



Recherche vers l'Action

Les résultats pratiques des recherches de pointe appliqués sur les saines habitudes de vie en langage simple.

Le vieillissement, l'arthrite et la vie active

Par: Monique Camerlain, MD, FRCPC

Cet article décrit comment une médication appropriée associée à l'activité physique peut aider les aînés arthritiques à contrôler la douleur, à freiner la progression de la maladie, à s'adonner aux activités de leur vie quotidienne et à bénéficier de plus d'assurance et d'une autonomie prolongée.

Coalition d'une Vie Active pour les Aînés(e)s

33 chemin Laird, Toronto
 ON, M4G 3S9
 Sans frais: 1-800-549-9799
 www.alcoa.ca

Il est possible d'obtenir les références en consultant le site web de la CVAA au www.alcoa.ca

Produit en collaboration avec:


 La Société d'arthrite
 www.arthrite.ca
 1-800-321-1433


 ARTHRITIS HEALTH PROFESSIONS ASSOCIATION
 www.ahpa.ca
 (416) 979-7228, ext. 321


 le Centre canadien de l'activité et du vieillissement
 www.uwo.ca/actage
 1-866-661-1603


 Health Canada Santé Canada
 www.hc-sc.gc.ca/hppb/guideap/
 1-888-334-9769 (pour guides)


 MERCK FROSST
 Découvrir toujours plus.
 Vivre toujours mieux.
 www.merckfrosst.com
 1-800-361-7031
 ©ALCOA 2004

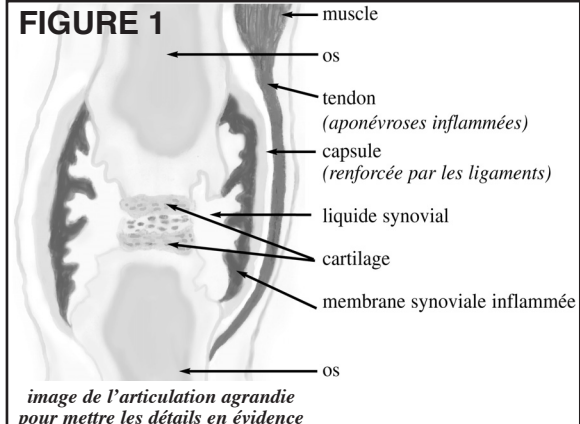
Selon une publication de Santé Canada **L'Arthrite au Canada**, il y a 100 formes différentes d'arthrite et d'affections rhumatismales. Ces affections touchent l'appareil musculo-squelettique - os, articulations, bourses, muscles et tendons. L'incidence de l'arthrite augmente de 1% aux 5 ans chez les Canadiens. On prévoit qu'en 2026, 6 millions de Canadiens, soit 20% de la population adulte de plus de 15 ans, souffriront d'arthrite. Les gens de plus de 55 ans seront les plus touchés. Bien que l'incidence de l'arthrite augmente avec l'âge, 3 arthritiques sur 5 ont moins de 65 ans.

Il y a deux grandes catégories d'arthrite: l'inflammatoire, comme la polyarthrite rhumatoïde (PAR), qui se caractérise par une synovite ou inflammation de la membrane synoviale qui tapisse les articulations (Fig 1) et la non-inflammatoire, comme l'arthrose (OA), qui se caractérise par une dégénérescence du cartilage (Fig 2). La PAR touche 1 à 2% de la population et débute le plus souvent chez les femmes en âge de procréer. L'OA se détecte à la radiographie chez 80% des gens de plus de 60 ans. Un tiers seulement de ces individus en présenteront cependant les symptômes.

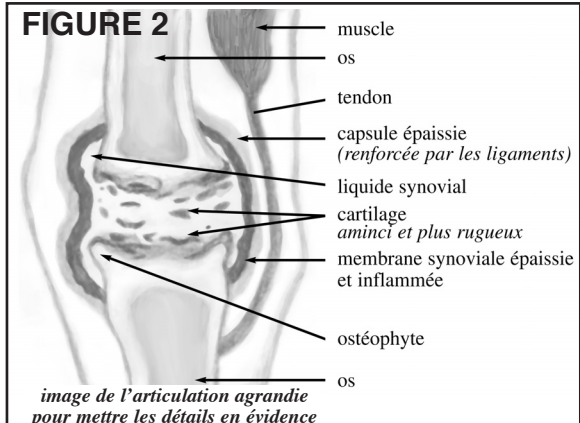
Lorsque la PAR et l'OA ne sont pas traitées, elles peuvent atteindre la structure et la

fonction de l'articulation et entraîner de la douleur et de la difficulté à accomplir les activités de la vie quotidienne. L'arthrite est la première cause d'invalidité à long terme au Canada et une des plus fréquentes raisons de consultation médicale. Les arthritiques éprouvent plus de douleur que les autres personnes qui souffrent de maladies chroniques. Ils doivent aussi passer plus de journées alités et limiter davantage leurs activités que ces autres patients.

Articulation dans l'arthrite rhumatoïde



Articulation dans l'arthrose



Remerciements

Auteur:

Monique Camerlain,
MD, FRCPC

Président du comité:

Philippe Markon, PhD
Université du Québec
à Chicoutimi, PQ

Membres du comité:

Lisa Cirella
La Société d'arthrite
Toronto, Ontario

Marlène Gauthier

Merck Frosst Canada Ltée.
Kirkland, Québec

Gareth Jones, PhD
Centre canadien de
l'activité et du
vieillessement (CCAV)
London, Ontario

Imran Syed
CVAA
Toronto, Ontario

Bruce Taylor
Santé Canada
Ottawa, Ontario

Jean Wessel, PhD
Arthritis Health
Professions Association
Hamilton, Ontario

Revisé par:

Dr. Arthur Bookman
Président du
conseil médical
La société d'arthrite

Photos:

Santé Canada

*Des copies
supplémentaires
écrites sont
disponibles ou
télécharger en
consultant le
www.alcoa.ca*

*La reproduction
totale du présent
document est
autorisée sous
réserve que sa
provenance soit
attribuée à la
CVAA, à l'auteur
et à "Recherche
vers l'Action".*

Selon Santé Canada, les coûts reliés au diagnostique et au traitement de l'arthrite s'élevaient à \$4.4 milliards au Canada en 1998. Ceci excluait le coût des médicaments achetés en vente libre et celui des visites à des professionnels de la santé autres que les médecins. Ces coûts vont encore augmenter avec le vieillissement prévu de la population.

Impact de l'arthrite sur les aînés

L'arthrite et les affections rhumatismales sont les causes les plus fréquentes de maladie chronique chez les aînés et elles touchent également les hommes et les femmes dans ce groupe d'âge. Les aînés doivent aussi composer, en même temps, avec d'autres conditions reliées au vieillissement telles que l'affaiblissement de la vision, de l'audition, de l'équilibre, de la coordination, de la mémoire et des facultés cognitives. Certains facteurs comme la solitude, la dépression et la malnutrition peuvent aggraver le tableau douloureux. Quand la mobilité est restreinte à cause de la douleur, il peut en résulter de la faiblesse musculaire, de la déminéralisation et de la fragilité osseuse qui réduisent davantage la mobilité et aussi l'autonomie.

Signes et symptômes de l'arthrite et du vieillissement

L'arthrite et les affections rhumatismales se caractérisent par la douleur, la raideur et parfois le gonflement de l'articulation et des tissus qui l'entourent. Il en résulte une limitation du mouvement et une déformation de l'articulation. L'évolution se fait vers une instabilité et une fonte musculaire reliées à la perte de mobilité.

Les aînés qui présentent les symptômes de l'arthrite doivent consulter leur médecin et subir un examen minutieux afin d'être pris

en charge. Plusieurs ne le font pas parce qu'ils estiment devoir se résigner avec l'âge à vivre avec de la douleur et de l'inconfort. Ceci est faux et leur qualité de vie pourrait être de beaucoup améliorée par un programme qui vise le soulagement de la douleur, la conservation de la fonction, le maintien de l'autonomie, de la dignité et de l'estime de soi.

Le médecin de famille fera un bilan de santé complet en recherchant d'autres conditions fréquemment associées au vieillissement comme l'ostéoporose, la maladie cardiaque, le diabète et l'hypertension. Il dressera un plan de traitement conforme aux règles directrices de la pratique médicale. Suivant le type d'arthrite et sa gravité, il pourra prescrire des radiographies et des épreuves de laboratoire. Il pourra aussi consulter un interniste, un rhumatologue ou un orthopédiste selon les besoins et les ressources du milieu.

L'examen clinique peut entraîner diverses formes de traitement. Celui-ci sera médicamenteux ou non médicamenteux selon le cas. Les cas complexes peuvent nécessiter une approche multidisciplinaire et la participation de la physiothérapie, de l'ergothérapie, de la diététique, de la psychologie, du service social, etc... Dans tous les cas, le diagnostique précoce est très important.



La recherche démontre, de façon constante, que l'activité physique intégrée au traitement limite la progression de l'invalidité et favorise le maintien de l'autonomie et ce, même en présence d'une maladie chronique.

Médicaments et activité physique

Les médicaments et l'activité physique ne vont pas l'un sans l'autre dans le traitement de l'arthrite. Tout en contrôlant l'inflammation et la douleur avec les médicaments, on associe un programme d'activité physique qui préserve l'amplitude articulaire et la force musculaire. De plus, l'activité physique accroît l'énergie et le sentiment de bien-être.

Paradoxalement, ce sont les sujets les moins actifs au départ qui seront les premiers à s'améliorer et ceux qui bénéficieront le plus, à long terme, d'un programme d'activité physique.

L'aptitude à lire et à écrire permet de comprendre l'information en matière de santé et favorise une prise de pouvoir par le malade qui peut ensuite passer à l'action. Cette prise de pouvoir basée sur la compréhension est d'une importance particulière pour la population âgée. Les aînées doivent parfois composer avec la confusion et la perte de mémoire. Le taux d'analphabétisme est aussi plus élevé. Tous les aspects du traitement, les directives sur la façon de prendre les médicaments et les informations sur le programme d'activité physique doivent donc être clairement expliqués et on doit s'assurer de la compréhension du patient. Le médecin pourrait, par exemple, demander au patient: « Pouvez-vous me répéter les directives que je vous ai données sur la façon de prendre vos médicaments ou de faire vos exercices ? »



Les aînés se souviennent de prendre leurs médicaments et les prennent correctement quand:

- Ils en ont peu à prendre en même temps;
- Ils doivent les prendre seulement une ou deux fois par jour;
- Ils sont dans des contenants faciles à ouvrir avec des étiquettes faciles à lire et rédigées en gros caractères.

Il est souvent idéal d'utiliser des unités de distribution dites «dosettes» préparées par le pharmacien.

Le risque d'effets secondaires attribuables aux médicaments augmente avec l'âge. Il arrive qu'on initie le traitement avec de plus faibles doses chez les gens âgés. Le médecin doit évaluer le fonctionnement du foie et du rein parce que ces organes sont nécessaires à l'élimination des médicaments. Une liste complète de tous les médicaments ou traitements que le patient reçoit pour toute autre condition doit aussi être accessible et le médecin doit être informé de toute histoire passée de réaction anormale ou d'allergie à des médicaments.

Médicaments utilisés dans le traitement de l'arthrite

Les médicaments utilisés présentement dans le traitement de l'arthrite sont : les anti-inflammatoires, les corticoïdes à faible dose, les agents de rémission et les nouveaux agents biologiques.

Les anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS) sont la base du traitement de l'arthrite. On les utilise couramment dans l'OA et dans la PAR. Il y en a deux types : les traditionnels et les nouveaux coxibs. Les AINS traditionnels soulagent efficacement la douleur et l'inflammation reliées à l'arthrite mais, à long terme, ils peuvent entraîner un nombre d'effets secondaires au niveau du système gastro-intestinal, du foie, du rein, et même l'insuffisance cardiaque. Les gens de plus de 60 ans sont ceux qui sont à plus haut risque pour des complications gastro-intestinales

reliées aux AINS. On retrouve parmi les autres facteurs de risque:

- Une histoire d'ulcère et de leurs complications
- La prise de plusieurs AINS et celle de fortes doses d'AINS
- La prise de médicaments qui «éclaircissent le sang» comme l'aspirine et les anticoagulants (coumadin)
- la prise de faibles doses de corticoïdes
- la présence de maladies associées

La recherche démontre que les coxibs sont aussi efficaces que les AINS traditionnels. Ils ont les mêmes effets secondaires sur le rein et le cœur mais réduisent le risque d'ulcères et leurs complications (perforation et hémorragie) de 50%.

La sécurité gastro-intestinale des coxibs a été documentée dans deux études de 4,000 patients chacune.

Les corticostéroïdes (dérivés de la cortisone) ne sont pas utilisés dans le traitement de l'OA. On les utilise avec succès dans d'autres conditions arthritiques pour diminuer la douleur et l'inflammation et pour préserver la fonction. Ils peuvent sauver la vie dans certaines conditions et un organe dans d'autres. Pris par la bouche, ils peuvent causer un gain de poids et entraîner l'apparition d'un diabète ou l'aggraver. Il en est de même pour l'ostéoporose et l'hypertension.

Les corticostéroïdes peuvent être injectés dans l'articulation avec moins d'effets secondaires. On les utilise ainsi, en injection, dans les tendinites, les bursites, les arthrites inflammatoires et dans l'OA. On ne devrait pas injecter la même articulation plus de 4 fois par année. Dans l'OA, les dérivés de l'acide hyaluronique ou visco-suppléments peuvent être aussi injectés dans l'articulation. Ils agissent comme un lubrifiant.

Les agents de rémission sont présentement utilisés dans le traitement précoce et agressif de la PAR pour contrôler l'activité de la maladie et limiter la

destruction articulaire. Ils ne s'utilisent pas dans l'OA. Il faut rechercher, de façon minutieuse et constante, des signes de toxicité dus à leurs effets secondaires. Les patients qui ne s'améliorent pas avec les agents de rémission usuels peuvent considérer les nouveaux agents biologiques. Ces agents sont très efficaces mais, en raison de leur coût élevé et de la connaissance encore limitée de leurs effets secondaires, on les utilise uniquement en cas d'échec aux agents traditionnels.

L'activité physique

Lorsqu'un traitement médicamenteux adéquat contrôle la douleur et l'inflammation, on peut intégrer l'activité physique au traitement global du sujet. Les buts de l'activité physique sont la préservation ou la restauration de la fonction et la prévention de l'invalidité. L'activité physique aide au contrôle du poids, elle améliore l'image de soi et la sensation de bien-être.



De récentes revues de la littérature médicale confirment la valeur de l'exercice dans la PAR et dans l'OA. Des activités régulières en aérobie et en renforcement limitent l'incapacité, améliorent la vitesse de marche et favorisent les transferts. L'activité physique n'augmente pas la douleur et l'inflammation dans la PAR ou la douleur et la destruction articulaire dans l'OA. Il existe des contre-indications à l'activité physique pour les

ânés arthritiques. Ce sont:

- La douleur intense
- La fièvre
- Les symptômes d'une maladie grave
- Une articulation très douloureuse au toucher
- Une articulation rouge et chaude
- Une articulation très gonflée et qui est sous tension

Si vous avez des doutes, consultez votre médecin avant de débiter un programme d'activité physique.

Un programme complet devrait comprendre:

- Flexibilité (étirement)
- Amplitude du mouvement (non douloureux autour de l'articulation)
- Équilibre (statique et dynamique)
- Renforcement musculaire
- Activités aérobies pour conserver l'endurance

Durant 5 à 10 minutes, les gens âgés devraient faire des activités d'amplitude pour le réchauffement et s'imposer une période de refroidissement de 5 minutes par mouvement d'étirement suivie du maintien de la position. La recherche démontre que les bénéfices de l'activité physique débutent après 10 minutes d'activité soutenue. On augmente ensuite par l'addition de périodes de 10 minutes jusqu'à 30 à 60 minutes d'activité physique modérée et à faible impact, la plupart des jours de la semaine. Pour améliorer la performance ou compenser pour les limitations physiques, les professionnels de la santé devraient prescrire des aides physiques comme le chaud et le froid (qui peuvent relâcher les muscles tendus et soulager la douleur), des orthèses ou des chaussures adaptées.

Les activités récréatives, par opposition aux exercices thérapeutiques répétitifs, sont une partie traditionnelle du traitement de l'arthrite. Elles sont plus agréables et tout aussi utiles pour améliorer le fonctionnement neuromusculaire et la forme physique. Elles rendent les aînés plus conscients de leur corps, augmentent leurs aptitudes et leur facilitent un réseau de support social. Par exemple, les exercices chinois du tai-chi sont plaisants

comme activité de groupe et ils augmentent la force, l'équilibre, la flexibilité et la mobilité dans l'arthrose du genou. Ils diminuent la douleur en permettant une bonne relaxation. Des exercices de préhension et de coordination aident à renforcer les muscles de la main et des doigts. La marche sur des surfaces molles comme l'herbe et les sentiers ou les chemins en copeaux de bois améliore la force des muscles de la hanche. Les appareils à renforcement musculaire par les poids (renforcement isotonique) sont un autre choix. Ils doivent être utilisés dans une amplitude articulaire qui n'est pas douloureuse pour renforcer des groupes musculaires spécifiques autour d'une articulation malade.

Conclusion

L'Organisation Mondiale de la Santé a proclamé que la première décade du 21^{ème} siècle est la « Décade des Os et Articulations ». Ceci met en évidence le besoin de donner une plus haute priorité à la recherche en maladie musculo-squelettique.

Plus de 4 millions de Canadiens souffrent d'arthrite et ce nombre va augmenter avec le vieillissement de la population. Les progrès de la chirurgie, de la rhumatologie et de la pharmacologie apportent déjà de l'espoir aux patients arthritiques. Maintenant, on découvre aussi que l'activité physique améliore les fonctions physiques, limite l'invalidité et préserve l'autonomie.

En devenant actifs physiquement, les aînés peuvent se joindre à la lutte contre l'arthrite et être les artisans de leur propre bien-être.



Les points de vue exprimés dans le présent bulletin sont ceux des auteurs et ne reflètent pas nécessairement ceux de Santé Canada.

Références sélectives

Une excellente source pour celles et ceux qui décident d'accroître leur régime d'activité physique est le Guide d'activité physique canadien pour une vie active saine pour les aînés. Il est possible d'obtenir gratuitement un exemplaire du Guide et du cahier d'accompagnement en composant le 1-888-334-9769 ou en ligne en allant à www.paguide.com.

1. Health Canada. Arthritis in Canada. An On going Challenge. Ottawa: Canada 2003.
2. Hampton J. Aches and Pains. Living with arthritis and Rheumatism. Published by Oxford Health Publications for the International League Against Rheumatism Oxford UK 1992.
3. Spirduso W W, Cronin D L, Exercise dose-response effects on quality of life and independent living in older adults. *Med.Sci.Sports Exerc*, 33:6,Suppl,2001 S598-S608
4. Kempner N, Health Literacy in a Changing World. *The Patient Network*, June 2003, 4-8.
5. Bombardier C, Laine L, Reicin A, Shapiro D, Burgos-Varga R, Davis B, et al. Comparison of upper gastrointestinal toxicity of rofecoxib and naproxen in patients with rheumatoid arthritis. *New Engl. J Med* 2000; 343(21): 1520-1528.
6. Silverstein FE, Faich G, Goldstein JL, Simon LS, Pincus T, Whelton A et Al. Gastrointestinal toxicity with celecoxib vs nonsteroidal anti-inflammatory drugs for osteoarthritis and rheumatoid arthritis: the Class study: A randomized controlled trial . Celecoxib long-term arthritis safety study (CLASS). *JAMA* 2000; 284(10) 1247-1255.
7. Brosseau L, MacLeay L, Robinson V, Wells G, Tugwell P. Intensity of exercise for the treatment of osteoarthritis (Cochrane Review) In: *The Cochrane Library*, Issue1,2003.Oxford:Update Software
8. Van den Ende CHM, Vliet Vlieland TPM, Munneke M, Hazes JMW: Dynamic exercise therapy for treating rheumatoid arthritis (Cochrane Review). In *The Cochrane Library*, Issue 1, 2003: Oxford : Update Softwar
9. Mosher D, Stein H, Kraag G, Living well with arthritis, Ch. 12: Exercise Viking Canada, Toronto 2002, 258-272.
10. Stucki G, Kroeling P, Principles of Rehabilitation Chap 50; 517-529, *Rheumatology* , third edition edited by Hochberg MC, Silman A J, Smolen J S, Weinblatt M E, Weisman M.H Mosby,2003.
11. Camerlain M, Morrice D, Making the Connection: Bones, Joint, & Patients. *The Canadian Journal of Diagnosis*. 20:10 119-120,October 2003