

ACTUALITÉ • CONGRÈS

Quadrimed

30 ans ... what else!?

Depuis trente ans le congrès Quadrimed fournit aux praticiens des outils et des connaissances actuelles utiles pour le médecin dans sa pratique quotidienne, sans oublier de transmettre les résultats des recherches de pointe gagnant de l'importance dans le futur proche. Cette édition spéciale s'est consacrée aux sujets auxquels les médecins sont très souvent confrontés dans leur pratique quotidienne.

Diagnostic et prise en charge de l'arthrose de la main

L'arthrose de la main, ou arthrose digitale, est une lésion dégénérative des articulations des doigts. Elle touche 67% des femmes et 55% des hommes de plus de 55 ans et 20% de ces patients présentent une arthrose symptomatique, constate le **Dr Emmanuel Maheu** (Paris). Les articulations le plus souvent affectées sont les interphalangiennes distales (IPD) et les interphalangiennes proximales (IPP). Celles de la base du pouce sont moins souvent touchées. La clinique de l'arthrose digitale affecte la fonction de l'articulation mais aussi la qualité de vie du patient.

Diagnostic

Généralement le diagnostic est fondé sur la clinique, se basant sur les symptômes principaux de l'arthrose comme la douleur, la raideur, la gêne fonctionnelle et les déformations. Ces derniers sont les conséquences des modifications physiopathologiques comme l'altération du cartilage, des modifications morphologiques de l'os sous-chondral et de l'inflammation synoviale.

La douleur apparaît souvent au début de la maladie et peut varier de légère à parfois lancinante. La raideur accompagne plutôt les arthroses plus évoluées, surtout après une immobilisation. La gêne fonctionnelle parfois invalidante est entraînée d'un côté par la tuméfaction persistante évoluant à une limitation de la flexion et de l'autre côté par la douleur. La force de préhension, de la pince pouce-index et de la pince tripode peuvent par conséquent être fortement diminuées. Les déformations sous formes de nodosités de Bouchard aux IPP et plus rarement d'Heberden aux IPD sont caractéristiques et apparaissant à la face dorsale des doigts. Une évolution des nodosités de Bouchard peut conduire à des déformations importantes (en flexum ou latéralement). Ainsi un stade avancé de déformation de la base du pouce peut causer une subluxation du 1^{er} métacarpien, et une «carréification» de l'articulation trapézo-métacarpienne. Une déformation fusiforme peut accompagner une phase inflammatoire avec un gonflement capsulo-synovial indiquant souvent une atteinte érosive. Finalement, les déformations peuvent poser un problème esthétique surtout pour les femmes.

En principe, pour le diagnostic aucun examen complémentaire n'est nécessaire sauf dans de rares cas de diagnostic clinique dif-

ficile ou pour confirmer le diagnostic par des radiographies. Les signes radiologiques caractéristiques d'une arthrose importante sont un pincement de l'espace articulaire, la présence d'ostéophytes, de sclérose sous-chondrale, de géodes, et d'érosions éventuelles.

Diagnostics différentiels

Les arthropathies comme l'hémochromatose, le rhumatisme psoriasique, la rhizarthrose, la ténosynovite de De Quervain, les arthropathies métaboliques, la polyarthrite rhumatoïde ou d'autres arthrites présentent des caractéristiques inflammatoires et des distributions des atteintes articulaires qui diffèrent de l'arthrose digitale.

Prise en charge thérapeutique

Comme pour l'arthrose en général, la prise en charge se compose d'un traitement non médicamenteux (par exemple: exercices d'entretien de la mobilité articulaire quotidiens, travail de la force de pincement et de préhension) et d'un traitement médicamenteux (cf. tab.1). Au niveau pharmacologique la thérapie a pour but de soulager la douleur, d'éviter les déformations et de garder une bonne mobilité des doigts. Pour l'antalgie des anti-inflammatoires et éventuellement des opioïdes sont nécessaires. De petites doses quotidiennes de corticoïdes oraux et des traitements anti-arthrosiques symptomatiques à action lente (AASAL – sulfate de chondroïtine, sulfate de glucosamine, insaponifiables d'avocat-soja, etc.) sont également employés. Lors des poussées inflammatoires avec gonflement capsulo-synovial très douloureux, les infiltrations corticostéroïdes sous contrôle radiologique sont probablement le meilleur traitement. Les orthèses thermoformables sur mesure à utiliser la nuit ont un but antalgique mais elles ne peuvent en aucun cas éviter l'apparition éventuelle d'une déformation. Dans certaines formes d'arthroses digitales sévères, fortement inflammatoires et érosives, la colchicine, l'hydroxychloroquine, et le méthotrexate sont indiqués.

Traitement de l'ostéoporose: entre acquis et questions encore ouvertes

Un apport suffisant de calcium et de vitamine D est essentiel pour la santé des os. L'ostéoporose est une maladie dont l'occurrence augmente avec l'âge et qui touche fréquemment des femmes post-ménopausées en raison de la carence en œstrogènes. La maladie est caractérisée par une diminution de la masse osseuse et une altération de la micro-architecture des os, comme le décrit la **PD Dr Brigitte Uebelhart** (Genève).

La solidité de l'os résulte d'un équilibre entre les ostéoblastes et les ostéoclastes. Plusieurs facteurs déterminent l'acquisition et la



perte de la masse osseuse. Cette dernière représente un important facteur de risque pour les fractures osseuses.

Il existe différentes approches thérapeutiques et même si la substitution hormonale prévient l'ostéoporose, celle-ci n'est indiquée qu'en cas de symptômes climériques. Les SERM (modulateurs sélectifs des récepteurs des oestrogènes) ont un effet oestrogène-agoniste sur l'os mais l'effet protecteur osseux porte surtout sur les os trabéculaires.

Inhibiteurs de la résorption osseuse

Le traitement par inhibition de la résorption osseuse est bien connu et les bisphosphonates réduisent le risque de fractures aussi bien vertébrales que non vertébrales. Le dénosumab (Prolia®), un anticorps monoclonal humain, inhibe la formation, la fonction et la survie des ostéoclastes, et diminue ainsi la résorption osseuse dans les os corticaux et trabéculaires. Cependant, l'inhibition des ostéoclastes par le dénosumab est transitoire et est accompagnée d'une diminution de la densité minérale osseuse après l'arrêt du traitement. Pour atténuer ou éviter le rebond de la résorption osseuse l'administration d'un bisphosphonate peut être favorable.

Traitement anabolique osseux

Actuellement, le tériparatide (Forstéo) est le seul médicament admis qui possède des effets anaboliques osseux. Le tériparatide n'est autre que le fragment actif de la parathormone (PTH) humaine endogène. Il possède la même affinité que la PTH, ainsi qu'une action sur les os et les reins analogue à celle de la PTH. Actuellement, il est remboursé par les assurances comme traitement de deuxième intention. De la même manière que le dénosu-

mab, l'effet du tériparatide est rapidement réversible en arrêtant le traitement et en l'absence d'un inhibiteur de la résorption osseuse.

Espoirs reposant sur de nouvelles substances

L'anticorps monoclonal romosozumab, pas encore admis, se lie à sclérotine, un régulateur négatif d'ostéoblastes, et a montré des résultats encourageants dans l'étude FRAME. L'effet de romosozumab est également transitoire.

L'abaloparatide est un peptide synthétique qui imite l'effet de PTHrP (molécule proche du PTH) en se liant au même récepteur que le tériparatide.

Asthme au cabinet

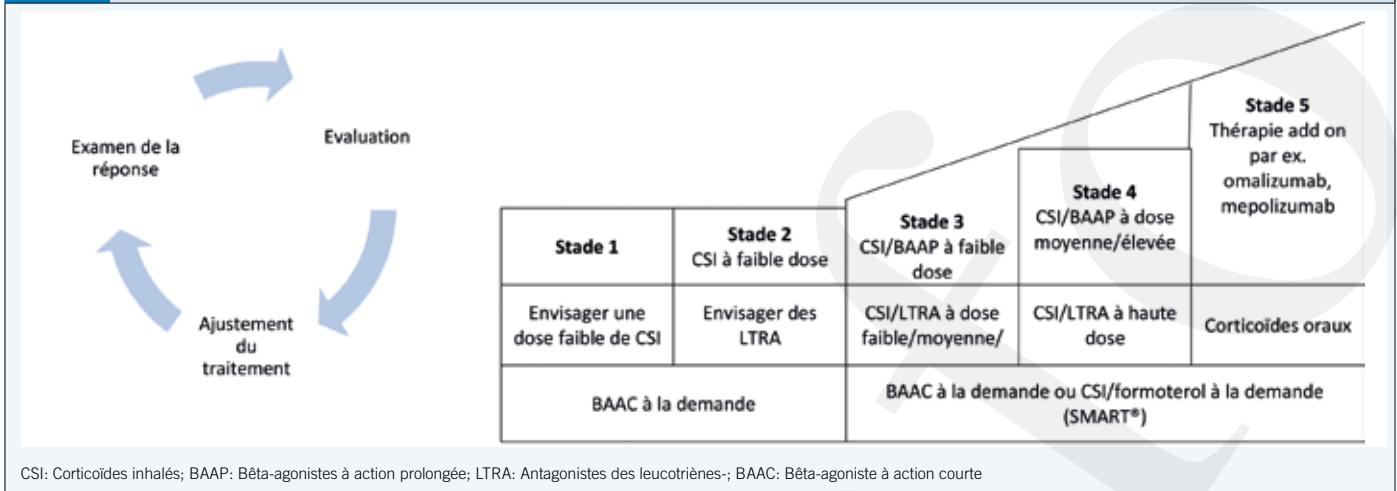
La prévalence de l'asthme est élevée. Selon l'étude suisse SAPAL-DIA, 12% des enfants et environ 5% des adultes sont concernés par cette maladie chronique. L'asthme se présente dans de différents phénotypes dont les plus fréquents sont le early-onset asthma en premier lieu allergique, et le adult-onset asthma, éosinophile et non allergique dans la plupart des cas. Les deux phénotypes sont caractérisés par une inflammation éosinophile de la muqueuse des voies respiratoires, selon le **Dr Thomas Rothe** (Davos).

L'asthme chez des enfants a souvent une cause allergique et peut disparaître à la puberté. Néanmoins, il arrive qu'il persiste à l'âge adulte. Le développement de l'asthme peut être stimulé par les infections des voies respiratoires lors des premières années de vie. Après les premières manifestations de l'asthme, celui-ci peut être redéclenché non seulement par des allergènes mais aussi par des déclencheurs non spécifiques. La cause des troubles est d'une part

TAB. 1 Recommandations de l'EULAR pour la prise en charge de l'arthrose digitale

Recommandations de l'EULAR pour la prise en charge de l'arthrose digitale	FDR*
Le traitement optimal de l'arthrose digitale requiert une combinaison de traitements non pharmacologiques et pharmacologiques, adaptés aux nécessités du patient.	95
Le traitement de l'arthrose digitale doit être individualisé selon la localisation de l'arthrose, les facteurs de risque (âge, sexe, facteurs mécaniques ou toxiques), le type d'arthrose (nodale, érosive ou traumatique), la présence ou non d'une inflammation, la sévérité des changements structuraux, l'intensité de la douleur et/ou de la gêne fonctionnelle ou la restriction de la qualité de vie, les comorbidités et comédications (y compris la présence d'une arthrose en d'autres sites), les souhaits et attentes du patient.	84
L'éducation du patient concernant la protection articulaire pour éviter les facteurs mécaniques d'arthrose, avec un régime d'exercices impliquant un renforcement musculaire et des assouplissements pour maintenir la mobilité sont recommandés pour tous les patients ayant une arthrose digitale.	59
Les applications locales de chaleur (paraffine, «hot-pack»), spécialement avant pratique des exercices, ainsi que les ultrasons sont des traitements bénéfiques	56
Les orthèses pour la base du pouce, ou pour prévenir/corriger une angulation, une déviation latérale ou un flexum d'une interphalangienne, sont recommandées.	67
Les traitements locaux doivent être préférés aux traitements systémiques, en particulier dans les douleurs minimales à modérées et lorsque peu d'articulations sont impliquées. Les topiques anti-inflammatoires et la capsaïcine sont des traitements efficaces et bien tolérés dans l'arthrose digitale.	75
Du fait de son efficacité et de sa bonne tolérance, le paracétamol jusqu'à 4 g/jour est l'antalgique oral de premier choix, et en cas de succès, l'antalgique à préférer à long terme.	87
Les anti-inflammatoires oraux, à la plus petite dose efficace et pour la durée la plus courte possible, peuvent être utilisés chez un patient ne répondant pas au paracétamol. La nécessité pour le patient de prendre un AINS et sa réponse au traitement doivent être réévaluées régulièrement. Chez les patients à risque gastro-intestinal, les AINS non sélectifs associés à une gastroprotection ou les inhibiteurs de la COX2 devraient être employés. Chez les patients ayant un risque CV augmenté, les coxibs sont contre-indiqués et les AINS non sélectifs doivent être utilisés avec beaucoup de prudence.	81
Les anti-arthrosiques symptomatiques d'action lente (AASAL: sulfate de chondroïtine, diacérhéine, sulfate de glucosamine, insaponifiables d'avocat-soja, et acide hyaluronique intra-articulaire) peuvent avoir un bénéfice symptomatique avec une faible toxicité, mais les effets-taille sont réduits et les patients susceptibles de bénéficier de ces traitements sont mal définis; leur effet structural et leur pertinence clinique ainsi que leurs bénéfices pharmaco-économiques n'ont pas encore été établis.	63
Les injections intra-articulaires de corticostéroïdes de longue durée sont efficaces dans les poussées d'arthrose, en particulier dans la rhizarthrose.	60
La chirurgie (interposition arthroplastie, ostéotomie ou arthrodèse) est un traitement efficace pour l'arthrose sévère de la base du pouce et peut être envisagée chez les patients qui ont une douleur ou une gêne fonctionnelle importante après échec des traitements conservateurs.	68
* Force de recommandation avec échelle de cotation de 0 à 100 (adapté de Zhang W et al. Ann Rheum Dis. 2007 Mar;66(3):377-88)	

FIG. 1 Approche par augmentation progressive du traitement de l'asthme selon GINA



l'hyperréactivité bronchique, souvent présente dans la toux nocturne, et les troubles respiratoires matinaux, et d'autre part les bronchospasmes lors d'efforts physiques intenses.

Le adult-onset asthma éosinophile ne se manifeste habituellement qu'à l'âge adulte. La caractéristique de ce phénotype est le plus souvent l'absence des symptômes typiques de l'asthme malgré la présence d'inflammation éosinophile dans la muqueuse des voies respiratoires. La maladie se manifeste par la toux, les sécrétions bronchiques visqueuses et le gonflement progressif de la muqueuse inflammée. La dyspnée à l'effort qui en résulte peut facilement être confondue avec la BPCO. Dans ce cas, l'asthme est diagnostiqué par la présence d'éosinophiles dans l'hémogramme et par l'amélioration des symptômes respiratoires lors de l'inhalation de corticostéroïdes. Les bêta-agonistes n'obtiennent pas de tels effets en raison du gonflement de muqueuse.

Prise en charge de l'asthme

GINA – les directives internationales pour le traitement de l'asthme envisagent un bon contrôle de l'asthme en évitant les dyspnées nocturnes, et l'asthme à l'effort, et en limitant les épisodes de sentiments d'oppression diurne à deux fois par semaine au maximum.

Un bon contrôle de l'asthme consiste à éviter l'allergène, instaurer une thérapie médicamenteuse voire même une immunothérapie spécifique, et finalement éduquer le patient avec le but d'inhaler

correctement les médicaments, d'éviter des allergènes et de détecter prématurément les exacerbations. De plus, un plan d'action peut aider le patient à réagir correctement aux dégradations.

La thérapie médicamenteuse se fait par augmentation progressive du traitement et se base sur une mise au point continue permettant l'évaluation de la situation, l'ajustement du traitement et l'examen de la réponse à celui-ci (fig. 1).

Dans les stades 1 et 2, avec une monothérapie par corticoïdes inhalés (CSI) complétée si besoin par des BAAC (bêta-agoniste à action courte), il existe le danger que les patients n'utilisent que les BAAC, puisque l'effet de ceux-ci est directement perceptible. Or, dans ces conditions, l'hyperréactivité bronchique augmente. C'est la raison pour laquelle dans la pratique on commence souvent tôt par une thérapie de combinaison CSI/BAAP (bêta-agonistes à action prolongée). Dans les cas où les patients restent symptomatiques malgré un bon contrôle de l'asthme, deux raisons peuvent être mises en évidence. Soit l'asthme est sévère, soit des facteurs exogènes compliquent la thérapie de l'asthme ou la rendent impossible.

En plus des médicaments antiasthmatiques usuels, l'asthme du stade 5 peut être traité avec des corticoïdes oraux et avec des anticorps monoclonaux (omalizumab dirigé contre l'IgE, ou mepolizumab dirigé contre l'interleukine-5).

▼ Dr Heidrun Ding

Source: Quadrimed, Crans Montana, 26.-28.1.2017