

Gonarthrose : recommandations de la Société Française de Rhumatologie

- Sellam J & al. / Joint Bone Spine / 12 sept. 2020

La prise en charge de la gonarthrose nécessite de combiner des approches pharmacologiques et non pharmacologiques dont la disponibilité et la prise en charge présentent des spécificités nationales. Afin de proposer aux praticiens des recommandations adaptées à leurs habitudes et à l'accessibilité des traitements, la Société Française de Rhumatologie a établi des recommandations sur le sujet à partir des propositions d'un groupe de travail et la recherche de consensus sur les principes généraux et recommandations proposés à la suite d'une revue et synthèse bibliographique. Elles n'intègrent cependant pas les aspects nutritionnels. Elles s'adressent aux médecins généralistes et spécialistes (rhumatologues, chirurgiens orthopédistes, médecine physique et réadaptation, douleur), ainsi qu'aux paramédicaux, associations de patients et autorités sanitaires.

Cinq principes généraux

- Un traitement optimal doit combiner traitements pharmacologiques et non pharmacologiques.
- Un traitement pharmacologique doit être personnalisé.
- Un traitement pharmacologique a un objectif symptomatique et/ou fonctionnel.
- Un traitement pharmacologique doit être réévalué régulièrement.
- L'arthroplastie du genou doit être discutée avec le patient lorsque la gonarthrose se présente avec des lésions structurelles confirmées et un handicap délétère pour la qualité de vie, malgré un traitement (pharmacologique et non pharmacologique) bien conduit.

Recommandations concernant les traitements oraux

- Le paracétamol ne doit pas nécessairement être prescrit de manière systématique et/ou continue, son efficacité étant significative sur le plan statistique mais pas sur le plan individuel, et son usage étant associé à un profil de tolérance variable.
- Les AINS oraux doivent être utilisés pour une durée et à une posologie les plus faibles possible mais peuvent être proposés en première intention en l'absence de contre-indications ou de risque de complications gastro-intestinales.
- Les opioïdes faibles seuls ou en association avec le paracétamol peuvent être proposés à visée antalgique mais leur prescription doit être scrupuleusement évaluée selon le profil du patient.

- Les opioïdes forts ne sont prescrits qu'en cas de contre-indication chirurgicale ou si aucun autre traitement pharmacologique n'est efficace ou possible, toujours selon le profil du patient.
- Les médicaments symptomatiques à action lente de l'arthrose (comme les insaponifiables, la glucosamine, la chondroïtine, la diacéréine...) peuvent être proposés mais n'ont pas d'effet chondroprotecteur démontré. Le texte rappelle que l'ANSM a contre-indiqué la diacéréine chez les plus de 65 ans et ceux présentant une hépatopathie.
- La duloxétine hors AMM peut être envisagée en l'absence de toute autre alternative thérapeutique.

Recommandations concernant les traitements topiques

- Selon deux méta-analyses, les AINS topiques peuvent être utilisés, avec une efficacité comparable à celle des formes orales.
- Selon une revue de la littérature, la capsaïcine faible dose (<1%) semble avoir un effet analgésique, mais elle est souvent associée à des effets secondaires mineurs.

Recommandations concernant les traitements intra-articulaires

- Les injections intra-articulaires (AA) de corticostéroïdes peuvent être proposées, notamment en cas d'inflammation avec épanchement articulaire.
- Les injections AA d'acide hyaluronique peuvent être proposées, avec une efficacité comparable aux AINS oraux et sans effet chondroprotecteur.
- Aucune position n'a pu être établie concernant les injections de plasma riche en plaquettes.