

QUESTIONS À L'AUTEUR

 ELSEVIER MASSON	Revue : LPM Numéro d'article : 1287	Merci de retourner vos réponses par e-mail ou par fax à : E-mail : corrections.esme@elsevier.thomsondigital.com Fax : +33 (0) 1 71 16 51 88
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Cher auteur,

Vous trouverez ci-dessous les éventuelles questions et/ou remarques qui se sont présentées pendant la préparation de votre article. Elles sont également signalées dans l'épreuve par une lettre « Q » suivie d'un numéro. Merci de vérifier soigneusement vos épreuves et de nous retourner vos corrections soit en annotant le PDF ci-joint, soit en les listant séparément.

Pour toute correction ou modification dans les figures, merci de consulter la page <http://www.elsevier.com/artworkinstructions>.

Articles de numéros spéciaux : merci d'ajouter (dans la liste et dans le corps du texte) la mention « dans ce numéro » pour toute référence à d'autres articles publiés dans ce numéro spécial.

Références non appelées : Références présentes dans la liste des références mais pas dans le corps de l'article – merci d'appeler chaque référence dans le texte ou de les supprimer de la liste.	
Références manquantes : Les références ci-dessous se trouvaient dans le texte mais ne sont pas présentes dans la liste des références. Merci de compléter la liste ou de les supprimer du texte.	
Emplacement dans l'article	Question / Remarque Merci d'insérer votre réponse ou votre correction à la ligne correspondante dans l'épreuve
Pas de questions	

Utilisation des fichiers électroniques

Si nous n'avons pas pu exploiter le fichier de votre article et/ou de vos figures, nous avons utilisé la méthode suivante :

- Scan de (ou de parties de) votre article Ressaisie de (ou de parties de) votre article Scan des figures

Merci de votre collaboration.

1

2

3

4

5 Yves Henrotin¹, Xavier Chevalier²

6

- 7 1. Université de Liège, CHU Sart-Tilman, institut de pathologie, unité de recherche sur
8 l'os et cartilage (UROC), +5, 4000 Liège, Belgique
9 2. Université Paris XII, hôpital Henri-Mondor, service de rhumatologie, 94000 Créteil,
10 France

11

12 Correspondance :
13 Yves Henrotin, Université de Liège, institut de pathologie, CHU Sart-Tilman,
14 4000 Liège, Belgique.
15 yhenrotin@ulg.ac.be

16

18

Dossier thématique

Recommandations sur la prise en charge de l'arthrose de la hanche et du genou. Pour qui ? Pourquoi ? Pourquoi faire ?

■ Key points

Guidelines for the management of knee and hip osteoarthritis: For Whom? Why? To do what?

This paper summarizes the **guidelines** published by the **Osteoarthritis research society International (OARSI)** and compares these guidelines with others.

The **OARSI guidelines are based on a systematic review of the literature, a meta-analysis and an expert consensus.**

The **OARSI has developed 25 guidelines** including 8 for pharmacology modalities, 12 for non-pharmacology modalities and 5 for surgery modalities.

The **usefulness of the guidelines in the daily practice is very low.**

The **barriers for the guidelines implementation** are the lack of interest of the practitioners, the lack of scientific advances in the OA diagnosis and treatments and the low applicability of these guidelines in the daily practice.

■ Points essentiels

Cet article présente les **recommandations** récemment publiées par l'**Osteoarthritis Research Society International (OARSI)** et les compare avec celles publiées par d'autres sociétés savantes.

Les recommandations de l'OARSI sont basées sur une revue systématique de la littérature, une méta-analyse et l'avis d'experts.

L'OARSI a émis 25 recommandations : 8 sur des modalités pharmacologiques, 5 sur les modalités chirurgicales, 12 sur des modalités non pharmacologiques.

L'utilisation de ces recommandations dans la pratique quotidienne est généralement faible.

Les obstacles à l'utilisation de ces recommandations sont le manque d'intérêt des praticiens pour l'arthrose, le manque d'avancée scientifique dans le diagnostic et le traitement de l'arthrose, la méconnaissance de la maladie et la difficulté d'accéder aux connaissances dans ce domaine, l'incompatibilité des recommandations avec les pratiques médicales et la politique en matière de soins de santé locale.

Ces dernières années ont vu l'émergence de recommandations sur la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche. Parmi ces recommandations figurent celles de l'American College of Rheumatology (ACR) [1,2], de l'European League Against Rheumatism (EULAR) [3-5], de la National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) [6] et enfin les plus récentes de l'Osteoarthritis Research Society International (OARSI) [7]. Les recommandations de l'ACR, de l'EULAR et de l'OARSI concernent l'arthrose de la hanche et du genou, alors que les recommandations NICE concernent l'arthrose en général. Seules les recommandations de l'OARSI ont été traduites en français [8]. La multiplication de ces recommandations soulève la question de leur pertinence dans leur élaboration et leur applicabilité. À qui sont-elles destinées ? Comment ont-elles été formulées ? Sont-elles mises en pratique ? Qu'est-ce qui les différencient ? Cette mise au point tente de répondre à ces questions.

Des recommandations internationales : pourquoi ?

L'intérêt majeur de ces recommandations est de pouvoir faire un état des lieux à un temps donné sur une pathologie, et d'avoir une vue globale sur sa prise en charge, éclairée des données les plus récentes de la littérature. Elles doivent servir de guide de bonnes pratiques médicales pour les professionnels de santé, mais également pour les organismes publics et privés impliqués dans la gestion des soins de santé.

Comment ont-elles été formulées ?

Ces recommandations ont été formulées selon une méthodologie bien définie et rigoureuse. Elles sont basées d'une part sur une revue systématique de la littérature, l'évaluation des essais cliniques à partir d'une échelle de qualité des essais et d'un étalement de mesure qui est en général l'effet taille de l'essai, et d'autre part sur l'avis d'un certain nombre d'experts dans

différentes disciplines médicales, en général provenant de pays différents. Ce dernier point est pertinent car les avis d'experts peuvent varier d'un pays à un autre pour de multiples raisons (disponibilité des produits, modalités de mise sur le marché, contraintes économiques). Prenons à titre d'exemple la méthodologie utilisée par l'OARSI. Cette société savante a émis 25 recommandations sur la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche. Elles ont été établies par seize experts, originaires d'Europe et d'Amérique du Nord et venant de disciplines médicales différentes (11 rhumatologues, 2 généralistes, 1 chirurgien orthopédiste, et 2 spécialistes en médecine factuelle). Ces recommandations portent sur différentes modalités thérapeutiques : non pharmacologiques (N = 12), pharmacologiques (N = 9), et chirurgicales (N = 5). Ces recommandations ont été fondées sur l'évaluation des recommandations publiées entre 1945 et octobre 2005, sur une revue systématique de la littérature effectuée jusqu'en janvier 2002 par l'EULAR complétée par une recherche systématique des données récentes de la littérature dans les principales bases de données électroniques (MEDLINE, EMBASE, CINHAL, AME, *Science Citation Index* et *Cochrane Library database*), et enfin sur un consensus d'experts obtenu par la méthode Delphi (basée sur le vote des experts). Les revues systématiques de la littérature, les méta-analyses, les études randomisées contrôlées (ERC), les études contrôlées non randomisées, les études non contrôlées, les études transversales et les études médico-économiques ont été incluses. Seules les études concernant la hanche et le genou ont été prises en considération. La qualité des recommandations publiées a été jugée en utilisant l'outil d'évaluation AGREE comprenant 23 critères répartis en sept domaines (l'étendue et les objectifs des recommandations, la participation des dépositaires, la rigueur méthodologique, l'applicabilité, l'indépendance des auteurs, et la qualité générale). La qualité des revues systématiques de la littérature et des méta-analyses a été évaluée selon les critères validés. Le niveau de preuve d'efficacité a été déterminé pour chaque modalité thérapeutique selon l'échelle suivante :

- Ia : efficacité de la modalité confirmée par une méta-analyse d'ERC ;
- Ib : efficacité dans au moins une ERC ;
- IIa : études sans randomisation ;
- IIb : étude quasi expérimentale ;
- III : études descriptives non-expérimentales ;
- IV : rapport de comité d'experts ou d'expériences cliniques d'autorités respectables.

La taille de l'effet (TE) et l'intervalle de confiance à 95 % d'une modalité thérapeutique par rapport au placebo ou à un comparateur ont été calculés pour les variables continues suivantes : réduction de la douleur et amélioration de la fonction. La TE a été calculée en divisant la moyenne des différences entre le traitement et le groupe témoin par la déviation standard de ces différences. D'un point de vue

Glossaire

AASAL	anti-arthrosiques à action lente
ACR	American College of Rheumatology
AINS	anti-inflammatoires non stéroïdiens
ERC	études randomisées contrôlées
EULAR	European League Against Rheumatism
IA	intra-articulaire
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
OARSI	Osteoarthritis Research Society International
TE	taille de l'effet
TENS	neurostimulation électrique transcutanée

127	
128	
129	
130	
131	
132	
133	
134	
135	
136	
137	
138	
139	
140	
141	
142	
143	
144	
145	
146	
147	
148	

clinique, une TE de 0,2 était considérée comme faible, de 0,5 comme moyenne et >0,8 comme importante. Le taux d'émergence d'une proposition correspondait au nombre de fois qu'une modalité thérapeutique était recommandée dans les listes de recommandations existantes. Le niveau de consensus a été obtenu par la méthode Delphi réalisée sur 110 modalités de traitement. La méthode Delphi (Wideband Delphi) consiste à organiser la consultation d'experts, soumis à des vagues successives de questionnement sur un sujet précis pour mettre en évidence les convergences et les consensus. Après quatre tours de questionnement, les modalités recueillant plus de 60 % des suffrages étaient acceptées, celles recevant moins de 20 % des suffrages étaient rejetées et celles dont le taux de vote était compris entre 20 et 60 % étaient l'objet de reformulations et d'amalgames. Au terme de six tours de Delphi, un consensus a été obtenu pour 25 modalités de traitement de la coxarthrose et de la gonarthrose. Enfin, les experts ont été invités à déterminer la force de ces recommandations en utilisant une échelle visuelle analogique de 100 mm. Les résultats ont été exprimés par la moyenne et un intervalle de confiance de 95 %.

Cette méthodologie est dite hybride car elle associe une revue systématique de la littérature et une consultation d'experts. La

méthodologie utilisée par l'OARSI se distingue de celle par EULAR, ACR ou NICE sur deux aspects principaux (*Tableau I*) : l'internationalité des experts et l'appréciation de la force de la recommandation sur la base du niveau de preuve et de l'expérience médicale de la thérapie.

Quels objectifs pour des recommandations ?

Le premier objectif de ces recommandations, avant même de les soumettre à une lecture critique est de pouvoir les exploiter à un échelon national. Il est donc indispensable de passer par une étape de traduction de ces recommandations, ce qui a été l'objet d'un article récent publié dans la *Revue du Rhumatisme* sous l'égide et au nom de la section arthrose de la Société française de rhumatologie [8]. Il ne s'agit pas d'une simple traduction de ces recommandations, de l'anglais en français. C'est un travail rigoureux et scientifique faisant appel à deux traducteurs indépendants et reposant sur un système de traduction et de contre-traduction. Ensuite, les recommandations ont été discutées et commentées par un groupe d'experts en tenant compte des pratiques médicales régionales. Au total dix-huit experts francophones dont deux originaires de Belgique, un de Suisse et un francophone anglais ont participé à ce travail. Grâce à cette publication, on dispose maintenant d'un outil

TABLEAU I
Caractéristiques méthodologiques des recommandations.

	OARSI	EULAR	NICE
Articulation concernée	Hanche et genou	Hanche	Genou
Date de publication	2007	2005	2000, 2003
Méthodes	Revue systématique Consensus d'experts (Delphi)	Revue systématique Consensus d'experts (Delphi)	-Revue systématique -Consensus d'experts (Delphi)
Nombre d'experts	16	23	24
Origine des experts	Europe (8), Amérique du nord (8)	Europe (14 pays)	Europe (13 pays)
Disciplines des experts	Rhumatologie (11) Généralistes (2) Chirurgie Orthop. (1) Médecine Factuelle (2)	Rhumatologie (18) Epidémiol. (1) Chirurgie Orthop. (4)	Rhumatologie (19) Chirurgie Orthop. (4) Chercheur (1)
Nombres de recommandations	25	10	10
Nombres d'interventions concernées	30	21	29
			31
			22

EULAR : European League Against Rheumatism, NICE : National Institute for Health and Clinical Excellence, OARSI : Osteoarthritis Research Society International.

149 valide qui peut servir à l'ensemble des praticiens de langue
150 française, notamment aux médecins généralistes, aux rhuma-
151 tologues, aux professionnels de santé au sens plus large,
152 mais aussi aux différentes institutions en charge de la santé
153 publique.

154 Que disent les recommandations ?

155 Nous avons choisi de vous présenter ci-dessous les recomman-
156 dations de l'OARSI car elles sont récentes et qu'elles ont été
157 traduites en français selon une méthodologie qui garanti la
158 qualité de la traduction.

- 159 • La prise en charge optimale de l'arthrose requiert d'associer
160 des moyens non pharmacologiques et pharmacologiques.
- 161 • Tout patient atteint d'arthrose de la hanche ou du genou doit
162 bénéficier d'un accès à l'information et d'une éducation
163 concernant les objectifs du traitement et l'importance des
164 modifications du mode de vie, de l'exercice physique, de
165 l'adaptation des activités, de la perte de poids et d'autres
166 mesures pour décharger la ou les articulations endommagées.
167 L'accent initial doit être mis sur les moyens et les traitements
168 pouvant être mis en œuvre par le patient lui-même, plutôt que
169 sur les traitements passifs délivrés par des professionnels de la
170 santé. Ensuite, les efforts devront surtout viser à encourager
171 l'adhésion du patient aux traitements non pharmacologiques.
- 172 • L'état clinique des patients atteints d'arthrose de la hanche ou
173 du genou peut être amélioré si les patients sont contactés
174 régulièrement par téléphone.
- 175 • Tout patient atteint d'arthrose symptomatique de la hanche ou
176 du genou peut être utilement adressé à un kinésithérapeute
177 en vue d'une évaluation et de recevoir des conseils sur les
178 exercices susceptibles d'atténuer la douleur et d'améliorer la
179 capacité fonctionnelle. Cette évaluation peut éventuellement
180 déboucher sur la prescription d'une aide à la marche telle
181 qu'une canne ou un déambulateur.
- 182 • Les patients atteints d'arthrose de la hanche ou du genou
183 doivent être encouragés à pratiquer et à continuer de pratiquer
184 régulièrement des exercices aérobies, de musculation et de
185 mobilisation articulaire. Pour les patients atteints d'arthrose
186 symptomatique de la hanche, des exercices dans l'eau
187 peuvent être efficaces.
- 188 • Les patients atteints d'arthrose de la hanche ou du genou, qui
189 sont en surcharge pondérale, doivent être encouragés à perdre
190 du poids et ensuite à maintenir leur poids à ce niveau inférieur.
- 191 • Les aides à la marche peuvent réduire la douleur chez les
192 patients atteints d'arthrose de la hanche ou du genou. Les
193 patients doivent recevoir des instructions sur l'usage optimal
194 d'une canne ou d'une béquille du côté controlatéral à
195 l'articulation lésée. Les cadres de marche ou les déambulateurs
196 avec roues sont souvent préférables pour les patients qui
197 présentent une atteinte bilatérale.
- 198 • Chez les patients atteints d'arthrose du genou et d'une
199 instabilité légère/modérée en varus ou valgus, une

genouillère peut réduire la douleur, améliorer la stabilité et
200 diminuer le risque de chute.

- 201 • Chaque patient atteint d'arthrose de la hanche ou du genou
202 doit recevoir des conseils concernant le port de chaussures
203 appropriées. Chez les patients atteints d'arthrose du genou,
204 des semelles peuvent réduire la douleur et améliorer la
205 marche. Des semelles compensées latéralement peuvent
206 apporter un bénéfice symptomatique à certains patients
207 atteints d'arthrose du compartiment fémoro-tibial interne.
- 208 • L'application de froid ou de chaleur (thermothérapie) peut être
209 efficace pour soulager les symptômes d'arthrose de la hanche
210 ou du genou.
- 211 • La neurostimulation électrique transcutanée (TENS) peut aider
212 à contrôler la douleur à court terme chez certains patients
213 atteints d'arthrose de la hanche ou du genou.
- 214 • L'acupuncture peut apporter un bénéfice symptomatique aux
215 patients atteints d'arthrose du genou.
- 216 • Le paracétamol (jusqu'à 4 g/jour) peut être un antalgique oral
217 de première intention efficace pour le traitement des douleurs
218 légères à modérées chez les patients atteints d'arthrose du
219 genou ou de la hanche. En l'absence de réponse adéquate ou
220 en présence de douleurs sévères et/ou d'une inflammation,
221 un traitement pharmacologique alternatif doit être envisagé
222 en tenant compte de son efficacité, de sa tolérance ainsi que
223 des traitements médicamenteux concomitants et des comor-
224 bidités.
- 225 • Chez les patients atteints d'arthrose symptomatique de la
226 hanche ou du genou, des anti-inflammatoires non stéroïdiens
227 (AINS) doivent être utilisés à la dose minimale efficace mais
228 leur utilisation au long cours doit si possible être évitée. Chez
229 les patients qui présentent un risque de lésions gastro-
230 intestinales élevé, un agent sélectif de COX-2 ou bien un AINS
231 non sélectif associé à un inhibiteur de la pompe à protons ou
232 au misoprostol à titre de protecteur gastrique peut être
233 envisagé. Toutefois, l'utilisation des AINS, qu'il s'agisse d'un
234 Coxib (COX-2 sélectif) ou d'un agent non sélectif, doit être
235 prudente chez les patients présentant des facteurs de risque
236 cardiovasculaires.
- 237 • Les AINS et la capsaïcine topiques peuvent être efficaces
238 comme traitement alternatif ou d'appoint aux antalgiques/
239 anti-inflammatoires oraux dans l'arthrose du genou.
- 240 • Des injections intra-articulaires (IA) de corticoïdes peuvent
241 être utilisées dans le traitement de l'arthrose de la hanche ou
242 du genou. Elles doivent être envisagées en particulier
243 lorsque les patients présentent des douleurs modérées à
244 sévères qui ne répondent pas de manière satisfaisante aux
245 antalgiques/anti-inflammatoires oraux ainsi que chez les
246 patients atteints d'arthrose symptomatique du genou avec
247 épanchement ou autres signes cliniques d'inflammation
248 locale.
- 249 • Des injections IA d'acide hyaluronique peuvent être utiles dans
250 le traitement de l'arthrose du genou ou de la hanche. Elles sont
251

caractérisées par un effet symptomatique bénéfique retardé mais prolongé par rapport aux injections IA de corticoïdes.

- La glucosamine et/ou la chondroïtine sulfate peut procurer un bénéfice symptomatique chez les patients atteints d'arthrose du genou. En l'absence de réponse manifeste dans un délai de 6 mois, le traitement doit être arrêté.
- Chez les patients atteints d'arthrose symptomatique du genou, la glucosamine sulfate et la chondroïtine sulfate peuvent avoir des effets structuraux tandis que la diacépine peut avoir des effets structuraux chez les patients atteints d'arthrose symptomatique de la hanche.
- L'utilisation d'opiacés faibles et d'analgésiques narcotiques peut être envisagée pour le traitement des douleurs rebelles chez les patients atteints d'arthrose de la hanche ou du genou, lorsque les autres agents pharmacologiques ont été inefficaces ou qu'ils sont contre-indiqués. Les opiacés plus forts doivent être envisagés uniquement pour la prise en charge des douleurs sévères dans des circonstances exceptionnelles. Les traitements non pharmacologiques doivent être poursuivis chez ces patients et des traitements chirurgicaux doivent être envisagés.
- Les patients atteints d'arthrose de la hanche ou du genou qui n'obtiennent pas de soulagement adéquat de la douleur et d'amélioration fonctionnelle avec l'association d'un traitement non pharmacologique et d'un traitement pharmacologique doivent être évalués en vue d'une intervention chirurgicale de prothèse articulaire. Cette intervention est efficace et d'un bon rapport coût/efficacité chez les patients qui, malgré un traitement conservateur, présentent une symptomatologie importante et/ou un handicap fonctionnel contribuant à altérer leur qualité de vie.
- Une prothèse unicompartmentale de genou est efficace chez les patients atteints d'arthrose du genou limitée à un seul compartiment.
- L'ostéotomie et les techniques chirurgicales conservatrices avec préservation de l'articulation doivent être envisagées chez les adultes jeunes atteints d'arthrose symptomatique de la hanche, surtout en présence d'une dysplasie. Pour les patients jeunes et physiquement actifs qui présentent des symptômes importants d'arthrose uni-compartmentale du genou, une ostéotomie tibiale haute est une alternative chirurgicale pouvant retarder d'une dizaine d'années la pose d'une prothèse articulaire.
- L'intérêt du lavage articulaire et du débridement arthroscopique dans l'arthrose du genou est controversé. Bien que certaines études aient démontré un soulagement symptomatique à court terme, d'autres suggèrent que l'amélioration des symptômes pourrait être attribuable à un effet placebo.
- Chez les patients arthrosiques qui présentent un échec de prothèse de genou, l'arthrodèse peut être envisagée comme procédure de sauvetage.

Quelles sont les spécificités de chacune des recommandations ?

Au terme d'une analyse rigoureuse des recommandations de l'EULAR, ACR, OARSI et NICE, nous avons tenté d'identifier les particularités de celles-ci.

European League Against Rheumatism (EULAR)

L'EULAR recommande d'élaborer le traitement de l'arthrose de la hanche en tenant compte :

- des facteurs de risque spécifiques à l'articulation touchée par l'arthrose (p.ex. pour la hanche la présence d'une dysplasie) ;
- des facteurs de risque généraux (âge, le sexe, la comédication, la comorbidité) ;
- du niveau d'handicap et de l'intensité de la douleur ;
- de la présence de signes d'inflammation (uniquement pour le genou) ;
- de la localisation et de la sévérité des lésions structurelles ;
- des souhaits et des espérances des patients.

Osteoarthritis Research Society International (OARSI) et American College of Rheumatology (ACR)

Ces organisations recommandent, en sus, des contacts téléphoniques réguliers avec les patients pour améliorer leur symptomatologie. Cette recommandation ne repose pas sur des preuves scientifiques solides, mais plutôt sur un avis consensuel des experts. La raison de cette particularité est à chercher dans l'origine des experts. En effet, les recommandations de l'ACR, et dans une moindre mesure celle de l'OARSI, ont été formulées par des experts majoritairement originaires d'Amérique du nord. Dans cette région du monde, les contacts téléphoniques sont régulièrement utilisés par les médecins et autres professionnels de santé dans leur pratique quotidienne.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)

Le NICE recommande l'évaluation holistique du patient arthrosique. Elle recommande l'évaluation des effets de l'arthrose sur la qualité de vie, les loisirs, les occupations professionnelles et domestiques, l'humeur et les relations avec les autres. Les recommandations NICE sont centrées sur le patient. Les choix thérapeutiques sont adaptés aux besoins et aux préférences du patient et aux facteurs de risques liés à la pathologie et aux risques de comorbidité. Les traitements sont divisés en trois groupes (*figure 1*). Ces trois groupes de traitements doivent être envisagé pour chaque patient. Le premier groupe, qui se situe au centre de l'algorithme thérapeutique, comprend l'éducation, l'information, les conseils, les exercices de renforcement musculaire, le réentraînement à l'effort (exercices aérobies), la perte de poids. Dans le second groupe se trouve les traitements pharmacologiques ayant peu d'effets secondaires, comme le paracétamol et les AINS en topique. Ces traitements de secondes lignes peuvent être considérés en

304	
305	
306	
307	
308	
309	
310	
311	
312	
313	
314	
315	
316	
317	
318	
319	
320	
321	
322	
323	
324	
325	
326	
327	
328	
329	
330	
331	
332	
333	
334	
335	
336	
337	
338	
339	
340	
341	
342	
343	
344	
345	
346	
347	
348	
349	
350	
351	
352	

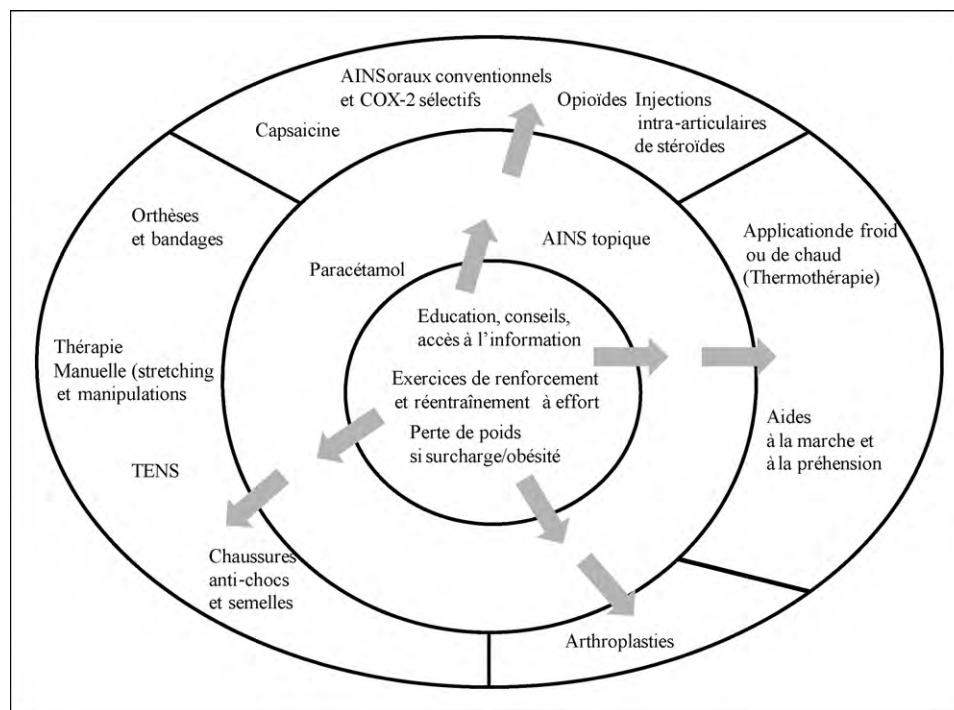


FIGURE 1

Algorithme thérapeutique proposé par le National Institute for Health and Clinical Excellence

Adapté selon www.nice.org/CG059 [6].

Les traitements sont organisés dans l'ordre dans lequel ils devraient être considérés en partant du centre vers la périphérie.

Les traitements situés au centre devraient être considérés en premiers chez tous les patients souffrant d'arthrose. Si un traitement supplémentaire est nécessaire, les médicaments situés dans le second cercle peuvent être considérés. Les traitements situés dans le troisième cercle sont les traitements dont l'efficacité est moins bien démontrée ou l'effet symptomatique moins important ou faisant courir un risque plus élevé pour le patient.

TENS : *transcutaneous electrical nerve stimulation*.

cas d'échec des traitements du groupe 1 ou si ceux-ci ne sont pas adaptés au patient. Enfin, le troisième groupe inclus les thérapeutiques complémentaires comme les orthèses, les semelles, la thérapie manuelle, la thémothérapie, les AINS classiques et les Coxibs mais aussi les prothèses. Ces traitements sont placés en troisième ligne de l'algorithme car les preuves scientifiques de leur efficacité sont faibles ou la taille de l'effet sur les symptômes est petite ou le risque pour le patient est plus élevé. Enfin, l'utilisation glucosamine ou de chondroïtine sulfate, ainsi que les injections intra-articulaires d'acide hyaluronique ne sont pas recommandés pour le traitement de l'arthrose.

Quelles sont les principales limites des recommandations ?

Bien entendu, il est important de conserver un œil critique sur ces recommandations qui, bien sûr, contiennent un certain nombre de limites.

D'abord, le choix des experts n'est pas anodin. Ainsi, dans l'élaboration des recommandations, on note de façon singulière l'absence de kinésithérapeutes et la faible représentation des chirurgiens, des médecins généralistes (à l'exception des recommandations NICE) et de patients. La majorité des experts étaient rhumatologues. Il est tout à fait envisageable qu'une conférence d'experts uniquement formée de chirurgiens

portant sur les indications chirurgicales dans la gonarthrose et la coxarthrose aboutisse à des conclusions très sensiblement différentes. A titre d'exemple, la recommandation 25 de l'OARSI qui porte sur l'arthrodèse en cas d'échec de prothèse est, certes, recevable, mais est une situation tout à fait exceptionnelle. Dès lors, faut-il la mettre en avant dans les recommandations internationales ?

Un certain nombre de ces recommandations traduisent surtout l'avis des experts avec parfois un niveau de preuve faible. C'est le cas de l'association des traitements non pharmacologiques et des traitements pharmacologiques, du recours au kinésithérapeute, de la pratique des exercices, etc. Par exemple, on s'étonne de la recommandation 3 de l'OARSI dans la prise en charge non pharmacologique qui recommande des appels téléphoniques réguliers pour améliorer les patients. En réalité, un essai (mais un seul) bien fait avait montré que ceci pouvait améliorer les patients, et donc apporte un niveau de preuve élevé (4-5). On peut s'interroger sur l'utilité de cette recommandation, vu qu'elle n'est pas appliquée ou qu'elle n'est pas applicable pour des praticiens déjà débordés par leur activité quotidienne. De même on peut s'interroger sur l'utilité de la thémothérapie, de la neurostimulation électrique transcutanée et de l'acupuncture bien que cette dernière modalité soit régulièrement préconisée.

373
374
375
376
377
378
379
380
381
382
383
384
385
386
387
388
389
390
391
392
393
394
395
396
397
398
399
400
401

Recommandations sur la prise en charge de l'arthrose de la hanche et du genou. Pour qui ? Pourquoi ? Pourquoi faire ?

ARTHROSE

402	Un autre écueil dans l'analyse des recommandations est de	454
403	bien pondérer l'effet thérapeutique, notamment en ce qui	455
404	concerne les anti-arthrosiques à action lente (AASAL). Cette	456
405	catégorie de médicament a souvent été l'objet de controverses	457
406	dans la littérature. En réalité, les recommandations sur les	458
407	modalités pharmacologiques soulèvent à nouveau le problème	459
408	de l'effet placebo dans l'arthrose. Qu'il s'agisse du paracétamol,	
409	des anti-arthrosiques à action lente, ou de certains topiques	
410	d'anti-inflammatoire, l'effet de ces traitements est modeste	
411	par rapport à l'effet du placebo. Pour autant, ils figurent dans	
412	toutes les recommandations, ce qui est sans doute légitime.	
413	Dans l'arthrose, il est utile de distinguer l'effet propre des	
414	traitements pharmacologiques à celui du placebo. Comme le	
415	souligne l'article récent de Zhang et al., le placebo possède un	
416	effet thérapeutique propre qui est loin d'être négligeable [9].	
417	Ainsi, il s'avère que comparativement à un groupe sans traitement,	
418	le placebo a un effet important sur la douleur avec un	
419	effet taille à 0,5. Cet effet placebo est d'autant plus important	
420	que le comparateur est un traitement actif, que le niveau initial	
421	de la douleur est élevé ou que l'administration du placebo se	
422	fait par injection. Il varie également avec la localisation de	
423	l'arthrose. Il est plus important dans l'arthrose digitale que dans	
424	la gonarthrose, et plus important dans la gonarthrose que dans	
425	la coxarthrose. Tous ces éléments sont à prendre en considération	
426	et doivent être mis en perspective dans le contexte actuel	
427	des traitements pharmacologiques de l'arthrose. C'est ce que	
428	souligne une conférence de consensus sur la prise en charge de	
429	la douleur dans les pathologies chroniques. Dans ce type	
430	de pathologie chronique, l'effet propre du placebo est déjà	
431	ressenti par le patient lui-même comme « cliniquement	
432	pertinent » (amélioration de 20 %, 30 % parfois 50 % de	
433	son niveau de douleur initial). Dès lors, pour un traitement,	
434	l'objectif n'est plus d'obtenir une différence importante par	
435	rapport à l'effet placebo, mais simplement une différence	
436	[10,11].	
437	Les recommandations sont établies à un temps donné. Elles	
438	sont bien évidemment susceptibles d'évoluer dans le temps et	
439	méritent donc d'être réévaluées. Ainsi, une méta-analyse	
440	récente sur les lavages articulaires publiée sous la forme	
441	d'un résumé au dernier congrès de l'ACR montre qu'en réalité	
442	l'effet taille du lavage est extrêmement faible. Sur base de	
443	cette nouvelle donnée, le niveau de preuve de la recommandation 24 devrait être dévalué [12].	
444	Notons, que les recommandations sur l'arthrose de la hanche	
445	reposent sur des études qui incluaient des patients souffrant	
446	d'arthrose de la hanche ou du genou. Il existe peu d'études	
447	incluant uniquement des patients souffrant d'arthrose de la	
448	hanche. Les recommandations portant sur cette articulation	
449	sont donc peu spécifiques.	
450	Enfin, ces recommandations bien entendu ne prennent pas en	
451	compte le rapport bénéfice/risque de la prescription des médicaments à un échelon individuel. Or, c'est ce risque qu'il	

importe d'évaluer dans la pratique quotidienne. Ainsi, la recommandation 14 de l'OARSI portant sur la prescription des anti-inflammatoires doit être considérée en tenant compte non seulement des facteurs de risques digestifs et cardiovasculaires du patient, mais aussi de ses antécédents, des comorbidités associées et des coprescriptions médicamenteuses.

Les recommandations sont-elles utilisées dans la pratique quotidienne ?

Récemment, Mazières et al. [13] ont évalué le niveau d'acceptation des recommandations EULAR pour l'arthrose du genou par des rhumatologues, des chirurgiens orthopédistes, des généralistes et des spécialistes en réadaptation fonctionnelle exerçant en France, en Espagne, en Belgique, en Suisse ou en Italie. Plus de 40 000 questionnaires ont été envoyé. Dix pour cent des médecins avaient répondu (soit 4204). Les médecins devaient se positionner sur les 10 recommandations et les 23 modalités thérapeutiques proposées par EULAR. Ensuite, l'opinion des médecins, évaluée à l'aide d'une échelle visuelle analogique (0–100 mm), était comparée à celle des experts ayant participés à l'élaboration des recommandations. Globalement, les médecins étaient d'accord avec les experts, sauf sur trois modalités. Le lavage articulaire et l'injection IA de corticostéroïdes étaient plus fortement recommandés par les experts que par les médecins participant à l'enquête. A l'inverse, la balnéothérapie était plus fortement recommandée par les médecins que par les experts. Des différences régionales ont été également observées. Les médecins belges étaient moins favorables à la réduction de poids et à la balnéothérapie que les médecins des autres pays. L'ostéotomie et le lavage articulaire étaient plus fortement recommandés par les médecins français. Les semelles et les topiques étaient d'avantage recommandés par les médecins suisses. Selon la spécialité, les recommandations étaient également différentes. Les chirurgiens orthopédistes recommandaient plus souvent l'ostéotomie et la pose de prothèses, alors que les exercices et les semelles antichocs étaient plus souvent recommandés par les autres spécialités. Les généralistes étaient plus en faveur des opiacés alors que les rhumatologues étaient les défenseurs des injections intra-articulaires de corticostéroïdes. L'analyse multi-variée montrait que les médecins français recommandaient plus fortement les traitements invasifs pouvant potentiellement générer des effets secondaires sérieux (arthroplastie, ostéotomie, lavage articulaire, débridement, injection intra-articulaire de stéroïdes ou d'acide hyaluronique et AINS) que les médecins espagnols ou les italiens. Ces traitements étaient d'avantage recommandés par les chirurgiens orthopédistes que par les médecins généralistes. En résumé, cette étude montre que l'acceptation des recommandations dépend de la spécialité médicale et du pays d'origine des médecins. Ceci sous-entend des formations médicales et des us et habitudes médicales divergents d'un pays à l'autre.

505
506 Bien que les médecins soient globalement en accord avec les
507 recommandations, l'application de celles-ci dans la pratique
508 quotidienne est faible. En effet, une étude récente réalisée en
509 France [14], a montré que les médecins généralistes français
510 prescrivaient très peu les traitements non-pharmacologiques
511 (seulement 9 % prescrivaient des exercices), beaucoup de
512 paracétamol et d'AINS comme traitement de première ligne
513 (43 % des médecins) et peu d'injection de corticostéroïdes en
514 cas de poussée congestive (22 %). Et pourtant, la société
515 française de médecine et réadaptation (SOFMER) associée à
516 la Société française de rhumatologie et à la Société française de
517 chirurgie orthopédique a finalisé des recommandations sur les
518 traitements non-pharmacologiques qui ont été rédigées de
519 façon originale à partir de la revue de la littérature (par
520 2 experts différents pour chaque question retenue), de l'expé-
521érience au quotidien des praticiens (questionnaire de 37 ques-
522 tions soumis lors des grands congrès nationaux à 120 collègues
523 par domaine de spécialité) et de l'opinion d'experts réedu-
524 teurs, orthopédistes et rhumatologues. Elles offrent l'avantage
525 d'une vue moins catégorielle de ce type de prise en charge
526 [15]. Cette approche multidisciplinaire apparaît de plus perti-
527 nente et originale car elle repose plus sur l'*Evidence Based*
528 *Practice* (en interrogeant des praticiens de terrain et pas
529 seulement des experts hospitaliers) que l'*Evidence Based*
530 *Medicine* (en se basant sur les données scientifiques de la
531 littérature). Elles donnent plus de détails pratiques sur les
532 exercices à réaliser en tenant compte de l'âge, de la situation
533 professionnelle et sportive du patient. De même l'analyse de
534 l'apport de semelles, des orthèses apparaît très pondérée au vu
535 des données de la littérature et des habitudes pratiques. Ce coté
536 pratique de ces recommandations apparaît important mais est
537 aussi bien entendu influencé par les habitudes « nationales » et
538 « locales » qui peuvent différer d'un pays à l'autre, ce qui les rend
plus difficiles à décliner à un échelon international.

539 Quelles sont les barrières à l'application des 540 recommandations ?

541 Les principales barrières à la mise en œuvre des recommanda-
542 tions dans la pratique quotidienne sont [16] :

- 543 • le manque de prise de conscience par le prestataire de soins
544 que sa pratique n'est pas conforme aux bonnes pratiques
545 médicales ;
- 546 • le manque d'intérêt pour l'arthrose, une maladie qui ne
547 bénéficie pas de traitement efficace ;

- 548 • le manque d'avancée scientifique dans le diagnostic et le
549 traitement de l'arthrose ;
- 550 • la méconnaissance de la maladie et la difficulté d'accéder aux
551 connaissances dans ce domaine (barrière de la langue, peu de
552 formation et d'information sur la maladie)
- 553 • la difficulté d'appliquer certaines recommandations dans la
554 pratique quotidienne (réticence au changement, simplification
555 du problème, absence d'adhésion, les fausses croyances...) ;
- 556 • incompatibilité des recommandations avec les pratiques
557 médicales et la politique en matière de soins de santé locale
558 (système d'assurance...) ;
- 559 • l'absence d'organismes capables de supporter et de promou-
560 voir l'élaboration, la dissémination et la mise à jour des
561 recommandations.

562 À toutes ces causes théoriques, il faut aussi ajouter le manque
563 de disponibilité des praticiens.

564 Conclusion

565 Globalement, les recommandations sont utiles. Elles permet-
566 tent une mise à jour des avancées thérapeutiques mesurées à
567 l'aune de l'expérience d'un certain nombre d'experts interna-
568 tionaux. Elles orientent également les essais cliniques futurs en
569 mettant en lumière certaines carences dans le niveau de
570 preuve d'efficacité et/ou de tolérance dans tel ou tel domaine
571 de la prise en charge. Ces recommandations n'ont de valeur que
572 si elles sont traduites dans les langues des pays où elles seront
573 utilisées. C'est tout le mérite de la section Arthrose de la SFR qui
574 a mené un travail de traduction avec une grande rigueur. Dès
575 lors, elles devraient intégrer les habitudes thérapeutiques
576 nationales, les réglementations en vigueur, mais aussi la notion
577 de remboursement qui influe directement sur les prescriptions.
578 Enfin, ces recommandations, qui permettent souvent de guider
579 et/ou de conforter le praticien dans ses décisions thérapeu-
580 tiques, n'épargnent en aucun cas un raisonnement médical à
581 l'échelon individuel.

582 **Conflits d'intérêts :** X. Chevalier (Genevriers : Symposium SFR Dec 2010 ;
583 Étude medicoéconomique des ASSAL : membre du Board pour Genevriers ;
584 Pierre Fabre : Enquête mobilité des membres 2010 ; MSD : Board Londres
2010 ; MSD : Symposium Nice : Mars 2010 ; MSD : Board Barcelone : Avril
585 2010 ; MSD : Symposium Caribbean Juillet 2010 ; Servier Sterring comité :
586 Rome Juin 2010 ; Negma : Coordination Essai ART 44 ; Rottapharm : Comité
587 scientifique essai Go On ; Servier 2007-10 : Coordinateur for France, Polka trial,
588 Fees ; Expanscience : Brochure sur livre arthrose : maladie à facettes
589 multiples ; Fidia : Symposium Eular Rome 2010) ; Y. Henrotin (Contrats de
590 recherche avec Expanscience, Bioiberica, Danone, Pierre Fabre, BioXtract ;
591 Contrats de consultation avec Expanscience, BioXtract, Danone, Pierre
592 Fabre).

Références

- [1] Hochberg MC, Altman RD, Brandt KD, Clark BM, Dieppe PA, Griffin MR et al. Guidelines for the medical management of osteoarthritis. Part I : osteoarthritis of the hip. American College of Rheumatology. Arthritis Rheum 1995;38:1541-6.
- [2] Hochberg MC, Altman RD, Brandt KD, Clark BM, Dieppe PA, Griffin MR et al. Guidelines for the medical management of osteoarthritis. Part II : osteoarthritis of the knee. American College of Rheumatology. Arthritis Rheum 1995;38:1535-40.

Recommandations sur la prise en charge de l'arthrose de la hanche et du genou. Pour qui ? Pourquoi ? Pourquoi faire ?

ARTHROSE

- [3] Pendleton A, Arden N, Dougados M, Doherty M, Bannwarth B, Bijlsma J *et al.* EULAR recommanaditions for the management of knee osteoarthritis: report of a task force of the standing committee for international clinical studies including therapeutic trials (ESCISIT). *Ann Rheum Dis* 2000;59:936-44.
- [4] Jordan KM, Arden NK, Doherty M, Bannwarth B, Bijlsma J, Dieppe P *et al.* EULAR recommendations 2003: an evidence based approach to the management of knee osteoarthritis: report of a task force of the standing committee for international clinical studies including therapeutic trials (ESCISIT). *Ann Rheum Dis* 2003;62:1145-55.
- [5] Zhang W, Doherty M, Arden N, Bannwarth B, Bijlsma J, Gunther K-P *et al.* EULAR evidence based recommendations for the management of hip osteoarthritis: report of a task force of the EULAR standing committee for international clinical studies including therapeautics (ESCISIT). *Ann Rheum Dis* 2005;64:669-81.
- [6] NICE guidelines 59. www.nice.org.uk/CG059.
- [7] Zhang W, Moskowitz R, Nuki G, Abramson S, Altman R, Arden N *et al.* OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, Part II: OARSI evidence-based, expert consensus guidelines. *Osteoarthritis Cart* 2008;16:137-62.
- [8] Henrotin Y, Marty M, Appelboom T, Avouac B, Berenbaum F, Briole V *et al.* Traduction française des recommandations de l'Osteoarthritis Research Society International (OARSI) sur la prise en charge de la gonarthrose et de la coxarthrose. *Rev Rhum* 2008;76:279-88.
- [9] Zhang W, Robertson J, Jones AC, Dieppe PA, Doherty M. The placebo effect and its determinants in osteoarthritis: meta-analysis of randomised controlled trials. *Ann Rheum Dis* 2008;67:1716-23.
- [10] Dworkin RH, Turk DC, Wyrwich KW, Beaton D, Cleeland CS, Farrar JT *et al.* Interpreting the clinical importance of treatment outcomes in chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *J Pain* 2008;9:105-21.
- [11] Turk DC, Dworkin RH, Burke LB, Gershon R, Rothman M, Scott J *et al.* Initiative on methods, measurement and pain assessment in clinical trials. Developing patient-reported outcome measures for pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain* 2006;125:208-15.
- [12] Richette P, Ravaud P, Conrozier T. Effect of hyaluronic acid in symptomatic hip osteoarthritis: a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled study. *Arthritis Rheum* 2008;58(Suppl 9 S 485):860.
- [13] Mazières B, Scmidely N, Hauselmann H, Martin-Mola E, Serni U, Verbruggen A *et al.* Level of acceptability of EULAR recommendations for the management of knee osteoarthritis by practitioners in different European countries. *Ann Rheum Dis* 2005;64:1158-64.
- [14] Chevalier X, Marre JP, de Butler J, Hercek A. Questionnaire survey of management and prescription of general practitioners in knee osteoarthritis: a comparison with 2000 EULAR recommendations. *Clin Exp Rheum* 2004;22:205-12.
- [15] Mazières B, Thevenon A, Coudeyre E, Chevalier X, Revel M, Rannou F. Adherence to, and results of, physical therapy programs in patients with hip or knee osteoarthritis. Development of French clinical practice guidelines. *Joint Bone Spine* 2008;75:589-96.
- [16] Henrotin Y. Need for high standard translation methodology for the dissemination of guidelines. *Osteoarthritis Cartilage* 2009;17:1536-8.