

La glucosamine et la chondroïtine sont-elles des remèdes naturels pour l'arthrose?

Anthony Train MBChB MSc CCFP Samantha Moe PharmD G. Michael Allan MD CCFP

Question clinique

La glucosamine (GA) et la chondroïtine (CD) soulagent-elles la douleur des patients souffrant d'arthrose?

Résultats

Les études de meilleure qualité, de plus grande envergure et financées par des fonds publics ne jugent généralement pas que la GA ou la CD sont efficaces. Si les études à plus haut risque de biais sont prises en compte, de 45 à 55% des patients éprouvent une réduction significative de la douleur (c.-à-d. une diminution de $\geq 30\%$ de la douleur) avec l'un ou l'autre de ces traitements par rapport à 35 à 45% chez ceux qui ont reçu un placebo.

Données probantes

Les résultats sont statistiquement significatifs, à moins de mention du contraire.

- Se fondant sur 11 revues systématiques¹ portant sur 1500 mg/jour de GA contre un placebo (2 à 25 ERC; 414 à 4963 patients), une méta-analyse (9 ERC; N=1643) a fait valoir que 47% des patients traités avec la GA et 37% de ceux qui ont pris un placebo ont éprouvé une réduction significative de la douleur après 4 à 156 semaines (nombre de sujets à traiter de 11)².
 - Une autre méta-analyse en arrivait à des conclusions semblables³.
 - Sur une échelle de la douleur en 100 points (reprise d'une méta-analyse par PEER⁴) selon laquelle la douleur au départ était de 52, le placebo a réduit la douleur d'environ 13 points. Dans des ERC de plus grande taille, la réduction de la douleur était la même avec la GA qu'avec le placebo. Dans les ERC plus petites, la GA avait réduit la douleur d'environ 12 points de plus que le placebo.
- À partir de 11 revues systématiques¹ portant sur 800 à 1200 mg/jour de CD contre un placebo (6 à 18 ERC; 362 à 4044 patients), une méta-analyse (9 ERC; N=2477) a démontré que 57% des patients traités avec la CD et 45% des patients qui ont reçu un placebo ont obtenu une réduction significative de la douleur après 12 à 48 semaines (nombre de sujets à traiter de 9)². Une autre méta-analyse n'a trouvé aucune différence (1 ERC; N=330)⁵.
 - Sur une échelle de la douleur en 100 points (reprise d'une méta-analyse⁴ par PEER) en fonction de laquelle la douleur au départ était de 56, le placebo a réduit la douleur d'environ 19 points et la CD a diminué la douleur d'environ 4 points de plus que le placebo dans les


plus grandes ERC, et d'environ 12 points de plus dans les ERC plus petites.

- Dans 6 revues systématiques¹ sur la GA et la CD combinées contre un placebo, 1 seule ERC examinait une réduction significative de la douleur, et on a constaté que les effets combinés étaient semblables à ceux d'une seule des composantes⁵. En fonction des changements sur une échelle de la douleur en 100 points, on n'a trouvé aucune différence entre les effets combinés et ceux du placebo^{4,6}.
- Limites: les études portaient principalement sur l'arthrose du genou².
 - Il n'y avait pas de bienfaits procurés par la GA ou la CD par rapport au placebo dans les études financées par des fonds publics², et les ERC de meilleure qualité ou de plus grande envergure^{3,7,8}.

Contexte

- De nombreuses méta-analyses signalent des «différences moyennes standards» qui sont difficiles à mettre en application sur le plan clinique, et elles ne sont pas rapportées ici¹. Les effets indésirables n'étaient pas souvent indiqués.

Mise en pratique

L'interprétation des études sur la douleur est compliquée: diverses échelles de la douleur, de seuils et de paramètres temporels sont utilisées, et les résultats sont rapportés différemment. Nous nous sommes concentrés sur la proportion de patients qui avaient éprouvé une amélioration significative de la douleur, puisque c'est ce que les patients comprennent le mieux⁹. Il est utile de connaître les changements sur des échelles communes de la douleur (p. ex. échelle visuelle analogique) pour évaluer la recherche. Les cliniciens peuvent les utiliser pour s'assurer de la fiabilité des effets et expliquer les bienfaits des traitements aux patients. La calculatrice en ligne de la douleur¹⁰ ou les aides décisionnelles de PEER peuvent les aider¹¹. 

Le D^r Train est professeur adjoint au Département de médecine familiale de l'Université Queen's à Kingston (Ontario). M^{me} Moe est experte en données probantes cliniques, et le D^r Allan est directeur des programmes et du soutien à la pratique, tous 2 au Collège des médecins de famille du Canada.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Les opinions exprimées dans Outils pour la pratique sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue et les politiques du Collège des médecins de famille de l'Alberta.

Références

1. Train A, Moe S, Allan GM. *Glucosamine & chondroitin: natural remedies for osteoarthritis? Tools for Practice #276*. Edmonton, AB: Collège des médecins de famille de l'Alberta; 2020. Accessible à: https://gomainpro.ca/wp-content/uploads/tools-for-practice/1604004778_tfp276glucosamineandchondroitin.pdf. Réf. du 24 nov. 2020.
2. Ton J, Perry D, Thomas B, Allan GM, Lindblad AJ, McCormack J et coll. PEER umbrella systematic review of systematic reviews. Management of osteoarthritis in primary care. *Can Fam Physician* 2020;66:e89-98.

- Towheed TE, Maxwell L, Anastassiades TP, Shea B, Houpt J, Robinson V et coll. Glucosamine therapy for treating osteoarthritis. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(2):CD002946.
- Simental-Mendía M, Sánchez-García A, Vilchez-Cavazos F, Acosta-Olivo CA, Peña-Martínez VM, Simental-Mendía LE. Effect of glucosamine and chondroitin sulfate in symptomatic knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Rheumatol Int* 2018;38(8):1413-28.
- Singh JA, Noorbaloochi S, MacDonald R, Maxwell LJ. Chondroitin for osteoarthritis. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;(1):CD005614.
- Gregori D, Giacobelli G, Minto C, Barbetta B, Gualtieri F, Azzolina D et coll. Association of pharmacological treatments with long-term pain control in patients with knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2018;320(24):2564-79.
- Eriksen P, Bartels EM, Altman RD, Bliddal H, Juhl C, Christensen R. Risk of bias and brand explain the observed inconsistency in trials on glucosamine for symptomatic relief of osteoarthritis: a meta-analysis of placebo-controlled trials. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2014;66(12):1844-55.
- Black C, Clar C, Henderson R, MacEachern C, McNamee P, Quayyum Z et coll. The clinical effectiveness of glucosamine and chondroitin supplements in slowing or arresting progression of osteoarthritis of the knee: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess* 2009;13(52):1-148.
- Zipkin DA, Umscheid CA, Keating NL, Allen E, Aung K, Beyth R et coll. Evidence-based risk communication: a systematic review. *Ann Intern Med* 2014;161(4):270-80.
- PEER. *Comparing treatment options for pain: the C-TOP tool*. Edmonton, AB: Collège des médecins de famille de l'Alberta; 2021. Accessible à : <https://pain-calculator.com/>. Réf. du 7 janv. 2021.
- Lindblad AJ, McCormack J, Korownyk CS, Kolber MR, Ton J, Perry D et coll. PEER simplified decision aid: osteoarthritis treatment options in primary care. *Can Fam Physician* 2020;66:191-3 (ang), e86-8 (fr).

Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifiés Mainpro+. Pour obtenir des crédits, rendez-vous à www.cfp.ca et cliquez sur le lien Mainpro+.

Can Fam Physician 2021;67:e59-60. DOI: 10.46747/cfp.6702e59

The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the **February 2021** issue on **page 111**.

Les articles d'**Outils pour la pratique** dans *Le Médecin de famille canadien (MFC)* sont une adaptation d'articles publiés dans le site web du Collège des médecins de famille de l'Alberta (CMFA) qui résumant les données médicales probantes en insistant sur des questions particulières et des renseignements susceptibles de modifier la pratique. Les résumés du CMFA et la série dans le *MFC* sont coordonnés par **D^r G. Michael Allan**, et les résumés sont rédigés conjointement par au moins 1 médecin de famille en pratique active et ils font l'objet d'une révision par des pairs. Vous êtes invités à faire part de vos commentaires à toolsforpractice@cfpc.ca. Les articles archivés sont accessibles sur le site web du CMFA: www.acfp.ca.