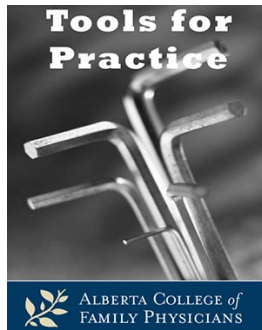


Tools for Practice est fièrement soutenu par l'Alberta College of Family Physicians (ACFP). L'ACFP est un organisme professionnel bénévole qui représente en Alberta plus de 4 000 médecins de famille, résidents en médecine familiale et étudiants en médecine. Établi il y a plus de cinquante ans, l'ACFP s'efforce d'atteindre l'excellence en médecine familiale grâce à des activités de sensibilisation, à la formation médicale continue et à la recherche en soins primaires. www.acfp.ca

30 mars 2015



Les injections de corticostéroïdes et les genoux : une combinaison de rêve pour l'arthrose?

Question clinique : Quelle est l'efficacité des injections intra-articulaires de corticostéroïdes pour traiter l'arthrose du genou?

Conclusion : Les injections intra-articulaires de corticostéroïdes pour le genou réduisent la douleur de l'arthrose d'environ 40 % de plus que le placebo, et un patient sur trois à cinq qui reçoit une injection verra une amélioration des symptômes pendant les quatre premières semaines. Le soulagement de la douleur à long terme est moins certain, mais les événements indésirables graves, notamment l'infection articulaire, sont très rares (un sur plus de 14 000 patients).

Données probantes

- Nous avons trouvé six revues systématiques¹⁻⁶, chacune portant sur 5 à 13 essais cliniques randomisés (ECR) menés auprès de 207 à 648 patients au total. Comparaison des injections de corticostéroïdes (plus couramment 20 mg à 40 mg de triamcinolone et, en deuxième lieu, 40 mg à 120 mg de méthylprednisolone) et des injections placebo.
 - Douleur – Sur une échelle visuelle analogue (EVA) de 100 points, les stéroïdes ont réduit la douleur de façon statistiquement significative (valeur de départ d'environ 54)⁴ par rapport au placebo :
 - De 21 à 22 points de moins après une semaine^{1,2}, de 16,5 points de moins après deux semaines³ et de 7,4 points de moins après trois ou quatre semaines¹.
 - Amélioration moyenne d'environ 15 points entre la première et la quatrième semaine⁴.
 - Aux points de mesure ultérieurs, la différence n'est pas statistiquement significative¹.
 - L'effet maximal pourrait se produire à 1,5 semaine⁴.
 - Douleur – Atteinte d'une cible particulière de réduction de la douleur ou amélioration globale :
 - De 74 % à 78 % pour les stéroïdes et de 45 % à 54 % pour le placebo¹⁻³.

- Nombre de sujets à traiter (NST)=3-5 pendant la première à la quatrième semaine¹⁻³.
- Les résultats après plus de quatre semaines sont incohérents : deux ECR n'ont constaté aucun effet^{1,2} et un ECR a signalé un NST de 5 après 16 à 24 semaines³.
- Limitation fonctionnelle et raideur : Aucun changement sûr⁵.
- Problèmes : Les ECR inclus étaient souvent de petite taille (50 patients ou moins) et souvent de courte durée (p. ex. une semaine). De plus, les résultats regroupés comprenaient souvent peu d'études et manquaient de puissance statistique¹⁻⁶.

Contexte

- En règle générale, l'injection de corticostéroïdes pourrait être le traitement le plus efficace pour l'arthrose du genou pendant les quatre premières semaines^{4,5}.
- Il n'est pas clair si un type de stéroïdes est supérieur à un autre⁷.
- Fréquence maximale d'environ quatre fois par an.
 - Dans le cadre des ECR, les stéroïdes ont été injectés quatre fois par an pendant deux ans sans effets nocifs⁸.
 - Les études de cohorte qui ont examiné les résultats de quatre injections ou plus par an n'ont constaté aucun effet nocif⁹.
- Les caractéristiques cliniques qui influent sur les résultats positifs ne sont pas claires^{10,11}, mais la gravité radiographique accrue pourrait réduire l'efficacité, tandis que la gravité clinique accrue (douleur et raideur) pourrait améliorer l'efficacité¹⁰.
- Risque d'infection articulaire : Un patient sur 14 000 à 77 000 est à risque à la suite d'une injection intra-articulaire¹².
- Les lignes directrices recommandent généralement les injections intra-articulaires de corticostéroïdes^{13,14}, malgré l'incertitude qui persiste (en raison de l'insuffisance de données probantes portant sur une longue période)¹⁵.

Auteurs

Jeff Jamieson, M.D., et G. Michael Allan, M.D., CCMF

Divulgence

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à divulguer.

Références

1. Godwin M, Dawes M, *Can Fam Physician*, 2004, 50 : 241-248.
2. Bellamy N, Campbell J, Welch V, *et al.*, *Cochrane Database Syst Rev*, 2006, (2) : CD005328.
3. Arroll B, Goodyear-Smith F, *BMJ*, 2004 Apr 10, 328(7444) : 869.
4. Bjordal JM, Klovning A, Ljunggren AE, *et al.*, *Eur J Pain*, 2007, 11 : 125-138.
5. Bannuru RR, Schmid CH, Kent DM, *et al.*, *Ann Intern Med*, 2015, 162 : 46-54.
6. Hepper CT, Halvorson JJ, Duncan ST, *et al.*, *J Am Acad Orthop Surg*, 2009, 17 : 638-646.
7. Garg N, Perry L, Deodhar A, *Clin Rheumatol*, 2014, 33 : 1695-1706.
8. Raynauld JP, Buckland-Wright C, Ward R, *et al.*, *Arthritis Rheum*, 2003, 48 : 370-377.
9. Balch HW, Gibson JM, El-Ghobarey AF, *et al.*, *Rheumatol Rehabil*, 1977, 16 : 137-140.
10. Maricar N, Callaghan MJ, Felson DT, *et al.*, *Rheumatology (Oxford)*, 2013, 52 : 1022-1032.
11. Hirsch G, Kitas G, Klocke R, *Semin Arthritis Rheum*, 2013, 42 : 451-473.
12. Jones T, Kelsberg G, Safranek S, *Am Fam Physician*, 2014, 90 : 115-116.

13. Hochberg MC, Altman RD, April KT, *et al.*, *Arthritis Care Res (Hoboken)*, 2012, 64 : 465-474.
14. Richmond J, Hunter D, Irrgang J, *et al.*, *J Am Acad Orthop Surg*, 2009, 17 : 591-600.
15. Jevsevar DS, Brown GA, Jones DL, *et al.*, *J Bone Joint Surg Am*, 2013, 95 : 1885-1886.

Tools for Practice est un article bimensuel qui résume des données médicales probantes portant surtout sur des questions d'actualité et l'information destinée à modifier la pratique. L'article est coordonné par G. Michael Allan, M.D., CCMF, et le contenu est rédigé par des médecins de famille praticiens auxquels se joint à l'occasion un professionnel de la santé d'une autre spécialité médicale ou d'une autre discipline de la santé. Chaque article est évalué par les pairs, faisant en sorte qu'il maintienne des normes élevées de qualité, d'exactitude et d'intégrité scientifique.

L'ACFP appuie la publication et la diffusion des articles de la bibliothèque Tools for Practice depuis 2009. Si vous n'êtes pas membre de l'ACFP et que vous souhaitez recevoir les articles par courriel, veuillez vous abonner à la liste de distribution, à l'adresse <http://bit.ly/signupfortfp>. Les articles archivés sont disponibles sans frais supplémentaires sur le [site Web de l'ACFP](#).

Vous pouvez maintenant accumuler des crédits sur le site Tools for Practice! En août 2014, l'ACFP a lancé [GoMainpro, un outil d'agrément en ligne](#) destiné à faciliter l'agrément MAINPRO® de la bibliothèque Tools for Practice de l'ACFP, qui a été agréée par le Collège des médecins de famille du Canada pour les crédits Mainpro-M1. La combinaison du programme d'entrée directe du Collège des médecins de famille du Canada et des caractéristiques de suivi et d'établissement de rapports de GoMainpro fournit un moyen facile et commode d'accumuler les crédits Mainpro-M1.

Les opinions exprimées dans la présente communication sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue et la politique de l'Alberta College of Family Physicians.