

L'ARTHROSE

I/Définition :

C'est un rhumatisme dégénératif mécanique en rapport avec des troubles de la formation des fibres de collagène du cartilage articulaire

Un trouble de réparation

Actuellement il existe une hypothèse qu'il s'agisse d'une pathologie métabolique car associée à l'obésité

II/Epidémiologie :

C'est une pathologie qui touche des sujets d'un certain âge avancé

Fréquente chez la femme mais peut se voir chez l'homme (la fréquence diffère d'une région à une autre)

Chez nous c'est la gonarthrose de la femme obèse qui est la plus fréquente

Parfois la femme jeune (40 ans) peut avoir une arthrose digitale primitive (au niveau des petites articulations de la main), ce sont des formes héréditaires

Les jeunes sportifs de haut niveau peuvent avoir une arthrose due aux traumatismes (là les formes peuvent être sévères)

La qualité du cartilage diffère d'une personne à une autre et c'est un élément important qui intervient dans la genèse de la maladie

L'arthrose secondaire se voit si : surpoids, obésité, vices architecturaux (varum, valgum), troubles de l'architecture de l'axe osseux, arthrite septique, rhumatisme inflammatoire

III/Clinique :

- DLR mécanique : calmée par le repos
- Parfois congestion synoviale réactionnelle → gonflement (mais pas aussi important que celui d'une arthrite)
- **Gonarthrose :**
 - DLR à la marche, à la montée et à la descente des escaliers
 - Gonflement avec effacement des ménisques du genou
 - La DLR peut entraîner une impotence ou une utilisation de canne (disparaît au repos)
 - À l'examen clinique : DLR à la mobilisation du genou ; rabet positif (mobilisation de la rotule et des surfaces articulaires tibio-fémorales à droite et à gauche → surfaces rugueuses → rabet)
 - Petit épanchement parfois : signe de rabet positif
- **Cervicarthrose :**
 - Cervicalgies chroniques avec parfois épisodes aigus
 - Risque de myélopathie cervicale arthrosique : du fait de la formation des ostéophytes en bec. Cette myélopathie est d'autant plus grave que le canal médullaire est initialement rétréci
 - On peut voir une atrophie thénar et hypothénar en rapport avec la myélopathie cervicale
 - Si ça touche le disque intervertébral on parle de lumbarthrose (arthrose du lumbus) ou discarthrose cervicale
- **Lombarthrose – lombodisquarthrose :** localisation fréquente, risque de CPC graves si canal étroit congénital
- **Arthrose digitale :** avec nodosités d'Heberdein et de Bouchard en rapport avec une arthrose des IPP et IPD surtout chez la femme jeune (parfois pose un problème de dg différentiel avec la PR)

IV/Biologie : pas de signes inflammatoires ni marqueurs sérologiques, le bilan phosphocalcique est Nle

V/Radiographie : radio de l'articulation malade et de l'articulation controlatérale pour les comparer. Les signes pathognomoniques sont :

- Ostéocondensation
- Erosion et géodes de l'os sous chondral
- Bec ostéophytique marginal
- Absence de déminéralisation osseuse



les signes cardinaux

Il existe un amincissement du cartilage qui à un stade plus avancé disparaîtra et mettra à nu les surfaces osseuse

Au niveau digital : pincement des IPP et IPD ; les articulations arthrosiques s'accompagnent d'ostéophytes et d'absence de déminéralisation ce qui permet d'établir la différence avec la PR

VI/Traitement :

Le but est de diminuer le nombre d'accès douloureux pour limiter la chondrolyse

Antalgiques parfois AINS

Parfois infiltration intra-articulaire de CTC (sans dépasser 3x/an au niveau de la même articulation)

TRT de fond : chondroprotecteur : sulfate de glucosamine (TRT de longue durée peut aller à 8 mois) ; parfois recours à la viscosupplémentation (1inj intra-articulaire/semaine pdt 3 semaines) qui peut être répétée après 8 à 12 mois

L'activité physique est nécessaire en dehors de phases de congestion articulaire → maintenir un bon tonus musculaire

La rééducation physique : renforcement musculaire, maintenir une bonne densité osseuse