

Outil sur l'arthrose

L'outil sur l'arthrose a été créé pour les fournisseurs de soins primaires qui prennent en charge des patients souffrant de douleur articulaire nouvelle ou récidivante qui correspond à l'arthrose de la hanche, du genou ou de la main. Cet outil aide les cliniciens à identifier les symptômes et à les prendre en charge de manière factuelle, en respectant des objectifs et en utilisant une pharmacothérapie ou non, tout en identifiant les déclencheurs aux fins d'investigations ou d'orientation vers un autre professionnel de la santé.

Section 1 : Anamnèse

Question 1 : Où se situe la douleur du patient? (voir la Figure 1)

Si la douleur touche les **articulations bleues**, il s'agit probablement d'arthrose à moins d'une réponse positive aux questions 2 et 3.

Si la douleur touche les **articulations orange**, effectuer le dépistage de la polyarthrite inflammatoire.

Question 2 : Le patient éprouve-t-il une raideur articulaire matinale qui persiste moins de 30 minutes?

Si plus de 30 minutes, procéder au dépistage inflammatoire.

Question 3 : La douleur articulaire du patient est-elle généralement liée à l'activité?

Si oui, passer à la **Question 4**.

Si non, le patient souffre-t-il au repos?

Si oui, passez aux **SYMPTÔMES ALARMANTS**.

Question 4 : De quelle façon le patient décrit-il la douleur?

Précoce

Caractérisée par une douleur prévisible occasionnelle aiguë ou autre, habituellement causée par un déclencheur (activité, répétition, sport) qui limite éventuellement l'activité excessive ou à grand impact, mais qui se répercute relativement peu sur les activités quotidiennes.

Modéré

Douleur prévisible de plus en plus associée au verrouillage ou à la flexion (genoux) imprévisible ou à d'autres symptômes articulaires. La douleur est de plus en plus constante, et commence à se répercuter sur les activités quotidiennes, comme la marche et les escaliers.

Avancé

Douleur sourde constante ponctuée de brefs épisodes de douleur intense imprévisible. Ce cycle de douleur intermittente, intense et souvent imprévisible au genou ou à la hanche pousse le patient à éviter les activités, y compris les activités sociales et récréatives.

Question 5 : Le patient évite-t-il TOUTE activité en raison de la douleur, de la raideur ou de la faiblesse?

Si oui, dépister les **SYMPTÔMES INQUIÉTANTS** et administrer le PHQ-4

Question 6 : Le patient manifeste-t-il des symptômes d'instabilité, tels que pliage, verrouillage ou claquement répétitif?

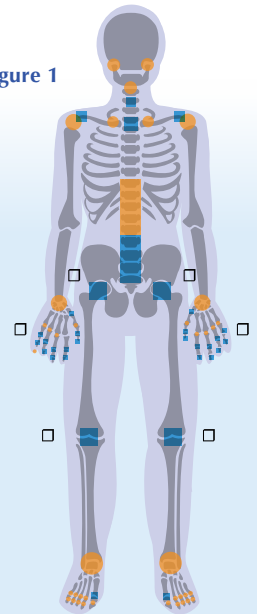
Si non, passer à l'évaluation de l'outil sur l'arthrose

Si oui, procéder à un examen complet des articulations pour éliminer les pathologies du cartilage +/- ligament

Question 7 : Le patient est-il atteint d'une maladie chronique, y compris des troubles du sommeil et/ou de l'humeur?

Si oui, tenir compte des comorbidités lors de la prise en charge sur ordonnance.

Figure 1



Critères de considération inflammatoire²

- Douleur intensifiée au repos ou avec l'immobilité
- Enflure et sensibilité articulaire persistantes
- Chaleur et/ou érythème articulaire fréquent
- Raideur matinale de plus de 30 minutes
- Au moins trois articulations touchées
- Perte pondérale inexplicée

● Inflammatoire systémique³ (polyarthrite rhumatoïde)

■ Arthrose³

SYMPTÔMES ALARMANTS

La liste ci-dessous présente les pathologies graves à considérer et à éliminer lors de l'évaluation de la douleur articulaire³:

	Indication	Investigation
Infection	Fièvre, méningisme, antécédents d'immunosuppression/usage de drogues intraveineuses	Cliché radiologique, IRM, FSC
Inflammatoire	Polyarthrite rhumatoïde, polymyalgie rhumatismale, maladie de Horton	Consultation en rhumatologie et laboratoire (VS, CRP et marqueurs de rhumatologie)
Fracture	Fracture ostéoporotique, chute traumatique avec risque de fracture	Cliché radiologique, tomo (si nécessaire)
Tumeur	Antécédents de cancer, perte pondérale inexplicée, douleur nocturne intense, fatigue importante	Cliché radiologique, IRM

SYMPTÔMES PRÉOCCUPANTS

Facteurs de risque psychosocial d'apparition de chronicité
Aux patients dont la douleur articulaire persiste depuis plus de six semaines, ou aux patients qui n'ont pas répondu au traitement, demander⁵:

Questions à poser	Rechercher
« Pensez-vous que la douleur s'atténuera ou qu'elle s'aggravera? »	Croyance que la douleur est nocive ou potentiellement gravement invalidante
« Pensez-vous pouvoir profiter de l'activité, du mouvement ou de l'exercice? »	Tendance à l'humeur maussade et retrait des interactions sociales
« Comment composez-vous émotionnellement avec la douleur? »	Tendance à l'humeur maussade et retrait des interactions sociales
« Quels traitements ou quelles activités vous aideront à vous rétablir, selon vous? »	Attente d'un traitement passif plutôt que croyance en la participation active

Un patient qui présente un symptôme préoccupant positif profitera de l'éducation et de la réassurance pour réduire le risque de chronicité.

Si vous ressentez de la tristesse ou de l'anxiété, cela pourrait être lié à votre état et pourrait entraver votre rétablissement; prenez un rendez-vous de suivi.

Section 2 : Examen physique

Signes vitaux

Poids (kg):

Taille (cm):

IMC [(poids en kg)/(taille en m)²]: Voir Prise en charge pour les risques connexes

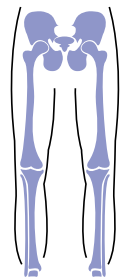
Tension artérielle (mm Hg):

En tenir compte avant de prescrire un médicament

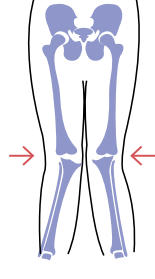
A. EXAMEN DES HANCHES ET DES GENOUX

Alignement/Difformités

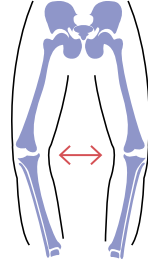
Cocher l'alignement debout du patient:



Normal



Genoux en X (valgus)



Genoux en O (varus)

Démarche:

Observer la démarche du patient, s'il boite, suivre l'algorithme ci-dessous.

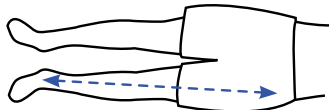
Le patient boite-t-il lorsqu'il marche pendant plus de 5 minutes?

Si oui, demander au patient s'il ressent de la douleur lors du boitement? Envisager la gestion appropriée de la douleur. Si le boitement persiste, envisager une cane droite.

Si la douleur persiste et/ou la démarche est asymétrique en raison de la mobilité limitée de l'articulation, envisager un déambulateur à roulettes

Si non, pourrait boiter occasionnellement au début pour se normaliser, envisager des pauses plus actives avec positionnement prolongé.

Si vous soupçonnez que la longueur des jambes du patient diffère de plus de 1,5 cm, valider à l'aide d'une mesure de dépistage et orienter le patient au besoin pour la modification appropriée des chaussures/semelles.

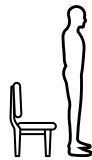


Enflure du genou (Test de gonflement)

Palper l'interligne articulaire à la recherche de sensibilité, tout en vérifiant s'il y a enflure

Minimale	Modérée	Marquée
<input type="checkbox"/> Quantité minimale de liquide sur l'articulation	<input type="checkbox"/> Vague de liquide visible au test de gonflement	<input type="checkbox"/> Abondance de liquide sentie dans le compartiment et ne bouge pas facilement

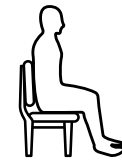
Fonction et force: Test du lever de chaise?



Précoce: Capable de faire plus de 15 répétitions en 30 secondes

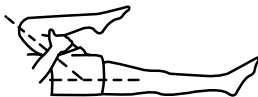


Modéré: Capable de faire une à trois répétitions en 30 secondes

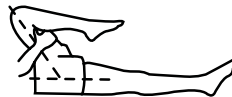


Avancé: Incapable de faire une répétition avec fonction neurologique et cardiaque normale

Flexion de la hanche



Précoce: > 115 degrés



Modéré: > 90-115 degrés



Avancé: < 90 degrés

Rotation interne de la hanche⁸



Précoce: Amplitude normale mais douloureuse



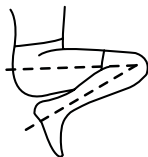
Modéré: 5-10 degrés



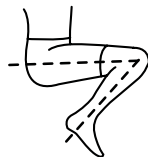
Avancé: Position neutre

Flexion du genou

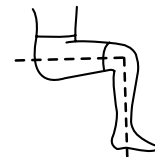
La flexion du genou peut s'évaluer en position assise, debout ou couchée. La douleur à la rotule est le mieux évaluée par quart de flexion en position debout



Précoce: > 115 degrés



Modéré: > 90-115 degrés



Avancé: < 90 degrés

Test du ménisque: Utilisez le Test de Thessaly⁹



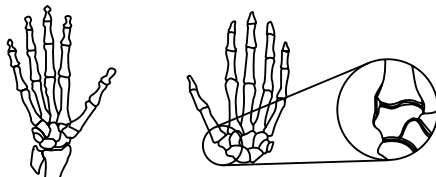
- Dépister une pathologie méniscale discrète pourrait modifier la prise en charge
- Un test positif est indiqué par la déclaration de douleur dans l'interligne ou par le verrouillage ou l'accrochage de l'articulation
- Si positif, effectuer un examen complet du ménisque (tests et imagerie)
- Comparativement au test d'Apley, le test de Thessaly a une plus grande sensibilité et spécificité lors de l'évaluation des déchirures du ménisque

B. EXAMEN DE LA MAIN

Observations

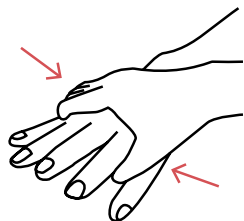
Évaluer les difformités et atrophies bilatérales.

Si plusieurs articulations sont touchées, la force de préhension sera affectée et si l'index et le pouce sont touchés, le pincement sera affecté.



	Pouce	Index	Majeur	Annuaire	Auriculaire
Enflure et/ou sensibilité	<input type="checkbox"/> CMC <input type="checkbox"/> MCP <input type="checkbox"/> IPP	<input type="checkbox"/> MCP <input type="checkbox"/> IPP <input type="checkbox"/> IPD	<input type="checkbox"/> MCP <input type="checkbox"/> IPP <input type="checkbox"/> IPD	<input type="checkbox"/> MCP <input type="checkbox"/> IPP <input type="checkbox"/> IPD	<input type="checkbox"/> MCP <input type="checkbox"/> IPP <input type="checkbox"/> IPD
Difformité	<input type="checkbox"/> CMC <input type="checkbox"/> MCP <input type="checkbox"/> IPP	<input type="checkbox"/> MCP <input type="checkbox"/> IPP <input type="checkbox"/> IPD	<input type="checkbox"/> MCP <input type="checkbox"/> IPP <input type="checkbox"/> IPD	<input type="checkbox"/> MCP <input type="checkbox"/> IPP <input type="checkbox"/> IPD	<input type="checkbox"/> MCP <input type="checkbox"/> IPP <input type="checkbox"/> IPD

Test de serrement pour la douleur à plusieurs articulations¹⁰



Si douloureux, envisager de nombreuses étiologies articulaires.

Éliminer la ténosynovite de De Quervain en présence d'une certaine douleur¹¹



Positif: Douleur lors de la déviation ulnaire du poignet

Si positif, traiter spécifiquement et envisager l'association avec la polyarthrite inflammatoire.

Négatif: Aucune douleur lors de la déviation ulnaire

Si négatif, mettre en route la prise en charge de l'arthrose.

Fonction et force: Préhension et pincement¹⁰



Préhension



Pincement

Score	Réponse musculaire	Score de préhension	Score de pincement	Stade d'arthrose
5	Contraction musculaire maximale Préhension: L'examineur ne peut tirer le pouce de la poigne du patient Pincement: L'examineur est incapable de séparer le pouce de la position de pincement			Normal à précoce
4	Bonne contraction musculaire Préhension: L'examineur peut partiellement faire glisser le pouce de la poigne du patient Pincement: L'examineur est partiellement capable de séparer le pouce de la position de pincement			Précoce à modéré
3	Contraction musculaire modérée Préhension: L'examineur peut faire glisser le pouce de la poigne du patient Pincement: L'examineur est capable de séparer le pouce de la position de pincement			Modéré
2	Faible contraction musculaire Préhension: Le patient est incapable de serrer complètement le pouce de l'examineur Pincement: Le patient est incapable de maintenir une position circulaire entre le pouce et l'index			Avancé
1	Modulation de l'activité			Non conforme à l'arthrose
0	Aucune contraction musculaire			Non conforme à l'arthrose

MCP: métacarpo-phalangienne; CMC: carpo-métacarpienne; IPP: interphalangienne proximale; IPD: interphalangienne distale

Section 3 : Diagnostic

Il est utile de poser un diagnostic d'arthrose en fonction de l'articulation touchée et du stade clinique. Les patients ont dit qu'ils trouvent utile de savoir quelle articulation est touchée et à quel stade clinique. La détermination du stade repose sur l'évaluation clinique de la fonction et de la mobilité, et sur l'examen des articulations. La détermination du stade clinique peut orienter les principes de prise en charge et aider les patients à comprendre la sévérité clinique de leur arthrose.

Évaluation clinique du stade		
Hanche	Genou	Main
<input type="checkbox"/> Précoce	<input type="checkbox"/> Précoce	<input type="checkbox"/> Précoce
<input type="checkbox"/> Modéré	<input type="checkbox"/> Modéré	<input type="checkbox"/> Modéré
<input type="checkbox"/> Avancé	<input type="checkbox"/> Avancé	<input type="checkbox"/> Avancé



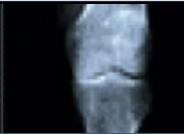

Imagerie
Le patient a-t-il déjà eu une radiographie ou une IRM de l'articulation touchée?

<input type="checkbox"/> Oui	
Date :	Résultats :
Type d'examen d'imagerie :	

Avancé

Envisager la radiographie dans les circonstances suivantes

- Absence de réponse à la prise en charge factuelle pendant 12 semaines
- Recommandation en rhumatologie ou en chirurgie orthopédique

Critères radiographiques de Kellgren et Lawrence d'évaluation de l'arthrose* ²²					
Il serait utile de corrélérer le diagnostic clinique et le stade radiologique lorsque le patient ne répond pas au traitement ou qu'il faut planifier une chirurgie potentielle.		<p>Léger/précoce – Interligne normal avec formation certaine d'ostéophyte</p> <p>Modéré/léger – Réduction modérée de l'interligne/ostéophytes multiples modérés</p> <p>Avancé/sévère – Réduction marquée de l'interligne, sclérose sous-chondrale, ostéophytes de grande taille, difformité du bout des os.</p>			
					
Grade radiographique	0	I	II	III	IV
Classification	Normale	Douteuse	Légère	Modérée	Sévère
Description	Aucune caractéristique d'arthrose	Ostéophyte de très petite taille; signification douteuse	Ostéophyte certain: interligne normal	Réduction modérée de l'interligne	Réduction marquée de l'interligne, sclérose sous-chondrale

*La radiographie n'est pas fidèlement corrélée aux symptômes

Recommandation	
<input type="checkbox"/> Fournisseur de service de réadaptation ambulatoire	<ul style="list-style-type: none"> • Un de ce qui suit: <ul style="list-style-type: none"> • Absence de symptômes alarmants • Patient dont la prise en charge médicale de la douleur est optimisée pour lui permettre de faire des exercices actifs • Patient ouvert à intégrer de nouveaux renseignements et/ou de nouvelles stratégies dans son programme de prise en charge (p. ex., établissement d'objectifs, concentration sur l'auto-prise en charge)
<input type="checkbox"/> Médecin du sport et de l'exercice	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur intense constante qui perturbe les activités et le fonctionnement • Présence de symptômes préoccupants • Patient qui établit ses objectifs actifs de traitement et d'auto-prise en charge • Patient ouvert à intégrer de nouveaux renseignements dans son programme de prise en charge • Patient qui prend un médicament contre la douleur à doses croissantes/fortes (p. ex., opioïdes)
<input type="checkbox"/> Spécialiste de la douleur	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur intense constante qui perturbe les activités et le fonctionnement • Présence de symptômes préoccupants • Patient qui établit ses objectifs actifs de traitement et d'auto-prise en charge • Patient ouvert à intégrer de nouveaux renseignements dans son programme de gestion • Patient qui prend un médicament contre la douleur à doses croissantes/fortes (p. ex., opioïdes)
<input type="checkbox"/> Rhumatologue	<ul style="list-style-type: none"> • Patient à risque de polyarthrite inflammatoire • Symptômes de polyarthrite dans les petites et les grandes articulations • Symptômes généraux (perte pondérale, fatigue) • Caractéristiques non articulaires telles qu'éruption cutanée, maladie intestinale inflammatoire ou psoriasis
<input type="checkbox"/> Chirurgien orthopédique	<ul style="list-style-type: none"> • Patient qui prend un médicament contre la douleur à dose croissante et/ou baisse de l'efficacité de la gestion de la douleur • Patient dont la mobilité articulaire est considérablement réduite se répercutant sur les activités quotidiennes et la qualité de vie. • Échec d'un traitement fondé sur les données probantes suivi fidèlement pendant 12 semaines.

Hanche et genou

RECOMMANDÉ

Gestion du poids

- Le risque relatif est accru pour les IMC classés en surpoids (1,8), obèse (2,4) et très obèse (3,2) comparativement au poids normal¹²
- Le traitement efficace = perte pondérale de 5 % du poids corporel total
- Orienter en diététique au besoin¹²

Activité physique

- Activité physique régulière recommandée : encourager l'activité selon la tolérance et la capacité, viser un total de 150 minutes par semaine; viser 30 minutes 5 jours par semaine¹³.
- Encourager l'entretien de la force et de la forme cardiovasculaire par l'exercice et des activités quotidiennes en plus de la gestion appropriée de la douleur¹³.
- Choisir des activités qui sont moins ardues pour les articulations du patient en fonction de ses préférences, par exemple :
 - Exercices cardiovasculaires et/ou contre résistance terrestres (p. ex., marche, vélo)
 - Contrôle neuromusculaire (p. ex., yoga, tai-chi)
- Dans les cas d'arthrose avancé, envisager les exercices aquatiques comme la natation, l'aquaforme ou la marche dans une piscine
- Envisager un plan de conditionnement physique et l'ordonnance d'exercice par un thérapeute qualifié en réadaptation.

Appareils fonctionnels

- Aide à la marche, au besoin (p. ex., canne, déambulateur ou bâtons de marche)
- Une canne peut réduire la charge pondérale, mais elle doit être ajustée adéquatement et utilisée du côté controlatéral à l'articulation touchée
- Chaussures absorbant les chocs (p. ex., semelles intérieures en gel ou en silicone)
- Une attelle de décharge du genou serait utile chez les patients pour lesquels un côté de l'articulation est moins touché que l'autre

Protection articulaire²⁴

- Réduire le risque de traumatisme en éduquant le patient
- Réduire l'effort nécessaire pour faire une tâche – utiliser les gadgets ou l'équipement d'économie d'effort, éviter de soulever des objets lourds, réduire le poids sur l'articulation touchée
- Trouver son rythme, se reposer pendant 30-60 secondes toutes les 5-10 minutes durant l'étirement ou le mouvement des articulations
- Comprendre quand la douleur s'intensifie durant les activités quotidiennes et proposer un plan d'action pour la réduire au minimum et accroître les activités quotidiennes
- Planifier des randonnées là où il y a des bancs pour s'asseoir
- Garder les articulations en position sûre/neutre, par exemple :
 - Éviter de s'accroupir, s'agenouiller, se tordre ou s'asseoir sur un siège bas
 - Utiliser un siège de toilette et un lit surélevés
 - Réduire le stress articulaire durant le sommeil (p. ex., matelas ferme et oreiller entre les jambes)

Auto-prise en charge

- Les interventions psychosociales (p. ex., thérapie cognitivo-comportementale) peuvent contribuer à l'auto-prise en charge de la douleur et de la fonction liées à l'arthrose¹⁴
- Recommander le patient à un conseiller en santé mentale, si possible

Thermothérapie

- Coussin chauffant : l'enlever et le remettre toutes les 10 minutes ou l'appliquer pendant 15-20 minutes
- Éviter la thermothérapie dans les cas de tumeur maligne ou de blessure aiguë (p. ex., plaies ouvertes, saignement récent, dermatite aiguë, psoriasis, infection)

Main

RECOMMANDÉ

Appareils fonctionnels

- Les attelles de la main et du pouce peuvent améliorer le fonctionnement de la main et réduire la douleur, envisager d'orienter le patient pour des traitements

Entraînement neuromusculaire

- Viser 8 répétitions de l'exercice, augmenter à 15-20 répétitions, 1-2 fois par jour
- Se reposer pendant 24 heures après les activités de renforcement
- Exemples d'entraînement neuromusculaire de la main
 - Faire un poing, déplier les doigts, toucher avec le pouce le bout de chaque doigt

Protection articulaire²⁴

- Réduire le risque de traumatisme en éduquant le patient
- Réduire l'effort nécessaire pour faire une tâche – utiliser les gadgets ou l'équipement d'économie d'effort, éviter de soulever des objets lourds, réduire le poids sur l'articulation touchée
- Trouver son rythme, se reposer pendant 30-60 secondes toutes les 5-10 minutes durant l'étirement ou le mouvement des articulations
- Comprendre quand la douleur s'intensifie durant les activités quotidiennes et proposer un plan d'action pour la réduire au minimum et accroître les activités quotidiennes
- Distribuer le poids sur plusieurs articulations, par exemple, distribuer la charge sur les deux mains
- Éviter de fatiguer le pouce, les mouvements répétitifs du pouce et/ou la préhension prolongée dans une position
- Utiliser une poigne aussi grande que possible

Auto-prise en charge

- Les interventions psychosociales (p. ex., thérapie cognitivo-comportementale) peuvent contribuer à l'auto-prise en charge de la douleur et de la fonction liées à l'arthrose¹⁴
- Recommander le patient à un conseiller en santé mentale, si possible

Thermothérapie

- Paraffine²⁵
- Coussin chauffant : l'enlever et le remettre toutes les 10 minutes ou l'appliquer pendant 15-20 minutes
- Éviter la thermothérapie dans les cas de tumeur maligne ou de blessure aiguë (p. ex., plaies ouvertes, saignement récent, dermatite aiguë, psoriasis, infection)

		Modèle de prise en charge – Pharmacothérapie	
PHARMACOLOGIQUE	Hanche et genou	Main	
		<p>RECOMMANDÉ</p> <p>Topique</p> <p>AINS topiques</p> <ul style="list-style-type: none"> Diclofénac sodique Arthrose du genou^{14,15} <ul style="list-style-type: none"> Dose: 50 gouttes par genou tid ou 40 gouttes par genou qid <p>Analgsésiques</p> <ul style="list-style-type: none"> L'acétaminophène est recommandé en première intention dans les cas d'arthrose du genou/de la hanche^{4,15,16,17} L'acétaminophène procure un soulagement minimal de la douleur et l'amélioration minimale de la fonction dans l'arthrose du genou/de la hanche (statistiquement significatif, mais sans importance clinique)^{17,18} <p>AINS oraux</p> <ul style="list-style-type: none"> Les AINS et inhibiteur de la COX-2 sont recommandés chez les patients exempts de contre-indications (atteinte rénale, atteinte hépatique grave, antécédents d'asthme ou de réaction de type allergique après la prise d'un AINS ou de l'AAS, insuffisance cardiaque grave non maîtrisée, ulcères gastriques, duodénaux ou gastro-duodénaux évolutifs et maladie inflammatoire, saignement cérébrovasculaire et autres troubles hémorragiques ou hyperkaliémie)^{14,15} <p>SNRI</p> <ul style="list-style-type: none"> La duloxétine est recommandée dans les cas d'arthrose du genou⁸ <p>Opioides</p> <ul style="list-style-type: none"> Le tramadol est recommandé dans les cas d'arthrose du genou, s'il s'inscrit dans les valeurs et préférences du patient^{13,14}. Les opioides autres que le tramadol (oxycodone orale, buprénorphine transdermique, tapentadol oral, codéine orale, morphine orale, oxymorphone orale, fentanyl transdermique et hydromorphone orale) ont peu d'effet sur la douleur ou la fonction physique et plus d'effets indésirables^{20,21} <p>Corticostéroïdes</p> <ul style="list-style-type: none"> Les injections intra-articulaires de corticostéroïdes soulagent parfois brièvement la douleur causée par l'arthrose du genou ou de la hanche.^{14,15} 	<p>RECOMMANDÉ</p> <p>Topique</p> <p>AINS topiques¹⁴</p> <ul style="list-style-type: none"> Diclofénac de diéthylamine Arthrose de la main (1,16 %, 2,32 %) Dose: 2-4 g appliqués tid-qid Contreirritant salicylate de méthyle avec menthol ou camphre appliquer tid-qid Acétaminophène <p>Capsaïcine¹⁴</p> <ul style="list-style-type: none"> La capsaïcine dans les cas d'arthrose de la main Capsaïcine (0,025 %, 0,075 %) Appliquer tid-qid sur la peau intacte <p>Analgsésiques</p> <ul style="list-style-type: none"> L'acétaminophène est recommandé en première intention dans les cas d'arthrose de la main^{14,15,16,17} L'acétaminophène procure un soulagement minimal de la douleur et l'amélioration minimale de la fonction dans l'arthrose de la main (statistiquement significatif, mais sans importance clinique)^{17,18} <p>AINS oraux</p> <ul style="list-style-type: none"> Les AINS et inhibiteur de la COX-2 sont recommandés chez les patients exempts de contre-indications (atteinte rénale, atteinte hépatique grave, antécédents d'asthme ou de réaction de type allergique après la prise d'un AINS ou de l'AAS, insuffisance cardiaque grave non maîtrisée, ulcères gastriques, duodénaux ou gastro-duodénaux évolutifs et maladie inflammatoire, saignement cérébrovasculaire et autres troubles hémorragiques ou hyperkaliémie)^{14,15} <p>Opioides</p> <ul style="list-style-type: none"> Le tramadol est recommandé dans les cas d'arthrose de la main, s'il s'inscrit dans les valeurs et préférences du patient^{14,15} Les opioides autres que le tramadol (oxycodone orale, buprénorphine transdermique, tapentadol oral, codéine orale, morphine orale, oxymorphone orale, fentanyl transdermique et hydromorphone orale) ont peu d'effet sur la douleur ou la fonction physique et plus d'effets indésirables^{20,21}
		<p>NON RECOMMANDÉ</p> <ul style="list-style-type: none"> La capsaïcine n'est pas recommandée dans les cas d'arthrose du genou ou de la hanche^{14,15} La glucosamine est inappropriée pour modifier la maladie, mais pour soulager les symptômes, les données ne sont pas concluantes. La chondroïtine n'est pas appropriée¹⁵ Les modulateurs de la douleur neuropathique ne sont pas recommandés¹⁵ 	<p>NON RECOMMANDÉ</p> <ul style="list-style-type: none"> Les injections intra-articulaires de corticostéroïdes ne sont pas recommandées dans les cas d'arthrose de la main.¹³ La glucosamine est inappropriée pour modifier la maladie, mais pour soulager les symptômes, les données ne sont pas concluantes¹⁵. La chondroïtine n'est pas appropriée¹⁵ Les modulateurs de la douleur neuropathique ne sont pas recommandés¹⁵
		<p>PEU CONCLUANTS</p> <ul style="list-style-type: none"> Arthrose de la hanche – aucune recommandation sur l'emploi des AINS topiques^{13,14} Il n'existe pas de recommandations consensuelles préconisant l'emploi d'hyaluronates intra-articulaires, de plasma riche en plaquettes et de la thérapie par les cellules souches dans les cas d'arthrose du genou ou de la hanche en raison de conclusions contradictoires entre les méta-analyses^{14,15} Remèdes et suppléments à base de plante - les données ne sont pas concluantes pour étayer leur emploi dans la prise en charge de l'arthrose. 	<p>PEU CONCLUANTS</p> <ul style="list-style-type: none"> Il n'existe pas de recommandations préconisant l'emploi d'hyaluronates intra-articulaires dans les cas d'arthrose de la main en raison de conclusions contradictoires entre les méta-analyses^{14,15}. Remèdes et suppléments à base de plante - les données ne sont pas concluantes pour étayer leur emploi dans la prise en charge de l'arthrose.
	<p>Légende tid-qid - 3 à 4 fois par jour</p>		

ÉVALUATION DE LA RÉPONSE AU TRAITEMENT

Une fois la prise en charge appropriée entreprise, il faut réévaluer le patient après 2-4 semaines afin de déterminer quelles seront les prochaines étapes vers l'atteinte de la fonction optimale. Le traitement axé sur la réponse et les objectifs peut guider la prise de décision clinique.

Amélioration	Pas de changement	Aggravation
<ul style="list-style-type: none"> • Réduire la dose du médicament contre la douleur • Encourager les activités/exercice appropriés • Intensifier graduellement et progressivement l'exercice/les activités visant à atteindre les objectifs d'activité • Mettre en application des stratégies exhaustives d'auto-prise en charge • Conseiller le patient à consulter à nouveau si les symptômes d'enflure, de douleur et de raideur se manifestent à nouveau 	<ul style="list-style-type: none"> • Réévaluer les symptômes alarmants et préoccupants • Réviser l'exercice/activité afin d'éviter la surutilisation ou les répétitions excessives, et prévoir des pauses fréquentes et des positions de récupération • Revoir la posologie des médicaments et la durée du traitement, et envisager la prochaine ligne de médicaments • Considérer les critères pour l'orientation vers un fournisseur de services de réadaptation ambulatoire axée sur les objectifs • Réévaluer les symptômes préoccupants et s'ils sont positifs, envisager l'orientation vers un spécialiste de la douleur/clinique de la douleur. • Suivi dans 1-2 semaines pour voir si le patient répond au traitement. 	<ul style="list-style-type: none"> • Réévaluer les symptômes alarmants et considérer les critères pour la recommandation en rhumatologie. Évaluer la nécessité des investigations. • Réévaluer les symptômes préoccupants et s'ils sont positifs, envisager l'orientation vers un spécialiste de la douleur/clinique de la douleur. • Réévaluer les critères d'orientation en orthopédie pour évaluation chirurgicale possible. • Revoir tous les éléments de la colonne « Pas de changement » et rechercher si le patient observe bien le traitement ou s'il y a des choses qu'il ne comprend pas. • Établir les objectifs prioritaires du traitement et se concentrer sur un objectif à la fois pour modifier les activités et progresser plus lentement.

Références

- [1] Hawker et al, Understanding the pain experience in hip and knee osteoarthritis – an OARSI/OMERACT initiative. *Osteoarthritis and Cartilage* 16, 415-422 [http://www.oarsijournal.com/article/S1063-4584\(07\)00403-7/fulltext](http://www.oarsijournal.com/article/S1063-4584(07)00403-7/fulltext)
- [2] BC Practice Support Program. March 2016. Ver 7.8 Publié au : http://www.gpsc.bc.ca/sites/default/files/OA%20RA%20Algorithm%20ver%207%206_0.pdf
- [3] Getting a Grip on arthritis. Best Practice Guidelines. The Arthritis Society. 2017
- [4] Adapted from Physicians of Ontario Collaborating for Knowledge Exchange and Transfer (Red and Yellow Flag Cards) Publié au : https://www.iwh.on.ca/system/files/documents/pocket_flag_cards_2008_sheet.pdf
- [5] New Zealand Guidelines Group. New Zealand acute low back pain guide: Incorporating the guide to assessing psychosocial yellow flags in acute low back pain [Internet]. 2004 Oct [cited 2015 Nov 25]. Publié au : http://www.acc.co.nz/PRD_EXT_CSM/groups/external_communications/documents/guide/prd_ctrb112930.pdf
- [6] Cook C, Heddes E. *Orthopedic Physical Examination Tests: An Evidence-Based Approach*. 2nd ed. Pearson 2015
- [7] Centers for Disease Control and Prevention, The 30-Second Chair Stand Test, https://www.cdc.gov/steady/pdf/30_second_chair_stand_test-a.pdf
- [8] British Columbia Guidelines and Protocols Advisory Committee. Osteoarthritis in Peripheral Joints – Diagnosis and Treatment. 2008 Sep 15 <http://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/bc-guidelines/oa.pdf>
- [9] Blyth M, Anthony I, Francq B, et al. Diagnostic accuracy of the Thessaly test, standardised clinical history and other clinical examination tests (Apley's, McMurray's and joint line tenderness) for meniscal tears in comparison with magnetic resonance imaging diagnosis. *Health Technology Assessment*, No. 19.62. 2015. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK310281/>
- [10] Arthritis Research UK. Examination of the hand and wrist. <http://www.arthritisresearchuk.org/health-professionals-and-students/video-resources/rems/examination-of-the-hand-and-wrist.aspx>
- [11] American Academy of Orthopaedic Surgeons, De Quervain's Tendinitis-OrthoInfo. <http://orthoinfo.aaos.org/topic.cfm?topic=a00007>
- [12] Niu J, Zhang Y, Torner J, Nevitt M, Lewis C, Aliabadi P, et al. Is Obesity a Risk Factor for Progressive Radiographic Knee Osteoarthritis? *Arthritis Rheum*. 2009;61(3):329-35.
- [13] Dunlop D, Song J, Lee J, Gilbert A, Semanik P, Ehrlich-Jones L et al. Physical Activity Minimum Threshold Predicting Improved Function in Adults With Lower-Extremity Symptoms. *Arthritis Care & Research*. 2017;69(4):475-483.
- [14] Hochberg M, Altman R, April K, Benkhalti M, Guyatt G, McGowan J, et al. American College of Rheumatology 2012 Recommendations for the Use of Nonpharmacologic and Pharmacologic Therapies in Osteoarthritis of the Hand, Hip and Knee. *Arthritis Care & Research*. 2012;64(4):465-74
- [15] McAlindon T, Bannuru R, Sullivan M, Arden N, Berenbaum F, Bierma-Zeinstra S, et al. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis. *Osteoarthritis and Cartilage*. 2014;22:363-88.
- [16] Derry S, Conaghan P, Da Silva J, Wiffen P, Moore R. Topical NSAIDs for chronic musculoskeletal pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Apr 22;4:CD007400
- [17] Machado G, Maher C, Ferreira P, Pinheiro M, Lin C, Day R, et al. Efficacy and safety of paracetamol for spinal pain and osteoarthritis: systematic review and meta-analysis of randomized placebo controlled trials. *BMJ*. 2015;350:h12251
- [18] Ennis Z, Dideriksen D, Vaegter H, Handberg G, Pottegard A. Acetaminophen for chronic pain: A systematic review on efficacy. 2016;118:184-9.
- [19] Canadian Pharmacists Association, SNRIs, e-therapeutics.ca, consulté le 2 février 2017
- [20] Cepeda M, Camargo F, Zea C, Valencia L. Tramadol for osteoarthritis: a systematic review and metaanalysis. *J Rheumatol*. 2007;34(3):543-55.
- [21] Cepeda M, Camargo F, Zea C, Valencia L. Tramadol for osteoarthritis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;19(3):CD005522.
- [22] Cooper C et al. In: Brandt KD, Doherty M, Lohmander LS, eds. *Osteoarthritis*. Oxford, NY: Oxford University Press, 1998 237-249
- [23] Vancouver Coastal Health. Osteoarthritis Service Integration System. Manage Your OA. Exercise. <http://oasis.vch.ca/manage-your-oa/exercise/>, consulté le 3 mars 2017.
- [24] Vancouver Coastal Health. Osteoarthritis Service Integration System. Manage Your OA. Joint Protection. <http://oasis.vch.ca/manage-your-oa/joint-protection/>, consulté le 3 mars 2017.
- [25] Paraffin Wax for Osteoarthritis. : <http://www.webmd.com/osteoarthritis/tc/paraffin-wax-for-osteoarthritis-topic-overview#1>, consulté le 3 mars 2017.

Le présent outil a été mis au point par le Centre for Effective Practice (« CEP »), en collaboration avec le Collège des médecins de famille du Canada (« CMFC ») et l'Alliance de l'arthrite du Canada (« AAC »). Le leadership clinique durant l'élaboration de l'outil a été assuré par la Dre Julia Alleyne M.D., en collaboration avec un groupe de travail clinique composé de spécialistes en la matière. L'outil a été revu par d'autres utilisateurs finaux ciblés pertinents et intervenants clés. Cet outil a été financé par le CMFC et l'AAC.

Le présent outil a été créé à l'intention des professionnels de la santé de l'Ontario à titre de guide seulement, il ne donne pas de conseils d'ordre médical ou professionnel. Les professionnels de la santé doivent faire preuve de jugement clinique lorsqu'ils utilisent cet outil. Le Centre for Effective Practice (« CEP »), le Collège des médecins de famille de l'Ontario, la Nurse Practitioners' Association of Ontario, le gouvernement de l'Ontario, ni aucun de leurs agents, personnes désignées, dirigeants, personnel, employés, contractuels, membres ou bénévoles: i) ne fournissent des services médicaux, diagnostiques ou thérapeutiques par l'entremise de cet outil; ii) dans les limites permises par les lois en vigueur, n'acceptent aucune responsabilité pour l'utilisation correcte ou incorrecte de cet outil par quiconque, y compris sans s'y limiter, les fournisseurs de soins de première ligne ou personnes morales, y compris les pertes, dommages ou blessures (incluant les décès) découlant de l'utilisation de cet outil ou liée à son utilisation, en tout ou en partie; ou iii) ne fournissent aucune assurance, garantie ou recommandation pour les sources externes auxquelles cet outil fait référence (nommées ou non) qui sont la propriété ou sont exploitées par une tierce partie, y compris toute information ou tout conseil fournis dans la présente.



L'outil sur l'arthrose est un produit du Centre for Effective Practice. Les personnes qui souhaitent utiliser, copier et distribuer ce document à toutes fins non commerciales et de recherche ont la permission de le faire, pour autant que le paragraphe de limitation de la responsabilité ci-dessus, le présent paragraphe et les paragraphes suivants apparaissent sur toutes les copies, modifications et distributions. L'utilisation de l'outil sur l'arthrose à des fins commerciales ou toute modification de l'outil est soumise à des frais et son utilisation doit faire l'objet de négociations avec le Centre for Effective Practice (courriel: info@effectivepractice.org).

Aux fins statistiques et bibliographiques, veuillez aviser le Centre for Effective Practice (info@effectivepractice.org) lors de toute utilisation ou réimpression de l'outil.

Veuillez utiliser la citation ci-dessous lors de la référence à cet outil: Réimprimé avec la permission du Centre for Effective Practice. (Juin 2017). Outil sur l'arthrose: Canada. Toronto: l'Alliance de l'arthrite du Canada Centre for Effective Practice et le Collège des médecins de famille du Canada

Élaboré par :

