

Gonarthrose

prise en charge

Dr M.Baba aissa
Rhumatologue Paris
EL MENIAA 2009

Définition

- La gonarthrose est une **maladie articulaire chronique** du genou caractérisée par une **dégradation cartilage**.
- **Primitive**: anomalie propre du cartilage
- **Secondaire**: autre étiologie
- La gonarthrose est source de **douleur** et **handicap fonctionnel** mais sans corrélation radio-clinique



Physiopathologie

- Il existe des phénomènes **mécaniques** et **biologiques** déstabilisant l'équilibre entre la synthèse et la dégradation du cartilage et de l'os sous chondral.
- Le tissu **synovial**, aussi, intervient en produisant des **médiateurs** activant les chondrocytes et altérant directement la matrice extracellulaire.
- L'os **sous chondral** participe par la sécrétion d'enzymes protéolytiques

Epidémiologie

- **Prévalence** et **Incidence** de la gonarthrose
 - ***varie** selon la définition retenue(Rx ou symptomatique), l'âge et la population étudiée
 - *l'incidence **augmente** avec l'âge (max entre 70 et 79 ans)
 - *l'arthrose peut toucher **1, 2**, ou les **3 compartiments** du genou
 - +femoro-patellaire dans 88°
 - +femoro-tibiale interne dans 67°
 - +femoro-tibiale externe dans 16°



Épidémiologie

- Facteurs de risques

- *Facteurs **systemiques**:

- + **âge** et **sexe** (après 50 ans , femmes)
 - + **génétique** : arthrose familiale
 - + **éthnique**(noirs américains)
 - + **œstrogènes** : (l'oestrogénothérapie substitutive diminue la gonarthrose + **tabac** : (risque de développer une arthrose est moindre chez les fumeurs)



Épidémiologie

*Facteurs **biomécaniques locaux**:

- + **traumatismes** articulaires : lésions des ligaments croisés et des ménisques
- + **activités professionnelles** : contraintes professionnelles répétées (port de charges lourdes, agenouillement)
- + **activités sportives** : sports collectifs et de combat
- + **obésité** : facteur important
- + **vices architecturaux** : genu varum, genu valgum, genu flessum
- + port de **talons hauts**

Diagnostic positif

- Le **diagnostic** de gonarthrose est
 - *suspecté à l'**interrogatoire** avec un
 - ***examen clinique** bien conduit.
 - *Il peut être confirmé par des **radiographies** simples de l'articulation douloureuse



Diagnostic positif

- **Clinique :**

- **Signes fonctionnels**

- * la **douleur** : maître symptôme

- + Non corrélée à la sévérité radiologique .

- + Horaire mécanique

- + Siège: face antérieure, face interne ou externe du genou , parfois irradiation à la face antérieure de la jambe.

- * épisodes de **dérobements** (laxité ligamentaire)



Diagnostic positif

- Clinique

- Examen debout

- * rechercher une **dévi**ation axiale des membres inférieurs
- * rechercher un **kyste poplité** en postérieur
- * a la marche rechercher une **boiterie** ou une majoration d'un **trouble statique**



Diagnostic positif

- Clinique

- Examen en décubitus dorsal

- * rechercher un **épanchement articulaire** (choc rotulien)
- * étudier la **mobilité articulaire** (flexion / extension), parfois douloureuse et limitée, parfois craquement articulaire
- * rechercher une **amyotrophie** du quadriceps
- * rechercher les **stabilités** antero- postérieures du genou (tiroir antérieur et postérieur) , les laxités interne et externe, les manœuvres méniscales
- * examen des **hanches** et un **examen ostéoarticulaire complet.**



Diagnostic positif

- **Biologie:**

- *Il n'y a aucun marqueur biologique

- *Pas de syndrome inflammatoire (VS, CRP),
sauf dans les poussées congestifs

- *A la ponction articulaire le liquide est
mécanique



Diagnostic positif

- **Radiologie:**

*radiographies des 2 genoux de face en charge et de profil, incidence de schuss, défilés femoro-patellaires à 30°,60° et 90° de flexion

*Signes radiographiques sont:

- + **pincement articulaire** localisé
- + **ostéophytose** marginale
- + **condensation** des berges articulaires
- + géodes sous chondrales

Diagnostic positif

- **Radiologie** : les autres techniques d'imagerie sont inutiles (éliminer d'autres étiologies)

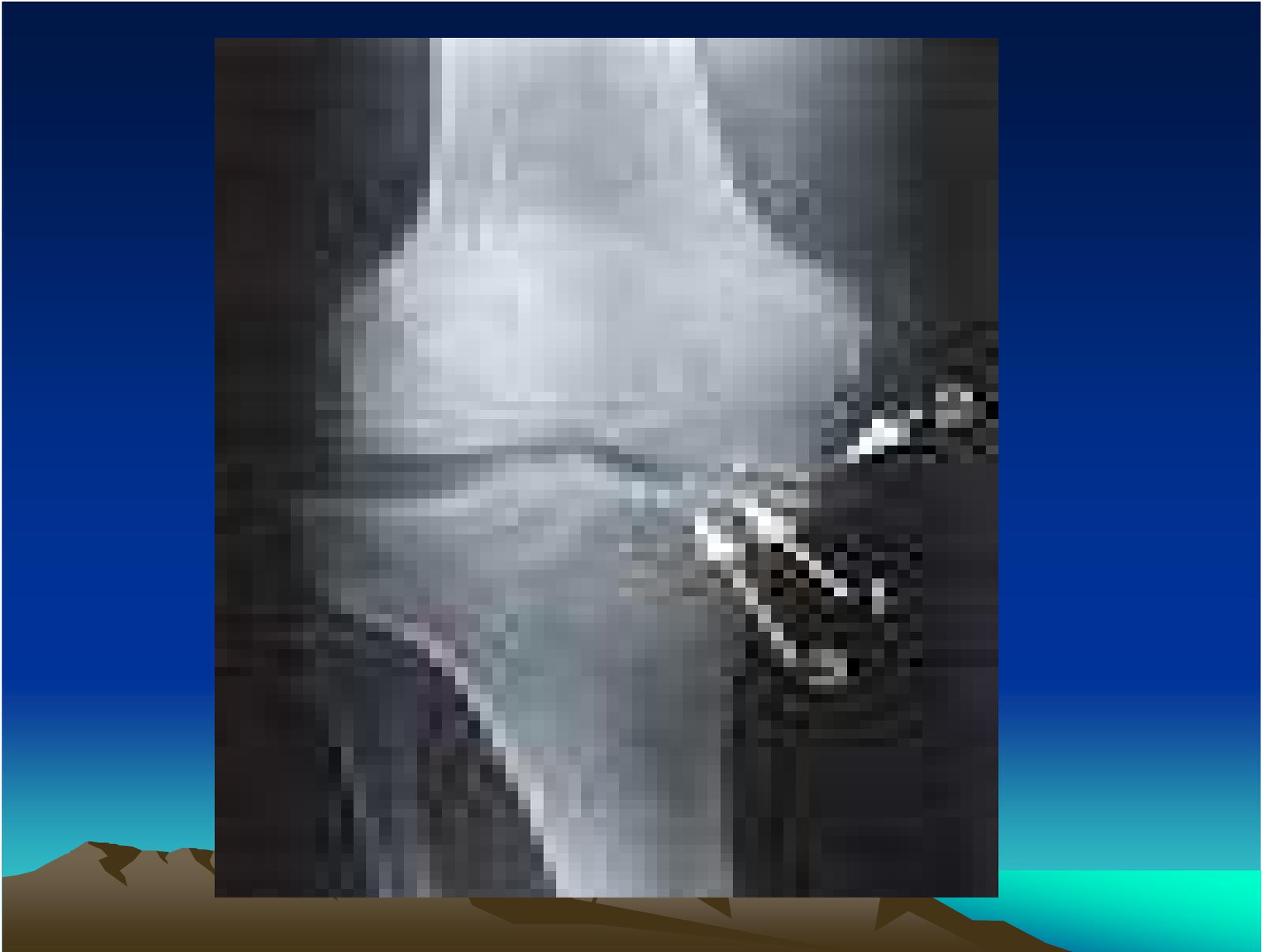
***Echographie**: utile pour diagnostic de **kyste poplité**

***Scanner** : pour l'étude précise du **cartilage**

***IRM** (pour éliminer une **rupture méniscale**, une **ostéonecrose**)



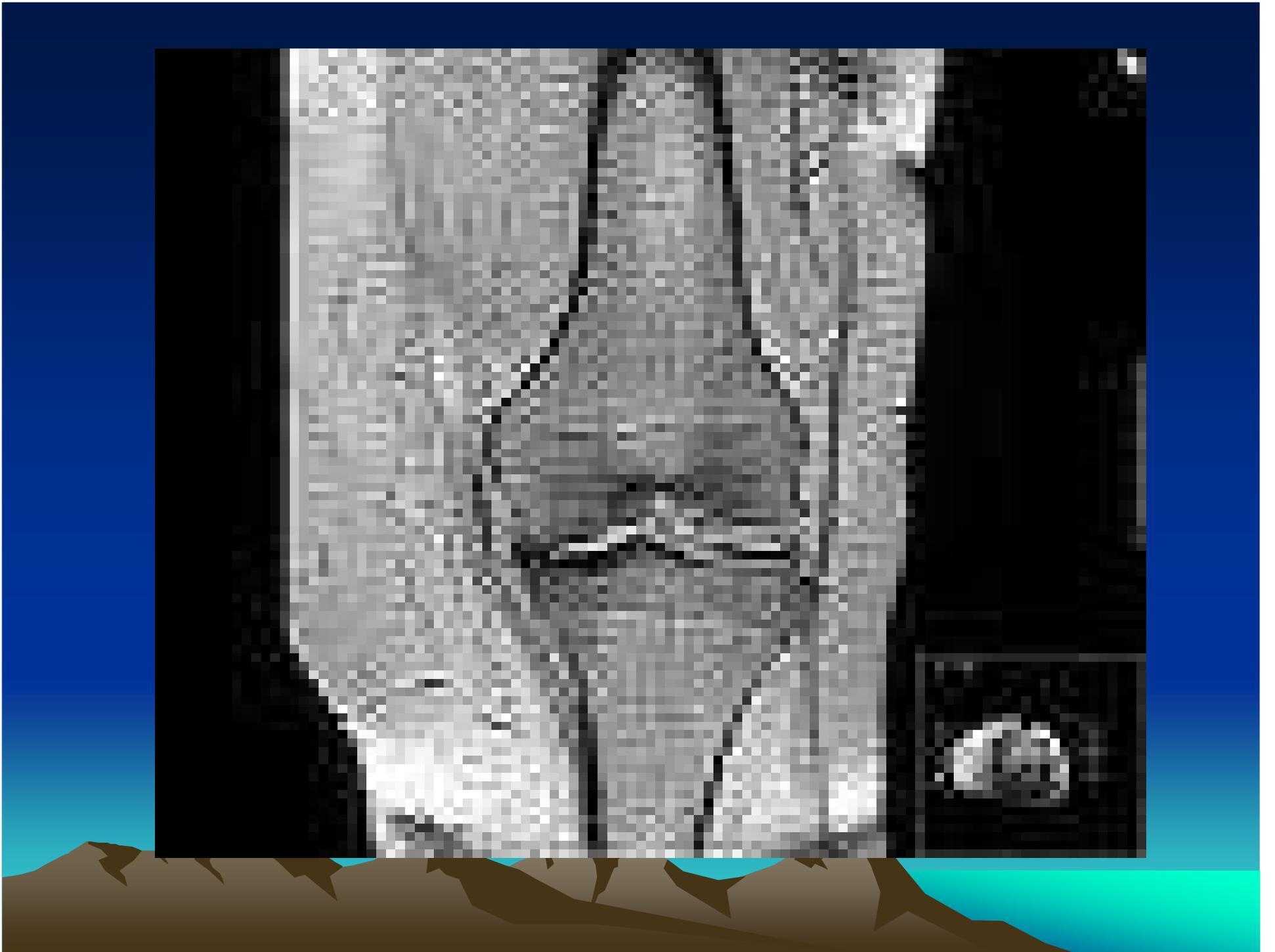












Formes cliniques

- **Formes topographiques:**
 - * **gonarthrose femoro-tibiale externe** : plus rare favorisée par le genu-valgum
 - * **gonarthrose femoro-patellaire**: douleur antérieure (station assise prolongée, descente des escaliers et en terrain irrégulier) ; douleur à la pression et à la palpation de la rotule ; signe du rabet positif
 - * l'atteinte peut être **globale** (compartiment int et ext) ; bicompartimentale (femorotibiale et femoropatellaire



Formes cliniques

- **Formes étiologiques**

- * **chondrocalcinose**

- * **chondromalacie rotulienne** chez le sujet jeune

- * **ostéochondrite disséquante** (nécrose osseuse sous chondrale)

- * **ostéonécrose** aseptique primitive du genou

- * séquelles de traumatisme d'une **fracture articulaire**

- * formes **primitives**



Diagnostic différentiel

- **Gonarthrose au stade preradiologique:**

*lésions de voisinage

+lésions osseuses tibiales ou fémorales:

fissures, ostéites, ostéonécrose, algodystrophie, tumeurs osseuses

+lésions tendineuses:

-tendinite rotulienne

-Tendinite quadricipitale

-Tendinite de la patte d'oie

+hygroma du genou

+douleurs projetées : coxo-fémorales,radiculalgies(L3-L4)



Diagnostic différentiel

■ Gonarthrose en poussée congestive

*arthrite **septique**

*arthrite **microcristalline**(chondrocalcinose, goutte)

*arthrite d'origine **inflammatoire**(SPA,PR)

***synovite villonodulaire**



Comment savoir si une arthrose est en poussée congestive ?

*Augmentation **brutale** de la **douleur**

*Apparition de **douleurs nocturnes**

*Apparition ou **allongement** de la **durée** de la **raideur** articulaire

*Apparition d'un **épanchement articulaire**

*Apparition de phénomènes inflammatoires locaux

Évolution

- Évolue habituellement par **poussées**

***lente** dans la majorité des cas

***rapide** dans certains cas: c'est **la gonarthrose destructrice rapide** caractérisée par la destruction totale du cartilage en moins de 24 mois



Suivi des gonarthroses en pratique clinique

- Il est important de **suivre l'évolution** de la maladie au plan radiographique . Les données recueillies facilitent les décisions thérapeutiques à prendre et permettent d'évaluer au mieux l'effet de certains médicaments
 - * lors d'une **poussée congestive**: suivi à court terme (4 à 8 semaines) pour s'assurer de l'évolution favorable ou non de cette poussée.
(Examen clinique, bilan fonctionnel simple, et des radios si possible au début de la poussée et à 2 mois plus tard)
 - * en **dehors des poussées** un suivi tous les 6 mois



Prise en charge thérapeutique

- **Recommandations de l'Eular**

- *1. La prise en charge optimale de la gonarthrose est basée sur une combinaison de traitements médicamenteux et non médicamenteux
- *2. Le Tt de la gonarthrose doit être adapté en fonction :
 - Des facteurs de risques (obésité, vice architecturale ,activité physique)
 - Des facteurs de risques généraux (age, comorbidite , polymédicamenté)
 - Du niveau de la douleur et du handicap
 - Des signes d'inflammation
 - De la localisation et de la sévérité des lésions arthrosiques
- *3. Le Tt non médicamenteux comprend l'éducation thérapeutique, l'exercice physique, les orthèses(cannes, semelles, atelles)
- *4. Le Paracétamol est le premier antalgique
- *5. Les topiques locaux(AINS, Capsaïne)ont une efficacité clinique et sont sûrs
- *6. Les AINS si échec des antalgiques (associer aux IPP ou bien un coxib)
- *7. Les dérivés morphiniques, si les AINS sont mal tolérés ou contre indiqués
- *8. Les antiarthrosiques d'action retardée (ART50, PIASCLEDINE, CHONDROSULF, STRUCTUM, Acide Hyaluronique intra articulaire) effet symptomatique voire structural
- *9. Injections intra articulaires de corticoïdes retard en cas de douleur et épanchement
- *10. prothèse articulaire à envisager chez les patients avec arthrose avérée ,douleur réfractaire ou un handicap.

Traitements pharmacologiques

- **Paracétamol** : Antalgique de première intention, à poursuivre au long cours si son efficacité est suffisante. La dose est de 3 à 4 g/j
- Les **applications locales(AINS)** : Efficaces et sans danger . Ils évitent les effets indésirables systématiques des AINS
- Les **ASAAL** ont un effet symptomatique et pourrait avoir un effet structural . Action retardée à 2à4 semaines

Infiltrations de Corticoïdes

- Traitement de choix de la poussée inflammatoire de la gonarthrose
- Indiquée quand une poussée résiste à un traitement médical associant un repos et AINS per os
- Ne pas réaliser en cas d'infection en cours ou de lésion de la peau en regard de l'articulation
- 3 infiltrations de corticoïdes au maximum par an



Acide hyaluronique

- .Les infiltrations d'acide hyaluroniques en intra articulaire ne sont pas un traitement de la poussée d'arthrose
- .Proposées sur un genou arthrosique :
 - *en cas de douleur malgré les autres traitements
 - *sans épanchement de synovie
 - *sans détérioration radiologique importante
- .Peut être également utilisé:
 - *gonarthroses évoluées non opérables
 - *lorsque les AINS sont mal toléré
- .3 injections intraarticulaires à une semaine d'intervalle
- .Efficacité sur 8 à 12 mois

Lavage articulaire

- Le lavage articulaire est proposé pour **soulager** une gonarthrose en **poussée inflammatoire** et répondant mal au traitement médical (au moins une infiltration de corticoïdes).
- Consiste à passer 1 litre de sérum physiologique dans l'articulation. **Anesthésie locale**. Dure 5 à 10 minutes. Vise à retirer les débris cartilagineux, enzymes et parfois les cristaux de calcium. Le lavage se termine par une infiltration **de corticoïdes** . Effet sur 6 à 12 mois

Rééducation

- La rééducation a **3 objectifs**:
 - *maintenir l'amplitude des articulations
 - *prévenir ou lutter contre les attitudes vicieuses
 - *renforcer la musculature

Moyen thérapeutique **très efficace**, non seulement pour préserver l'avenir de l'articulation, mais également pour améliorer à court terme la **douleur** et la **gène fonctionnelle**

Quels sont les programmes d'exercices et de kinésithérapie

Exercices à **objectif global** : activité aérobie

- *marche
- *fitness
- *travail fonctionnel

Exercices à **objectif mécanique** : centré sur une articulation

- *assouplissement
- *mobilisation
- *renforcement musculaire

Quels sont les programmes d'exercices et de kinésithérapie

En individuel

- *Séances de kinésithérapie supervisées en cabinet ou centre spécialisée, ou auto-rééducation au domicile.
- *Fréquence 1 à 3 par semaine
- *Durée de 20 à 90 mn

En groupe

- *Séances collectives d'exercices combinés (renforcement et endurance)



Education des patients .

- Efficacité de la **perte de poids** sur la douleur et la fonction .
- Respect d'une période de **repos** dans la journée , des postures luttant contre la déformation .
- Port d'une **canne** du côté sain .

Traitement chirurgical

- **Ostéotomie** : limite la dégradation d'un compartiment articulaire arthrosique par une correction angulaire.
- **Arthroplasties** : remplacer par un implant fémoral et tibial un ou plusieurs des compartiments atteints et assurer la stabilité articulaire. Se répartissent en 3 classes
 - * Prothèses **unicompartmentales**
 - * Prothèses à **glissement**
 - * Prothèses à **charnières**



Thermalisme

Les cures thermales améliorent
l'intensité des douleurs , le
handicap fonctionnel et la qualité
de vie



