

# Prendre en main l'arthrite

## Lignes directrices pour de meilleures pratiques

© 2005 La Société d'arthrite

### Prendre en main l'arthrite — Lignes directrices pour de meilleures pratiques

- Le (la) patient(e) connaît la forme d'arthrite dont il souffre.
- Les patients reçoivent de la formation sur les stratégies d'initiative personnelle et sur les ressources auxquelles ils peuvent s'adresser pour obtenir davantage d'information (p. ex. la ligne d'information de La Société d'arthrite, le Programme d'initiative personnelle de l'arthritique, les groupes de formation et de soutien, les programmes locaux).
- Les patients se voient recommander des exercices ou sont dirigés vers un programme d'exercices ou un physiothérapeute.
- Les patients reçoivent de l'information sur la protection des articulations et les techniques d'économie de l'énergie (p. ex. les attelles, les appareils fonctionnels) ou sont dirigés vers un ergothérapeute.
- Le cas échéant, les patients sont dirigés vers le fournisseur approprié d'orthèses de pied ou de chaussures orthopédiques.
- Les patients obèses se voient recommander de perdre du poids ou sont dirigés vers un groupe d'entraide pour maigrir ou un(e) diététiste.
- On discute avec les patients du soutien social et des moyens de composer avec la maladie. Au besoin, les patients sont dirigés vers des services de consultation.
- L'acétaminophène (jusqu'à 1 000 mg quatre fois par jour) constitue le traitement initial contre la douleur.
- On peut évoluer vers les AINS et passer à des doses plus fortes au besoin. Tenez compte des contre-indications des AINS, des facteurs de risque et des autres choix de traitement comme la cytoprotection ou les inhibiteurs de la COX-2.
- Envisagez l'injection d'un corticostéroïde intra-articulaire ou d'hyaluronane dans le cas d'un genou rendu douloureux par l'arthrose.
- Discutez avec le patient d'une possible intervention chirurgicale si le traitement médical optimal n'est pas efficace.
- Dirigez sans tarder le patient vers un rhumatologue dans les cas d'arthrite inflammatoire.

### Signes avertisseurs de troubles de l'appareil locomoteur

- antécédent de traumatisme important
- articulation chaude et enflée
- douleur aiguë et intense
- faiblesse musculaire focale ou diffuse
- signes et symptômes généraux importants (p. ex. fièvre, perte de poids, malaise)
- type de douleur neurogénique ou de claudication

### Troubles inflammatoires c. troubles non inflammatoires

Caractéristique	Inflammatoires	Non inflammatoires
Douleur articulaire	oui – à l'activité et au repos	oui – à l'activité
Enflure articulaire	tissus mous	os (si présent)
Érythème local	parfois	absent
Chaleur locale	parfois	absente
Raideur matinale	prolongée (>60 min.)	variable (<60 min.)
Symptômes généraux	courants	rares
VS, PCR	accrue	normale en fonction de l'âge
Hémoglobine	normale ou faible	normale
Sérumalbumine	normale ou faible	normale
GB/mm <sup>3</sup> dans le liquide synovial	>2 000	<2 000
% de GN dans le liquide synovial	>75%	<75%

### Traitements pharmacologiques contre l'arthrose

#### Analgsiques :

##### Acétaminophène

- analgsie comparable à celle que procurent les AINS pour l'arthrose du genou légère à modérée.
- un surdosage entraîne un risque d'hépatotoxicité (dose unique supérieure à 10 g).
- une dose excessive d'éthanol ou de phénytoïne peut augmenter l'hépatotoxicité.
- la dose complète est de 1 000 mg quatre fois par jour. Utilisez une dose plus faible en présence d'une maladie du foie ou des reins.
- Si le patient prend de la warfarine, surveillez le RIN (il peut s'élever).

**Capsaïcine topique** – peut aider à soulager la douleur causée par l'arthrose, mais la sensation de brûlure peut être intolérable

**Association d'analgsiques** – analgsie accrue à court terme, mais augmentation des effets secondaires

#### Anti-inflammatoires

##### AINS oraux

Les facteurs de risque de toxicité gastro-intestinale (p. ex. dyspepsie, hémorragie, perforation, mort) comprennent :

- un antécédent de maladie ulcéreuse
- un âge avancé
- la warfarine
- les corticostéroïdes
- une maladie comorbide (p. ex. TA, ICC, IR, IC)
- AINS multiples

Si des facteurs de risque sont présents, envisagez l'utilisation d'agents prophylactiques comme le misoprostol ou les IPP, ou utilisez les AINS inhibiteurs de la COX-2.

Les facteurs de risque de toxicité rénale accrue comprennent :

- une maladie rénale préexistante (TA, DS, GN, être âgé de plus de 65 ans)
- une hypoperfusion rénale (maladie cardiaque caractérisée par un bas débit, maladie du foie, hypovolémie, déplétion sodée, hypoalbuminémie, TA, diurétiques, exercice intense)
- un traitement pharmacologique concomitant (p. ex. diurétiques, bêtabloquants, inhibiteurs de l'ECA, CyA)

Risque d'interactions médicamenteuses

- n'utilisez pas les AINS inhibiteurs de la COX-2 avec le triamtrène
- diminuez le taux de célécoxib à l'aide de carbamazépine et de phénytoïne (inducteurs du cytochrome P450)
- un ajustement de la dose peut être nécessaire avec
  - la digoxine
  - les aminosides
  - la phénytoïne
  - Coumadin
  - le lithium

#### Analyses de dépistage

Dans le cas des patients qui ont plus de 65 ans ou qui sont atteints de troubles comorbides touchant la fonction rénale, vous devriez :

- mesurer leur créatininémie et leur faire passer un ionogramme sanguin
- calculer la clairance de la créatine à l'aide de la formule de Cockcroft-Gault : clairance de la créatine (mL/min.) =  $140 - (\text{âge en années}) \times (\text{poids en kg}) / (\text{créatininémie en } \mu\text{mol/l}) \times 1,2$  (hommes seulement)

#### Suivi des patients prenant des AINS

Vérifiez fréquemment le RIN après le début du traitement si le patient prend des anticoagulants

Patients hypertendus : vérifiez leur TA de 1 à 2 semaines après le début du traitement à l'AINS inhibiteur de la COX-2

Réévaluez le besoin de poursuivre le traitement aux 3 ou 4 mois

Surveillez la fonction rénale des patients chez qui une toxicité rénale est susceptible de se produire

**AINS topiques** – Pennsaid**Injections intra-articulaires**

- Les corticostéroïdes intra-articulaires peuvent offrir un soulagement immédiat du genou arthrosé avec épanchement et inflammation locale. Leurs bienfaits diminuent après de quatre à six semaines
- Envisagez les injections intra-articulaires d'hyaluronane dans les cas d'arthrose du genou légère à modérée (dispendieuses)

**Glucosamine** (arthrose du genou légère à modérée)

Douleur réduite, meilleure mobilité et, à la radiographie, progression retardée; qualité du produit non réglementée

**Traitements non pharmacologiques de l'arthrose**

Électroacupuncture (arthrose du genou modérée à grave)

**Critères de diagnostic de la polyarthrite rhumatoïde**

Au moins quatre des éléments suivants doivent être présents pendant au moins six semaines :

- Raideurs matinales dans les articulations et autour de celles-ci qui persistent une heure ou plus
- Arthrite dans trois régions articulaires ou plus (enflure des tissus mous ou épanchement)
- Arthrite dans les articulations de la main (poignet, MCP, IPP)
- Arthrite symétrique. Atteinte bilatérale des IPP, des MCP ou des MTP
- Nodules rhumatoïdes
- Facteur rhumatoïde sérique anormalement élevé
- Changements visibles sur les radiographies des mains et des poignets (érosions, décalcification)

**Traitements pharmacologiques contre la PR****ARAL** (antirhumatismaux à action lente)

- améliorent les symptômes et diminuent l'incapacité à long terme
  - un traitement d'association par ARAL est indiqué au début de la PR
  - un suivi régulier est requis pour éviter les risques de toxicité
- pour recevoir ce traitement, le (la) patient(e) doit être dirigé en rhumatologie

Les **AINS** soulagent les symptômes mais ne modifient pas l'évolution de la PR.

Les corticostéroïdes (par voie orale, I.M. ou intra-articulaire) sont utiles comme traitement adjuvant à court terme en plus de ceux mentionnés ci-dessus.

**Il est recommandé de diriger le (la) patient(e) sans tarder vers un(e) rhumatologue dans les cas suivants :**

- Incertitude quant au diagnostic ou confirmation du diagnostic
- Incertitude quant au traitement à administrer
- Complications médicamenteuses
- Atteinte d'un organe ou maladie qui met la vie du patiente en danger
- Évaluation de l'activité ou de la gravité de la maladie
- Traitement immunosuppresseur (par ARAL) envisagé
- Symptômes non contrôlés ou augmentation des déformations ou de l'incapacité
- Traitement de l'arthrite inflammatoire durant une grossesse

\* Appelez toujours le rhumatologue ou indiquez-lui le degré d'urgence dans la demande de consultation

**Il est recommandé de diriger le (la) patient(e) vers un(e) chirurgien(ne) orthopédiste dans les cas suivants :**

- Infection d'une articulation
- Examen complémentaire comme une arthroscopie ou une biopsie synoviale
- Remplacement de l'articulation envisagé
- Aspiration ou injection dans une articulation, si l'aide du rhumatologue est requise

**Il est recommandé de diriger le (la) patient(e) vers un(e) physiothérapeute ou un(e) ergothérapeute dans les cas suivants :**

- Contrôle accru des symptômes (douleur, raideur, mobilité)
- Difficultés fonctionnelles dans les activités quotidiennes ou les loisirs
- Aide relative aux orthèses, aux attelles, aux appareils qui augmentent la mobilité ou à l'équipement qui améliore le fonctionnement physique
- Information et soutien
- Augmentation de la force, de l'endurance et de l'énergie
- Difficultés à marcher ou à monter un escalier, genoux faibles ou qui lâchent
- Adaptation de la résidence ou du lieu de travail pour répondre aux besoins du patient(e)

**ARAL et modificateurs de la réponse biologique couramment utilisés et analyses de laboratoire suggérées**

Médicament	E.S. courants	E.S. rares	Analyses
<b>ARAL</b>			
<b>Hydroxychloroquine</b> (p. ex. Plaquenil) 200-400 P.O. 1 f.p.j. max. 5-6 mg/kg/jour Bienfaits ressentis après 2 à 6 mois		lésion de la rétine (liée aux doses cumulatives et à l'âge avancé (>70 ans) troubles gastro-intestinaux	examen du fond de l'œil et test de la vision des couleurs et du champ visuel tous les 6 mois
<b>Méthotrexate</b> 7.5-25 mg P.O./I.M./S.C. par semaine supplément de folate Bienfaits ressentis après 1 à 2 mois	troubles gastro-intestinaux, inflammation des muqueuses BH plus élevé	pneumopathie cytopénies fibrose hépatique cirrhose	FSC, plaquettes, BH, albumine (4-8 semaines) dyspnée éviter l'alcool
<b>Sulfasalazine</b> (p. ex. Salazopyrin) dose initiale 500 mg P.O./jour max. 3 000 mg P.O./jour Bienfaits ressentis après 1 à 3 mois	troubles gastro-intestinaux, inflammation des muqueuses troubles du SNC à éviter si le (la) patient(e) est allergique au sulfamide	leucopénie autre cytopénies éruption cutanée BH plus élevé	FSC, plaquettes, BH (4-8 semaines) augmenter lentement la dose
<b>Sels d'or, injectable</b> (p. ex. Myochrysine) test 10 mg I.M., 25 mg dose habituelle 50 mg I.M./sem. Bienfaits ressentis après 3 à 6 mois	éruption cutanée stomatite protéinurie élevée	thrombopénie anémie aplastique syndrome néphrotique	hémoculture, analyse d'urine (1-4 semaines) on peut augmenter l'intervalle entre deux doses successives à 3 ou 4 semaines
<b>Cyclosporine</b> (p. ex. Neoral) PR grave ou réfractaire Bienfaits ressentis après 2 à 4 mois	gingivale hyperplasie hypertension hirsutisme	néphrotoxicité cytopénies	créatinine, FSC, plaquettes (2-4 semaines) TA
<b>Azothioprine</b> (p. ex. Imuran) 50-100 mg par jour max. 2,5 mg/kg par jour Bienfaits ressentis après 2 à 3 mois	troubles gastro-intestinaux	éruption cutanée cytopénies pancréatite BH plus élevé	FSC, plaquettes, BH (2-4 semaines)
<b>Léflunomide</b> (Arava) 10-20 mg P.O. par jour Bienfaits ressentis après 1 à 3 mois	Diarrhée, perte d'appétit, nausées et vomissements, lésions des muqueuses, maux de tête, faiblesse, étourdissements, perte des cheveux, éruption cutanée, hépatite	réaction d'hypersensibilité Hypertension	FSC, plaquettes, BH, albumine (4-8 semaines)
<b>MODIFICATEURS DE LA RÉPONSE BIOLOGIQUE</b>			
<b>Infliximab</b> (Remicade) 3-5 mg/kg I.V. aux 8 semaines Bienfaits ressentis après 0 à 4 mois	réaction à la perfusion : hypotension, frissons, gêne respiratoire	réactivation de la tuberculose infections opportunistes aggravation de l'ICC	FSC, plaquettes, BH, albumine (4-8 semaines)
<b>Étanercept</b> (Enbrel) 25 mg S.C. 2 f.p.s. Bienfaits ressentis après 0 à 3 mois	rougeur, douleur et enflure au point d'injection	réactivation de la tuberculose infections des voies respiratoires supérieures	FSC, plaquettes, BH, albumine (4-8 semaines)
<b>Anakinra</b> (Kineret) 100 mg S.C. par jour Bienfaits ressentis après 0,5 à 4 mois	rougeur, enflure, ecchymoses, démangeaisons et sensation de brûlure au point d'injection	risque accru d'infection chez les asthmatiques	FSC, plaquettes, BH, albumine (4-8 semaines)

La production de ce document a été rendue possible grâce à la contribution financière du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires de Santé Canada. Les opinions exprimées dans ce document ne reflètent pas nécessairement les politiques officielles de Santé Canada.

Le soutien nécessaire à l'élaboration du programme « Prendre en main l'arthrite » a été assuré par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.

Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec  
La Société d'arthrite au 1.800.321.1433 ou visiter [www.arthrite.ca](http://www.arthrite.ca)