

Les recommandations de l'Eular dans le cadre de la gonarthrose fondées sur les preuves et l'opinion des experts [1].

1. la prise en charge optimale de la gonarthrose nécessite l'association de modalités thérapeutiques non pharmacologiques et pharmacologiques
2. le traitement de la gonarthrose doit être individualisé en fonction : a. des facteurs de risque pour le genou (obésité, contraintes mécaniques, activité physique) b. des facteurs de risque généraux (âge, comorbidités, polymédication) c. du niveau de l'intensité de la douleur et du handicap d. des signes d'inflammations (épanchement,..) e. de la situation et des degrés de la situation structurelles
3. le traitement non pharmacologique doit comporter les éléments suivants : information régulière du patient, exercice physique, appareillage (cannes, semelles orthopédiques, orthèse), et réduction pondérale
4. le paracétamol est l'analgésique par voie orale de première intention : en cas de succès, on lui accordera la préférence comme analgésique au long cours
5. les applications locales de AINS ou de capsaïcine sont cliniquement efficaces et sans effets nocifs
6. les AINS doivent être envisagés en l'absence de réponse au paracétamol. Chez les patients présentant un risque gastro-intestinal élevé, il convient d'utiliser des AINS non sélectifs associés à des agents gastroprotecteurs efficaces, ou des inhibiteurs de la COX-2
7. les analgésiques opiacés, associés ou non au paracétamol, sont des alternatives utiles chez des patients présentant une contre-indication aux AINS, y compris les inhibiteurs sélectifs de la COX-2, ou chez lesquels ils sont inefficaces et/ou mal tolérés
8. le traitement de fond (SYSADA0) (sukfate de glucosamine, chondroïtine sulfate, extraits insaponifiables d'avocat ou de soja, diacérhéine, acide hyaluronique) ont des effets symptomatiques et sont susceptibles d'entraîner des modifications structurelles
9. l'injection intra-articulaire de corticoïdes retard est indiquée pour les poussées douloureuses, en particulier lorsqu'elles s'accompagnent d'un épanchement
10. une prothèse totale doit être envisagée chez les patients ayant des signes radiographiques de gonarthrose avec douleurs réfractaires et handicap

les recommandations de l'Eular 2003 dans le cadre de la gonarthrose

1. Le traitement optimal de la gonarthrose requiert un traitement pharmacologique et un traitement non pharmacologique.
2. Ce traitement doit être individualisé en tenant compte des facteurs de risque propres au genou (obésité, contraintes mécaniques, activité physique), des facteurs de risque généraux (âge, comorbidité, polymédication), de l'intensité de la douleur et du handicap qu'elle entraîne, de la présence de signes inflammatoires (particulièrement les épanchements), et de la localisation ainsi que du degré de l'atteinte structurelle.
3. Le traitement non pharmacologique doit inclure une éducation régulière du patient, l'exercice, l'utilisation de dispositifs d'aide (cannes, semelles, bracing), ainsi qu'une perte pondérale.
4. Le paracétamol est l'antalgique de premier choix. Il doit être continué longtemps en cas de succès.
5. Les applications topiques d'AINS ou de capsaïcine sont efficaces et sans danger.
6. Les AINS devraient être utilisés chez les patients qui ne répondent pas au

paracétamol. En cas de risque gastro-intestinal, il faut préférer les coxibs.

7. Les opioïdes, avec ou sans paracétamol, sont une option en cas de contre-indication ou d'inefficacité des AINS, coxibs compris.
 8. Les SYSADOA (glucosamine, chondroïtine, diacéréine, acide hyaluronique) ont un effet symptomatique et peuvent modifier le cours de la maladie.
 9. Les injections intra articulaires de corticostéroïdes à longue durée d'action sont indiquées en cas de flambée inflammatoire, surtout s'il y a épanchement concomitant.
 10. Les prothèses devraient être proposées aux patients avec douleur réfractaire, handicap certain et évidence radiologique de la gonarthrose.
1. Jordan K et al. Eular recommandations 2003; an evidence based approach to the management of knee osteoarthritis: report of Task Force of the European Standing Committee for International Clinical Studies Therapeutic Trials (ESCISIT). Ann Rheum Dis. 2003;62:1145-55.