

L'arthrose est :

- la plus fréquente des maladies articulaires ;
- la principale source de difficultés à se déplacer (handicap locomoteur) ;
- une maladie qui ne se limite pas à l'atteinte du cartilage mais s'étend à tous les composants de l'articulation (synoviale et os).

Une fréquence qui augmente avec l'âge



Mais, cette fréquence n'est pas la même selon la définition (anatomique, radiologique ou symptomatique) qu'on donne à la maladie. Plus simplement, la radiologie identifie la moitié des lésions anatomiques (les lésions visibles à l'autopsie) et seulement la moitié des lésions radiologiques déclenchent des symptômes. Ainsi 25% seulement des lésions d'arthrose sont douloureuses et incitent le patient à consulter.

Exemple : l'arthrose de la colonne vertébrale est la plus fréquente dans la tranche d'âge des 65-75 ans, mais elle se manifeste très peu par des douleurs.

Cette fréquence n'est pas la même selon la localisation.

Exemple : dans la tranche d'âge de 65-75 ans, la fréquence de l'arthrose radiologique est de 75% pour la colonne vertébrale, 60% pour les doigts, 30% pour le genou et 10% pour la hanche.

Cette fréquence n'est pas la même selon le sexe. Elle est plus élevée chez la femme après 50 ans.

Des facteurs de risque dominés par le surpoids et les traumatismes

L'excès pondéral est le principal facteur de risque d'arthrose. Ce facteur de risque ne se limite pas aux articulations qui portent le poids du corps (genou, hanche), mais existe aussi pour les articulations non portantes comme celles des doigts.

Les traumatismes (et microtraumatismes) liés à l'activité sportive ou professionnelle sont en cause dans un nombre élevé d'arthroses (voir l'encadré page suivante).

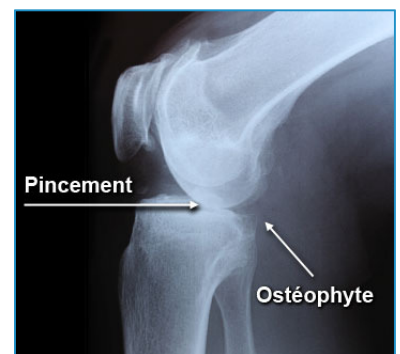
Les autres facteurs de risque (âge, sexe, hérédité) ont la particularité de ne pas pouvoir être modifiés. Ils ne peuvent donc faire l'objet de mesures préventives.

Deux symptômes et trois images radiologiques

L'arthrose se manifeste par des douleurs et une raideur articulaire responsables d'un handicap plus ou moins sévère.

Le diagnostic d'arthrose évoqué à partir de ces 2 symptômes est confirmé par la radiologie lorsqu'elle montre :

- une diminution de hauteur de l'espace séparant les 2 surfaces articulaires (pincement de l'interligne) ;
- des « trous » dans la partie de l'os située sous le cartilage (géodes) ;
- des excroissances osseuses à la jonction de l'os et du cartilage (ostéophytes).



Une évolution imprévisible

L'évolution peut être rapide, justifiant la mise en place d'une prothèse dans un bref délai. A l'opposé, elle peut être lente, sans véritable handicap pendant 10 ou 20 ans.

L'évolution est marquée par des poussées douloureuses aiguës nécessitant la mise au repos de l'articulation et un traitement anti-inflammatoire précoce afin d'éviter la brusque aggravation des lésions arthrosiques.

Une prise en charge en 4 points

Les conseils d'économie articulaire font partie de l'éducation thérapeutique. Eviter le port de charges lourdes, la marche en terrain accidenté et toute activité physique susceptible de déclencher des douleurs résumant les règles à observer.

Deux mesures « non médicamenteuses » sont au premier plan :

- la réduction d'un éventuel excès pondéral,
- et un programme d'activité physique en aérobie sans essoufflement (*voir l'encadré ci-dessous*).

Les autres mesures sont représentées par les orthèses (semelles, genouillères, cannes de marche) et l'apprentissage (auprès d'un kinésithérapeute) des exercices de mobilisation articulaire et de renforcement musculaire.

Les médicaments appartiennent à 4 catégories :

- les anti-arthrosiques symptomatiques d'action lente (AASAL) ;
- les antalgiques (avec le paracétamol en tant que référence) ;
- les anti-inflammatoires non stéroïdiens ;
- les infiltrations intra-articulaires (de cortisone lors des poussées, d'acide hyaluronique en dehors des poussées).

La chirurgie (prothèse de genou ou de hanche) est envisagée lorsque les 2 conditions suivantes sont remplies :

- les médicaments ne suffisent plus au soulagement des douleurs ;
- les lésions d'arthrose sont « bien avancées » sur les radiographies.

SPORT ET ARTHROSE

- **L'activité sportive favorise la survenue d'une arthrose lorsque le risque traumatique et microtraumatique de cette activité est élevé. A l'inverse une activité physique régulière est fortement conseillée au patient arthrosique.**
- **Le rôle des traumatismes sportifs dans l'apparition de lésions arthrosiques ne fait aucun doute. Les sports comme le football ou le rugby exposent le genou à des lésions ligamentaires et méniscales dont on sait qu'elles favorisent l'arthrose. Il en est de même pour les entorses, fractures et microtraumatismes répétés de la cheville.**
- **L'activité physique en aérobie (sans essoufflement) est une des mesures essentielles du traitement de l'arthrose. Elle entretient la condition physique et améliore la qualité de vie du patient arthrosique. C'est le patient qui choisit le type d'activité physique qu'il souhaite entreprendre, sous réserve que le médecin confirme qu'il en a les capacités physiques.**
En pratique, il a le choix entre :
 - 30 minutes de marche rapide 3 fois par semaine,
 - la pratique régulière du vélo ou de la natation.**La seule activité qui est déconseillée est celle qui déclenche la douleur de son articulation arthrosique.**