



Recommandations de prise en charge de l'arthrose de la main

Alice Courties, Service de Rhumatologie, Hôpital Saint-Antoine, APHP
Antonio Lopez, MSP Montpellier-Cévennes, DUMG Montpellier-Nîmes

Alice Courties (Paris), Camille Daste (Paris), Alexis Homs (Nîmes), Inès Kouki (Paris), Françoise Alliot-Launois (Paris), Lisa Bialé (Saint-Mandé), Pierre-Emmanuel Cailleaux (Paris), Adeline Cambon (Paris), Roland Chapurlat (Lyon), Michel Chammas (Montpellier), Grégoire Cormier (La Roche sur Yon), Marie-Christine Fabre (Paris), Véronique Gaud-Listrat (Paris), Augustin Latourte (Paris), Antonio Lopez (Montpellier), Nathalie Nayral (Montpellier), Anne-Christine Rat (Caen), Alexandra RöREN (Paris), Christian H Roux (Nice), François Rannou (Paris), Emmanuel Maheu (Paris), Sylvain Mathieu (Clermont-Ferrand), Christelle Nguyen (Paris), Yves-Marie Pers (Montpellier), Jérémie Sellam (Paris)



Liens d'intérêts

Alice Courties

- **Intérêts financiers:** aucun
- **Liens durables ou permanents:** aucun
- **Interventions ponctuelles** (expertises, conseils) : UCB, Abbvie Novartis, Pfizer, BMS, Janssen, Lilly, IBSA
- **Intérêts indirects:** congrès: Pfizer, Roche, Abbvie, UCB, BMS, Novartis, Janssen, Biogen, IBSA

Antonio Lopez

- **Aucun**

Arthrose de la main



1 femme sur 2
1 homme sur 4
souffrira d'arthrose de
la main dans sa vie

Qin et al Arthritis Rheum 2017

2^{ème} localisation d'arthrose

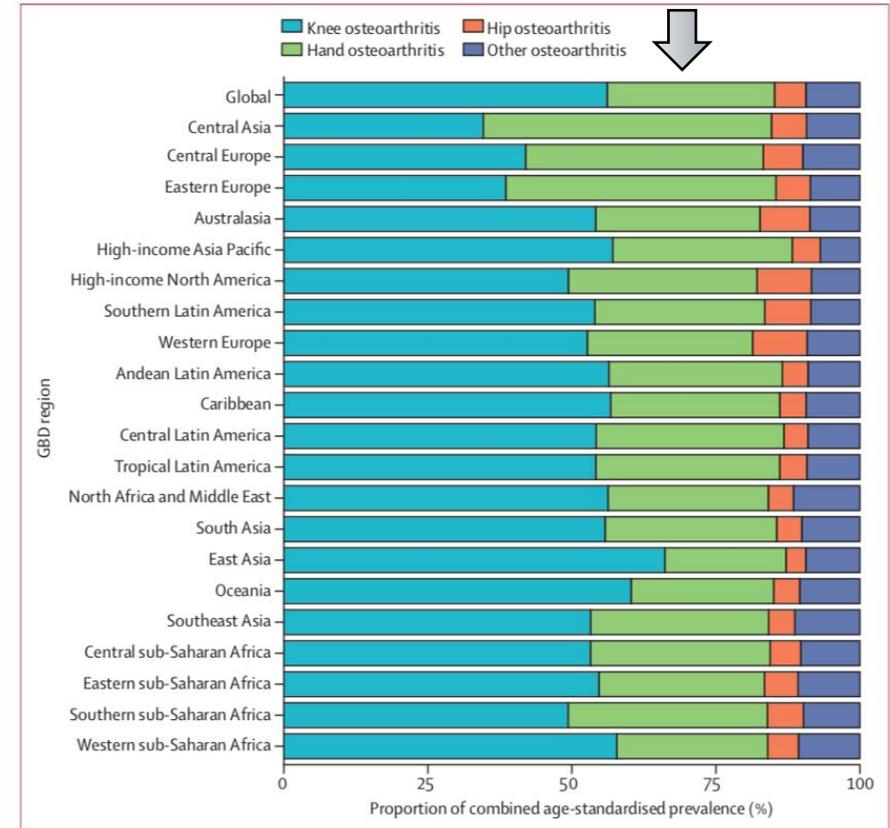


Figure 3: Contribution of different osteoarthritis sites to combined age-standardised prevalence, globally and by GBD region, 2020

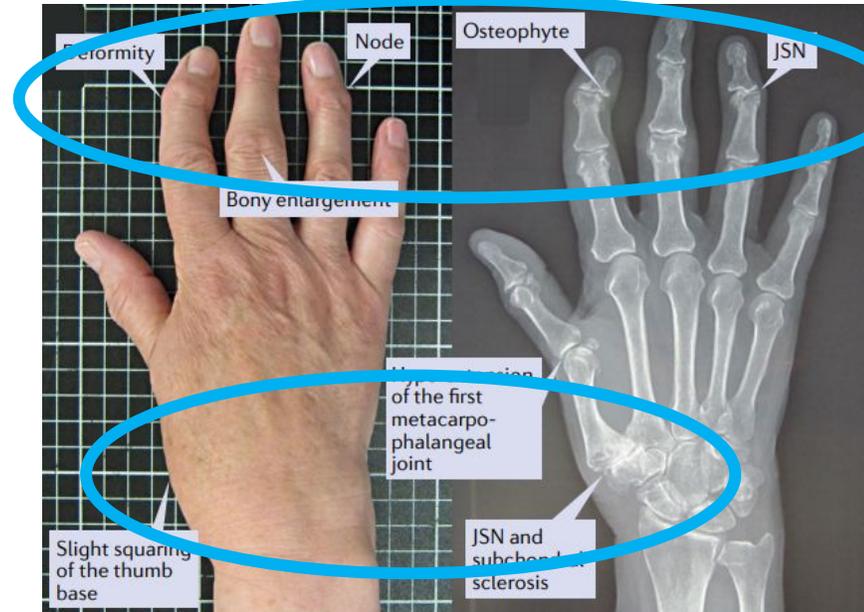
GBD 2021 Collaborators et al, Lancet, 2023

Arthrose de la main : deux phénotypes

Rhizarthrose

(carpométacarpienne +/- scaphotrapézienne)

- Atteinte symétrique
- Perte fonctionnelle importante (pince)
- FACTEURS MECANIQUES



Arthrose des interphalangiennes (proximales et distales)

- Atteinte nodale
- Atteinte érosive
- Symétrique
- Inflammatoire
- FACTEURS SYSTEMIQUES

Rhizarthrose
(15%)

75%

Arthrose IPP
et/ou IPD
(10%)

Quel est le quotidien des patients avec arthrose de la main ?

20 % des patients ont du mal à porter des paquets > 4.5 kg

10% ont des difficultés à prendre leurs médicaments

54.3% à écrire, manipuler ou toucher de petits objets

4 fois plus de risque d'avoir des difficultés pour manger

Zhang et al Am J Epimediol 2002
Dillon et al, Am J Phys Med Rehabil., 2007



Pourquoi faire des recommandations sur la prise en charge de l'arthrose de la main?

- Améliorer la prise en charge des patients
- Harmoniser nos pratiques

Pour qui ?

- Médecins rhumatologues
- Médecins de médecine physique et de réadaptation
- Médecins gériatres
- Médecins du travail
- Médecins généralistes
- Médecins thermalistes
- Chirurgiens orthopédistes
- Masseur-kinésithérapeutes
- Ergothérapeutes
- Etudiants en médecine
- Autorités de santé
- Association de patients
- Pharmaciens

Recommandations disponibles

Recommendation

2018 update of the EULAR recommendations for the management of hand osteoarthritis

Margreet Kloppenburg,^{1,2} Féline PB Kroon,¹ Francisco J Blanco,³ Michael Doherty,⁴ Krysia S Dziedzic,⁵ Elsie Greibrokk,⁶ Ida K Haugen,⁶ Gabriel Herrero-Beaumont,⁷ Helgi Jonsson,⁸ Ingvild Kjekken,⁶ Emmanuel Maheu,⁹ Roberta Ramonda,¹⁰ Marco JPF Ritt,¹¹ Wilma Smeets,^{1,2,3} Josef S Smolen,¹² Tanja A Stamm,¹³ Zoltan Szekanecz,¹⁴ Ruth Wittoek,¹⁵ Loreto Carmona¹⁶

AMERICAN COLLEGE
of RHEUMATOLOGY
Empowering Rheumatology Professionals

Arthritis & Rheumatology
Vol. 72, No. 2, February 2020, pp 220–233
DOI 10.1002/art.41142
© 2020, American College of Rheumatology

2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Management of Osteoarthritis of the Hand, Hip, and Knee

Sharon L. Kolasinski,¹ Tuhina Neogi,² Marc C. Hochberg,³ Carol Oatis,⁴ Gordon Guyatt,⁵ Joel Block,⁶ Leigh Callahan,⁷ Cindy Copenhaver,⁸ Carole Dodge,⁹ David Felson,² Kathleen Gellar,¹⁰ William F. Harvey,¹¹ Gillian Hawker,¹² Edward Herzig,¹³ C. Kent Kwoh,¹⁴ Amanda E. Nelson,⁷  Jonathan Samuels,¹⁵ Carla Scanzello,¹ Daniel White,¹⁶ Barton Wise,¹⁷ Roy D. Altman,¹⁸ Dana DiRenzo,¹⁹  Joann Fontanarosa,²⁰ Gina Giradi,²⁰ Mariko Ishimori,²¹ Devyani Misra,² Amit Aakash Shah,²² Anna K. Shmagel,²³ Louise M. Thoma,⁷ Marat Turgunbaev,²² Amy S. Turner,²² and James Reston²⁰

Objectif

Etablir des recommandations françaises sur la prise en charge non pharmacologique et pharmacologique de l'arthrose de la main

Sous l'égide de la Société Française de Rhumatologie

En partenariat avec la Société Française de médecine physique et de réadaptation et l'association française de lutte antirhumatismale



Méthodologie EULAR

EULAR REPORT

Ann Rheum Dis 2004;**63**:1172–1176. doi: 10.1136/ard.2004.023697

EULAR standardised operating procedures for the elaboration, evaluation, dissemination, and implementation of recommendations endorsed by the EULAR standing committees

Recommendation

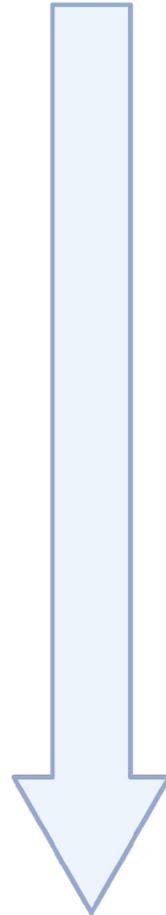


OPEN ACCESS

2014 Update of the EULAR standardised operating procedures for EULAR-endorsed recommendations

Désirée van der Heijde,¹ Daniel Aletaha,² Loreto Carmona,³ Christopher J Edwards,^{4,5} Tore K Kvien,⁶ Marios Kouloumas,⁷ Pedro Machado,^{1,8} Sue Oliver,⁹ Maarten de Wit,⁷ Maxime Dougados^{10,11}

Méthodologie EULAR



Création groupe de travail

Comission éthique de la SFR
(déclaration d'intêret)

16/06/2023 : Réunion de travail n°1

} Bibliographie

12/01/2024: Réunion de travail n°2

Vote groupe de travail

Vote groupe externe

**Présentation congrès SFR
Publication**

Groupe de travail

25 participants multidisciplinaires

Cheffe de projet :

Alice COURTIES, APHP, Saint-Antoine

Coordination:

Jérémy SELLAM, APHP,
Saint-Antoine

Christelle NGUYEN, APHP, Cochin

Yves- Marie PERS, Montpellier

SLR

Inès KOUKI, APHP, Saint-Antoine

Camille DASTE, APHP, Cochin

Alexis HOMS , Nîmes

Rhumatologues libéraux :

Emmanuel MAHEU, Paris

Véronique GAUD LISTRAT, Paris

Rhumatologues Hospitaliers

Lisa BIALE, Bégin, Paris

Roland CHAPURLAT, Lyon

Grégoire CORMIER, La Roche sur Yon

Augustin LATOURTE, APHP,

Lariboisière

Sylvain MATHIEU, Clermont-Ferrand

Christian H ROUX , Nice

MPR:

François RANNOU, APHP, Cochin

Gériatre

Pierre-Emmanuel CAILLEAUX, Paris

Chirurgiens orthopédistes:

Adeline CAMBON BINDER, APHP,
Saint-Antoine

Michel CHAMMAS , Montpellier

Médecin généraliste :

Antonio LOPEZ, Montpellier

Méthodologiste

Anne-Christine RAT , Caen

Kinésithérapeute :

Alexandra RÖREN APHP, Cochin

Ergothérapeute :

Nathalie NAYRAL, Montpellier

AFLAR:

Francoise ALLIOT LAUNOIS

1 patiente: Marie-Christine FABRE

Groupe de relecture de 28 participants

Quel est votre niveau d'accord entre 0 et 10

Jacques-Eric Gottenberg, Rhumatologue, Strasbourg
Laurent Grange, Rhumatologue, Grenoble
Alain Saraux, Rhumatologue, Brest
Orianne Michel-Grosjean, Médecin Généraliste, Saint-Mandé
Francis Berenbaum, Rhumatologue, Paris
Marine Forien, Rhumatologue, Paris
Pascale Vergne-Salle, Rhumatologue, limoges
Paul Ornetti, Rhumatologue, Dijon
Yves Henrotin, Kinésithérapeute, Liège
Florent Eymard, Rhumatologue, Créteil
Francois Loisel, Chirurgien orthopédiste, Besancon
Benoit Legoff, Rhumatologue, Nantes
Sandra Desouches, Rhumatologue, Paris
René Marc Flipo, Rhumatologue, Lille

Camille Deprouw, Rhumatologue, Paris
Thomas Davergne, Kinésithérapeute, Paris
Romain Forestier, Rhumatologue, Aix les Bains
Marie-Martine Lefevre-Colau, Médecin Physique Réadaptation, Paris
Emmanuel Coudeyre, Médecin Physique Réadaptation, Clermont Ferrand
Jonathan Israël, Rhumatologue, Paris
Ariane Do, Rhumatologue, Paris
Damien roche, Rhumatologue, Marseille
Bertrand Coutanceau, Médecin Généraliste, Paris
Stéphanie Delclaux, Chirurgienne Orthopédiste, Toulouse
Vanessa Khanine, Rhumatologue, Paris
Pascal Richette, Rhumatologue, Paris
Azzedine Dellal, Rhumatologue, Montfermeil
Jean-Sébastien Cadwallader, Médecin Généraliste, Paris

Méthodologie

Bases de données utilisées :

PUBMED, MEDLINE

COCHRANE LIBRARY

EMBASE

2 dernières années de congrès internationaux (OARSI, ACR, EULAR, ESCEO)

Pour chaque modalité

Présente dans les
anciennes
recommandations

Sélectionner les essais contrôlés depuis les
dernières recommandations + voir si
méta-analyses récentes

*Possibilité d'inclure un essai antérieur
non inclus dans les recommandations*

Absente des
anciennes
recommandations

Faire une revue exhaustive + prendre
méta-analyses ou SLR récentes

Date de recherche
24/11/2023

Merci à Colin Sidre et Estelle Brochard

GROUPE 1

Modalités Pharmacologiques per os, topiques, parentérales

(AINS per os, Antalgiques : paracétamol, opioïdes faibles / forts, Corticoïdes, Colchicine, Chondroïtine sulfate, glucosamine, diacéréine, Prégabaline, Duloxétine, Bisphosphonates, CBD, Oestrogènes / Traitement hormonal substitutif, Topiques (AINS, , Capsaïcine, Salicylés, Thérapie topique par les plantes, Emplâtre de lidocaïne, DMARDs synthétiques et biologiques (Sels d'or, Methotrexate, Apremilast, Hydroxychloroquine, Anti-TNF, Anti-IL6, Anti-IL1, Otilimab, Denosumab)

**Inès Kouki
Sylvain Mathieu**

GROUPE 2

Modalités Pharmacologiques intra-articulaires et non pharmacologiques (partie 1)

(Intra-articulaires : Corticoïdes, Acide hyaluronique, Toxine botulique, PRP), Protection articulaire, Education, Information orale /écrite, Ergothérapie (occupational therapy), Orthèse rhizarthrose, Orthèse doigts longs, Gant de compression, Exercice, Kinésithérapie, Bains chauds / froids, Cure thermale, Massages)

**Camille Daste
Christelle Nguyen**

GROUPE 3

Modalités non pharmacologiques (partie 2)

(Alimentation / Nutirrtion (vitamine D, Curcumin, fish oil/omega 3, GCSB-5) Ergonomie de travail, Stimulation du Nerf vague, TENS , Ondes électromagnétiques, Bain de paraffine, Yoga, Radiation faible dose, Laser, Balnéothérapie, Programme multidisciplinaire, Acupuncture, Kinesiotaping, Aides techniques (Assistive devices), Thérapie manuelles : chiropraxie, ostéopathie, étiopathie, Homéopathie, Activité physique, Iontophorèse)

**Alexis Homs
Yves-Marie Pers**

Méthodologie

- **Pour chaque recommandation**
 - Vote le jour même
 - >80% de suffrage (méthode Delphi) du groupe de travail
 - Au 3^{ème} vote : 60% d'accord
 - Catégories d'évidence
 - Force de la recommandation

Table 2 Strength of recommendations

Strength	Directly based on
A	Category I evidence
B	Category II evidence or extrapolated recommendations from category I evidence
C	Category III evidence or extrapolated recommendation from category I or II evidence
D	Category IV evidence or extrapolated recommendation from category II or III evidence

Table 1 Categories of evidence⁹

Category	Evidence
1A	From meta-analysis of randomised controlled trials
1B	From at least one randomised controlled trial
2A	From at least one controlled study without randomisation
2B	From at least one type of quasi-experimental study
3	From descriptive studies, such as comparative studies, correlation studies or case-control studies
4	From expert committee reports or opinions and/or clinical experience of respected authorities

Recommendations

4 principes généraux

Principes généraux	Degré d'accord (moyenne; ET)
1. Les objectifs du traitement de l'arthrose de la main sont d'améliorer les symptômes, la fonction, la qualité de vie, et de limiter la dépendance et le handicap.	9.88± 0.33

- Pas d'effet structural attendu

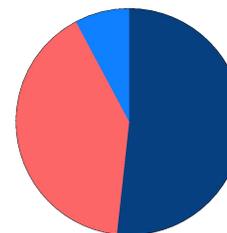
4 principes généraux

Principes généraux	Degré d'accord (moyenne; ET)
1. Les objectifs du traitement de l'arthrose de la main sont d'améliorer les symptômes, la fonction, la qualité de vie, et de limiter la dépendance et le handicap.	9.88± 0.33
2. L'arthrose de la main est une maladie hétérogène et sa prise en charge doit être individualisée en tenant compte de la localisation de l'atteinte, de sa sévérité, de la présence d'une poussée inflammatoire et/ou douloureuse, des comorbidités et des attentes du patient.	9.8± 0.41

- **Différencier arthrose de la base du pouce *versus* doigts longs**
- 50% des patients ont des synovites : arthrose inflammatoire
- Comorbidités importantes pour définir le traitement
- Attentes du patient:

Quelle est votre principale attente concernant le traitement ?

Une amélioration de ?



■ Fonction
■ Douleur
■ Esthétique

4 principes généraux

Principes généraux	Degré d'accord (moyenne; ET)
1. Les objectifs du traitement de l'arthrose de la main sont d'améliorer les symptômes, la fonction, la qualité de vie, et de limiter la dépendance et le handicap.	9.88± 0.33
2. L'arthrose de la main est une maladie hétérogène et sa prise en charge doit être individualisée en tenant compte de la localisation de l'atteinte, de sa sévérité, de la présence d'une poussée inflammatoire et/ou douloureuse, des comorbidités et des attentes du patient.	9.8± 0.41
3. Tous les patients doivent bénéficier d'une information sur la maladie, son évolution et les modalités thérapeutiques disponibles, pour permettre une décision partagée optimale entre le patient et son médecin, en insistant sur l'autogestion de la maladie.	9.68± 1.03

4 principes généraux

Principes généraux	Degré d'accord (moyenne; ET)
1. Les objectifs du traitement de l'arthrose de la main sont d'améliorer les symptômes, la fonction, la qualité de vie, et de limiter la dépendance et le handicap.	9.88± 0.33
2. L'arthrose de la main est une maladie hétérogène et sa prise en charge doit être individualisée en tenant compte de la localisation de l'atteinte, de sa sévérité, de la présence d'une poussée inflammatoire et/ou douloureuse, des comorbidités et des attentes du patient.	9.8± 0.41
3. Tous les patients doivent bénéficier d'une information sur la maladie, son évolution et les modalités thérapeutiques disponibles, pour permettre une décision partagée optimale entre le patient et son médecin, en insistant sur l'autogestion de la maladie.	9.68± 1.03
4. La prise en charge de l'arthrose de la main comprend des mesures non pharmacologiques et pharmacologiques. En cas d'échec du traitement médical, un avis chirurgical doit être envisagé.	9.48± 1.12

11 recommandations

Recommandations	Niveau de preuve	Force	Degré d'accord (moyenne ; ET)
1. Des exercices (mobilisation articulaire, renforcement musculaire, préhension, proprioception) doivent être proposés à tous les patients	1A	A	9.56±1.26

- Les exercices améliorent la douleur, la fonction et la raideur à court terme
- Amélioration de la qualité de vie non démontrée
- Effet taille faible
- **Balance bénéfique/ risque très favorable**
- Pas d'effet maintenu dans le temps

11 recommandations

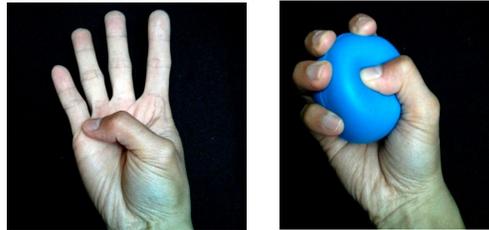
Recommandations	Niveau de preuve	Force	Degré d'accord (moyenne ; ET)
1. Des exercices (mobilisation articulaire, renforcement musculaire, préhension, proprioception) doivent être proposés à tous les patients	1A	A	9.56±1.26

Mobilité des doigts longs



Avec ou sans élastique Poser la main à plat sur la table, écarter les doigts et tenir la position.

Renforcement pouce



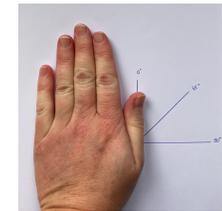
Écartez le pouce, puis enroulez-le en direction de la base de l'auriculaire. Pressez une balle ou une éponge

Préhension



Enrouler votre main autour d'un tube (rouleau de sopalin, rouleau WC). Décoller l'ensemble du pouce sans décoller le reste de la main.

Proprioception



Positionnez votre pouce sur les 3 angles, les yeux ouverts 3 fois puis reproduire le syeux fermés

11 recommandations

Recommandations	Niveau de preuve	Force	Degré d'accord (moyenne ; ET)
2. Des conseils ergonomiques et des aides techniques peuvent être proposés.	2b	B	9.52±1.61

- Les conseils ergonomiques améliorent de la douleur et la fonction à moyen et long terme
- Effet taille faible
- Les aides techniques améliorent la performance et la satisfaction
- **Balance bénéfique/ risque très favorable**

En pratique :

- *Répartir le poids sur les 2 mains*
- *Eviter les mouvements répétitifs du pouce*
- *Eviter les prises prolongées dans une même position*
- *Utiliser une prise aussi large que possible*
- *Aides techniques*



11 recommandations

Recommandations	Niveau de preuve	Force	Degré d'accord (moyenne ; ET)
3. Les orthèses de repos doivent être proposées dans la rhizarthrose et peuvent être proposées dans l'arthrose des doigts.	1A	A	9.52±0.96

- Amélioration de la douleur et la fonction à moyen et long terme (>3 mois)
- Pas de preuve de différence selon le type d'orthèse pour la rhizarthrose
- Seulement 2 études pour le port d'orthèse IP (nocturne)
- **Balance bénéfique/ risque très favorable**

11 recommandations

Recommandations	Niveau de preuve	Force	Degré d'accord (moyenne ; ET)
4. Dans les approches complémentaires, l'application locale de chaleur pourrait être envisagée pour un effet antalgique à court terme*. Les ondes électromagnétiques, le laser, l'acupuncture ou les bandes adhésives de contention ne doivent pas être proposés§.	2b* - 1b§	B* - A§	8.28±2.07

- Niveau de preuve faible pour la chaleur (boue, paraffine)
- Acupuncture efficace dans la gonarthrose

11 recommandations

Recommandations	Niveau de preuve	Force	Degré d'accord (moyenne ; ET)
5. Les AINS topiques peuvent être proposés.	1b	A	9.8±0.5

- Amélioration de la douleur et la fonction
- Pas de différence d'efficacité démontrée avec les AINS per os
- Attention à la posologie : Diclofenac étudié 4 fois par jour pendant 3 à 8 semaines

11 recommandations

Recommandations	Niveau de preuve	Force	Degré d'accord (moyenne ; ET)
6. Les AINS oraux peuvent être proposés, notamment en cas de poussée douloureuse et pour la durée la plus courte possible.	1b	A	9.32±1.28

- **Durée la plus courte**
- **Dose la plus faible**
- **Attention aux comorbidités**
 - Cardiovasculaires
 - Rénales
 - Gastro-intestinales

11 recommandations

Recommandations	Niveau de preuve	Force	Degré d'accord (moyenne ; ET)
7. Les corticoïdes oraux à faible dose peuvent être envisagés dans les poussées inflammatoires poly articulaires, pour une durée limitée.	1b	A	8.48±2.33

- 3 études dont 1 RCT de haut niveau de preuve
- Effet démontré à la posologie de 10 mg de prednisolone
- Amélioration de la douleur et la fonction
- **Durée la plus courte**
- **Dose la plus faible**

11 recommandations

Recommandations	Niveau de preuve	Force	Degré d'accord (moyenne ; ET)
8. Le paracétamol peut être envisagé pour une durée limitée. Les opioïdes faibles (dont le tramadol) ne devraient généralement pas être utilisés.	5	D	8.88±1.33

- Paracétamol : peu de données (groupe contrôle)
- Effets secondaires possible en cas de prise quotidienne prolongée

- Pas de données sur les paliers 2 ou 3
- **Balance bénéfique/ risque défavorable**

11 recommandations

Recommandations	Niveau de preuve	Force	Degré d'accord (moyenne ; ET)
9. La chondroïtine sulfate peut être envisagée à visée symptomatique et sans en attendre un effet structural.	1b	A	8.92±1.71

- 1 RCT avec risque de biais faible: amélioration douleur et fonction
- Posologie de 800mg/ jour (1200 mg/jour en cas de gonarthrose)

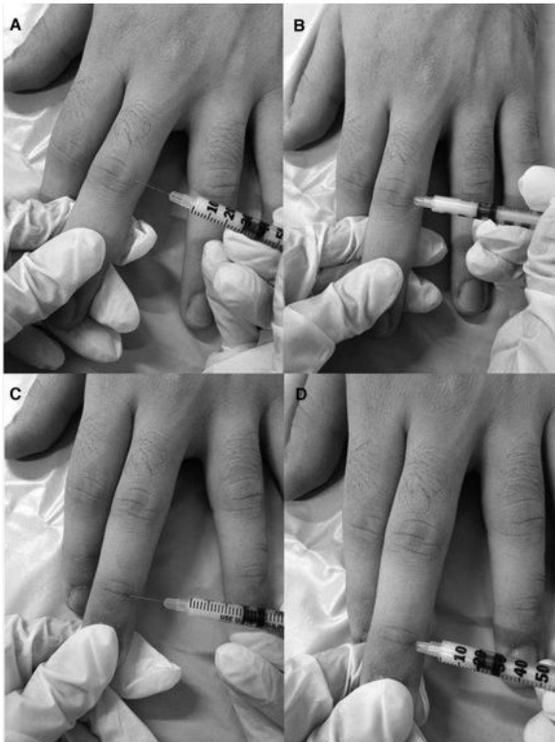
11 recommandations

Recommandations	Niveau de preuve	Force	Degré d'accord (moyenne ; ET)
10. Les infiltrations intra articulaires ne devraient pas être proposées en dehors des infiltrations de corticoïdes dans les interphalangiennes en poussée inflammatoire.	1b	B	7.24±3.55

Infiltrations intra-articulaires interphalangiennes



- 1 essai randomisé contrôlé contre placebo



N=60
IP symptomatique

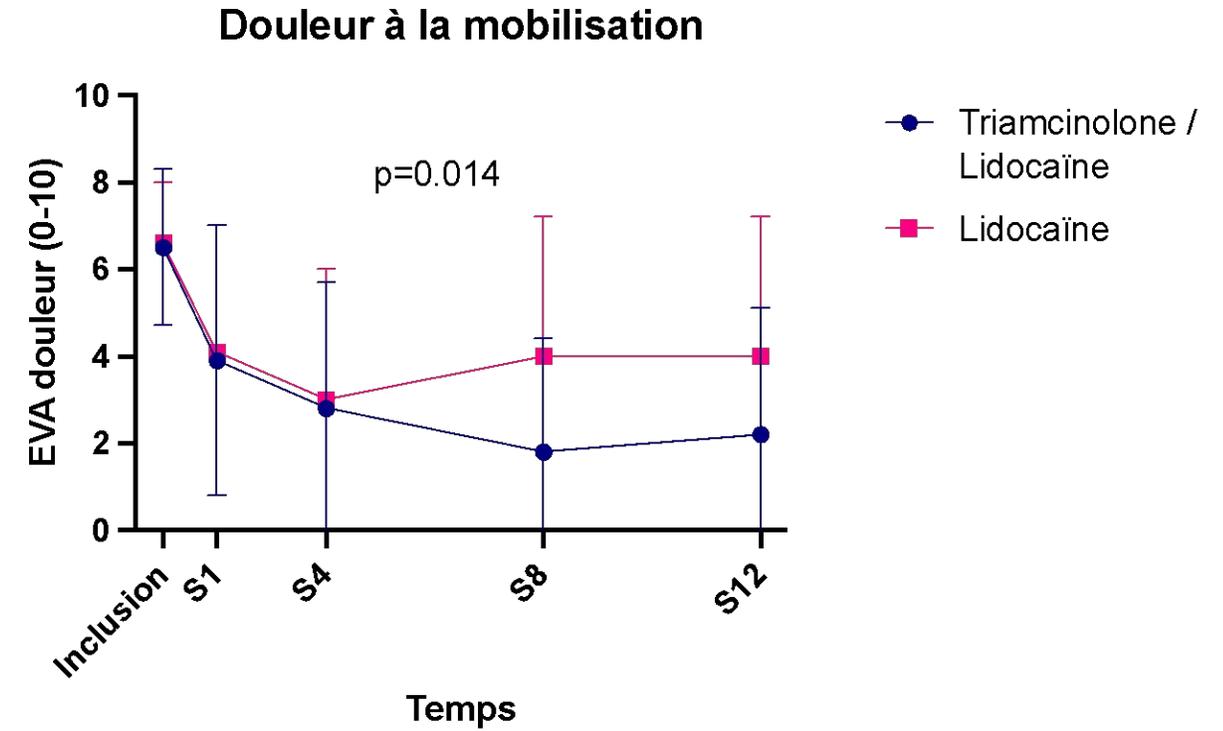
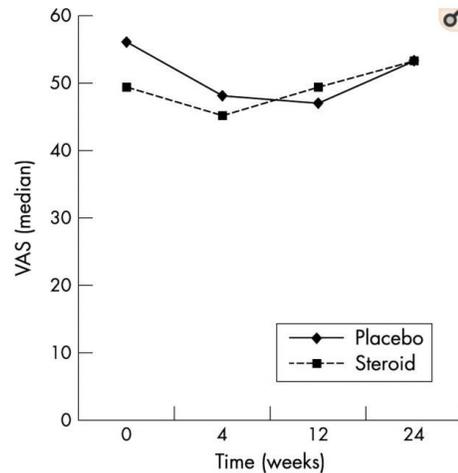


Figure 1. A and B: Intraarticular injection into the proximal interphalangeal joint. C and D: Intraarticular injection into the distal interphalangeal joint.

Essais contre placebo dans la rhizarthrose négatifs

Rhizarthrose symptomatique
N=40

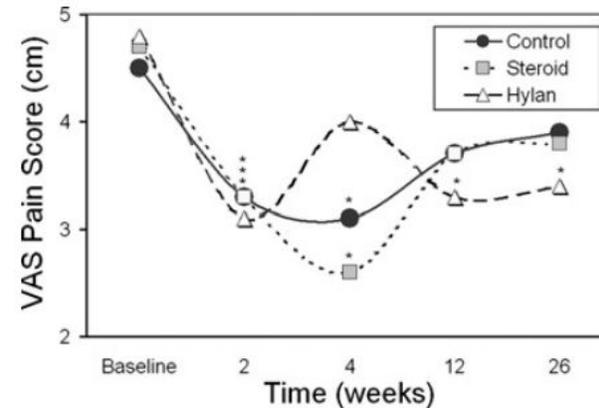
1 triamcinolone
1 placebo



Meengagh GK, Ann Rheum Dis, 2004

Rhizarthrose symptomatique
N=60

2 injections d'AH
1 placebo (NaCl) puis 1 CT
(bethamethasone)
2 placebo (NaCl)

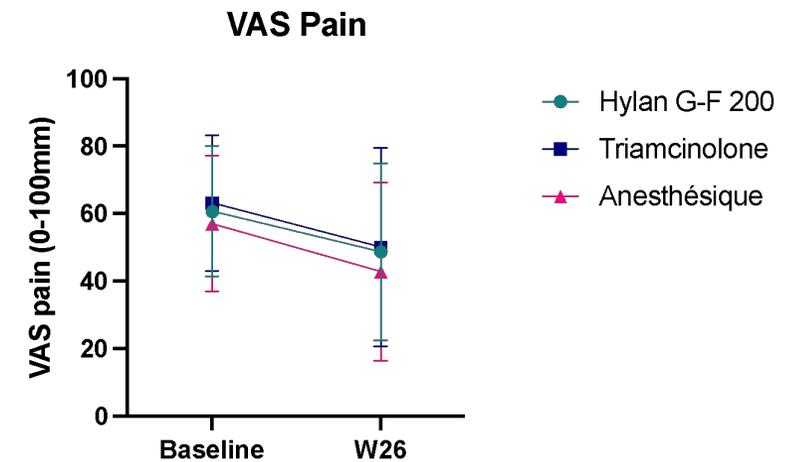


* $p < 0.05$ Par rapport à baseline !
Pas de différence entre les
groupes

Heyworth et al J Hand Surg Am 2008

Rhizarthrose symptomatique
N=188

2 injections d'AH
1 triamcinolone puis 1
anesthésique (bupivacaine)
2 anesthésique



Mandl et al Arthritis Rheum 2012;64:S475-6.

11 recommandations

Recommandations	Niveau de preuve	Force	Degré d'accord (moyenne ; ET)
11. Au vu des données actuelles, la colchicine, l'hydroxychloroquine, le méthotrexate et les traitements biologiques anti-cytokiniques ne devraient pas être proposés.	1b	A	9.32±1.52

- RCT négatifs de haut niveau de preuve
- **Méthotrexate**
 - 1 essai randomisé contrôlé positif
 - Effet taille faible : -9.9/100 mm d'EVA à 6 mois
 - Données supplémentaires nécessaires

Groupe relecture externe

Principes généraux	Niveau d'accord (moyenne \pm SD)
Objectifs	9.82 \pm 0.39
Hétérogénéité	9.36 \pm 1.03
Information	9.07 \pm 1.27
Chirurgie	8.32 \pm 1.89
Recommandations	Niveau d'accord (moyenne \pm SD)
Exercices	9.29 \pm 1.21
Ergonomie	9.07 \pm 0.98
Orthèses	8.86 \pm 1.48
Chaleur	7.57 \pm 2.54
AINS topiques	8.93 \pm 2.00
AINS per os	8.57 \pm 2.10
Corticoïdes	7.75 \pm 1.97
Antalgiques	7.43 \pm 2.39
Chondroïtine	7.21 \pm 1.33
Infiltration	6.93 \pm 2.49
DMARDs	8.43 \pm 1.64

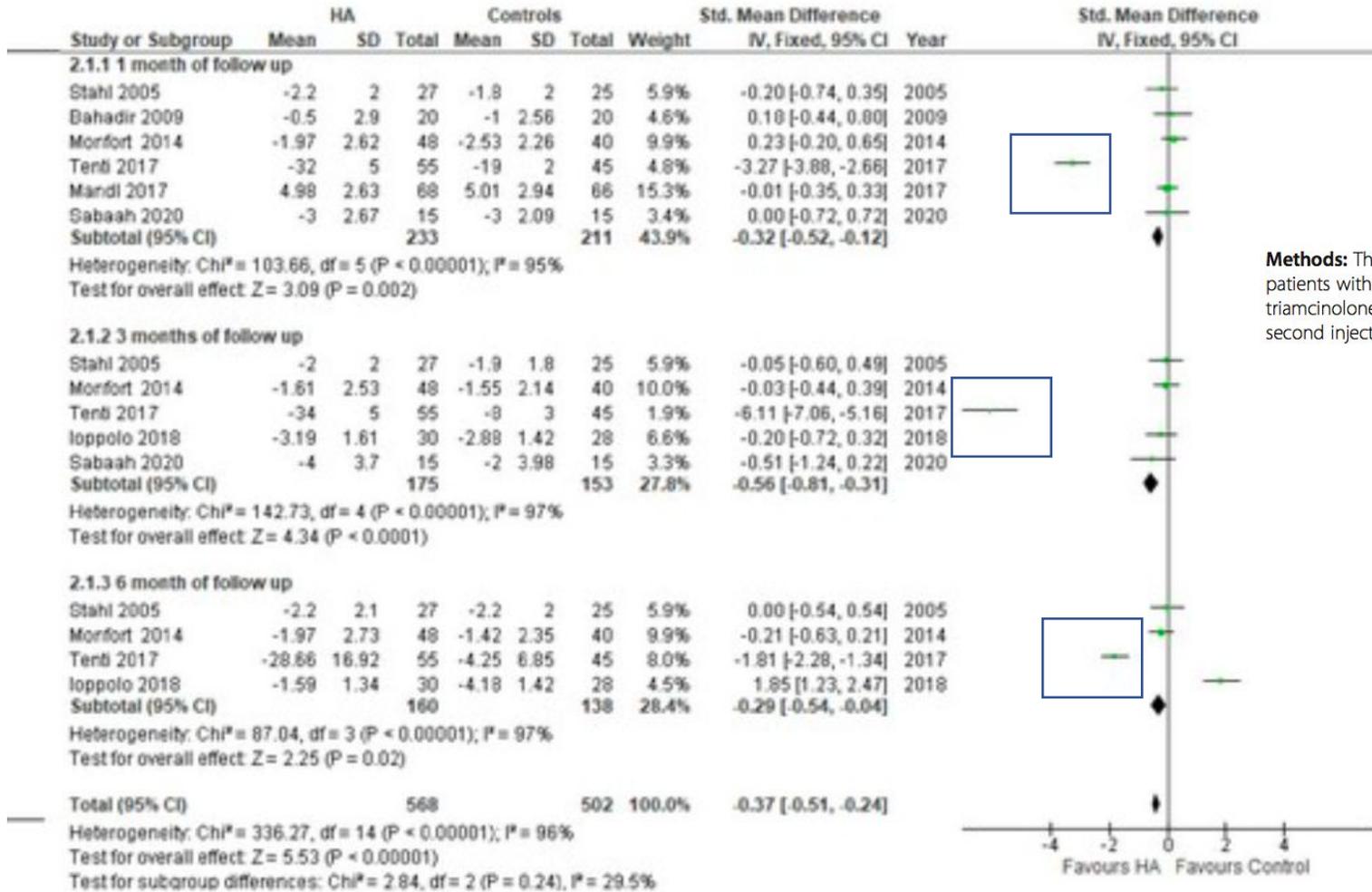
Recommandations de prise en charge de l'arthrose de la main

Alice Courties, Service de Rhumatologie, Hôpital Saint-Antoine, APHP
Antonio Lopez, MSP Montpellier-Cévennes, DUMG Montpellier-Nîmes

Alice Courties (Paris), Camille Daste (Paris), Alexis Homs (Nîmes), Inès Kouki (Paris), Françoise Alliot-Launois (Paris), Lisa Bialé (Saint-Mandé), Pierre-Emmanuel Cailleaux (Paris), Adeline Cambon (Paris), Roland Chapurlat (Lyon), Michel Chammas (Montpellier), Grégoire Cormier (La Roche sur Yon), Marie-Christine Fabre (Paris), Véronique Gaud-Listrat (Paris), Augustin Latourte (Paris), Antonio Lopez (Montpellier), Nathalie Nayral (Montpellier), Anne-Christine Rat (Caen), Alexandra RöREN (Paris), Christian H Roux (Nice), François Rannou (Paris), Emmanuel Maheu (Paris), Sylvain Mathieu (Clermont-Ferrand), Christelle Nguyen (Paris), Yves-Marie Pers (Montpellier), Jérémie Sellam (Paris)

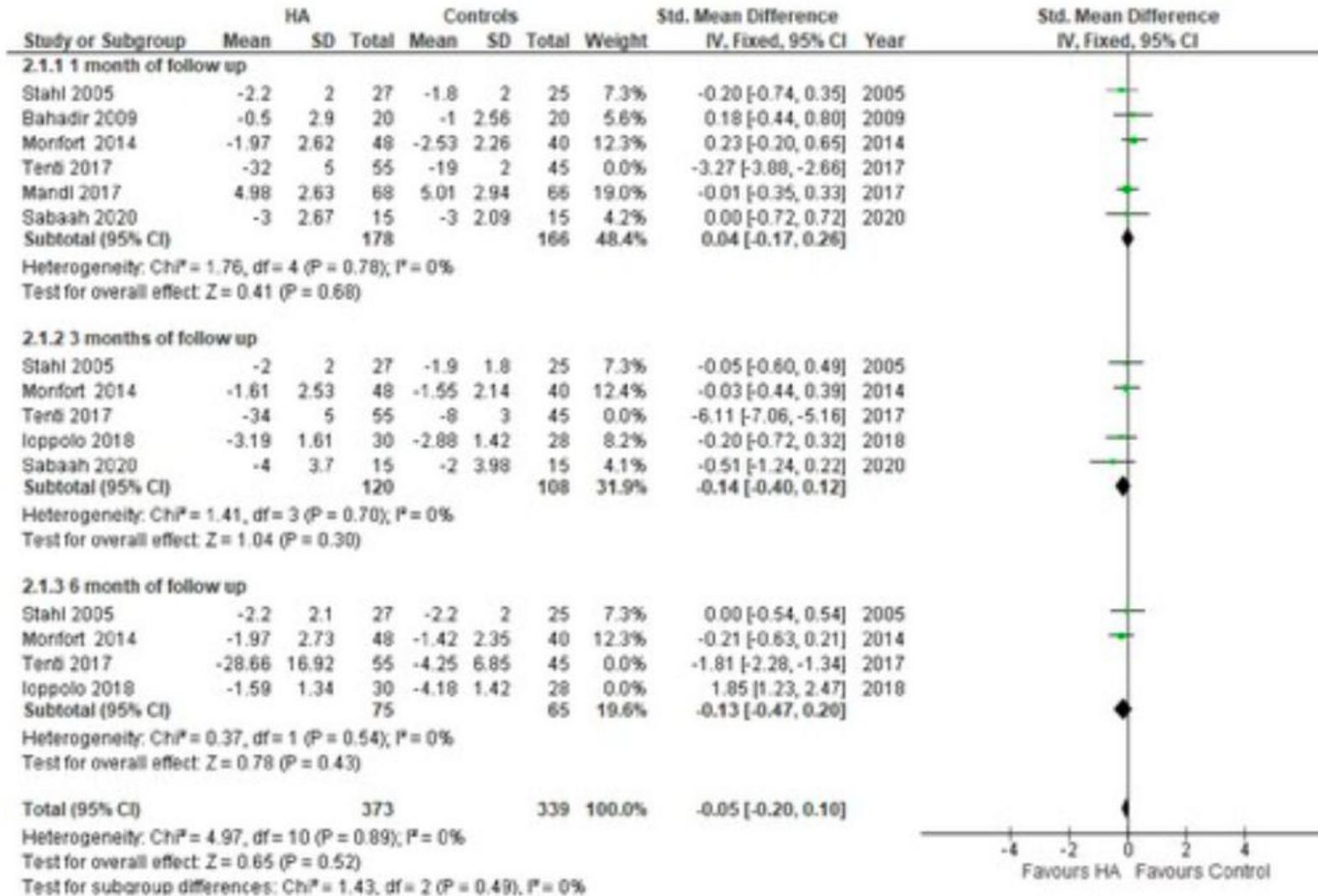


Méta-analyse ACR 2024 : acide hyaluronique dans la rhizarthrose



Methods: This 6-months observational comparative study, retrospective analyzed the medical records of 100 patients with monolateral or bilateral TMJ OA, treated with two injections of Sinovial H-L* (Sinovial H-L Group) or of triamcinolone acetonide (Triamcinolone Group). Clinical assessments were recorded at the time of the first and second injection and after one, 3 and 6 months.

Méta-analyse ACR 2024 : acide hyaluronique dans la rhizarthrose



Après retrait de l'étude rétrospective