

Approches thérapeutiques de l'arthrose

Pascal Richette

Fédération de Rhumatologie, Hôpital Lariboisière, Paris, France

Texte reçu le 28 mars 2011 ; accepté le 27 juin 2011

Mots clés :

arthrose ;
traitement ;
AINS ;
paracétamol ;
AASAL ;
acide hyaluronique

Résumé – Selon les recommandations internationales, le paracétamol doit être l'antalgique de choix pour le traitement de l'arthrose, compte tenu de sa bonne tolérance au long cours. S'il ne suffit pas à soulager la douleur arthrosique, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) peuvent être prescrits, de façon précautionneuse, c'est-à-dire à la posologie la plus faible possible et sur une courte période. L'utilisation d'antalgiques opiacés doit être réservée au cas où les traitements précédents sont inefficaces ou contre-indiqués. Les antiarthrosiques symptomatiques à action lente (insaponifiables de soja et d'avocat, la diacérhéine, la chondroïtine sulfate, la glucosamine sulfate et les acides hyaluroniques) sont des traitements pour lesquels une efficacité symptomatique rémanente, modeste, après un délai d'action de plusieurs semaines a le plus souvent été démontrée. Les injections intra-articulaires de dérivés cortisonés sont fréquemment faites lors des poussées congestives de gonarthrose.

Keywords:

osteoarthritis;
treatment;
acetaminophen;
NSAIDs;
SYSADOA;
hyaluronan

Abstract – Pharmacological Therapies for Osteoarthritis. According to international recommendations, acetaminophen should be used as a first-line therapy in patients with osteoarthritis, because of its safety and effectiveness. NSAIDs should be considered in patients unresponsive to acetaminophen, and should be prescribed at the lowest effective dose and for the shortest duration. The use of stronger analgesics, such as weak opioids and narcotic analgesics, is only indicated when other drugs, such as NSAIDs, have been ineffective or are contraindicated. Symptomatic slow acting drugs (avocado soybean unsaponifiable, chondroitin sulphate, diacerein, glucosamine sulphate, hyaluronan injections) have mild symptomatic effects and may reduce the consumption of NSAIDs. Intra-articular injections of glucocorticoids are indicated for flare of knee pain, especially if accompanied by effusion.

1. Introduction

Les traitements médicamenteux anti-arthrosiques ont actuellement pour objectifs de soulager la douleur et d'améliorer la fonction articulaire. Certaines molécules ont aussi été évaluées pour apprécier un éventuel effet structuromodulateur, défini comme étant la capacité d'un traitement à freiner ou bloquer la dégradation structurale observée au cours de l'évolution d'une arthrose.

On distingue les thérapeutiques anti-arthrosiques selon leur mode d'administration (oral, local ou intra-articulaire) et selon leur mode d'action : rapide et suspensif (antalgiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens [AINS]) ou d'effet différé et rémanent (ce sont les antiarthrosiques symptomatiques d'action lente ou AASAL).

2. Les thérapeutiques orales

2.1. Les traitements suspensifs : antalgiques et AINS

Selon les recommandations internationales récentes, les traitements médicamenteux symptomatiques de première intention dans la gonarthrose, la coxarthrose et l'arthrose digitale sont le paracétamol et les AINS.^[1,2] Il semble logique de les considérer aussi pour la prise en charge thérapeutique des autres articulations arthrosiques.

Le paracétamol est l'antalgique de référence compte tenu de sa faible toxicité lors de prise au long cours. Il doit être utilisé à dose suffisante (trois à quatre grammes par jour) avant de conclure à son inefficacité.

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens classiques et les coxibs sont des antalgiques efficaces dans la pathologie arthrosique. Cependant, la gravité potentielle de leurs effets secondaires

cardio-vasculaires^[3] et digestifs^[4] lors d'administrations prolongées implique une prescription prudente et doit faire préférer leur utilisation en cures courtes. Leur prescription n'est donc à envisager qu'en seconde intention, le plus souvent en association avec le paracétamol, après évaluation précise du risque cardiovasculaire et digestif. Leur utilisation en première intention n'est à envisager que lors des poussées congestives d'arthrose du genou ou dans les rares situations où la douleur arthrosique prend un rythme « inflammatoire » : il faut privilégier dans ce cas un AINS de demi-vie longue, à prendre le soir au coucher, de façon à couvrir la période nocturne et le réveil.

Le recours aux antalgiques opiacés faibles du palier II (codéine, tramadol, +/- paracétamol) est à envisager lorsque le paracétamol utilisé à dose suffisante est inefficace. Leur utilisation se heurte cependant à la fréquence de leurs effets indésirables chez les sujets âgés, en particulier pour le tramadol et la codéine.^[3]

Les antalgiques de palier III (morphiniques forts) n'ont théoriquement pas leur place dans le traitement de l'arthrose compte tenu de l'importance de leurs effets indésirables lors de prises au long cours. Ils peuvent être prescrits en utilisant les doses minimales efficaces et en veillant à prévenir leurs effets secondaires chez des patients pour lesquels existe une contre-indication formelle opératoire et chez qui l'antalgie n'est pas assurée par les traitements précédents.

2.2. Antiarthrosiques symptomatiques à action lente

D'autres médicaments oraux peuvent être utilisés dans la pathologie arthrosique : ce sont les antiarthrosiques symptomatiques à action lente ou AASAL, pour lesquels une efficacité symptomatique rémanente, modeste, après un délai d'action de plusieurs semaines a le plus souvent été démontrée.

2.2.1. Les différentes molécules

Sont classés dans la catégorie des AASAL :^[5] les insaponifiables de soja et d'avocat (ISA), la diacérhéine, la chondroïtine sulfate (CS), la glucosamine sulfate (GS) et les acides hyaluroniques qui sont traités dans les traitements intra-articulaires.

2.2.2. Efficacité symptomatique

2.2.2.1. Insaponifiables de soja et d'avocat

Ils sont composés d'extraits d'insaponifiables de soja et d'avocat dans les proportions respectives de 2/3 et 1/3. Une revue récente a précisé leur efficacité dans la coxarthrose ou la gonarthrose.^[6] Outre un effet antalgique, modeste, les insaponifiables

permettraient une réduction de la prise d'AINS. Par ailleurs, l'efficacité de cette molécule semble se maintenir quelques mois après l'arrêt du traitement^[7].

2.2.2.2. Chondroïtine sulfate et glucosamine sulfate

Plusieurs méta-analyses ont évalué l'efficacité de la chondroïtine dans la gonarthrose. Ces travaux ont le plus souvent conclu à une supériorité d'efficacité modeste sur la douleur et la fonction par comparaison à un traitement placebo.^[8-10]

Les données publiées concernant l'efficacité de la glucosamine sulfate sont plus sujettes à controverse. En effet, si les résultats de deux méta-analyses suggèrent un effet symptomatique de la glucosamine supérieur au placebo,^[8,9] deux études académiques contrôlées contre placebo dans la gonarthrose sont négatives.^[11,12]

La seule étude ayant comparé en bras parallèles l'efficacité de la chondroïtine sulfate à la glucosamine est l'étude GAIT qui a randomisé 1 583 gonarthrosiques en 5 groupes : placebo, chondroïtine sulfate, glucosamine hydrochloride, association des deux AASAL et enfin célécoxib. Le critère principal était l'amélioration du score douleur de 20 % à 6 mois. L'analyse d'ensemble ne met en évidence qu'une seule supériorité significative par rapport au placebo : celle du célécoxib. Seul le sous-groupe de patients le plus symptomatique à l'inclusion était significativement amélioré par l'association des deux AASAL par comparaison au placebo. Il faut noter la forte proportion des répondeurs au placebo (60 %), qui peut en partie s'expliquer par le seuil trop modeste du critère principal.^[13]

2.2.2.3. Diacérhéine

L'efficacité de ce dérivé d'anthraquinone dans la gonarthrose a été comparée à un placebo dans deux études randomisées. La première étude est positive^[14] tandis que la seconde,^[15] ne met pas en évidence de supériorité d'effet de la diacérhéine (100 mg/j) sur la douleur et la fonction par comparaison à un placebo après un an de traitement.

De façon identique, deux études d'efficacité ont été publiées dans la coxarthrose. La première montre une efficacité supérieure de la diacérhéine à huit semaines par comparaison au placebo.^[16] En revanche, la seconde étude, d'une durée de trois ans, est négative, mais il faut noter que l'évaluation de la douleur n'était pas le critère principal de cette étude de structuromodulation.^[17]

En résumé, toutes ces molécules, ont montré au moins une fois, dans des études contrôlées avec randomisation, une efficacité symptomatique dans la gonarthrose ou la coxarthrose, le plus souvent modérée, mais supérieure à un traitement placebo. L'effet antalgique habituellement décrit ne survient en général qu'après un délai de latence de 4 à 8 semaines et est rémanent pendant les 4 à 6 semaines qui suivent l'arrêt du traitement. Cependant, le nombre

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2579158>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2579158>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)