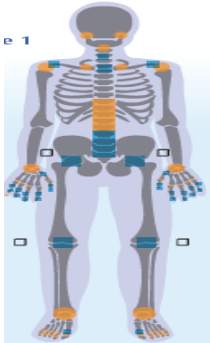


Outil d'aide à la décision clinique en arthrose		
Infos démographiques	Caractéristiques générales	
Prénom : _____ Nom : _____ Âge : _____ Sexe : _____ RAMQ : _____ Assurances : _____	Allergies/Intolérances : _____ Poids/Taille/IMC/tour de taille : _____ Exercice physique (ou ancien) : _____ Consommations d'alcool/semaine : _____ Tabagisme? Drogues? : _____ Café/thé/boissons énergisantes/jour : _____	
Caractéristiques cliniques		
Labos	Antécédents médicaux	Médicaments – MVL/PSN
Facteur rhumatoïde : _____ (Référer en rhumato si élevé) Fonction rénale : _____ K+ : _____ ALT : _____		
Diagnostic différentiel		
<p>→ Combien d'articulations touchées ?</p> <input type="checkbox"/> Moins que 2 (arthrose probable) <input type="checkbox"/> Plus que 2 (Référer en rhumato) <p>→ Raideur matinale ?</p> <input type="checkbox"/> Moins que 30 minutes (arthrose probable) <input type="checkbox"/> Plus que 30 minutes (Référer en rhumato) <p>→ La douleur est-elle présente au repos?</p> <input type="checkbox"/> Non, uniquement au mouvement (arthrose probable) <input type="checkbox"/> Oui, présente au repos (Référer en rhumato) <p>→ Les articulations sont-elles enflées</p> <input type="checkbox"/> Non ou minime (arthrose probable) <input type="checkbox"/> Oui (Référer en rhumato) <p>→ À quel moment la douleur est-elle la pire ?</p> <input type="checkbox"/> À la fin de la journée (arthrose probable) <input type="checkbox"/> Le matin au réveil (Référer en rhumato)		<input type="checkbox"/> Bleu (arthrose probable) <input type="checkbox"/> Jaune (Référer en rhumato) 
Infection? (référer MD)	Tumeur ? (référer MD)	Fracture ? (référer MD)
<input type="checkbox"/> Fièvre <input type="checkbox"/> Méningisme (N/V, mal de tête...) <input type="checkbox"/> Immunosuppression <input type="checkbox"/> Drogues IV	<input type="checkbox"/> Perte de poids inexplicquée <input type="checkbox"/> Antécédent de cancer <input type="checkbox"/> Douleur nocturne intense <input type="checkbox"/> Fatigue +++	<input type="checkbox"/> Chute? <input type="checkbox"/> Antécédent de chute
Sévérité de l'arthrose		
<p>→ Type de douleur</p> <input type="checkbox"/> Prévisible (léger) <input type="checkbox"/> Imprévisible (modéré) <input type="checkbox"/> Constante (avancé) – RÉFÉRER EN ORTHOPÉDIE <p>→ Répercussion sur la vie quotidienne</p> <input type="checkbox"/> Douleur tolérable (léger) <input type="checkbox"/> Répercussion partielle – évite quelques activités (modéré) <input type="checkbox"/> Répercussion totale – évite plusieurs activités (avancé) – RÉFÉRER EN ORTHOPÉDIE		<p>→ Valider à l'aide des radiographies le degré de sévérité d'arthrose</p>
Mesures non pharmacologiques (voir annexe 1)		
<p>Générales : Exercice, autoprise en charge, protection articulaire, acupuncture, thérapie thermique Gonarthrose : Perte de poids si IMC > 30, Tai Chi, canne, genouillère, yoga, kinesiотaping, exercice d'équilibre et ablation par radiofréquence Coxarthrose : Perte de poids si IMC > 30, Tai Chi, canne, exercice d'équilibre Arthrose des mains : orthèse, kinesiотaping, paraffine</p>		

Pharmacothérapie (Annexe 2)

→ **Principe de traitement (voir annexe 3) : Réévaluation aux 2-4 semaines après la première prise en charge.**

- Si **amélioration des symptômes**, baisser la dose de l'agent actuel jusqu'à obtention de la plus petite dose efficace. Réviser les MNP. Suivi dans 2-4 semaines
- Si **pas de changement**, optimiser la dose de l'agent actuel ou ajout d'un médicament d'appoint. Réviser les MNP. Suivi dans 1-2 semaines
- Si **aggravation des symptômes**, évaluer les symptômes d'alarme et envisager une référence chez un spécialiste.

1. Acétaminophène

→ Première intention

- Traitement de courte durée (10 à 14 jours) : **max 4 g/jour**
- Traitement de longue durée ou chez > 65 ans : **entre 2600 et 3250 g par jour**
- Traitement chez patients à risque (insuffisance hépatique, > 80 ans, fragile, alcoolisme, dénutrition, déshydratation, poids < 50 kg) : **max 2 g/jour**

2. Agents topiques

→ 2^e intention dans l'arthrose du genou et des mains

- Arthrose du genou
 - AINS topique (Pennsaid, voltaren 1,16% et voltaren 2,32% : Pennsaid pas couvert RAMQ. Voltaren extrafort pas étudié chez >65 ans. **Voir AINS oraux**
- Arthrose des main : AINS topique (voltaren, salicylates) ou Capsaïcine topique
 - Voltaren 1,16% et 2,32% : pas d'étude chez > 65 ans **Voir AINS oraux**
 - Myoflex/antiflogestine : à éviter chez patients sous anticoagulants
 - Capsaïcine topique : indiqué dans arthrose des mains au Canada

3. AINS oraux (Voir annexes 4, 5 et 6) – Maximum 10 jours chez les personnes âgées.

→ 2^e intention dans les références canadiennes, mais 1^{re} intention dans références américaines

Risque gastro-intestinale (A4)	Risque cardiovasculaire (A5)	Risque rénal (A6)
Élevé : COXIB + Gastroprotection Modéré : AINS + Gastroprotection ou COXIB Faible : AINS	Risque thromboembolique (prise d'aspirine) : Naproxène + Gastroprotection IC NYHA 1-2 : AINS ou COXIB avec prudence IC NYHA 3-4 : PAS D'AINS	Risque élevé : PAS D'AINS Risque modéré : suivi selon Annexe 6

4. Duloxetine

→ 3^e intention. Indiqué dans l'arthrose du genou au Canada. Indiqué pour l'arthrose du genou, mains et hanche aux États-Unis

5. Tramadol

→ À envisager si contre-indication aux AINS oraux.

6. Autres opioïdes (morphine, oxycodone, hydromorphone, codéine, fentanyl...)

→ En dernière intention, envisager référence en clinique de douleur si doses en augmentation

Traitements sans preuve d'efficacité

- Glucosamine sulfate (résultats des études hétérogènes, similaire à placebo)
- Chondroïte sulfate (petite efficacité dans l'arthrose des mains selon guidelines américaines)
- Hyaluronates intra-articulaires (Durolane, Synvisc) : efficacité comparable à placebo selon guidelines américaines.

→ **Si échec de traitement pendant 12 semaines, référer en orthopédie pour des injections de cortisones / chirurgie selon la présentation clinique (Annexe 7)**

Annexe 1 – Mesures non-pharmacologiques de l’arthrose du genou, hanche et des mains (pris de l’outil *Arthritis Alliance of Canada* 2017)

Arthrose du genoux et hanche	Arthrose des mains
<p>RECOMMANDÉ</p> <p>Gestion du poids</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le risque relatif est accru pour les IMC classés en surpoids, obèse et très obèse comparativement au poids normal • Le traitement efficace = perte pondérale de 5 % du poids corporel total • Orienter en diététique au besoin <p>Activité physique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Activité physique régulière recommandée : encourager l’activité selon la tolérance et la capacité, viser un total de 150 minutes par semaine; viser 30 minutes 5 jours par semaine. • Encourager l’entretien de la force et de la forme cardiovasculaire par l’exercice et des activités quotidiennes en plus de la gestion appropriée de la douleur. • Choisir des activités qui sont moins ardues pour les articulations du patient en fonction de ses préférences, par exemple : • Exercices cardiovasculaires et/ou contre résistance terrestres (p. ex., marche, vélo) • Contrôle neuromusculaire (p. ex., yoga, tai-chi) • Dans les cas d’arthrose avancé, envisager les exercices aquatiques comme la natation, l’aquaforme ou la marche dans une piscine • Envisager un plan de conditionnement physique et l’ordonnance d’exercice par un thérapeute qualifié en réadaptation. <p>Appareils fonctionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aide à la marche, au besoin (p. ex., canne, déambulateur ou bâtons de marche) • Une canne peut réduire la charge pondérale, mais elle doit être ajustée adéquatement et utilisée du côté controlatéral à l’articulation touchée • Chaussures absorbant les chocs (p. ex., semelles intérieures en gel ou en silicone) 	<p>RECOMMANDÉ</p> <p>Appareils fonctionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les attelles de la main et du pouce peuvent améliorer le fonctionnement de la main et réduire la douleur, envisager d’orienter le patient pour des traitements <p>Entraînement neuromusculaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Viser 8 répétitions de l’exercice, augmenter à 15-20 répétitions, 1-2 fois par jour • Se reposer pendant 24 heures après les activités de renforcement • Exemples d’entraînement neuromusculaire de la main • Faire un poing, déplier les doigts, toucher avec le pouce le bout de chaque doigt <p>Protection articulaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réduire le risque de traumatisme en éduquant le patient • Réduire l’effort nécessaire pour faire une tâche • utiliser les gadgets ou l’équipement d’économie d’effort, éviter de soulever des objets lourds, réduire le poids sur l’articulation touchée • Trouver son rythme, se reposer pendant 30-60 secondes toutes les 5-10 minutes durant l’étirement ou le mouvement des articulations • Comprendre quand la douleur s’intensifie durant les activités quotidiennes et proposer un plan d’action pour la réduire au minimum et accroître les activités quotidiennes • Distribuer le poids sur plusieurs articulations, par exemple, distribuer la charge sur les deux mains • Éviter de fatiguer le pouce, les mouvements répétitifs du pouce et/ou la préhension prolongée dans une position • Utiliser une poigne aussi grande que possible

- Une attelle de décharge du genou serait utile chez les patients pour lesquels un côté de l'articulation est moins touché que l'autre

Protection articulaire

- Réduire le risque de traumatisme en éduquant le patient
- Réduire l'effort nécessaire pour faire une tâche – utiliser les gadgets ou l'équipement d'économie d'effort, éviter de soulever des objets lourds, réduire le poids sur l'articulation touchée
- Trouver son rythme, se reposer pendant 30-60 secondes toutes les 5-10 minutes durant l'étirement ou le mouvement des articulations
- Comprendre quand la douleur s'intensifie durant les activités quotidiennes et proposer un plan d'action pour la réduire au minimum et accroître les activités quotidiennes
- Planifier des randonnées là où il y a des bancs pour s'asseoir
- Garder les articulations en position sûre/neutre, par exemple :
- Éviter de s'accroupir, s'agenouiller, se tordre ou s'asseoir sur un siège bas
- Utiliser un siège de toilette et un lit surélevés
- Réduire le stress articulaire durant le sommeil (p. ex., matelas ferme et oreiller entre les jambes)

Auto-prise en charge

- Les interventions psychosociales (p. ex., thérapie cognitivocomportementale) peuvent contribuer à l'auto-prise en charge de la douleur et de la fonction liées à l'arthrose
- Recommander le patient à un conseiller en santé mentale, si possible

Thermothérapie

- Coussin chauffant : l'enlever et le remettre toutes les 10 minutes ou l'appliquer pendant 15-20 minutes
- Éviter la thermothérapie dans les cas de tumeur maligne ou de blessure aiguë (p. ex., plaies ouvertes, saignement récent, dermatite aiguë, psoriasis, infection)

Auto-prise en charge

- Les interventions psychosociales (p. ex., thérapie cognitivo-comportementale) peuvent contribuer à l'auto-prise en charge de la douleur et de la fonction liées à l'arthrose
- Recommander le patient à un conseiller en santé mentale, si possible

Thermothérapie

- Paraffine
- Coussin chauffant : l'enlever et le remettre toutes les 10 minutes ou l'appliquer pendant 15-20 minutes
- Éviter la thermothérapie dans les cas de tumeur maligne ou de blessure aiguë (p. ex., plaies ouvertes, saignement)

Annexe 2 – Traitements pharmacologiques de l’arthrose du genou, hanche et des mains (pris de l’outil *Arthritis Alliance of Canada* 2017)

Arthrose du genou et hanche	Arthrose des mains
<p>RECOMMANDÉ</p> <p>AINS topiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diclofénac sodique Arthrose du genou • Dose : 50 gouttes par genou tid ou 40 gouttes par genou qid <p>Analgésiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • L’acétaminophène est recommandé en première intention dans les cas d’arthrose du genou/de la hanche • L’acétaminophène procure un soulagement minimal de la douleur et l’amélioration minimale de la fonction dans l’arthrose du genou/de la hanche (statistiquement significatif, mais sans importance clinique) <p>AINS oraux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les AINS et inhibiteur de la COX-2 sont recommandés chez les patients exempts de contre-indications (atteinte rénale, atteinte hépatique grave, antécédents d’asthme ou de réaction de type allergique après la prise d’un AINS ou de l’AAS, insuffisance cardiaque grave non maîtrisée, ulcères gastriques, duodénaux ou gastro-duodénaux évolutifs et maladie inflammatoire, saignement cérébrovasculaire et autres troubles hémorragiques ou hyperkaliémie) <p>SNRI</p> <ul style="list-style-type: none"> • La duloxétine est recommandée dans les cas d’arthrose du genou <p>Opioides</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le tramadol est recommandé dans les cas d’arthrose du genou, s’il s’inscrit dans les valeurs et préférences du patient. • Les opioides autres que le tramadol (oxycodone orale, buprénorphine transdermique, tapentadol oral, codéine orale, morphine orale, 	<p>RECOMMANDÉ</p> <p>AINS topiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diclofénac de diéthylamine Arthrose de la main (1,16 %, 2,32 %) Dose : 2-4 g appliqués tid-qid • Contreirritant salicylate de méthyle avec menthol ou camphre appliquer tid-qid • Acétaminophène <p>Capsaïcine</p> <ul style="list-style-type: none"> • La capsaïcine dans les cas d’arthrose de la main Capsaïcine (0,025 %, 0,075 %) Appliquer tid-qid sur la peau intacte <p>Analgésiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • L’acétaminophène est recommandé en première intention dans les cas d’arthrose de la main • L’acétaminophène procure un soulagement minimal de la douleur et l’amélioration minimale de la fonction dans l’arthrose de la main (statistiquement significatif, mais sans importance clinique) <p>AINS oraux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les AINS et inhibiteur de la COX-2 sont recommandés chez les patients exempts de contre-indications (atteinte rénale, atteinte hépatique grave, antécédents d’asthme ou de réaction de type allergique après la prise d’un AINS ou de l’AAS, insuffisance cardiaque grave non maîtrisée, ulcères gastriques, duodénaux ou gastro-duodénaux évolutifs et maladie inflammatoire, saignement cérébrovasculaire et autres troubles hémorragiques ou hyperkaliémie) <p>Opioides</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le tramadol est recommandé dans les cas d’arthrose de la main, s’il s’inscrit

<p>oxymorphone orale, fentanyl transdermique et hydromorphone orale) ont peu d'effet sur la douleur ou la fonction physique et plus d'effets indésirables</p> <p>Corticostéroïdes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les injections intra-articulaires de corticostéroïdes soulagent parfois brièvement la douleur causée par l'arthrose du genou ou de la hanche 	<p>dans les valeurs et préférences du patient</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les opioïdes autres que le tramadol (oxycodone orale, buprénorphine transdermique, tapentadol oral, codéine orale, morphine orale, oxymorphone orale, fentanyl transdermique et hydromorphone orale) ont peu d'effet sur la douleur ou la fonction physique et plus d'effets indésirables
<p>NON RECOMMANDÉ</p> <ul style="list-style-type: none"> • La capsaïcine n'est pas recommandée dans les cas d'arthrose du genou ou de la hanche • La glucosamine est inappropriée pour modifier la maladie, mais pour soulager les symptômes, les données ne sont pas concluantes. • La chondroïtine n'est pas appropriée • Les modulateurs de la douleur neuropathique ne sont pas recommandés 	<p>NON RECOMMANDÉ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les injections intra-articulaires de corticostéroïdes ne sont pas recommandées dans les cas d'arthrose de la main. • La glucosamine est inappropriée pour modifier la maladie, mais pour soulager les symptômes, les données ne sont pas concluantes. • La chondroïtine n'est pas appropriée • Les modulateurs de la douleur neuropathique ne sont pas recommandés
<p>PEU CONCLUANTS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arthrose de la hanche – aucune recommandation sur l'emploi des AINS topiques • Il n'existe pas de recommandations consensuelles préconisant l'emploi d'hyaluronates intra-articulaires, de plasma riche en plaquettes et de la thérapie par les cellules souches dans les cas d'arthrose du genou ou de la hanche en raison de conclusions contradictoires entre les méta-analyses • Remèdes et suppléments à base de plante - les données ne sont pas concluantes pour étayer leur emploi dans la prise en charge de l'arthrose. 	<p>PEU CONCLUANTS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il n'existe pas de recommandations préconisant l'emploi d'hyaluronates intra-articulaires dans les cas d'arthrose de la main en raison de conclusions contradictoires entre les méta-analyses. • Remèdes et suppléments à base de plante - les données ne sont pas concluantes pour étayer leur emploi dans la prise en charge de l'arthrose.

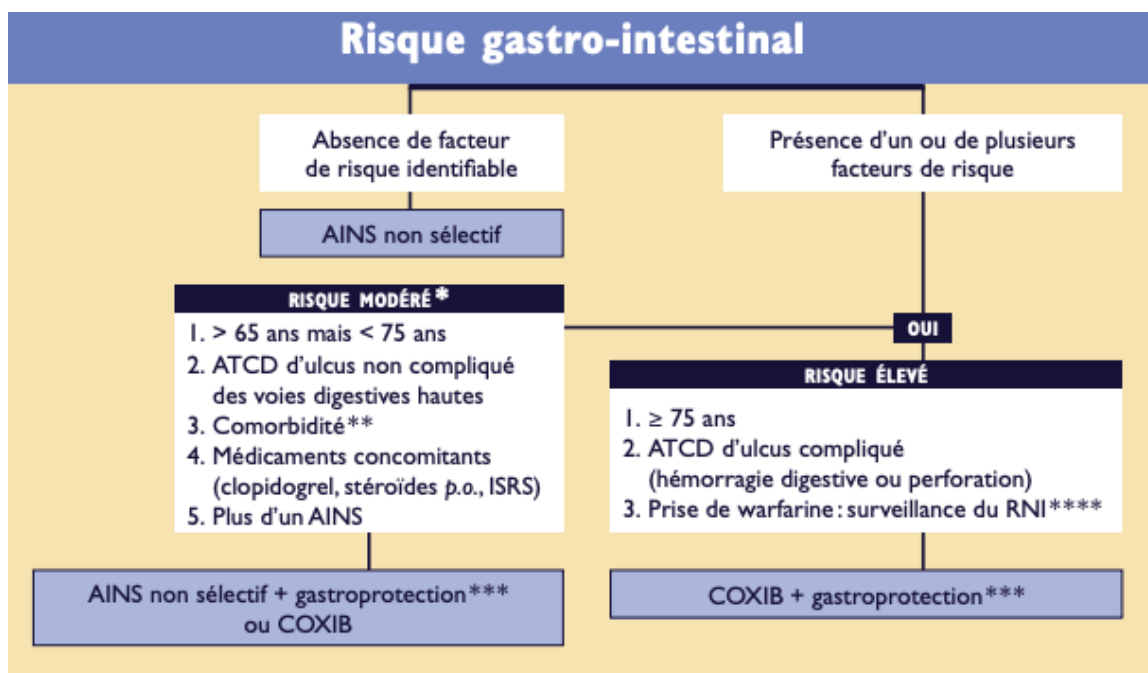
Annexe 3 – Évaluation de la réponse au traitement (pris de l’outil *Arthritis Alliance of Canada* 2017)

ÉVALUATION DE LA RÉPONSE AU TRAITEMENT

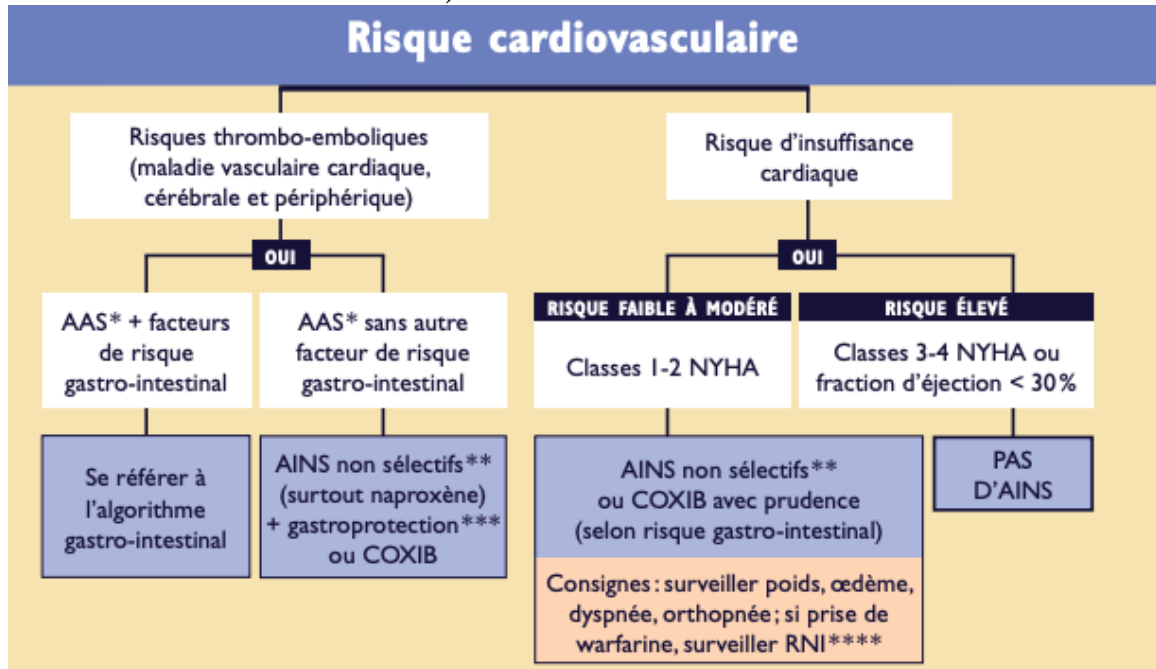
Une fois la prise en charge appropriée entreprise, il faut réévaluer le patient après 2-4 semaines afin de déterminer quelles seront les prochaines étapes vers l’atteinte de la fonction optimale. Le traitement axé sur la réponse et les objectifs peut guider la prise de décision clinique.

Amélioration	Pas de changement	Aggravation
<ul style="list-style-type: none"> • Réduire la dose du médicament contre la douleur • Encourager les activités/exercice appropriés • Intensifier graduellement et progressivement l’exercice/les activités visant à atteindre les objectifs d’activité • Mettre en application des stratégies exhaustives d’auto-prise en charge • Conseiller le patient à consulter à nouveau si les symptômes d’enflure, de douleur et de raideur se manifestent à nouveau 	<ul style="list-style-type: none"> • Réévaluer les symptômes alarmants et préoccupants • Réviser l’exercice/activité afin d’éviter la surutilisation ou les répétitions excessives, et prévoir des pauses fréquentes et des positions de récupération • Revoir la posologie des médicaments et la durée du traitement, et envisager la prochaine ligne de médicaments • Considérer les critères pour l’orientation vers un fournisseur de services de réadaptation ambulatoire axée sur les objectifs • Réévaluer les symptômes préoccupants et s’ils sont positifs, envisager l’orientation vers un spécialiste de la douleur/clinique de la douleur. • Suivi dans 1-2 semaines pour voir si le patient répond au traitement. 	<ul style="list-style-type: none"> • Réévaluer les symptômes alarmants et considérer les critères pour la recommandation en rhumatologie. Évaluer la nécessité des investigations. • Réévaluer les symptômes préoccupants et s’ils sont positifs, envisager l’orientation vers un spécialiste de la douleur/clinique de la douleur. • Réévaluer les critères d’orientation en orthopédie pour évaluation chirurgicale possible. • Revoir tous les éléments de la colonne « Pas de changement » et rechercher si le patient observe bien le traitement ou s’il y a des choses qu’il ne comprend pas. • Établir les objectifs prioritaires du traitement et se concentrer sur un objectif à la fois pour modifier les activités et progresser plus lentement.

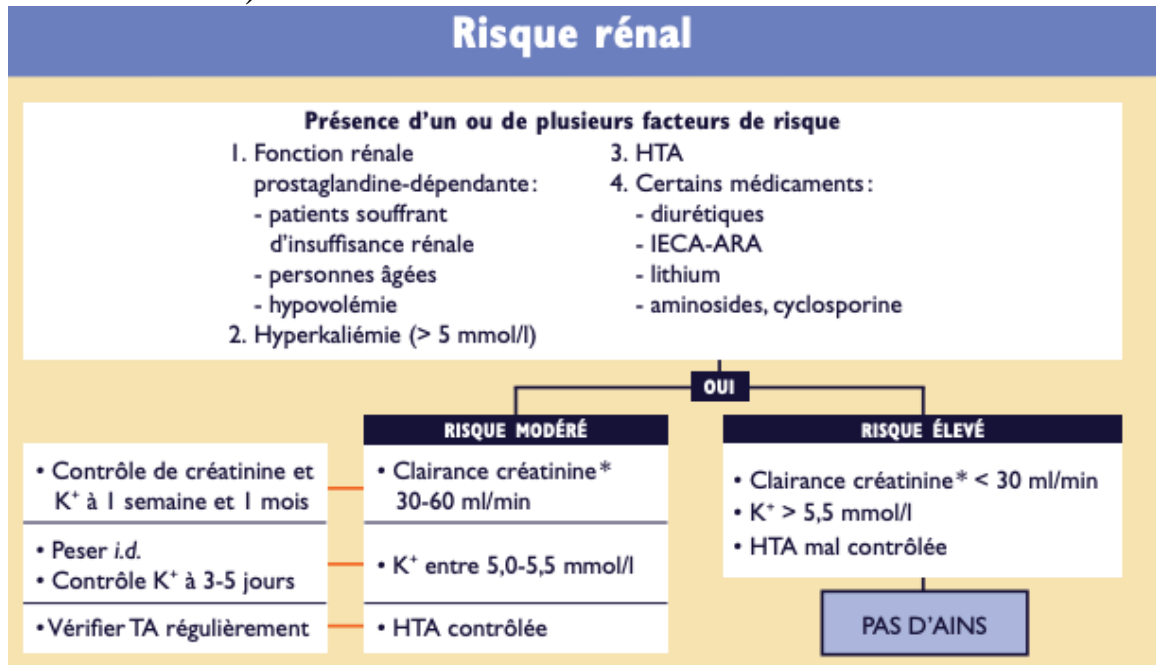
Annexe 4 – Algorithme de prise en charge des AINS pour le risque GI (pris de l’algorithme d’utilisation des AINS de l’*INESSS*)



Annexe 5 – Algorithme de prise en charge des AINS pour le risque cardiovasculaire (pris de l’algorithme d’utilisation des AINS de l’*INESSS*)



Annexe 6 – Algorithme de prise en charge des AINS pour le risque rénal (pris de l’algorithme d’utilisation des AINS de l’*INESSS*)



Annexe 7 – Quand référer à un spécialiste? (pris de l’outil *Arthritis Alliance of Canada* 2017)

Recommandation	
<input type="checkbox"/> Fournisseur de service de réadaptation ambulatoire	<ul style="list-style-type: none"> • Un de ce qui suit: <ul style="list-style-type: none"> • Absence de symptômes alarmants • Patient dont la prise en charge médicale de la douleur est optimisée pour lui permettre de faire des exercices actifs • Patient ouvert à intégrer de nouveaux renseignements et/ou de nouvelles stratégies dans son programme de prise en charge (p. ex., établissement d'objectifs, concentration sur l'auto-prise en charge)
<input type="checkbox"/> Médecin du sport et de l'exercice	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur intense constante qui perturbe les activités et le fonctionnement • Présence de symptômes préoccupants • Patient qui établit ses objectifs actifs de traitement et d'auto-prise en charge • Patient ouvert à intégrer de nouveaux renseignements dans son programme de prise en charge • Patient qui prend un médicament contre la douleur à doses croissantes/fortes (p. ex., opioïdes)
<input type="checkbox"/> Spécialiste de la douleur	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur intense constante qui perturbe les activités et le fonctionnement • Présence de symptômes préoccupants • Patient qui établit ses objectifs actifs de traitement et d'auto-prise en charge • Patient ouvert à intégrer de nouveaux renseignements dans son programme de gestion • Patient qui prend un médicament contre la douleur à doses croissantes/fortes (p. ex., opioïdes)
<input type="checkbox"/> Rhumatologue	<ul style="list-style-type: none"> • Patient à risque de polyarthrite inflammatoire • Symptômes de polyarthrite dans les petites et les grandes articulations • Symptômes généraux (perte pondérale, fatigue) • Caractéristiques non articulaires telles qu'éruption cutanée, maladie intestinale inflammatoire ou psoriasis
<input type="checkbox"/> Chirurgien orthopédique	<ul style="list-style-type: none"> • Patient qui prend un médicament contre la douleur à dose croissante et/ou baisse de l'efficacité de la gestion de la douleur • Patient dont la mobilité articulaire est considérablement réduite se répercutant sur les activités quotidiennes et la qualité de vie. • Échec d'un traitement fondé sur les données probantes suivi fidèlement pendant 12 semaines.

Références :

- <https://www.aaos.org/globalassets/quality-and-practice-resources/glenohumeral/gjo-cpg.pdf>
- <https://www.aafp.org/afp/2008/0901/p605.html>
- https://rushgq.org/wp-content/uploads/2021/10/Annexe_12_Fiche-douleur-chronique_RUSHGQ_20oct2021_FINALE.pdf
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551557/>
- <https://arthritis-research.biomedcentral.com/articles/10.1186/ar4405>
- <https://www.rheumatology.org/Portals/0/Files/Osteoarthritis-Guideline-Early-View-2019.pdf>
- https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Ressources/Arthrose/OATool_FINAL_Sept14_FRE.pdf
- <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/INESSS/9782550583950.pdf>
- Rxvigilance : Hyaluronate, Diclofenac topique, Salicylates topique, Tylenol Duloxetine, Tramadol