



Viscosuppléance versus corticostéroïdes intra- articulaires?

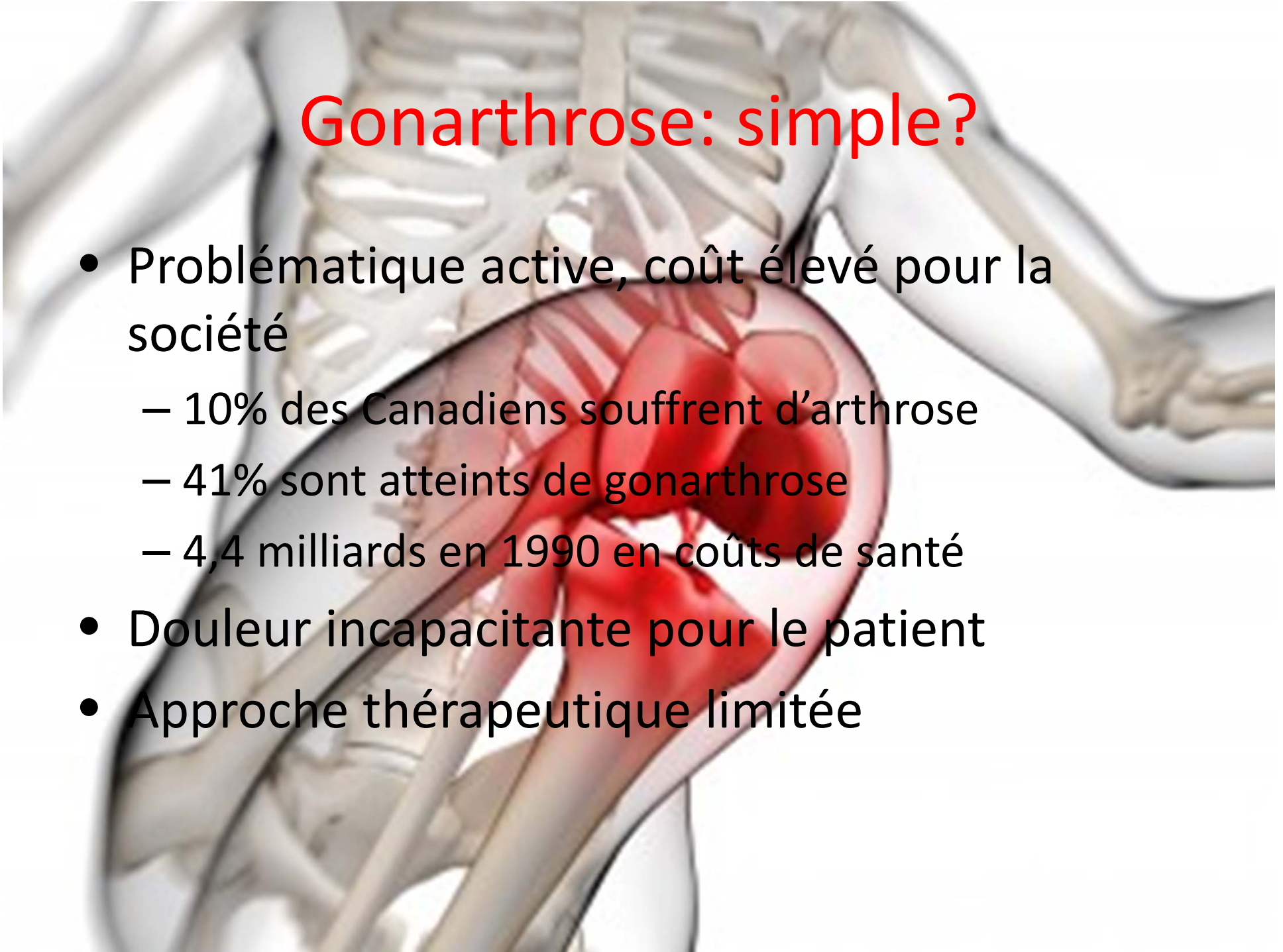
Travail supervisé par :
Dr Frédéric Picotte
Dr Alain Renaud

Travail réalisé par :
Maude Larouche Laliberté
Stéphanie Lavoie-Lennon

30 mai 2014
UMF de Shawinigan

Gonarthrose: simple?

- Problématique active, coût élevé pour la société
 - 10% des Canadiens souffrent d'arthrose
 - 41% sont atteints de gonarthrose
 - 4,4 milliards en 1990 en coûts de santé
- Douleur incapacitante pour le patient
- Approche thérapeutique limitée



Limites? Mythes? Incertitudes? Inconnu?

- Infiltration de corticostéroïdes: traitement local prouvé efficace, mais de courte action.
- La viscosuppléance comme option de traitement: beaucoup de questionnement sur son efficacité

Cela marche-t-il vraiment?
Faut-il un spécialiste? Ce n'est pas couvert? Cela en vaut-il la peine? Plus de risques?
Les corticostéroïdes, c'est mieux!



Inconnu!

- Viscosuppléance connue des spécialistes depuis des années, et beaucoup utilisée par ceux-ci
- Efficacité à plus long terme
- Effet possible sur la fonctionnalité

Chez les patients atteints de gonarthrose, est-ce que la viscosuppléance est plus efficace que l'infiltration de corticostéroïdes?

Méthode

Base de données OVID: ~100 articles

osteoarthritis

knee

hyaluronic acid

glucocorticoids

*intra-articular
treatment*

Conserver seulement les articles qui comparent les corticos et la viscosuppléance

Études
randomisées

Méta-analyses

Revue

Études français
ou anglais

Publiées depuis
1990

~15 articles: 3ième sélection selon les critères suivants:

Issue primaire était de comparer l'effet de ces thérapies sur la douleur et/ou la fonctionnalité du patient

Issue primaire était observée à des fréquences régulières entre le temps zéro et la fin de l'étude.

Méthode



Sachant que la corticothérapie est démontrée efficace pour une période de 1 à 4 semaines, nous trouvons important d'avoir des études utilisant des points d'observation dans cette période clé.

Articles retenus (5):

- 1 méta-analyse ainsi que 2 études incluses dans cette revue, qui nous ont permis de mieux préciser la validité de la méta-analyse.
- 1 article non compris dans la méta-analyse
- 1 article exclu de la méta-analyse pour des raisons mal définies (revue Cochrane)

Résultats

Étude	Dose	Population	Aveugle	Résultats
Carborn et al, 2004 Hylan G-F 20 (Synvisc) Triamcinolone (Kenalog)	1 injection de 2ml par semaine X3 1 injection 40mg	N=113 N= 102	simple	<p>VAS</p> <p>12 sem 26 sem</p> <p>Visco ↓ 46% ↓ 41%</p> <p>Cortico ↓ 26% ↓ 18%</p> <p>WOMAC</p> <p>12 sem 26 sem</p> <p>Visco ↓ 66% ↓ 56%</p> <p>Cortico ↓ 47% ↓ 37%</p>
Bellamy N et al, 2005 Cochrane Database	Cortico vs Hyalgan, Synvisc, Orthovisc	9 études N~ 800	variable	<p>Hyalgan: 5 à 13 semaines, diminution douleur à MEC;</p> <p>RR 0.61 (95% IC 0,44 à 0,84, p < 0,003);</p> <p>NNT 10</p> <p>Comparatif global en faveur Hyalgan de 5 à 13 semaines; RR 1,86 (95% IC 1,26 à 2,75 p <0,002)</p> <p>NNT 7</p>

Résultats

Étude	Dose	Population	Aveugle	Résultats
<p>Leardini et al, 1992</p> <p>Hyalgan</p> <p>6-MPA (Depo-medrol)</p>	<p>1 injection de 20mg par semaine X3</p> <p>1 injection de 40mg par semaine X3</p>	<p>N=20</p> <p>N=20</p>	aucune	<p>VAS</p> <p>0-21 jours: pas de différence</p> <p>28-35 jours: tendance vers Hyalgan</p> <p>60^{ième} jour: différence significative en faveur de l'Hyalgan $p < 0,05$ (VAS 53mm → 19mm Hyalgan vs 58mm → 34mm Solumedrol)</p> <p>Raideur matinale et amplitude articulaire : pas de différence significative, mais tendance en faveur de l'Hyalgan</p>
<p>Jones et al, 1995</p> <p>Hyalgan</p> <p>Depo-medroll</p>	<p>1 injection de 20mg par semaine X5</p> <p>1 injection de 20mg, puis 1 injection de placebo par semaine X4</p>	<p>N=32 (13)</p> <p>N=31 (8)</p>	double	<p>VAS: détecter une différence de 20mm</p> <p>Avec analyse ITT (étant donné haut têt d'abandon), pas de différence statistiquement significative</p>

Résultats

Étude	Dose	Population	Aveugle	Résultats
Bannuru et al, 2009 Méta-analyse et revue systématique	Corticostéroïdes Vs Hyalgan, Synvisc ou Orthovisc	7 études N=610	Variable	Selon Ampleur de l'effet « effect size » À 2 sem. : en faveur des corticos -0,39 (IC 95% -0,65/-0,12) À 4 sem. : efficacité égale -0,01 (IC 95% -0,23/0,21) À 8 sem. : en faveur de la viscothérapie 0,22 (IC 95% -0,05/0,49) À 12 sem : en faveur de la viscothérapie 0,35 (IC 95% 0,03/0,66) À 26 sem : en faveur de la viscothérapie 0,39 (IC 95% 0,18/0,59)

Forces et limites des études

An anatomical illustration of a human shoulder joint. The bones (humerus, scapula, clavicle) are shown in a light gray, semi-transparent style. The joint space and surrounding structures are highlighted with a vibrant red color, indicating the focus of the study. The background is white.

- Presque toutes commanditées par compagnies de viscosuppléance
- Protocoles sont peu réalistes et peu applicables dans la pratique courante
- Multiples injections de cortisone
- Peu de patients dans chaque étude
- Garder les observateurs aveugles
- Groupes bien randomisés
- Population choisie représente notre clientèle



Effacité démontrée

- Effacité de la viscosuppléance démontrée supérieure à long terme (de 5 à 26 semaines)
- Effet possible sur la fonctionnalité
- Effet inflammatoire probable

OUI, la viscosuppléance est plus efficace que la cortisone intra-articulaire à partir de 4 semaines post injection, et effet documenté jusqu'à 26 semaines après injection.

Costco: 445\$ / 438\$

Wal-Mart: 475\$/467\$

Cortico: 40-60\$

Concrètement

- Viscosuppléance= soulagement *SUPÉRIEUR* dans la gonarthrose à long terme
- Sous-utilisée actuellement
- Pas plus d'effets secondaires que la cortisone
- Possibilité de combiner les traitements?
- Coûts élevés: couvert par la plupart des assurances privées, sinon le choix revient au patient

En bref... allez-vous changer votre pratique?

Le patient a besoin de nous!

La gonarthrose, ça fait mal!

- N'hésitez pas à recourir aux injections intra-articulaires
- Offrez au patient les alternatives possibles et décidez selon ses besoins
- La viscosuppléance devrait être privilégiée lors d'une absence de réponse au corticostéroïdes



Pour le futur

An anatomical illustration of a human torso and arm. The ribcage, spine, and arm bones are shown in a light, semi-transparent style. A specific joint area, likely the shoulder or elbow, is highlighted with a semi-transparent red overlay, indicating the focus of the text.

Il serait intéressant de voir dans de prochaines études

- Stratifier plus clairement l'impact de la viscosuppléance dans l'amplitude de mouvement et le fonctionnement
- Détailler l'impact sur l'évolution de la gonarthrose, ralentie-t-elle son évolution?
- Retarde-t-elle l'option chirurgicale?

Référence



- Leardini et al, Intra-articular treatment of knee oestoarthritis. A comparative study between hyaluronic acid and 6-methylprednisolone acetate, *Clinical and Experimental Rheumatology* 9, 1991, pages 375-381
- Jones et al, Intra-articular hyaluronic acid compared to intra-articular triamcinolone hexacetonide in inflammatory knee oestoarthritis, *Oestoarthritis and Cartilage* 3, 1995, pages 269-273
- Caborn et al, A randomized single-blind comparison of the efficacy ant tolerability of hylan G-F 20 and triamcinolone hexacetonide in patients with oestoarthritis of the knee, *The Journal of Rheumatology*, volume 3, no 2, 2004, pages 333-343
- Bannuru et al, Therapeutic trajectory of hyaluronic acid versus corticosteroids in the treatment of knee oestoathritis : A systematic review and meta-analysis, *Arhtitis and Rheumatism*, volume 61, no 12, décembre 2009, pages 1704-1711
- Bellamy et al, Intraarticular corticosteroid for treatment of oestoarthritis of the knee, Intervention Review, *The Cochrane Collaboration*, 2009

An anatomical illustration of a human torso, showing the ribcage and the heart area. The heart is highlighted in a reddish color, and the surrounding structures like the lungs and major vessels are also visible. The illustration is semi-transparent, allowing the underlying skeletal structure to be seen.

Remerciements

Merci à tous nos superviseurs

Un merci particulier à

- Dr Frédéric Picotte
- Dr Alain Renaud
- Mme Annie Boutin

Questions?

