surcharge pondérale et l'obésité sont un facteur de risque établi d'arthrose, notamment au niveau du genou. C'est également un facteur de risque d'aggravation symptomatique de cette arthrose et la probabilité de devoir recourir à une prothèse (hanche ou genou) augmente avec le poids.

A l'inverse, la perte de poids améliore les symptômes de l'arthrose : la perte de 10 % améliore la fonction de 15 à 25 % et il existe une corrélation significative entre la perte de masse grasse et l'amélioration de la douleur et de la gêne fonctionnelle. Si tous les sujets en surpoids ou obèses réduisaient leur poids de 5 kg ou le normalisaient, 24 % des interventions chirurgicales sur le genou pourraient être évitées.

Il ne faut pas se contenter d'asséner cette recommandation au malade, il faut la guider en proposant les conseils d'un médecin nutritionniste ou d'une diététicienne. L'obésité est en soi une autre maladie chronique qui nécessite sa propre prise en charge.

Le régime, quel qu'il soit, doit s'accompagner d'exercices pour potentialiser son efficacité dans le traitement de ces arthroses.

Les exercices, la rééducation

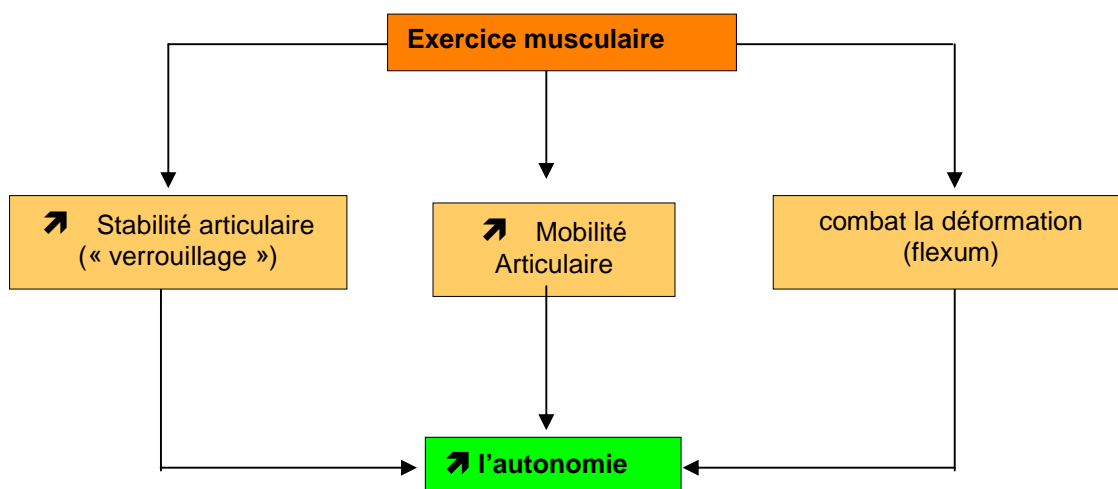
La preuve est faite que les exercices améliorent les symptômes de l'arthrose, quelle que soit sa localisation. Pour la santé articulaire, le mouvement est capital à condition d'être effectué sans contrainte. L'activité physique améliore la fonction, favorise l'autonomie, repousse les limites des capacités corporelles. A condition d'adapter son activité à son potentiel, il est essentiel de préférer l'action à l'inaction.

Principes du travail musculaire (figure 7)

Trois outils permettent d'entretenir les articulations :

- l'entretien musculaire favorise la stabilité et la mobilité articulaire,
 - les étirements entretiennent la mobilité, l'élasticité des tissus et évitent les enraidissements,
- les postures (mise en position corrigée, maintenue et prolongée d'une articulation) permettent la prise de conscience de la bonne position.

Figure 7. Principes de l'exercice musculaire



Trois paramètres permettent d'adapter ce travail musculaire en fonction de la localisation et du stade de l'arthrose en faisant varier leur intensité, leur rythme, leur amplitude.

On peut faire travailler le muscle de plusieurs façons :

- ⇒ en charge ou en décharge,
- ⇒ sans la pesanteur, avec la pesanteur, ou contre la pesanteur,
- ⇒ sans entraîner de déplacement articulaire : contraction isométrique,
- ⇒ en entraînant un déplacement articulaire : contraction isotonique.

Les périodes de travail sont alternées avec les périodes de repos et ne doivent jamais entraîner de fatigue articulaire, ni de douleur.

Programmes d'exercices

Des exercices isométriques peuvent être conseillés de façon quotidienne et des exercices isotoniques 2-3 fois par semaines pour le renforcement musculaire. Les exercices aérobies comportent des activités en décharge relative (cyclisme, natation, marche). Ils sont proposés pour des périodes d'environ 30 min, 3-4 fois par semaine.

La diversité des exercices est importante pour prévenir les blessures liées à un geste trop répétitif, éviter la lassitude et ainsi améliorer l'observance du programme d'exercices. Cette activité est faite en dehors des poussées inflammatoires. La personnalisation des exercices est un point majeur de la réussite en fonction des facteurs de risque individuels. Ces exercices sont appris et planifiés auprès d'un kinésithérapeute, d'un médecin physique ou en centre de rééducation, mais sont ensuite pratiqués en ambulatoire, « à la maison ».

L'observance, premier facteur d'efficacité, est améliorée par la progression définie de la difficulté (en commençant très progressivement), par la tenue d'un journal quotidien, par le soutien de la famille et des amis.

Le « MOVE consensus »

Des experts britanniques ont proposé des recommandations pour ces exercices au cours de la gonarthrose et de la coxarthrose (tableau 4).

Tableau 4. *Recommandations d'experts britanniques pour les exercices dans la coxarthrose et la gonarthrose (MOVE consensus).*

1	Le renforcement musculaire et les exercices aérobies peuvent de façon équivalente réduire la douleur et améliorer la fonction de patients souffrant de gonarthrose ou de coxarthrose.
2	Il y a peu de contre-indications à la prescription d'exercices de renforcement musculaire ou aérobies chez les patients souffrant de gonarthrose ou de coxarthrose. Les troubles cardiovasculaires non stabilisés ou induits par l'effort sont une contre-indication.
3	La prescription d'un travail général (entraînement aérobie) et d'un travail local (renforcement musculaire) représente un aspect fondamental dans la prise en charge de tous les patients souffrant d'une gonarthrose ou d'une coxarthrose.
4	Les programmes d'exercices pour être efficaces devraient inclure des conseils et une éducation du patient pour promouvoir un changement de vie positif avec augmentation de l'activité physique.
5	Les exercices en groupes et les exercices individuels réalisés à domicile sont d'une efficacité équivalente.
6	La préférence des patients doit être prise en considération.
7	L'assiduité du patient est un facteur prédictif (probablement le principal) du résultat à long terme des exercices réalisés par le patient souffrant de gonarthrose ou de coxarthrose.
8	Les exercices individualisés sont conseillés.
9	L'efficacité des exercices est indépendante de la présence ou de la sévérité des signes radiologiques.
10	L'amélioration de la force musculaire et de la proprioception obtenue à partir du programme d'exercices doit réduire la progression de la gonarthrose et de la coxarthrose.

Economie articulaire, hygiène de vie et aides techniques

L'économie articulaire consiste à adopter des gestes qui soient le plus proche possible du confort articulaire, à adapter les rythmes de travail et de repos en fonction de la fatigabilité articulaire pour soulager les articulations malades et protéger les autres. Elle permet de travailler avec un maximum d'efficacité et un minimum de contraintes.

L'hygiène de vie est l'adaptation de l'économie articulaire dans les gestes de la vie courante en fonction de la localisation et du stade de l'arthrose, aménager l'environnement à son potentiel physique par l'utilisation éventuelle d'aides techniques et enfin adapter ses activités à soi-même en tenant compte de sa condition physique.

Les aides techniques permettent de prolonger la fonction articulaire quand celle-ci est déficiente ou douloureuse.

La contention du genou, notamment lors des activités, va de la simple genouillère aux orthèses rigides (figure 8). Ces dernières ont démontré leur efficacité, mais leur acceptation par le patient est plutôt mauvaise. Avant de réaliser un tel appareillage sur mesure, il est bon d'en peser les indications (notamment, la chirurgie est-elle exclue ?), d'en discuter avec le malade en lui montrant des modèles, en lui expliquant les contraintes, de prendre un avis spécialisé auprès d'un médecin rééducateur ou d'un rhumatologue. : trop d'orthèses de genou finissent dans un placard ...



(a)



b)

Figure 8. Orthèses du genou ; (a) simple contention avec évidemment pour la rotule et renforts latéraux ; (b) orthèse rigide avec réglage possible du valgus ou du varus. De la simple genouillère à l'orthèse articulée sur mesure.

Les semelles à élévation latérale en cas de gonarthrose fémoro-tibiale interne ont fait l'objet d'essais thérapeutiques de bonne qualité. Ils sont peu encourageants. Reste que conseiller la marche avec des chaussures avec semelles souples et absorbantes, ou avec une talonnette visco-élastique à l'intérieur de chaussures de ville peut rendre service. Chez les femmes, les talons hauts (≥ 4 cm) sont vivement déconseillés.

La canne de marche est certainement utile : c'est l'avis des malades qui l'utilisent, c'est celui de tout randonneur, mais aucun travail n'a évalué son impact sur la symptomatologie arthrosique. Pour mémoire la canne est toujours tenue du côté sain, opposé à l'articulation arthrosique. Pour mémoire aussi, dans un escalier, la jambe qui monte est la jambe saine, la jambe qui descend est la jambe arthrosique. Cette canne peut être recommandée lors de marches, mais aussi — à titre provisoire — pour mettre l'articulation en décharge partielle lors de poussée de la maladie.

Le sport

Par-delà les considérations déjà exposées (cf. paragraphe « les facteurs de risque de l'arthrose ») :

Sont déconseillés :

- les sports avec « pivot contact » (football, handball ...)
- les sports avec pressions et vibrations (course, tennis ...)

Sont autorisés :

- les sports en charge (marche, randonnée ...)
- le vélo sans résistance et avec hauteur de selle adaptée

Sont recommandés :

- la natation (aquagym, dos crawlé ...)
- la gymnastique douce au sol.

EN PRATIQUE

Traiter la douleur

Le paracétamol est a priori indiqué devant une douleur mécanique. Les AINS le sont plus volontiers devant une poussée aiguë. L'infiltration de corticoïdes est d'autant plus indiquée qu'il existe un épanchement.

Les premières années de l'arthrosique

Le début de la maladie peut s'étendre sur plusieurs années. L'important est de comprendre à ces personnes, généralement en pleine période d'activité professionnelle, qui commencent à souffrir, qu'ils sont atteints d'une maladie chronique qui ne va pas disparaître. Il ne faut pas affoler mais il ne faut pas non plus minimiser. Des mesures doivent être prises et, à ce stade, surtout des mesures non médicamenteuses. Des explications et des conseils d'économie articulaire doivent être données.

La poussée d'arthrose

Une deuxième étape dans la vie de l'arthrosique, assez facile à gérer, est la poussée inflammatoire d'arthrose associée éventuellement à un épanchement.

Une poussée n'est pas forcément un signe de gravité qui compromet l'avenir ; ce qu'il faut c'est la traiter immédiatement, évacuer l'épanchement de synovie, infiltrer avec un corticoïde ou prescrire des anti-inflammatoires et respecter un repos articulaire pendant 8-15 jours. Repos articulaire ne veut pas dire repos couché, mais mise en décharge de l'articulation avec une, voire deux cannes anglaises. Au décours de la poussée, un à deux mois plus tard, après un bilan de l'arthrose et du mode de vie du patient, la pédagogie et les moyens non-médicamenteux reprennent le pas sur les moyens médicamenteux utilisés pour juguler la poussée.

Au stade chronique

Lorsque l'arthrose évolue déjà depuis des mois voire des années, la prise en charge devient plus difficile à codifier. Un soutien psychologique peut s'avérer nécessaire. Le rôle du spécialiste est surtout de faire l'inventaire de tout ce qui a été fait et de tout ce qui peut encore être fait pour tenter d'améliorer la situation avant d'en arriver à la dernière étape, la prothèse.

Quand indiquer une prothèse totale de hanche ou de genou ?

Schématiquement, on peut proposer une telle intervention lorsque trois conditions sont réunies :

- ⇒ il existe une arthrose anatomique (radiologique) avancée avec quasi disparition de l'interligne articulaire.
- ⇒ la douleur et/ou la gêne fonctionnelle sont majeures (des indices, tels l'indice algo-fonctionnel de Lequesne, existent qui permettent de quantifier cette gêne et de fixer un seuil au-delà duquel la prothèse peut être indiquée).
- ⇒ cette douleur et cette gêne majeures sont présentes malgré un traitement médical (médicamenteux et non médicamenteux) bien prescrit, bien suivi pendant un temps suffisant (quelques mois).

Un orthopédiste suédois (S. Lohmander) est plus lapidaire encore dans son indication de prothèse : « quand le malade ne peut plus ni dormir, ni marcher, ni travailler ».

Quand demander l'avis d'un spécialiste ?

Pour confirmer un diagnostic. Plus souvent, devant un malade qui reste douloureux malgré un premier traitement, pour s'assurer que cette arthrose ne cache pas une autre pathologie articulaire.

Pour avoir un avis thérapeutique. Devant l'échec des divers moyens thérapeutiques simples mis en œuvre, comment aller plus loin ?

Pour faire un geste technique : rééducation, exercices, gymnastique, infiltrations d'acide hyaluronique, orthèses et autres aides techniques, prescription et suivi d'un régime, conseil psychiatrique, soutien psychologique, chirurgie.

Ecouter, éduquer

L'éducation du malade, pour être effectuée correctement, demande du temps et des compétences. Le temps est ce qui manque le plus. Il est impossible, dans le système libéral français, de passer une heure avec un malade en consultation. Le médecin généraliste qui voit le malade plusieurs fois peut plus facilement faire de l'éducation par petites touches successives.

Il est évident que le médecin n'est pas le seul à pouvoir faire l'éducation du patient. Le kinésithérapeute a un rôle essentiel ; pendant les vingt minutes de massages ou d'exercices, il discute avec le patient et répond à ses questions.

Le pharmacien est également un interlocuteur privilégié pour le patient. Il assure une fonction de conseil qui est très importante en rhumatologie pour signaler les risques d'effets secondaires et d'incompatibilités médicamenteuses.

Différents professionnels de santé sont amenés à prendre en charge ces malades chroniques. Le problème est d'arriver à une homogénéisation des discours ce qui ne veut pas dire parler tous avec les mêmes mots mais simplement ne pas donner des informations ou des conseils contradictoires.

Enfin, internet est un fantastique moyen d'information. On peut recommander le site de la Société Française de Rhumatologie :

<http://rhumatologie.asso.fr> > la rhumatologie et vous > les grandes maladies > arthrose.



Les prochaines réunions :

Les réunions ont lieu le troisième mercredi du mois
(sauf en Juillet et Août) à 20h30, Salle Sportive et Culturelle de Naveil,
Rue du Stade, Salle de Réunions des Associations, derrière la Mairie de Naveil.

Si vous souhaitez participer à l'une des réunions, veuillez en faire la demande par le biais du menu "contact" sur notre site : « www.edcas.org » .

Vous recevrez une confirmation par courrier électronique. Par avance, Merci.

Sous réserve de changements de dernières minutes.

(Impossibilité de vous joindre rapidement au dernier moment) Veuillez nous en excuser par avance

- | | |
|-----------------------------|--|
| Le 16 Janvier 2008 | Bien-être et Santé: Techniques de relaxation - Shiatsu
Par Madame DARDEAU et Monsieur VATON
de Saint-Gervais-La-Forêt |
| Le 20 Février 2008 | Son bon pain - Le vieux four
Par Monsieur MAHOU de Tours |
| Le 19 Mars 2008 | Energétique et dépression
Par Monsieur Alfred VATON |
| Le 16 Avril 2008 | Phytothérapie en Rhumatologie par Monsieur RAGOT
De Tours |
| Le 21 Mai 2008 | Posturologie par Monsieur RAGOT de Tours
+ <i>Préparation du colloque national</i> |
| Le 18 Juin 2008 | L'arthrose : données récentes
par le Professeur Bernard MAZIERES
De l'hôpital de Larrey - TOULOUSE |
| Le 17 Septembre 2008 | Magnétisme Animal par Monsieur PINOTEAU |
| Le 15 Octobre 2008 | Traitement du sur-poids par l'Association de Vendôme
Clinique du Saint-Coeur |
| Le 19 Novembre 2008 | Un cas en Chiropractie par Monsieur DEPONGE Stéphane |
| Le 17 Décembre 2008 | Assemblée Générale |



PRÉSIDENT

Formateur au sein de l'Association

Médecin Généraliste, Représentant National et International de l'association

Docteur Pierre BULLE

Pierre.Bulle@wanadoo.fr

RESPONSABLE DE LA COMMUNICATION

Formateur au sein de l'Association

Expert Psychologue, Psychothérapeute et Psychologue du travail

Rodolf-Karel CANOY

canoy.expertpsy41@wanadoo.fr

ORGANISATIONS RÉGIONALES

Monique LATRON

M.LATRON@wanadoo.fr

Madeleine BEZANNIER

Écrire à : 7 Rue Creuse, 41120 CHAILLES

CHIRURGIEN-DENTISTE

Docteur GIUMELLI

contact (Précisez la personne)

KINÉSITHÉRAPEUTES

Association pour le développement de l'hypnose

Jean-Michel de BUSSEROLLES

contact (Précisez la personne)

Exerçant sur Naveil (41)

Christelle POUDRAI-SASSIER

contact (Précisez la personne)

KINÉSITHÉRAPEUTE - OSTHEOPATHE

Frédéric VANPOULLE

frederic.vanpouille@wanadoo.fr

MICROKINESITHERAPEUTE

Éric DE RYCKE

contact (Précisez la personne)

CHIROPRACTEUR-IMMUNOTHERAPEUTE

Stéphane DEPONGE

stephane.deponge@wanadoo.fr

KINÉSIOLOGUES

Olivier MAURIÈS

olivier.mauries@tiscali.fr

REFLEXOLOGIE - DIEN CHAM

David DAGET

Reflexo37@tiscali.fr



ESPACE DU MIEUX-ETRE ET ARTS MARTIAUX

Alfred VATON

Alfredvaton@aol.fr

www.dojo-de-la-foret.skyrock.com

YOGA - ENERGETIQUE - KINESIOLOGIE

Professeurs diplômés

Annie et Jean-François BREUIL

contact (Précisez la personne)

MAITRE DE REIKI

Membre de l'A.F.M.R

Élisabeth D'ARCANGUES

edarcangues@caramail.com

SOPHROLOGUE - SOMATOTHERAPEUTE

Michel CLEMENT

oscar37@club-internet.f

OSTEOPATHE

Serge A. WHERLE

osteopathie-nature@wanadoo.fr

CHANT THÉRAPEUTE

Alain DESCHAMPS

contact (Précisez la personne)

ACUPUNCTURE CHINOISE

Jean-Jacques BOBINEAU

bobineau.jean-jacques@wanadoo.fr

TRESORIERE GENERALE

Isabelle LONA

contact (Précisez la personne)

AUTRES MEMBRES

BESNIER Dominique

BOULAY Christine

BROSSILLON Pierre

CHEMINOT Sylvie

FAUCHEREAU Jean

GRIMAL Francine

LAINÉ Véronique

LEMELLE Mireille

METAIS Lydie

NERON Béatrice

OURY Bernadette

PITAUD Josiane

PONTET Annick

TOULEMONDE Luce

TRICOTET Yves

contact (Précisez la personne)



Numéros disponibles :

Numéros	Thèmes principaux	Mois de parution
17	Art thérapie et Monitoring	Juin 2001
18	Ondoline, Hydroxneur, Immunothérapie	Octobre 2001
19	Chakras et Dépression	Février 2002
20	Hypnose et Fibromyalgie	Mai 2002
21	Dépression et Suicide	Septembre 2002
22	Mort subite et Tentative de suicide	Décembre 2002
23	Nutribiothérapie, Cancer, Bio et Pollution chimique : Enfants victimes	Mars 2003
24	Dépression et Suicide	Juin 2003
25	Handicaps, Acouphènes, Toxoplasmose, Coups et Blessures, V.I.H., Eaux minérales, Fruits et légumes, Sel, Nutrition	Septembre 2003
26	Harcèlement moral, La dépression peut constituer un accident de travail, Les bienfaits de la « cohérence cardiaque, Ni Freud, ni prozac, L'univers compliqué du light, Schizophrénie, Épisode dépressif majeur, Nutrition	Janvier 2004



Numéros disponibles suite :

Numéros	Thèmes principaux	Mois de parution
27	L'environnement influence nos gènes, Stress et trouble anxieux, Nutrition, Mort subite, Les acouphènes chroniques	Mars 2004
28	La nutrition : votre santé passe par elle !	Juin 2004
29	Stress et Dépression	Septembre 2004
30	Nos comportements Psychoaffectifs et ses inter-corrélations : Les sentiments	Décembre 2004
31	La dépression des personnes âgées Le stress au travail Le stress chronique épuise l'immunité Dépister les formes trompeuse de la dépression La famille du déprimé : de l'incompréhension à la culpabilité La vulnérabilité des patients déprimés	Mars 2005
32	Allergie alimentaire et Fausses allergies	Juin 2005
33	Stress, Anxiété et Fatigue	Septembre 2005
34	Votre enfant est-il hyperactif ? Narcissisme	Janvier 2006
35	Orgasme Structures et caractères	Avril 2006
36	Synthèse du colloque 2006 : la nutrition , une véritable médecine douce Mode d'emploi pour être sûr de soi Troubles obsessionnels compulsifs chez l'enfant et l'adolescent	Septembre 2006



Numéros disponibles suite et à paraître :

Numéros	Thèmes principaux	Mois de parution
37	Amoureux et Narcissiques Le père Noël entre rêve et réalité	Décembre 2006
38	Enquêtes : * Surpoids : Mieux pour la tête que le cœur * La flore intestinale impliquée dans l'obésité * Besoins en eau. Cela ne coule pas de source * Les Européens et la sécurité alimentaire * Allergiques : attention aux baisers Les édulcorants ne stimulent pas la prise alimentaire Apprendre à goûter, apprendre à choisir Perte de poids : la chirurgie bariatrique Calcium et vitamine D	Mars 2007
39	La fibromyalgie en 2007 : où en sommes-nous ?	Juin 2007
40	Le prix moral des cadeaux au moment de Noël. Stress et dépression : la musique adoucit les mœurs	Septembre 2007
41	Couple : Au secours, il m'énerve ! La fibromyalgie en 2007 devant l'académie de médecine Les thérapies comportementales et cognitives	Décembre 2007
42	La dyslexie	Mars 2008
43	L'Arthrose : Données récentes	Juin 2008
44	En étude	Décembre 2008

Si vous le souhaitez, vous pouvez adhérer à l'Association E.D. C.A.S

Coupon à couper ou à recopier puis à retourner, avec votre règlement, au :

21 Rue Paul Cézanne 41100 NAVEIL (France)

Nom et Prénom :

Fonction :

Adresse :

Téléphone :

E-Mail :

Ville :

Pays :

Adhésion 2009

Montant (minimum 40 € ou 45 \$) :

,00 € ou \$

Par chèque

En espèces

Mandat-Lettre