

L'ARTHROSE : GENERALITES

L'arthrose est une maladie articulaire chronique caractérisée par une détérioration structurale du cartilage articulaire.

Du point de vue anatomique, les lésions du cartilage articulaire peuvent être classées en 4 stades :

- stade I : ramollissement (chondromalacie)
- stade II : fibrillation, fissures superficielles
- stade III : fissures profondes avec aspect en chair de crabe ou détachement d'un clapet cartilagineux
- stade IV : ulcération avec mise à nu de l'os sous-chondral.

La réaction osseuse comporte :

- en périphérie à la jonction capsulo-synoviale des ostéophytes
- au niveau de la zone de charge, condensation osseuse sous-chondrale avec épaissement des travées et parfois développement de kystes intra-osseux à contenu liquidien fibreux ou nécrotique.

La synoviale est normale ou fibreuse, sauf lors des poussées congestives d'arthrose où il existe une réaction inflammatoire aux débris cartilagineux libérés dans l'articulation.

Du point de vue histologique, fragmentation des fibres de collagène constituant l'armature du cartilage, déperdition en protéoglycanes (acide hyaluronique, chondroïtine sulfate, kératane sulfate). Les chondrocytes sont hyperactifs, avec prolifération de clones chondrocytaires, mais aboutissant à une nécrose cellulaire. Il existe une dérégulation des activités d'anabolisme et de catabolisme des chondrocytes, au profit du catabolisme, avec libération d'enzymes dégradant les protéoglycanes et le collagène (métalloprotéases), l'ensemble du processus étant activé par des cytokines (interleukine 1, tumor necrosis factor).

Les traitements médicamenteux de l'arthrose sont classés en 4 groupes :

- Traitements symptomatiques d'action immédiate : antalgiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens. Les AINS sont à réserver aux poussées congestives d'arthrose. Le risque digestif (ulcères, hémorragies, perforations) est plus élevé chez les personnes âgées ; les interactions médicamenteuses (en particulier avec l'association diurétique - inhibiteur de l'enzyme de conversion) peuvent induire une insuffisance rénale aiguë. Les injections intra-articulaires de corticoïdes (infiltrations) sont seulement indiquées lors des poussées congestives, avec de grandes précautions d'asepsie.
- Les traitements symptomatiques d'action retardée et rémanente. Ils agissent sur les symptômes douloureux et la gêne fonctionnelle de façon retardée de quelques semaines, mais également rémanente (persistant à l'arrêt du traitement).

Ces traitements comportent :

- des constituants du cartilage : chondroïtine sulfate (Structum, Chondrosulf), glucosamine ;
 - des produits visant à bloquer la dégradation des cartilages en inhibant l'interleukine 1 (Art 50, Zondar) ;
 - extraits insaponifiables d'avocat et soja (Piasclédine). ;
 - l'acide hyaluronique en injections intra-articulaires : Synvisc, Adant, Sinovial, Arthrum, Viscornéal,... = viscosupplémentation (viscoinduction).
- Les traitements chondro-protecteurs c'est-à-dire susceptibles de ralentir la destruction du cartilage (effet structuro-modulateur). Les traitements symptomatiques d'action retardée et rémanente ont cette propriété sur des modèles de culture cellulaire ou d'arthrose expérimentale animale, leur effet chondro-protecteur (diminution de la vitesse de pincement de l'interligne) est établi dans la coxarthrose (Art 50) et la gonarthrose (Chondrosulf).
 - Les traitements chondro-restaurateurs susceptibles de faire repousser le cartilage : pas de produit disponible actuellement.

Les traitements symptomatiques d'action immédiate sont administrés en fonction des douleurs, les traitements symptomatiques d'action retardée et rémanente par cures de 6 mois, séparées par deux mois d'intervalle libre, mais les traitements continus sont possibles.