

L'arthrose de la hanche oui, on peut aider beaucoup!

5

Sylvain Boutet

M^{me} Gagnon, 62 ans, sédentaire, obèse et atteinte d'hypertension, consulte en raison d'une douleur dans la région inguinale et la cuisse gauche. Elle semble particulièrement inquiète, car sa sœur aînée vient de se faire poser une prothèse totale de hanche. « Docteur, j'ai beaucoup de questions. Je ne voudrais surtout pas avoir une opération comme ma sœur. »

L'ARTHROSE EST la forme la plus commune d'affection ostéoarticulaire. Parmi tous les cas, on estime que 40 % des patients souffrent de coxarthrose ou de gonarthrose d'intensité modérée ou grave. La hanche est la deuxième plus grosse articulation atteinte après le genou. La prévalence serait de 10 % chez les gens de plus de 35 ans^{1,2}. L'arthrose est une maladie articulaire chronique caractérisée par une détérioration du cartilage articulaire et de l'os sous-chondral. Longtemps considérée comme une maladie dégénérative évolutive, on sait maintenant qu'elle peut aussi être stable pendant plusieurs années et se détériorer rapidement et nécessiter une intervention chirurgicale². Les douleurs et la diminution des capacités fonctionnelles dues à l'arthrose de la hanche peuvent nuire à la qualité de vie. Comme le cartilage humain n'est pas innervé, la douleur peut avoir plusieurs origines : l'augmentation de la pression veineuse dans l'os sous-chondral, les microfractures trabéculaires, la surélévation du périoste par des ostéophytes et la distension capsulaire par des épanchements récurrents (synovites)³. C'est aussi ce

qui explique pourquoi la douleur évolue par cycles ou persiste.

1. Est-ce une arthrose de la hanche ?

La coxarthrose est une affection douloureuse associée à des signes articulaires, à une altération du cartilage et à des modifications connexes de l'os sous-chondral visibles à la radiographie simple. De façon caractéristique, la douleur inguinale irradie à la face antérieure de la cuisse, mais peut aussi être fessière ou trochantérienne et se propager à la face latérale du membre inférieur. La douleur est de type mécanique lors des activités physiques et est soulagée par le repos. La raideur d'immobilisation est inférieure à trente minutes. Parfois, la douleur sera aussi présente au repos et la nuit pendant un certain temps et tardivement. Une douleur disproportionnée par rapport à la radiographie pourrait être attribuable à un épanchement articulaire sous pression (synovite), à une bursite du muscle iliopsoas ou à une coxarthrose destructrice rapide².

À l'examen physique, on trouve une perte douloureuse des amplitudes articulaires passives et actives selon un patron capsulaire articulaire. Pour la hanche, la rotation interne est le premier mouvement touché suivi de la flexion et de la rotation externe. On cherchera aussi une faiblesse du muscle moyen fessier qui

Le Dr Sylvain Boutet, médecin de famille et du sport, détient une certification canadienne en médecine du sport et exerce au Centre médical L'Hétrière, à Saint-Augustin-de-Desmaures.

L'arthrose de la hanche est une affection douloureuse qui entraîne une diminution de la mobilité articulaire et une altération du cartilage articulaire et de l'os sous-chondral visibles à la radiographie.

Repère

Tableau

Modalités thérapeutiques

Non pharmacologiques

- Éducation
- Aides à la marche (en cas d'exacerbations)
- Perte de poids
- Activité physique
- Physiothérapie

Pharmacologiques

- Acétaminophène
- AINS et inhibiteur de la cyclo-oxygénase-2
- Narcotiques
- Duloxétine
- Injections de corticostéroïde
- Injection d'agents de viscosuppléance

Chirurgicales

- Resurfaçage
- Prothèse totale de hanche

y est souvent associé (voir l'article du D^r Germain Thériault intitulé : « La hanche : un "carrefour" de maladies à bien démêler ! », dans le présent numéro). Plus tardivement, une contracture en flexion de la hanche favorisera une hyperlordose lombaire associée à un dysfonctionnement lombosacré et à un déséquilibre du bassin².

Enfin, le diagnostic se confirme par la radiographie simple debout en incidence antéro-postérieure du bassin et par des vues obliques et de Lauenstein des hanches touchées. La radiographie révélera un pincement articulaire, une sclérose sous-chondrale, des kystes osseux, des ostéophytes et des déformations osseuses.

2. Pourquoi est-ce que cela m'arrive ?

Certains facteurs de risque prédisposent à l'arthrose de la hanche^{1,2}. Il y a des facteurs personnels non modifiables, comme l'âge, la prédisposition familiale, le sexe féminin et la dysplasie coxofémorale (voir l'article du D^r Claude Tremblay intitulé : « Le conflit fémoro-acétabulaire : qu'en est-il vraiment ? », dans le présent numéro). L'obésité demeure le facteur personnel modifiable le plus important à prendre en compte. D'autres facteurs plus en lien avec l'hygiène articulaire, comme les antécédents traumatiques et les microtraumatismes répétés liés au travail ou aux activités spor-

tives, sont aussi à considérer. Enfin, toutes les maladies articulaires inflammatoires ou infectieuses touchant la hanche peuvent engendrer une arthrose secondaire.

3. Ya-t-il d'autres options que la prothèse de hanche ?

D'abord, les objectifs du traitement sont la réduction des symptômes ainsi que l'accroissement des amplitudes articulaires, de la force, de la proprioception et de la protection de l'articulation contre les contraintes excessives. Le plan de traitement doit être personnalisé, enseigné au patient et conforme aux attentes de ce dernier. Il doit inclure des mesures non pharmacologiques et pharmacologiques⁴ (tableau). Les choix thérapeutiques doivent tenir compte des antécédents médicaux personnels, du traitement médicamenteux du patient de même que de l'importance de la douleur et du handicap personnel.

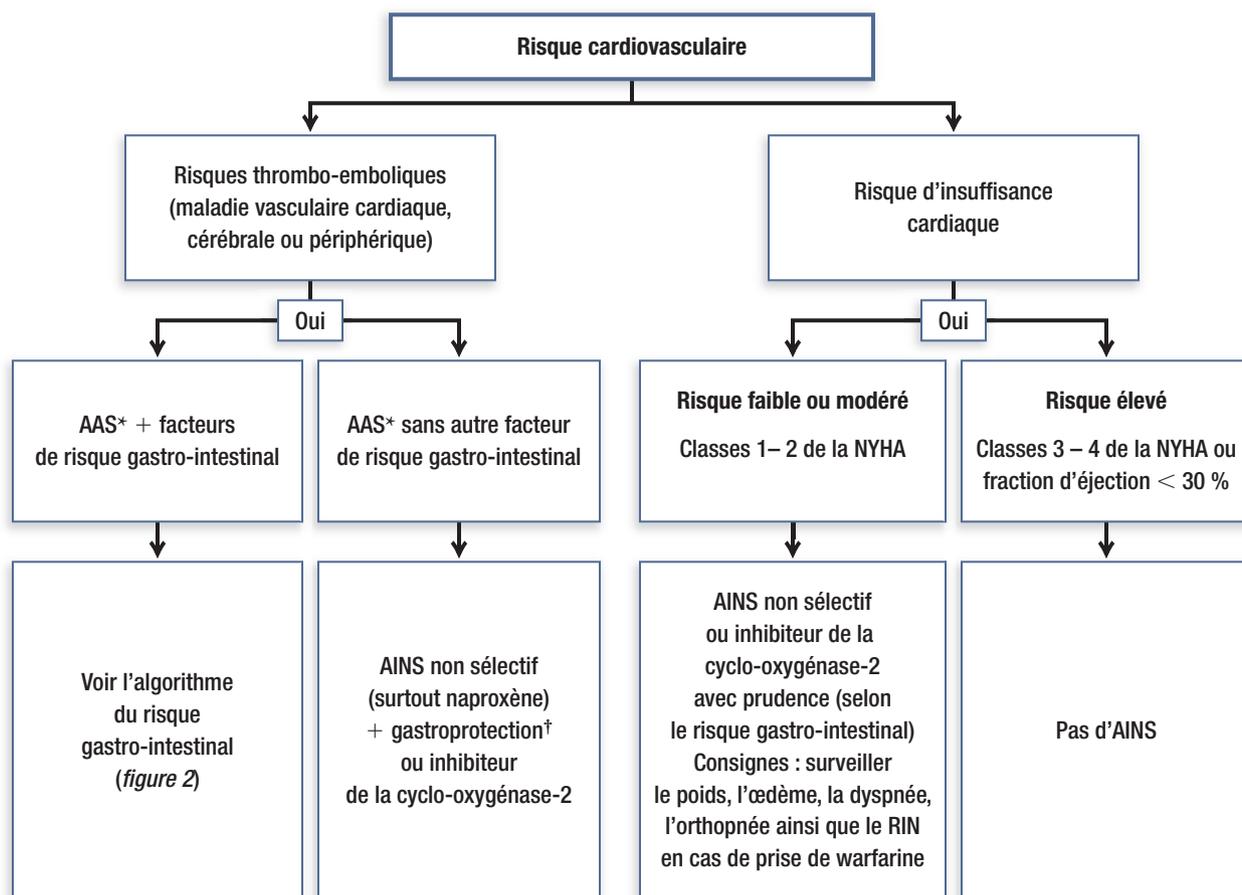
Parmi les mesures non pharmacologiques, l'éducation est fondamentale du fait qu'il s'agit d'une maladie chronique persistante. Elle permettrait même, à elle seule, une diminution de la douleur et de l'incapacité². Le patient doit être informé que les douleurs vont fluctuer et que de bonnes et de mauvaises périodes vont alterner. La personne obèse devra réduire son poids afin de diminuer la surcharge méca-

Certains facteurs prédisposent à la coxarthrose : l'âge, le sexe féminin, la génétique et la dysplasie coxofémorale. L'obésité demeure le facteur personnel le plus important à prendre en compte, suivi des traumatismes en lien avec le travail et les sports.

Repère

Figure 1

Risque cardiovasculaire associé à la prise d'AINS



* AAS : 325 mg ou moins comme antiplaquettaire ; † IPP, 1 f.p.j. ou misoprostol, au moins 800 µg, 1 f.p.j.

Source : Conseil du médicament du Québec (INESSS). *Algorithme d'utilisation des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)*. Québec : Le Conseil ; 2010. p. 8. Site Internet : www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/CDM/UsageOptimal/AINS-IPP/CdM-Algorithm-AINS.pdf (Date de consultation : juin 2013).
Reproduction autorisée.

nique et prévenir la détérioration de l'articulation. Non seulement l'activité physique participera à la perte de poids, mais elle sera aussi bénéfique pour maintenir, voire améliorer les qualités physiques permettant une capacité fonctionnelle optimale. Pendant une phase douloureuse, un repos relatif et des aides à la marche (cannes, béquilles, etc.) atténueront les douleurs. Enfin, l'orientation en physiothérapie est utile pour améliorer les capacités fonctionnelles. Le physiothérapeute pourra mobiliser passivement les amplitudes articulaires restreintes, étirer les unités musculotendineuses et prescrire adéquatement des exercices pour la force, l'endurance, l'élasticité et la proprioception.

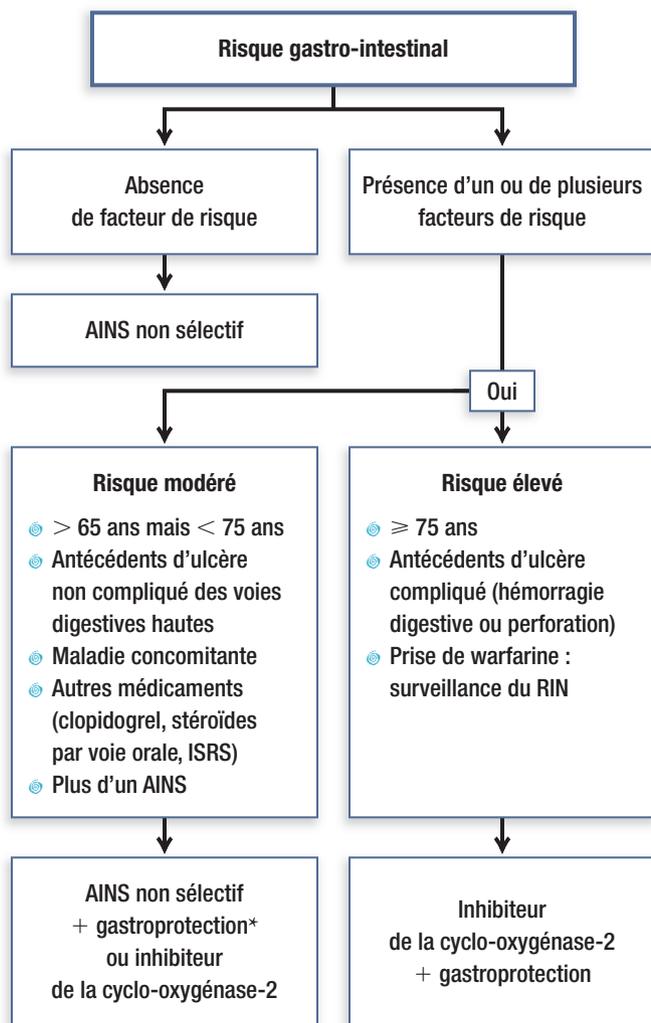
4. Les médicaments pourraient-ils soulager mes douleurs ?

Compte tenu de son efficacité et de son innocuité, l'acétaminophène est l'analgésique par voie orale de premier choix pour la réduction de la douleur légère ou modérée et devient le meilleur choix à long terme. Le patient peut prendre jusqu'à 4 g par 24 heures. On ne doit pas hésiter à en recommander la prise systématique, et non juste au besoin, surtout en présence de douleurs quotidiennes persistantes.

Les patients qui ne réagissent pas adéquatement à l'acétaminophène peuvent prendre en plus ou à la place des AINS et des inhibiteurs de la cyclo-oxygénase-2. Cependant, ces médicaments comportent des risques

Figure 2

Risque gastro-intestinal associé à la prise d'AINS



* IPP, 1 f.p.j. ou misoprostol, au moins 800 µg, 1 f.p.j.

Source : Conseil du médicament du Québec (INESSS). *Algorithme d'utilisation des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)*. Québec : Le Conseil ; 2010, p. 6. Site Internet : www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/CDM/UsageOptimal/AINS-IPP/CdM-Algorithm-AINS.pdf (Date de consultation : juin 2013). Reproduction autorisée.

cardiovasculaires, digestifs et rénaux^{5,6} (figures 1-3)⁵. La dose efficace la plus faible et pour la durée la plus courte

possible est donc recommandée. Par contre, le recours au célécoxib en continu plutôt que de façon intermittente lors d'un essai à répartition aléatoire à double insu regroupant 858 sujets sur une période de vingt-deux semaines se serait révélé plus efficace pour l'atténuation des symptômes et la réduction des périodes d'exacerbation, sans causer d'augmentation des effets indésirables⁷.

Les analgésiques opioïdes constituent une option utile pendant les périodes d'exacerbation ou lorsque les traitements courants sont contre-indiqués ou inefficaces⁸⁻¹⁰.

5. Est-ce vrai que l'on peut traiter ma douleur par un antidépresseur ?

Les antidépresseurs sont, depuis longtemps, employés dans le traitement des syndromes douloureux chroniques. La duloxétine (Cymbalta) a reçu en 2010 l'approbation de la FDA et celle de Santé Canada, à l'automne 2012, pour la prise en charge de la douleur chronique causée par l'arthrose. Dans le cadre de deux études cliniques à répartition aléatoire à double insu avec placebo, la duloxétine, administrée une fois par jour, s'est révélée sûre et efficace^{11,12}. Elle stimulerait les voies inhibitrices de la douleur par son action sur les neurotransmetteurs, notamment sur la noradrénaline¹³. Son mécanisme d'action étant différent de celui des autres agents pharmacologiques, elle peut donc être prescrite aussi bien en association qu'en monothérapie. Outre son effet bénéfique direct sur la douleur, elle stabilise aussi les symptômes dépressifs ou anxieux si souvent associés à la douleur chronique.

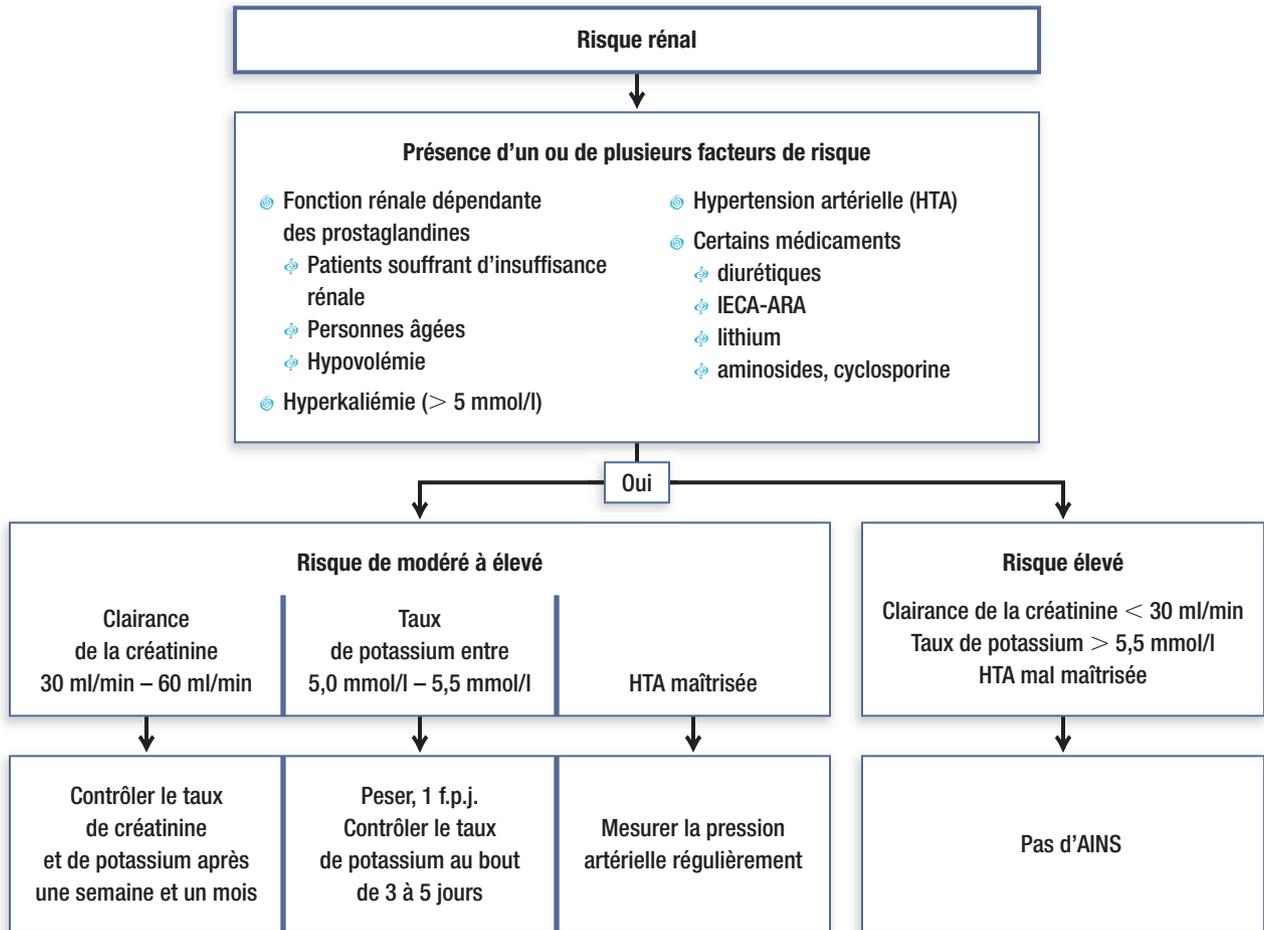
6. Que pensez-vous des injections ?

Dans l'arthrose, la douleur a généralement un caractère mécanique et elle augmente lors des activités physiques. Parfois, lors des exacerbations, il se produit une poussée inflammatoire avec synovite. La douleur est donc plus importante la nuit au repos, et le handicap fonctionnel est alors accru. C'est lors d'une telle période que le recours à un corticostéroïde en in-

Dans les modalités thérapeutiques, la perte de poids et l'activité physique sont essentielles. L'acétaminophène, les AINS et les injections de corticostéroïdes et d'agents de viscosuppléance sont utiles. Cependant, le recours aux narcotiques est moins fréquent. Le resurfaçage et la prothèse totale de hanche constituent des solutions de derniers recours.

Figure 3

Risque rénal associé à la prise d'AINS



Source : Conseil du médicament du Québec (INESSS). *Algorithme d'utilisation des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)*. Québec : Le Conseil ; 2010. p. 10. Site Internet : www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/CDM/UsageOptimal/AINS-IPP/CdM-Algorithm-AINS.pdf (Date de consultation : juin 2013). Reproduction autorisée.

jection intra-articulaire sous contrôle radiologique ou échographique peut aider. Le soulagement arrive souvent rapidement, mais les avantages à long terme sont moindres. Il est possible de répéter l'injection de deux à quatre fois au cours de l'année selon les besoins. On choisit de préférence un corticostéroïde peu soluble et à durée prolongée, la triamcinolone (40 mg) est la plus employée.

Particulièrement étudiée dans les cas de gonarthrose, la viscosuppléance, qui consiste à injecter un dérivé de l'acide hyaluronique dans l'articulation, peut aussi être efficace contre la coxarthrose. Différents traitements sont proposés, comme l'injection d'une

fiolle de 2 ml ou 3 ml d'un produit de viscosuppléance sous contrôle radiologique ou échographique. L'injection peut aussi être répétée deux ou trois fois l'an. On peut ajouter 2 ml ou 3 ml de bupivacaine afin de diminuer l'inconfort suivant l'injection. En cas de doute sur la présence d'une synovite, l'ajout d'un corticostéroïde est possible.

7. Est-ce que l'activité physique est néfaste ou bénéfique contre l'arthrose ?

L'arthrose ne doit pas constituer un obstacle à l'activité physique. On doit considérer le type de sport, son intensité, sa fréquence et sa durée. Des activités

Encadré

Exercices recommandés en cas de coxarthrose (consensus MOVE)

- Les exercices de renforcement et d'aérobie peuvent réduire la douleur et améliorer la fonction et l'état sanitaire des patients.
- Il y a peu de contre-indications à la prescription d'exercices de renforcement et d'exercices aérobiques.
- La prescription d'exercices généraux (amélioration de la capacité aérobie) et locaux (renforcement) est une partie essentielle du traitement.
- Les exercices doivent être adaptés à l'état du patient en tenant compte de facteurs tels que l'âge, les maladies concomitantes et la mobilité générale.
- Pour être efficaces, les programmes d'exercice doivent inclure les conseils et l'éducation aux malades afin de promouvoir des changements de style de vie et une augmentation de l'activité physique.
- Les exercices en groupe et à la maison sont d'une efficacité comparable et devraient être choisis selon les préférences du patient.
- La fidélité au traitement est le principal facteur prédictif à long terme des résultats du programme d'exercice.
- Il faut adopter des stratégies pour améliorer et maintenir la fidélité au traitement, par exemple en assurant un suivi et en faisant participer le conjoint ou la famille.
- L'amélioration de la force musculaire et de la proprioception à l'aide de programmes d'exercice peut réduire l'évolution de la coxarthrose

Source : Bergeron Y, Fortin L, Leclaire R. *Pathologie médicale de l'appareil locomoteur*. 2^e éd. Saint-Hyacinthe : Edisem/Maloiné ; 2008. Reproduction autorisée.

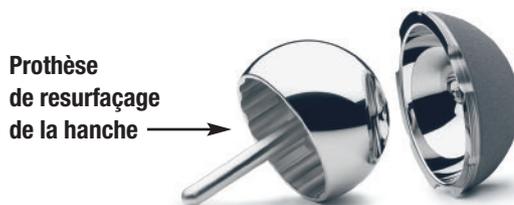
physiques intenses et une blessure antérieure seraient des facteurs négatifs pour l'articulation. Par contre, bien dosé et personnalisé, l'exercice est bénéfique contre la douleur et pour la fonction et ne semble pas avoir d'effets nuisibles ni protecteurs sur le cartilage^{2,14,15}. La hanche étant une articulation de mise en charge, le patient choisira de préférence des sports en décharge, comme le vélo, la natation, le patinage, l'exercice elliptique, le ski et la marche. La course à pied n'est pas déconseillée en cas d'atteinte légère ou modérée et se fait en alternance avec les sports en décharge.

Figure 4

Prothèse totale de la hanche droite et prothèse de resurfaçage de la hanche gauche



Source : Patient opéré par le D^r P-A Vendittoli de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Reproduction autorisée.



Aux activités aérobiques, on doit associer des exercices de renforcement musculaire, de mobilité articulaire et de proprioception (voir le résumé du consensus MOVE sur l'arthrose de la hanche dans l'encadré)².

8. Quand penser à une prothèse totale de hanche ?

Environ 40 % des cas de coxarthrose nécessiteront une prothèse cinq ans après le diagnostic, particulièrement si le patient est âgé, a une surcharge pondérale, une douleur importante et un pincement articulaire serré au moment du diagnostic². La décision chirurgicale doit être personnalisée et reposer sur les objectifs du traitement de l'arthrose : diminution de la douleur et amélioration de la fonction. Il s'agit donc d'une décision de dernier recours lorsque les différentes modalités thérapeutiques se sont révélées inefficaces. Chez les patients plus jeunes, on doit envisager le fait que la durée de vie d'une prothèse est souvent de moins de quinze ans à cause d'une usure prématurée.

rée des surfaces de frottement¹⁶. Il existe une autre solution chez cette clientèle, le resurfaçage, qui présente le principal avantage de préserver l'os du fémur proximal. La tête du fémur est simplement recouverte d'une prothèse ronde en alliage. La nouvelle structure peut ensuite s'articuler avec une cupule de métal placée dans l'acétabulum (figure 4). Cette technique peut être effectuée chez l'homme jusqu'à 60 ans et chez la femme d'au plus 50 à 55 ans en raison du risque d'ostéopénie.

FINALEMENT, après avoir répondu aux questions de Mme Gagnon, vous convenez d'un programme d'activité physique pour l'aider à perdre du poids, mais aussi pour améliorer sa capacité fonctionnelle. Vous l'encouragez à choisir le plus souvent l'acétaminophène et vous lui prescrivez des injections d'un corticostéroïde ou d'un agent de viscosuppléance en cas d'exacerbation de la douleur. Considérant son âge et son hypertension, vous limitez le recours aux AINS. 📄

Date de réception : le 30 mars 2013

Date d'acceptation : le 19 juin 2013

Le Dr Sylvain Boutet a été présentateur pour Lilly, Pfizer et Ergo-recherche en 2011-2012.

Bibliographie

- Zhang W, Doherty M, Arden N et coll. EULAR evidence based recommendations for the management of hip osteoarthritis: report of a task force of EULAR standing committee for international clinical studies including therapeutics (ESCISIT). *Ann Rheum Dis* 2005; 64 (5): 669-81.
- Bergeron Y, Fortin L, Leclaire R. *Pathologie médicale de l'appareil locomoteur*. 2^e éd. Saint-Hyacinthe : Edisem/Maloine ; 2008.
- Sofat N, Ejindu V, Kiely P. What makes osteoarthritis painful? The evidence for local and central pain processing. *Rheumatology* 2011; 50 (12): 2157-65.
- Hochberg MC, Altman RD, Toupin KA et coll. American College of Rheumatology 2012 recommendations for the use of non pharmacologic and pharmacologic therapies in osteoarthritis of the hand, hip, and knee. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2012; 64 (4): 465-74.
- Conseil du médicament (INESSS). Algorithme d'utilisation des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). Québec : Le Conseil; 2010. Site Internet : www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/CDM/UsageOptimal/AINS-IPP/CdM-Algorithm-AINS.pdf (Date de consultation : juin 2013).
- Adebajo A. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for the treatment of pain and immobility-associated osteoarthritis: consensus guidance for primary care. *BMC Fam Pract* 2012; 13 : 23.
- Strand V, Simon LS, Dougados M et coll. Treatment of osteoarthritis with continuous versus intermittent celecoxib. *J Rheumatol* 2011; 38 (12): 2625-34.
- Hochberg MC, Altman RD, Brandt KD et coll. Guidelines for the medical management of osteoarthritis. Part 1. Osteoarthritis of the hip. American College of Rheumatology. *Arthritis Rheum* 1995; 38 (11): 1535-40.
- Dechêne G. Traitement sécuritaire et efficace avec des opiacés. *Le Médecin du Québec* 2002; 37 (12): 49-56.
- Demers H, Lapierre M. Les opiacés, comment s'y retrouver? *Le Médecin du Québec* 2006; 41 (1): 73-5.
- Chappell AS, Ossanna MJ, Liu-Seifert H et coll. Duloxetine, a centrally acting analgesic, in the treatment of patients with osteoarthritis knee pain: a 13-week, randomized, placebo-controlled trial. *Pain* 2009; 146 (3): 253-60.
- Chappell AS, Desai D, Liu-Seifert H et coll. A double-blind, randomized, placebo-controlled study of efficacy and safety of duloxetine for the treatment of chronic pain due to osteoarthritis of the knee. *Pain Pract* 2011; 11 (1): 33-41.
- Citrom L, Weiss-Citrome A. Antidepressants and the relief of osteoarthritic pain. *Int J Clin Pract* 2012; 66 (5): 431-3.
- Roddy E, Zhang W, Doherty M et coll. Evidence-based recommendations for the role of exercise in the management of osteoarthritis of the hip or knee. The MOVE consensus. *Rheumatology (Oxford)* 2004; 44 (1): 67-73.
- Lamontagne M. L'exercice physique est-il néfaste ou bénéfique dans les cas d'arthrose? *L'actualité médicale* 2012; 33 (1): 24-6.
- Vendittoli PA. Arthrose de la hanche, resurfaçage ou remplacement de la hanche? *Le Médecin du Québec* 2007; 42 (7): 19-20.

Summary

Hip Osteoarthritis: Help Is Possible! Coxarthrosis is a painful condition that is diagnosed clinically and radiologically. Obesity is the most significant modifiable risk factor to consider. The course of the disease varies, and several therapeutic modalities are available. The patient's medical history must also be considered. Acetaminophen is the first-intention treatment. NSAIDs and narcotics may be used, depending on the clinical context. Considered safe, corticosteroid injections and viscosupplementation must be considered. Duloxetine has very recently been approved for the management of osteoarthritis pain. For the most severe cases resistant to conventional treatment, it is recommended to seek a surgeon's opinion on hip resurfacing or total hip replacement.