

Recommandations de l'EULAR pour le traitement de la gonarthrose

1	La prise en charge optimale de la gonarthrose repose sur l'association de traitements pharmacologiques et non pharmacologiques
2	Le traitement de la gonarthrose doit être personnalisé selon : <ul style="list-style-type: none">- les facteurs de risques des genoux (obésité, facteurs mécaniques et activité physique)- les facteurs de risques généraux (âge, affections associées et polymédication)- le niveau de douleur et d'handicap- la présence ou non de signes inflammatoires locaux (hydarthrose)- la localisation et le degré des lésions structurales
3	Les traitements non pharmacologiques de la gonarthrose doivent comprendre l'éducation du patient, des exercices réguliers, l'utilisation d'aides techniques (cannes, semelles), et la réduction d'une surcharge pondérale
4	Le paracétamol est l'antalgique de première intention, à poursuivre au long cours si son efficacité est suffisante
5	Les applications locales (AINS et capsaïcine) sont efficaces et sans danger
6	Les AINS par voie générale doivent être utilisés chez les patients ne répondant pas au paracétamol. Chez les patients à risque gastro-intestinal élevé, les AINS classiques associés aux agents gastro-protecteurs efficaces ou les inhibiteurs spécifiques de la cox2 doivent être utilisés.
7	Les antalgiques opiacés, avec ou sans paracétamol, sont utiles comme alternative chez les patients chez qui les AINS, y compris les inhibiteurs spécifiques de la cox2, sont contre-indiqués, inefficaces ou mal tolérés.
8	Les anti-arthrosiques symptomatiques d'action lente (sulfate de glucosamine, chondroïtine sulfate, diacérhéine, et acide hyaluronique) ont un effet symptomatique et pourrait avoir un effet structural
9	L'infiltration de corticoïdes locaux est indiquée en cas de poussée douloureuse de la gonarthrose, surtout si elle s'accompagne d'un épanchement
10	L'arthroplastie doit être envisagée en cas de douleurs rebelles associées à un handicap et une destruction radiologique