

La maladie arthrosique, gonarthrose, coxarthrose, polyarthrose, cures pré et post-chirurgie orthopédique de l'arthrose

R. Forestier



**Société française
de médecine thermale**

Prévalence

- Après les rachialgies chroniques communes l'arthrose des membres compte parmi les pathologies les plus fréquentes en cure thermale rhumatologique
- Étude conduite à partir des consultants en maison de santé âgés de 55 à 64 ans (Boulangé PTC 1994)
 - Prévalence certainement beaucoup plus importante pour les populations de curistes > 65 ans

	Prévalence
Lombalgie	84%
Cervicalgie	71%
Gonarthrose	46%
Arthrose digitale	38%
Coxarthrose	36%
Épaule douloureuse	27%
Epicondylite	15%
PR	11%
Rhum psoriasique	4%
Spondylarthrite	3%

Intervention multimodale

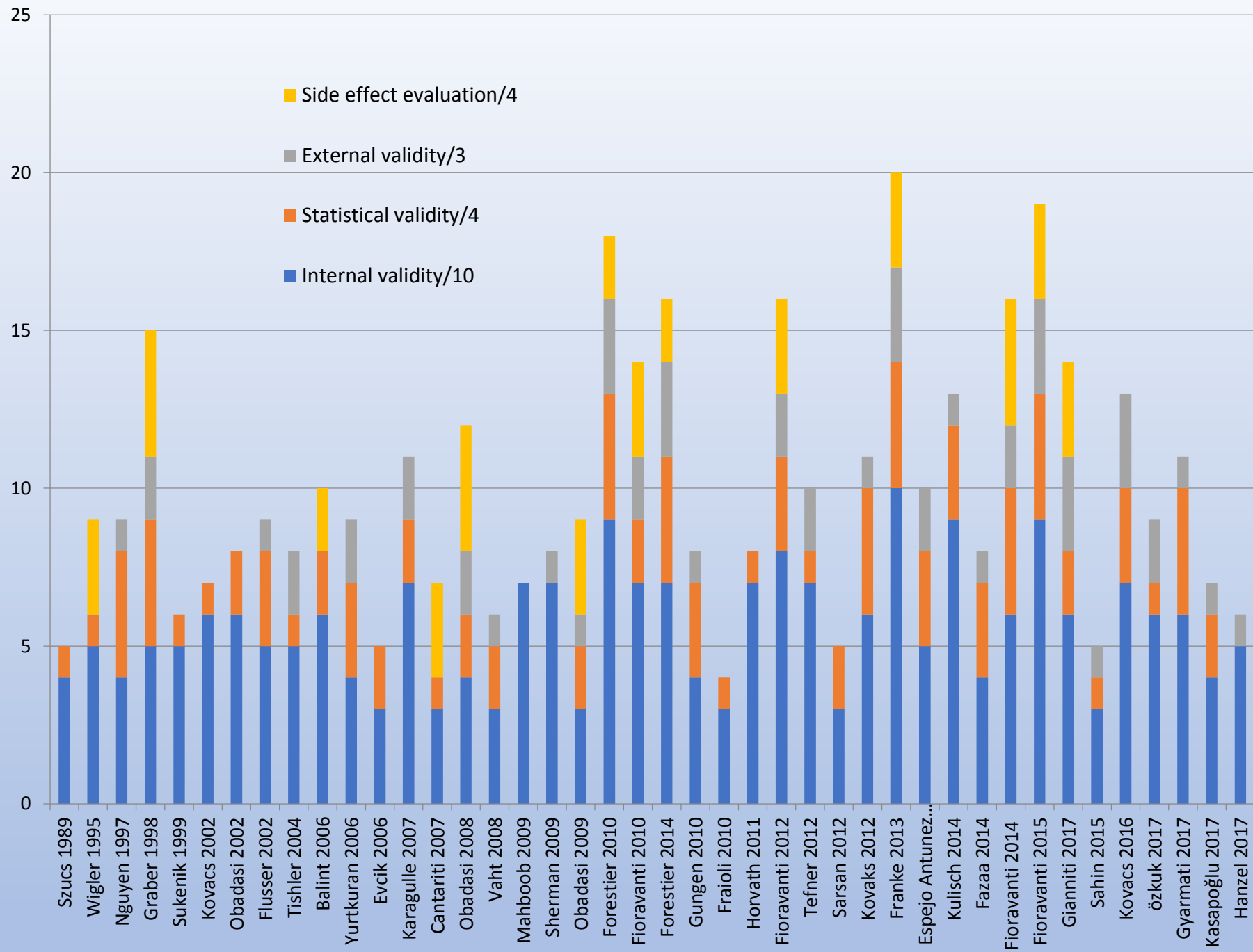
- Effet lié aux propriétés chimiques de l'eau thermale ?
 - 4 essais cliniques randomisés dont deux en double insu (Szucs 1989 eau carbonatée, Yurtkuran 2006 eau soufrée) et deux en simple insu (Kulish 2014, Branco 2015, eau soufrée) concluent à un effet supérieur de l'eau thermale à l'eau du robinet (mais réserves méthodologiques)
- Effets liés aux propriétés physiques de l'eau, de la boue ou des vapeurs thermales
 - Effet décontracturant, myorelaxant et antalgique lié à la chaleur
- Effets liés aux techniques de soins:
 - Effet de la balnéation: meilleure mobilisation des articulations dans l'eau (Archimède)
 - Effet des douches et des massages: effets décontracturants et antalgiques
- Effet du changement du mode de vie, du repos moral, de l'exercice, de la dynamique de groupe
- Effet de l'éducation à la santé, promotion des activités physiques adaptées
 - Programme d'éducation thérapeutique pour l'arthrose des membres inférieurs (Dax, St-Paul-les-Dax)

Essais cliniques comparatifs

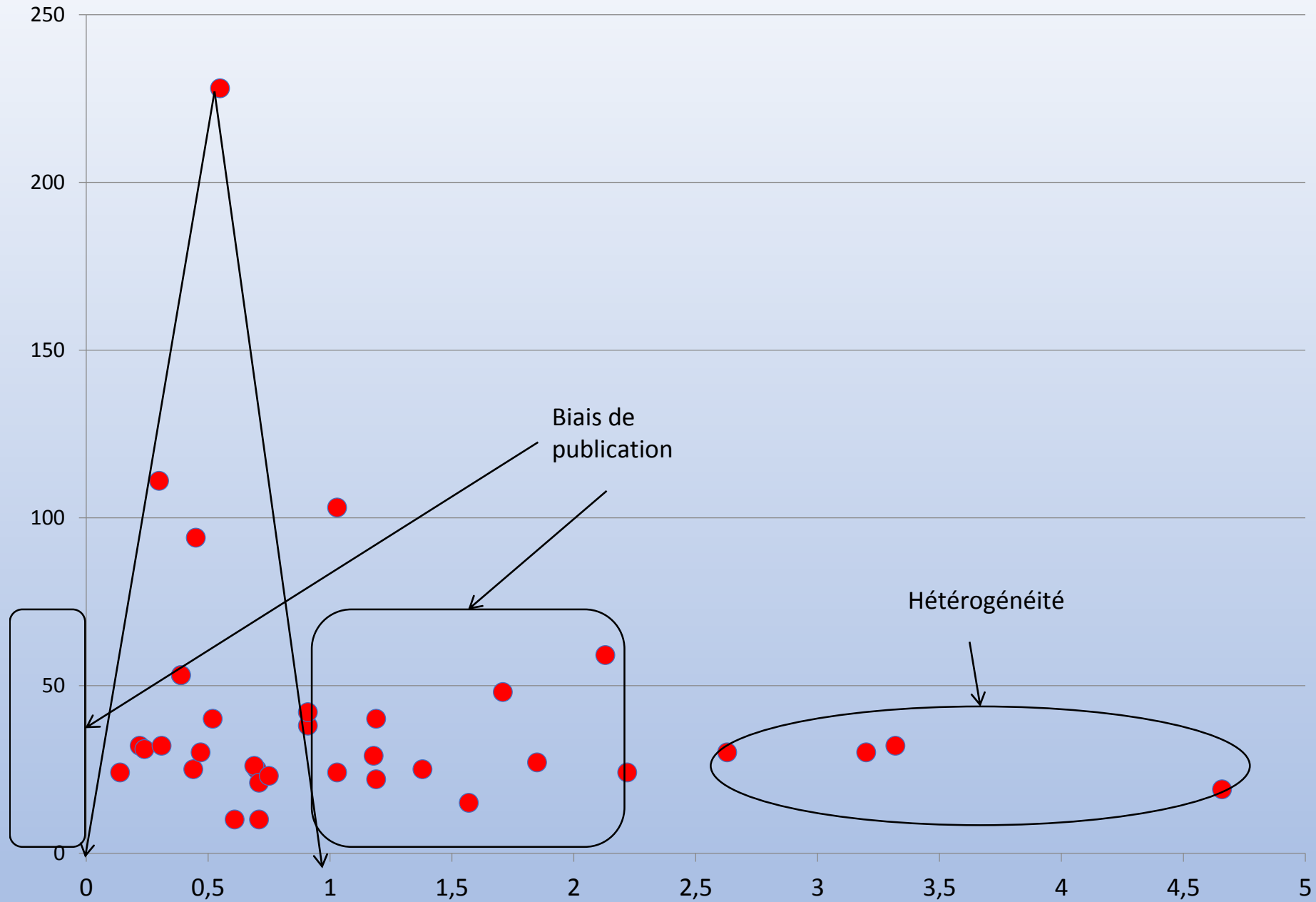
- Analyse de la validité
 - Interne
 - Externe
 - Statistique
- Effets indésirables
- Biais de publication
- Présentation du meilleur niveau de preuve

Validité dans l'arthrose des membres

- Dans l'arthrose du genou 35 études comparatives (n=3248)
- Dans l'arthrose des mains 6 études (n=385)
- Dans l'arthrose de la hanche 1 étude (n=44)



Effet thérapeutique/effectifs de l'étude



Dans la gonarthrose

- Avec une validité élevée, l'étude de Franke (Rheumatol Int 2013) ne montre
 - pas de différence entre les bains avec et sans radon
 - chez les patients réalisant parallèlement un programme multimodal

Dans la gonarthrose

- L'étude de Forestier (Ann Rheum Dis 2010) montre
 - Que la cure + exercices à domicile apporte une amélioration cliniquement pertinente par rapport aux exercices à domicile seuls
 - Pour la douleur , les capacités fonctionnelles, l'opinion du médecin et du patient
 - Pas de différence pour la qualité de vie et la consommation médicamenteuse
 - L'effet est similaire pour un sous groupe de patients atteints d'arthrose généralisée

Dans la gonarthrose

- L'étude de Fioravanti (Int J Biometerol 2015) avec une validité élevée mais des réserves sur le design liste d'attente
 - Que les bains dans l'eau thermale et les applications de boue sont supérieurs à l'absence de traitement
 - Pour la douleur (WOMAC pain), la fonction (Lequesne, WOMAC function), le dérouillage matinal (WOMAC stiffness) et la qualité de vie (AIMS1) à 3, 6 et 9 mois.
 - Cette étude montre que la cure a un effet médico économique (Ciani Arthritis Rheum 2017)

Volet médico-économique de l'essai « bains + boue thermale versus liste d'attente »

- Coût moyen des dépenses de santé dans les 12 mois est significativement moins élevé pour le groupe traitement thermal (303 €) versus le groupe contrôle (975 €)
- Le surcout plus élevé dans groupe contrôle est liés en partie aux coûts des traitements par viscosupplémentation et de chirurgie prothétique: 6 patients se sont faits opérer dans le groupe contrôle et 0 dans le groupe cure

Dans la gonarthrose

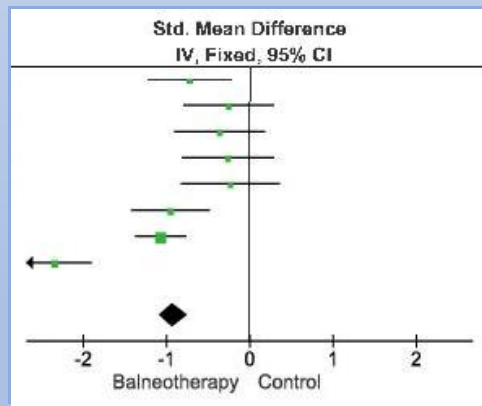
- Il y a toute une série d'études avec un risque de biais faible à **moyen** (Kulisch Eur J Phys Rehabil Med 2014, Fioravanti Int J Biometeorol 2012, Fioravanti Rheumatol Int 2010, Karagulle Clin Rheumatol 2007, Mahboob J Altern Compl Med 2009, Sherman IMAJ 2009, Tefner Rheumatol Int 2012, Balint Clin Rheumatol 2006,, Kovacs Rheumatol Int 2002, Obadasi Phys Med Rehab Kur 2002)
- Qui manquent souvent de puissance statistique pour comparer eau ou boue thermales et non thermales

Gonarthrose: méta analyse soins en eau thermale

- Méta analyse effectuée à partir de 8 essais thermaux Analyse: indice de WOMAC (douleur, raideur, fonction)
- Résultats: traitements à base eau thermale améliorent la douleur (SMD 0,92), la raideur articulaire(SMD 0,48) et le handicap(SMD 0,55)

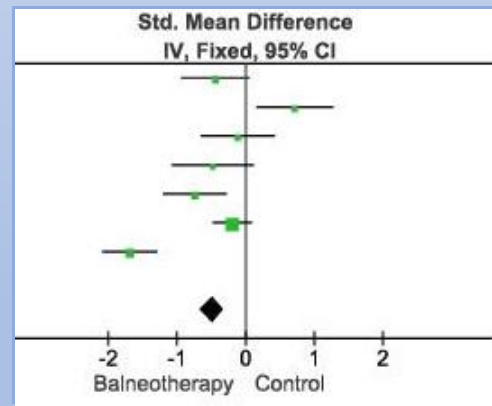
WOMAC douleur

SMD -0,92 (-1,08,-0,75)



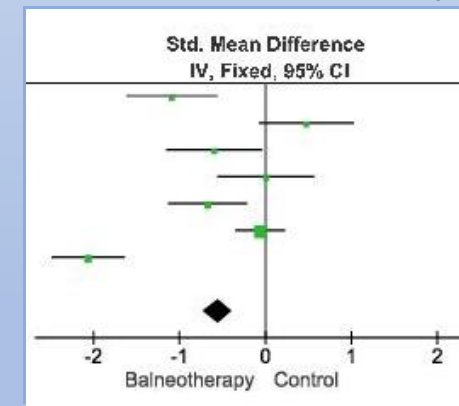
WOMAC raideur

SMD -0,48 (-0,65,-0,31)



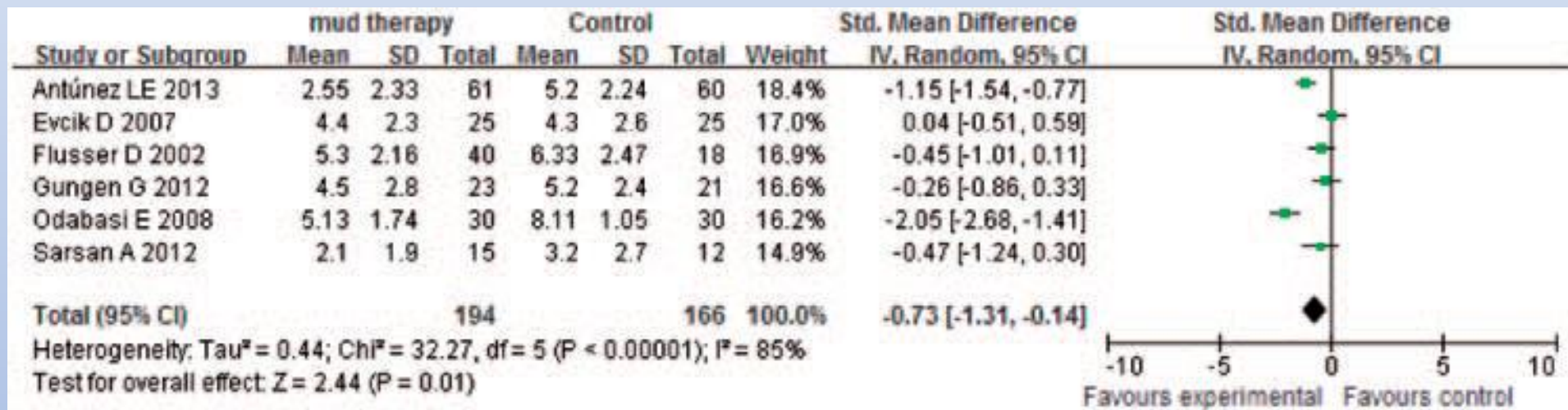
WOMAC fonction

SMD -0,55 (-0,72,-0,38)



Gonarthrose: méta analyse boue thermique

- Méta analyse (2013) sur 7 essais cliniques randomisés évaluant l'effet de la boue thermique
- SMD douleur (EVA): -0,73 (-1,31,-0,14)



Recommandations 2014 de l'OARSI (OsteoArthritis Research Society International) pour la prise en charge non chirurgicale de la gonarthrose

- “La balnéothérapie (« balneotherapy » = cure thermale) est considérée comme un traitement approprié pour la prise en charge de l'arthrose multiple chez les patients ayant des comorbidités, du fait de la pauvreté des traitements alternatifs pour ces patients”

Dans l'arthrose des mains

- L'étude de Horvath (Clin Rehabil 2011) a une bonne validité interne mais un manque de puissance statistique rend la comparaison entre les bains d'eau thermale et d'eau du robinet douteuse
- L'étude de Fioravanti (Int J Biometeorol 2014) montre une supériorité des bains et de la boue sur l'absence de traitement (liste d'attente)

Dans l'arthrose des mains

- L'étude de Gyarmati (IMAJ 2017) montre une amélioration similaire des patients traités par boue thermique et boue enveloppée.
- L'étude Kovacs (Clin Rheumatol 2012) montre une supériorité des bains dans l'eau thermique sur l'eau du robinet sur la plupart des critères de jugement mais elle est peut être la résultante d'une surprenante aggravation du groupe témoin

Dans l'arthrose des mains

- Avec une validité faible mais une bonne puissance statistique (n=107)
l'étude de Graber Duvernay (Press Therm Clim 1997)
 - Ne montre pas de différence sur le critère principal à 6 mois (indice de Dreiser).
 - Il y a une amélioration de la force de préhension, de la douleur et d'un indice topographique combinant déformation douleur et gonflement articulaire

Dans l'arthrose de hanche

- L'étude Kovaks (Int J Biometrol 2016) montre que
 - la cure + exercices à domicile est supérieure à exercices à domicile seuls
 - Pour les 3 dimensions du WOMAC (douleur, dérouillage et fonction)
 - Mais pas pour la qualité de vie (EQ5D)

CONCLUSION

- L'arthrose symptomatique des membres apparait comme une bonne indication de cure thermale, notamment pour la gonarthrose, l'arthrose des mains et la polyarthrose
- Les essais cliniques randomisés montrent un effet thérapeutique des traitements thermaux qui est rémanent sur plusieurs mois avec amélioration de la douleur, de la fonction et de la qualité de vie ainsi qu'une réduction de la consommation d'antalgiques et d'AINS
- Une cure thermale peut également être le temps d'une éducation à la santé ou d'une éducation thérapeutique