

*Lignes directrices pour  
la prise en charge de  
l'arthrose du genou et de la hanche*

Deuxième édition



## Lignes directrices pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche. Deuxième édition

### Avertissement

Les informations contenues dans cette publication sont à jour à la date de la première publication et sont destinées à être utilisées comme guide de nature générale uniquement et peuvent ou non être pertinentes pour des patients ou des circonstances particuliers. Cette publication n'est pas non plus exhaustive sur le sujet. Les personnes qui mettent en œuvre les recommandations contenues dans cette publication doivent exercer leur propre compétence ou jugement indépendant ou rechercher des conseils professionnels appropriés adaptés à leur situation particulière lorsqu'elles le font. Le respect d'éventuelles recommandations ne peut à lui seul garantir l'acquiescement du devoir de diligence dû aux patients et autres personnes entrant en contact avec le professionnel de santé et les locaux à partir desquels le professionnel de santé exerce son activité.

Bien que le texte s'adresse aux professionnels de la santé possédant les qualifications et les compétences appropriées pour déterminer et s'acquiescer de leurs obligations professionnelles (y compris légales), il ne doit pas être considéré comme un avis clinique et, en particulier, ne remplace pas un examen complet et une prise en compte des antécédents pour parvenir à un diagnostic et à un traitement fondés sur les pratiques cliniques acceptées.

En conséquence, le Royal Australian College of General Practitioners Ltd (RACGP) et ses employés et agents déclinent toute responsabilité (y compris, sans s'y limiter, la responsabilité pour cause de négligence) envers les utilisateurs des informations contenues dans cette publication pour toute perte ou tout dommage (consécutif ou autrement), les coûts ou dépenses encourus ou découlant du fait qu'une personne utilise ou s'appuie sur les informations contenues dans cette publication et qu'ils soient causés en raison d'une erreur, d'un acte de négligence, d'une omission ou d'une fausse déclaration dans les informations.

### Citation recommandée

Le Collège royal australien des médecins généralistes. Lignes directrices pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche. 2e éd. Melbourne Est, Victoria: RACGP, 2018.

Le Collège royal australien des médecins généralistes Ltd

100 défilé Wellington

Melbourne Est, Victoria 3002

Tél 03 8699 0414

Télécopie 03 8699 0400

[www.racgp.org.au](http://www.racgp.org.au)

ABN : 34 000 223 807

ISBN : 978-0-86906-500-6

Première édition (Lignes directrices pour la prise en charge non chirurgicale de l'arthrose de la hanche et du genou) publiée en 2009

Deuxième édition publiée en juillet 2018

© Collège royal australien des médecins généralistes 2018

Cette ressource est fournie sous licence par le RACGP. Les conditions complètes sont disponibles sur [www.racgp.org.au/utilisation/licence](http://www.racgp.org.au/utilisation/licence). En résumé, vous ne devez pas le modifier ou l'adapter ou l'utiliser à des fins commerciales. Vous devez reconnaître la RACGP comme propriétaire.

Nous reconnaissons les gardiens traditionnels des terres et des mers sur lesquelles nous travaillons et vivons, et rendons hommage aux aînés, passés, présents et futurs.

---

### Approbation de publication



**Australian Government**

**National Health and Medical Research Council**

Les recommandations des lignes directrices aux pages 5 à 12 de ce document ont été approuvées par le directeur général du Conseil national de la santé et de la recherche médicale (NHMRC) le 9 juillet 2018 en vertu de l'article 14A de la loi de 1992 sur le Conseil national de la santé et de la recherche médicale. Les recommandations de lignes directrices, le NHMRC considère qu'elles répondent à la norme NHMRC pour les lignes directrices de pratique clinique. Cet agrément est valable pour une durée de cinq ans.

Le NHMRC est convaincu que les recommandations des lignes directrices sont systématiquement dérivées, basées sur l'identification et la synthèse des meilleures preuves scientifiques disponibles, et développées pour les professionnels de la santé exerçant dans un cadre de soins de santé australien.

Cette publication reflète les opinions des auteurs et pas nécessairement celles du gouvernement australien.



Royal Australian College of General Practitioners

RACGP

*Lignes directrices pour*

*la prise en charge de*

*l'arthrose du genou et de la hanche*

Deuxième édition



## *À propos de cette ligne directrice*

Le Royal Australian College of General Practitioners (RACGP) a d'abord élaboré des lignes directrices pour la prise en charge non chirurgicale de l'arthrose de la hanche et du genou en 2009. Depuis lors, des progrès substantiels ont été réalisés dans l'évaluation de l'efficacité et de l'innocuité des thérapies couramment utilisées et nouvelles pour l'arthrose (OA). L'objectif de cette nouvelle ligne directrice est de présenter les meilleures preuves scientifiques actuelles disponibles pour les interventions liées à l'arthrose, couvrant toutes les interventions autres que les arthroplasties de la hanche et du genou.

## Population et public cible

Cette ligne directrice s'applique à tous les adultes diagnostiqués avec une arthrose symptomatique de la hanche et/ou du genou jusqu'à ce qu'ils soient référés pour une arthroplastie. Bien que cette ligne directrice soit principalement destinée à être utilisée dans le cadre des soins primaires par les médecins généralistes (MG), la pertinence de cette ligne directrice a également été prise en compte par d'autres professionnels de la santé qui traitent des personnes atteintes d'arthrose. Cela se reflète dans la composition multidisciplinaire du groupe de travail sur l'élaboration des lignes directrices, qui comprend des représentants des consommateurs.

## Acronymes

ACR	Collège américain de rhumatologie	MSM méthylsulfonylméthane
AIHW	Institut australien de la santé et du bien-être	NATSIHS National Aborigène et Torres
ASU	insaponifiables avocat/soja	Enquête sur la santé des insulaires du détroit
IMC	indice de masse corporelle	NGF
CALD	culturellement et linguistiquement diversifié	facteur de croissance nerveuse
TCC	thérapie comportementale cognitive	Santé nationale et médecine du NHMRC
CENTRAL	Cochrane Database of Systematic Revue et registre central Cochrane des essais contrôlés	Conseil de la recherche
IC	Intervalle de confiance	JOLI
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Littérature sur la santé	Institut national pour l'excellence de la santé et des soins
CI	conflit d'intérêt	Échelle numérique d'évaluation de la douleur NPRS
BARREUR	cyclooxygénase	AINS anti-inflammatoire non stéroïdien
COX-2	cyclooxygénase-2	OA
PCR	Protéine C-réactive	arthrose
TDM	tomodensitométrie	Société internationale de recherche sur l'arthrose OARSI
DALY	années de vie ajustées sur l'incapacité	OU ALORS
DHA	acide docosahexaénoïque	rapport de cotes
DMOAD	médicaments modificateurs de la maladie contre l'arthrose	p75NTR Récepteur de la neurotrophine de 75 kDa
DMSO	diméthylsulfoxyde	PBS
EMA	Agence européenne des médicaments	Régime de prestations pharmaceutiques
APE	acide eicosapentaénoïque	PG
RSE	Vitesse de sédimentation	prostaglandine
FGF	facteur de croissance des fibroblastes	NPH
généraliste	médecin généraliste	Réseau de santé primaire
GRADE	Classement des recommandations Évaluation, développement et évaluation	PIC
HANDI	Manuel des interventions non médicamenteuses	patient/population/problème, intervention, comparaison/contrôle, résultat
HOOS	Handicap de la hanche et arthrose Note du résultat	IPP
Plateforme d'enregistrement international des essais cliniques de l'ICTRP		inhibiteur de la pompe à protons
IgG2	immunoglobuline G2	Risque de pharmacovigilance du PRAC
IL-1	interleukine-1	Comité d'évaluation
IPDAS	Aides à la décision pour les patients internationaux Normes	PRP
KOOS	Blessure au genou et arthrose Note du résultat	plasma riche en plaquettes
Barème des prestations de MBS Medicare		RACGP
MARYLAND	différence moyenne	Le Collège royal australien des médecins généralistes
IRM	imagerie par résonance magnétique	ECR
Cellule souche mésenchymateuse MSC		Essai contrôlé randomisé
		RR
		risque relatif
		SSE
		Statut socioéconomique
		Différence moyenne standardisée SMD
		IRSN
		inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
		TEAE
		événement indésirable lié au traitement
		Stimulation nerveuse électrique transcutanée TENS
		TGA
		Administration des Biens Thérapeutiques
		TNF-alpha
		facteur de nécrose tumorale alpha
		TrkA
		récepteur tyrosine kinase
		Potentiel de récepteur transitoire TRPV1 Vanilloïde 1
		SAV
		Échelle analogique visuelle
		OMS
		Organisation mondiale de la santé
		WOMAC
		Ouest de l'Ontario et McMaster
		Indice d'arthrose des universités

# Remerciements

La mise à jour des lignes directrices pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche a été soutenue par le Royal Australian College of General Practitioners (RACGP) et la Medibank Better Health Foundation. Le RACGP remercie chaleureusement les membres du groupe de travail pour leur généreuse contribution à l'élaboration de cette ligne directrice.

## Membres du groupe de travail sur l'élaboration des lignes directrices

professeur David Hunter, coprésident, groupe de travail sur l'élaboration des lignes directrices; Chaire Florance et Cope, Institut de Recherche sur les os et les articulations, Kolling Institute, Université de Sydney, Nouvelle-Galles du Sud; Rhumatologue, Royal North Hôpital Shore, Nouvelle-Galles du Sud

professeur Kim Bennell, co-présidente, groupe de travail sur l'élaboration des lignes directrices; Directeur, Centre pour la santé, l'exercice et Médecine du sport, Département de physiothérapie, Université de Melbourne, Victoria

Professeur Michael Austin, doyen associé, École d'ingénierie, Université RMIT, Victoria

Professeur Andrew Briggs, École de physiothérapie et des sciences de l'exercice, Faculté des sciences de la santé, Curtin Université, Australie occidentale

professeur Rachelle Buchbinder, directrice, département Monash d'épidémiologie clinique, hôpital Cabrini, Victoria;  
Professeur, Département d'épidémiologie et de médecine préventive, Université Monash, Victoria

Dr Stephen Bunker, conseiller en recherche clinique, Medibank Private Ltd

Professeur Peter Choong, Chaire de Chirurgie et Chef du Département de Chirurgie, Université de Melbourne, St Vincent's Hôpital Melbourne, Victoria; directeur de l'orthopédie, St Vincent's Hospital Melbourne, Victoria; Chaise, Os et Service de sarcome des tissus mous, Centre de cancérologie Peter MacCallum

Dr Dan Ewald, médecin généraliste, Lennox Head Medical Centre, Nouvelle-Galles du Sud ; Santé autochtone Bullinah Service, Ballina, Nouvelle-Galles du Sud; Professeur agrégé adjoint, Université de Sydney et Université Northern River Centre de santé rurale, Nouvelle-Galles du Sud; Conseiller clinique principal, North Coast NSW PHN

Professeur Kieran Fallon, professeur de médecine du sport et de l'exercice et médecin de médecine du sport et de l'exercice, Département de rhumatologie, Hôpital de Canberra, Université nationale australienne, Canberra, ACT

M. Ben Harris (novembre 2016-juin 2017), directeur général, Politique, information et programmes, MOVE muscle, bone & joint health

Professeur Rana Hinman, Future Fellow du Australian Research Council, Center for Health, Exercise and Sports Médecine, Département de physiothérapie, Université de Melbourne, Victoria

Dr Leonie Katekar, directrice clinique, Medibank Private Ltd

Maître de conférences Marie Pirota, médecin généraliste ; Département de médecine générale, Université de Melbourne, Victoria

Dr Michael Ponsford, spécialiste en médecine de réadaptation, Epworth Hospital, Victoria

Professeur agrégé Morton Rawlin, médecin généraliste, Macedon Medical Centre, Victoria

Dr Xia Wang, épidémiologiste, Université de Sydney, Nouvelle-Galles du Sud

Dr Samuel Whittle, rhumatologue consultant principal, Queen Elizabeth Hospital, Woodville South, Australie du Sud

## *Les conflits d'intérêts*

Cette ligne directrice a été produite conformément aux règles et processus décrits dans la politique sur les conflits d'intérêts du RACGP. La politique de conflit d'intérêts du RACGP est disponible sur [www.racgp.org.au/support/policies/organisational](http://www.racgp.org.au/support/policies/organisational)

Les divulgations de conflits d'intérêts (CI) sont disponibles dans la Ligne directrice pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche : Rapport administratif.

Tous les membres du groupe de travail sur l'élaboration des lignes directrices ont rempli un registre des conflits d'intérêts avant le début de l'élaboration des lignes directrices. Tous les conflits d'intérêts supplémentaires ont été déclarés au début de toutes les réunions et consignés de manière appropriée. Si un membre a déclaré un COI relatif à une intervention spécifique (à l'exception de la recherche), il n'a pas participé à la discussion ou à la prise de décision pour l'intervention.

L'élaboration des lignes directrices pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche est financée en partie par la Medibank Better Health Foundation. Il a fourni un soutien pour l'élaboration d'examens systématiques de la littérature, l'extraction de données et la compilation du rapport de synthèse GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation).

## *Examen futur de cette ligne directrice*

Cette ligne directrice sera révisée au moins une fois tous les cinq ans.



# Contenu

<i>À propos de cette ligne directrice</i>	<i>iii</i>
Population et public cible	iii
<i>Acronymes</i>	<i>iv</i>
<i>Remerciements</i>	<i>v</i>
Membres du groupe de travail sur l'élaboration des lignes directrices	v
<i>Les conflits d'intérêts</i>	<i>vi</i>
<i>Examen futur de cette ligne directrice</i>	<i>vi</i>
<i>Résumé : Langage clair</i>	<i>1</i>
<i>Recommandations</i>	<i>4</i>
Force des recommandations	4
Qualité des preuves	4
Algorithme	4
<i>Résumé des recommandations</i>	<i>5</i>
Des recommandations fortes pour l'intervention	5
Des recommandations fortes contre l'intervention	6
Recommandations conditionnelles pour l'intervention	7
Recommandations conditionnelles (neutres) pour l'intervention	9
Recommandations conditionnelles contre l'intervention	11
<i>1. Contexte 1.1</i>	<i>13</i>
Introduction	13
1.2 Objectif 1.3	13
Portée et population cible 1.4 Public	14
cible 1.5 Communautés défavorisées	14
1.6 Évaluation des personnes atteintes	14
d'arthrose de la hanche et/ou du genou 1.7 Diagnostic de	15
l'arthrose de la hanche et/ou du genou 1.8 Élaboration d'un	16
plan de prise en charge 1.9 Moment et nécessité de l'orientation	18
vers un chirurgien orthopédiste	20
1.10 Aides à la décision	21
<i>2. Méthode</i>	<i>22</i>
2.1 Revue de la littérature	22
2.2 Extraction et analyse des données	23
2.3 Évaluation de la qualité et formulation du rapport sur les preuves	24
2.4 Formulation de recommandations	24
<i>3. Recommandations</i>	<i>26</i>
3.1 Interventions non pharmacologiques 3.2	26
Interventions pharmacologiques 3.3	40
Phytothérapie, suppléments et nutraceutiques 3.4 Interventions	52
chirurgicales	59

<i>Références</i>	60
<i>Annexe 1. Algorithme – Évaluation holistique, diagnostic et prise en charge de l'arthrose du genou et/ou de la hanche</i>	64
Gestion de l'évaluation et du diagnostic	65
<i>Annexe 2. Questions</i>	66
<i>PICO</i> PICO (patient/population/problème, intervention, comparaison/témoin, résultat) Questions	66
PICO pour la gonarthrose Questions PICO pour la coxarthrose	69

## Résumé : Langage clair

L'arthrose (OA) est une maladie chronique et la forme la plus courante d'arthrite chronique. Elle se caractérise par des douleurs articulaires, une raideur et un gonflement, et affecte principalement les mains, les genoux et les hanches. L'arthrose survient le plus souvent chez les personnes âgées de plus de 55 ans, bien que les personnes plus jeunes puissent également être touchées. Les facteurs de risque d'arthrose comprennent les lésions articulaires, le surpoids ou l'obésité et l'âge avancé. À mesure que la population vieillit et que les taux d'obésité augmentent, le nombre d'Australiens atteints d'arthrose devrait passer de 2,2 millions en 2015 à près de 3,1 millions d'ici 2030. Il n'existe actuellement aucun remède contre l'arthrose, mais il existe de nombreux traitements et approches de gestion. les symptômes à long terme de cette maladie.

Les médecins généralistes (MG) sont souvent le premier point de contact dans le système de santé pour une personne atteinte d'arthrose. Cette ligne directrice fournit aux médecins généralistes australiens des conseils et des recommandations pour la prise en charge des personnes atteintes d'arthrose du genou et/ou de la hanche. La ligne directrice met fortement l'accent sur l'autogestion et les traitements non chirurgicaux pour améliorer la santé des personnes atteintes d'arthrose du genou et/ou de la hanche. Voici un résumé des principales recommandations :

Mode de vie :

- L'exercice régulier est important pour soulager la douleur et améliorer la fonction chez les personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche.  
Pour l'arthrose du genou, les exercices terrestres tels que les exercices de renforcement musculaire, la marche et le Tai Chi sont fortement recommandés. D'autres exercices terrestres qui pourraient être envisagés pour certaines personnes atteintes d'arthrose du genou comprennent le vélo stationnaire et le hatha yoga. Le meilleur exercice terrestre pour les personnes atteintes d'arthrose de la hanche n'a pas pu être déterminé en raison de recherches limitées. Les exercices aquatiques peuvent être envisagés pour certaines personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche.

- La gestion du poids est fortement recommandée pour les personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche qui sont en surpoids ou obèses.

Traitements non médicamenteux :

- La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) pourrait être envisagée pour certaines personnes, en particulier en conjonction avec l'exercice, et en tenant compte des problèmes de santé mentale existants, des préférences personnelles, du coût et de l'accès.
- Des compresses chauffantes ou des bouillottes peuvent être utilisées comme stratégie d'autogestion.
- L'utilisation d'une canne ou d'autres appareils (par exemple, une marchette, des béquilles) peut être appropriée pour certaines personnes souffrant de problèmes de genoux et/ou de hanches.  
OA pour aider à améliorer la douleur, la mobilité et l'équilibre.
- Un court cours de thérapie manuelle ou de massage pourrait être envisagé pour certaines personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche en complément de la gestion du mode de vie.
- La neurostimulation électrique transcutanée (TENS) qui peut être utilisée à domicile peut convenir à certaines personnes atteintes d'arthrose du genou et/ou de la hanche.
- Il existe une recommandation conditionnelle contre les traitements suivants (voir la [section 3. Recommandations](#) pour une explication sur recommandation conditionnelle)
  - échographie thérapeutique
  - thérapie par ondes de choc
  - thérapie au laser
  - thérapie interférentielle
  - chaussures commercialisées pour l'arthrose du genou
  - thérapie par le froid
  - orthèses valgus et semelles latérales compensées pour l'arthrose médiale du genou
  - orthèse fémoro-patellaire
  - bandes kinésio.

- En raison d'un manque de preuves de haute qualité, aucune recommandation ne peut être faite pour les éléments suivants

- des programmes formels d'autogestion
- orthèses de décharge varus et semelles intérieures médiales pour arthrose latérale du genou
- semelles absorbant les chocs
- supports de voûte plantaire
- bandage rotulien
- thérapie électromagnétique pulsée/ondes courtes.

Médicament:

- Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS; par exemple l'ibuprofène), pris par voie orale à faibles doses pendant de courtes périodes sont recommandé pour certaines personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche. La surveillance des éventuels effets indésirables des médicaments est nécessaire.
- Bien qu'il n'y ait aucune recommandation pour ou contre les AINS appliqués localement sur la peau, il peut être raisonnable d'essayer les AINS topiques pendant une courte période, en surveillant les éventuels effets indésirables, puis d'arrêter l'utilisation si elle n'est pas efficace.
- Bien qu'il n'y ait aucune recommandation pour ou contre le paracétamol, il peut être raisonnable d'essayer paracétamol pendant une courte période chez certaines personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche, avec surveillance des éventuels effets indésirables, puis cesser l'utilisation si elle n'est pas efficace.
- Des injections de corticostéroïdes pourraient être offertes pour soulager les symptômes à court terme chez certaines personnes atteintes d'arthrose du genou et/ou de la hanche, mais il faut faire attention aux injections répétées en raison des dommages potentiels.
- La duloxétine pourrait être envisagée pour certaines personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche lorsque d'autres formes de soulagement de la douleur sont inadéquats.
- Il existe une forte recommandation contre l'utilisation des éléments suivants
  - opioïdes oraux et transdermiques
  - injection de viscosupplémentation pour la coxarthrose
  - la doxycycline
  - ranélate de strontium
  - inhibiteurs de l'interleukine-1 (IL-1)
  - la thérapie par cellules souches.
- Il existe une recommandation conditionnelle contre l'utilisation des éléments suivants
  - capsaïcine pour l'arthrose du genou et/ou de la hanche
  - bisphosphonates
  - calcitonine
  - facteur de croissance anti-nerveux (NGF)
  - la colchicine
  - méthotrexate
  - injection de viscosupplémentation pour la gonarthrose
  - prolothérapie au dextrose
  - les acides gras omega-3
  - diacérhéine.

- En raison d'un manque de preuves de haute qualité, aucune recommandation ne peut être faite pour les éléments suivants

- injections de plasma riche en plaquettes (PRP)
- des crèmes anti-inflammatoires non stéroïdiennes appliquées localement
- capsaïcine pour l'arthrose de la hanche
- collagène
- méthylsulfonylméthane.

Thérapies complémentaires et alternatives, et nutraceutiques :

- Les thérapies complémentaires et alternatives suivantes ne doivent pas être proposées

- nutraceutiques glucosamine et chondroïtine
- Vitamine D
- l'acupuncture.

- En raison d'un manque de preuves de haute qualité, aucune recommandation ne peut être faite sur les suppléments à base de plantes suivants

- insaponifiables avocat/soja (ASU)
- Encens indien (extrait de *Boswellia serrata*)
- Safran des Indes
- extrait d'écorce de pin.

Interventions chirurgicales :

- Il existe une forte recommandation contre la chirurgie telle que le lavage arthroscopique et le débridement, la méniscectomie et la réparation du cartilage pour les personnes atteintes d'arthrose du genou, à moins que la personne ne présente également des signes et des symptômes de « genou bloqué ».

## Recommandations

Le Royal Australian College of General Practitioners (RACGP) a utilisé l'approche GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) pour évaluer la qualité des preuves et déterminer la force des recommandations. Les recommandations ont été formulées à l'aide du cadre GRADE des données probantes à la décision en tenant compte :

- la qualité des preuves
- l'équilibre entre les avantages et les inconvénients
- valeurs et préférences
- utilisation des ressources
- autres considérations pertinentes.

### Force des recommandations

#### Recommandation Description

<b>Forte recommandation pour l'intervention</b>	Le groupe de travail est très confiant que les avantages d'une intervention l'emportent clairement sur les inconvénients (ou vice versa)
<b>Forte recommandation contre l'intervention</b>	Le groupe de travail est très confiant que les inconvénients d'une intervention l'emportent clairement sur les avantages
<b>Recommandation conditionnelle pour l'intervention</b>	Dénote une incertitude sur l'équilibre des avantages, par exemple lorsque la qualité des preuves est faible ou très faible, ou lorsque les préférences ou les coûts personnels sont censés avoir un impact sur la décision, et en tant que tel se réfère aux décisions où la prise en compte des préférences personnelles est essentielle pour la prise de décision
<b>Conditionnel recommandation contre l'intervention</b>	Dénote une incertitude quant à la balance des préjudices, par exemple lorsque la qualité des preuves est faible ou très faible, ou lorsque les préférences ou les coûts personnels sont censés avoir un impact sur la décision, et en tant que tel se réfère aux décisions où la prise en compte des préférences personnelles est essentielle pour la prise de décision
<b>Recommandation conditionnelle (neutre)</b>	Le groupe de travail ne peut pas déterminer la direction de la recommandation

Les recommandations sont formulées à l'aide d'une formulation standardisée, comme l'utilisation du terme «*offre recommandée*» pour les recommandations fortes et «*offre suggérée*» pour les recommandations conditionnelles ou faibles ou d'autres termes tels que «*devrait*» et «*peut*».

### Qualité des preuves

La force de la recommandation est étayée par une notation de la qualité des données probantes comme suit :

- Très lent
- Bas
- Modéré
- Haute.

Chaque recommandation est étayée par des informations expliquant en quoi consiste l'intervention, la justification de la recommandation et tout préjudice associé. L'intention est de fournir suffisamment d'informations sur la raison pour laquelle la recommandation a été faite pour permettre à un médecin généraliste de discuter et de recommander des options pour son patient. Vous trouverez plus d'informations sur l'approche GRADE dans la [section 2.4 Formulation des recommandations](#).

### Algorithme

L'algorithme qui l'accompagne ([Annexe 1. Algorithme – Évaluation holistique, diagnostic et prise en charge de l'arthrose du genou et/ou de la hanche](#)) a été développé à partir des informations contenues dans les lignes directrices pour guider l'évaluation et le diagnostic holistiques, la prise en charge non chirurgicale et la prise en charge chirurgicale de l'arthrose symptomatique chez adultes.

# Résumé des recommandations

## Des recommandations fortes pour l'intervention

Recommandation d'intervention	Force de la recommandation	Qualité des preuves
<p><b>Terrestre</b> exercice – Genou</p> <p>Nous recommandons fortement de proposer des exercices terrestres à toutes les personnes atteintes d'arthrose du genou afin d'améliorer la douleur et la fonction, quel que soit leur âge, la gravité de la maladie structurale, l'état fonctionnel ou le niveau de douleur.</p> <p>L'exercice s'est également avéré bénéfique pour d'autres comorbidités et état de santé général</p> <p>Nous recommandons fortement la marche, les exercices de renforcement musculaire et plus particulièrement le Tai Chi</p> <p>Les cliniciens doivent prescrire un programme d'exercices individualisé, en tenant compte des préférences, des capacités et de la disponibilité des ressources et des installations locales de la personne. Des objectifs réalistes doivent être fixés. La posologie doit être augmentée en tenant pleinement compte de la fréquence, de la durée et de l'intensité des séances d'exercice, du nombre de séances et de la période pendant laquelle les séances doivent avoir lieu.</p> <p>Il faut prêter attention aux stratégies visant à optimiser l'observance.</p> <p>L'orientation vers un professionnel de l'exercice pour aider à la prescription d'exercices et fournir une supervision en personne ou à distance peut être appropriée pour certaines personnes</p>	<p><b>Fort pour la recommandation</b></p> <p>(tous les exercices terrestres, la marche, les exercices de renforcement musculaire, le Tai Chi)</p>	<p>Faible (tous basés sur terre, Tai Chi)</p> <p>Très faible (marche, exercice de renforcement musculaire)</p>
<p><b>Terrestre</b> exercice – Hanche</p> <p>Nous recommandons fortement de proposer des exercices terrestres à toutes les personnes atteintes d'arthrose de la hanche afin d'améliorer la douleur et la fonction, quel que soit leur âge, la gravité de la maladie structurale, l'état fonctionnel ou le niveau de douleur.</p> <p>L'exercice s'est également avéré bénéfique pour d'autres comorbidités et la santé globale</p> <p>Le type d'exercice qui est le plus bénéfique n'est pas encore connu.</p> <p>Les cliniciens doivent prescrire un programme d'exercices progressifs individualisés, en tenant compte des préférences, des capacités et de la disponibilité des installations locales de la personne. Des objectifs réalistes doivent être fixés. La posologie doit être augmentée en tenant pleinement compte de la fréquence, de la durée et de l'intensité des séances d'exercice, du nombre de séances et de la période au cours de laquelle quelles sessions devraient avoir lieu</p> <p>Le clinicien doit surveiller la réponse de la personne au programme d'exercices et peut essayer une autre forme d'exercices terrestres si les améliorations ne sont pas évidentes. Il faut prêter attention aux stratégies visant à optimiser l'observance.</p> <p>L'orientation vers un professionnel de l'exercice pour aider à la prescription d'exercices et fournir une supervision en personne ou à distance peut être utile pour certaines personnes</p>	<p><b>Fort pour la recommandation</b></p> <p>(en combinant toutes les études d'exercices terrestres)</p>	<p>Modéré (basé sur la terre)</p>
<p><b>Gestion du poids</b> – Genou et/ou hanche</p> <p>Nous recommandons fortement la gestion du poids pour les personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche. Pour les personnes en surpoids (IMC <math>\geq 25</math> kg/m<sup>2</sup>) ou obèses (IMC <math>\geq 30</math> kg/m<sup>2</sup>), un objectif de perte de poids minimum de 5 à 7,5 % du poids corporel est recommandé. Il est avantageux d'atteindre une plus grande quantité de perte de poids étant donné qu'il existe une relation entre la perte de poids et les avantages symptomatiques. La perte de poids doit être associée à l'exercice pour de plus grands avantages. Pour les personnes ayant un poids santé, l'éducation sur l'importance de maintenir un poids santé est essentielle</p>	<p><b>Fort pour la recommandation</b></p>	<p>Très lent</p>

## Des recommandations fortes contre l'intervention

Intervention	Recommandation	Force de la recommandation	Qualité des preuves
Opioides oraux – Genou et/ou hanche	Nous ne recommandons pas d'offrir des opioides oraux aux personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche	Fort contre la recommandation	Bas (genou) Très bas (hanche)
Opioides transdermiques – Genou et/ou hanche	Nous ne recommandons pas d'offrir des opioides transdermiques aux personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche	Fort contre la recommandation	Bas
Doxycycline – Genou et/ou hanche	Nous ne recommandons pas d'offrir de la doxycycline aux personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche	Fort contre la recommandation	Bas (genou) Très bas (hanche)
Ranélate de strontium – Genou et/ou hanche	Nous déconseillons d'offrir du ranélate de strontium aux personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche	Fort contre la recommandation	Modéré
Inhibiteurs de l'IL-1 - Genou et/ou hanche	Nous ne recommandons pas de proposer des inhibiteurs de l'IL-1 aux personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche	Fort contre la recommandation	Bas
FGF – Genou et/ou hanche	Nous ne recommandons pas d'offrir le FGF aux personnes atteintes du genou . et/ou arthrose de la hanche	Fort contre la recommandation	Très lent
Injection de viscosupplémentation – Hanche	Nous ne recommandons pas d'offrir une injection de viscosupplémentation aux personnes atteintes d'arthrose de la hanche	Fort contre la recommandation	Bas
Thérapie par cellules souches – Genou et/ou hanche	Nous ne recommandons pas d'offrir une thérapie par cellules souches aux personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche	Fort contre la recommandation	Très lent
Arthroscopie, lavage et débridement, ménisectomie et réparation du cartilage – Genou	Nous ne recommandons pas de proposer une arthroscopie, un lavage et un débridement, une ménisectomie et une réparation du cartilage aux personnes atteintes d'arthrose du genou, sauf si la personne présente également des symptômes mécaniques d'un genou cliniquement bloqué, conformément à l' <a href="#">Australie</a> . Déclaration de position sur l'arthroscopie de la Knee Society	Fort contre la recommandation	Très faible (lavage et débridement) Faible (ménisectomie) Très faible (réparation du cartilage)

FGF, facteur de croissance des fibroblastes ; IL-1, interleukine-1γ; arthrose, arthrose



## Recommandations conditionnelles pour l'intervention

Intervention	Recommandation	Force de la recommandation	Qualité des preuves
Thérapie cognitivo-comportementale (TCC) – Genou et/ou hanche	<p>Il peut être approprié de proposer une TCC à certaines personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche.</p> <p>Les cliniciens doivent déterminer si la TCC est appropriée, en tenant compte des comorbidités psychologiques et des préférences personnelles. Ils doivent être conscients des problèmes liés au coût et à l'accès. Il est recommandé de combiner la TCC avec l'exercice pour améliorer les résultats. La TCC peut être proposée en face à face ou via des programmes en ligne</p>	Conditionnel à la recommandation	Bas (genou) Très bas (hanche)
Vélo stationnaire et Hatha yoga – Le genou	<p>Il peut être approprié d'offrir le vélo stationnaire et/ou Hatha yoga pour certaines personnes souffrant d'arthrose du genou</p> <p>L'exercice s'est également avéré bénéfique pour d'autres comorbidités et état de santé général</p> <p>Les cliniciens doivent prescrire un programme d'exercices individualisé, en tenant compte des préférences, des capacités et de la disponibilité des ressources et des installations locales de la personne. Des objectifs réalistes doivent être fixés. La posologie doit être augmentée en tenant pleinement compte de la fréquence, de la durée et de l'intensité des séances d'exercice, du nombre de séances et de la période pendant laquelle les séances doivent avoir lieu.</p> <p>Il faut prêter attention aux stratégies visant à optimiser l'observance. L'orientation vers un professionnel de l'exercice pour aider à la prescription d'exercices et pour fournir une supervision en personne ou à distance peut être appropriée pour certaines personnes</p>	Conditionnel à la recommandation	Très lent
Exercice aquatique/hydrothérapie – Genou et/ou hanche	<p>Il peut être approprié de proposer des exercices aquatiques/hydrothérapie pour certaines personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche. Cela dépendra de vos préférences personnelles et de la disponibilité des installations locales</p>	Conditionnel à la recommandation	Bas
Massage thérapeutique - Genou et/ou hanche	<p>Il peut être approprié d'offrir un court cours de massothérapie à certaines personnes atteintes d'arthrose du genou et/ou de la hanche. Cela devrait être considéré uniquement comme un traitement d'appoint pour permettre l'engagement avec des stratégies de gestion active, et seulement à court terme, en tenant compte des problèmes liés au coût et à l'accès.</p>	Conditionnel pour recommandation	Bas
Thérapie manuelle (étirements, tissus mous et/ou articulations mobilisation et/ou manip) – Genou et/ou hanche	<p>Il peut être approprié d'offrir un court cours de thérapie manuelle (étirements, mobilisation et/ou manipulation des tissus mous et/ou des articulations) à certaines personnes atteintes d'arthrose du genou et/ou de la hanche. Cela devrait être considéré uniquement comme un traitement d'appoint pour permettre l'engagement avec des stratégies de gestion active et uniquement à court terme, en tenant compte des problèmes liés au coût et à l'accès.</p>	Conditionnel à la recommandation	Très lent
Gestion du poids plus exercice – Genou et/ou hanche	<p>Il peut être approprié d'offrir une combinaison de gestion du poids et d'exercice pour certaines personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche. Pour les personnes en surpoids (IMC <math>\geq 25</math> kg/m<sup>2</sup>) ou obèses (IMC <math>\geq 30</math> kg/m<sup>2</sup>), un objectif de perte de poids minimum de 5 à 7,5 % du poids corporel est recommandé. Il est avantageux d'atteindre une plus grande quantité de perte de poids étant donné qu'il existe une relation entre la quantité de perte de poids et les avantages symptomatiques. La perte de poids doit être associée à l'exercice pour de plus grands avantages. Pour les personnes ayant un poids santé, l'éducation sur l'importance de maintenir un poids santé est essentielle</p>	Conditionnel pour recommandation (combinaison gestion du poids et exercice)	Bas (genou) Très bas (hanche)

Intervention	Recommandation	Force de la recommandation	Qualité des preuves
Thérapie par la chaleur – Genou et/ou hanche	Il peut être approprié d'offrir une thérapie locale (par exemple, des compresses chaudes) comme stratégie d'autogestion à domicile pour certaines personnes atteintes d'arthrose du genou et/ou de la hanche. Il ne doit être considéré que comme un traitement d'appoint	Conditionnel pour recommandation	Très lent
Aide à la marche – Genou et/ou hanche	Il peut être approprié d'offrir un dispositif d'assistance à la marche (par exemple, une canne) à certaines personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche, selon les préférences et les capacités de la personne.	Conditionnel à la recommandation	Bas (genou) Très bas (hanche)
DIZAINES – Genou et/ou hanche	Il peut être approprié de proposer des TENS pouvant être utilisés à domicile pour certaines personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche. Les cliniciens doivent fournir des instructions suffisantes sur l'auto-utilisation et tenir compte de l'accessibilité et de l'abordabilité individuelles	Conditionnel pour recommandation	Très lent
AINS oraux, y compris Inhibiteurs de la COX-2 – Genou et/ou hanche	Il peut être approprié de proposer des AINS oraux à certaines personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche  Il pourrait être raisonnable d'essayer les AINS oraux à la dose efficace la plus faible pendant une courte période, puis d'arrêter de les utiliser s'ils ne sont pas efficaces. Les cliniciens doivent également informer les personnes, surveiller et enregistrer les événements indésirables, en particulier gastro-intestinaux, rénaux et cardiovasculaires, qui peuvent être associés à l'utilisation d'AINS.	Conditionnel pour recommandation	Modéré
Duloxétine – Genou et/ou hanche	Il peut être approprié d'offrir la duloxétine à certaines personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche  La duloxétine n'a actuellement pas d'indication via la TGA pour l'arthrose et doit être considérée comme un médicament expérimental uniquement.  Il pourrait être envisagé pour certaines personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche lorsque d'autres formes de soulagement de la douleur sont inadéquates	Conditionnel pour recommandation	Modéré (genou) Bas de la hanche)
Injection de corticoïdes – Genou et/ou hanche	Il peut être approprié de proposer une injection intra-articulaire de corticostéroïdes à certaines personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche pour un soulagement de la douleur à court terme  Les cliniciens doivent être prudents quant aux dommages potentiels d'une utilisation répétée	Conditionnel à la recommandation	Très lent

IMC, indice de masse corporelle; TCC, thérapie cognitivo-comportementale; COX-2, cyclooxygénase-2; AINS, anti-inflammatoires non stéroïdiens ; arthrose, arthrose; TENS, neurostimulation électrique transcutanée; TGA, Administration des Biens Thérapeutiques

## Recommandations conditionnelles (neutres) pour l'intervention

Intervention	Recommandation	Force de la recommandation	Qualité des preuves
Programmes d'éducation à l'autogestion - Genou et/ou hanche	Nous ne pouvons recommander ni pour ni contre les programmes formels d'éducation à l'autogestion en face à face pour les personnes atteintes d'arthrose du genou et/ou de la hanche.  Cependant, les cliniciens doivent fournir des informations pour améliorer la compréhension de l'arthrose, de son pronostic et de sa prise en charge optimale.	Recommandation conditionnelle (neutre)	Très lent
Formes spécifiques d'exercices terrestres - Hanche	L'exercice s'est avéré bénéfique pour d'autres comorbidités et état de santé général. Cependant, nous ne sommes pas en mesure de recommander spécifiquement pour ou contre un type d'exercice terrestre pour l'arthrose de la hanche plutôt qu'un autre à ce stade.  Les cliniciens doivent prescrire un programme d'exercices progressifs individualisé, en tenant compte des préférences, des capacités et de la disponibilité des installations locales de la personne.  Des objectifs réalistes doivent être fixés. La posologie doit être augmentée, en tenant pleinement compte de la fréquence, de la durée et de l'intensité des séances d'exercice, du nombre de séances et de la période pendant laquelle les séances doivent avoir lieu  Le clinicien doit surveiller la réponse de la personne au programme d'exercices et peut essayer une autre forme d'exercices terrestres si des améliorations ne sont pas évidentes. Il faut prêter attention aux stratégies visant à optimiser l'observance.  L'orientation vers un professionnel de l'exercice pour aider à la prescription d'exercices et fournir une supervision en personne ou à distance peut être utile pour certaines personnes	Conditionnel (neutre) recommandation pour recommander un type d'exercice terrestre plutôt qu'un autre  (ex. marche, renforcement musculaire, vélo stationnaire, Tai Chi, Hatha yoga)	Très faible (marche, renforcement musculaire, vélo stationnaire, Tai Chi, Hatha-yoga)
Genouillères à décharge varus pour l'arthrose du genou de la loge tibio-fémorale latérale	Nous ne pouvons recommander ni pour ni contre l'utilisation d'orthèses de déchargement/réalignement en varus pour les personnes atteintes d'arthrose du genou dans le compartiment tibio-fémoral latéral	Recommandation conditionnelle (neutre) (déchargement varus/ accolades de réalignement)	Très faible (décharge varus/ réalignement - pas de données RCT)
Orthèses de chaussures (semelles intérieures compensées médiales - Genou; semelles intérieures et voûte plantaire absorbant les chocs supports – genou et/ou hanche)	Nous ne pouvons recommander ni pour ni contre l'utilisation de semelles intérieures compensées médiales pour les personnes atteintes d'arthrose tibio-fémorale latérale et de déformation en valgus.  Nous ne pouvons recommander ni pour ni contre l'utilisation de semelles absorbant les chocs ou de supports de voûte plantaire pour l'arthrose du genou et/ou de la hanche.	Recommandation conditionnelle (neutre) (semelles médianes compensées)  Recommandation conditionnelle (neutre) (semelles absorbant les chocs, soutien de la voûte plantaire)	Très bas (semelles médianes compensées)  Très faible (semelles absorbant les chocs, soutien de la voûte plantaire – non données RCT)  Très bas (tout hanche orthèses – non données RCT)
Bandage rotulien - Genou	Nous ne pouvons recommander ni pour ni contre l'utilisation de bandage rotulien pour les personnes souffrant d'arthrose du genou	Recommandation conditionnelle (neutre)	Très lent
Électromagnétique pulsé/ thérapie par ondes courtes – Genou et/ou hanche	Nous ne pouvons recommander ni pour ni contre la thérapie électromagnétique/à ondes courtes pour les personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche	Conditionnel (neutre) recommandation	Bas (genou) Très bas (hanche)
Paracétamol – Genou et/ou hanche	Nous ne pouvons recommander ni pour ni contre l'utilisation du paracétamol pour les personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche.  Cependant, il peut être raisonnable d'essayer le paracétamol pendant une courte période, puis d'arrêter de l'utiliser s'il n'est pas efficace.  Les cliniciens doivent également surveiller et capturer les événements indésirables qui peuvent être associés à son utilisation	Recommandation conditionnelle (neutre)	Très lent

Intervention	Recommandation	Force de la recommandation	Qualité des preuves
AINS topiques – Genou et/ou hanche	Nous ne pouvons recommander ni pour ni contre l'utilisation d'AINS topiques pour les personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche.  Il pourrait être raisonnable d'essayer les AINS topiques pendant une courte période, puis d'arrêter de les utiliser s'ils ne sont pas efficaces. Les cliniciens doivent également surveiller et capturer les effets indésirables avec son utilisation	Conditionnel (neutre) recommandation	Modéré
Capsaïcine topique - Hanche	Nous ne pouvons recommander ni pour ni contre l'utilisation de capsaïcine topique pour les personnes atteintes d'arthrose de la hanche	Recommandation conditionnelle (neutre)	Très lent
Injection de PRP – Genou et/ou hanche	Nous ne sommes pas en mesure de recommander ni pour ni contre l'utilisation de l'injection de PRP pour les personnes souffrant de genou et/ou d'arthrose.	Recommandation conditionnelle (neutre)	Très lent
ASU – Genou et/ou hanche	Nous ne pouvons recommander ou déconseiller l'utilisation de ASU pour les personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche	Conditionnel (neutre) recommandation	Très lent
Boswellia serrata extrait – Genou et/ ou hanche	Nous ne pouvons pas recommander pour ou contre l'utilisation de Boswellia serrata pour les personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche	Recommandation conditionnelle (neutre)	Très lent
Curcuma/curcuminoïde – Genou et/ou hanche	Nous ne sommes pas en mesure de recommander ou de déconseiller l'utilisation du curcuma/curcuminoïde pour les personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche	Recommandation conditionnelle (neutre)	Bas
Extrait d'écorce de pin - Genou et/ou hanche	Nous ne pouvons recommander ni pour ni contre l'utilisation de l'extrait d'écorce de pin pour les personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche.	Recommandation conditionnelle (neutre)	Bas (genou) Très bas (hanche)
Collagène – Genou et/ou hanche	Nous ne pouvons recommander ni pour ni contre l'utilisation du collagène pour les personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche.	Recommandation conditionnelle (neutre)	Bas (genou) Très bas (hanche)
MSM – Genou et/ ou hanche	Nous ne pouvons recommander ni pour ni contre l'utilisation de MSM pour les personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche.	Conditionnel (neutre) recommandation	Très lent

ASU, insaponifiables avocat/soja ; MSM, méthylsulfonylméthane ; AINS, anti-inflammatoires non stéroïdiens ; arthrose, arthrose; PRP, plasma riche en plaquettes; ECR, essai contrôlé randomisé

## Recommandations conditionnelles contre l'intervention

Intervention	Recommandation	Force de la recommandation	Qualité des preuves
Thérapie par le froid – Genou et/ou hanche	Nous suggérons de ne pas proposer d'application locale de froid (par exemple, des packs de glace) pour les personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche	Conditionnel à la recommandation	Très lent
Déchargement Valgus/ genouillères de réalignement pour tibiofémoral médial compartiment et réalignement des orthèses fémoro-patellaires pour l'arthrose fémoro-patellaire	Nous suggérons de ne pas proposer d'orthèses de déchargement/réalignement en valgus aux personnes ayant un compartiment tibio-fémoral médial <small>arthrose du genou</small>	Conditionnel à la recommandation	Bas
Orthèses de chaussures (semelles latérales compensées) – Genou	Nous suggérons de ne pas proposer de semelles intérieures compensées latérales aux personnes atteintes d'arthrose tibio-fémorale médiale du genou	Conditionnel à la recommandation	Très lent
Chaussures – Genou	Nous vous suggérons de ne pas proposer de chaussures de déchargement, de chaussures minimalistes ou de chaussures à semelle à bascule aux personnes souffrant d'arthrose du genou symptomatique  Cependant, les cliniciens peuvent envisager de conseiller aux personnes OA de porter des chaussures avec des propriétés d'absorption des chocs et d'éviter les chaussures à talons hauts	Conditionnel contre recommandation	Très faible (chaussures de déchargement, chaussures minimalistes)  Basse (semelle à bascule des chaussures)
Bande kinésio – Genou et hanche	Nous suggérons de ne pas proposer de kinésio-taping aux personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche	Conditionnel à la recommandation	Très lent
Autre électrothérapie – Genou et/ou hanche (par exemple onde de choc, interférentielle, laser)	Nous suggérons de ne pas proposer de modalités d'électrothérapie par ondes de choc, interférentielles ou laser pour les personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche	Conditionnel à la recommandation	Faible (laser)  Très faible (onde de choc, interférentielle, laser-hanche)
Échographie thérapeutique – Genou et/ou hanche	Nous suggérons de ne pas proposer d'échographie thérapeutique aux personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche	Conditionnel à la recommandation	Modéré (genou)  Bas de la hanche)
Acupuncteur – Genou et/ou hanche	Nous suggérons de ne pas proposer d'acupuncture (c.-à-d. traditionnelle, laser, électrique) aux personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche	Conditionnel à la recommandation	Bas (genou)  Très bas (hanche)
Capsaïcine topique – Le genou	Nous suggérons de ne pas proposer de capsaïcine topique aux personnes souffrant d'arthrose du genou	Conditionnel à la recommandation	Bas
Bisphosphonates – Genou et/ou hanche	Nous suggérons de ne pas proposer de bisphosphonates aux personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche	Conditionnel contre recommandation	Très lent
Calcitonine – Genou et/ou hanche	Nous suggérons de ne pas proposer de calcitonine aux personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche	Conditionnel à la recommandation	Très lent
Anti-NGF – Genou et/ou hanche	Nous suggérons de ne pas proposer le NGF aux personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche	Conditionnel à la recommandation	Modéré
Colchicine – Genou et/ou hanche	Nous suggérons de ne pas proposer de colchicine aux personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche	Conditionnel à la recommandation	Très lent
Méthotrexate – Genou et/ou hanche	Nous suggérons de ne pas proposer de méthotrexate aux personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche	Conditionnel à la recommandation	Bas
Viscosupplémentation - Le genou	Nous suggérons de ne pas proposer d'injection de viscosupplémentation aux personnes souffrant d'arthrose du genou	Conditionnel à la recommandation	Bas
Prolothérapie au dextrose – Genou et/ou hanche	Nous suggérons de ne pas proposer de prolothérapie au dextrose aux personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche	Conditionnel à la recommandation	Bas

Intervention	Recommandation	Force de la recommandation	Qualité des preuves
Glucosamine – Genou et/ou hanche	Nous suggérons de ne pas offrir de glucosamine aux personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche	Conditionnel contre recommandation	Très bas (genou) Bas de la hanche)
Chondroïtine – Genou et/ou hanche	Nous suggérons de ne pas proposer de chondroïtine aux personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche	Conditionnel à la recommandation	Très lent
Glucosamine et chondroïtine dans forme composée – Genou et/ou hanche	Nous suggérons de ne pas proposer de glucosamine et de chondroïtine sous forme composée aux personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche	Conditionnel à la recommandation	Très lent
Vitamine D - Genou et/ou hanche	Nous suggérons de ne pas proposer de vitamine D aux personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche	Conditionnel à la recommandation	Bas (genou) Très bas (hanche)
Les acides gras omega-3 - Genou et/ou hanche	Nous suggérons de ne pas offrir d'acides gras oméga-3 aux personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche	Conditionnel contre recommandation	Très lent
Diacérhéine – Genou et/ou hanche	Nous suggérons de ne pas proposer de diacérhéine aux personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche	Conditionnel à la recommandation	Très lent
NGF, facteur de croissance nerveuse; arthrose, arthrose			

# 1. Origines

## 1.1 Introduction

L'arthrose (OA) est une maladie chronique qui affecte principalement les mains, les genoux et les hanches. L'enquête nationale sur la santé de 2014-2015 montre qu'environ 2,1 millions d'Australiens (9 % de la population) de tous âges souffrent de cette maladie.<sup>1</sup> Une augmentation plus rapide de la prévalence de l'arthrose se produit après l'âge de 45 ans ; pour les personnes âgées de plus de 55 ans, la prévalence de l'arthrose augmente à plus de 60%.<sup>1</sup>

Avec le vieillissement de la population australienne et l'augmentation des taux d'obésité, le nombre d'Australiens atteints d'arthrose devrait passer d'environ 2,1 millions en 2015 à environ 3,1 millions (12 % de la population) d'ici 2030.<sup>1</sup> À l'échelle mondiale, l'arthrose de la hanche et du genou était classée au 11<sup>e</sup> rang des contributeurs au handicap dans le monde,<sup>2</sup> et est la maladie non transmissible la plus notable, avec un total d'années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY) augmentant de 35% entre 1990 et 2015.<sup>3</sup> L'arthrose fait peser un fardeau croissant sur les individus, les sociétés et les systèmes de santé.

Les dépenses de santé globales consacrées à l'arthrite dépassent celles de nombreuses autres maladies chroniques, notamment les maladies coronariennes, le diabète, la dépression, les accidents vasculaires cérébraux et l'asthme. dépasser 2,9 milliards de dollars.<sup>5</sup> Les coûts économiques plus larges sont estimés à environ 22 milliards de dollars par an.<sup>6</sup>

Les stratégies visant à soulager la douleur, à minimiser l'invalidité et à ralentir la progression de la maladie autour de l'arthrose sont les principaux objectifs thérapeutiques d'une prise en charge conservatrice et non chirurgicale. La mise en œuvre de stratégies de gestion conservatrices au niveau de la population pour les personnes atteintes d'arthrose pourrait entraîner des économies substantielles pour le système de santé australien.

Par exemple, les économies potentielles en retardant les arthroplasties du genou s'élèveraient à elles seules à plus de 233 millions de dollars en 2030.<sup>5</sup>

Les médecins généralistes (MG) sont souvent le premier point de contact au sein du système de santé pour une personne atteinte d'arthrose.

En 2015-2016, l'arthrose a été prise en charge dans 26 consultations sur 10 000 en médecine générale à tous les âges.<sup>7</sup> Bien que l'arthrose soit une maladie chronique qui impose un fardeau important en termes d'années vécues avec une incapacité, elle a un impact beaucoup moins important sur la mortalité; par conséquent, il n'est souvent pas priorisé par les professionnels de la santé traitants.

## 1.2 Objectif

Le Royal Australian College of General Practitioners (RACGP) a publié des lignes directrices pour la prise en charge non chirurgicale de l'arthrose de la hanche et du genou en 2009.<sup>8</sup> Depuis lors, des progrès substantiels ont été réalisés, évaluant l'efficacité et l'innocuité des thérapies couramment utilisées et nouvelles pour l'arthrose. L'objectif de cette revue est de présenter les données les plus récentes sur les interventions liées à l'arthrose, autres que les arthroplasties de la hanche et du genou.

En outre, il doit éclairer l'élaboration de recommandations fondées sur des données probantes pour les médecins généralistes travaillant dans le milieu de la santé australien.

Les questions d'intérêt particulier pour cette revue de la littérature et cette ligne directrice étaient les suivantes:

- Quelle est l'efficacité et l'innocuité des interventions non pharmacologiques (y compris complémentaires) pour les adultes atteints d'arthrose symptomatique du genou et/ou de la hanche ?
- Quelle est l'efficacité et l'innocuité des interventions pharmacologiques pour les adultes atteints d'arthrose symptomatique du genou et/ou de la hanche ?
- Quelle est l'efficacité et l'innocuité des interventions chirurgicales arthroscopiques chez les adultes atteints d'arthrose symptomatique du genou et/ou de la hanche ?

Lors de l'élaboration et de la mise à jour de la ligne directrice, nous avons également cherché à nous assurer que :

- les recommandations étaient fondées sur les meilleures preuves disponibles
- le contenu était pratique, utile et approprié pour les médecins généralistes
- l'algorithme de traitement associé et le résumé des recommandations ont été mis à jour.

Un plan officiel de communication et de mise en œuvre a été élaboré pour promouvoir la ligne directrice auprès des médecins généralistes et des intervenants clés. Ce régime vise à :

- accroître la sensibilisation à la nouvelle version et améliorer l'adoption de la ligne directrice
- faire prendre conscience du lancement et de l'avancement du projet
- rechercher le soutien et l'adhésion des parties prenantes
- accroître la sensibilisation et l'alignement avec d'autres initiatives nationales, y compris la Commission australienne sur Norme de soins cliniques sur l'arthrose du genou de Safety and Quality in Health Care, Handbook of non-drug interventions (HANDI) de RACGP, module d'éducation sur l'arthrose de RACGP elearning et site Web MyJointPain d'Arthritis Australia.

## 1.3 Portée et population cible

Cette mise à jour de la ligne directrice de 2009 :

- intègre un examen des preuves de l'innocuité et de l'efficacité des nouvelles thérapies pour la prise en charge du genou et/ou arthrose de la hanche
- revisite les thérapies établies à la lumière de preuves plus récentes.

Cette ligne directrice s'appliquera à tous les adultes diagnostiqués avec une arthrose symptomatique du genou et/ou de la hanche tout au long de la trajectoire de la maladie, et est principalement destinée à être utilisée dans le cadre des soins primaires par les médecins généralistes pour guider les soins aux patients. Les recommandations sont également pertinentes pour les autres professionnels de la santé travaillant dans la prise en charge des personnes atteintes d'arthrose du genou et/ou de la hanche dans la communauté. Bien que l'arthrose du pied soit une source importante de symptômes dans la communauté générale et un problème répandu, il n'était pas pratique dans le cadre du travail de l'inclure dans cette ligne directrice.

## 1.4 Public cible

Le public cible principal de cette ligne directrice est les médecins généralistes australiens dans les établissements de soins primaires dans les zones métropolitaines, régionales, rurales et éloignées. Compte tenu du large éventail de professionnels de la santé qui traitent cette affection, la pertinence de cette ligne directrice a également été prise en compte par d'autres professionnels de la santé. Les autres publics cibles comprennent les médecins du sport et de l'exercice, les rhumatologues, les chirurgiens orthopédiques, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les pharmaciens, les podiatres, les médecins de la douleur, les psychologues, les physiologistes de l'exercice, les diététistes, les infirmières, les chiropraticiens et les ostéopathes. Cela se reflète dans la composition du groupe de travail sur l'élaboration des lignes directrices.

## 1.5 Communautés défavorisées

Les mauvais résultats en matière de santé sont plus fréquents chez les personnes vivant dans des communautés à faible statut socio-économique (SSE) qui sont plus susceptibles d'être défavorisées pour recevoir des soins de santé adéquats. Comme on l'a vu avec de nombreuses autres maladies chroniques, il a également été signalé que les régions de faible SSE ont une prévalence plus élevée d'arthrose.<sup>9</sup> Les circonstances sociales et économiques, y compris le revenu, l'éducation, l'emploi et le soutien social affectent la santé des personnes dans ces régions, les un plus grand risque de mauvaise santé.<sup>9</sup> En outre, des preuves suggèrent qu'une mauvaise santé, y compris des taux élevés d'arthrite, peut aggraver la pauvreté dans les pays à revenu faible ou intermédiaire en raison de l'incapacité des individus à travailler et à remplir des rôles communautaires.<sup>10</sup>

En fournissant des soins de santé de qualité, les besoins et les problèmes rencontrés par les groupes défavorisés, y compris les peuples aborigènes et insulaires du détroit de Torres et les communautés culturellement et linguistiquement diverses (CALD) doivent être pris en compte. En 2009-2010, les personnes appartenant à des ménages socio-économiques défavorisés dépensaient proportionnellement moins pour les soins médicaux et les soins de santé que celles appartenant à des ménages à statut socio-économique plus élevé (37% de dépenses hebdomadaires équivalentes faibles contre 5,17% de dépenses hebdomadaires élevées)<sup>11</sup>. L'Institut australien de la santé et du bien-être (AIHW) rapporte que les peuples aborigènes et insulaires du détroit de Torres et les communautés CALD n'ont souvent pas accès à des aliments nutritifs et abordables,<sup>12,13</sup> sont moins susceptibles de pratiquer une activité physique et ont des taux plus élevés de surpoids et d'obésité.<sup>9,14</sup>



Après ajustement en fonction de l'âge, la prévalence de l'arthrose chez les aborigènes et les insulaires du détroit de Torres est similaire à la prévalence dans l'ensemble de la population australienne (15,2 % contre 7,2 %).<sup>15</sup>

En Australie, les aborigènes et les insulaires du détroit de Torres souffrant d'arthrite ont moins de visites chez les médecins généralistes et autres professionnels de la santé. En plus d'un bon accès aux soins, la mise à disposition de ressources compréhensibles en plusieurs langues pour les personnes peu alphabétisées et en santé, de matériel pédagogique pertinent et de services d'interprétation au besoin contribuera à répondre aux besoins des groupes socialement défavorisés.<sup>17</sup> et les communautés insulaires du détroit de Torres et CALD, la mise en relation des individus avec des programmes de santé communautaires s'est également avérée efficace.<sup>18,19</sup>

Les obstacles tels que les difficultés de communication et de compréhension des différences culturelles, et la planification coordonnée pour une meilleure prestation de services doivent également être abordés. Une assistance appropriée et une consultation des consommateurs doivent également être mises en place pour ces communautés afin de garantir l'utilisation des services fournis.

## 1.6 Évaluation des personnes atteintes d'arthrose de la hanche et/ou du genou

### 1.6.1 Évaluation holistique

Une évaluation initiale des personnes atteintes d'arthrose doit être basée sur une anamnèse complète et un examen physique, y compris la détermination de l'effet de l'arthrose sur la fonction, la qualité de vie, la profession, l'humeur, le sommeil, les relations et les activités de loisirs de la personne.<sup>20</sup> L'arthrose est une maladie à multiples facettes dans laquelle les preuves structurelles de lésions articulaires ne sont souvent pas corrélées avec la présence et la gravité des douleurs articulaires et de l'invalidité. Une évaluation holistique facilite mieux le partenariat patient-professionnel et les soins collaboratifs dans lesquels les patients et les professionnels de la santé prennent des décisions partagées liées au traitement pour améliorer les résultats.<sup>21</sup> Les préférences personnelles pour certains types de thérapies doivent également être prises en compte, car le respect des recommandations et des résultats du traitement peut être compromis si le plan de gestion ne correspond pas aux préférences et aux croyances de la personne. De plus, les personnes atteintes d'arthrose sont principalement des personnes âgées et ont souvent des priorités et des aspirations personnelles différentes, ce qui peut affecter le choix du traitement. L'utilisation de mesures signalées par les patients, y compris les résultats et l'expérience, est un début important et un élément de l'évaluation holistique des personnes atteintes d'arthrose de la hanche et/ou du genou. Ces mesures saisissent le point de vue des patients sur l'impact de leur arthrose sur leur vie, leur santé et leur bien-être, ainsi que sur leur expérience de soins. Les mesures rapportées par les patients sont des outils importants utilisés pendant la consultation clinique et dans les discussions d'équipes multidisciplinaires pour contribuer à la prise de décision clinique partagée et aux soins centrés sur le patient.

Les personnes atteintes d'arthrose du genou et/ou de la hanche doivent être interrogées sur leur connaissance de la maladie et des alternatives de traitement, leurs expériences antérieures avec le traitement et leurs attentes concernant le traitement actuel. La présence de certaines idées fausses (par exemple, l'exercice aggrave l'arthrose, l'arthrose s'aggrave inévitablement) peut entraver l'élaboration d'un plan adapté et limiter le succès du traitement, s'il n'est pas correctement identifié.

Principaux facteurs à prendre en compte dans le cadre de l'évaluation holistique:

- Facteurs sociaux – effet de la maladie sur les activités de la vie quotidienne, les relations et la qualité de vie ; récréatif et activités professionnelles
- Croyances et préoccupations en matière de santé – connaissances antérieures sur l'arthrose; les attentes du traitement; compréhension des options de traitement, y compris les avantages et les inconvénients
- Facteurs psychologiques – dépister la dépression ; stress dans la vie; humeur
- Attitudes à l'égard de l'activité physique et de l'exercice – préoccupations; restriction de participation; croyances
- Évaluation de la douleur – nature de la douleur, autres sites de douleur, stratégies d'auto-assistance; consommation d'analgésiques, doses, fréquence et effets secondaires; compréhension actuelle de la douleur persistante
- Capacité fonctionnelle – y compris capacité de marcher, monter des escaliers, se tenir debout, équilibre • Présence d'un soutien – préoccupations et attentes des soignants ; problèmes d'isolement
- Influence des comorbidités – interaction de deux ou plusieurs morbidités ; risque de chute
- Facteurs de risque modifiables – surpoids/obésité ; alignement des articulations; blessure/flammement

Bien que tous les facteurs ne soient pas préoccupants pour une personne atteinte d'arthrose du genou et/ou de la hanche, certains problèmes peuvent nécessiter une plus grande attention, selon la situation, les préférences et les priorités de la personne. Après avoir pris en compte ces facteurs, un plan de prise en charge personnalisé peut être élaboré en collaboration avec la personne.

### 1.6.2 Évaluation de la réponse au traitement

Des évaluations cliniques périodiques doivent être effectuées à des intervalles réguliers convenus pour évaluer les effets du traitement sur les symptômes, la fonction et l'état, et pour quantifier les changements objectifs des paramètres liés aux interventions (par exemple, poids, force musculaire). L'évaluation périodique de la personne permet un accompagnement régulier et un renforcement du plan de prise en charge. Cela permet également de surveiller l'efficacité du traitement, les effets secondaires et les modifications du plan de gestion en fonction des résultats.

Le diagnostic et l'évaluation de la réponse au traitement dans l'arthrose reposent principalement sur l'évaluation clinique. Il n'y a pas de rôle établi pour les tests de laboratoire ou d'imagerie dans l'évaluation de l'activité/de l'état de la maladie dans la pratique clinique. Par conséquent, ceux-ci ne sont pas nécessaires pour le diagnostic de l'arthrose ou le suivi de la maladie (voir la [section 1.7.1 Diagnostic clinique](#) et la [section 1.7.2 Rôle limité de l'imagerie](#)).

Il existe une variété d'outils cliniques visant à évaluer l'état clinique et les résultats rapportés par les patients qui sont principalement utilisés dans la recherche clinique. Voici quelques instruments couramment utilisés pour évaluer la douleur et la fonction autodéclarées :

- Échelle numérique d'évaluation de la douleur (NPRS)<sup>22</sup>
- Échelle visuelle analogique (EVA) pour la douleur<sup>23</sup>
- Questionnaire sur l'indice d'arthrose des universités Western Ontario et McMaster (WOMAC)<sup>24</sup>
- Score des résultats des blessures au genou et de l'arthrose (KOOS)<sup>25</sup>
- Score d'évaluation de l'incapacité de la hanche et de l'arthrose (HOOS)<sup>26</sup>

De plus, le test de 30 secondes en position debout sur chaise, le test de marche rapide sur 40 mètres, le test de montée d'escaliers, le test chronométré de montée et marche et le test de marche de six minutes ont été recommandés comme tests complémentaires aux mesures des rapports des patients. Le test de chaise debout de 30 secondes, le test de marche rapide de 40 mètres et le test de montée d'escalier ont été recommandés par le groupe consultatif de l'Osteoarthritis Research Society International (OARSI) comme ensemble minimal de tests basés sur la performance pour l'arthrose de la hanche ou du genou. <sup>27</sup>

## 1.7 Diagnostic d'arthrose de la hanche et/ou du genou

### 1.7.1 Diagnostic clinique

Le diagnostic d'arthrose du genou et/ou de la hanche peut être posé sur la base :

- Risque de fond - prévalence de l'arthrose du genou ou de la hanche dans la population
- Facteurs de risque d'arthrose de la personne – par exemple, âge, sexe, indice de masse corporelle (IMC), profession
- Symptômes de la personne : douleur persistante au genou/à la hanche, brève raideur matinale et limitation fonctionnelle
- Examen physique adéquat – crépitation, restriction des mouvements et hypertrophie osseuse.

Une radiographie standard n'est pas nécessaire, mais pourrait être envisagée pour les présentations atypiques.<sup>28</sup>

Un diagnostic typique d'arthrose du genou peut être posé sans nécessiter d'autres investigations si une personne :<sup>29,30</sup>

- est âgé de 45 ans ou plus
- a des douleurs articulaires liées à l'activité
- a une raideur matinale qui dure <30 minutes<sup>20</sup>
- a des crépitements en mouvement actif
- a une hypertrophie osseuse
- n'a pas de chaleur détectable.

Les fonctionnalités supplémentaires qui peuvent être présentes incluent<sup>31</sup>

- déformation - flexion fixe et/ou varus (moins souvent valgus pour le genou)
- instabilité
- sensibilité péri-articulaire ou articulaire
- douleur à la compression fémoro-patellaire.

Semblable à l'arthrose du genou, l'arthrose de la hanche peut être diagnostiquée uniquement par des caractéristiques cliniques, selon les critères de l'American College of Rheumatology (ACR).<sup>32</sup> Les premiers signes physiques de l'arthrose de la hanche comprennent la restriction de la rotation interne et l'abduction de la hanche fin de l'amplitude de mouvement.<sup>32</sup>

Sachez que des caractéristiques atypiques - telles qu'un antécédent de traumatisme, une raideur articulaire matinale prolongée, une aggravation rapide des symptômes ou la présence d'une articulation chaude enflée - peuvent indiquer des diagnostics alternatifs ou supplémentaires.

La prise en compte des caractéristiques cliniques préoccupantes (par exemple, inflammation locale sévère, érythème, douleur progressive non liée à l'utilisation) suggérant une tumeur, une arthrite septique, une arthrite cristalline, d'autres arthrites inflammatoires (par exemple, la polyarthrite rhumatoïde), une ostéonécrose, une fracture ou une pathologie osseuse grave, est requise. lors de l'examen clinique. Si l'un de ceux-ci est détecté, l'individu doit être référé à un professionnel de la santé approprié. L'implication d'autres articulations peut suggérer un large éventail de diagnostics alternatifs.

Dans la pratique clinique, des tests de laboratoire (p. ex. facteur rhumatoïde, vitesse de sédimentation des érythrocytes [VS], aspiration du liquide synovial pour la confirmation des cristaux, protéine C-réactive [CRP]) seraient demandés pour confirmer ou exclure une maladie inflammatoire coexistante (p. ex. cristaux de pyrophosphate de calcium dépôts, goutte, polyarthrite rhumatoïde) chez les personnes présentant des symptômes ou des signes évocateurs. Cependant, les tests de laboratoire sur le sang, l'urine ou le liquide synovial ne sont pas nécessaires car un diagnostic d'arthrose peut être facilement posé en leur absence. Si un épanchement palpable est présent, le liquide synovial doit être aspiré et analysé pour exclure une maladie inflammatoire et pour identifier les cristaux d'urate et de pyrophosphate de calcium.

Le liquide synovial OA est généralement non inflammatoire avec <2000 leucocytes/mm<sup>3</sup>; s'ils sont spécifiquement recherchés, des cristaux de phosphate de calcium basique sont souvent présents.<sup>31</sup>

### 1.7.2 Rôle limité de l'imagerie

L'arthrose est généralement diagnostiquée cliniquement et le rôle de l'imagerie est limité. Dans les présentations atypiques, l'imagerie peut être envisagée lorsque des diagnostics autres que l'arthrose sont suspectés. L'imagerie peut également être utile lorsque le diagnostic clinique est incertain. Il peut être avantageux pour les personnes présentant des symptômes atypiques d'être référées à un spécialiste pour une imagerie par résonance magnétique (IRM), car la référence par un médecin généraliste n'est pas remboursée par le Medicare Benefits Schedule (MBS).

L'imagerie pour le suivi de l'arthrose n'est recommandée que s'il y a une progression rapide inattendue des symptômes ou un changement des caractéristiques cliniques qui doivent être confirmés (par exemple, augmentation de la gravité de l'arthrose).<sup>20, 28</sup> Cependant, les anomalies structurelles observées l'imagerie sont très courantes dans les populations âgées,<sup>33</sup> et ces anomalies doivent être considérées dans le contexte clinique approprié.

Il n'y a pas de cooccurrence des changements radiographiques et des symptômes de l'arthrose.<sup>34</sup> Chez les personnes souffrant de douleurs fréquentes à la hanche, seulement 15,6% ont montré des signes d'arthrose radiographique (Kellgren–Lawrence grade 3 ou 4).<sup>35</sup> Des études ont montré que 15– 81% des personnes atteintes d'arthrose radiographique ont des douleurs au genou.<sup>34</sup> De plus, la précision de l'association entre les symptômes et l'arthrose radiographique pourrait être affectée par<sup>36–38</sup>

- étendue des vues radiographiques
- définitions des mesures de la douleur
- différents groupes (par exemple, origine ethnique, sexe) inclus dans l'étude
- d'autres facteurs de confusion potentiels.

Si l'imagerie est nécessaire, la radiographie conventionnelle (simple) doit être utilisée avant les autres modalités. Les tissus mous sont mieux imagés par échographie ou IRM, et les os par tomographie assistée par ordinateur (CT) ou IRM.

La prise en compte des vues radiographiques est importante pour optimiser la détection des caractéristiques OA<sup>39</sup>; en particulier pour le genou, des clichés en appui et fémoropatellaire<sup>28</sup> sont recommandés. Une anamnèse complète, un examen clinique et une radiographie antéropostérieure de la hanche affectée doivent être le choix d'imagerie de première intention pour diagnostiquer la cause de la douleur à la hanche. Cependant, l'IRM

a un rôle certain dans l'exclusion ou la confirmation de diagnostics différentiels peu fréquents (par exemple ostéonécrose, nécrose avasculaire, fracture par insuffisance). L'utilisation systématique de l'imagerie dans le processus de diagnostic n'est pas recommandée dans les cas présentant une présentation clinique typique en raison de l'absence de preuves solides soutenant l'impact supplémentaire sur la certitude du diagnostic à l'aide de l'imagerie.<sup>28</sup>

Messages clés concernant l'imagerie en OA :

- L'arthrose peut être diagnostiquée cliniquement et l'imagerie n'est pas nécessaire mais pourrait être envisagée pour les présentations atypiques.
- Les changements radiographiques et les déchirures méniscales sont une constatation presque universelle chez les personnes atteintes d'arthrose, et sont généralement **seulement des anomalies liées à l'âge et non liées aux symptômes.**<sup>39, 40</sup>
- Il est peu probable que des pathologies sous-jacentes graves passent inaperçues, même si les personnes ayant reçu un diagnostic clinique d'arthrose n'ont pas eu d'imagerie de routine.<sup>20</sup>
- L'imagerie peut entraîner une utilisation accrue d'interventions nocives.

## 1.8 Élaboration d'un plan de gestion

La prise en charge de l'arthrose doit inclure une évaluation holistique prenant en compte les besoins globaux de l'individu.<sup>20</sup> Les préférences personnelles pour certains types de thérapies doivent être évaluées, car l'observance et les résultats peuvent être compromis si le plan de prise en charge ne correspond pas aux préférences et aux croyances de la personne.

D'une manière générale, les objectifs de gestion de l'arthrose sont de minimiser la douleur, d'optimiser la fonction et la participation et de donner à la personne les moyens de s'autogérer. Compte tenu des effets modestes des approches thérapeutiques individuelles, une combinaison d'approches thérapeutiques est couramment utilisée. Les cliniciens doivent également viser à cibler les facteurs de risque modifiables (par exemple, l'obésité, la force, la dépression).

Les principes de la gestion des maladies chroniques s'appliquent aux soins des personnes atteintes d'arthrose et reposent sur les éléments suivants:<sup>41</sup>

- les soins doivent être continus ; adapté à la personne selon ses besoins, ses objectifs et ses valeurs; et être centré sur la personne
- la prise de décision doit être fondée sur les meilleures preuves disponibles, ainsi que sur les préférences et les valeurs personnelles
- les informations doivent être largement accessibles aux individus
- l'anticipation des besoins doit être privilégiée par rapport à un service de santé réactif.

Le nombre d'articulations impliquées, le degré de douleur, la restriction des mouvements et la déficience fonctionnelle, ainsi que la présence de comorbidités doivent également guider le plan de prise en charge. La participation des partenaires, de la famille et des amis est importante pour fournir à la personne le soutien nécessaire pour gérer elle-même son état et constitue l'un des piliers des soins centrés sur le patient.

Des efforts doivent être faits pour donner la priorité aux interventions qui sont plus sûres, plus accessibles et plus rentables par rapport aux traitements qui ont plus d'effets indésirables, sont moins réalisables et plus coûteux. Les interventions actives non pharmacologiques sont le pilier de la prise en charge de l'arthrose et doivent être essayées en premier, suivies de concert avec des médicaments pour soulager la douleur si nécessaire. Les thérapies non pharmacologiques comprennent la gestion du poids, la promotion de l'activité physique, les exercices de renforcement, l'éducation et le soutien au changement de comportement.<sup>42</sup>

L'adhésion du patient, l'adoption optimale des recommandations et les modifications du comportement sont des éléments clés du traitement de l'arthrose et peuvent être optimisés par l'éducation, l'établissement d'objectifs de traitement et un suivi périodique.

### 1.8.1 Éducation

L'éducation des personnes atteintes d'arthrose est importante pour améliorer leur compréhension de leur maladie et l'importance de l'autogestion.<sup>43</sup> Les personnes doivent être informées de l'étiologie de l'arthrose, de la nature fluctuante typique de la douleur, des facteurs de risque (en particulier ceux qui sont modifiables et spécifiques) à la personne) et le pronostic attendu, y compris la plupart des personnes qui n'évoluent pas vers une arthroplastie.<sup>44</sup>

Des informations claires sur les options de traitement ainsi que leurs avantages, leurs inconvénients et leurs coûts doivent être discutées.

Fournir ces informations aide à contrer les idées fausses courantes et encourage les individus à adopter une approche active dans la gestion de leur propre maladie.<sup>45</sup> Le langage est important, et des termes tels que « l'usure »

et «yos contre osy» doit être évité, car cela peut conduire à un pessimisme quant aux résultats du traitement (c'est-à-dire que rien ne peut être fait) et à des croyances erronées (par exemple, l'exercice est préjudiciable et dangereux) qui peuvent affecter l'engagement individuel. Il est également important d'inculquer un sentiment d'optimisme et d'espoir, et de favoriser des attentes positives quant aux résultats du traitement.

L'établissement d'objectifs aide la personne informée à identifier les problèmes actuels, à établir des priorités et à se concentrer sur des changements spécifiques. Pour élaborer un plan réaliste, les objectifs doivent être convenus avec la personne, en tenant compte de ses préférences et de son contexte biopsychosocial. En outre, les objectifs appropriés doivent être spécifiques, opportuns et mesurables, et doivent être revus périodiquement.

### 1.8.2 Soins multidisciplinaires

Comme l'arthrose est une maladie chronique qui est souvent associée à un certain nombre de comorbidités et de problèmes psychosociaux, de nombreuses personnes bénéficient d'avantages substantiels lorsque les soins sont prodigués au moyen d'une approche d'équipe multidisciplinaire. Bien qu'il soit reconnu que toutes les personnes n'auront pas besoin d'une telle approche de prise en charge, un rôle clé des médecins généralistes est de déterminer si une approche d'équipe multidisciplinaire est nécessaire et, le cas échéant, de référer à des professionnels de la santé qualifiés (actuels ou virtuels) dans le milieu communautaire ou hospitalier. De nombreuses personnes souffrant de douleur chronique sont mieux gérées dans les soins primaires ou au niveau communautaire avec un soutien multidisciplinaire, y compris les soins personnels, tandis que les services spécialisés dans les hôpitaux se concentrent généralement sur le traitement des personnes plus complexes. Les médecins généralistes sont idéalement placés pour jouer le rôle de coordinateur des soins afin d'assurer la continuité de la prise en charge, grâce à une approche cohérente, cohérente et collaborative de la prise en charge de tous les membres de l'équipe qui répondent aux besoins changeants de la personne. Le médecin généraliste peut également déléguer certaines activités de coordination des soins à un autre professionnel de santé approprié, tel qu'une infirmière praticienne ou un kinésithérapeute d'équipe.

Les infirmières praticiennes peuvent être d'une valeur inestimable en partenariat avec les médecins généralistes dans la planification des soins et l'établissement d'objectifs. Le soutien des professionnels paramédicaux améliorera considérablement la capacité d'inclure tous les concepts de soins chroniques. Cela ajoutera également de la valeur à l'expérience et aux résultats de la personne grâce à l'expertise des professionnels paramédicaux dans les soins aux personnes atteintes d'arthrose et de comorbidités courantes. Certaines personnes peuvent avoir besoin d'être référées à des praticiens ayant les connaissances et les compétences requises en thérapie par l'exercice et en changement de comportement (par exemple, physiothérapeutes, médecins du sport et de l'exercice, physiologistes de l'exercice) pour prescrire un programme d'exercice/d'activité physique individualisé et faciliter l'adhésion à long terme. Les physiothérapeutes et autres praticiens ayant une expertise en thérapie manuelle/massage peuvent fournir cela comme complément à court terme pour faciliter l'engagement dans des interventions sur le mode de vie. L'orientation vers des diététistes/nutritionnistes peut être bénéfique pour les personnes en surpoids ou obèses et qui nécessitent une évaluation diététique individualisée et un plan de prise en charge. Les ergothérapeutes peuvent proposer des approches spécifiques à l'autogestion (par exemple, adaptations professionnelles et domiciliaires).

Les podiatres/orthésistes peuvent être consultés pour la prescription d'orthèses et d'appareils orthopédiques.

Bien que la gestion de la douleur soit une priorité élevée dans les soins cliniques des personnes, il existe des effets psychologiques plus larges découlant d'un état de santé physique qui peuvent nécessiter une intervention psychologique pour améliorer la capacité d'une personne à vivre avec et à gérer l'arthrose. Pour certaines personnes, la référence à une clinique multidisciplinaire de la douleur ou à un spécialiste de la douleur peut être justifiée, en particulier si la personne éprouve des difficultés à gérer la douleur malgré les meilleures pratiques actuelles. Sur la base d'une évaluation systématique du risque de chute, l'aiguillage vers une clinique des chutes peut être bénéfique. L'orientation vers d'autres médecins (par exemple, rhumatologues, médecins du sport et de l'exercice) peut être appropriée pour les cas compliqués ou si les symptômes persistent ou s'aggravent. Pour les personnes atteintes d'arthrose avancée du genou et/ou de la hanche qui continuent de ressentir des douleurs importantes et des difficultés fonctionnelles malgré une prise en charge conservatrice de haute qualité, l'orientation vers un chirurgien orthopédiste pourrait être envisagée lors d'une discussion avec la personne (voir la [section 1.9 Moment et nécessité de l'orientation à un chirurgien orthopédiste](#)).

### 1.8.3 Voies de mise en œuvre et d'aiguillage

Dans le cadre de l'élaboration de cette ligne directrice, un plan de mise en œuvre spécifique a été élaboré pour assurer et optimiser la diffusion et l'utilisation appropriées de la ligne directrice. Il est important de reconnaître qu'il existe déjà un certain nombre de bonnes ressources qui devraient être utilisées pour faciliter les soins fondés sur des données probantes. Ceux-ci incluent :

- Victoria et la Nouvelle-Galles du Sud ont toutes deux des programmes qui promeuvent, inculquent et optimisent les soins multidisciplinaires coordonnés
  - Modèle de soins de Victoria [pour l'arthrose de la hanche et du genou](#)
  - Programme de soins chroniques de l'arthrose de la Nouvelle-Galles du Sud – [Modèle de soins](#)

- Commission australienne sur la sécurité et la qualité des soins de santé pour l' [arthrose du genou - Norme de soins cliniques](#)
- HANDI du RACGP dispose d'un certain nombre de ressources pertinentes pour la gestion de l'OA
  - Exercice : [Arthrose du genou](#)
  - Canne : [Arthrose du genou](#)
  - Régime méditerranéen : [Réduire le risque de maladies cardiovasculaires](#)
  - Taping : [Arthrose du genou](#)
- Gplearning du RACGP a des modules éducatifs sur OA
- Parcours de santé via les réseaux de santé primaires locaux (RPS) et [Painaustralia](#)
- [Arthrose du genou et de la hanche](#) NPS MedicineWise

Les ressources d'information du consommateur et les services d'éducation du patient et d'accompagnement à l'autogestion sont assurés par des organismes d'accompagnement :

- [MyJointPain](#) d'Arthritis Australia
- [Arthrite Australie](#)
- [MOVE la santé des muscles, des os et des articulations](#)
- [douleurSANTÉ](#)

Ces organisations fournissent des informations imprimées et en ligne, qui aident à renforcer les conseils d'éducation et d'autogestion fournis aux individus par les cliniciens. Ils peuvent également proposer des groupes de soutien, des séances d'exercices et d'autres services utiles pour le soutien social.

Dans la mesure du possible, les médecins généralistes doivent utiliser les services et les voies d'orientation existants pour optimiser le ciblage des soins et des recommandations appropriés fondés sur des données probantes dans le cadre de ces lignes directrices. Celles-ci pourraient inclure des références de santé alliées (à l'aide des éléments du MBS de gestion des maladies chroniques) et l'accès à des initiatives gouvernementales multidisciplinaires pertinentes de l'État/territoire.

## 1.9 Moment et nécessité de l'aiguillage vers un chirurgien orthopédique

La chirurgie de remplacement articulaire total est le traitement le plus rentable et le plus efficace sur le plan clinique pour l'arthrose en phase terminale<sup>46,47</sup> chez des individus convenablement sélectionnés. Il convient de noter que le risque à vie de subir une arthroplastie totale est estimé être nettement inférieur au risque de développer une arthrose symptomatique de la hanche et/ou du genou. Au Royaume-Uni, l'estimation du risque à vie ajusté en fonction de la mortalité d'une arthroplastie totale de la hanche à 50 ans en 2005 était de 11,6 % pour les femmes et de 7,1 % pour les hommes. Pour l'arthroplastie totale du genou, les risques étaient de 10,8% pour les femmes et de 8,1% pour les hommes.<sup>48</sup>

Les médecins généralistes devraient envisager de référer les personnes atteintes d'arthrose en phase terminale lorsque toutes les options conservatrices appropriées, proposées pendant une période de temps raisonnable, ont échoué. L'indication de référence à un chirurgien orthopédique doit être basée sur une baisse significative de la qualité de vie en raison d'une arthrose articulaire établie et en phase terminale. Les caractéristiques de l'arthrose en phase terminale comprennent des douleurs articulaires importantes, un gonflement et une déformation, qui perturbent les habitudes de sommeil normales, entraînent une réduction importante de la distance de marche, de sorte que les personnes se retrouvent confinées à la maison et évitent de se déplacer à l'extérieur, et une restriction marquée des activités de la vie quotidienne (par ex. d'une chaise ou d'un siège de toilette, difficulté à monter les escaliers).<sup>48</sup> Il est important d'obtenir une anamnèse, un examen et des investigations minutieuses (radiographie simple des articulations) pour éviter que jusqu'à 25% des personnes chez qui il a été démontré qu'elles subissent une arthroplastie inappropriée, y compris des symptômes minimes, moins d'anomalies radiographiques et des attentes irréalistes.<sup>49</sup>

Les personnes qui obtiennent les meilleurs résultats après une arthroplastie totale ont :

- modification articulaire radiographique préopératoire significative (Kellgren–Lawrence grade 3 ou 4)<sup>50,51</sup>
- comorbidités bien contrôlées
- un IMC non supérieur à 30 ni inférieur à 20
- bon état de santé mentale.<sup>52</sup>

Les médecins généralistes devraient envisager d'optimiser l'état médical des personnes afin d'améliorer les résultats postopératoires et de réduire les complications périopératoires.<sup>53</sup> À cet égard, les personnes peuvent bénéficier d'une référence préopératoire par un expert en médecine interne. Les morbidités préopératoires les plus courantes comprennent un faible taux de ferritine, le diabète, l'hypertension, l'hyperlipidémie, les maux de dos, la dépression, l'arythmie cardiaque, la maladie coronarienne, la maladie pulmonaire obstructive chronique et l'obésité.<sup>54</sup>

Les personnes qui envisagent une intervention chirurgicale doivent maintenir l'amplitude de mouvement de leur articulation arthritique et doivent pratiquer autant de renforcement et d'activité physique que possible (par exemple, la marche, l'hydrothérapie)<sup>55,56</sup>. Les personnes doivent également s'assurer que leur santé dentaire et podiatre est maintenue, et toutes les affections dermatologiques sont traitées et stabilisées avant la chirurgie afin de minimiser la complication dévastatrice de l'infection de la prothèse articulaire.

Toutes les personnes ne se portent pas bien, même après une intervention chirurgicale simple. Jusqu'à 25 % des personnes qui ont subi une arthroplastie totale continuent de se plaindre de douleur et d'incapacité après une chirurgie bien exécutée<sup>57,58</sup>. Ces personnes continuent d'utiliser les ressources de santé. Une sélection soigneuse des patients préopératoires - y compris en tenant compte des mauvais résultats qui sont plus fréquents chez les personnes déprimées, qui ont une maladie radiographique minimale, une douleur minimale et qui sont obèses morbides - la prise de décision partagée sur la chirurgie et l'information des individus sur les résultats réalistes de la chirurgie sont nécessaires pour minimiser les risques d'insatisfaction. Des preuves objectives sont disponibles qui peuvent identifier cette cohorte d'individus,<sup>52</sup> et pour qui d'autres interventions non opératoires peuvent être plus appropriées.

## 1.10 Aides à la décision

Les aides à la décision pour les patients soutiennent les individus en rendant leurs décisions explicites, en fournissant des informations sur les options et les avantages/inconvénients associés, et en aidant à clarifier la congruence entre les décisions et les valeurs personnelles.<sup>59</sup> Selon la description de la collaboration des Normes internationales d'aide à la décision des patients (IPDAS), les aides à la décision sont des outils fondés sur des données probantes conçus pour préparer les individus à participer à des choix spécifiques et délibérés parmi les options de soins de santé.<sup>60</sup> Les aides à la décision pour les patients ne doivent pas remplacer, mais peuvent agir comme un complément aux bonnes pratiques cliniques. Les aides à la décision pour les patients ne sont pas nécessaires pour assurer une bonne prise de décision partagée; cependant, des outils bien développés faciliteront l'engagement du patient et peuvent être utilisés à divers moments du parcours de la personne, et entourent les décisions sur tous les aspects des soins, y compris l'exercice et l'alimentation, la gestion pharmacologique et la prise en compte du remplacement articulaire.<sup>20</sup> Les aides à la décision sont différentes des notices d'information destinées aux patients, qui visent uniquement à fournir des informations.

En 2014, le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) du Royaume-Uni a examiné l'efficacité clinique des aides à la décision spécifiques à l'arthrose qui peuvent être utilisées pour permettre aux individus de participer à la gestion de leur état. Il y avait des preuves de qualité modérée que le livret vidéo d'aide à la décision peut réduire davantage le conflit décisionnel qu'un dépliant éducatif seul,<sup>61</sup> et des preuves de faible qualité que la confiance des patients dans la prise de décision, l'auto-efficacité et la préparation à la prise de décision sont augmentées avec les aides à la décision.<sup>62</sup> Malgré le manque de preuves de haute qualité pour une aide à la décision donnée, il est important de souligner que les aides à la décision doivent être utilisées comme outils de soutien dans le cadre d'une discussion avec un clinicien et non comme des outils autonomes.

Il n'existe actuellement aucun moyen systématique de déterminer quels types d'outils d'aide à la décision clinique sont utilisés en Australie, ou à quelle fréquence ils sont utilisés par les cliniciens et leurs patients. Cependant, les praticiens pourraient se référer aux principes de prise de décision partagée énoncés dans la ligne directrice sur l'expérience du patient. Le [service de santé national britannique RightCare](#) a récemment développé des programmes de décision partagée qui sont disponibles sur le site Web de recherche de preuves du NICE, y compris des aides spécialement conçues pour l'arthrose de la hanche et du genou.

## 2. Méthode

Les questions clés auxquelles il fallait répondre dans les lignes directrices ont été déterminées à l'aide du format patient/population/ problème, intervention, comparaison/contrôle, résultat (PICO). Les questions PICO sont fournies à l'annexe 2. PICO.

### 2.1 Revue de la littérature

#### 2.1.1 Recherches documentaires

La recherche documentaire systématique initiale a été conçue pour s'appuyer sur la documentation de la première édition et pour mettre à jour les données probantes publiées après la dernière date de recherche de ces lignes directrices.<sup>8</sup> (CINAHL) et la Bibliothèque Cochrane (y compris la base de données Cochrane des revues systématiques et le registre Cochrane des essais contrôlés [CENTRAL]) pour les études publiées de janvier 2005 à décembre 2016. (Pour des informations détaillées sur les stratégies de recherche, reportez-vous à l'annexe 1 du Ligne directrice pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche; document technique.) Un bibliothécaire médical a élaboré et mené des recherches à l'aide de termes de recherche déterminés par les recommandations préliminaires du groupe de travail, des vedettes-matières médicales spécifiques à la base de données, des termes en texte libre et des filtres de type d'étude ont été appliqués. Le cas échéant. Des études d'adultes atteints d'arthrose de la hanche et/ou du genou qui impliquaient une ou plusieurs interventions thérapeutiques d'intérêt ont été recherchées. Les recherches se sont limitées aux revues systématiques et aux essais contrôlés randomisés (ECR), qui sont classés comme preuves de niveau 1 et de niveau 2 selon la hiérarchie des preuves du National Health and Medical Research Council (NHMRC) (tableau 1)<sup>63</sup>.

Tableau 1. Hiérarchie des preuves du NHMRC<sup>63</sup>

Type d'étude	La description
Niveau I	Preuves obtenues à partir d'un examen systématique des études de niveau II
Niveau II	Preuves obtenues à partir d'au moins un essai contrôlé randomisé (ECR) correctement conçu
Niveau III	Preuves obtenues à partir d'un pseudo-ECR, d'une étude cas-témoins, d'une étude de cohorte rétrospective, d'une étude comparative avec témoins simultanés ou d'une étude comparative sans témoins simultanés
Niveau IV	Preuves obtenues à partir de séries de cas, d'une étude du rendement diagnostique, d'une étude de cohorte de personnes à différents stades de la maladie ou d'une étude transversale

Adapté avec la permission du National Health and Medical Research Council. Niveaux de preuve et notes supplémentaires pour les recommandations destinées aux développeurs de lignes directrices. Canberra: NHMRC, 2009.

Aucune limite n'a été imposée à la langue et les études publiées dans des langues autres que l'anglais ont été traduites dans la mesure du possible. Les détails des stratégies de recherche sont disponibles à l'annexe 1 de la Ligne directrice pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche : document technique. Les recherches électroniques ont été complétées par des recherches manuelles des listes de référence des revues systématiques récentes pour s'assurer que toutes les ressources pertinentes ont été obtenues. Des recherches ont également été effectuées dans les suppléments publiés des actes de conférence pertinents jusqu'en août 2017 inclus.

Les membres du groupe de travail ont été consultés concernant les preuves obtenues pour chaque sujet et, sur la base de leur connaissance approfondie des recherches antérieures et émergentes dans le domaine, une référence à toute ressource supplémentaire qui n'a pas été collectée a été demandée. Toutes les recherches électroniques ont été mises à jour en août 2017.

Les recherches initiales pour la plupart des interventions ont ensuite été élargies pour identifier les études publiées avant 2005. Cela a été fait pour s'adapter à la transition de la ligne directrice actuelle vers la méthodologie GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation), afin de fournir une évaluation complète de la qualité de l'ensemble des preuves disponibles pour une intervention donnée. Par conséquent, le groupe de travail a examiné un tableau récapitulatif GRADE, qui comprenait toutes les preuves d'ECR disponibles concernant une intervention donnée à ce jour, afin de prendre la décision de vote la plus éclairée.



### 2.1.2 Sélection des études et correspondance des questions PICO

Des revues systématiques et des ECR d'adultes atteints d'arthrose de la hanche et/ou du genou dans lesquels la majorité de la population de l'étude inscrite (80%) était âgée de 45 ans ou plus ont été inclus. Seules les études faisant état des résultats de santé des participants qui ont été jugés intéressants par les recommandations du groupe de travail ont été considérées comme éligibles à l'inclusion. Les résultats d'intérêt détaillés pour la santé des patients et les critères d'inclusion et d'exclusion sont présentés à l'annexe 2 des Lignes directrices pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche : document technique.

Les résultats des recherches documentaires ont été téléchargés sur la [plateforme de dépistage en ligne du Centre de comparaison des traitements et d'analyse intégrative \(CTCIA\)](#), qui a été utilisée pour les dépistages primaires et secondaires de la littérature.

La sélection primaire de la littérature a consisté à examiner le titre et le résumé de chaque enregistrement pour déterminer son admissibilité.

Le dépistage primaire de chaque dossier a été effectué en double par deux examinateurs indépendants (toute combinaison apparée parmi le groupe d'enquêteurs du groupe de travail ou nommé dans les lignes directrices pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche : document technique - Xia Wang, Mikala Osani, Elizaveta Vaysbrot et Mia-Cara Musetti), avec des conflits résolus par un troisième critique (Raveendhara Bannuru). La sélection secondaire de la littérature impliquait l'examen approfondi des articles en texte intégral. Ceci a été effectué sur toutes les publications considérées comme potentiellement éligibles lors de la sélection primaire.

La sélection de la littérature secondaire a suivi la même procédure d'examen indépendant en double, la résolution des conflits étant entreprise par le même troisième examinateur. Au cours de la sélection secondaire, tous les articles inclus ont été étiquetés avec des termes liés à PICO (par exemple, type(s) d'intervention(s), résultat(s) rapporté(s)), afin de faciliter une correspondance plus efficace de la littérature avec les questions PICO. À la fin de la sélection secondaire, les données de sélection des références ont été exportées dans une base de données, et les références ont été triées en séquence par « Conception de l'étude », puis par « Intervention », « Comparateur » et enfin « Date ».

Des désignations PICO préliminaires ont été attribuées aux références dans le document trié en fonction de leurs « interventions » et de leurs « comparateurs » ; ces désignations ont été vérifiées par un examen manuel des publications incluses. Avant le début de l'extraction des données, les articles inclus ont été résumés par ordre de leurs questions PICO apparées pour les membres du groupe de travail, qui ont aidé à concilier d'éventuelles inadéquations ou omissions. L'organigramme de l'étude à la figure 1, annexe 2 de la ligne directrice pour la gestion de l'arthrose du genou et de la hanche : document technique illustre en détail le nombre de résumés identifiés, de manuscrits en texte intégral récupérés et d'études sélectionnées pour être incluses dans l'examen systématique de la littérature pour ces lignes directrices.

## 2.2 Extraction et analyse des données

Les données des études éligibles pour chaque question PICO ont été extraites dans le [RevMan](#) Logiciel. Le risque de biais des études individuelles a été évalué à l'aide de l'outil Cochrane Risk of Bias.<sup>64</sup> L'extraction des données et les cotes de risque de biais ont été examinées pour assurer leur cohérence, et toute divergence a été résolue par consensus au sein du groupe de travail. Les données ont été extraites sur :

- caractéristiques de l'étude et de la population
- posologie d'intervention et fréquence d'administration
- médicaments concomitants
- tous les résultats d'efficacité critiques et importants
- tous les résultats de sécurité critiques et importants.

Des méta-analyses à effets aléatoires ont été menées en prévision d'une certaine hétérogénéité entre les études.

Les résultats dichotomiques ont été analysés à l'aide de la méthode Mantel-Haenszel et ont été rapportés sous forme de risques relatifs (risque relatif; RR) avec des intervalles de confiance (IC) à 95%.<sup>65</sup> Pour tous les résultats continus, la variation moyenne par rapport au départ a été extraite; lorsque les valeurs de changement n'étaient pas disponibles, elles ont été calculées à l'aide des moyennes de référence et de suivi. Les résultats continus ont été analysés à l'aide de la méthode de variance inverse de DerSimonian et Laird et rapportés sous forme de différences moyennes standardisées (DMS) avec un IC à 95%.<sup>66</sup> Les DMS ont été calculées pour tenir compte de la variation des échelles de résultats. Toutes les méta-analyses ont également été réalisées à l'aide de RevMan.

## 2.3 Évaluation de la qualité et formulation du rapport sur les preuves

Les résultats des analyses ont été exportés de RevMan vers GRADEpro, un logiciel en ligne, afin de générer un profil de preuves GRADE pour chaque question PICO.<sup>67</sup> La qualité des preuves disponibles pour chaque résultat a été évaluée dans GRADEpro à l'aide des critères d'évaluation de la qualité GRADE (Tableau 3.1 , Annexe 3 des Lignes directrices pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche : Document technique) : Document technique), les divergences étant résolues par consensus.

Les preuves ont été évaluées pour chaque critère de jugement selon les critères suivants :<sup>69–72</sup>

- évaluation du risque de biais de toutes les études individuelles
- incohérence entre les résultats des essais
- caractère indirect des preuves
- imprécision de l'estimation de l'effet
- biais de déclaration potentiel.

Conformément à la méthodologie GRADE, les cotes de qualité éventuelles sont classées en quatre catégories : « Élevée », « Modérée », « Faible » et « Très faible ». Ces catégories reflètent la confiance des examinateurs dans l'estimation de l'effet et sa proximité avec le véritable effet d'une intervention . ou –2 pour un risque « très grave ». La note « Très faible » porte un équivalent numérique de 1<sup>73</sup>; une fois que la qualité des preuves a été déclassée à ce point, elle ne peut plus être déclassée.

Une fois que la qualité des preuves a été évaluée pour tous les résultats rapportés, la qualité globale des preuves a été évaluée sur la base de la note de qualité la plus basse attribuée à l'un des résultats qui ont été désignés a priori comme « critiques » par le groupe de travail.<sup>74</sup> était disponible pour une recommandation, la qualité globale des preuves a été automatiquement marquée comme « très faible » pour signifier que cette recommandation a été faite sur la seule base de l'expérience clinique. Le profil de preuve GRADE qui en a résulté contenait :

- estimations de l'effet groupé calculées pour chaque résultat
- notes de qualité pour chaque résultat
- des notes de bas de page contenant de brefs résumés qualitatifs des justifications des dégradations de la qualité
- importance de chaque résultat
- évaluation globale de la qualité des données probantes.

Le rapport final sur les preuves comprenait tous les profils de preuves GRADE (annexe 5 des lignes directrices pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche) : document technique).

## 2.4 Formulation de recommandations

La méthodologie GRADE précise que les groupes de travail sur les lignes directrices formulent des recommandations basées sur :<sup>74</sup>

- prise en compte de l'équilibre des avantages et des inconvénients relatifs des options de traitement envisagées
- qualité des preuves (c.-à-d. confiance dans les estimations de l'effet)
- les valeurs et les préférences d'une personne
- incidences sur les ressources.

La clé de la recommandation est le compromis entre les résultats souhaitables et indésirables pour les patients ; recommandations nécessitent d'estimer la valeur relative que les individus accordent aux résultats.

Une recommandation peut être en faveur ou contre l'option de traitement proposée, et forte ou conditionnelle.

La recommandation peut également être étiquetée comme neutre conditionnelle, où le groupe de travail ne peut pas déterminer la direction de la recommandation.

Une recommandation GRADE est classée comme forte si le groupe de travail est convaincu que les avantages d'une intervention l'emportent clairement sur les inconvénients (ou vice versa). Une recommandation conditionnelle dénote une incertitude quant à l'équilibre des avantages et des inconvénients (par exemple, la qualité des preuves est faible ou très faible), ou lorsque les préférences ou les coûts personnels sont censés affecter la décision.<sup>75</sup> Ainsi, les recommandations conditionnelles font référence aux décisions où l'incorporation des préférences personnelles est un élément essentiel de la prise de décision.

#### 2.4.1 Recherche de consensus

Le groupe de travail a reçu le rapport sur les preuves pour examen avant de se réunir pour discuter et décider des recommandations finales. Pour chaque question PICO, le groupe de travail a fourni des votes initiaux et a discuté de la direction de la recommandation lors de téléconférences mensuelles et de deux réunions en face à face jusqu'à ce qu'un consensus général soit atteint. Une fois les recommandations rédigées, le groupe de travail a été invité à indiquer son degré de soutien pour chaque recommandation par le biais d'un processus de vote par sondage en ligne.<sup>76</sup> Une échelle numérique de 11 points a été utilisée pour évaluer le degré de soutien pour chaque recommandation. Un consensus de 70 % a été fixé comme seuil d'acceptation d'une recommandation. Si un consensus de 70 % n'était pas atteint lors du vote initial, des discussions supplémentaires étaient convoquées pour finaliser la recommandation. Un deuxième et dernier processus de vote (avec un accord/réponse en désaccord) a ensuite été menée. Les recommandations finales ont été acceptées avec un consensus de 70 % par les membres du groupe de travail. Les détails du sondage et les données de vote sont disponibles à l'annexe 4 des Lignes directrices pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche : document technique.

Dans certains cas, le groupe de travail a décidé de combiner certaines options de traitement sur la base de l'examen des preuves et du scénario clinique (par exemple, différents types d'exercices). De plus, le groupe de travail a identifié un certain nombre de traitements (et les examens des preuves qui en ont résulté) non requis pour la ligne directrice, car le scénario clinique était rare, non pertinent ou redondant (tableau 3.2, annexe 3 de la ligne directrice pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche) : Document technique), ou parce qu'une des options de traitement pour ce scénario avait été éliminée par une autre recommandation. Conformément aux directives GRADE, le groupe de travail a choisi de fournir une recommandation forte pour certaines options de traitement malgré une évaluation de faible qualité des preuves.<sup>74</sup> Dans ces cas, une explication écrite est fournie décrivant les raisons de cette décision.

## 3. Recommandations

### 3.1 Interventions non pharmacologiques

#### 3.1.1 Programmes d'éducation à l'autogestion

Recommandation d'intervention	Force de la recommandation	Qualité des preuves
<p>Éducation à l'autogestion Nous ne pouvons recommander ni pour ni contre les programmes formels d'éducation à l'autogestion en face à face pour les personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche.</p> <p>Genou et/ou hanche Cependant, les cliniciens doivent fournir des informations pour améliorer la compréhension de l'arthrose, de son pronostic et de sa prise en charge optimale.</p>	Recommandation conditionnelle (neutre)	Très lent
<p>Qu'est-ce que c'est?</p> <p>Les programmes formels d'éducation à l'autogestion en face à face sont des interventions complexes ciblant l'éducation des patients afin d'accroître les connaissances des participants sur l'arthrose et de les encourager à jouer un rôle actif dans la prise en charge. Les programmes varient considérablement dans leur contenu, leur prestation et leur durée.</p> <p>Raisonnement</p> <p>Des preuves de très faible qualité montrent que cette intervention n'a pas d'effet significatif sur la douleur et la fonction (annexe 5 des lignes directrices pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche; document technique). Les programmes d'éducation à l'autogestion peuvent également nécessiter un engagement de temps considérable de la part de la personne pour y assister, et de nombreux Australiens peuvent rencontrer des difficultés d'accès (par exemple ceux des zones rurales ou éloignées, ceux pour qui l'anglais n'est pas la langue maternelle). Néanmoins, les programmes ont le potentiel de bénéficier à d'autres domaines de santé pertinents (par exemple, la connaissance des maladies, l'auto-efficacité), et peuvent donc être considérés comme utiles pour certaines personnes. Le groupe de travail a estimé que la formation continue et les conseils fournis par le clinicien font partie intégrante des soins centrés sur la personne et de la prise de décision partagée.</p> <p>nuit</p> <p>Aucun effet indésirable signalé.</p>		

### 3.1.2 Thérapie cognitivo-comportementale

Recommandation d'intervention		Force de la recommandation	Qualité des preuves
Cognitivo-comportementale thérapeutique (TCC) – Genou et/ou hanche	<p>Il peut être approprié d'offrir une TCC à certaines personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche (OA).</p> <p>Les cliniciens doivent déterminer si la TCC est appropriée, en tenant compte des comorbidités psychologiques et des préférences personnelles. Ils doivent être conscients des problèmes liés au coût et à l'accès. Il est recommandé que la TCC soit combinée avec de l'exercice pour améliorer les résultats. La TCC peut être proposée en face à face ou via des programmes en ligne.</p>	Conditionnel à la recommandation	Bas (genou) Très bas (hanche)

#### Qu'est-ce que c'est?

La TCC est une intervention psychologique qui vise à montrer aux gens comment leur pensée affecte leur humeur, à les aider à identifier et à défier les pensées inutiles et à apprendre des stratégies pratiques d'auto-assistance. Il peut être utilisé pour traiter une gamme de problèmes qui peuvent être pertinents pour les personnes atteintes d'arthrose, notamment la douleur, la dépression, l'anxiété, l'insomnie et les problèmes d'alimentation. La TCC la plus couramment étudiée pour l'arthrose a été la formation aux techniques d'adaptation à la douleur, avec ou sans le soutien du partenaire.

#### Raisonnement

Des preuves de faible qualité chez les personnes atteintes d'arthrose du genou montrent que les programmes de TCC peuvent avoir de petits avantages pour la douleur et peuvent également améliorer l'auto-efficacité, l'adaptation à la douleur, la dépression et l'anxiété (document). La TCC pour l'arthrose du genou est associée à un faible risque d'événements indésirables. Des preuves de très faible qualité provenant d'un nombre limité d'études indiquent que la combinaison de la TCC avec l'exercice est plus efficace que l'un ou l'autre seul (annexe 5 des lignes directrices pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche; document technique).

Bien qu'il n'y ait aucune preuve des effets de la TCC, en particulier chez les personnes atteintes d'arthrose de la hanche, le groupe de travail a estimé que les avantages observés chez les personnes atteintes d'arthrose du genou et les échantillons mixtes d'arthrose de la hanche/du genou sont susceptibles d'être généralisables aux personnes atteintes d'arthrose de la hanche. Les cliniciens doivent considérer la pertinence de la TCC pour les personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche; en particulier, ceux qui ont des comorbidités psychosociales. Il se peut que certaines personnes répondent mieux à la TCC que d'autres, certaines preuves montrant que les personnes qui ont répondu à la formation sur les habiletés d'adaptation à la douleur étaient plus âgées et plus éduquées, avaient des attentes modérées à élevées quant aux résultats du traitement et une plus grande gravité de la maladie arthrosique.<sup>78</sup> Programmes réussis ont été dispensés en face à face individuellement ou en groupe par divers professionnels de la santé, notamment des psychologues, des physiothérapeutes et des infirmières, ainsi qu'en ligne. Les programmes de TCC en ligne fondés sur des données probantes sont une option alternative pour les personnes ayant un accès limité au traitement en face à face.<sup>77,79</sup>

#### nuis

Faible probabilité d'effets indésirables.

### 3.1.3 Exercice

Recommandation d'intervention		Force de la recommandation	Qualité des preuves
Exercice terrestre – Genou	<p>Nous recommandons fortement de proposer des exercices terrestres à toutes les personnes souffrant d'arthrose du genou (OA) pour améliorer la douleur et la fonction, quel que soit leur âge, la gravité de la maladie structurelle, l'état fonctionnel ou le niveau de douleur.</p> <p>L'exercice s'est également avéré bénéfique pour d'autres comorbidités et pour la santé globale.</p> <p>Nous recommandons fortement la marche, les exercices de renforcement musculaire et le Tai Chi. Il peut être approprié d'offrir du vélo stationnaire et/ou du Hatha yoga à certaines personnes souffrant d'arthrose du genou.</p> <p>Les cliniciens doivent prescrire un programme d'exercices individualisé, en tenant compte des préférences, des capacités et de la disponibilité des ressources et des installations locales de la personne.</p> <p>Des objectifs réalistes doivent être fixés. La posologie doit être augmentée en tenant pleinement compte de la fréquence, de la durée et de l'intensité des séances d'exercice, du nombre de séances et de la période pendant laquelle les séances doivent avoir lieu.</p> <p>Il faut prêter attention aux stratégies visant à optimiser l'observance.</p> <p>L'orientation vers un professionnel de l'exercice pour aider à la prescription d'exercices et pour fournir une supervision en personne ou à distance peut être appropriée pour certaines personnes.</p>	<p><b>Fort pour la recommandation</b> (tous les exercices terrestres, la marche, les exercices de renforcement musculaire, Tai chi)</p> <p><b>Conditionnel pour recommandation</b> (cyclisme stationnaire, Hatha-yoga)</p>	<p>Faible (basé sur terre, Tai Chi)</p> <p>Très faible (marche, renforcement musculaire, vélo stationnaire, Hatha yoga)</p>

Qu'est-ce que c'est?

Cette recommandation est spécifique aux exercices effectués sur terre pour les personnes souffrant d'arthrose du genou, y compris le renforcement musculaire, les étirements/amplitude de mouvement, le conditionnement aérobie, l'équilibre neuromusculaire, le cyclisme, le tai-chi et le yoga. La dose d'exercice peut varier en fréquence, en intensité et en durée. De plus, l'exercice peut impliquer un équipement coûteux et spécialisé, voire aucun équipement; il peut être dispensé en groupe ou individuellement, en personne ou à distance par téléphone ou vidéoconférence.

Raisonnement

Il existe des preuves de faible qualité provenant d'un grand nombre d'essais contrôlés randomisés (ECR) qui ont révélé que l'exercice physique au sol présentait dans l'ensemble des avantages significatifs et cliniquement pertinents pour la douleur, la fonction et la qualité de vie à court et à moyen terme chez les personnes souffrant de gonarthrose (Annexe 5 de la Ligne directrice pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche : Document technique). Les avantages pour la douleur et la fonction sont de taille modérée et sont observés indépendamment de l'âge des patients, de la gravité de la maladie structurelle, des niveaux de douleur et de l'état fonctionnel. En plus de ces avantages, d'autres avantages de l'exercice incluent ses avantages pour les comorbidités et la santé globale, et sont facilement disponibles et bon marché. Il existe des preuves que l'exercice thérapeutique à long terme est sûr et n'est pas associé à un risque accru de progression de la maladie structurelle.<sup>80</sup> Il existe diverses formes d'exercices terrestres qui peuvent être adoptés pour l'arthrose du genou. Le groupe de travail a fortement recommandé la marche, les exercices de renforcement musculaire et le Tai Chi, sur la base de preuves de faible qualité des avantages significatifs pour la douleur et la fonction, l'accessibilité de ces modes d'exercice (souvent en tant que programmes de groupe communautaires) et les déficiences identifiées de la force musculaire et la capacité fonctionnelle chez de nombreuses personnes. Le Tai Chi a également été recommandé car il présente des avantages supplémentaires pour l'équilibre et les chutes, il peut donc être particulièrement adapté aux personnes chez qui un risque accru de chute a été identifié - ce qui est courant chez les personnes souffrant d'arthrose du genou.

Le groupe de travail a recommandé sous condition le cyclisme stationnaire et le Hatha yoga sur la base de preuves de très faible qualité provenant d'un nombre limité d'ECR (1 pour le cyclisme et 2 pour le Hatha yoga), avec des échantillons de petite taille montrant des avantages pour la douleur (cyclisme stationnaire et Hatha yoga) et fonction (Hatha yoga). Cependant, le Hatha yoga ne doit être considéré que comme une forme complémentaire d'exercice, et uniquement pour une gestion à court terme. Les cliniciens doivent éduquer l'individu sur les avantages de l'exercice régulier et prescrire un programme d'exercices progressifs individualisé en tenant compte de la présentation individuelle, de la capacité fonctionnelle, des comorbidités, des préférences et de la disponibilité de l'exercice. Les cliniciens doivent souligner qu'un certain inconfort peut être ressenti lors de l'exercice, mais qu'il est peu probable qu'il soit associé à un préjudice. Certaines personnes peuvent bénéficier d'une référence à un professionnel de l'exercice (p. ex. physiothérapeute, physiologiste de l'exercice) pour aider à la prescription et à la supervision de l'exercice. Il faut prêter attention aux stratégies d'adhésion (p. ex. documents écrits, journaux de bord, rappels par SMS).

nuit

Il existe une très faible probabilité d'effets indésirables graves; la plupart sont mineurs et comprennent une augmentation temporaire de la douleur au niveau de l'articulation touchée ou de la douleur à d'autres sites.

Recommandation d'intervention	Force de la recommandation	Qualité des preuves
<p>Exercice terrestre</p> <p>– Hanche</p> <p>Nous recommandons fortement de proposer des exercices terrestres à toutes les personnes atteintes d'arthrose de la hanche afin d'améliorer la douleur et la fonction, quel que soit leur âge, la gravité de la maladie structurelle, l'état fonctionnel ou le niveau de douleur. L'exercice s'est également avéré bénéfique pour d'autres comorbidités et pour la santé globale. Cependant, nous ne sommes pas en mesure de recommander spécifiquement pour ou contre différents types d'exercices terrestres à ce stade.</p> <p>Les cliniciens doivent prescrire un programme d'exercices progressifs individualisé, en tenant compte des préférences, des capacités et de la disponibilité des installations locales de la personne. Des objectifs réalistes doivent être fixés. La posologie doit être augmentée en tenant pleinement compte de la fréquence, de la durée et de l'intensité des séances d'exercice, du nombre de séances et de la période pendant laquelle les séances doivent avoir lieu.</p> <p>Le clinicien doit surveiller la réponse de la personne au programme d'exercices et peut essayer une autre forme d'exercices terrestres si des améliorations ne sont pas évidentes. Il faut prêter attention aux stratégies visant à optimiser l'observance. L'orientation vers un professionnel de l'exercice pour aider à la prescription d'exercices et fournir une supervision en personne ou à distance peut être utile pour certaines personnes.</p>	<p><b>Fort pour la recommandation</b></p> <p>(en combinant toutes les études d'exercices terrestres)</p> <p><b>Conditionnel (neutre) pour recommander un type d'exercice terrestre plutôt qu'un autre</b></p> <p>(ex. marche, renforcement musculaire, vélo stationnaire, Tai Chi, Hatha yoga)</p>	<p>Modéré (basé sur la terre)</p> <p>Très faible (marche, muscle renforcement, cyclisme stationnaire, Tai Chi, Hatha yoga)</p>
<p>Qu'est-ce que c'est?</p>		
<p>Cette recommandation est spécifique aux exercices effectués sur terre pour les personnes souffrant d'arthrose de la hanche, y compris le renforcement musculaire, les étirements/amplitude de mouvement, conditionnement aérobique, neuromusculaire/équilibre, cyclisme, Tai Chi et yoga. La dose d'exercice peut varier en termes de fréquence, d'intensité et de durée. De plus, l'exercice peut impliquer un équipement coûteux et spécialisé, voire aucun équipement; il peut être dispensé en groupe ou individuellement, en personne ou à distance par téléphone ou vidéoconférence.</p>		
<p>Raisonnement</p>		
<p>Dans l'ensemble, il existe des preuves de qualité modérée provenant d'un nombre limité d'essais chez des personnes spécifiquement atteintes d'arthrose de la hanche pour soutenir les avantages à court terme de l'exercice terrestre - effectué à domicile ou en groupe - sur la douleur et la fonction (annexe 5 du Ligne directrice pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche : document technique). L'exercice est également bénéfique pour d'autres comorbidités et pour la santé globale. La plupart des études comprenaient des programmes d'exercices multimodaux comprenant le renforcement, l'amplitude des mouvements et des exercices fonctionnels. Cependant, nous ne sommes pas en mesure de recommander pour ou contre tout type d'exercice spécifique pour l'arthrose de la hanche en raison d'essais limités ou inexistantes chez les personnes atteintes d'arthrose de la hanche qui isolent les effets de différents types d'exercice. Les cliniciens doivent éduquer l'individu sur les avantages de l'exercice régulier et prescrire un programme d'exercices progressifs individualisé, en tenant compte de la présentation du patient, de sa capacité fonctionnelle, de ses comorbidités, de ses préférences et de la disponibilité des ressources.</p>		
<p>Les cliniciens doivent souligner qu'un certain inconfort peut être ressenti lors de l'exercice, mais qu'il est peu probable qu'il soit associé à un préjudice. Certaines personnes peuvent bénéficier d'une référence à un professionnel de l'exercice (p. ex. physiothérapeute, physiologiste de l'exercice) pour aider à la prescription et à la supervision de l'exercice. Une attention doit être accordée aux stratégies d'adhésion (par exemple, matériel écrit, journaux de bord, rappels par SMS).</p>		
<p>nuit</p>		
<p>Il existe une très faible probabilité d'effets indésirables graves; la plupart sont mineurs et comprennent une augmentation temporaire de la douleur au niveau de l'articulation touchée ou de la douleur à d'autres sites.</p>		

Intervention	Recommandation	Force de la recommandation	Qualité des preuves
Exercice aquatique/ hydrothérapie – Genou et/ou hanche	Il peut être approprié de proposer des exercices aquatiques/hydrothérapie à certaines personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche. Cela dépendra de vos préférences personnelles et de la disponibilité des installations locales.	Conditionnel à la recommandation	Bas
<p>Qu'est-ce que c'est?</p> <p>Les exercices aquatiques/hydrothérapie sont des exercices à faible impact pratiqués dans l'eau. L'eau offre également une résistance naturelle, qui peut être utilisée pour renforcer les muscles. Il peut être entrepris individuellement ou dans des classes de groupe situées dans des milieux communautaires. Dans certains contextes, les cours peuvent être spécifiques aux personnes souffrant d'arthrite et/ou de troubles musculo-squelettiques.</p> <p>Raisonnement</p> <p>Il existe des preuves de faible qualité indiquant que les exercices aquatiques entraînent de petites améliorations statistiquement significatives de la douleur, de la fonction physique et de la qualité de vie chez les personnes atteintes d'arthrose du genou et/ou de la hanche (annexe 5 des lignes directrices pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche; document technique ). Les exercices aquatiques présentent un faible risque de préjudice. La participation à des exercices aquatiques nécessite l'accès à une piscine et entraîne généralement un faible coût financier pour les participants. De plus, certaines personnes atteintes d'arthrose peuvent ne pas se sentir à l'aise ou disposées à faire de l'exercice dans un environnement aquatique. Les cliniciens doivent donc discuter des préférences personnelles en matière d'exercice et de l'accès aux installations de la piscine locale pour déterminer si une personne doit être conseillée d'entreprendre des exercices aquatiques. Bien que les avantages de la thérapie par l'exercice aquatique dans le traitement de l'arthrose de la hanche et/ou du genou en termes de réduction de la douleur et de fonction soient inférieurs aux effets de la thérapie par l'exercice terrestre, les personnes qui ressentent trop de douleur pour faire de l'exercice dans un environnement de mise en charge totale peuvent bénéficier d'une thérapie par l'exercice aquatique.</p> <p>nuit</p> <p>Il existe une très faible probabilité d'effets indésirables graves; la plupart sont mineurs et comprennent une augmentation temporaire de la douleur au niveau de l'articulation touchée ou de la douleur à d'autres sites.</p>			



### 3.1.4 Thérapie manuelle, gestion du poids et thermothérapie/froidothérapie

Recommandation d'intervention	Force de la recommandation	Qualité des preuves
<p>Massage thérapeutique – Genou et/ou hanche</p> <p>Il peut être approprié d'offrir un court cours de massothérapie à certaines personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche. Cela ne devrait être considéré que comme un traitement d'appoint pour permettre l'engagement avec des stratégies de gestion active, et seulement à court terme, en tenant compte des problèmes liés au coût et à l'accès.</p>	Conditionnel à la recommandation	Bas
<p>Thérapie manuelle (étirements, mobilisation des tissus mous et/ou articulaires et/ou manipulation) – Genou et/ou hanche</p> <p>Il peut être opportun de proposer une cure courte de thérapie manuelle (étirements, mobilisation des tissus mous et/ou articulaires et/ou manipulation) pour certaines personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche. Cela devrait être considéré uniquement comme un traitement d'appoint pour permettre l'engagement avec des stratégies de gestion active et uniquement à court terme, en tenant compte des problèmes liés au coût et à l'accès.</p>	Conditionnel à la recommandation	Très lent

Qu'est-ce que c'est?

La thérapie manuelle fait généralement référence à des techniques pratiques habiles où une force manuelle déterminée avec précision et spécifiquement dirigée est appliquée au corps. Les objectifs prétendus de la thérapie manuelle comprennent :

- réduire la douleur
- augmentation de l'amplitude des mouvements et de la mobilité
- réduire l'inflammation des tissus mous
- augmentation de la diffusion
- améliorer la réparation des tissus mous
- induire la relaxation
- faciliter le mouvement
- améliorer la fonction.

La thérapie manuelle comprend un certain nombre de techniques, les plus courantes étant la manipulation et la mobilisation. Les techniques de manipulation sont définies comme des mouvements puissants de petite amplitude et à grande vitesse d'une articulation, souvent appliqués en bout de course. Les techniques de mobilisation sont des mouvements passifs répétitifs de faible vitesse et d'amplitudes variables appliqués à différents points sur toute la distance. D'autres techniques comprennent la mobilisation et l'étirement des tissus mous et les techniques myofasciales. Le massage peut également être considéré par certains comme une forme de thérapie manuelle.

Raisonnement

Les preuves proviennent de données de très faible ou de faible qualité. Pour certaines personnes atteintes d'arthrose du genou et/ou de la hanche, ces thérapies peuvent avoir un effet positif sur la douleur et/ou la fonction à court terme (preuves de faible à très faible qualité), et le risque de préjudice est très faible ( Annexe 5 de la Ligne directrice pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche : Document technique).

Le groupe de travail a estimé que pour certaines personnes atteintes d'arthrose du genou et/ou de la hanche, ces thérapies peuvent être utiles en tant qu'essai unique à court terme (par exemple, jusqu'à 8 à 12 semaines) et ne doivent être utilisées qu'en complément d'une rééducation active. interventions, étant donné qu'elles mettent l'accent sur une approche passive du traitement. Lorsqu'ils envisagent des thérapies manuelles, les cliniciens et les individus doivent être conscients des éventuels obstacles liés au coût, au temps et à l'accès.

**nuît**

Il y a un très faible risque de préjudice signalé.

Recommandation d'intervention		Force de la recommandation	Qualité des preuves
Gestion du poids - Genou et/ou hanche	Nous recommandons fortement la gestion du poids pour les personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche. Pour les personnes en surpoids (indice de masse corporelle [IMC] $\geq 25$ kg/m <sup>2</sup> ) ou obèses (IMC $\geq 30$ kg/m <sup>2</sup> ), un objectif de perte de poids minimum de 5 à 7,5 % du poids corporel est recommandé. Il est avantageux d'atteindre une plus grande quantité de perte de poids étant donné qu'il existe une relation entre la quantité de perte de poids et les avantages symptomatiques. La perte de poids doit être associée à l'exercice pour de plus grands avantages. Pour les personnes ayant un poids santé, l'éducation sur l'importance de maintenir un poids santé est essentielle.	Fort pour la recommandation (gestion du poids) Conditionnel à la recommandation (combinaison de gestion du poids et d'exercice)	Très lent

Qu'est-ce que c'est?

La perte de poids est généralement obtenue grâce à une combinaison de modification du régime alimentaire et d'exercice, et dans les cas extrêmes, à la chirurgie bariatrique. Raisonement

Le surpoids/l'obésité est un facteur de risque majeur d'apparition et de progression de l'arthrose symptomatique et radiographique, en particulier au niveau du genou, et est fréquent chez les personnes atteintes d'arthrose du genou et/ou de la hanche. Les personnes atteintes d'arthrose présentent souvent des comorbidités associées au surpoids/l'obésité (par exemple, troubles cardiovasculaires, gastro-intestinaux, endocriniens), et la gestion du poids pour ces troubles est considérée comme la meilleure pratique. Il existe des preuves limitées de très faible qualité indiquant que la perte de poids seule (obtenue par l'alimentation et l'exercice) n'a pas d'effet significatif sur la douleur ou la fonction chez les personnes atteintes d'arthrose du genou (annexe 5 des lignes directrices pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche: document technique), bien que les avantages semblent être plus importants avec des quantités plus importantes de perte de poids - à partir d'un minimum de 5 à 7,5 % de perte de poids corporel. Idéalement, il est avantageux d'atteindre une plus grande quantité de perte de poids.<sup>81,82</sup> La perte de poids alimentaire devrait également être associée à l'exercice pour de plus grands avantages (Annexe 5 de la Ligne directrice pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche : Document technique). Il n'y a pas d'essai contrôlé randomisé (ECR) sur les effets de la chirurgie bariatrique chez les personnes atteintes d'arthrose de la hanche et/ou du genou. Il n'y a pas d'ECR portant spécifiquement sur la gestion du poids chez les personnes atteintes d'arthrose de la hanche, bien que les nombreux autres avantages systémiques pour la santé de la perte de poids et du maintien d'un poids corporel sain soient très probablement transférables aux personnes atteintes d'arthrose de la hanche.

Malgré les limites des preuves d'ECR disponibles sur l'arthrose, le groupe de travail a estimé que les avantages de la perte de poids chez les personnes en surpoids/obèses souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche l'emportent sur les risques. Les cliniciens sont invités à consulter les lignes directrices du Conseil national de la santé et de la recherche médicale (NHMRC) pour connaître les stratégies les plus efficaces de prise en charge du surpoids/obésité dans les soins primaires.<sup>83</sup>

#### nuit

Il existe un faible risque de préjudice associé à cette recommandation. Cependant, il n'existe actuellement aucun seuil d'IMC clairement défini pour les personnes âgées (> 65 ans). Il existe des preuves suggérant que les seuils devraient être plus élevés pour les personnes âgées.<sup>84</sup>

Le besoin de perte de poids chez les personnes âgées doit être considéré sur une base individuelle. Si la perte de poids est appropriée, des précautions doivent être prises pour assurer le maintien de la masse corporelle maigre et de la densité osseuse, en particulier lorsqu'elle est accompagnée d'un entraînement de résistance à haute intensité et/ou de charge d'impact.<sup>85</sup> Les personnes doivent être surveillées pour la santé osseuse si nécessaire et des exercices de renforcement inclus dans le cadre du programme de traitement.

Recommandation d'intervention	Force de la recommandation	Qualité des preuves
<p>Thérapie par la chaleur – Genou et/ou hanche</p> <p>Il peut être approprié d'offrir une thérapie locale (par exemple, des compresses chaudes) comme stratégie d'autogestion à domicile pour certaines personnes atteintes d'arthrose du genou et/ou de la hanche. Ceci doit être considéré uniquement comme un traitement d'appoint.</p>	Conditionnel à la recommandation	Très lent
<p>Qu'est-ce que c'est?</p> <p>La chaleur superficielle peut être appliquée via l'utilisation de compresses chaudes ou de bouillottes. La thérapie est censée soulager les tensions et les douleurs musculaires et améliorer la circulation sanguine.</p> <p>Raisonnement</p> <p>La thérapie peut être efficace pour réduire la douleur chez certaines personnes atteintes d'arthrose du genou et/ou de la hanche, mais la qualité des preuves est très faible (annexe 5 des lignes directrices pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche : document technique). La thérapie par la chaleur est bon marché et généralement réalisable pour les personnes à entreprendre de manière indépendante en tant que stratégie d'autogestion.</p> <p>nuit</p> <p>Aucun effet indésirable n'a été signalé. Cependant, les individus doivent être avertis des risques de brûlures et la thérapie peut ne pas convenir aux personnes dont les sensations sont compromises.</p>		

Intervention	Recommandation	Force de la recommandation	Qualité des preuves
Thérapie par le froid – Genou et/ou hanche	Nous suggérons de ne pas proposer d'application locale de froid (par exemple, des compresses de glace) aux personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche.	Conditionnel à la recommandation	Très lent
<p>Qu'est-ce que c'est?</p> <p>La thérapie par le froid est l'application locale de froid via des techniques (par exemple des compresses de glace). Il vise à réduire l'enflure, les spasmes musculaires et la douleur.</p> <p>Raisonnement</p> <p>Il existe des preuves de très faible qualité suggérant que l'utilisation de la thérapie par le froid n'est pas efficace pour améliorer la douleur, la fonction ou la qualité de vie chez les personnes atteintes d'arthrose du genou et/ou de la hanche (annexe 5 des lignes directrices pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche): Dossier technique).</p> <p>nuit</p> <p>Bien qu'aucun événement indésirable n'ait été identifié dans les essais de thérapie par le froid chez les personnes atteintes d'arthrose du genou, de nouvelles preuves cliniques indiquent que les personnes atteintes d'arthrose du genou symptomatique peuvent éprouver une hyperalgésie au froid.<sup>86,87</sup> suggérant que l'utilisation thérapeutique du froid peut être inutile.</p>			

## 3.1.5 Appareils orthopédiques, orthèses, ruban adhésif, chaussures et cannes

Recommandation d'intervention		Force de la recommandation	Qualité des preuves
Genouillères	Nous ne pouvons recommander ni pour ni contre l'utilisation d'orthèses de décharge/réalignement en varus pour les personnes souffrant d'arthrose du genou dans le compartiment tibio-fémoral latéral.	Recommandation conditionnelle (neutre) (déchargement varus/ accolades de réalignement)	Très faible (décharge varus/ réalignement – non randomisé essai contrôlé données [ECR])
	Nous suggérons de ne pas proposer d'orthèses de déchargement/réalignement en valgus aux personnes atteintes d'arthrose du genou dans le compartiment tibio-fémoral médial.	Conditionnel à la recommandation (déchargement valgus/ accolades de réalignement)	Faible (déchargement valgus/ accolades de réalignement)
	Nous suggérons de ne pas proposer d'attelles fémoro-patellaires de réalignement pour l'arthrose fémoro-patellaire.	Conditionnel à la recommandation (réalignement des accolades fémoro-patellaires)	Très bas (réalignement des croisillons fémoro-patellaires)

## Qu'est-ce que c'est?

Les genouillères sont largement disponibles à l'achat par les consommateurs auprès des pharmacies, des cliniciens et d'autres points de vente de soins de santé. Les orthèses de décharge varus réalignent l'articulation tibiofémorale en fournissant une force dirigée en varus qui vise à réduire le désalignement en valgus chez les personnes souffrant d'arthrose du genou dans le compartiment tibiofémoral latéral.

Les orthèses de déchargement en valgus fournissent une force dirigée en valgus qui vise à réduire le malalignement en varus chez les personnes atteintes d'arthrose du genou dans le compartiment tibio-fémoral médial.

Les orthèses fémoro-patellaires visent à réaligner la position rotulienne pour les personnes atteintes d'arthrose fémoro-patellaire.

## Raisonnement

Il n'existe aucune preuve d'ECR sur les effets des orthèses de décharge en varus sur la douleur ou la fonction physique chez les personnes atteintes d'arthrose du genou. Il existe des preuves limitées de faible qualité indiquant que les orthèses de décharge en valgus n'ont pas d'effet significatif sur la douleur ou la fonction physique (annexe 5 des lignes directrices pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche; document technique). De même, il existe des preuves limitées et de très faible qualité indiquant que les orthèses de réalignement fémoropatellaire n'ont aucun effet significatif sur la douleur ou la fonction (annexe 5 des lignes directrices pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche; document technique). Les orthèses de genou peuvent imposer un coût financier considérable à un individu et peuvent être associées à des difficultés d'application de l'orthèse de manière indépendante. L'adhésion au port d'attelles de genou peut également être un facteur limitant la pertinence de telles attelles.

## nuit

Il existe une faible probabilité d'effets indésirables, qui peuvent inclure une irritation de la peau.

Recommandation d'intervention	Force de la recommandation	Qualité des preuves	
Orthèses de chaussures (semelles médianes et latérales compensées - genou, semelles amortissantes et voûte plantaire)	Nous ne pouvons recommander ni pour ni contre l'utilisation de semelles intérieures compensées médiales pour les personnes atteintes d'arthrose tibio-fémorale latérale et de déformation en valgus.	Recommandation conditionnelle (neutre) (semelles cales médiales pour tibiofémoral latéral OA)	Très bas (semelles médianes, latérales compensées)
supports – genou et/ou hanche)	Nous suggérons de ne pas proposer de semelles compensées latérales aux personnes atteintes d'arthrose tibio-fémorale médiale du genou.	Conditionnel à la recommandation (semelles compensées latérales)	Très bas (semelles médianes, latérales compensées)
	Nous ne pouvons recommander ni pour ni contre l'utilisation de semelles absorbant les chocs ou de supports de voûte plantaire pour l'arthrose du genou et/ou de la hanche.	Recommandation conditionnelle (neutre) (semelles absorbant les chocs, supports de voûte plantaire)	Très faible (semelles absorbant les chocs, soutien de la voûte plantaire - pas de données RCT)  Très faible (toutes les orthèses de hanche – pas de données d'ECR)

#### Qu'est-ce que c'est?

Diverses orthèses de chaussures conçues pour modifier la biomécanique de la marche sont disponibles. Les semelles intérieures compensées sont des orthèses placées à l'intérieur des chaussures qui sont angulées sur leur côté médial ou latéral, déplaçant ainsi la répartition de la charge à travers les compartiments tibiofémoraux. Les semelles intérieures médianes sont plus hautes du côté médial, déplaçant le poids vers le compartiment tibio-fémoral médial, et sont donc applicables aux personnes atteintes d'arthrose tibio-fémorale du genou et de déformation du genou en valgus.

Les semelles intérieures à coin latéral sont plus hautes sur le côté latéral (et peuvent inclure un composant de cerclage sous-talien), déplaçant le poids vers le compartiment tibio-fémoral latéral, et sont applicables aux personnes souffrant d'arthrose tibio-fémorale du compartiment médial et de déformation en varus. Les semelles intérieures absorbant les chocs sont faites d'un matériau qui vise à absorber les charges d'impact pendant la marche. Les supports de voûte plantaire sont des semelles intérieures conçues pour soutenir et réaligner le pied.

#### Raisonnement

Des preuves de très faible qualité issues d'un seul petit ECR portant sur les semelles intérieures médianes ont révélé des avantages significatifs d'une ampleur cliniquement pertinente pour la douleur et la fonction chez les personnes atteintes d'arthrose du genou dans le compartiment tibio-fémoral latéral et de déformation en valgus arthrose : Document technique). Le groupe de travail a estimé que cette étude fournit des preuves préliminaires qui devraient être confirmées dans des essais plus importants et, en tant que tel, n'a pas été en mesure de recommander pour ou contre les semelles intérieures médianes. À l'inverse, pour les semelles intérieures à coin latéral, des preuves de très faible qualité provenant d'un certain nombre d'ECR n'ont trouvé aucun avantage significatif pour la douleur, la fonction, la qualité de vie ou la progression de la maladie structurelle chez les personnes atteintes d'arthrose médiale du genou (annexe 5 des lignes directrices pour la prise en charge de l'arthrose du genou). coxarthrose : Document technique).

Comme il n'y a pas de données d'ECR disponibles chez les personnes atteintes d'arthrose du genou ou de la hanche pour les semelles absorbant les chocs ou les supports de voûte plantaire, aucune recommandation concernant leur utilisation ne peut actuellement être faite.

#### nuit

Il y a une faible probabilité d'effets indésirables.

Recommandation d'intervention	Force de la recommandation	Qualité des preuves
<p>Chaussures – Le genou</p> <p>Nous suggérons de ne pas proposer de chaussures de déchargement, de chaussures minimalistes ou de chaussures à semelles à bascule aux personnes souffrant d'arthrose du genou symptomatique. Cependant, les cliniciens peuvent envisager de conseiller aux personnes de porter des chaussures avec des propriétés d'absorption des chocs et d'éviter les chaussures à talons hauts.</p>	<p>Conditionnel à la recommandation</p>	<p>Très faible (chaussures de déchargement, chaussures minimalistes) Basse (chaussures à semelle à bascule)</p>

Qu'est-ce que c'est?

Un certain nombre de styles de chaussures ont été développés et/ou commercialisés pour l'arthrose et d'autres troubles musculo-squelettiques. Les chaussures de déchargement sont des chaussures de marche qui contiennent des semelles intercalaires à densité variable et une semelle intérieure compensée latérale, conçues pour réduire les charges médiales du genou dans le compartiment tibio-fémoral. Les chaussures minimalistes sont des styles de chaussures flexibles, plats et sans talons, annoncés pour refléter la marche pieds nus et développer la force musculaire intrinsèque du pied. Les chaussures à semelle à bascule sont des chaussures avec une semelle plus épaisse que la normale et une courbure convexe dans le plan sagittal, conçues pour créer une plate-forme instable, favorisant ainsi une activité musculaire accrue pendant la marche.

Raisonnement

Alors que le déchargement et les chaussures minimalistes réduisent la charge de l'articulation du genou dans le compartiment tibio-fémoral médial,<sup>88–90</sup> il existe des preuves limitées de très faible qualité que ces chaussures n'offrent aucun avantage supplémentaire sur la douleur ou des effets cliniquement pertinents sur la fonction, par rapport aux chaussures de marche conventionnelles (Annexe 5 du Ligne directrice pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche : document technique). Il existe des preuves limitées de faible qualité indiquant que les chaussures à semelle à bascule n'offrent aucun avantage significatif sur la douleur ou la fonction, par rapport aux chaussures de marche conventionnelles (annexe 5 de la ligne directrice pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche : document technique). Les cliniciens peuvent envisager de conseiller aux personnes d'envisager de porter des chaussures avec des propriétés d'absorption des chocs et d'éviter les chaussures à talons hauts, étant donné qu'elles augmentent les charges articulaires du genou,<sup>91</sup> bien qu'en l'absence de données d'ECR sur les caractéristiques individuelles des chaussures qui sont bénéfiques et/ou nocif.

nuît

Il y a une faible probabilité d'effets indésirables.

Recommandation d'intervention	Force de la recommandation	Qualité des preuves
<p>Taping – genou et/ou hanche</p> <p>Nous ne pouvons recommander ni pour ni contre l'utilisation du bandage rotulien pour les personnes souffrant d'arthrose du genou.</p> <p>Nous suggérons de ne pas proposer de kinésio-taping aux personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche.</p>	<p>Recommandation conditionnelle (neutre) (bandage rotulien) Conditionnel à la recommandation (kinesio taping)</p>	<p>Très lent</p>

Qu'est-ce que c'est?

Différentes formes de taping sont disponibles, généralement dans le cadre d'une stratégie d'autogestion. Le bandage rotulien utilise un ruban rigide qui vise à créer un réalignement mécanique de la rotule dans la rainure trochléenne afin de réduire la douleur et d'améliorer la fonction. Le taping Kinesio utilise du ruban non rigide qui est appliqué dans diverses configurations; il est censé offrir un soutien et une stabilité aux muscles et aux articulations et stimuler les récepteurs somatosensoriels.

Raisonnement

Il existe certaines preuves que le bandage rotulien peut modifier immédiatement l'alignement rotulien mesuré sur l'imagerie et réduire la douleur.<sup>92,93</sup> Cependant, des preuves de très faible qualité provenant d'un seul ECR n'ont trouvé aucun effet significatif du bandage lorsqu'il est porté en continu pendant trois semaines sur la douleur et la fonction, par rapport au bandage fictif chez les personnes atteintes d'arthrose du genou non spécifiquement sélectionnées pour la douleur fémoro-patellaire (annexe 5 du Ligne directrice pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche : document technique). Les personnes présentant des symptômes spécifiques de douleur fémoro-patellaire peuvent bénéficier d'une auto-application de ruban rotulien pour minimiser la douleur et permettre l'engagement dans l'activité physique et la rééducation. Un nombre limité d'essais de très faible qualité et avec des échantillons de petite taille ont évalué le kinesio taping pour l'arthrose du genou. Ces essais ont utilisé différentes configurations de bande kinesio qui ont été réappliquées par le clinicien après divers intervalles. Il n'y a pas d'essai de kinesio taping pour l'arthrose de la hanche. Les données probantes ne montrent aucun avantage significatif du kinésio-taping pour la douleur ou la fonction (annexe 5 des Lignes directrices pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche : document technique).

nuît

Les effets secondaires sont mineurs et comprennent une irritation de la peau causée par la bande.

Intervention	Recommandation	Force de la recommandation	Qualité des preuves
Aide à la marche – Genou et/ ou hanche	Il peut être approprié d'offrir un dispositif d'aide à la marche (par exemple, une canne) à certaines personnes souffrant de problèmes de genou et/ou l'arthrose de la hanche, selon les préférences et les capacités de la personne.	Conditionnel à la recommandation	Bas (genou) Très bas (hanche)

Qu'est-ce que c'est ?

Les dispositifs d'assistance à la marche comprennent des dispositifs tels que des cannes (par exemple des bâtons de marche), des béquilles et des déambulateurs. En fonction des besoins des utilisateurs individuels, ils peuvent faciliter la déambulation à pied en réduisant la charge des membres inférieurs, en améliorant la stabilité et en facilitant les mouvements. Ils peuvent également aider à réduire les risques de chutes.

Raisonnement

Les personnes atteintes d'arthrose du genou et/ou de la hanche adoptent souvent un schéma de marche anormal en raison de la douleur, de la faiblesse musculaire, des restrictions de mobilité articulaire ou d'autres conditions douloureuses. L'utilisation d'un dispositif d'assistance à la marche peut être utile pour améliorer le schéma de marche et la posture afin de normaliser les charges musculo-squelettiques. Il existe des preuves de faible qualité issues d'un essai indiquant que l'utilisation d'une aide à la marche (par exemple, un bâton à point unique) est efficace pour améliorer la douleur et la fonction chez les personnes atteintes d'arthrose du genou (annexe 5 des lignes directrices pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche; document). Le groupe de travail a estimé que ces données pourraient être raisonnablement transférées aux personnes atteintes d'arthrose de la hanche (preuves de très faible qualité). Les cliniciens doivent évaluer le modèle de marche d'un individu pour envisager l'indication d'un dispositif de marche. Les dispositifs de marche peuvent également aider à résoudre les problèmes d'équilibre et peuvent être indiqués pour les personnes présentant un risque accru de chute. Il est important que l'individu reçoive des instructions sur la façon d'utiliser l'appareil, de se déplacer en toute sécurité et efficacement avec l'appareil et de régler l'appareil.

nuit

Quelques événements indésirables sont associés à cette recommandation.

### 3.1.6 Électrothérapies

Intervention	Recommandation	Force de la recommandation	Qualité des preuves
Pulsé électromagnétique/ thérapie par ondes courtes – Genou et/ou hanche	Nous ne pouvons recommander ni pour ni contre la thérapie électromagnétique/ondes courtes pour les personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche (OA).	Recommandation conditionnelle (neutre)	Bas (genou) Très bas (hanche)

Qu'est-ce que c'est ?

La thérapie électromagnétique pulsée, également connue sous le nom de thérapie par ondes courtes pulsées, est l'application de champs électromagnétiques pulsés sur le corps. En tant que mode d'administration pulsé, il ne produit pas d'effet chauffant dans les tissus, mais est censé avoir des effets physiologiquement bénéfiques au niveau cellulaire sur la base des effets du champ magnétique. Traditionnellement, les prestataires de soins de santé en milieu clinique administraient la thérapie électromagnétique pulsée, mais les progrès technologiques ont conduit à la disponibilité croissante de petits appareils portables pour l'auto-application.

Raisonnement

Il existe des preuves de faible qualité indiquant que la thérapie électromagnétique pulsée améliore significativement la douleur et la fonction chez les personnes atteintes d'arthrose du genou (annexe 5 des lignes directrices pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche : document technique) par des quantités cliniquement pertinentes. Il existe des preuves de très faible qualité indiquant que la thérapie électromagnétique pulsée n'a pas d'effet statistiquement significatif sur la douleur ou la fonction chez les personnes atteintes d'arthrose de la hanche (annexe 5 des lignes directrices pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche : document technique). La plupart des études impliquaient des traitements administrés par des cliniciens, à une fréquence élevée d'entretien, allant de trois à cinq fois par semaine. Une minorité d'études utilisaient des appareils portables que les individus appliquaient eux-mêmes à la maison, avec une posologie de traitement allant de deux à 12 heures par jour.

Bien que les preuves suggèrent des tailles d'effet modérées et un faible risque d'effets nocifs pour les personnes atteintes d'arthrose du genou, le groupe de travail a noté que les preuves actuelles se limitent à un suivi à court terme (deux à 10 semaines) uniquement, de sorte que le maintien de un effet thérapeutique reste incertain. Les preuves disponibles suggèrent que trois à cinq séances de traitement par semaine sont nécessaires pour obtenir des avantages lorsque ce traitement est administré par des cliniciens. Compte tenu du grand nombre de visites chez un professionnel de la santé requises pour une modalité de traitement passive, du coût financier que cela peut imposer à un individu et des preuves suggérant aucun avantage pour l'arthrose de la hanche, le groupe de travail a estimé que la thérapie électromagnétique pulsée administrée par un clinicien ne doit pas être proposée aux personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche. Le groupe de travail a noté des données prometteuses issues d'un nombre limité de petits essais portant sur les appareils portables, mais a estimé que des recherches supplémentaires étaient nécessaires concernant l'efficacité, l'acceptabilité et l'adhésion.

nuit

Il existe un faible risque d'effets indésirables, aucun effet indésirable grave n'ayant été signalé.

Intervention	Recommandation	Force de la recommandation	Qualité des preuves
Autre électrothérapie – Genou et/ou hanche (par exemple onde de choc, interférentielle, laser)	Nous suggérons de ne pas proposer les modalités d'électrothérapie par ondes de choc, interférentielles ou laser pour les personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche.	Conditionnel à la recommandation	Faible (laser) Très faible (onde de choc, interférentielle, laser hanche)
<p>Qu'est-ce que c'est?</p> <p>Les modalités d'électrothérapie (par exemple, ondes de choc, courant électrique interférentiel, thérapie au laser) sont censées induire des effets physiologiquement bénéfiques sur les tissus corporels au niveau cellulaire, notamment:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• promotion de la croissance cellulaire et de l'angiogenèse</li> <li>• minimiser les processus inflammatoires</li> <li>• moduler la douleur par des actions sur le système nerveux périphérique.</li> </ul> <p>La thérapie par ondes de choc est généralement administrée par des cliniciens, tandis que des unités portables sont disponibles pour les modalités interférentielles et laser.</p> <p>Raisonnement</p> <p>Bien que des preuves de très faible qualité suggèrent certains avantages possibles des modalités d'onde de choc et de courant interférentiel sur la douleur et la fonction, ces résultats étaient des essais limités (un pour les ondes de choc et deux pour l'interférentiel), avec une taille d'échantillon limitée et un risque de biais grave ou très grave (Annexe 5 de la Ligne directrice pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche : Document technique). Le groupe de travail a également estimé que le coût et la nécessité de visites cliniques fréquentes (pour les ondes de choc) étaient des facteurs supplémentaires contribuant à la recommandation de ne pas proposer ces interventions.</p> <p>Sept essais utilisant la thérapie au laser chez des personnes souffrant d'arthrose du genou suggèrent des avantages cliniquement significatifs sur la douleur et la fonction à court terme (jusqu'à trois semaines); cependant, la qualité des preuves est faible à très faible (annexe 5 des lignes directrices pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche : document technique). Malgré ces indications positives, le groupe de travail a estimé qu'il était inapproprié de recommander l'utilisation du laser aux personnes atteintes d'arthrose du genou. En effet, les données probantes provenaient d'essais dans lesquels les cliniciens devaient effectuer l'intervention deux à trois fois par semaine (autre que l'essai de Stellan,<sup>94</sup> où l'intervention était auto-administrée), et le fait que les preuves actuelles se limitent à un suivi à court terme de trois semaines. En outre, sur la base du modèle de prestation de services utilisé dans la majorité des essais, un fardeau considérable en termes de coûts et de temps est susceptible d'être imposé aux individus. Bien qu'il n'y ait aucune preuve directe disponible pour les effets de ces modalités chez les personnes atteintes d'arthrose de la hanche, le groupe de travail a estimé que les modes d'action physiologique proposés des interventions seraient transférables à la hanche et les mêmes préoccupations concernant le coût, le temps, la fréquence des visites et les effets à très court terme s'appliqueraient de la même manière.</p> <p><b>nuît</b></p> <p>Il n'y a aucune preuve de préjudice dans ces modalités.</p>			

Intervention	Recommandation	Force de la recommandation	Qualité des preuves
Transcutané nerf électrique stimulation (TENS) – Genou et/ou hanche	Il peut être approprié de proposer des TENS pouvant être utilisés à domicile pour certaines personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche. Les cliniciens doivent fournir des instructions suffisantes sur l'auto-utilisation et tenir compte de l'accessibilité et de l'abordabilité individuelles.	Conditionnel pour recommandation	Très lent
<p>Qu'est-ce que c'est?</p> <p>Le TENS utilise un courant électrique à basse tension délivré par des électrodes fixées à la peau pour affecter l'activité des nerfs périphériques (neuromodulation) comme mécanisme pour modifier la nociception et l'expérience de la douleur. Les unités TENS portables sont maintenant largement disponibles pour les personnes à utiliser à la maison comme stratégie d'autogestion. Contrairement à d'autres appareils d'électrothérapie, le TENS portable peut être utilisé comme thérapie continue par des individus pour moduler la douleur, leur permettant de se livrer à d'autres activités pendant que l'unité est active.</p> <p>Raisonnement</p> <p>Des preuves de très faible qualité issues de quatre essais portant sur des personnes atteintes d'arthrose du genou suggèrent que la TENS a un effet cliniquement significatif sur la douleur et la fonction (annexe 5 des lignes directrices pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche; document technique). Bien qu'aucune preuve directe ne soit disponible à partir d'essais chez des personnes atteintes d'arthrose de la hanche, le groupe de travail a estimé que le mode d'action avec TENS pourrait être transférable à la hanche. Les essais étaient limités à un suivi de quatre semaines, il n'est donc pas certain que les effets du traitement se maintiennent au-delà de cette période. Par conséquent, le groupe de travail a estimé qu'il serait raisonnable d'offrir la TENS aux personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche comme complément à domicile modulant la douleur aux interventions de réadaptation active.</p> <p><b>nuît</b></p> <p>Aucun événement indésirable n'a été rapporté dans les essais inclus. Cependant, les cliniciens doivent fournir des informations aux personnes sur la manière d'utiliser les unités TENS portables en toute sécurité et de minimiser les risques d'irritation cutanée.</p>			



### 3.1.7 Échographie thérapeutique

Intervention	Recommandation	Force de la recommandation	Qualité des preuves
Échographie thérapeutique – Genou et/ou hanche	Nous suggérons de ne pas proposer d'échographie thérapeutique aux personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche.	Conditionnel à la recommandation	Modéré (genou) Bas de la hanche)
<p>Qu'est-ce que c'est?</p> <p>L'échographie thérapeutique est l'application d'ondes sonores à haute fréquence sur les tissus mous via une tête de traitement déplacée sur la surface de la peau. Il s'agit d'un traitement passif généralement fourni par un clinicien sur un certain nombre de séances de traitement.</p> <p>Raisonnement</p> <p>Il existe des preuves de qualité modérée indiquant que les ultrasons thérapeutiques ont des effets statistiquement significatifs sur la douleur et la fonction physique chez les personnes atteintes d'arthrose du genou. Il n'y a pas d'essai contrôlé randomisé (ECR) impliquant des participants atteints d'arthrose de la hanche, par conséquent, le niveau de preuve pour ce groupe de population a été abaissé à faible qualité en raison de préoccupations concernant le caractère indirect (annexe 5 des lignes directrices pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche): document technique). Bien que les preuves suggèrent des tailles d'effet modérées et un faible risque de préjudices pour les ultrasons thérapeutiques chez les personnes atteintes d'arthrose du genou, le groupe de travail a noté que les preuves actuelles se limitent à un suivi à court terme (deux à huit semaines) uniquement. Le groupe de travail a également exprimé sa préoccupation quant à savoir si les avantages sont maintenus une fois le traitement terminé. Les preuves disponibles suggèrent que trois à cinq séances de traitement par semaine sont nécessaires pour obtenir des avantages. Compte tenu du grand nombre de visites requises chez un professionnel de la santé pour une modalité de traitement passive et du coût financier que cela peut imposer à un individu, le groupe de travail a estimé que l'échographie thérapeutique ne devrait pas être proposée aux personnes atteintes d'arthrose du genou et/ou de la hanche.</p> <p>nuit</p> <p>En règle générale, il n'y a aucune preuve suggérant que la thérapie par ultrasons est dangereuse. Compte tenu de ses mécanismes d'action, la thérapie par ultrasons est peu susceptible de provoquer des événements indésirables graves, mais une surveillance active des dommages avec un suivi formel des événements indésirables potentiels est clairement souhaitable.</p>			

### 3.1.8 Acupuncture

Intervention	Recommandation	Force de la recommandation	Qualité des preuves
Acupuncteur – Genou et/ou hanche	Nous suggérons de ne pas offrir l'acupuncture (c.-à-d. traditionnelle, laser, électro) aux personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche (OA).	Conditionnel à la recommandation	Bas (genou) Très bas (hanche)
<p>Les données probantes pour différentes formes d'acupuncture (c.-à-d. traditionnelle, laser, électro) ont été examinées séparément (annexe 5 des Lignes directrices pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche : document technique).</p> <p>Qu'est-ce que c'est?</p> <p>L'acupuncture peut être administrée par divers professionnels de la santé. Il est traditionnellement appliqué via l'insertion d'aiguilles d'acupuncture dans des points d'acupuncture, avec ou sans stimulation mécanique ou électrique. L'acupuncture au laser implique l'application d'une lumière laser de faible intensité sur des points d'acupuncture, au lieu d'aiguilles. L'acupuncture est généralement dispensée sous forme de traitement en plusieurs séances réparties sur plusieurs semaines.</p> <p>Raisonnement</p> <p>Il existe des preuves de faible qualité indiquant que l'acupuncture traditionnelle, au laser et électro-acupuncture a des avantages statistiquement significatifs sur la douleur et la fonction, par rapport à l'acupuncture fictive chez les personnes atteintes d'arthrose du genou (annexe 5 des lignes directrices pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche : document technique). Cependant, ces avantages sont faibles et n'ont pas une ampleur cliniquement pertinente.</p> <p>Il existe des preuves de très faible qualité suggérant l'absence d'effet statistiquement significatif de l'acupuncture au laser sur la douleur ou la fonction chez les personnes atteintes d'arthrose du genou. Il existe des preuves de très faible qualité indiquant que l'acupuncture traditionnelle n'a pas d'effet statistiquement significatif sur la douleur ou la fonction, par rapport à la simulation chez les personnes atteintes d'arthrose de la hanche (annexe 5 des lignes directrices pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche : document technique). Les cliniciens ne doivent pas proposer l'acupuncture aux personnes atteintes d'arthrose du genou et/ou de la hanche en raison de son manque d'efficacité clinique et de la nécessité de plusieurs visites chez un clinicien pour un traitement passif qui peut avoir un coût financier pour l'individu.</p> <p>nuit</p> <p>Il y a une augmentation statistiquement significative du risque d'événements indésirables avec l'acupuncture, par rapport à la simulation chez les personnes atteintes d'arthrose du genou, bien que la plupart n'étaient pas liés au traitement d'acupuncture (annexe 5 de la ligne directrice pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche : document technique).</p>			

## 3.2 Interventions pharmacologiques

### 3.2.1 Analgésiques oraux

Recommandation d'intervention	Force de la recommandation	Qualité des preuves
<p>Paracétamol – Genou et/ou hanche</p> <p>Nous ne pouvons recommander ni pour ni contre l'utilisation du paracétamol pour les personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche (OA).</p> <p>Cependant, il peut être raisonnable d'essayer le paracétamol pendant une courte période, puis d'arrêter de l'utiliser s'il n'est pas efficace. Les cliniciens doivent également surveiller et saisir les événements indésirables pouvant être associés à son utilisation.</p>	Conditionnel (neutre) recommandation	Très lent

Qu'est-ce que c'est?

Le paracétamol, également connu sous le nom d'acétaminophène, est généralement utilisé pour traiter la douleur et la fièvre légères à modérées. Contrairement à d'autres analgésiques courants (par exemple, les anti-inflammatoires non stéroïdiens [AINS], l'aspirine, l'ibuprofène), le paracétamol est généralement considéré comme un faible inhibiteur de la synthèse des prostaglandines (PG), mais n'a pas d'activité anti-inflammatoire significative.

Raisonnement

Bien que le paracétamol ait longtemps été considéré comme un traitement de première intention pour l'arthrose, cela a principalement reflété sa sécurité relative, sa disponibilité et son coût, par rapport à d'autres options pharmacologiques (par exemple, les AINS, les opioïdes). Les preuves actuelles issues d'une revue systématique d'essais contrôlés randomisés (ECR) suggèrent qu'en moyenne, la réduction de la douleur arthrosique obtenue avec le paracétamol est trop faible pour être pertinente sur le plan clinique. dose excessive à court terme et utilisation régulière à long terme.<sup>96</sup>

De nombreuses personnes auront essayé le paracétamol avant de demander conseil à un professionnel de la santé. Chez ceux qui ont ressenti un bénéfice clair supérieur à tout risque potentiel, il est raisonnable de continuer à prendre du paracétamol à la dose efficace la plus faible. Compte tenu de l'histoire naturelle variable des symptômes de l'arthrose, des essais périodiques de sevrage sont recommandés. Chez les personnes qui n'ont pas encore testé le paracétamol à une dose appropriée, un essai à court terme peut être envisagé, avec arrêt du médicament chez ceux qui ne répondent pas. Des essais répétés de paracétamol chez ceux pour qui il n'a pas été efficace ne sont probablement pas justifiés.

Les praticiens devraient discuter d'une stratégie de sevrage avec les personnes qui utilisent régulièrement du paracétamol sans bénéfice clair. Surtout, il convient de souligner que le remplacement du paracétamol par un autre médicament analgésique peut ne pas être nécessaire ou approprié, et que les approches non pharmacologiques de la prise en charge doivent être optimisées.

nuit

Il n'y a pas d'augmentation significative des événements indésirables avec l'utilisation du paracétamol, par rapport aux placebos. Cependant, les cliniciens doivent être prudents car le paracétamol est plus susceptible d'augmenter le risque de fonctions hépatiques anormales et les effets secondaires sont multipliés lorsqu'il est associé à des boissons alcoolisées.

Recommandation d'intervention		Force de la recommandation	Qualité des preuves
AINS oraux, y compris la cyclooxygénase-2 (COX-2) inhibiteurs – Genou et/ou hanche	<p>Il peut être approprié de proposer des AINS oraux à certaines personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche.</p> <p>Il pourrait être raisonnable d'essayer les AINS oraux à la dose efficace la plus faible pendant une courte période, puis d'arrêter de les utiliser s'ils ne sont pas efficaces.</p> <p>Les cliniciens doivent également informer les individus sur les événements indésirables, en particulier gastro-intestinaux, rénaux et cardiovasculaires, qui peuvent être associés à l'utilisation des AINS, les surveiller et les enregistrer.</p>	Conditionnel à la recommandation	Modéré

#### Qu'est-ce que c'est?

Les AINS sont des agents anti-inflammatoires et analgésiques couramment utilisés pour l'arthrose. Les AINS sont des médicaments anti-inflammatoires et analgésiques efficaces en raison de leur capacité à inhiber la biosynthèse des PG au niveau de la COX. On pense que l'inhibition de la COX-2 entraîne des effets anti-inflammatoires, analgésiques et antipyrétiques, et que les AINS inhibant également la COX-1 peuvent provoquer des saignements gastro-intestinaux et des ulcères à fortes doses.<sup>97</sup>

#### Raisonnement

En moyenne, l'utilisation d'AINS entraîne des améliorations légères mais cliniquement pertinentes de la douleur et de la fonction chez les personnes atteintes d'arthrose du genou et/ou de la hanche, et sont susceptibles d'être plus efficaces que le paracétamol pour la plupart des gens (annexe 5 des lignes directrices pour la prise en charge de l'arthrose du genou et/ou de la hanche). arthrose du genou et de la hanche : document technique). Les coûts directs des AINS sont relativement faibles.

Les preuves d'efficacité proviennent d'essais de durée relativement courte, de sorte que les avantages relatifs par rapport aux inconvénients d'un traitement à long terme par AINS sont inconnus. Il est probable que le risque de préjudices augmente avec la durée du traitement; par conséquent, l'équilibre des avantages et des inconvénients peut devenir moins favorable avec le temps. Compte tenu de l'histoire naturelle variable des symptômes de l'arthrose, des essais périodiques de sevrage du médicament sont recommandés.

#### nuis

Les méfaits potentiels des AINS sont bien connus et comprennent des effets indésirables gastro-intestinaux, rénaux et cardiovasculaires.

Les personnes âgées, qui présentent un risque plus élevé d'arthrose, peuvent également présenter un risque plus élevé d'effets indésirables des AINS. Cette classe de médicaments doit donc être utilisée avec prudence. Une estimation formelle du risque cardiovasculaire peut être utile à l'aide d'un outil validé (par exemple [www.cvdcheck.org.au](http://www.cvdcheck.org.au)).

Chez les personnes à faible risque absolu de préjudice, un essai judicieux d'AINS peut être envisagé, visant la dose efficace la plus faible. La co-prescription d'un inhibiteur de la pompe à protons (IPP) ou l'utilisation d'un inhibiteur de la COX-2 doit être envisagée chez les personnes à risque d'effets indésirables gastro-intestinaux. L'équilibre des avantages et des risques peut varier entre les AINS et entre les individus; cependant, aucun médicament particulier n'est susceptible d'être supérieur aux autres, et aucun AINS n'est exempt de potentiel nocif.

## Recommandation d'intervention

## Force de la recommandation

## Qualité des preuves

Opioides oraux –  
Genou et/ou hanche

Nous ne recommandons pas de proposer des opioides oraux aux personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche.

Fort contre la recommandation

Bas (genou)  
Très bas (hanche)

## Qu'est-ce que c'est?

Les opioides, dont la morphine, sont des substances dérivées de l'opium. Les opioides agissent sur la liaison des récepteurs opioides, qui se trouvent principalement dans le système nerveux central et périphérique et dans le tractus gastro-intestinal. Médicalement, les opioides sont conçus comme de puissants analgésiques et se sont avérés efficaces pour la douleur aiguë.

## Raisonnement

La prescription d'opioïdes pour les douleurs chroniques non cancéreuses (y compris l'arthrose) a augmenté ces dernières années malgré le manque de preuves de haute qualité démontrant les avantages, en particulier avec une utilisation à long terme. Les preuves de l'efficacité des opioïdes dans le traitement de l'arthrose proviennent principalement d'essais à court terme. Il existe des preuves de qualité modérée issues d'essais indiquant que l'amélioration de la douleur et de la fonction avec les opioïdes est au mieux d'une importance clinique marginale et est compensée par le risque de préjudices (annexe 5 des lignes directrices pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche): document technique). Étant donné que les opioïdes n'ont que peu ou pas d'effet sur la douleur liée à l'arthrose et sont associés à un risque de préjudices médicaux et sociaux graves, nous déconseillons fortement l'utilisation de toute préparation opioïde pour le traitement de l'arthrose du genou et/ou de la hanche. Les personnes qui utilisent déjà des opioïdes pour la douleur liée à l'arthrose doivent faire l'objet d'une surveillance étroite. La dose efficace la plus faible doit être recherchée et les possibilités de réduction de dose ou d'arrêt doivent être régulièrement recherchées, en conjonction avec l'optimisation de la prise en charge non médicamenteuse.

## nuît

Des effets nocifs courants peuvent survenir à court terme (par exemple, troubles gastro-intestinaux, dysfonctionnement cognitif), conduisant à l'arrêt du médicament chez une proportion significative d'individus. Le risque d'effets indésirables supplémentaires peut s'accumuler avec une utilisation à long terme, y compris la dépendance, les effets indésirables sur la santé osseuse, la fonction endocrinienne et immunitaire et la potentialisation possible des mécanismes de la douleur chronique. L'abus délibéré d'opioïdes est un risque rare mais grave associé à la prescription d'opioïdes. La consommation d'opioïdes est associée à un risque de surdosage non mortel et mortel. Les données d'observation chez les personnes utilisant des opioïdes pour des douleurs chroniques non cancéreuses suggèrent un risque de décès dû à des causes liées aux opioïdes pouvant atteindre une personne sur 550.98

## Intervention

## Recommandation

## Force de la recommandation

## Qualité des preuves

Opioides transdermiques  
– Genou et/ou hanche

Nous ne recommandons pas d'offrir des opioides transdermiques aux personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche.

Fort contre la recommandation

Bas

## Qu'est-ce que c'est?

Le patch transdermique opioïde est une formulation à action prolongée avec un début d'effet retardé initialement et une durée d'action prolongée et, en tant que tel, il est préférable de le réserver aux personnes tolérantes aux opioïdes ayant des besoins stables en opioïdes. L'administration transdermique d'opioïdes évite le métabolisme de premier passage par le foie, ce qui augmente la biodisponibilité et limite la variation de la concentration plasmatique.99

## Raisonnement

Les preuves proviennent principalement de deux essais à court terme d'opioïdes transdermiques: la buprénorphine et le fentanyl. Comme pour les opioïdes oraux, les preuves de faible qualité ont démontré que les améliorations de la douleur et de la fonction ont au mieux une signification clinique marginale et sont compensées par le risque de préjudices (annexe 5 des lignes directrices pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche): document technique). Par conséquent, nous sommes fermement opposés à l'utilisation de toute préparation opioïde pour le traitement de l'arthrose du genou ou de la hanche.

## nuît

Par rapport aux opioïdes oraux, les patchs transdermiques augmentent la biodisponibilité des médicaments, ce qui permet l'utilisation de doses de médicaments plus faibles, réduisant ainsi l'incidence des événements indésirables. Cependant, d'après les preuves, le risque d'effets indésirables a augmenté de manière significative après l'administration d'opioïdes, quelles que soient les méthodes d'administration. D'autres risques potentiels, tels que l'abus délibéré, ne sont pas non plus différents des opioïdes oraux.

## 3.2.2 Analgésiques topiques

Intervention	Recommandation	Force de la recommandation	Qualité des preuves
Anti-inflammatoires non stéroïdiens topiques (AINS)	Nous ne pouvons recommander ni pour ni contre l'utilisation d'AINS topiques pour les personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche (OA).	Recommandation conditionnelle (neutre)	Modéré
– Genou et/ou hanche	Il pourrait être raisonnable d'essayer les AINS topiques pendant une courte période, puis d'arrêter de les utiliser s'ils ne sont pas efficaces. Les cliniciens doivent également surveiller et saisir les effets indésirables de son utilisation.		

Qu'est-ce que c'est?

Les AINS topiques sont appliqués sur une peau intacte où il y a de la douleur sous forme de gels, de crèmes, de sprays ou de pansements. Les AINS topiques pénètrent dans la peau, pénètrent dans les tissus ou les articulations et réduisent les processus qui causent la douleur dans les tissus. Les niveaux de médicament dans le sang avec les AINS topiques sont beaucoup plus faibles qu'avec le même médicament pris par voie orale.

Raisonnement

L'efficacité de l'application topique d'AINS dans l'arthrose est variable. Généralement, le bénéfice est faible, mais le risque de préjudice est également faible. Comme pour les AINS oraux, un essai judicieux d'AINS topiques peut être envisagé comme traitement d'appoint à court terme (plusieurs semaines). S'ils ne sont pas utiles, les AINS topiques doivent être arrêtés. En ce qui concerne l'utilisation d'appoint, il convient de noter que les preuves actuelles ont montré que la combinaison d'un AINS topique avec un AINS oral ne confère aucun avantage thérapeutique supplémentaire par rapport à l'un ou l'autre des agents utilisés seuls, mais cela augmente le nombre d'événements indésirables.<sup>100</sup>

nuît

Habituellement, les effets indésirables des agents topiques AINS sont minimes, mais il existe une légère toxicité en raison de réactions cutanées locales.

Recommandation d'intervention	Force de la recommandation	Qualité des preuves	
Capsaïcine topique – genou et/ ou hanche	Nous suggérons de ne pas proposer de capsaïcine topique aux personnes souffrant d'arthrose du genou.	Conditionnel contre recommandation	Bas
	Nous ne pouvons recommander ni pour ni contre l'utilisation de la capsaïcine topique pour les personnes atteintes d'arthrose de la hanche.	Recommandation conditionnelle (neutre)	Très lent

Qu'est-ce que c'est?

La capsaïcine est la neurotoxine des piments forts. Il se lie sélectivement au récepteur du composé vanilloïde (Transient Receptor Potential Vanilloid 1 [TRPV1]) des fibres afférentes de type C et augmente la substance P dans la fente synaptique.<sup>101</sup> Alors que les premières applications de capsaïcine sont associées à une sensation de brûlure sur la surface appliquée, avec une utilisation continue, une désensibilisation et une analgésie persistantes se produisent en raison de la déplétion neurale de la substance P et de la destruction réversible et sélective des fibres afférentes primaires.<sup>101</sup>

Raisonnement

Les données probantes d'un essai ont démontré que 0,025% de la capsaïcine topique avait de légers effets sur le soulagement de la douleur chez les personnes atteintes d'arthrose du genou (annexe 5 des lignes directrices pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche; document technique). Il n'est pas certain que les personnes atteintes d'arthrose multi-articulaire ou présentant des comorbidités pertinentes bénéficieront de la capsaïcine. Le principal avantage de la capsaïcine est la douleur neuropathique, qui n'est pas la principale source de douleur dans l'arthrose du genou ou de la hanche. Semblable à d'autres analgésiques topiques, le processus d'application topique est très axé sur le régime et les effets secondaires d'irritation locale peuvent être préjudiciables. Ces problèmes l'emportent souvent sur les avantages potentiels pour les individus.

nuît

Une légère brûlure au site d'application était l'événement indésirable le plus courant associé à l'utilisation topique de la capsaïcine (35 à 100 %), mais s'améliore rapidement avec une utilisation continue.<sup>102</sup> Il n'y a eu aucun rapport de toxicité systémique avec l'utilisation de la capsaïcine topique dans l'arthrose.

## Recommandation d'intervention

## Force de la recommandation

## Qualité des preuves

Duloxétine – Genou et/ou hanche	Il peut être approprié d'offrir la duloxétine à certaines personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche.	Conditionnel à la recommandation	Modéré (genou) Bas de la hanche)
------------------------------------	---	----------------------------------	-------------------------------------

Qu'est-ce que c'est?

Le déséquilibre des systèmes de sérotonine et de noradrénaline dans les voies centrales de la douleur a été impliqué dans le développement et le maintien de la sensibilisation centrale et associé à la douleur chronique dans l'arthrose. La duloxétine est un inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN) ayant une activité sur le système nerveux central. Son efficacité analgésique dans la douleur centrale est supposément liée à son influence sur les voies inhibitrices descendantes de la douleur. La recherche a montré qu'il a un effet bénéfique sur la douleur associée à la neuropathie diabétique, la fibromyalgie, la lombalgie et l'arthrose.

## Raisonnement

Dans les trois essais examinés, une réponse significative et des effets modérés sur la douleur au genou (différence moyenne standardisée [DMS] 0,43) et la fonction (DMS 0,45) ont été observés sur 13 à 16 semaines à des doses de 60/120 mg (annexe 5 des lignes directrices pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche : document technique). Cependant, la plupart des participants à l'étude utilisaient également déjà des AINS et du paracétamol. L'utilisation de la duloxétine pour l'arthrose du genou en association avec des AINS, réduisant ainsi l'utilisation des AINS et du paracétamol, serait cliniquement utile pour réduire les événements indésirables.<sup>103</sup> De plus, les résultats différaient quant à savoir si une réduction significative des symptômes de dépression était nécessaire pour l'impact analgésique.

Il n'existe aucune preuve directe d'essais contrôlés randomisés (ECR) pour l'arthrose de la hanche; par conséquent, l'utilisation des données sur l'arthrose du genou pour extrapoler à la hanche ou à une autre arthrose nécessite des précautions supplémentaires.

La duloxétine n'a actuellement pas d'indication via la Therapeutic Goods Administration (TGA) pour l'arthrose et doit être considérée comme un médicament expérimental uniquement.

## nuît

Parmi les participants aux trois ECR inclus, le traitement par la duloxétine a été bien toléré, la majorité des événements indésirables étant d'intensité légère ou modérée (par exemple, constipation, nausées, hyperhidrose, toux, myalgie, arthralgie, palpitations).

Remarque : suite à la préparation des grilles de notation et à l'élaboration des recommandations, nous avons pris connaissance qu'une des études citées, celle d'Abou-Raya et al, a été rétractée. La méta-analyse récente sur la duloxétine, qui n'inclut pas l'étude d'Abou-Raya, montre peu d'hétérogénéité et une cohérence remarquable avec les estimations d'effet que nous avons trouvées. <https://academic.oup.com/painmedicine/article/16/7/1373/1918203>

## Recommandation d'intervention

## Force de la recommandation

## Qualité des preuves

Doxycycline – genou et/ou hanche	Nous ne recommandons pas d'offrir de la doxycycline aux personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche	Fort contre la recommandation	Bas (genou) Très bas (hanche)
-------------------------------------	--	-------------------------------	----------------------------------

Qu'est-ce que c'est?

La doxycycline est un agent antibiotique de la classe des tétracyclines. En plus d'être un agent antimicrobien, c'est un inhibiteur de la métalloprotéinase et inhibe la collagénase qui clive le collagène de type IX présent dans le cartilage articulaire.<sup>104</sup>

## Raisonnement

Des recherches précliniques et des études humaines antérieures ont indiqué que la doxycycline pourrait être utile dans la prise en charge de l'arthrose du genou symptomatique. Cependant, les preuves actuelles ont montré que la doxycycline ne réduisait pas la sévérité moyenne des douleurs articulaires, bien que les scores de douleur dans les deux groupes de traitement étaient faibles au départ et sont restés faibles tout au long de l'essai, ce qui peut suggérer la présence d'un effet plancher.<sup>103</sup> Malgré le faible bénéfice (SMD 0,15 mm) dans le rétrécissement de l'espace articulaire, il est compensé par les méfaits des médicaments (Annexe 5 de la Ligne directrice pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche : Document technique).

Il n'y a pas d'ECR sur la doxycycline pour l'arthrose de la hanche, donc l'utilisation des données sur l'arthrose du genou pour extrapoler à la hanche ou à une autre arthrose nécessite des précautions supplémentaires.

La doxycycline n'a actuellement pas d'indication via la TGA pour l'arthrose et doit être considérée comme un médicament expérimental uniquement.

## nuît

Les événements indésirables survenus significativement plus fréquemment dans le groupe doxycycline que dans le groupe placebo étaient limités aux effets secondaires reconnus de la doxycycline (c.-à-d. vaginite moniliale, sensibilité au soleil, symptômes gastro-intestinaux non spécifiques). Cependant, seule une petite proportion de sujets rapportant des effets secondaires liés à la doxycycline ont arrêté prématurément le médicament à l'étude.

Les sujets du groupe de traitement actif ont signalé moins d'infections des voies urinaires, et il y avait une tendance à moins d'infections des voies respiratoires supérieures dans le groupe doxycycline que dans le groupe placebo.

## 3.2.3 Médicaments contre l'ostéoporose

Recommandation d'intervention		Force de la recommandation	Qualité des preuves
Bisphosphonates – Genou et/ou hanche	Nous suggérons de ne pas offrir de bisphosphonates aux personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche (OA).	Conditionnel à la recommandation	Très lent
Qu'est-ce que c'est?			
Les médicaments anti-ostéoporotiques sont principalement utilisés pour réduire la morbidité et la mortalité (principalement dues aux fractures) associées aux modifications ostéoporotiques exogènes et endogènes dans les os. Les bisphosphonates peuvent inhiber la résorption osseuse et, par conséquent, sont les principaux médicaments contre l'ostéoporose. L'ostéoporose peut être présente de manière concomitante chez les personnes atteintes d'arthrose.			
Raisonnement			
Les preuves issues de six essais n'ont trouvé aucun avantage statistiquement significatif dans le soulagement des symptômes et l'amélioration structurelle et fonctionnelle. La qualité des preuves a varié de modérée à très faible, avec des résultats incohérents. Une méta-analyse des deux plus grandes études sur le genou utilisant le risédronate à 15 mg a révélé que les rapports de cotes (OR) favorisaient les placebos pour la douleur (1,73), la fonction (2,03) et la raideur (1,82) de Western Ontario et de l'indice d'arthrose des universités McMaster (WOMAC). Cependant, huit essais (61,5%) ont rapporté que les bisphosphonates amélioraient la douleur évaluée par les scores de l'échelle visuelle analogique (EVA), et deux (38,5%) ont rapporté une amélioration significative des scores de douleur WOMAC, par rapport aux groupes témoins. <sup>105</sup> Il n'y avait aucune différence statistiquement significative ou tendances observées pour toute dose de risédronate. De même, il n'y avait aucune différence entre les cinq groupes en ce qui concerne le pincement radiographique de l'espace articulaire, la largeur de l'espace articulaire ou la formation d'ostéophytes au suivi de 24 mois. <sup>105</sup>			
Il existe un essai de très faible qualité mené auprès de 42 participants atteints d'arthrose de la hanche, ne démontrant aucun effet sur 24 mois (Annexe 5 de la Ligne directrice pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche : Document technique).			
Les bisphosphonates n'ont actuellement pas d'indication via la Therapeutic Goods Administration (TGA) pour l'arthrose et doivent être considérés comme des médicaments expérimentaux uniquement.			
nuit			
Les bisphosphonates s'accompagnent de profils d'effets secondaires importants et de restrictions sur certaines activités quotidiennes (par exemple, les procédures dentaires). Le traitement avec ces médicaments doit être réservé aux personnes qui répondent aux directives du Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS) pour le traitement de leur ostéoporose, mais pas pour la prise en charge de l'arthrose.			

Recommandation d'intervention		Force de la recommandation	Qualité des preuves
Calcitonine – Genou et/ou hanche	Nous suggérons de ne pas proposer de calcitonine aux personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche.	Conditionnel à la recommandation	Très lent
Qu'est-ce que c'est?			
La calcitonine est une hormone peptidique naturelle produite par les cellules parafolliculaires (cellules C) de la glande thyroïde. L'activité protectrice de la calcitonine sur les os et le cartilage a été démontrée dans de nombreux modèles d'arthrose différents et dans des contextes cliniques préliminaires. <sup>106</sup>			
Disponible sous forme d'injection ou de spray nasal depuis les années 1970 pour traiter l'ostéoporose, la calcitonine inhibe la résorption osseuse en se liant et en s'activant au récepteur de la calcitonine sur les ostéoclastes.			
Raisonnement			
Les deux études de phase III n'ont trouvé aucun effet significatif de la calcitonine de saumon sur le WOMAC total, les sous-scores de WOMAC et le pincement de l'espace articulaire (Annexe 5 de la Ligne directrice pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche : document technique). Il existe un effet potentiellement faible sur les marqueurs de dégradation osseuse et cartilagineuse, respectivement CTX-I et CTX-II, et aucun équilibre positif entre la formation osseuse et la résorption osseuse.			
Il n'y a pas d'essai contrôlé randomisé (ECR) sur la calcitonine pour l'arthrose de la hanche; par conséquent, l'utilisation des données sur l'arthrose du genou pour extrapoler à la hanche ou à une autre arthrose nécessite des précautions supplémentaires.			
nuit			
Il y avait des incidences nettement plus élevées de troubles gastro-intestinaux et de bouffées de chaleur dans les bras de traitement actif des études incluses. Aucun autre événement indésirable n'était nettement différent entre les deux groupes dans l'une ou l'autre des études.			

## Recommandation d'intervention

## Force de la recommandation

## Qualité des preuves

Ranélate de strontium – Genou et/ou hanche

Nous ne recommandons pas d'offrir du ranélate de strontium aux personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche.

Fort contre la recommandation

Modéré

Qu'est-ce que c'est?

Le ranélate de strontium, un agent agissant sur les os, a la capacité de dissocier le processus de remodelage osseux et de modifier l'équilibre entre la résorption et la formation osseuses, ce qui a été suggéré comme un effet potentiel de modification des symptômes.

Raisonnement

Les données d'un essai de qualité moyenne n'ont trouvé aucun effet du ranélate de strontium sur la modification des symptômes de l'arthrose. Cependant, le traitement au ranélate de strontium a eu un effet bénéfique sur l'élargissement de l'espace articulaire, avec une différence moyenne (DM) de 0,12 mm sur trois ans. De même, le risque relatif de progression radiographique (rétrécissement articulaire  $\bar{y}$  0,5 mm) était en faveur du ranélate de strontium sur trois ans.

Le ranélate de strontium n'étant pas accessible aux personnes en Australie, le groupe de travail a considéré ce traitement comme irréalisable à l'usage.

Le ranélate de strontium a été bien toléré pour le traitement de l'arthrose dans une étude d'une durée de trois ans. Malgré ses effets secondaires répertoriés dans les informations approuvées sur le produit (par exemple, infarctus du myocarde, événements thromboemboliques veineux, embolie pulmonaire, réaction d'hypersensibilité), l'Agence européenne des médicaments a recommandé en 2014 que le ranélate de strontium reste disponible pour les personnes atteintes d'ostéoporose, avec des restrictions relatives aux personnes atteintes d'ostéoporose, maladie cardiaque existante.<sup>107</sup> Étant donné que le ranélate de strontium serait utilisé comme traitement quotidien de l'arthrose et que ses effets pourraient être relativement lents, les dommages potentiels causés par ses effets secondaires sont préoccupants.

## 3.2.4 Médicaments expérimentaux modificateurs de la maladie (DMOAD)

## Recommandation d'intervention

## Force de la recommandation

## Qualité des preuves

Interleukine-1 (IL-1) inhibiteurs – Genou et/ou hanche

Nous ne recommandons pas de proposer des inhibiteurs de l'IL-1 aux personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche (OA).

Fort contre la recommandation

Bas

Qu'est-ce que c'est?

Il s'agit d'un groupe d'agents qui bloquent l'activité d'une cytokine pro-inflammatoire, l'IL-1, dont on pense qu'elle joue un rôle dans l'induction de la dégradation de la matrice cartilagineuse par la régulation à la hausse des enzymes protéolytiques.<sup>108</sup> Les inhibiteurs de l'IL-1 les plus courants sont :

- Antagoniste des récepteurs de l'IL-1 – anakinra
- récepteur leurre soluble – rilonacept
- anticorps monoclonal neutralisant anti-IL-1 $\bar{y}$  – canakinumab.

Par ailleurs, un anticorps monoclonal dirigé contre le récepteur de l'IL-1, AMG-108 et un anticorps neutralisant anti-IL-1 $\bar{y}$  ou IL-1 $\bar{y}$ , ABT-981 sont actuellement en essais cliniques.

Raisonnement

Les résultats d'un essai à trois bras d'une injection intra-articulaire unique d'anakinra à une dose de 50 mg (n = 34) et 150 mg (n = 67) étaient disponibles. L'amélioration moyenne par rapport au départ à la semaine 12 du score de l'indice d'arthrose des universités Western Ontario et McMaster (WOMAC) n'était pas statistiquement différente entre les groupes anakinra et placebo (annexe 5 des lignes directrices pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche : document technique).

Un essai contrôlé randomisé (ECR) contrôlé par placebo sur l'AMG-108 (qui n'est pas inclus dans l'annexe 5 des lignes directrices pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche $\bar{y}$ : document technique) a révélé une amélioration non statistiquement significative de la douleur WOMAC après administration sous-cutanée de l'AMG-108.<sup>109</sup>

Comme les inhibiteurs de l'IL-1 nécessitent une prescription d'autorité, qui ne peut pas être prescrite par les médecins généralistes (MG), les médecins généralistes doivent travailler avec des spécialistes pour avoir accès à ces agents. Le groupe de travail a discuté des limites actuelles de l'efficacité, de la sécurité, de l'accès et des coûts, et a considéré que les inhibiteurs de l'IL-1 ne sont pas un traitement faisable ni rentable.

Il n'existe actuellement aucun essai portant sur les avantages et l'innocuité des inhibiteurs de l'IL-1 chez les personnes atteintes d'arthrose de la hanche. L'utilisation des données sur l'arthrose du genou pour extrapoler à la hanche ou à une autre arthrose nécessite des précautions supplémentaires.

nuit

Le pourcentage de participants rapportant des événements indésirables était similaire entre les groupes placebo et anakinra (annexe 5 des lignes directrices pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche : document technique). L'événement indésirable le plus fréquent était l'arthralgie (10 $\bar{y}$ %), avec des taux similaires entre les groupes anakinra 150 $\bar{y}$ mg et placebo, mais un taux inférieur pour le groupe anakinra 50 $\bar{y}$ mg (3 $\bar{y}$ %). Les maux de tête (10 $\bar{y}$ % contre 1 $\bar{y}$ %), les infections des voies respiratoires supérieures (8 $\bar{y}$ % contre 1 $\bar{y}$ %), les maux de dos (8 $\bar{y}$ % contre 3 $\bar{y}$ %) et les douleurs des extrémités (6 $\bar{y}$ % contre 0 $\bar{y}$ %) sont survenus plus souvent dans le groupe anakinra 150 $\bar{y}$ mg que dans le groupe placebo. Des infections ont été signalées chez 10 $\bar{y}$ % des participants, plus fréquemment pour le groupe anakinra 150 $\bar{y}$ mg, par rapport au groupe anakinra 50 $\bar{y}$ mg ou au groupe placebo.



Intervention	Recommandation	Force de la recommandation	Qualité des preuves
Facteur de croissance anti-nerveux (NGF) – Genou et/ou hanche	Nous suggérons de ne pas proposer le NGF aux personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche.	Conditionnel à la recommandation	Modéré

Qu'est-ce que c'est?

Le NGF est une protéine sécrétoire soluble qui se lie à deux récepteurs de surface cellulaire différents - le récepteur de la neurotrophine de 75 kDa (p75NTR) et le récepteur de la tyrosine kinase spécifique du NGF (TrkA) à haute affinité. Il est essentiel au développement normal des neurones sympathiques et sensoriels qui sont responsables de la nociception et de la sensation de température.<sup>110</sup>

Un anticorps monoclonal humanisé, le tanezumab, a été développé spécifiquement pour empêcher le NGF de se lier à ses récepteurs sur les neurones signalant la douleur. Le fulranumab est un anticorps monoclonal d'immunoglobuline G2 (IgG2) recombinante entièrement humanisé qui neutralise spécifiquement les actions biologiques du NGF humain.

Raisonnement

Les résultats de cinq essais sur le tanezumab et un sur le fasimumab ont révélé un score de douleur et de fonction WOMAC statistiquement significatif inférieur, par rapport aux placebos, avec des différences moyennes standardisées (DMS) regroupées de 0,6 et 0,64 respectivement (annexe 5 de la ligne directrice pour la prise en charge du genou et de la coxarthrose : Document technique). La posologie du tanezumab différait entre les études de phase II et de phase III incluses dans la revue systématique. Il y a eu deux études de phase II sur le tanezumab (Références 3 et 5 dans PICO, 2.8.3 – Knee dans l'Annexe 5 des Lignes directrices pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche : Document technique) qui ont démontré une DMS allant de -0,31 à 0,94 avec cinq différents groupes de doses (10 µg/kg, 25 µg/kg, 50 µg/kg, 100 µg/kg, 200 µg/kg).<sup>109</sup> Les autres études de phase III ont évalué une gamme de doses plus étroite (2,5 mg, 5 mg, 10 mg), et ont signalé une plage proportionnellement plus étroite de SMD de 0,26 à 0,61, qui sont toutes statistiquement significatives par rapport au placebo. Dans l'étude sur le fasimumab, les trois doses de fasimumab ont été associées à des améliorations significatives, par rapport au placebo, de la douleur au genou à la marche et des scores totaux et des sous-échelles WOMAC.

Dans les études sur la hanche incluses, des effets statistiquement significatifs mais moins pertinents sur le plan clinique ont été trouvés sur les scores WOMAC de douleur et de fonction, avec des SMD regroupés de 0,33 et 0,4 respectivement (annexe 5 des lignes directrices pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche; document technique). L'étude (Référence 3 dans PICO, 2.8.3 - Hanche dans l'annexe 5 de la Ligne directrice pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche; document technique) a évalué le fulranumab avec deux fréquences de dosage différentes (1 et 3 µmg toutes les quatre semaines; 3, 6 et 10 mg toutes les huit semaines), montrant une différence numérique par rapport au contrôle actif (oxycodone), bien qu'aucune différenciation n'ait été observée entre la dose de fulranumab et le placebo dans la même étude.

Le groupe de travail a discuté du fait que l'anti-NGF nécessite une prescription hors AMM et est coûteux, ce qui limite son accessibilité et son prix abordable.

nuit

D'après les preuves actuelles, le nombre d'événements indésirables n'était pas significativement différent entre les groupes de traitement et les groupes placebo. Les événements indésirables signalés comprenaient des arthralgies, des céphalées, des infections des voies respiratoires supérieures et des sensations périphériques anormales (par exemple, paresthésie, dysesthésie, hyperesthésie, hypoesthésie). Une méta-analyse de l'innocuité du tanezumab a suggéré que l'utilisation du tanezumab associé à un traitement par anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) entraînait une fréquence plus élevée d'événements indésirables graves que les AINS seuls.<sup>111</sup> que le médicament n'était pas associé à un risque accru d'ostéonécrose, mais était associé à un risque accru d'arthrose rapidement progressive, en particulier chez les personnes recevant des doses plus élevées de tanezumab, tanezumab plus AINS, ou des fractures préexistantes par insuffisance sous-chondrale.<sup>112</sup>

## Recommandation d'intervention

Force de la  
recommandationQualité  
des preuves

Facteur de croissance des fibroblastes (FGF) – Genou et/ou hanche

Nous ne recommandons pas d'offrir le FGF aux personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche.

Fort contre la  
recommandation

Très lent

Qu'est-ce que c'est?

La sprifermine est une version recombinante et tronquée du FGF-18 humain qui se lie au récepteur FGF-3 dans le cartilage et l'active spécifiquement afin de favoriser la prolifération des chondrocytes et la production de matrice cartilagineuse.

Raisonnement

Il existe un essai portant sur 190 participants atteints d'arthrose du genou évaluant les effets de l'injection intra-articulaire de sprifermine en tant que traitement unique et schéma à doses multiples (trois doses de 10, 30 ou 100 µg). Les résultats ont révélé que tous les groupes avaient amélioré les scores de douleur WOMAC, avec une amélioration statistiquement significativement moindre à 12 mois chez les participants recevant la dose de 100 µg de sprifermine, par rapport aux participants recevant un placebo. Aucune relation statistiquement significative entre le groupe de traitement et la réduction de l'épaisseur du cartilage du compartiment fémoro-tibial médian central n'a été observée. Cependant, la sprifermine a été associée à des réductions statistiquement significatives et dépendantes de la dose de la perte d'épaisseur et de volume du cartilage fémorotibial total et latéral, ainsi que de l'élargissement de l'espace articulaire dans le compartiment fémorotibial latéral (annexe 5 de la ligne directrice pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche : Document technique). Les raisons de l'effet apparemment préférentiel sur le compartiment latéral du genou dans les études actuelles et précédentes ne sont pas claires. Dans l'arthrose, l'état du cartilage diffère entre les compartiments fémoro-tibiaux médial et latéral, le compartiment médial étant le plus souvent gravement atteint. Un agent anabolisant agissant sur le cartilage peut être moins efficace dans les tissus gravement endommagés.

Actuellement, la sprifermine est chère et principalement disponible dans les essais de phase II.

Aucun essai n'a étudié les avantages et l'innocuité de la sprifermine chez les personnes atteintes d'arthrose de la hanche. L'utilisation des données sur l'arthrose du genou pour extrapoler à la hanche ou à une autre arthrose nécessite des précautions supplémentaires.

nuît

Selon les résultats de deux essais récents, la proportion globale de participants ayant subi au moins un événement indésirable lié au traitement (TEAE) n'a pas augmenté dans le groupe sprifermine, par rapport au groupe placebo (annexe 5 des lignes directrices pour la prise en charge du genou et coxarthrose : Document technique). L'incidence, la gravité et la nature des EIAT signalés n'ont soulevé aucun problème d'innocuité local ou systémique pour des doses allant jusqu'à 300 µg.<sup>113</sup>

## Recommandation d'intervention

Force de la  
recommandationQualité  
des preuves

Colchicine – Genou et/ou hanche

Nous suggérons de ne pas proposer de colchicine aux personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche.

Conditionnel à la  
recommandation

Très lent

Qu'est-ce que c'est?

La colchicine est un médicament le plus couramment utilisé pour traiter la goutte. C'est un produit naturel toxique et un métabolite secondaire, extrait à l'origine de plantes du genre colchicum. L'hypothèse d'action de la colchicine est qu'elle peut bloquer la dégradation inflammatoire et biochimique des articulations médiée par l'inflammasome. L'utilisation thérapeutique de la colchicine s'est étendue au-delà de l'arthrite goutteuse et de la fièvre méditerranéenne familiale à l'arthrose, la périarthrite et l'athérosclérose.<sup>114</sup>

Raisonnement

Il existe actuellement un manque de preuves de haute qualité soutenant l'utilisation de la colchicine pour le soulagement symptomatique des personnes atteintes d'arthrose du genou. Alors que deux petits essais (un comparant la colchicine à un placebo ; un comparant la combinaison de colchicine et d'un médicament anti-inflammatoire au médicament anti-inflammatoire seul) indiquent que la colchicine peut apporter un soulagement symptomatique (Annexe 5 des Lignes directrices pour la prise en charge des affections du genou et de la hanche arthrose : Document technique), son efficacité et son innocuité restent à prouver. Dans les essais, les participants ayant reçu de la colchicine ont signalé davantage d'effets indésirables gastro-intestinaux, et le rapport bénéfice/risque doit être étudié dans des études plus vastes. Un essai randomisé contrôlé par placebo pour les personnes atteintes d'arthrose du genou qui a commencé le recrutement de 120 participants en juin 2014 à Singapour serait terminé (identifiant : NCT02176460 ; ClinicalTrials.gov), mais les résultats n'ont pas été publiés. Un essai supplémentaire a été identifié lors d'une recherche dans le système d'enregistrement international des essais cliniques (ICTRP) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Cet essai aurait recruté 81 participants entre mars et septembre 2012 en Iran et a été enregistré rétrospectivement en septembre 2015 (IRCT2015071623240N1). Ces résultats n'ont pas non plus été publiés.

Il n'existe actuellement aucun essai portant sur les bénéfices et l'innocuité de la colchicine chez les personnes atteintes d'arthrose de la hanche.

La colchicine n'a actuellement pas d'indication via la Therapeutic Goods Administration (TGA) pour l'arthrose et doit être considérée comme un médicament expérimental uniquement.

nuît

Il n'y a eu aucun événement indésirable significatif dans les essais inclus sur la colchicine. Les événements indésirables les plus fréquemment rapportés avec la colchicine étaient des événements indésirables gastro-intestinaux (par exemple, selles molles, douleur dans l'abdomen), qui étaient généralement légers.

Recommandation d'intervention	Force de la recommandation	Qualité des preuves
<p>Méthotrexate – Genou et/ou hanche</p> <p>Nous suggérons de ne pas proposer de méthotrexate aux personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche.</p>	Conditionnel à la recommandation	Bas
<p>Qu'est-ce que c'est?</p> <p>Le méthotrexate est un agent chimiothérapeutique et un suppresseur du système immunitaire, couramment utilisé pour traiter le cancer et les maladies auto-immunes (par exemple, la polyarthrite rhumatoïde, le psoriasis). Pour le traitement de l'arthrite inflammatoire, plusieurs mécanismes semblent être impliqués, y compris l'inhibition de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>enzymes impliquées dans le métabolisme des purines, conduisant à l'accumulation d'adénosine</li> <li>Activation des lymphocytes T et suppression de l'expression des molécules d'adhésion intercellulaire par les lymphocytes T</li> <li>l'activité méthyltransférase, conduisant à la désactivation de l'activité enzymatique pertinente pour le fonctionnement du système immunitaire.</li> </ul> <p>Raisonnement</p> <p>Il existe des preuves de très faible qualité provenant d'un petit essai de 56 participants qui ont utilisé 7,5 mg de méthotrexate par semaine par rapport à un placebo pour l'arthrose douloureuse du genou, qui n'a pas trouvé de réduction de la douleur à quatre mois (annexe 5 des lignes directrices pour la prise en charge de l'arthrose du genou). coarthrose : Document technique). Une autre étude ouverte a évalué les effets du méthotrexate sur le soulagement de la douleur chez les participants souffrant d'arthrose du genou. À 24 semaines, 13/30 participants (43 %) ont obtenu une réduction <math>\bar{y}</math> 30 % de la douleur sur l'échelle visuelle analogique (EVA), dont sept (23 %) ont obtenu une réduction <math>\bar{y}</math> 50 %. À l'inverse, quatre participants (13 %) ont connu une poussée. Treize des 30 participants (43 %) ont atteint les critères de réponse de l'Osteoarthritis Research Society International.115 Un essai pragmatique de phase III en cours (ISRCTN77854383) a été conçu pour confirmer ces résultats incohérents.</p> <p>En termes de coût et d'accès, le méthotrexate est relativement bon marché et largement disponible. Actuellement, il n'existe aucune preuve directe de l'arthrose de la hanche.</p> <p>Le méthotrexate n'a actuellement pas d'indication via la TGA pour l'arthrose et doit être considéré comme un médicament expérimental uniquement.</p> <p>nuit</p> <p>Les effets secondaires du méthotrexate peuvent inclure des effets secondaires gastro-intestinaux, des anomalies hématologiques et des transaminases hépatiques élevées. Les effets secondaires entraînant l'arrêt du médicament varient en fréquence de 15% à 17%, mais il a été démontré qu'ils diminuent à 4% au cours de la deuxième année de traitement.116,117</p>		

### 3.2.5 Injections intra-articulaires

Recommandation d'intervention	Force de la recommandation	Qualité des preuves
<p>Corticostéroïde injection – Genou et/ ou hanche</p> <p>Il peut être approprié de proposer une injection intra-articulaire de corticostéroïdes à certaines personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche (OA) pour un soulagement de la douleur à court terme. Les cliniciens doivent être prudents quant aux méfaits potentiels d'une utilisation répétée.</p>	Conditionnel pour recommandation	Très lent
<p>Qu'est-ce que c'est?</p> <p>Les corticostéroïdes sont des médicaments qui imitent les effets de l'hormone cortisol, qui est produite naturellement par les glandes surrénales. Le cortisol aide à abaisser les niveaux de prostaglandines et minimise l'interaction entre certains globules blancs impliqués dans la réponse immunitaire. Les injections de corticostéroïdes sont fréquemment utilisées pour le soulagement à court terme des symptômes d'une poussée de symptômes articulaires ou lorsqu'une réduction rapide des symptômes est nécessaire.</p> <p>Raisonnement</p> <p>Les études sur lesquelles la recommandation est basée présentaient un risque sérieux de biais et étaient généralement de petite taille. La qualité globale des preuves a été jugée faible à très faible (annexe 5 des lignes directrices pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche : document technique). Des effets bénéfiques sur la douleur et la fonction du genou ont été démontrés jusqu'à six semaines. Ces résultats n'étaient pas présents lorsque le suivi a été étendu à trois mois.</p> <p>Pour les douleurs de la hanche, les bénéfices cliniques ont été démontrés jusqu'à 12 semaines ; cependant, il y a un manque de données à long terme. De plus, compte tenu de la complexité de l'articulation de la hanche, un guidage par image serait nécessaire, ce qui augmenterait encore les coûts.</p> <p>Le groupe de travail a considéré que les injections intra-articulaires de corticostéroïdes peuvent être utilisées comme complément au traitement de base pour la réduction à court terme de la douleur modérée à sévère chez les personnes souffrant d'arthrose du genou ou de la hanche.</p> <p>nuit</p> <p>Les événements indésirables graves et toxiques n'ont pas augmenté de manière significative par rapport au placebo. Cependant, on s'inquiète d'une perte de cartilage plus rapide avec des injections répétées sans aucun avantage sur les résultats des symptômes à long terme à deux ans, de sorte que ces injections doivent être utilisées judicieusement.118</p>		

Intervention	Recommandation	Force de la recommandation	Qualité des preuves
Injection de viscosupplémentation – Genou et/ou hanche	Nous suggérons de ne pas proposer d'injection de viscosupplémentation aux personnes atteintes d'arthrose du genou et de la hanche.	Conditionnel à la recommandation	Bas
	Nous ne recommandons pas d'offrir une injection de viscosupplémentation aux personnes atteintes d'arthrose de la hanche.	Fort contre la recommandation	

Qu'est-ce que c'est?

L'hyaluronate est un composant naturel du cartilage et du liquide synovial, et responsable des propriétés rhéologiques du liquide synovial, lui permettant d'agir comme un lubrifiant ou un amortisseur. Dans l'arthrose, l'hyaluronate synovial est dépolymérisé et éliminé à des taux plus élevés que la normale. L'objectif thérapeutique de l'administration intra-articulaire d'hyaluronate est de fournir et de maintenir une lubrification intra-articulaire. Cela augmente à son tour les propriétés viscoélastiques du liquide synovial et est parfois appelé «viscosupplémentation». Il a également été rapporté que l'hyaluronate exerce des effets anti-inflammatoires, analgésiques et éventuellement chondroprotecteurs sur le cartilage articulaire et la synovie articulaire.<sup>119</sup>

Raisonnement

Les principales analyses sur lesquelles repose la recommandation ont été considérées comme présentant un risque sérieux de biais, mais le grand nombre d'études analysées impliquait, au total, un grand nombre de participants. Pour la douleur au genou, la fonction et les événements indésirables, la qualité globale des preuves a été jugée modérée. Malgré quelques incohérences dans les conclusions des analyses, un effet positif, bien que faible et non cliniquement pertinent, a été démontré pour la douleur et la fonction.

La recommandation pour l'arthrose de la hanche est basée sur trois petits essais contrôlés randomisés (ECR), qui ont été jugés comme ne présentant pas de risque sérieux de biais (annexe 5 des lignes directrices pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche; document technique).

La qualité globale des preuves a été jugée faible. Aucun effet sur la douleur ni sur la fonction n'a été démontré, et le risque d'événements indésirables totaux et graves et de réactions locales était plus important dans le groupe viscosupplémentation. De plus, pour une injection à la hanche, un guidage par image serait nécessaire, ce qui ajouterait encore à la complexité et au coût. Cependant, le risque accru d'événements indésirables totaux et graves a préoccupé le groupe de travail, et lorsque le coût et la complexité de l'intervention ont été pris en compte, une condition contre recommandation a été convenue.

nuit

Les effets secondaires mineurs comprennent la douleur au site d'injection (1–33 %), la douleur et l'enflure articulaires locales (<1–30 %) et les réactions cutanées locales (3–21 %).<sup>119</sup> Réactions pseudoseptiques (1–3 %), qui se caractérisent par une inflammation et un gonflement de l'articulation qui ne sont pas causés par une infection, peuvent être graves et nécessiter un traitement médical supplémentaire. Ces réactions surviennent généralement après une sensibilisation avec la deuxième ou la troisième injection d'une série, ou avec un cycle de traitement répété. De véritables infections articulaires ont également été signalées, mais elles semblent rares.<sup>120</sup>

Intervention	Recommandation	Force de la recommandation	Qualité des preuves
Plasma riche en plaquettes (PRP) – Genou et/ou hanche	Nous ne pouvons recommander ni pour ni contre l'utilisation de l'injection de PRP pour les personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche.	Recommandation conditionnelle (neutre)	Très lent

Qu'est-ce que c'est?

Le PRP est une concentration autologue d'un nombre élevé de plaquettes dans un petit volume de plasma, et il est préparé par centrifugation du sang. Les plaquettes contiennent des quantités importantes de cytokines et de facteurs de croissance capables de stimuler la croissance cellulaire, la vascularisation, la prolifération, la régénération tissulaire et la synthèse de collagène.

Raisonnement

Les études sur lesquelles se fonde la recommandation présentaient un risque sérieux de biais et d'incohérence, et étaient généralement de petite taille (annexe 5 des Lignes directrices pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche : document technique). La qualité globale des preuves a été jugée très faible. Des effets bénéfiques sur la douleur au genou et sur la fonction des universités Western Ontario et McMaster (WOMAC) ont été démontrés à six mois. Compte tenu du risque de biais de déclaration potentiel et de données de faible qualité, les effets bénéfiques sont susceptibles d'être exagérés. De plus, il n'y a pas de consensus sur la sélection des participants éligibles, le nombre et la fréquence des injections, la technique de préparation ou la concentration plaquettaire appropriée,<sup>121</sup> ce qui entraîne de grandes variations dans la conception des essais PRP.

Aucun ECR n'a été mené dans la coxarthrose. Cependant, lors des discussions du groupe de travail, il a été suggéré que le mécanisme d'action ne devrait pas être différent dans la coxarthrose. Par conséquent, les résultats pourraient être transférables à l'arthrose de la hanche, mais avec une prudence particulière en termes de complexité de l'articulation de la hanche.

Le coût du traitement PRP est élevé et un équipement supplémentaire peut être nécessaire pour la préparation et l'administration.

nuit

Les événements indésirables liés au traitement les plus courants étaient un gonflement local et une douleur régionale transitoire. Le PRP n'a pas augmenté le risque d'événements indésirables, par rapport à l'acide hyaluronique et à la solution saline selon d'autres revues systématiques.<sup>122</sup>

Intervention	Recommandation	Force de la recommandation	Qualité des preuves
Thérapie par cellules souches – Genou et/ou hanche	Nous ne recommandons pas d'offrir une thérapie par cellules souches aux personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche.	Fort contre la recommandation	Très lent
Qu'est-ce que c'est?			
<p>Les cellules souches sont des cellules qui ont la capacité de se diviser et de se développer en de nombreux types de cellules différentes dans le corps, et peuvent être classées comme pluripotentes et multipotentes. Les cellules souches mésenchymateuses (MSC) sont une forme courante de cellules multipotentes qui peuvent offrir une alternative aux techniques de réparation du cartilage qui n'est pas entravée par la disponibilité et la morbidité du site donneur. Les CSM peuvent être isolées du tissu adipeux, de la moelle osseuse, du tissu synovial et d'autres sources.</p>			
Raisonnement			
<p>Les deux études sur lesquelles la recommandation est basée présentaient un risque très sérieux de biais et étaient de petite taille. La qualité globale des preuves a été jugée faible à très faible. Des effets bénéfiques sur la douleur et la fonction ont été démontrés jusqu'à six mois. Les différences entre les groupes rapportées pour la douleur et la fonction semblaient être remarquablement bonnes (annexe 5 de la ligne directrice pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche : document technique). Comme ils s'écartent considérablement de ceux d'autres interventions réussies, la réplication est nécessaire dans de grands ECR de haute qualité avant qu'une recommandation plus favorable puisse être envisagée.</p>			
<p>Conformément à une récente déclaration de position de l' <a href="#">Australian College of Sports and Exercise Physicians</a>, l'administration de cellules souches devrait faire partie d'une étude rigoureusement conçue et la priorité pour la santé et le bien-être individuels.<sup>123</sup></p>			
<p><b>nuit</b></p> <p>Aucun événement indésirable grave n'a été signalé dans ces essais. Deux groupes ont signalé des événements indésirables mineurs, notamment une légère douleur et un épanchement après les injections, qui n'ont pas persisté plus de sept jours.<sup>124,125</sup></p>			

Intervention	Recommandation	Force de la recommandation	Qualité des preuves
Dextrose prolothérapie – Genou et/ou hanche	Nous suggérons de ne pas proposer de prolothérapie au dextrose aux personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche.	Conditionnel contre recommandation	Bas
Qu'est-ce que c'est?			
<p>L'injection hypertonique de dextrose, également appelée prolothérapie, est un traitement par injection utilisé pour une variété de douleurs musculo-squelettiques chroniques douloureuses. Le principe de base de la pratique de la prolothérapie est l'injection de volumes relativement faibles (0,5 à 6 ml) d'une solution irritante, généralement du dextrose hypertonique, au niveau des attaches ligamentaires et tendineuses douloureuses et dans les espaces articulaires adjacents. Les mécanismes hypothétiques de soulagement de la douleur comprennent la stimulation de la cicatrisation locale, la réduction de l'instabilité articulaire par le renforcement des ligaments étirés ou déchirés et la stimulation de la prolifération cellulaire.</p>			
Raisonnement			
<p>La recommandation est basée sur les preuves d'un seul petit ECR de faible qualité. Le risque de biais dans cette étude n'a pas été jugé sérieux. Aucun effet cliniquement significatif n'a été trouvé pour la douleur à 24 et 52 semaines de suivi. Sur le plan fonctionnel, aucun effet cliniquement significatif n'a été trouvé pour la douleur à 24 semaines, mais un effet marginalement significatif a été enregistré à 52 semaines (Annexe 5 de la Recommandation pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche : Document technique). De plus, des ECR de haute qualité avec un faible risque de biais et spécifiquement pour l'arthrose de la hanche sont nécessaires.</p>			
<p>Comme la prolothérapie est relativement bon marché et accessible, elle risque d'être utilisée de manière peu judicieuse. Le groupe de travail a convenu d'une « condition contre recommandation ».</p>			
<p><b>nuit</b></p> <p>L'étude a rapporté des ecchymoses spontanément résolutive après des injections de dextrose (n = 3) et de solution saline (n = 5). Il s'agissait d'un effet indésirable attendu et jugé d'importance clinique minimale en raison de sa nature transitoire. Aucun événement indésirable grave n'a été signalé; cependant, cela peut être dû au fait que la taille de l'échantillon de l'étude n'est pas assez grande pour détecter des événements indésirables peu fréquents.<sup>126</sup></p>			

### 3.3 Thérapies à base de plantes, suppléments et nutraceutiques

L'utilisation de suppléments dans le cadre de la gestion de l'arthrose (OA) est répandue dans la communauté. En général, ceux-ci sont facilement disponibles et relativement peu coûteux (à 30 \$ par mois par supplément). Ces suppléments sont généralement pris sous la forme d'une capsule orale sur une base quotidienne. Comme on peut le voir dans le résumé des données probantes, il existe souvent une hétérogénéité marquée dans les données probantes (annexe 5 de la ligne directrice pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche : document technique).

Les individus doivent être aidés à prendre des décisions éclairées en tenant compte des risques et des avantages potentiels et connus des thérapies qu'ils cherchent à utiliser pour soulager la douleur. Une attention particulière doit être accordée aux informations disponibles et aux allégations de potentiel curatif et d'effets thérapeutiques marqués pouvant être obtenus avec l'utilisation de ces agents. Il est important d'être prudent lorsque vous préconisez ces suppléments; cependant, lorsqu'une personne ressent un bénéfice thérapeutique marqué, ne sous-estimez pas le potentiel d'effets placebo, en particulier si ceux-ci sont sûrs et peu coûteux. Pour les personnes qui sont très enthousiastes à l'idée de prendre des thérapies complémentaires et alternatives (par exemple, des suppléments), il est généralement conseillé de le faire en tenant compte des effets secondaires potentiels et des interactions avec l'utilisation régulière de médicaments, et de les utiliser pendant une période de temps (par exemple, quatre à six semaines) et cesser s'il n'y a aucun avantage gagné.

#### 3.3.1 Thérapies à base de plantes

Recommandation d'intervention	Force de la recommandation	Qualité des preuves
<p>Insaponifiables avocat/soja (ASU) – Genou et/ou hanche</p> <p>Nous ne pouvons pas recommander pour ou contre l'utilisation de l'ASU pour les personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche.</p>	<p>Recommandation conditionnelle (neutre)</p>	<p>Très lent</p>
<p>Qu'est-ce que c'est?</p> <p>Un extrait d'huiles d'avocat et de soja, connu sous le nom d'ASU, est disponible en Australie. La dose habituelle est d'environ 300 mg par jour.</p> <p>Raisonnement</p> <p>La revue Cochrane de 2014 rapporte que l'ASU à 300 mg a produit une amélioration légère et cliniquement discutable des symptômes, et probablement aucune augmentation des événements indésirables, par rapport au placebo après trois à 12 mois de traitement.<sup>127</sup> Dans la nouvelle revue des preuves pour cette ligne directrice, la douleur et la fonction jusqu'à six mois a été améliorée d'environ 0,5 écart-type, et il n'y a eu aucun avantage significatif à plus long terme en termes de douleur ou de fonction. Les études examinant l'utilisation de suppléments sont souvent de faible qualité, limitées par la petite taille des échantillons, le biais de publication de l'industrie et le potentiel de biais de publication positifs.</p> <p>Le groupe de travail a discuté du fait que dans le contexte d'études de qualité faible à très faible, malgré certaines suggestions d'effets bénéfiques, il est prudent de faire preuve de prudence. Le groupe de travail préconise que des recherches supplémentaires soient nécessaires avant qu'une recommandation ferme sur l'ASU puisse être faite.</p> <p><b>nuit</b></p> <p>Dans les données regroupées de cinq essais contrôlés randomisés (ECR) couvrant un suivi de trois mois à trois ans, avec un total de près de 600 participants, il n'y a pas eu d'augmentation significative des événements indésirables par rapport au placebo.</p>		

Recommandation d'intervention		Force de la recommandation	Qualité des preuves
Boswellia serrata extrait – Genou et/ou hanche	Nous ne pouvons pas recommander pour ou contre l'utilisation de Boswellia serrata pour les personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche.	Recommandation conditionnelle (neutre)	Très lent
<p>Qu'est-ce que c'est?</p> <p>Boswellia serrata, également connu sous le nom d'encens indien, est un arbre originaire d'Inde et de la péninsule arabique. La résine de l'encens indien contient des substances qui peuvent diminuer l'inflammation. La dose habituelle est de 100 mg de Boswellia serrata enrichi par jour.</p> <p>Raisonnement</p> <p>Trois petits ECR ont trouvé des avantages significatifs à court terme sur la douleur et la fonction; cependant, ceux-ci sont tous parrainés par la même entreprise, ce qui soulève des inquiétudes quant à un éventuel biais.</p> <p>Le groupe de travail a discuté du fait que, dans le contexte d'études de faible à très faible qualité, malgré les effets bénéfiques potentiels, il est prudent de faire preuve de prudence et de préconiser que des recherches supplémentaires soient nécessaires avant une recommandation ferme sur Boswellia serrata peut être fait.</p> <p><b>nuît</b></p> <p>Il existe des données limitées sur l'innocuité de l'utilisation de Boswellia serrata. Dans deux ECR avec un suivi de 30 à 90 jours regroupés (n = 117), il n'y a pas eu d'augmentation significative des événements indésirables par rapport au placebo (annexe 5 des lignes directrices pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche): document technique).</p>			

Recommandation d'intervention		Force de la recommandation	Qualité des preuves
Curcuma/ curcuminoïde – Genou et/ou hanche	Nous ne sommes pas en mesure de recommander ou de déconseiller l'utilisation du curcuma/curcuminoïde pour les personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche.	Recommandation conditionnelle (neutre)	Bas
<p>Qu'est-ce que c'est?</p> <p>Le curcuma, également connu sous le nom de curcuma, est une épice jaune couramment utilisée. Il n'y a pas suffisamment de recherches pour recommander une dose particulière, et on s'inquiète de la variation de la concentration et de la biodisponibilité du curcuma dans une gamme de produits commercialisés pour l'arthrite. Les produits de curcuma sont facilement disponibles en Australie.</p> <p>Raisonnement</p> <p>Trois petits ECR ont trouvé des avantages significatifs à court terme (c'est-à-dire six à huit semaines) sur la douleur et la fonction ; cependant, ce sont tous des essais parrainés par l'industrie, ce qui soulève des inquiétudes quant à un éventuel biais. De plus, il y avait des incohérences dans les résultats. Toutes les études portaient sur l'arthrose du genou, donc l'extrapolation à la hanche ou à une autre arthrose nécessite des précautions supplémentaires.</p> <p>Le groupe de travail a discuté du fait que dans le contexte d'études de qualité faible à très faible, malgré les effets bénéfiques potentiels, il est prudent de faire preuve de prudence et de préconiser que des recherches supplémentaires soient nécessaires avant qu'une recommandation ferme sur le curcuma puisse être faite.</p> <p><b>nuît</b></p> <p>Il existe des données limitées sur l'innocuité de l'utilisation du curcuma. Dans deux ECR avec un suivi de six à huit semaines combinés (n = 113), il n'y a pas eu d'augmentation significative des événements indésirables graves par rapport au placebo; cependant, il y a eu une augmentation non statistiquement significative des événements indésirables gastro-intestinaux de 15,8 % versus 7,1 % dans le groupe placebo (Annexe 5 de la Ligne directrice pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche : Document technique).</p>			

Recommandation d'intervention		Force de la recommandation	Qualité des preuves
Extrait d'écorce de pin – Genou et/ou hanche	Nous ne pouvons recommander ni pour ni contre l'utilisation de l'extrait d'écorce de pin pour les personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche.	Recommandation conditionnelle (neutre)	Bas (genou) Très bas (hanche)

Qu'est-ce que c'est?

Un extrait d'écorce de pin, *Pinus pinaster* (synonyme *Pinus maritima*). Les doses utilisées dans les ECR examinés étaient de 100 à 150 mg d'extrait d'écorce de pin par jour.

Raisonnement

Trois petits ECR ont trouvé des avantages à court terme sur la douleur et la fonction; cependant, ceux-ci n'ont pas pu être regroupés en raison de l'hétérogénéité et des faiblesses des rapports. Les trois essais étaient parrainés par l'industrie, le plus grand essai présentant un risque de biais très élevé. Les preuves sont basées sur des études sur l'arthrose du genou, donc l'extrapolation à la hanche ou à une autre arthrose nécessite des précautions supplémentaires. Le groupe de travail a discuté du fait que dans le contexte d'études de qualité faible à très faible, malgré les effets bénéfiques potentiels, il est prudent de faire preuve de prudence et de recommander que des recherches supplémentaires soient nécessaires avant une recommandation ferme sur l'utilisation de l'extrait d'écorce de pin.

nuit

Il existe des données limitées sur la sécurité d'utilisation de Pycnogenol®. Dans deux ECR avec un suivi allant jusqu'à trois mois (n = 137), il n'y a pas eu d'augmentation significative des événements indésirables graves par rapport au placebo (annexe 5 des lignes directrices pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche; document technique).

### 3.3.2 Nutraceutiques

Recommandation d'intervention		Force de la recommandation	Qualité des preuves
Glucosamine – Genou et/ou hanche	Nous suggérons de ne pas offrir de glucosamine aux personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche (OA).	Conditionnel contre recommandation	Très bas (genou) Bas de la hanche)

Qu'est-ce que c'est?

La glucosamine est un sucre naturellement produit par le corps et l'un des éléments constitutifs du cartilage. Il se présente sous deux formes - le sulfate de glucosamine et le chlorhydrate, et la dose habituelle est de 1500 mg par jour. Les suppléments de glucosamine sont généralement fabriqués à partir de carapaces de crabe, de homard ou de crevettes, bien que certains suppléments soient fabriqués à partir d'une forme végétale de glucosamine. Ceux-ci sont disponibles sous forme de comprimés ou de liquide, et souvent en association avec la chondroïtine.

Raisonnement

Dans l'ensemble, il existe des preuves de très faible qualité provenant d'un grand nombre d'essais contrôlés randomisés (ECR) qui ont révélé que la glucosamine apporte certains avantages à la douleur à court terme, mais aucun avantage apparent pour la fonction, la qualité de vie ou le rétrécissement de l'espace articulaire. Lorsque les études sont limitées à des essais de meilleure qualité, aucun bénéfice n'est démontré. Il n'y a qu'un seul ECR sur l'effet sur l'arthrose de la hanche, qui n'a pas réussi à démontrer un bénéfice.

Le groupe de travail a discuté des préoccupations dans la littérature concernant les biais de publication, les effets induits par de petits essais parrainés par l'industrie et la mauvaise qualité globale des essais positifs. Les grands essais financés par des fonds publics ne démontrent généralement aucun effet par rapport au placebo. Dans le contexte de données d'essais de haute qualité qui ne suggèrent aucun effet, le groupe de travail a décidé d'une contre-recommandation conditionnelle pour accroître la prise de conscience des avantages peu probables de la glucosamine et de la chondroïtine. Cette discussion a eu lieu dans le contexte des coûts associés à l'utilisation continue de suppléments, des priorités de traitement concurrentes où cela pourrait être prioritaire par rapport à des interventions plus efficaces, et de l'influence possible de la commercialisation directe des suppléments. Si quelqu'un qui prend de la glucosamine ou de la chondroïtine ressent un bénéfice symptomatique marqué à la suite de sa consommation, il convient de ne pas décourager les effets placebo pouvant découler de l'utilisation de ces suppléments.

nuit

Dans l'ensemble, il y avait un faible risque d'effets indésirables signalés dans les essais. L'allergie aux fruits de mer et les interactions avec la warfarine et le diabète sont préoccupantes, et les essais ont probablement exclu les participants atteints de ces affections plus soigneusement que la pratique habituelle (annexe 5 de la ligne directrice pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche; document technique).



Recommandation d'intervention	Force de la recommandation	Qualité des preuves
Chondroïtine – Genou et/ou hanche	Conditionnel à la recommandation	Très lent

Qu'est-ce que c'est?

La chondroïtine est un composant des tissus conjonctifs et des os, qui est censé aider à attirer l'eau et les nutriments dans le cartilage, le gardant spongieux et sain. La chondroïtine est disponible sous forme de suppléments de sulfate de chondroïtine, fabriqués à partir de cartilage bovin (vache) ou de requin. La dose habituelle est de 800 à 1200 mg par jour sous forme de comprimé, de gélule ou de poudre.

Raisonnement

Il existe un grand nombre d'essais sur l'utilisation de la chondroïtine (annexe 5 de la Ligne directrice pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche : document technique), dont au moins sept sont parrainés par l'industrie. Lorsque les 16 études sont regroupées, il existe un effet cliniquement et statistiquement significatif sur la douleur et la fonction à court terme (jusqu'à trois mois), qui diminue jusqu'à devenir cliniquement non significatif de six à 12 mois, et aucun effet n'est démontré à 24 mois. Cependant, lorsque l'analyse est limitée à des études de meilleure qualité ou sans parrainage de l'industrie, aucun bénéfice n'est démontré.

Il existe certains avantages à moyen terme à long terme (12 à 24 mois) sur le rétrécissement de l'espace articulaire, mais ceux-ci ne sont pas cliniquement significatifs (annexe 5 de la ligne directrice pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche : document technique). Les études portent toutes sur des participants souffrant d'arthrose du genou. Par conséquent, l'extrapolation à l'arthrose de la hanche ou d'autres articulations nécessite une plus grande prudence.

Le groupe de travail a discuté des préoccupations dans la littérature concernant les biais de publication, les effets induits par de petits essais parrainés par l'industrie et la mauvaise qualité globale des essais positifs. Dans le contexte de données d'essais de haute qualité qui ne suggèrent aucun effet, le groupe de travail a décidé d'une contre-recommandation conditionnelle pour accroître la prise de conscience du bénéfice improbable d'une utilisation généralisée de la glucosamine et de la chondroïtine. Cette discussion a eu lieu dans le contexte des coûts associés à l'utilisation continue de suppléments, des priorités de traitement concurrentes où cela pourrait être prioritaire par rapport à des interventions plus efficaces, et de l'utilisation actuelle en conséquence du marketing direct aux consommateurs qui peut être incompatible avec les preuves scientifiques. Si quelqu'un qui prend de la glucosamine ou de la chondroïtine ressent un bénéfice symptomatique marqué à la suite de sa consommation, il convient de ne pas décourager les effets placebo pouvant découler de l'utilisation de ces suppléments.

nuit

Les données regroupées de six essais avec plus de 17000 participants ont révélé que le risque d'événements indésirables est comparable à celui d'un placebo.

Recommandation d'intervention	Force de la recommandation	Qualité des preuves
Glucosamine et chondroïtine sous forme composée – Genou et/ou hanche	Conditionnel à la recommandation	Très lent

Qu'est-ce que c'est?

La glucosamine et la chondroïtine sont souvent commercialisées en combinaison aux mêmes doses que les composants individuels. Il ne semble pas y avoir d'interaction synergique médicamenteuse bénéfique.

Raisonnement

Avec la mise en commun (si possible) des résultats des neuf ECR disponibles, aucun bénéfice pour la douleur, la fonction ou le rétrécissement de l'espace articulaire n'a été démontré. Les participants à tous les essais souffraient d'arthrose du genou, donc l'extrapolation à l'arthrose de la hanche nécessite des précautions supplémentaires (annexe 5 des lignes directrices pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche; document technique).

Le groupe de travail a discuté des préoccupations dans la littérature concernant les biais de publication, les effets induits par de petits essais parrainés par l'industrie et la mauvaise qualité globale des essais positifs. Dans le contexte de données d'essais de haute qualité qui ne suggèrent aucun effet, le groupe de travail a décidé d'une contre-recommandation conditionnelle pour accroître la prise de conscience du bénéfice improbable d'une utilisation généralisée de la glucosamine et de la chondroïtine. Cette discussion a eu lieu dans le contexte des coûts associés à l'utilisation continue de suppléments, des priorités de traitement concurrentes où cela pourrait être prioritaire par rapport à des interventions plus efficaces, et de l'utilisation actuelle en raison de la commercialisation directe aux consommateurs qui peut être incompatible avec les preuves scientifiques. Si quelqu'un qui prend de la glucosamine ou de la chondroïtine ressent un bénéfice symptomatique marqué à la suite de sa consommation, il convient de ne pas décourager les effets placebo pouvant découler de l'utilisation de ces suppléments.

nuit

Comme pour les composants individuels, les taux rapportés d'événements indésirables étaient similaires à ceux du placebo.

## Recommandation d'intervention

## Force de la recommandation

## Qualité des preuves

Vitamine D - Genou et/ou hanche	Nous suggérons de ne pas proposer de vitamine D aux personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche.	Conditionnel à la recommandation	Bas (genou) Très bas (hanche)
------------------------------------	---	----------------------------------	----------------------------------

Qu'est-ce que c'est?

La vitamine D est une hormone qui contrôle les niveaux de calcium dans le sang, ce qui est crucial pour le développement des os, du cartilage et des muscles.

Une supplémentation orale en vitamine D est facilement disponible. Dans les études analysées, une dose quotidienne de 800 à 2 000 UI ou une dose mensuelle de 50 000 à 60 000 UI ont été utilisées.

Raisonnement

Il y avait quatre ECR (d'une durée de un à trois ans), tous sans risque sérieux de biais. Cependant, il y avait de très graves résultats incohérents, conduisant à des preuves de faible qualité. Lorsqu'ils sont combinés, il y a une suggestion d'un effet favorable, statistiquement significatif mais n'atteignant pas ce qui était considéré comme une signification clinique (différence moyenne standardisée [SMD] > 0,4). Les résultats pour la fonction étaient similaires aux estimations de l'effet. Il n'y avait aucune preuve d'effets structuraux favorables sur le volume du cartilage ou le rétrécissement de l'espace articulaire. Notamment, une étude portant sur des participants carencés en vitamine D n'a pas non plus démontré d'effets bénéfiques cliniquement significatifs (annexe 5 des lignes directrices pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche : document technique).

Les participants à toutes les études souffraient d'arthrose du genou, donc l'extrapolation à l'arthrose de la hanche ou d'autres articulations nécessite des précautions supplémentaires.

nuit

La vitamine D est relativement sûre; cependant, il y a une augmentation non statistiquement significative de l'hypercalciurie. Il n'y a pas d'effet clinique ou de problème de sécurité.

## Recommandation d'intervention

## Force de la recommandation

## Qualité des preuves

Oméga-3 gras acides – Genou et/ou hanche	Nous suggérons de ne pas offrir d'acides gras oméga-3 aux personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche.	Conditionnel contre recommandation	Très lent
--	---	------------------------------------	-----------

Qu'est-ce que c'est?

Les acides gras polyinsaturés oméga-3 sont principalement produits par les organismes marins (ex. huile de poisson entier, phoque, moules). Ceci est largement disponible et l'utilisation varie généralement selon la région et la maladie (la dose habituelle est de 1 à 2 g / jour).

Raisonnement

Les données regroupées de cinq ECR (15 à 26 semaines) n'ont démontré aucun avantage sur la douleur et la fonction chez les personnes atteintes d'arthrose de la hanche et du genou. Trois études ont reçu au moins un risque élevé de biais. La plupart des essais utilisaient de l'huile marine provenant de poissons entiers, mais certains utilisaient de l'huile de foie de morue et des extraits de moules. Une grande hétérogénéité était attendue de la mise en commun de différentes sources d'acides gras oméga-3 et de mesures au sein de chaque critère de jugement (annexe 5 des lignes directrices pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche): document technique).

Le type optimal d'acides gras oméga-3 n'a pas pu être établi dans l'arthrose car seuls quelques essais incluaient de l'huile marine provenant de sources autres que le poisson entier. Il existe de fortes variations dans les doses d'acide eicosapentaénoïque (EPA); 0,01 à 1,7 g/jour) et les doses d'acide docosahexaénoïque (DHA); 0,01 à 1,10 g/jour).

Un essai contrôlé qui n'a pas été inclus n'a trouvé aucun avantage supplémentaire de l'huile de poisson à forte dose (4,5 g/jour), par rapport à l'huile de poisson à faible dose (0,45 g/jour).

nuit

Les effets secondaires sont généralement mineurs et peu fréquents.

Intervention	Recommandation	Force de la recommandation	Qualité des preuves
Collagène – Genou et/ou hanche	Nous ne pouvons recommander ni pour ni contre l'utilisation de collagène pour les personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche.	Recommandation conditionnelle (neutre)	Bas (genou) Très bas (hanche)

Qu'est-ce que c'est?

Il existe de nombreux types de collagène et de dérivés apparentés au collagène, qui peuvent être extraits du cartilage de poulet, de la peau de porc et de l'os bovin. Ceux-ci sont parfois disponibles sous forme hydrolysée pour faciliter l'absorption et la distribution dans les tissus articulaires. Les recherches sont insuffisantes pour recommander une dose particulière.

Raisonnement

Les résultats regroupés de six études ont révélé des avantages cliniques à court terme (13 à 26 semaines) sur la douleur ; cependant, il y a eu de très graves résultats incohérents entre les études (annexe 5 de la ligne directrice pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche : document technique). Les données disponibles de quatre études n'ont trouvé aucun effet sur la fonction. Toutes les études ont été menées dans l'arthrose du genou, donc l'extrapolation à la hanche ou à une autre arthrose nécessite des précautions supplémentaires.

Le groupe de travail a discuté des préoccupations dans la littérature concernant les biais de publication, les effets étant principalement dus aux essais parrainés par l'industrie et la mauvaise qualité globale des essais positifs.

nuît

L'utilisation de collagène est relativement sûre ; cependant, il y a une augmentation non statistiquement significative des événements gastro-intestinaux indésirables.

Intervention	Recommandation	Force de la recommandation	Qualité des preuves
Méthylsulfonylméthane (MSM) – Genou et/ou hanche	Nous ne pouvons recommander ni pour ni contre l'utilisation de MSM pour les personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche.	Conditionnel (neutre) recommandation	Très lent

Qu'est-ce que c'est?

Le MSM est une molécule organosoufrée qui peut être synthétisée commercialement à partir de diméthylsulfoxyde (DMSO). Le DMSO est un solvant piquant qui a été utilisé comme application pour soulager la douleur des articulations arthritiques. Le MSM a l'avantage d'être inodore et peut être facilement pris par voie orale sous forme de pilule ou de poudre. La posologie optimale de MSM n'est pas connue, mais 1 à 2 g deux fois par jour est souvent proposé en pratique clinique.

Raisonnement

Il existe trois essais avec des durées d'étude courtes (12 à 13 semaines), et les données regroupées ont trouvé des avantages statistiquement et cliniquement significatifs dans la douleur. Des effets encore plus importants ont été trouvés dans la fonction, mais avec des résultats incohérents très graves et une grande hétérogénéité entre les études. Un essai présentait un risque élevé de biais en raison d'une technique de randomisation inappropriée ; tandis que l'autre présentait un biais de déclaration potentiel (annexe 5 de la Ligne directrice pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche : document technique). Les doses dans les essais variaient de 1,5 à 6 g/jour pendant 12 semaines. Toutes les études ont été menées dans l'arthrose du genou, donc l'extrapolation à la hanche ou à d'autres sites d'arthrose nécessite des précautions supplémentaires.

Le groupe de travail a discuté des préoccupations dans la littérature concernant les biais de publication, les effets étant principalement dus aux essais parrainés par l'industrie et la mauvaise qualité globale des essais positifs.

nuît

L'utilisation de MSM pour l'arthrose est relativement sûre. Des effets secondaires mineurs ont été enregistrés, notamment des événements indésirables gastro-intestinaux, de la fatigue et des maux de tête ; cependant, ceux-ci n'étaient pas statistiquement significatifs par rapport au placebo.

Intervention	Recommandation	Force de la recommandation	Qualité des preuves
Diacéréine – Genou et/ou hanche	Nous suggérons de ne pas proposer de diacéréine aux personnes souffrant d'arthrose du genou et/ou de la hanche.	Conditionnel à la recommandation	Très lent

Qu'est-ce que c'est?

La diacéréine est un composé purifié à structure anthraquinonique qui interfère avec l'interleukine-1 pro-inflammatoire (IL-1) et la sécrétion des métalloprotéinases, sans affecter la synthèse des prostaglandines. Il est largement disponible sur ordonnance en Europe, mais pas disponible en Australie. La dose utilisée dans les essais était de 50 mg deux fois par jour.

Raisonnement

Cinq essais ont été inclus, avec des durées allant de huit semaines à 12 mois, tous présentant un risque élevé de biais en raison de la faible dissimulation de l'attribution et de la génération de séquences aléatoires. Des preuves de très faible qualité provenant de quatre essais ont indiqué un petit bénéfice clinique sur la réduction de la douleur. Les données de cinq essais ont indiqué des effets statistiquement significatifs sur la fonction, mais cela n'a pas atteint le seuil cliniquement significatif. L'analyse d'une étude n'a démontré aucun avantage à réduire le rétrécissement de l'interligne articulaire (annexe 5 de la ligne directrice pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche : document technique).

Le groupe de travail a discuté des préoccupations dans la littérature concernant les biais de publication, les effets étant principalement dus aux essais parrainés par l'industrie et la mauvaise qualité globale des essais positifs.

Une recherche sur les sites Web réglementaires a révélé une recommandation du comité pour l'évaluation des risques en matière de pharmacovigilance (PRAC) de l'Agence européenne des médicaments (EMA) selon laquelle l'autorisation de mise sur le marché de la diacéréine devrait être suspendue dans toute l'Europe en raison de ses effets nocifs (en particulier le risque de diarrhée sévère et d'effets potentiellement nocifs sur le foie) l'emportant sur les avantages. Cependant, ces orientations ne sont pas définitives car la recommandation du PRAC sera réexaminée.

Toutes les études ont été menées dans l'arthrose du genou, donc l'extrapolation à la hanche ou à d'autres sites d'arthrose nécessite des précautions supplémentaires.

nuit

Les événements indésirables ont été significativement augmentés après l'utilisation de la diacéréine, principalement la diarrhée (risque relatif [RR]: 3,50; intervalle de confiance [IC] à 95%: 1,95, 6,27). Il y a une augmentation des éruptions cutanées, mais la différence entre les groupes n'était pas significative.

### 3.4 Interventions chirurgicales

Intervention	Recommandation	Force de la recommandation	Qualité des preuves
Arthroscopie, lavage et débridement, ménisectomie et réparation du cartilage – Le genou	Nous ne recommandons pas de proposer une arthroscopie, un lavage et un débridement, une ménisectomie et une réparation du cartilage aux personnes souffrant d'arthrose du genou (OA) à moins que la personne ne présente également des symptômes mécaniques d'un genou cliniquement verrouillé, conformément à la «déclaration de position sur l'arthroscopie» de l'Australian Knee Society.	Fort contre la recommandation	Très faible (lavage et débridement) Bas (ménisectomie) Très faible (réparation du cartilage)

#### Qu'est-ce que c'est?

La chirurgie arthroscopique chez les personnes atteintes d'arthrose du genou est largement disponible et se produit fréquemment. Il permet au chirurgien de visualiser l'espace articulaire intérieur. Le lavage articulaire arthroscopique utilise une irrigation saline pour éliminer les matières particulaires (par exemple, fragments de cartilage, cristaux de calcium). Dans le débridement arthroscopique, où des instruments chirurgicaux sont utilisés pour lisser les surfaces articulaires rugueuses. Les objectifs du lavage et du débridement arthroscopiques sont de diminuer la synovite et d'améliorer le mouvement articulaire. La ménisectomie arthroscopique est une intervention chirurgicale ambulatoire peu invasive utilisée pour traiter une déchirure du cartilage ménisque du genou.

#### Raisonnement

Il existe des preuves de très faible qualité indiquant qu'il n'y a aucun bénéfice apparent en termes de douleur, de fonction ou de qualité de vie (annexe 5 des lignes directrices pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche : document technique) pour le lavage articulaire, le débridement et la ménisectomie chez les réglage de l'arthrose du genou. L'arthroscopie est plus fréquente dans les hôpitaux privés que dans les hôpitaux publics. Il est important de noter que les taux d'arthroscopie dans l'arthrose du genou ont diminué au cours des dernières années.

Dans le cadre d'une intervention où il existe un bénéfice discutabile, des coûts mesurables et des préjudices potentiellement graves, le groupe de travail déconseille fortement l'utilisation de l'arthroscopie pour le lavage et le débridement dans le cadre de la gonarthrose.

Déclaration de position de l'Australian Orthopaedic Association et de la Knee Society ([www.kneesociety.org.au/resources/aks\\_arthroscopy-position-statement.pdf](http://www.kneesociety.org.au/resources/aks_arthroscopy-position-statement.pdf)) déclare fermement que l'arthroscopie n'est pas indiquée pour le traitement de l'arthrose du genou. Dans le cas peu fréquent où l'exercice ne parvient pas à libérer le genou bloqué, une arthroscopie peut être indiquée.

#### nuit

Les effets secondaires des chirurgies arthroscopiques peuvent inclure une douleur et un gonflement locaux, une infection, un drainage prolongé du site chirurgical, des saignements dans l'articulation et une thrombophlébite. Il est également associé à un certain nombre de méfaits potentiels, notamment la thrombose veineuse profonde, le remplacement prématuré d'une articulation et, rarement, l'embolie pulmonaire et la mort.

## Références

- Institut australien de la santé et du bien-être. Analyse AIHW des microdonnées ABSy: Enquête nationale sur la santé 2014-2015. Canberra: AIHW, 2015.
- Cross M, Smith E, Hoy D, et al. Le fardeau mondial de la hanche et arthrose du genou : estimations de l'étude 2010 sur la charge mondiale de morbidité. *Ann Rheum Dis* 2014;73(7):1323–30.
- Kassebaum NJ, Arora M, Barber RM, et al. Années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY) mondiales, régionales et nationales pour 315 maladies et blessures et espérance de vie en bonne santé (EVAS), 1990-2013: une analyse systématique pour l'étude sur la charge mondiale de morbidité 2015. *Lancet* 2015;388(10053):1603–58.
- Hunter DJ, Schofield D, Callander E. L'individu et impact socio-économique de l'arthrose. *Nat Rev Rheumatol [Perspective]* 2014;10(7):437–41.
- Arthrite Australie. Comptez les coûts et économisez : Le fardeau actuel et futur de l'arthrite. Sydney: Arthrite Australie, 2016.
- Arthrite Australie. Il est temps de bouger: l'arthrose. Sydney: Arthrite Australie, 2014.
- Britt H, Miller G, Henderson J, et al. Activité de médecine générale en Australie 2015-2016. Série de médecine générale no. 40. Sydney: presse universitaire de Sydney, 2016.
- Le Collège royal australien des médecins généralistes. Ligne directrice pour la prise en charge non chirurgicale de l'arthrose de la hanche et du genou. Melbourne Sud, VIC: RACGP, 2009.
- Mackenbach JP. Inégalités socioéconomiques de santé dans les pays à revenu élevé : les faits et les options. Dans : Detels R, Gulliford M, Karim QA, Tan CC, éditeurs. Manuel d'Oxford de santé publique mondiale. 6e éd. Oxford: Oxford Presse universitaire, 2015.
- Brennan-Olsen SL, Cook S, Leech MT, et al. Prévalence de l'arthrite selon l'âge, le sexe et le statut socio-économique dans six pays à revenu faible ou intermédiaire: analyse des données de l'étude de l'Organisation mondiale de la santé sur le vieillissement mondial et la santé des adultes (SAGE) Wave1. *BMC Musculoskelet Disord* 2017;18(1): 271.
- Institut australien de la santé et du bien-être. La santé de l'Australie 2016. Chat. non. AUS 199. Canberra: AIHW, 2016.
- Brimblecombe JK, O'Dea K. Le rôle du coût de l'énergie dans les choix alimentaires d'une population aborigène du nord de l'Australie. *Med J Aust* 2009;190(10):549–51.
- Lo YT, Chang YH, Lee MS, Wahlqvist ML. Santé et nutrition économie: les coûts de l'alimentation sont associés à la qualité de l'alimentation. *Asie-Pacifique J Clin Nutr* 2009;18(4):598–604.
- Sommer I, Griebler U, Mahlknecht P, et al. Inégalités socioéconomiques dans les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque : un aperçu des revues systématiques. *Santé publique BMC* 2015;15(1):914.
- Institut australien de la santé et du bien-être. Arthrite et autres conditions musculo-squelettiques. Canberra: AIHW, 2017.
- Bureau australien des statistiques. 4704.0 – La santé et bien-être des peuples aborigènes d'Australie et insulaires du détroit de Torres, octobre 2010. Canberra : ABS, 2010.
- Le Collège royal australien des médecins généralistes. Lignes directrices pour les activités de prévention en médecine générale. 9e éd. Melbourne Est, VIC: RACGP, 2016.
- Abbott P, Reath J, Gordon E, et al. Médecin généraliste évaluation par le superviseur et formation des registraires consultant des patients autochtones – La compétence culturelle est-elle adéquatement prise en compte? *BMC Med Educ* 2014;14(1):167.
- Conseil des communautés ethniques de Victoria. Un investissement pas un dépense : Améliorer la littératie en santé dans les communautés culturellement et linguistiquement diverses. Carlton, Vic: Conseil des communautés ethniques de Victoria, 2012.
- Institut national pour l'excellence de la santé et des soins. Arthrose : soins et prise en charge. Londres : NICE, 2014.
- Lim AY, Doherty M. Qu'en est-il des lignes directrices pour l'arthrose? *Int J Rheum Dis* 2011;14(2):136–44.
- Turk DC, Rudy TE, Sorkin BA. Sujets négligés dans la douleur chronique études sur les résultats du traitement: détermination du succès. *Douleur* 1993;53(1):3–16.
- Williamson A, Hoggart B. Douleur: Un examen de trois échelles d'évaluation de la douleur couramment utilisées. *J Clin Nurs* 2005;14(7):798–804.
- Bellamy N, Buchanan WW, Goldsmith CH, Campbell J, Stitt LW. Étude de validation de WOMAC : Un instrument d'état de santé pour mesurer les résultats cliniquement importants pour le patient d'un traitement médicamenteux antirhumatismal chez les patients souffrant d'arthrose de la hanche ou du genou. *J Rheumatol* 1988;15(12):1833–40.
- Roos EM, Roos HP, Lohmander LS, Ekdahl C, Beynon BD. Score de résultat des blessures au genou et de l'arthrose (KOOS) - Développement d'une mesure de résultat auto-administrée. *J Orthop Sports Phys Ther* 1998;28(2):88–96.
- Nilsdotter AK, Lohmander LS, Klassbo M, Roos EM. Hip Disability and Osteoarthritis Outcome Score (HOOS) – Validité et réactivité du remplacement total de la hanche. *BMC Musculoskelet Disord* 2003;4(1):10.
- Dobson F, Hinman RS, Roos EM, et al. OARSI recommandé tests basés sur la performance pour évaluer la fonction physique chez les personnes diagnostiquées avec une arthrose de la hanche ou du genou. *Arthrose Cartilage* 2013;21(8):1042–52.
- Sakellariou G, Conaghan PG, Zhang W, et al. Recommandations EULAR pour l'utilisation de l'imagerie dans la prise en charge clinique de l'arthrose articulaire périphérique. *Ann Rheum Dis* 2017;76(9):1484–94.
- Altman R, Asch E, Bloch D, et al. Élaboration de critères pour la classification et la déclaration de l'arthrose : Classification de l'arthrose du genou. Comité des critères diagnostiques et thérapeutiques de l'American Rheumatism Association. *Arthritis Rheum* 1986;29(8):1039–49.
- Altman RD, Hochberg M, Murphy WA Jr, Wolfe F, Lequesne M. Atlas des caractéristiques radiographiques individuelles dans l'arthrose. *Osteoarthritis Cartilage* 1995;3 Suppl A:3–70.
- Zhang W, Doherty M, Peat G, et al. Recommandations EULAR fondées sur des preuves pour le diagnostic de l'arthrose du genou. *Ann Rheum Dis* 2010;69(3):483–89.
- Altman R, Alarcon G, Appelrouth D, et al. Critères de l'American College of Rheumatology pour la classification et la déclaration de l'arthrose de la hanche. *Arthritis Rheum* 1991;34(5):505–14.

33. Guermazi A, Niu J, Hayashi D, et al. La prévalence de anomalies des genoux détectées par IRM chez des adultes sans arthrose du genou: étude observationnelle basée sur la population (Framingham Osteoarthritis Study). *BMJ* 2012;345:e5339.
34. Bedson J, Croft PR. La discordance entre la clinique et radiographie de l'arthrose du genou: une recherche systématique et un résumé de la littérature. *BMC Musculoskelet Disord* 2008;9:116.
35. Kim C, Nevitt MC, Niu J, et al. Association de la douleur de la hanche avec des preuves radiographiques de l'arthrose de la hanche: étude de test de diagnostic. *BMJ* 2015;351:h5983.
36. Ang DC, Ibrahim SA, Burant CJ, Kwok CK, Y a t-il différence dans la perception des symptômes entre les Afro-Américains et les Blancs souffrant d'arthrose ? *J Rheumatol* 2003;30(6): 1305–10.
37. Bruyère O, Honoré A, Rovati LC, et al. Caractéristiques radiologiques prédisent mal les résultats cliniques de l'arthrose du genou. *Scand J Rheumatol* 2002;31(1):13–16.
38. Lethbridge-Cejku M, Scott WW, Jr, Reichle R, et al. Association des caractéristiques radiographiques de l'arthrose du genou avec la douleur au genou: données de l'étude longitudinale Baltimore sur le vieillissement. *Arthritis Care Res* 1995;8(3):182–88.
39. Bhattacharyya T, Gale D, Dewire P, et al. La clinique importance des déchirures méniscales démontrées par l'imagerie par résonance magnétique dans l'arthrose du genou. *J Bone Joint Surg Am* 2003;85(1):4–9.
40. Englund M, Guermazi A, Gale D, et al. Découvertes accidentelles du ménisque à l'IRM du genou chez les personnes d'âge moyen et les personnes âgées. *N Engl J Med* 2008;359(11):1108–15.
41. Marque C, Hunter D, Hinman R, March L, Osborne R, Bennell K. Améliorer les soins pour les personnes souffrant d'arthrose de la hanche et du genou: comment la politique nationale en matière d'arthrose a-t-elle été traduite en modèles de services en Australie? *Int J Rheum Dis* 2011;14(2):181–90.
42. McAlindon TE, Bannuru RR, Sullivan M, et al. Lignes directrices de l'OARSI pour la prise en charge non chirurgicale de l'arthrose du genou. *Arthrose Cartilage* 2014;22(3):363–88.
43. Kroon FP, van der Burg LR, Buchbinder R, Osborne RH, Johnston RV, Pitt V. Programmes d'éducation à l'autogestion de l'arthrose. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;15(1):CD008963.
44. SD français, Bennell KL, Nicolson PJ, Hodges PW, Dobson FL, Hinman RS. Que doivent savoir les personnes souffrant d'arthrose du genou ou de la hanche? Une liste de consensus internationale d'énoncés essentiels pour l'arthrose. *Res soins de l'arthrite* 2015;67(6):809–16.
45. Hill J, Bird H. Connaissances et idées fausses des patients de l'arthrose évaluée par un questionnaire de connaissances validé à remplir soi-même (PKQ-OA). *Rhumatologie (Oxford)* 2007;46(5):796–800.
46. Higashi H, Barendregt JJ. Rapport coût-efficacité des arthroplasties totales de la hanche et du genou pour la population australienne souffrant d'arthrose: modèle de simulation à événements discrets. *PLoS One* 2011;6(9):e25403.
47. Ruiz Jr D, Koenig L, Dall TM, et al. Le direct et l'indirect coûts pour la société du traitement de l'arthrose du genou en phase terminale. *J Bone Joint Surg Am* 2013;95(16):1473–80.
48. Culliford DJ, Maskell J, Kiran A, et al. Le risque à vie of total hip and knee arthroplasty: Results from the UK general practice research database. *Arthrose Cartilage* 2012;20(6):519–24.
49. Cobos R, Latorre A, Aizpuru F, et al. Variabilité des critères d'indication des prothèses de genou et de hanche : une étude observationnelle. *BMC Musculoskelet Disord* 2010;11(1):249.
50. Dowsey M, Nikpour M, Dieppe P, Choong P. Associations entre les modifications radiographiques préopératoires et les résultats après une arthroplastie totale du genou pour arthrose. *Arthrose Cartilage* 2012;20(10):1095–102.
51. Dowsey MM, Nikpour M, Dieppe P, Choong PF. Associations entre la gravité de l'arthrose radiographique préopératoire et la douleur et la fonction après prothèse totale de hanche. *Clin Rheumatol* 2016;35(1):183–89.
52. Dowsey MM, Spelman T, Choong PF. Développement d'un nomogramme pronostique pour prédire la probabilité de non-réponse à l'arthroplastie totale du genou 1 an après la chirurgie. *J Arthroplasty* 2016;31(8):1654–60.
53. Kehlet H, Thienpont E. Arthroplastie accélérée du genou - Statut et défis futurs. *Genou* 2013;20 Suppl 1:S29–33.
54. Bjorkul K, Novicoff WM, Saleh KJ. Évaluation des comorbidités en prothèse totale de hanche et de genou : Instruments disponibles. *J Orthop Traumatol* 2010;11(4):203–9.
55. Ageberg E, Nilsson A, Kosek E, Roos EM. Les effets de entraînement neuromusculaire (NEMEX-TJR) sur les résultats rapportés par les patients et la fonction physique dans l'arthrose primaire sévère de la hanche ou du genou: une étude contrôlée avant-après. *BMC Musculoskelet Disord* 2013;14(1):232.
56. Villadsen A, Overgaard S, Holsgaard-Larsen A, Christensen R, Roos EM. Efficacité immédiate de l'exercice neuromusculaire chez les patients souffrant d'arthrose sévère de la hanche ou du genou: une analyse secondaire d'un essai contrôlé randomisé. *J Rheumatol* 2014;41(7):1385–94.
57. Singh JA, Lewallen D. Prédicteurs de la douleur et utilisation de la douleur médicaments après prothèse totale de hanche (PTH) primaire : 5 707 PTH à 2 ans et 3 289 PTH à 5 ans. *BMC Musculoskelet Disord* 2010;11(1):90.
58. Wylde V, Hewlett S, Learmonth ID, Dieppe P. Douleur persistante après remplacement articulaire: prévalence, qualités sensorielles et déterminants postopératoires. *Douleur* 2011;152(3):566–72.
59. Stacey D, Legare F, Lewis K, et al. Aides à la décision pour les personnes confrontées à des décisions de traitement ou de dépistage. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;4:CD001431.
60. Elwyn G, O'Connor A, Stacey D, et al. International Collaboration aux normes d'aide à la décision des patients (IPDAS). Élaboration d'un cadre de critères de qualité pour l'aide à la décision des patients: processus de consensus Delphi international en ligne. *BMJ* 2006;333(7565):417–19.
61. de Achaval S, Fraenkel L, Volk RJ, Cox V, Suarez-Almazor ME. Impact des aides à la décision éducatives et des patients sur le conflit décisionnel associé à l'arthroplastie totale du genou. *Arthritis Care Res* 2012;64(2):229–37.
62. Fraenkel L, Ravidou N, Wittink D, Fried T. prise de décision pour les patients souffrant de douleurs au genou. *J Rheumatol* 2007;34(9):1894–98.
63. Coleman K, Norris S, Weston A, et al. Niveaux de preuve et notes supplémentaires du NHMRC pour les recommandations destinées aux développeurs de lignes directrices. *Canberra: NHMRC*, 2009.

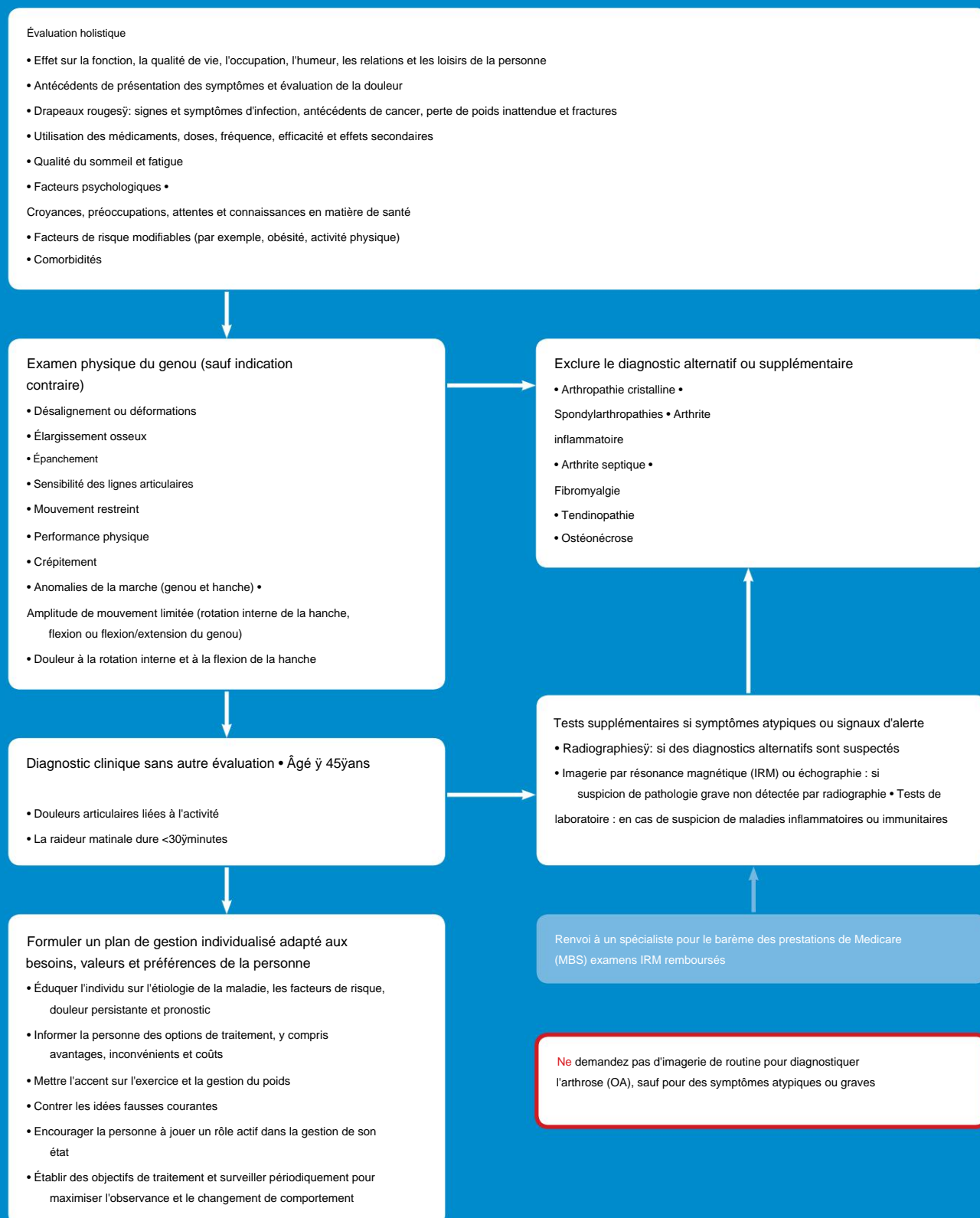
64. Higgins JP, Altman DG, Gotzsche PC, et al. L'outil de la Cochrane Collaboration pour évaluer le risque de biais dans les essais randomisés. *BMJ* 2011;343:d5928.
65. Mantel N, Haenszel W. Aspects statistiques de l'analyse des données d'études rétrospectives sur la maladie. *J Natl Cancer Inst* 1959;22(4):719–48.
66. DerSimonian R, Laird N. Méta-analyse dans les essais cliniques. *Control Clin Trials* 1986;7(3):177–88.
67. GRADEpro G. GRADEpro GDT : Directive GRADEpro Outil de développement [Logiciel]. Université McMaster, 2015 (développé par Evidence Prime, Inc.). Disponible sur <https://grade.pro.org> [Consulté le 19 juin 2018].
68. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, et al. GRADE : Un consensus émergent sur l'évaluation de la qualité des preuves et de la force des recommandations. *BMJ* 2008;336(7650):924–26.
69. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, et al. Lignes directrices GRADE 6. Évaluation de la qualité des preuves - imprécision. *J Clin Epidemiol* 2011;64(12):1283–93.
70. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, et al. Directives GRADEy: 8. Évaluation de la qualité des preuves – Indirectivité. *J Clin Epidemiol* 2011;64(12):1303–10.
71. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, et al. Directives GRADEy: 7. Évaluation de la qualité des preuves – Incohérence. *J Clin Epidemiol* 2011;64(12):1294–302.
72. Guyatt GH, Oxman AD, Vist G, et al. Directives GRADEy: 4. Évaluation de la qualité des preuves – Limites de l'étude (risque de biais). *J Clin Epidemiol* 2011 avril;64(4):407–15.
73. Guyatt G, Oxman AD, Sultan S, et al. Directives GRADEy: 11. Établir une note globale de confiance dans les estimations d'effet pour un seul résultat et pour tous les résultats. *J Clin Epidemiol* 2013;66(2):151–57.
74. Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, et al. Directives GRADEy: 14. Passer des preuves aux recommandations : la signification et la présentation des recommandations. *J Clin Epidemiol* 2013 Jul;66(7):719–25.
75. Andrews JC, Schunemann HJ, Oxman AD, et al. Directives GRADE : 15. Passer des preuves aux déterminants de la recommandation de l'orientation et de la force d'une recommandation. *J Clin Epidemiol* 2013;66(7):726–35.
76. Jaeschke R, Guyatt GH, Dellinger P, et al. Utilisation de GRADE grille pour prendre des décisions sur les lignes directrices de pratique clinique lorsque le consensus est insaisissable. *BMJ* 2008;337:a744.
77. O'Moore KA, Newby JM, Andrews G, et al. Thérapie cognitivo-comportementale sur Internet pour la dépression chez les personnes âgées souffrant d'arthrose du genou: un essai contrôlé randomisé. *Res Soins de l'arthrite* 2017;70(1):61–70.
78. Broderick JE, Keefe FJ, Schneider S, et al. Cognitif la thérapie comportementale de la douleur chronique est efficace, mais pour qui ? *Douleur* 2016;157(9):2115–23.
79. Cher BF, Gandy M, Karin E, et al. Le cours de la douleur: A essai contrôlé randomisé examinant un programme de gestion de la douleur fourni par Internet lorsqu'il est fourni avec différents niveaux de soutien clinicien. *Douleur* 2015;156(10):1920–35.
80. Quicke JG, Foster NE, Thomas MJ, Holden MA. C'est long terme d'activité physique sans danger pour les personnes âgées souffrant de douleurs au genou? Une revue systématique. *Arthrose Cartilage* 2015;23(9):1445–56.
81. Atukorala I, Makovey J, Lawler L, Messier SP, Bennell K, DJ chasseur. Existe-t-il une relation dose-réponse entre la perte de poids et l'amélioration des symptômes chez les personnes souffrant d'arthrose du genou? *Arthritis Care Res* 2016;68(8):1106–14.
82. Messier SP, Mihalko SL, Legault C, et al. Effets d'un régime alimentaire intensif et de l'exercice sur les charges articulaires du genou, l'inflammation et les résultats cliniques chez les adultes en surpoids et obèses souffrant d'arthrose du genou: l'essai clinique randomisé IDEA. *JAMA* 2013;310(12):1263–73.
83. Conseil national de la santé et de la recherche médicale. Clinique directives de pratique pour la gestion du surpoids et de l'obésité chez les adultes, les adolescents et les enfants en Australie. Melbourne: NHMRC, 2013.
84. Gouvernement du Queensland. Queensland Health 2014y: Matériel d'éducation nutritionnelle en ligne – Utilisation de l'indice de masse corporelle. Disponible sur [www.health.qld.gov.au/nutrition/resources/hphe\\_usingbmi.pdf](http://www.health.qld.gov.au/nutrition/resources/hphe_usingbmi.pdf) [Consulté le 25 avril 2018].
85. Hunter GR, Plaisance EP, Fisher G. Perte de poids et densité minérale osseuse. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes* 2014;21(5):358–62.
86. Cardoso JS, Riley JL, Glover T, et al. Douleur expérimentale phénotypage chez les personnes vivant dans la communauté atteintes d'arthrose du genou. *Douleur* 2016;157(9):2104–14.
87. Moss P, Knight E, Wright A. Sujets avec genou l'arthrose présente une hyperalgésie généralisée à la pression et au froid. *PLoS One* 2016;11(1):e0147526.
88. Erhart JC, Dyrby CO, D'Lima DD, Colwell CW, Andriacchi TP. Les modifications de la charge du genou in vivo avec une chaussure d'intervention à rigidité variable sont en corrélation avec les modifications du moment d'adduction du genou. *J Orthop Res* 2010;28(12):1548–53.
89. Trombini-Souza F, Kimura A, Ribeiro AP, et al. Peu coûteux les chaussures diminuent la charge articulaire chez les femmes âgées souffrant d'arthrose du genou. *Gait Posture* 2011;34(1):126–30.
90. Bennell KL, Kean CO, Wrigley TV, Hinman RS. Effets d'une chaussure modifiée sur la charge du genou chez les personnes avec et sans arthrose du genou. *Arthritis Rheum* 2011;63(3):701–9.
91. Radzinski AO, Mundermann A, Sole G. Effet des chaussures sur le moment d'adduction externe du genou - Une revue systématique. *Genou* 2012;19(3):163–75.
92. Crossley KM, Marino GP, MacLiquham MD, Schache AG, Hinman RS. La bande rotulienne peut-elle réduire le désalignement rotulien et la douleur associée à l'arthrose fémoro-patellaire? *Arthritis Rheum* 2009;61(12):1719–25.
93. Hinman RS, Bennell KL, Crossley KM, McConnell J. Effets immédiats du ruban adhésif sur la douleur et l'invalidité chez les personnes souffrant d'arthrose du genou. *Rhumatologie* 2003;42(7):865–69.
94. Stelian J, Gil I, Habot B, et al. Amélioration de la douleur et handicap chez les patients âgés atteints d'arthrose dégénérative du genou traités par luminothérapie à bande étroite. *J Am Geriatr Soc* 1992;40(1):23–26.
95. Machado GC, Maher CG, Ferreira PH, et al. Efficacité et innocuité du paracétamol pour les douleurs rachidiennes et l'arthrose: revue systématique et méta-analyse d'essais randomisés contrôlés par placebo. *BMJ* 2015;350:h1225.
96. Roberts E, Delgado Nunes V, Buckner S, et al. Paracétamol : Pas aussi sûr qu'on le pensait ? Une revue systématique de la littérature des études observationnelles. *Ann Rheum Dis* 2016;75(3):552–59.



97. Crofford LJ. Utilisation des AINS dans le traitement des patients souffrant d'arthrite. *Arthritis Res Ther* 2013;15 Suppl 3(Suppl 3):S2.
98. Kaplovitch E, Gomes T, Camacho X, Dhalla IA, Mamdani MM, Juurlink DN. Différences entre les sexes dans l'escalade de dose et la mort par surdose au cours d'un traitement chronique aux opioïdes: une étude de cohorte basée sur la population. *PLoS One* 2015;10(8):e0134550.
99. Vithlani RH, Baranidharan G. Opioïdes transdermiques pour la gestion de la douleur cancéreuse. *Rev Pain* 2010;4(2):8–13.
100. Simon LS, Grierson LM, Naseer Z, Bookman AA, Zev Shainhouse J. Efficacité et sécurité du diclofénac topique contenant du diméthylsulfoxyde (DMSO) par rapport à celles du placebo topique, du véhicule DMSO et du diclofénac oral pour l'arthrose du genou. *Doubleur* 2009;143(3):238–45.
101. Guedes V, Castro JP, Brito I. Capsaïcine topique pour la douleur dans l'arthrose: Une revue de la littérature. *Reumatol Clin* 2016;14(1):40–45.
102. Laslett LL, Jones G. Capsaïcine pour la douleur arthrosique. *Prog Drug Res* 2014;68:277–91.
103. Brown JP, Boulay LJ. Expérience clinique avec la duloxétine dans la prise en charge des douleurs musculo-squelettiques chroniques. *Zoom sur l'arthrose du genou. Ther Adv Musculoskelet Dis* 2013;5(6):291–304.
104. Smith Jr GN, Mickler EA, Hasty KA, Brandt KD. Spécificité de l'inhibition de l'activité de la métalloprotéinase matricielle par la doxycycline : Relation avec la structure de l'enzyme. *Arthritis Rheum* 1999;42(6):1140–46.
105. Davis AJ, Smith TO, Hing CB, Sofat N. Les bisphosphonates sont-ils efficaces dans le traitement de la douleur arthrosique ? Une méta-analyse et une revue systématique. *PLoS One* 2013;8(9):e72714.
106. Manicourt D, Devogelaer J, Azria M, Silverman S. Justification de l'utilisation potentielle de la calcitonine dans l'arthrose. *J Musculoskelet Neuronal Interact* 2005;5(3):285–93.
107. Agence européenne des médicaments. Ligne directrice sur l'investigation clinique des médicaments utilisés dans le traitement de l'arthrose. Londres: EMA, 2010.
108. Dinarello CA, Simon A, van der Meer JW. Traiter l'inflammation en bloquant l'interleukine-1 dans un large éventail de maladies. *Nat Rev Drug Discov* 2012;11(8):633–52.
109. Cohen SB, Proudman S, Kivitz AJ, et al. Un randomisé, étude en double aveugle de l'AMG 108 (un anticorps monoclonal entièrement humain dirigé contre l'IL-1R1) chez des patients souffrant d'arthrose du genou. *Arthritis Res Ther* 2011;13(4):R125.
110. Lane NE, Corr M. Arthrose en 2016 : Traitements anti-NGF contre la douleur – Deux pas en avant, un pas en arrière ? *Nat Rev Rheumatol* 2017;13(2):76–78.
111. Schnitzer TJ, Marks JA. Une revue systématique de l'efficacité et de l'innocuité générale des anticorps dirigés contre le NGF dans le traitement de l'arthrose de la hanche ou du genou. *Osteoarthritis Cartilage* 2015;23 Suppl 1:S8–17.
112. Hochberg MC, Tive LA, Abramson SB, et al. Quand est ostéonécrose pas ostéonécrose? Adjudication des événements articulaires indésirables graves signalés dans le cadre du programme de développement clinique du tanezumab. *Arthritis Rheumatol* 2016;68(2):382–91.
113. Dahlberg LE, Aydemir A, Muurahainen N, et al. Une première étude chez l'homme, en double aveugle, randomisée, contrôlée par placebo, à dose croissante de rhFGF18 intra-articulaire (sprifermine) chez des patients atteints d'arthrose avancée du genou. *Clin Exp Rheumatol* 2016;34(3):445–50.
114. Leung YY, Yao Hui LL, Kraus VB. Colchicine – Mise à jour sur mécanismes d'action et utilisations thérapeutiques. *Semin Arthritis Rheum* 2015;45(3):341–50.
115. Wenham CY, Grainger AJ, Hensor EM, Caperon AR, Ash ZR, Conaghan PG. Méthotrexate pour le soulagement de la douleur dans l'arthrose du genou: une étude en ouvert. *Rhumatologie* 2013;52(5):888–92.
116. Salaffi F, Carotti M, Sartini A, Cervini C. Une étude prospective de l'efficacité et de la toxicité à long terme du méthotrexate à faible dose dans la polyarthrite rhumatoïde. *Clin Exp Rheumatol* 1995;13(1):23–28.
117. Schnabel A, Herlyn K, Burchardi C, Reinhold-Keller E, Gross WL. Tolérance à long terme du méthotrexate à des doses supérieures à 15 mg par semaine dans la polyarthrite rhumatoïde. *Rheumatol Int* 1996;15(5):195–200.
118. McAlindon TE, LaValley MP, Harvey WF, et al. Effet de l'intra triamcinolone articulaire vs solution saline sur le volume et la douleur du cartilage du genou chez les patients souffrant d'arthrose du genou: un essai clinique randomisé. *JAMA* 2017;317(19):1967–75.
119. Chasseur DJ. Viscosupplémentation pour l'arthrose du genou. *N Engl J Med* 2015;372(11):1040–47.
120. Albert C, Brocq O, Gérard D, Roux C, Euler-Ziegler L. Arthrite septique du genou après injection intra-articulaire d'hyaluronate. Deux rapports de cas. *Joint Bone Spine* 2006;73(2):205–7.
121. Chang KV, Hung CY, Aliwarga F, Wang TG, Han DS, Chen WS. Efficacité comparative des injections de plasma riche en plaquettes pour le traitement de la pathologie dégénérative du cartilage de l'articulation du genou: une revue systématique et une méta-analyse. *Arch Phys Med Rehabil* 2014;95(3):562–75.
122. Dai WL, Zhou AG, Zhang H, Zhang J. Efficacy of platelet-rich plasma dans le traitement de l'arthrose du genou: une méta-analyse d'essais contrôlés randomisés. *Arthroscopie* 2017;33(3):659–70.
123. Osborne H, Anderson L, Burt P, Young M, Gerrard D. Déclaration de position de l'Australasian College of Sports Physicians: La place des thérapies par cellules souches/stromales mésenchymateuses dans la médecine du sport et de l'exercice. *Br J Sports Med* 2016;50(20):1237–44.
124. Centeno CJ, Busse D, Kisiday J, Keohan C, Freeman M, Karli D. Augmentation du volume du cartilage du genou dans les maladies articulaires dégénératives à l'aide de cellules souches mésenchymateuses autologues implantées par voie percutanée. *Médecin de la douleur* 2008;11(3):343–53.
125. Vega A, Martin-Ferrero MA, Del Canto F, et al. Traitement de l'arthrose du genou avec cellules souches mésenchymateuses allogéniques de la moelle osseuse: un essai contrôlé randomisé. *Transplantation* 2015;99(8):1681–90.
126. Rabago D, Patterson JJ, Mundt M, et al. Dextrose prolothérapie pour l'arthrose du genou: un essai contrôlé randomisé. *Ann Fam Med* 2013;11(3):229–37.
127. Cameron M, Chrusasik S. Thérapies orales à base de plantes pour le traitement de l'arthrose. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;22(5):CD002947.

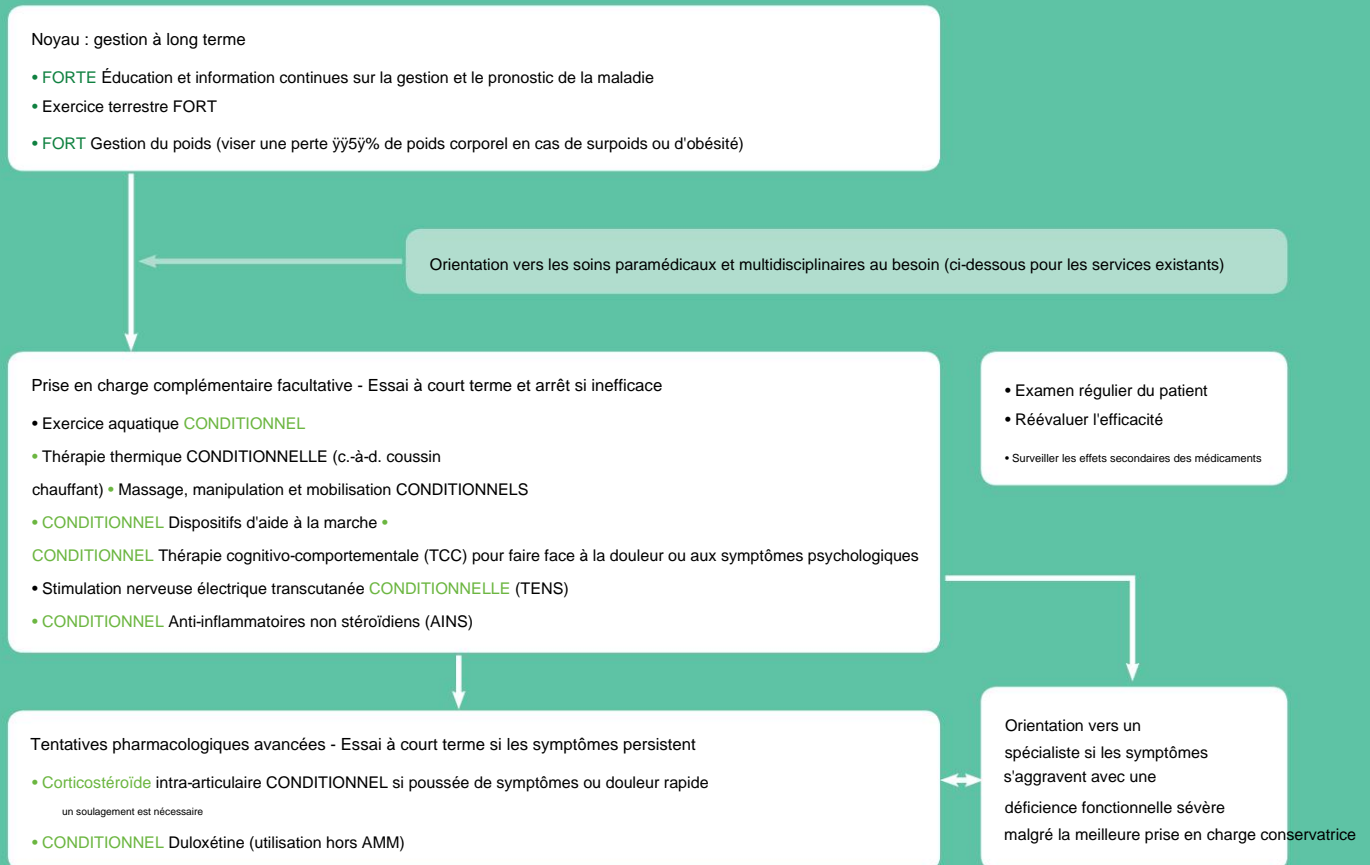
## Annexe 1. Algorithme – Évaluation holistique, diagnostic et prise en charge de l'arthrose du genou et/ou de la hanche

### Évaluation et diagnostic



## La gestion

### Prise en charge non chirurgicale de l'arthrose du genou et/ou de la hanche



### Prise en charge chirurgicale de l'arthrose du genou et/ou de la hanche

Envisager une chirurgie de remplacement articulaire pour une maladie grave lorsque toutes les options conservatrices ont échoué

- Effectuer une radiographie pour confirmer la gravité de la maladie
- Orientation vers un chirurgien orthopédique

**Ne pas référer** pour des procédures arthroscopiques à moins que le patient ait également un véritable verrouillage mécanique

Pour des services détaillés et des informations de prescription

- Victoria Osteoarthritis Hip and Knee Service ([www2.health.vic.gov.au/hospitals-and-health-services/patient-care/specialist-clinics/osteoarthritis-service-hanche-genou](http://www2.health.vic.gov.au/hospitals-and-health-services/patient-care/specialist-clinics/osteoarthritis-service-hanche-genou))
- Programme de soins chroniques de l'arthrose NSW ([www.aci.health.nsw.gov.au/resources/musculoskeletal](http://www.aci.health.nsw.gov.au/resources/musculoskeletal))
- Services de gestion de la douleur NSW ([www.health.nsw.gov.au/pharmaceutical/doctors/Pages/pain-management-services.aspx](http://www.health.nsw.gov.au/pharmaceutical/doctors/Pages/pain-management-services.aspx))
- Obtenez un service sain ([www.gethealthynsw.com.au](http://www.gethealthynsw.com.au))

## Annexe 2. PICO

### Questions PICO (patient/population/problème, intervention, comparaison/contrôle, résultat)

Les questions PICO sont numérotées conformément aux tableaux de données GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) pertinents de l'annexe 5 des Lignes directrices pour la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche : document technique.

### Questions PICO pour l'arthrose du genou

#### Section 1. Interventions non pharmacologiques (37 questions)

- 1.1. Quels sont les avantages et les inconvénients des programmes d'éducation à l'autogestion dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou (OA)?
- 1.2. Quels sont les avantages et les inconvénients des aides à la décision dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou? – exclus
- 1.3. Quels sont les avantages et les inconvénients de la thérapie cognitivo-comportementale dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?
- 1.4. Quels sont les avantages et les inconvénients de tous les exercices terrestres dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?
- 1.5. Forme spécifique d'exercice terrestre
  - 1.5.1. Quels sont les avantages et les inconvénients du renforcement musculaire dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?
  - 1.5.2. Quels sont les avantages et les inconvénients de la marche dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?
  - 1.5.3. Quels sont les avantages et les inconvénients du vélo stationnaire dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?
  - 1.5.4. Quels sont les avantages et les inconvénients du Tai Chi dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?
  - 1.5.5. Quels sont les avantages et les inconvénients du Hatha yoga dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?
- 1.6. Quels sont les avantages et les inconvénients de l'exercice aquatique/de l'hydrothérapie dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?
- 1.7. Thérapie manuelle
  - 1.7.1. Quels sont les avantages et les inconvénients du massage dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?
  - 1.7.2. Quels sont les avantages et les inconvénients de la manipulation et de la mobilisation dans la prise en charge des patients atteints de  
arthrose du genou?
- 1.8. Quels sont les avantages et les inconvénients de la gestion du poids dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?
- 1.9. Thermothérapie
  - 1.9.1. Quels sont les avantages et les inconvénients de l'application chaude locale dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?
  - 1.9.2. Quels sont les avantages et les inconvénients de l'application locale de froid dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?
- 1.10. Orthèses
  - 1.10.1. Quels sont les avantages et les inconvénients des attelles de déchargement/réalignement en varus dans la prise en charge des patients  
avec arthrose du genou?
  - 1.10.2. Quels sont les avantages et les inconvénients des orthèses de déchargement/réalignement en valgus dans la prise en charge des  
patients atteints d'arthrose du genou?
  - 1.10.3. Quels sont les avantages et les inconvénients du réalignement des orthèses fémoro-patellaires dans la prise en charge des patients atteints de  
arthrose du genou?

#### 1.11. Semelles

- 1.11.1. Quels sont les avantages et les inconvénients des semelles intérieures compensées médiales dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?
- 1.11.2. Quels sont les avantages et les inconvénients des semelles intérieures compensées latérales dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?
- 1.11.3. Quels sont les avantages et les inconvénients des semelles absorbant les chocs dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?
- 1.11.4. Quels sont les avantages et les inconvénients des supports plantaires dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?

#### 1.12. Chaussures

- 1.12.1. Quels sont les avantages et les inconvénients du déchargement des chaussures dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?
- 1.12.2. Quels sont les avantages et les inconvénients des chaussures minimalistes dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?
- 1.12.3. Quels sont les avantages et les inconvénients des chaussures à semelle à bascule dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?

#### 1.13. Enregistrement

- 1.13.1. Quels sont les avantages et les inconvénients du kinesio taping dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?
- 1.13.2. Quels sont les avantages et les inconvénients du bandage rotulien dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?

#### 1.14. Quels sont les avantages et les inconvénients de la canne/bâton de marche dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?

#### 1.15. Thérapie électromagnétique

- 1.15.1. Quels sont les avantages et les inconvénients de la thérapie électromagnétique pulsée/ondes courtes dans la prise en charge des patients souffrant d'arthrose du genou?
- 1.15.2. Quels sont les avantages et les inconvénients de la thérapie par ondes de choc dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?

#### 1.16. Stimulation électrique

- 1.16.1. Quels sont les avantages et les inconvénients de la stimulation nerveuse électrique transcutanée (TENS) dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?
- 1.16.2. Quels sont les avantages et les inconvénients des courants inférentiels dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?

#### 1.17. Quels sont les avantages et les inconvénients de l'échographie dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?

#### 1.18. Quels sont les avantages et les inconvénients du laser dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?

#### 1.19. Acupuncture

- 1.19.1. Quels sont les avantages et les inconvénients de l'acupuncture traditionnelle avec stimulation manuelle dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?
- 1.19.2. Quels sont les avantages et les inconvénients de l'acupuncture au laser dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?
- 1.19.3. Quels sont les avantages et les inconvénients de l'électroacupuncture dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?

## Section 2. Interventions pharmacologiques (35 questions)

### 2.1. Analgésiques oraux

- 2.1.1. Quels sont les avantages et les inconvénients du paracétamol oral dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?
- 2.1.2. Quels sont les avantages et les inconvénients des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) oraux, y compris inhibiteurs de la cyclooxygénase-2 (COX-2) dans la prise en charge des patients atteints de gonarthrose ?
- 2.1.3. Quels sont les avantages et les inconvénients des opioïdes oraux dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?

### 2.2. Analgésiques topiques

- 2.2.1. Quels sont les avantages et les inconvénients des AINS topiques dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?
- 2.2.2. Quels sont les avantages et les inconvénients des opioïdes transdermiques dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?
- 2.2.3. Quels sont les avantages et les inconvénients de la capsaïcine topique dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?

### 2.3. Thérapies à base de plantes

- 2.3.1. Quels sont les avantages et les inconvénients des insaponifiables d'avocat/soja (ASU) dans la gestion des patients souffrant d'arthrose du genou?
- 2.3.2. Quels sont les avantages et les inconvénients de *Boswellia serrata* dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?
- 2.3.3. Quels sont les avantages et les inconvénients du curcuma dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?
- 2.3.4. Quels sont les avantages et les inconvénients du pycnogénol dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?

### 2.4. Nutraceutiques

- 2.4.1. Quels sont les avantages et les inconvénients de la glucosamine dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?
  - 2.4.2. Quels sont les avantages et les inconvénients de la chondroïtine dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?
  - 2.4.3. Quels sont les avantages et les inconvénients de la glucosamine et de la chondroïtine sous forme composée dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?
  - 2.4.4. Quels sont les avantages et les inconvénients de la vitamine D dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?
  - 2.4.5. Quels sont les avantages et les inconvénients des acides gras polyinsaturés (oméga-3/6) dans la prise en charge des patients souffrant d'arthrose du genou?
  - 2.4.6. Quels sont les avantages et les inconvénients des préparations de collagène dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?
  - 2.4.7. Quels sont les avantages et les inconvénients du méthylsulfonylméthane dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?
  - 2.4.8. Quels sont les avantages et les inconvénients de la diacéréine dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?
- 2.5. Quels sont les avantages et les inconvénients de la duloxétine dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?
- 2.6. Quels sont les avantages et les inconvénients de la doxycycline dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?

### 2.7. Médicaments anti-ostéoporose (anti-résorption osseuse)

- 2.7.1. Quels sont les avantages et les inconvénients des bisphosphonates dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?
- 2.7.2. Quels sont les avantages et les inconvénients de la calcitonine dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?
- 2.7.3. Quels sont les avantages et les inconvénients du ranélate de strontium dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?

### 2.8. Médicaments expérimentaux modificateurs de la maladie (DMOAD) (modification symptomatique ou inflammatoire)

- 2.8.1. Quels sont les avantages et les inconvénients des inhibiteurs de l'interleukine-1 (IL-1) dans la prise en charge des patients atteints de  
arthrose du genou?
- 2.8.2. Quels sont les avantages et les inconvénients des inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale alpha (TNF-alpha) dans le  
prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?
- 2.8.3. Quels sont les avantages et les inconvénients de la thérapie anti-facteur de croissance nerveuse (NGF) dans la prise en charge des patients atteints  
d'arthrose du genou?
- 2.8.4. Quels sont les avantages et les inconvénients de la thérapie par facteur de croissance des fibroblastes (FGF) dans la prise en charge des patients  
avec arthrose du genou?
- 2.8.5. Quels sont les avantages et les inconvénients de la colchicine dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?
- 2.8.6. Quels sont les avantages et les inconvénients du méthotrexate dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?
- 2.8.7. Quels sont les avantages et les inconvénients des statines dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou? – exclus

### 2.9. Injections intra-articulaires

- 2.9.1. Quels sont les avantages et les inconvénients des corticostéroïdes dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?
- 2.9.2. Quels sont les avantages et les inconvénients de la viscosupplémentation dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?
- 2.9.3. Quels sont les avantages et les inconvénients du plasma riche en plaquettes (PRP) dans la prise en charge des patients atteints de  
arthrose du genou?
- 2.9.4. Quels sont les avantages et les inconvénients de la thérapie par cellules souches dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?
- 2.9.5. Quels sont les avantages et les inconvénients de la prolothérapie au dextrose dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?

### Section 3. Interventions chirurgicales (hors arthroplastie) (trois questions)

- 3.1. Quels sont les avantages et les inconvénients des interventions de lavage et de débridement arthroscopiques dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?
- 3.2. Quels sont les avantages et les inconvénients des interventions de ménisectomie arthroscopique dans la prise en charge des patients avec arthrose du genou?
- 3.3. Quels sont les avantages et les inconvénients des procédures arthroscopiques pour les interventions de réparation du cartilage dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou?

### Section 4. Thérapies combinées (quatre questions)

- 4.1. Quels sont les avantages et les inconvénients des interventions combinées de gestion du poids et d'exercice par rapport faire de l'exercice chez les patients souffrant d'arthrose du genou?
- 4.2. Quels sont les avantages et les inconvénients des interventions combinées de gestion du poids et d'exercice par rapport à la gestion du poids chez les patients atteints d'arthrose du genou?
- 4.3. Quels sont les avantages et les inconvénients de l'exercice combiné et des interventions cognitivo-comportementales par rapport faire de l'exercice chez les patients souffrant d'arthrose du genou?
- 4.4. Quels sont les avantages et les inconvénients de l'exercice combiné et des interventions cognitivo-comportementales par rapport aux interventions cognitivo-comportementales chez les patients atteints d'arthrose du genou?

### Questions PICO pour l'arthrose de la hanche

#### Section 1. Interventions non pharmacologiques (25 questions)

- 1.1. Quels sont les avantages et les inconvénients des programmes d'éducation à l'autogestion dans la prise en charge des patients avec arthrose de la hanche?
- 1.2. Quels sont les avantages et les inconvénients des aides à la décision dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche? – exclus
- 1.3. Quels sont les avantages et les inconvénients de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) dans la prise en charge des patients atteints de arthrose de la hanche?
- 1.4. Quels sont les avantages et les inconvénients de tous les exercices terrestres dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche?
- 1.5. Forme spécifique d'exercice terrestre
  - 1.5.1. Quels sont les avantages et les inconvénients du renforcement musculaire dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche?
  - 1.5.2. Quels sont les avantages et les inconvénients de la marche dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche?
  - 1.5.3. Quels sont les avantages et les inconvénients du vélo stationnaire dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche?
  - 1.5.4. Quels sont les avantages et les inconvénients du Tai Chi dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche?
  - 1.5.5. Quels sont les avantages et les inconvénients du Hatha yoga dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche?
- 1.6. Quels sont les avantages et les inconvénients des exercices aquatiques/hydrothérapie dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche?
- 1.7. Thérapie manuelle
  - 1.7.1. Quels sont les avantages et les inconvénients du massage dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche?
  - 1.7.2. Quels sont les avantages et les inconvénients de la manipulation et de la mobilisation dans la prise en charge des patients atteints de arthrose de la hanche?
- 1.8. Quels sont les avantages et les inconvénients de la gestion du poids dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche?
- 1.9. Thémothérapie
  - 1.9.1. Quels sont les avantages et les inconvénients de l'application chaude locale dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche?
  - 1.9.2. Quels sont les avantages et les inconvénients de l'application locale de froid dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche?

- 1.10. Quels sont les avantages et les inconvénients des orthèses de hanche dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche?
- 1.11. Quels sont les avantages et les inconvénients du kinésio taping dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche?
- 1.12. Quels sont les avantages et les inconvénients de la canne/bâton de marche dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche?
- 1.13. Thérapie électromagnétique
- 1.13.1. Quels sont les avantages et les inconvénients de la thérapie électromagnétique pulsée/ondes courtes dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche?
- 1.13.2. Quels sont les avantages et les inconvénients de la thérapie par ondes de choc dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche?
- 1.14. Stimulation électrique
- 1.14.1. Quels sont les avantages et les inconvénients de la TENS dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche?
- 1.14.2. Quels sont les avantages et les inconvénients des courants inférentiels dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche?
- 1.15. Quels sont les avantages et les inconvénients de l'échographie thérapeutique dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche?
- 1.16. Quels sont les avantages et les inconvénients du laser dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche?
- 1.17. Quels sont les avantages et les inconvénients de l'acupuncture dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche?

## Section 2. Interventions pharmacologiques (35 questions)

### 2.1. Analgésiques oraux

- 2.1.1. Quels sont les avantages et les inconvénients du paracétamol dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche?
- 2.1.2. Quels sont les avantages et les inconvénients des AINS oraux, y compris les inhibiteurs de la COX-2, dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche?
- 2.1.3. Quels sont les avantages et les inconvénients des opioïdes oraux dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche?

### 2.2. Analgésiques topiques

- 2.2.1. Quels sont les avantages et les inconvénients des AINS topiques dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche?
- 2.2.2. Quels sont les avantages et les inconvénients des opioïdes transdermiques dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche?
- 2.2.3. Quels sont les avantages et les inconvénients de la capsaïcine topique dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche?

### 2.3. Thérapies à base de plantes

- 2.4.1. Quels sont les avantages et les inconvénients de l'ASU dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche?
- 2.4.2. Quels sont les avantages et les inconvénients de Boswellia serrata dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche?
- 2.4.3. Quels sont les avantages et les inconvénients du curcuma dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche?
- 2.4.4. Quels sont les avantages et les inconvénients du pycnogénol dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche?

### 2.4. Nutraceutiques

- 2.4.1. Quels sont les avantages et les inconvénients de la glucosamine dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche?
- 2.4.2. Quels sont les avantages et les inconvénients de la chondroïtine dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche?
- 2.4.3. Quels sont les avantages et les inconvénients de la glucosamine et de la chondroïtine sous forme composée dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche?
- 2.4.4. Quels sont les avantages et les inconvénients de la vitamine D dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche?
- 2.4.5. Quels sont les avantages et les inconvénients des acides gras polyinsaturés (oméga-3/6) dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche?
- 2.4.6. Quels sont les avantages et les inconvénients des préparations de collagène dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche?
- 2.4.7. Quels sont les avantages et les inconvénients du méthylsulfonylméthane (MSM) dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche?
- 2.4.8. Quels sont les avantages et les inconvénients de la diacéréine dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche?



- 2.5. Quels sont les avantages et les inconvénients de la duloxétine dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche?
- 2.6. Quels sont les avantages et les inconvénients de la doxycycline dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche?
- 2.7. Médicaments anti-ostéoporose (anti-résorption osseuse)
- 2.7.1. Quels sont les avantages et les inconvénients des bisphosphonates dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche?
- 2.7.2. Quels sont les avantages et les inconvénients de la calcitonine dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche?
- 2.7.3. Quels sont les avantages et les inconvénients du ranélate de strontium dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche?
- 2.8. DMOAD expérimentaux (modification symptomatique ou inflammatoire)
- 2.8.1. Quels sont les avantages et les inconvénients des inhibiteurs de l'IL-1 dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche?
- 2.8.2. Quels sont les avantages et les inconvénients des inhibiteurs de TNF-alpha dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche?
- 2.8.3. Quels sont les avantages et les inconvénients du traitement anti-NGF dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche?
- 2.8.4. Quels sont les avantages et les inconvénients du traitement par FGF dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche?
- 2.8.5. Quels sont les avantages et les inconvénients de la colchicine dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche?
- 2.8.6. Quels sont les avantages et les inconvénients du méthotrexate dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche?
- 2.8.7. Quels sont les avantages et les inconvénients des statines dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche? - exclus
- 2.9. Injections intra-articulaires
- 2.9.1. Quels sont les avantages et les inconvénients des corticostéroïdes dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche?
- 2.9.2. Quels sont les avantages et les inconvénients de la viscosupplémentation dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche?
- 2.9.3. Quels sont les avantages et les inconvénients du PRP dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche?
- 2.9.4. Quels sont les avantages et les inconvénients de la thérapie par cellules souches dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche?
- 2.9.5. Quels sont les avantages et les inconvénients de la prolothérapie au dextrose dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche?

### Section 3. Interventions chirurgicales (hors arthroplastie) (deux questions)

- 3.1. Quels sont les avantages et les inconvénients des interventions de lavage et de débridement arthroscopiques dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose de la hanche? – exclus
- 3.2. Quels sont les avantages et les inconvénients des procédures arthroscopiques pour les interventions de réparation du cartilage dans le  
Prise en charge des patients atteints de coxarthrose ? – exclus

### Section 4. Thérapies combinées (quatre questions)

- 4.1. Quels sont les avantages et les inconvénients des interventions combinées de gestion du poids et d'exercice par rapport  
faire de l'exercice chez les patients souffrant d'arthrose de la hanche?
- 4.2. Quels sont les avantages et les inconvénients des interventions combinées de gestion du poids et d'exercice par rapport à la gestion du poids chez les patients atteints  
d'arthrose de la hanche?
- 4.3. Quels sont les avantages et les inconvénients de l'exercice combiné et des interventions cognitivo-comportementales par rapport  
faire de l'exercice chez les patients souffrant d'arthrose de la hanche?
- 4.4. Quels sont les avantages et les inconvénients de l'exercice combiné et des interventions cognitivo-comportementales par rapport  
aux interventions cognitivo-comportementales chez les patients atteints d'arthrose de la hanche?



**RACGP**

Royal Australian College of General Practitioners

**Profession saine.**

L'Australie en bonne santé.