



ARTHROSE EN GERIATRIE

19 MAI 2017

Dr Anne-Laurence TOMI, rhumatologue,
CHR Orléans-La Source

Plan

- Généralités
- Traitement
 - Recommendations
 - Kiné
 - Infiltrations/ visco
 - Chirurgie
- Avenir
- Cas clinique



Généralités

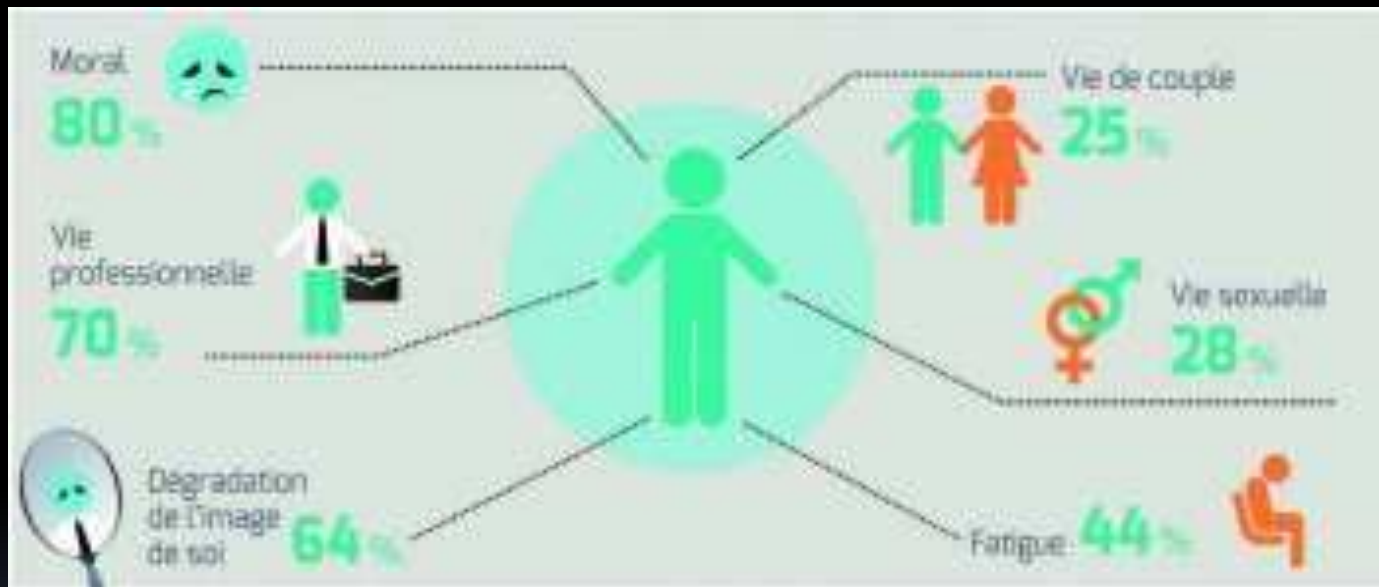
- 10 millions d'arthrosique en France (17%) :
Incidence et prévalence augmentent avec l'âge
 - ▣ 22% en 2030
- Perte d'autonomie surtout atteinte des MI
- 1^{ere} cause de consultation médecine générale
- Cause de surmortalité



- Gonarthrose
- Sarcopénie
- Dépression
- Pathologie cardiovasculaire



Etude AFLAR 2013



Groupe AGRHUM

Examen clinique rhumatologique minimal à l'entrée en EHPAD

Recherche
d'une fragilité liée
à une affection
de l'appareil
locomoteur
en particulier
d'une arthrose

Fiche proposée par le groupe AGRHUM

(Association Gériatrie et Rhumatologie)

Emmanuel MAHEU, Christian CADET,
Philippe Breville, Jean-Bernard Gauvain, Jean-Laurent Le Quintrec,
Bernard Verlhac, Jean-Marie Vetel, Claude JEANDEL

Examen clinique

3 Douleurs reproduites en flexion antérieure du rachis ?

☐ Oui ☐ Non

4 Douleurs reproduites en extension du rachis (articulaires postérieures) ?

☐ Oui ☐ Non



Examen clinique

5 Examen de la hanche : douleur et/ou limitation :

- | | | |
|------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| • Flexion : | ☐ Oui | ☐ Non |
| • Rotation interne : | ☐ Oui | ☐ Non |
| • Flexion croisée : | ☐ Oui | ☐ Non |
| • Point douloureux trochantérien : | ☐ Oui | ☐ Non |



6 Examen des genoux :

- Douleur et/ou limitation flexion / extension :
☐ Oui ☐ Non
- Y a-t-il un épanchement du genou



Chiffres clés

- Cout de l'arthrose : 5 milliards d'euros (2à3% du budget de la sécu) dont 2 milliards d'euros en hospitalisation

Bertin P, Annual Cost of Patient with Osteoarthritis of the Hip and Knee in France. Journal of Musculoskeletal Pain. 2014;

- Cout des injections d'AH : 60 millions d'euros
- Recours à la chirurgie : 234/100 000 hbts aux USA, 106 en France (216 en Allemagne)
- Cout d'une PTG : 11 800 euros tout compris
- Si on devait passer de 106 à 206 PTG/100 000 hbts : augm de 708 millions (- 60 millions soit 648 millions)



Traitement

- Sous traitement en gériatrie
 - Syndrome dépressif et douleur
 - Prise en charge de la douleur
 - Guidance and management of pain in older people 2013
 - Traitements pharmaco et non pharmacologique
 - Traitements médicamenteux
 - Infiltrations
 - Exercices physiques et perte de poids
 - Quand proposer la prothèse ?
 - Compléments alimentaires
- 

Recommandations EULAR OARSI ACR

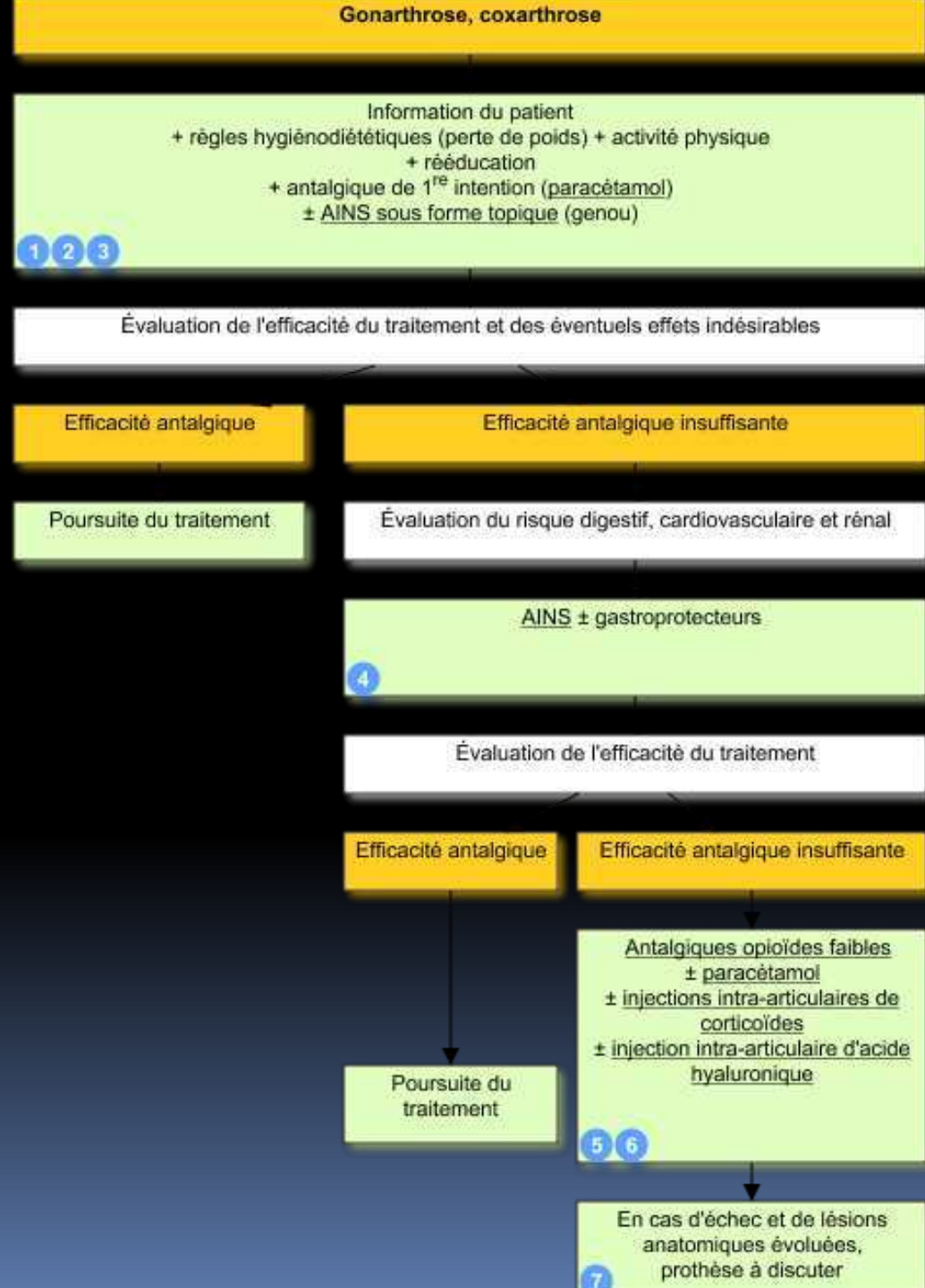
Information +++

Education
thérapeutique

Genouillère +++

Thermothérapie +++

Béquille controlatérale +++





Arthrose : le paracétamol en première intention lors des crises douloureuses

18.03.2014

LES PRATIQUES



Tags : Douleur - Inflammation Maladies articulaires et rhumatismes

Traitement médicamenteux

La prise en charge d'un patient atteint d'arthrose repose d'abord sur des mesures hygiénodiététiques, orthopédiques et de kinésithérapie. Lors des poussées douloureuses, le traitement comprend principalement des antalgiques. Explications du service évaluation des médicaments à la HAS*.

- Paracétamol 1g *3/jour voir 4/jour si aucun facteur de comorbidités n'est associé

AINS



- ACR 2012
 - Passé 75 ans, il est fortement conseillé d'éviter les anti-inflammatoires par voie générale et de préférer l'application de topiques.
 - L'IRénale $Cl < 30$ ml/min : contre-indication
- AGS 2009
 - contre-indications absolues : UGD en évolution, IRC et l'insuffisance cardiaque
 - contre-indications relatives : HTA, l'infection par *Helicobacter pylori*, les atcd d'UGD, l'utilisation concomitante de stéroïdes ou d'antidépresseurs IRS.
- Risque pour une année sous AINS Blower 1997
 - 1/110 de saignement, 1/643 de décès à partir de 75 ans

Métaanalyse AINS Lancet 2013

- essais cliniques randomisés d'une durée > 4 sem, ayant comparé un AINS soit au placebo soit à un autre AINS. 192 881 patients. Age moyen était de $61,2 \pm 11,3$ ans. 63 % étaient traités pour arthrose.
- Le risque d'accident vasculaire majeur (infarctus, AVC, décès par cause vasculaire) est, sous placebo de 0,82% par an ; sous coxib, le RR est de 1,37 ($p=0,0009$) ; sous diclofénac (150 mg/j), il est de 1,41 ($p=0,0036$) et sous ibuprofène (2400mg/j) de 1,44 non statistiquement significatif ($p=0,14$). Le naproxène (1000mg/j) n'est pas responsable d'un sur-risque.
- Le risque d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque est de 0,26% sous placebo ; il est significativement augmenté pour tous les AINS : Il double
- Le risque de complications gastro-intestinales hautes (perforations, obstructions ou saignements) est de 0,19% par an sous placebo ; il est augmenté pour tous les AINS : coxibs 0,38% par an, RR =1,81 ($p=0,0070$), diclofenac : RR 1,89 ($p=0,0106$), ibuprofène : RR 3,97 ($p<0,0001$), naproxène : RR 4,22 ($p<0,0001$). 2% de ces complications gastro-intestinales hautes s'avèreront fatales.
- Il est primordial de prendre en considération l'avis du patient :
juge-t-il ou non ce risque acceptable en échange d'un soulagement de ses symptômes ?

Quid des douleurs chroniques non cancéreuses ?

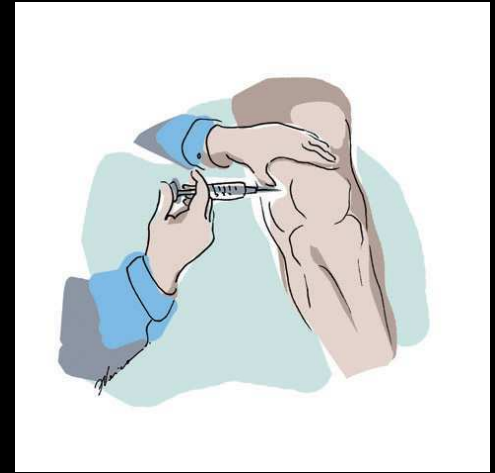
- Opiïdes de classe 2
 - Reco 7 de la prise en charge EULAR, reco 20 ACR, OARSI
- Possible usage des opioïdes aux patients ayant une réponse inadéquate aux traitements de base, et/ou qui ne peuvent ou ne veulent pas être opérés.
-  Mais quid des patients arthrosiques de plus de 80 ans ?
- Aucune d'étude chez les plus de 80 ans
 - Efficacité sur la douleur aigue
 - Dans la revue COCHRANE, l'arrêt du traitement pour soulagement insuffisant de la douleur a été de 10,3% per os et de 5,8% par voie transdermique.
réduction significative de la douleur, mais avec une quantité de soulagement variable.
 - qualité de vie et statut fonctionnel sont non concluants.

Utilisation minime et transitoire



Infiltrations

- Traitement de choix
- Corticoïdes
 - Diprostene
 - Hexatrione (intra articulaire)
 - Attention diabète, HTA
- Autres



Arroll B, Goodyear-Smith F. Corticosteroid injections for osteoarthritis of the knee: meta-analysis. BMJ 2004

Acide hyaluronique

- Retarde la chirurgie, risque mineur, actif sur la douleur et la fonction
 - 10 méta analyses
 - Lo G meta-analysis. JAMA 2003
- Facteurs prédictifs d'efficacité
 - Altman RD, Cartilage, 2016
 - Stade gonarthrose débutant (KL 1 ou 2), pour les KL 3, il faut faire une deuxième série
 - Patient actif, douloureux, Lequesne > 9
 - Pas d'épanchement associé
- Le PM ne semble pas intervenir dans l'efficacité

Exercices physiques



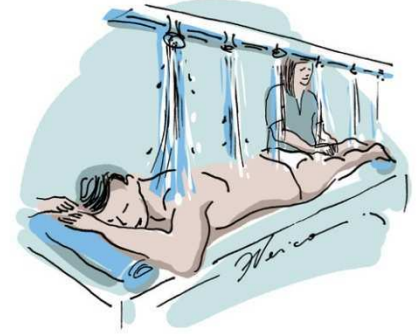
- Longtemps été suspectés d'aggraver les douleurs, voire l'évolution structurale
- Mais en fait :
 - Améliore la stabilité articulaire,
 - Ralentit potentiellement la dégradation articulaire, même avec des exercices en charge
 - Préviend l'enraidissement et l'aggravation des troubles statiques (flessum) ;
 - Lutte contre le déconditionnement physique

Exercices a sec



- 8 essais dans la littérature chez les personnes de plus de 70 ans dont 5 avec témoins
- Gonarthrose, 2 pour la coxarthrose
- Exercices en groupe, a vélo statique, podomètre, a domicile, intervention ergothérapeute
- 2 à 3 séances par semaine (12), durée de 20 à 60 minutes
- Même en cas d'arthrose évoluée, l'exercice physique augmente la fonction (vitesse de marche et durée), baisse la douleur, augm les activités quotidiennes avec une bonne tolérance
 - 4 des études avec Témoins (également pris en charge)
 - Problème du maintien dans le temps

Balnéothérapie



- Même efficacité que exercices a sec (1 étude)
- Limite le risque de chute (mais limitant pour la proprioception)
- Mieux tolérée si douleur lors exercices a sec (arthrose évoluée)
- Moindre gain de force musculaire obtenu
- Investissement financier
- Prescription de seconde intention



Perte de poids

- 2 essais de 403 patients gonarthrose randomisés contrôlés IMC 34 moyenne
 - Seuls le groupe exercice/perte de poids avait une amélioration significative des douleurs et de leur fonction par rapport aux autres (régime seul ou rien)
 - Bien entendu : bénéfice risque à prendre en compte (sarcopénie et ostéoporose)
- 

Quid du traitement chirurgical chez les plus de 80 ans ?

- Nombreuses études (jusqu'à 101 ans de moyenne d'âge)
- Indications : études de cohorte de plus de 75 ans
 - 55% sont opérés (arthrose sévère, douleur modérée à sévère, raideur et limitation fonctionnelle malgré un traitement conservateur de 6 mois minimum)
 - non opérés étaient plus âgés, plus préoccupés par les complications chirurgicales et d'une longue convalescence et avaient des revenus plus bas.
- Type de prothèse
 - Technique miniinvasive, PUC même si tricompartimentale, chir bilatérale d'emblée

Complications de la chirurgie

- A risque : > 80 ans, ASA > 3 , durée intervention plus de 2h
- Complications neuro psychiques : 20%
 - Confusion, aggravation trouble cognitif
 - Rachianesthésie, procédure rigoureuse, Olanzapine, musique
- Complications urologiques : 10 à 25%
 - RAU, infections
- Complications cardiovasculaires : $< 1\%$ (RR 9 > 80 Ans)
- Complication ortho : 5% (infections; luxation ...)
- Complications mortalité : 0,18% à 30 jours (moins importante que la majorité ...)
 - Consultation préalable ETT coro ...
- Clément 2011, Kennedy 2013, Hamel 2008, Vera 2004

Indice de Lequesne et Score ASAS

SCORE ASA	
Etat de santé du patient	Score
Patient sain, en bonne santé, C'est-à-dire sans atteinte organique, physiologique, biochimique ou psychique.	1
Maladie systémique légère, patient présentant une atteinte modérée d'une grande fonction, par exemple : légère hypertension, anémie, bronchite chronique légère.	2
Maladie systémique sévère ou invalidante, patient présentant une atteinte sévère d'une grande fonction qui n'entraîne pas d'incapacité, par exemple : angine de poitrine modérée, diabète, hypertension grave, décompensation cardiaque débutante	3
Patient présentant une atteinte sévère d'une grande fonction, invalidante, et qui met en jeu le pronostic vital, par exemple : angine de poitrine au repos, insuffisance systémique prononcée (pulmonaire, rénale, hépatique, cardiaque...)	4
Patient moribond dont l'espérance de vie ne dépasse pas 24 h, avec ou sans intervention chirurgicale	5

Douleur	Douleur nocturne selon mouvements ou posture ou même immobile	1 2
	Lors du « dérouillage » matinal pendant quelques minutes ou durant plus d'un quart d'heure	1 2
	Lors de la station debout ou du piétinement pendant une demi-heure	1
	Lors de la marche au-dehors seulement après quelque distance ou dès les premiers pas et allant croissant	1 2
	Gêne lors de la station assise prolongée	1
Marche maximale	Plus de 1 km mais limitée	1
	Environ 1 km (environ 15 minutes)	2
	500 à 900 mètres (environ 8 à 15 minutes)	3
	300 à 500 mètres	4
	100 à 300 mètres	5
	Moins de 100 mètres	6
	** avec une canne ou canne-béquille	+1
	*** avec 2 cannes ou cannes-béquilles	+2
Difficultés pour :	Enfiler chaussette ou collant par devant	0 à 2
	Ramasser un objet à terre	0 à 2
	Monter et descendre un étage	0 à 2
	Sortir d'une voiture	0 à 2
	Retentissement sur l'activité sexuelle	0 à 2

Le domaine chirurgical commence vers 10 à 12 points.



Et alors, heureux ?

- Satisfaction : 80% pour les PTG, 90% pour les PTH
 - Moins de douleurs ?
 - Mais surtout gain sur la fonction (cane, marche, autonomie)
 - Evolution a long terme ?
- 

Avenir : plusieurs pistes

- Voie WNT/béta caténine : voie de signalisation intracellulaire favorisant la différenciation des cellules mésenchymateuses vers la voie ostéoblastique (son inhibition induit la chondrogenèse
 - capacité de réguler le cartilage et l'os sous-chondral
- Antagonisme de cette voie
- Petite molécule intraarticulaire
- pendant 9 mois chez le rat

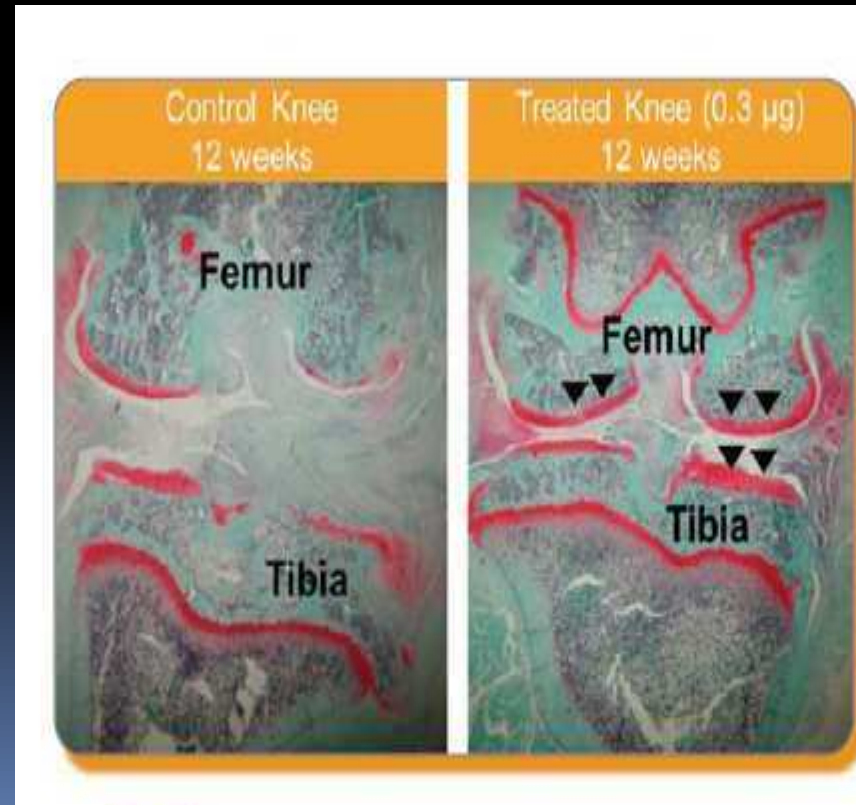
Discovery of a small molecule inhibitor

of the Wnt pathway (SM04690)

as a potential disease modifying treatment

for knee OA ; J. Hood et al, San Diego, USA;

OP0069.



Cas clinique

- Femme de 80 ans, douleur de hanche droite depuis 1 mois : impotence fonctionnelle majeure
- Hanche très douloureuse et limitée
- La radio confirme l'arthrose
- Que faites vous ?



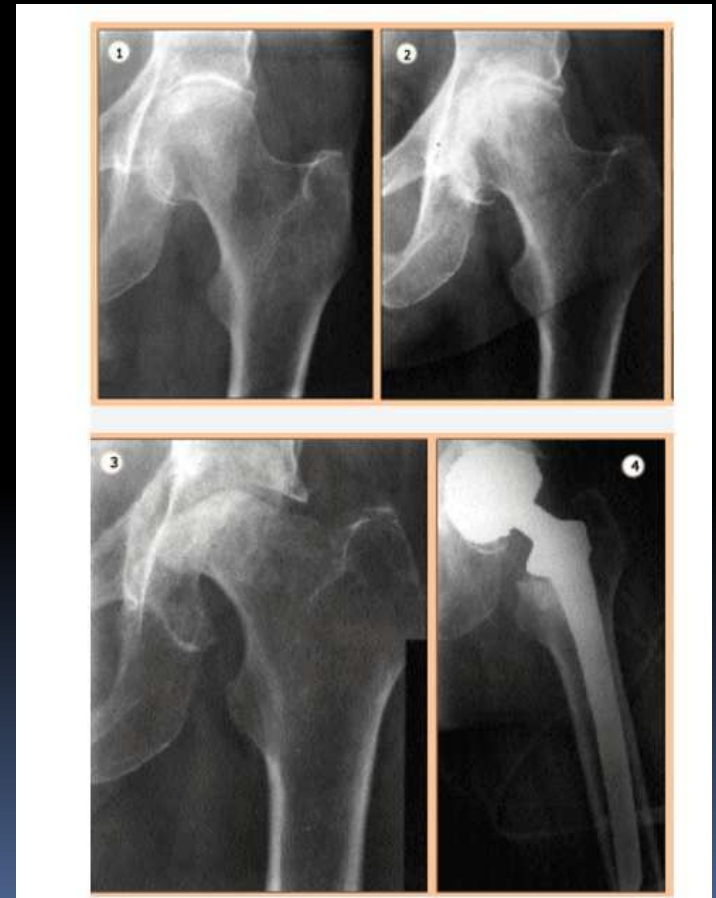


Cas clinique

- Femme de 80 ans, douleur de hanche droite depuis 1 mois : impotence fonctionnelle majeure
 - Hanche très douloureuse et limitée
 - La radio confirme l'arthrose
-
- **Malgré cette prise en charge, la patiente a toujours très mal.**
-
- Que faites vous ?
- 

Arthrose destructrice rapide

- Des nouvelles radios !





Conclusion

- Vrai problème de prise en charge
 - Arthrose souvent considérée comme secondaire
 - Recommandations applicables au plus de 70-80 ans
 - Perennisation de l'activité physique chez ces personnes âgées : intégration au mode de vie.
 - Rôle des enseignants en APA (remboursement ?)
- 



- Merci pour votre attention



Bibliographie

- Réflexions rhumatologiques Mars 2015
 - Recommendations
 - OARSI 2009
 - EULAR 2003 2004 2013
 - ACR 2012
- 