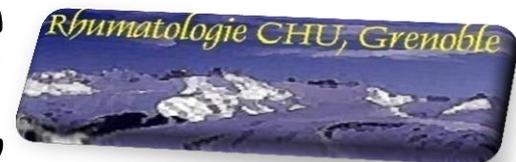


La Coxarthrose en 2017



LAURENT GRANGE
MD, PhD

- ❖ Président de l'AFLAR
- ❖ Praticien Hospitalier Service de Rhumatologie CHUGA
- ❖ Chef de pôle adjoint du PALCROS
- ❖ Trésorier de la section ETP de la société Française de Rhumatologie

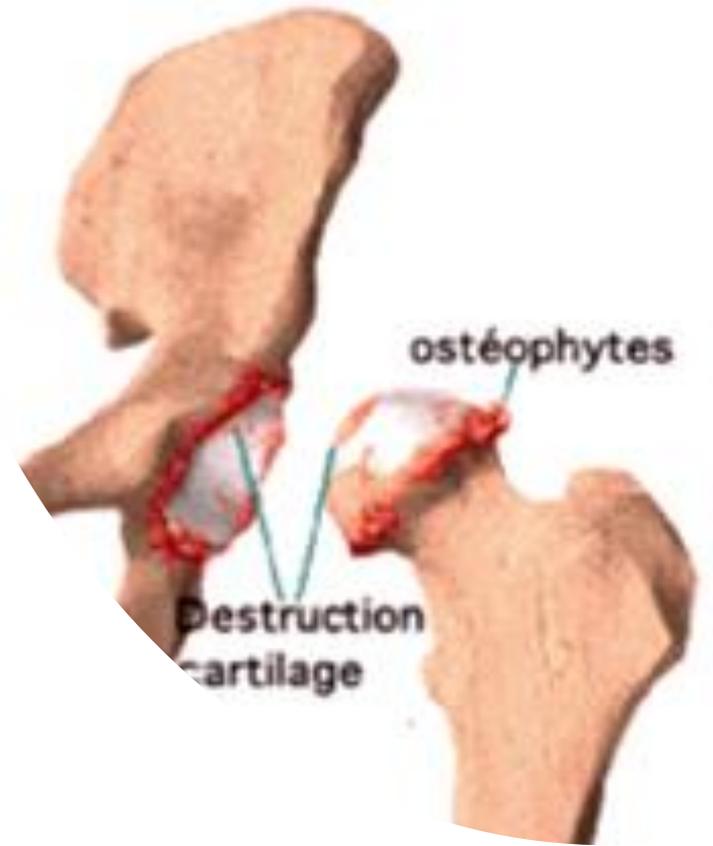
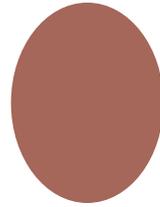
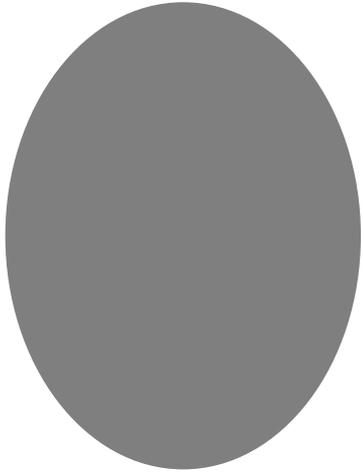
www.aflar.org
www.stop-arthrose.org

**Allo Rhumatismes N° AZUR
0 810 42 02 42
Du lundi au samedi matin
09h/12h - 14h/17h**

Liens d'intérêts

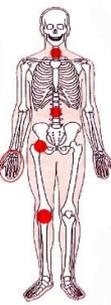
Docteur Laurent Grange

- Soutien par des subventions de recherche :
Genévrier, Labhra, Becton Dickinson
- Participations à des conseils scientifiques :
MSD (ETP), Becton Dickinson, Colnec health,
- Participation à des études de phases II et III :
Roche-Chugai, Roche, Amgen, Pfizer, MSD, Abbott, BMS, Becton Dickinson
- Conférences et formations :
Genévrier, MSD, Abbvie, Pfizer, Roche Chugai, Roche, BMS, Lilly, Expanscience, Pierre Fabre, Novartis, Amgen, Yoplait, mylan, Becton Dickinson, Sanofi, BMS, janssen, Novartis, Thuasne, Celgene, TRB chemedica, Aqui O thermes cluster thermal DAX, Ferring , Celgene, Sandoz , Biogaran.
- Pas de liens permanents ou d'intérêts financiers



La coxarthrose
en qq chiffres

Prévalence globale de l'arthrose



Joint site	OA prevalence women	OA prevalence men	OA prevalence total
Knee	27.3%* 95% CI [26.9–27.7] $I^2 = 99.3\%$	21.0%* 95% CI [20.5–21.5] $I^2 = 99.7\%$	23.9% 95% CI [23.6–24.2] $I^2 = 99.8\%$
Hip	11.6% 95% CI [11.1–12.1] $I^2 = 99.7\%$	11.5% 95% CI [11.0–12.1] $I^2 = 99.9\%$	10.9% 95% CI [10.6–11.2] $I^2 = 99.8\%$
Hand	43.3% 95% CI [42.6–44.0] $I^2 = 99.1\%$	44.5% 95% CI [43.5–45.5] $I^2 = 99.9\%$	43.3% 95% CI [42.7–42.9] $I^2 = 100\%$

Pereira et al, Osteoarthritis and cartilage, 2011

Les prothèses en chiffres 150 000 pt hanches /an en France
(coxarthrose ostéonécrose coxites et....)

Les ARTHROSES

Tableau 1

Proposition de classification des différents phénotypes d'arthrose. (Adapté de : Bijlsma JW, Berenbaum F, Lafeber FP. Osteoarthritis: an update with relevance for clinical practice. Lancet 2011;377:2115–2126).

Phénotype clinique d'arthrose	Post-traumatique	Métabolique	Liée au vieillissement	Génétique	Douleur
Âge	Jeune (< 45 ans)	Âge moyen (45–65 ans)	> 65 ans	Variable	Variable
Mécanismes physiopathologiques	Stress mécanique	Stress mécanique, adipokines, hyperglycémie/AGEs, balance estrogène/progestérone	AGE, sénescence chondrocytaire	Mutations ou polymorphismes génétiques	Inflammation, variation du seuil de perception douloureuse
Localisations principales	Genou, pouce, cheville, épaule	Genou, main, forme généralisée	Hanche genou, main	Main, hanche , rachis	Genou, hanche , main
Perspectives thérapeutiques	Protection articulaire, stabilisation articulaire, prévention des chutes, intervention chirurgicale	Perte de poids, contrôle glycémique, contrôle lipidique, traitement hormonal substitutif, blocage des AGEs	Pas d'intervention thérapeutique spécifique	Pas d'intervention thérapeutique spécifique	Antalgiques, anti-inflammatoires
			Blocage des AGEs	Thérapie génique	

AGEs : produits avancés de glycation.

La coxarthrose est favorisée dans plus de 55 % par une anomalie, notamment par un vice architectural de la hanche



Tableau 1 - Tableau récapitulatif des facteurs de risque de survenue de gonarthrose, coxarthrose et d'arthrose digitale.

	Gonarthrose	Coxarthrose	Arthrose digitale
Facteurs individuels	Âge avancé	Âge avancé	Âge avancé
	Sexe féminin	Ethnie	Sexe féminin
	Ethnie	Comorbidités	Ethnie
	Surpoids	Densité et masse osseuse importantes	Obésité
	Obésité	Hérédité	Comorbidités
	Comorbidités	-	Hérédité
	Densité et masse osseuse importantes	-	-
	Hérédité	-	-
Facteurs articulaires	Traumatismes (rupture du ligament croisé antérieur, méniscectomie)	Polyarthrose	Polyarthrose
	Polyarthrose	Port de charges lourdes	Tâches requérant une dextérité manuelle importante
	Activité physique (sports répétitifs et à fort impact)	Morphologie osseuse et articulaire (effet came et dysplasie acétabulaire légère)	
	Positions agenouillées ou accroupies prolongées et répétées, position debout prolongée et levée de charges lourdes	Alignement articulaire	
	Faiblesse musculaire du quadriceps		
	Alignement articulaire		

RR de coxarthrose selon le sport et le niveau pratiqué

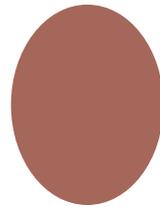
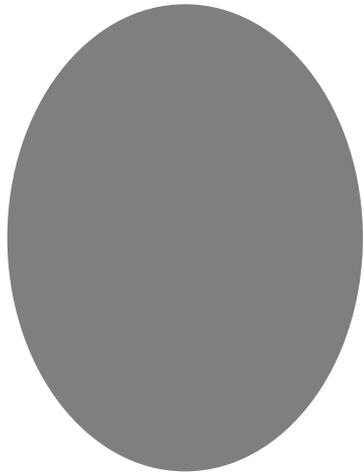
Sport	Niveau moyen	Haut niveau
	RR (IC 95 %*)	RR (IC 95 %*)
Golf, natation, vélo	1,5 (0,4 — 5,2)	0,4 (0,1 — 2)
Bowling, hockey sur glace	0,4 (0,1 — 1,4)	1 (0,3 — 3,4)
Handball	0,5 (0,1 — 2,9)	1,8 (0,4 — 7,2)
Course longue distance	1,7 (0,4 — 6,9)	2,1 (0,6 — 6,8)
Football	1 (0,4 — 3,9)	2,3 (0,7 — 7,7)
Sports de raquettes	2,4 (0,6 — 10,6)	3,3 (1,2 — 12,7)
Sports de piste et de terrain	2,4 (0,6 — 9,3)	3,7 (1,1 — 13,2)

Risque relatif selon une régression logistique tenant compte de l'âge, de l'indice de masse corporelle et de l'éventuel travail de force.

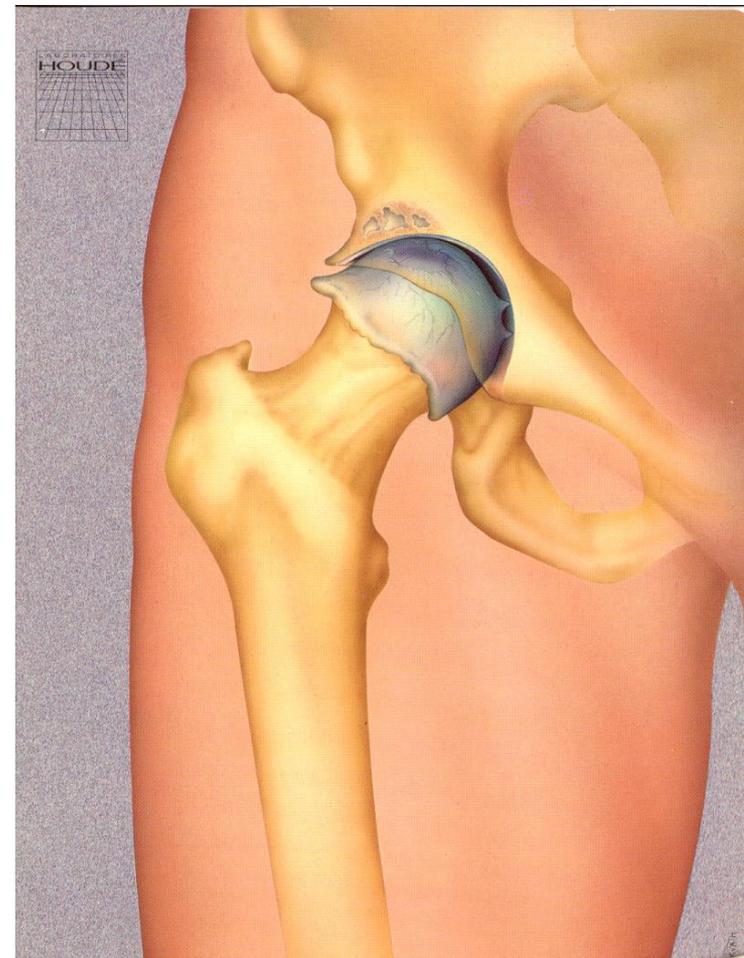
* IC 95% = intervalle de confiance couvrant 95% de la population étudiée.

D'après Vingard et al.,

« Sports and Osteoarthritis of the hip. An epidemiological study. », Ann J Sports Med 1993



La coxarthrose la clinique et son fardeau



Coxarthrose

- La douleur est le motif le + frequent de consultation
 - La plus spécifique est le pli de l'aine.
 - La douleur peut irradier à la face antérieure de la cuisse ou en antéro-interne.
 - Les douleurs externes en regard du grand trochanter, postérieures irradiant à la face postérieure de la cuisse sont moins évocatrices.
 - Enfin, la douleur peut être dite « projetée » en regard du genou.
 - C'est une douleur mécanique,
 - Retentissement fonctionnel ++
 - Dissociation clinico radiologique

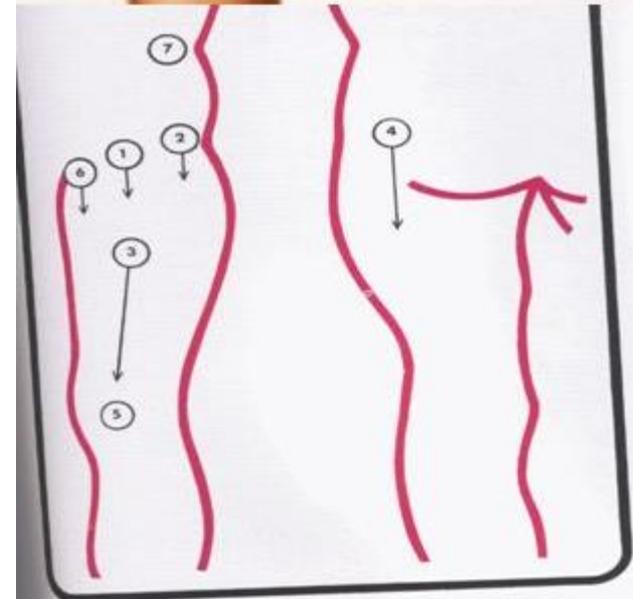


Fig. 1 - Topographie de la douleur dans la coxarthrose

impact de la Coxarthrose sur les activités quotidiennes

▶ Limitations des déplacements à l'intérieur de la maison

Témoins: 10,2%

Coxarthrose: 70,1%

▶ Limitations dans les activités de la vie quotidienne

Course: Témoins: 11,6%

Coxarthrose: 60,1%

Ménage: Témoins: 20,8%

Coxarthrose: 34,5%

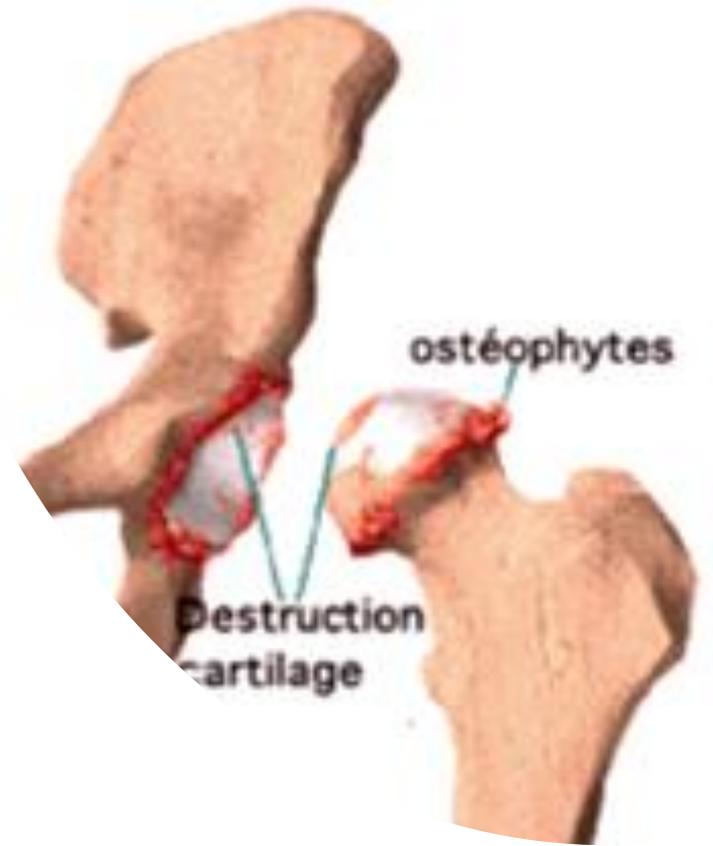
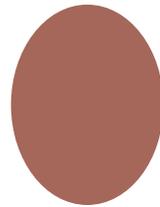
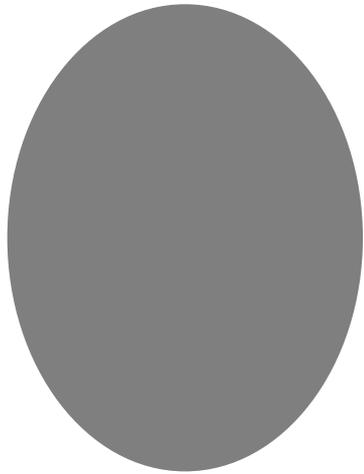
Habillage: Témoins: 13,2%

Coxarthrose: 24,4%

▶ Limitations des les activités de loisirs

Jardinage: Témoins: 12,7%

Coxarthrose: 26,6%



La coxarthrose
les recommandations de
prise en charge

Recommandations pour les moyens non pharmacologiques

- **une information et une éducation** => le style de vie, les exercices, la perte de poids , la décharge articulaire, l'adhésion aux traitements non pharmacologiques.
- **contact régulier par téléphone.**
- **kinésithérapie pour évaluer ou apprendre des exercices appropriés**
 - pour réduire leur douleur et améliorer leur fonction.
 - Cette évaluation peut déboucher sur la prescription de cannes ou un déambulateur si nécessaire.
- **Activité physique adaptée**, un renforcement musculaire et un entretien de la mobilité articulaire, exercices en piscine
- **Cure thermale**
- **Perte du poids et maintenir cette perte** (Pour ces patients en surpoids)
- **Les aides techniques** devraient être envisagées, telles qu'une canne, la surélévation des toilettes, le remplacement d'une baignoire par une douche, le changement de voiture pour une conduite automatique. **les semelles ne sont pas indiqués dans la coxarthrose**
- **la réinsertion professionnelle** avec **modification du poste de travail**, limitation des déplacements, adaptation des horaires de travail.

Recommandations pour les moyens pharmacologiques

- **Le paracétamol** (jusqu'à 3 g/j) En l'absence de réponse insuffisante, ou devant une douleur sévère ou d'une inflammation, une autre alternative pharmacologique doit être envisagée, fondée sur son efficacité et sa tolérance et tenant compte des coprescriptions et des comorbidités.
- **les AINS (diclofenac 150 mg/day)*** doivent être prescrits à la dose minimale efficace mais si possible, leur emploi au long cours doit être évité. Chez les patients à risque digestif accru, un coxib ou un AINS non sélectif avec coprescription d'un IPP ou de misoprostol pour protéger l'estomac doit être envisagé. Mais les AINS sélectifs ou non doivent être utilisés avec précaution chez les malades à risques cardiovasculaires.
- **Les infiltrations de corticoïdes** peuvent être utilisées notamment en cas de douleur modérée à sévère répondant mal aux antalgiques/AINS oraux et chez les patients avec épanchement
- **Les corticoïdes par voie générale ne sont pas indiqués** dans la coxarthrose.
- **Les injections d'acide hyaluronique** peuvent être utiles. (NR non remboursé)
- **AASALs** peuvent avoir un effet symptomatique (NR).
- **L'utilisation d'opioïdes faibles** peut être envisagée pour traiter la douleur réfractaire chez ces patients, quand les autres moyens pharmacologiques sont inefficaces ou contre-indiqués.
- **Les opioïdes forts** ne doivent être utilisés que devant des douleurs sévères, dans des circonstances exceptionnelles.
- **L'ostéotomie ou les mesures de chirurgie préventive** chez les adultes jeunes, en cas de dysplasie ou de coxa vara/valga.
- **Prothèse de hanche** peut être envisagée chez les patients avec une coxarthrose radiologiquement évidente qui souffrent d'une douleur rebelle ou d'un handicap

*Da costa Lancet. 2017 Jul 8;390

Ordonnance type : coxarthrose

- Membres inférieurs
- Renforcement pelvitrochantériens
- Renforcement des muscles stabilisateurs de la hanche (éventail fessier)
- Travail aérobie
- Gain d'amplitude articulaire, lutte contre la perte d'extension et le flessum, posture et autoposture
- Autoprogramme
- Pas d'US

Résultats

✓ 59♀ / 41♂; âge moyen 62 ans (36-87),

✓ BMI moyen 25,4 (17,9-41,8);

✓ Population ITT 100, PP 90

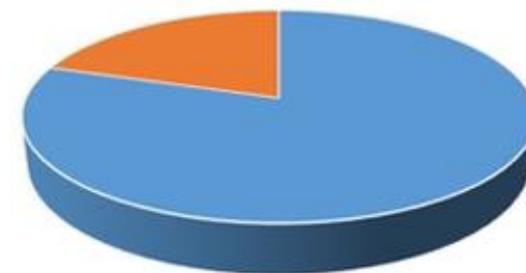
✓ Toutes les variables ont été **améliorées significativement entre J0 et J90** ($P < 0.0001$).

✓ **80%** des patients s'estimaient améliorés.

✓ **48% de REPONDEURS** (amélioration > 50%).

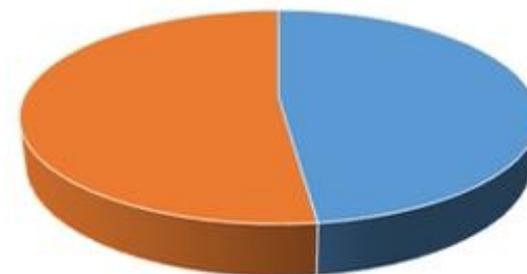
✓ La réponse au traitement étaient hautement corrélée à la diminution du WOMAC et au degré de satisfaction ($P < 0.0001$).

Amélioration



■ OUI ■ Non

Réponse > 50%



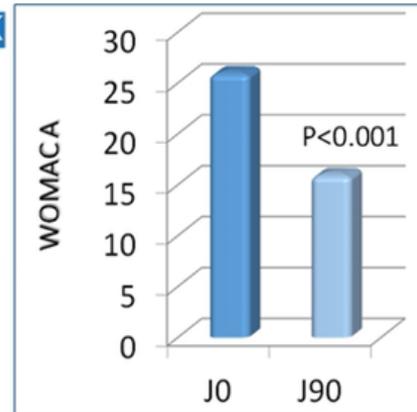
Résultats

✓ En analyse univariée

✓ **3 facteurs prédictifs d'échec** ont été identifiés:

- ✓ Grade 3 de pincement OARSI (p= 0.01)
- ✓ localisation SE du pincement (p=0.008)
- ✓ douleur à J0 (p=0.047)

✓ L'âge, l'IMC, l'ancienneté, le type de guidage et le repos après l'injection n'influençaient pas le résultat (P>0.05).

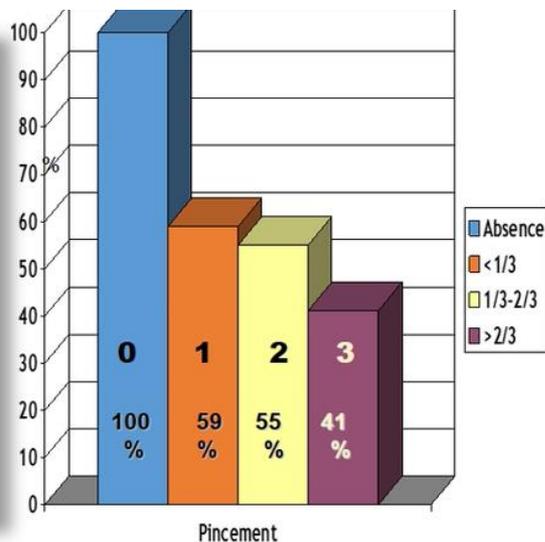


✓ En analyse multivariée seuls la douleur à J0 et le score OARSI de pincement restaient significativement et inversement corrélés à la réponse.

Pourcentage de répondeurs, 3 mois après une viscosupplémentation pour coxarthrose.

Résultat en fonction du stade OARSI de pincement

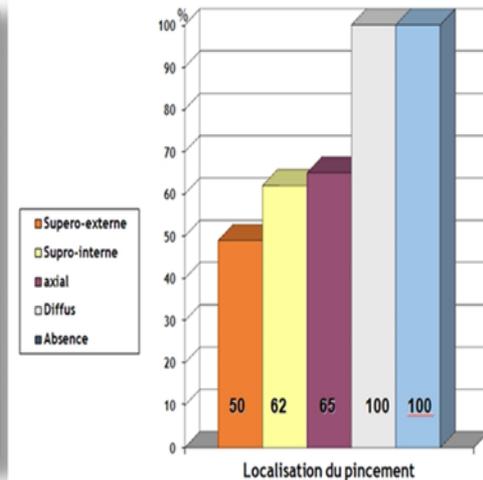
P=0,01



Pourcentage de répondeurs, 3 mois après une viscosupplémentation pour coxarthrose.

Résultat en fonction de la localisation du pincement

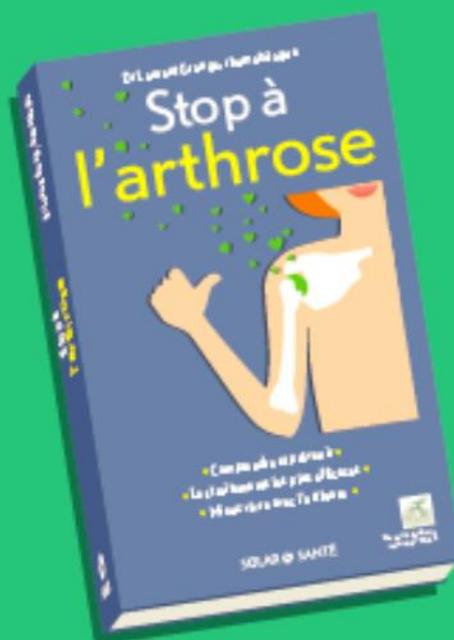
P=0,008



VOUS SOUFFREZ D'ARTHROSE ?

S'informer c'est déjà se traiter !

Votre médecin vous recommande de lire « Stop à l'arthrose ».
Disponible dans toutes les librairies.



240 pages - 6,90 € - 10,8 x 17,8 cm



SOLAR  SANTÉ

