Bilan des connaissances sur les facteurs de risque de l'arthrose du genou et sur les outils d'évaluation et les interventions en matière de soins et services

II. Tableaux recapitulatifs

Nathaly Gaudreault, Université de Sherbrooke et Centre de recherche – Hôpital Charles-Le Moyne (CR-HCLM)
Marie-José Durand, Université de Sherbrooke et CR-HCLM
Hélène Moffet, Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale et Université Laval
Luc Hébert, Forces canadiennes et Université Laval
Nicola Hagemeister, École de technologie supérieure et Laboratoire de recherche en imagerie et orthopédie
Debbie Feldman, Université de Montréal et Direction de la santé publique de Montréal
Michael Bernier, CR-HCLM
Karine Genest, CR-HCLM
Sylvain Laprise, CR-HCLM
Anne-Catherine Maynard-Paquette, CR-HCLM

Espace réservé à la Direction des communications de l'IRSST

RÉSUMÉ

Avis de non-responsabilité

L'IRSST ne donne aucune garantie relative à l'exactitude, la fiabilité ou le caractère exhaustif de l'information contenue dans ce document. En aucun cas l'IRSST ne saurait être tenu responsable pour tout dommage corporel, moral ou matériel résultant de l'utilisation de cette information.

Notez que les contenus des documents sont protégés par les législations canadiennes applicables en matière de propriété intellectuelle.

Cliquez recherche
www.irsst.qc.ca

Cette publication est disponible en version PDF sur le site Web de l'IRSST.

Cette étude a été financée par l'IRSST. Les conclusions et recommandations sont celles des auteurs.

NOTE AU LECTEUR

Ce document s'inscrit dans le cadre d'une activité de recherche portant sur les facteurs de risque de l'arthrose du genou (AG), sur les outils d'évaluation et sur les interventions utilisés dans les soins et services dispensés aux personnes atteintes de cette maladie. Le rapport a été scindé en deux documents distincts.

Le premier offre un bilan des preuves scientifiques portant sur l'ensemble des facteurs de risque associés au développement et à la progression de l'AG; une recension des outils d'évaluation utilisés lors de la réadaptation des personnes souffrant d'AG, lesquels ont été examinés selon leur pertinence et qualité; ainsi qu'une synthèse des preuves scientifiques portant sur les interventions proposées aux personnes souffrant d'AG. Celui-ci présente les résultats détaillés sous forme de tableaux récapitulatifs. Le lecteur y trouvera une liste exhaustive des articles retenus et rejetés (avec les motifs de rejet), une description des outils identifiés, ainsi que les principales caractéristiques et les scores de qualité des études recensées.

Pour plus de détails sur les objectifs et la démarche méthodologique de cette étude, veuillez consulter le premier document du rapport intitulé : «Bilan des connaissances sur les facteurs de risque de l'arthrose du genou et sur les outils d'évaluation et les interventions en matière de soins et services. I. Rapport synthèse» (http://www.irsst.qc.ca/-publication-irsst-arthrose-du-genou-r-832.html).

CONTENU

1. Tableaux d'extraction – Facteurs de risque (pages 1 à 104)

2. Évaluation de la qualité – Facteurs de risque (pages 105 à 114)

3. Références des articles portant sur les facteurs de risque génétiques (pages 115 à 117)

4. Articles rejetés – Facteurs de risque (pages 118 à 141)

5. Description détaillée des outils présentés (pages 142 à 178)

6. Tableaux d'extraction – Les interventions (pages 179 à 257)

7. Évaluation de la qualité – Les interventions (pages 258 à 266)

8. Articles rejetés – Les interventions (pages 267 à 285)

1. TABLEAUX D'EXTRACTION – FACTEURS DE RISQUE

Âge

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Études de cohorte								
Hochberg et al. (2004)	N total = 289 sujets : 179 hommes (61,9%) et 110 femmes (portion AG avec suivi). Font partie de la *Baltimore Longitudinal Study of Aging*, menée dans la ville du même nom du Maryland (ÉU). ** Suivi de 10 ± 2 ans.	61 ± 14 ans. Probablement qu'une faible proportion fait encore partie de la population active.	*Incident* radiographique : apparition d'un grade KL ≥ 2, chez les genoux ayant plus tôt un grade KL de 0 ou 1.	Âge obtenu par questionnaire.	Sexe, IMC, statut ménopausal (femmes seulement), prise d'hormonothérapie (femmes seulement).	Le risque d'AG augmente significativement par chaque tranche de 5 ans supplémentaire.	OR 1,28 (1,16-1,47).	69
Nishimura et al. (2010)	N total = 360 sujets, dont 241 femmes (66,9%) et 119 hommes. Proviennent du Japon. ** Suivi sur environ 4 ans.	Baseline : 70,8 ± 4,5 ans (femmes) / 71,3 ± 5,1 (hommes). Ne font probablement plus partie de la population active.	*Incident* radiographique : apparition d'un grade KL ≥ 2, chez les genoux ayant plus tôt un grade KL de 0 ou 1. *Progressive* radiographique : grade plus élevé KL au suivi chez ceux étant plus tôt grande KL = 2 ou 3.	Questionnaire	Aucune, vraisemblablement.	Durant la période de suivi, l'avancement en âge n'a été ni un facteur de risque de l'apparition de l'AG, ni un facteur de risque de sa progression.	Pas de données significatives.	56
Études cas-témoins								

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Hashikawa et al. (2011)	Cas : N total = 195 femmes de la région de Nagasaki, au Japon. Témoins : N total = 387 femmes provenant de la même région	Cas : 69,4 ± 7,4 ans. Très faible proportion dans la population active. Témoins : 61,6 ± 9,5 ans.	Radiographique : KL ≥ 2	Âge obtenu par questionnaire.	Aucune	Le risque d'AG augmente significativement par chaque tranche de 5 ans supplémentaire.	OR 1,8 (1,6-2,1)	50
Vrezas et al. (2010)	Cas : N total = 295 hommes. Habitent la région de Francfort ou d'Offenbach, en Allemagne. Témoins : N total = 295 hommes provenant de la même région.	Cas : 68,5% âgés de moins de 65 ans; étendue = 25-70 ans. Bonne proportion dans la population active. Témoins : 89,0% âgés de moins de 65 ans; même étendue.	Combinaison de symptômes non clairement établis + KL ≥ 2	Âge obtenu par questionnaire.	Région, IMC, jogging/athlétisme	Les personnes âgées de 65 ans et plus courent un risque accru d'AG.	OR 19,0 (6,1-58,7).	63
Soeroso et al. (2005)	Cas : N total = 239 sujets, dont 167 femmes (69,9%) et 72 hommes (30,1%). Proviennent de Surabaya,dans l'est de l'Indonésie. Témoins : N total = 279 sujets, dont 137 femmes (49,1%) et 142 hommes (50,9%). Même région.	Cas : 55,48 ± 10,30 ans. Sûrement qu'une proportion appréciable fait partie de la population active. Témoins : 44,19 ± 8,33 ans.	AG symptomatique selon les critères de l'ACR, avec stade KL ≥ 1.	Âge obtenu par questionnaire.	Sexe, alignement, éducation.	Être âgé de plus de 50 ans expose à un risque accru d'AG.	OR 1,86, 95% CI 1,78-2.82.	69

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Valdes_INV (2010)	Cas : N total (TKR seulement) : 673 sujets "Nodal" OA et 1469 "Non-nodal OA". 69,4% de femmes dans le premier groupe et 45,3% dans le deuxième. Proviennent du Royaume-Uni. Témoins : N total = 1906 sujets, dont 54,0% de femmes.	Cas : 71,49 ± 7,76 ans dans le 1er groupe et 68,17 ± 8,30 ans dans le deuxième. Témoins : 64,74 ± 8,24 ans.	RG	Questionnaire : pas d'infos sur les catégories aménagées.	Sexe	Le risque de RG est plus grand chez les non-nodal âgés que chez les nodal plus jeunes.	OR 2,91 (2,59–3,27) et OR 1,90 (1,74–2,07)	63
Études transversales								
Jiang et al. (2011)	N total = 1196 sujets. Difficile d'obtenir une répartition selon le sexe précise, mais elle semble être d'environ 50/50. Sujets du nord-est de la Chine (région rurale et région urbaine).	Sujets urbains : 54,4 ± 9,7 ans; étendue de 40 à 84 ans / Sujets ruraux : 50,6 ± 7,1 ans; étendue de 40 à 76 ans. Probablement qu'un nombre appréciable fait encore partie de la population active.	Radiographique : KL ≥ 2, dans au moins un des deux genoux. Symptomatique : KL ≥ 2, dans au moins un des deux genoux + au moins un mois de douleur dans un genou, dans les 12 derniers mois.	Questionnaire et catégorisation des réponses comme suit : 40–49 ans, 50–59 ans, 60–69 ans, 70 ans.	Sexe	Être âgé de plus de 50 ans ou plus expose à un risque accru d'AG.	OR 2,91 (1,79–4,75)	N/A
Lin et al. (2010)	N total = 1025 sujets, dont 520 femmes (50,7%) et 505 hommes (49,3%). Font partie de la *Wuchuan Osteoarthritis Study*, une étude réalisée en Mongolie.	Hommes : 57,3 ± 8,3 ans / Femmes : 55,6 ± 7,5. Probablement qu'une bonne proportion fait encore partie de la population active.	KL ≥ 2, dans au moins un des deux genoux.	Âge divisé en 4 catégories : 59-64 ans, 65-69 ans, 70-74 ans et 75-84 ans.	Âge, sexe, antécédents de blessure au genou	Le risque d'AG augmente avec l'âge.	Plus jeunes vs plus vieux (R): OR 0,065, (0,034–0.123).	N/A

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Wang et al. (2007)	N total = 1450 sujets, dont 704 hommes (48,6%) et 746 femmes (51,4%). Chinois Han de la région du Xi'an.	54,61 ± 10,14 ans, étendue de 40 à 84 ans. Probablement qu'une proportion très appréciable fait encore partie de la population active.	KL ≥ 2	Questionnaire, puis catégorisation : 40-45 ans, 46 à 50, 51 à 55 ans, 56 à 60 ans…	Aucune	Le risque d'AG augmente significativement par chaque tranche de 5 ans supplémentaire.	OR 1,065 (1,004-1,235).	N/A
Zeng et al. (2006)	N total = 2188 sujets, dont 1049 hommes et 1139 femmes. Proviennent de Taiyuan, en Chine.	Entre 35 et 64 ans (pas de données plus précises).	Critères de l'ACR pour l'AG symptomatique + Kl ≥ 2.	Répartition de l'âge en catégories : 35-39, 40-44, 45-49, etc.	Âge et sexe	Au-delà du cap des 40 ans, le risque d'AG augmente significativement.	OR 2,077 (1,276-3,382)	N/A
Andrianakos et al. (2006)	N total = 8740 sujets, dont 4269 hommes (48,8%) et 4471 femmes (51,2%).De ce nombre, 547 ont été diagnostiqués comme ayant l'AG (sinon OA de la main ou de la hanche. De 9 régions de la Grèce (*ESORDIG study*).	Tous les participants (peu importe le type d'arthrose) = 46,95 ± 17,74 ans. Probablement qu'une bonne partie des sujets font encore partie de la population active.	Critères de l'ACR pour l'AG symptomatique	Âge: moins de 50 ans, 50 ans et plus.	Âge et sexe	Le risque d'AG augmente avec l'âge.	OR 6,4 (12,4–21,8)	N/A
Kacar et al. (2005)	N total = 655 sujets, dont 349 hommes (53,3%) et 306 femmes (46,7%). De la région d'Antalya, en Turquie.	59,71 ± 8,33 ans. Probablement qu'une proportion plus ou moins importante fait encore partie de la population active.	Symptomatique : Douleur dans au moins un des deux genoux + critères de l'ACR et/ou KL ≥ 2	Âge (entrevue en face à face). Pas d'info sur la catégorisation appliquée.	Aucune	Le risque d'AG augmente avec l'âge.	OR 1.1, 1,0–1.1.	N/A

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Du et al. (2005)	N total = 2093 sujets, dont 1199 femmes (57,3%) et 894 hommes (42,75). Du lot, 212 ont été diagnostiqués avec de l'AG radiographique sans douleur. Proviennent de Shanghai, en Chine.	Difficile à dire car les données ne sont pas présentées pour le sous-groupe qui nous intéresse, mais environ 58 ans en moyenne ± 9 ans. Probablement qu'une proportion plus ou moins élevée faisait encore partie de la population active.	KL ≥ 2, dans au moins un des deux genoux.	Âge (entrevue en face à face). Pas d'info sur la catégorisation appliquée.	Aucune	Le risque d'AG augmente avec l'âge.	OR 1,111 (1,083–1,140)	N/A
Anderson et Felson (1988)	N total = 5193 sujets noirs et blancs (53,2% de femmes, et 46,8% d'hommes), dont 315 avec un diagnostic d'AG radiographique. Font partie du *Health and Nutrition Examination Survey (1971-1975) -- HANES 1*.	Entre 35 et 74 ans. Pas de données plus précises (SD), mais environ le tiers des cas d'OA étaient en dessous de la barre du 65 ans; proportion probablement appréciable encore sur le marché du travail.	Radiographique : KL ≥ 2, dans au moins un des deux genoux.	Âge obtenu par questionnaire.	Tous les autres facteurs de risques impliqués dans le modèle : revenu, niveau d'éducation, concentrations en acide urique, tabagisme, etc.)	Pour chaque tranche de 10 ans supplémentaire, le risque d'AG est augmenté chez les hommes et encore plus chez les femmes.	OR 1,76 (1,37-2,26) / OR 3,29 (2,70-4,12).	N/A

Sexe

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Études de cohorte								
Murphy et al. (2008)	N total = 3068 sujets, dont 57,4% de femmes et 42,6% d'hommes (*baseline*). Au suivi, 1590 sujets ont participé à l'étude. Font partie du *Johnston County Osteoarthritis Project*, étude longitudinale menée auprès de Blancs et de Noirs vivant dans des régions rurales de Caroline du Nord (ÉU). ** Suivi de 6 ans (valeur moyenne). Étendue=3,5-13,2 ans	*Baseline* : 61 ans, étendue 45-93 ans. 60,5% sont âgés de moins de 65 ans, ce qui porte à croire qu'une proportion importante fait toujours partie de la population active.	En général, grade KL ≥ 2, dans au moins un des genoux + au moins un symptôme (douleur, raideur, etc.). Dans quelques cas, il s'agit d'un RG.	Questionnaire	Aucune	Les femmes ont un *lifetime risk* d'AG plus élevé que les hommes.	46,8% (41,2–52,5)	44
Hochberg et al. (2004)	N total = 289 sujets : 179 hommes (61,9%) et 110 femmes (portion AG avec suivi). Font partie de la *Baltimore Longitudinal Study of Aging*, menée dans la ville du même nom du Maryland (ÉU). ** Suivi de 10 ± 2 ans.	61 ± 14 ans. Probablement qu'une faible proportion fait encore partie de la population active.	*Incident* radiographique : apparition d'un grade KL ≥ 2, chez les genoux ayant plus tôt un grade KL de 0 ou 1.	Questionnaire	Âge, IMC, statut ménopausal (femmes seulement), prise d'hormonothérapie (femmes seulement).	Les femmes sont plus à risque d'AG.	OR 1,85 (0,95, 3,70).	69
Nishimura et al. (2010)	N total = 360 sujets, dont 241 femmes (66,9%) et 119 hommes. Proviennent du Japon. ** Suivi sur environ 4 ans.	Baseline : 70,8 ± 4,5 ans (femmes) / 71,3 ± 5,1 (hommes). Ne font probablement plus partie de la population active.	*Incident* radiographique : apparition d'un grade KL ≥ 2, chez les genoux ayant plus tôt un grade KL de 0 ou 1. *Progressive* radiographique : grade plus élevé KL au suivi chez ceux étant plus tôt grande KL = 2 ou 3.	Questionnaire	Aucune, vraisemblablement.	Le risque d'apparition de l'AG radiographique est plus élevé chez les femmes que chez les hommes. On ne peut en dire autant pour la progression de la maladie.	OR 2,849 (1.170–6.944).	56

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Études cas-témoins								
Soeroso et al. (2005)	Cas : N total = 239 sujets, dont 167 femmes (69,9%) et 72 hommes (30,1%). Proviennent de Surabaya,dans l'est de l'Indonésie. Témoins : N total = 279 sujets, dont 137 femmes (49,1%) et 142 hommes (50,9%). Même région.	Cas : 55,48 ± 10,30 ans. Sûrement qu'une proportion appréciable fait partie de la population active. Témoins : 44,19 ± 8,33 ans.	AG symptomatique selon les critères de l'ACR, avec stade KL ≥ 1.	Questionnaire	Âge, alignement, éducation.	Le fait d'être une femme expose à un risque environ 2 fois plus élevé d'AG.	OR 2,08 (1,35–3,50).	69
Valdes_INV (2010)	Cas : N total (TKR seulement) : 673 sujets "Nodal" OA et 1469 "Non-nodal OA". 69,4% de femmes dans le premier groupe et 45,3% dans le deuxième. Proviennent du Royaume-Uni. Témoins : N total = 1906 sujets, dont 54,0% de femmes.	Cas : 71,49 ± 7,76 ans dans le 1er groupe et 68,17 ± 8,30 ans dans le deuxième. Témoins : 64,74 ± 8,24 ans.	RG	Calcul de l'IMC à partir des mesures prises à domicile.	Âge	Le risque de RG est réduit chez les femmes « non nodal », mais augmenté chez les femmes « nodal ».	OR 0,60 (0,52–0,70) et OR 1,83 (1,49–2,26)	63
Études transversales								
Goekoop et al. (2011)	N total = 82 sujets, dont 27 hommes (32,9%) et 55 femmes (67,1%). Font partie de la *Leiden 85-plus Study*, réalisée dans la ville hollandaise du même nom.	Tous âgés entre 89 et 91 ans, moyenne de 90,4 ± 0,6 ans.	KL ≥ 2	Questionnaire	Sexe et ajustements faits pour chaque facteur de risque par rapport aux autres	Le fait d'être un homme constitue un déterminant de l'absence d'AG. Les femmes sont donc plus exposées à l'AG.	OR 8,4 (1,9-38,4).	N/A
Jiang et al. (2011)	N total = 1196 sujets. Difficile d'obtenir une répartition selon le sexe précise, mais elle semble être d'environ 50/50. Sujets du nord-est de la Chine (région rurale et région urbaine).	Sujets urbains : 54,4 ± 9,7 ans; étendue de 40 à 84 ans / Sujets ruraux : 50,6 ± 7,1 ans; étendue de 40 à 76 ans. Probablement qu'un nombre appréciable fait encore partie de la population active.	Radiographique : KL ≥ 2, dans au moins un des deux genoux. Symptomatique : KL ≥ 2, dans au moins un des deux genoux + au moins un mois de douleur dans un genou, dans les 12 derniers mois.	Questionnaire	Âge	Les femmes des villes se sont avérées plus à risque d'AG que les hommes.	OR 2,78 (1,76-4,38)	N/A

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Lin et al. (2010)	N total = 1025 sujets, dont 520 femmes (50,7%) et 505 hommes (49,3%). Font partie de la *Wuchuan Osteoarthritis Stud*y, une étude réalisée en Mongolie.	Hommes : 57,3 ± 8,3 ans / Femmes : 55,6 ± 7,5. Probablement qu'une bonne proportion fait encore partie de la population active.	KL ≥ 2, dans au moins un des deux genoux.	Questionnaire	Âge, antécédents de blessure au genou	Les femmes sont plus à risque que les hommes face à l'AG.	Hommes vs femmes (R) : OR 0,45 (0,30–0,67)	N/A
Wang et al. (2007)	N total = 1450 sujets, dont 704 hommes (48,6%) et 746 femmes (51,4%). Chinois Han de la région du Xi'an.	54,61 ± 10,14 ans, étendue de 40 à 84 ans. Probablement qu'une proportion très appréciable fait encore partie de la population active.	KL ≥ 2	Questionnaire	Aucune	Le fait d'être une femme expose à un risque plus élevé d'AG.	OR 2,569 (1,454-3,683).	N/A
Zeng et al. (2006)	N total = 2188 sujets, dont 1049 hommes et 1139 femmes. Proviennent de Taiyuan, en Chine.	Entre 35 et 64 ans (pas de données plus précises).	Critères de l'ACR pour l'AG symptomatique + Kl ≥ 2.	Questionnaire	Âge	Les femmes sont un peu plus à risque que les hommes de souffrir d'AG.	OR 1,063 (1,023-1,105).	N/A
Andrianakos et al. (2006)	N total = 8740 sujets, dont 4269 hommes (48,8%) et 4471 femmes (51,2%).De ce nombre, 547 ont été diagnostiqués comme ayant l'AG (sinon OA de la main ou de la hanche. De 9 régions de la Grèce (*ESORDIG study*).	Tous les participants (peu importe le type d'arthrose) = 46,95 ± 17,74 ans. Probablement qu'une bonne partie des sujets font encore partie de la population active.	Critères de l'ACR pour l'AG symptomatique	Questionnaire	Âge	Les femmes sont un peu plus à risque que les hommes de souffrir d'AG.	OR 2,1 (1,8–2,6)	N/A
Kacar et al. (2005)	N total = 655 sujets, dont 349 hommes (53,3%) et 306 femmes (46,7%). De la région d'Antalya, en Turquie.	59,71 ± 8,33 ans. Probablement qu'une proportion plus ou moins importante fait encore partie de la population active.	Symptomatique : Douleur dans au moins un des deux genoux + critères de l'ACR et/ou KL ≥ 2	Questionnaire	Aucune	Les femmes sont un peu plus à risque que les hommes de souffrir d'AG.	OR 3,8, (2,2–6,4)	N/A

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Du et al. (2005)	N total = 2093 sujets, dont 1199 femmes (57,3%) et 894 hommes (42,75). Du lot, 212 ont été diagnostiqués avec de l'AG radiographique sans douleur. Proviennent de Shanghai, en Chine.	Difficile à dire car les données ne sont pas présentées pour le sous-groupe qui nous intéresse, mais environ 58 ans en moyenne ± 9 ans. Probablement qu'une proportion plus ou moins élevée faisait encore partie de la population active.	KL ≥ 2, dans au moins un des deux genoux.	Questionnaire	Aucune	Les femmes sont un peu plus à risque que les hommes de souffrir d'AG.	OR 2,426 (1,293–4,551)	N/A

Ethnicité

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Études de cohorte								
Murphy et al. (2008).	N total = 3068 sujets, dont 57,4% de femmes et 42,6% d'hommes (*baseline*). Au suivi, 1590 sujets ont participé à l'étude. Font partie du *Johnston County Osteoarthritis Project*, étude longitudinale menée auprès de Blancs et de Noirs vivant dans des régions rurales de Caroline du Nord (ÉU). ** Suivi de 6 ans (valeur moyenne). Étendue=3,5-13,2 ans	*Baseline* : 61 ans, étendue 45-93 ans. 60,5% sont âgés de moins de 65 ans, ce qui porte à croire qu'une proportion importante fait toujours partie de la population active.	En général, grade KL ≥ 2, dans au moins un des genoux + au moins un symptôme (douleur, raideur, etc.). Dans quelques cas, il s'agit d'un RG.	Question sur l'ethnicité (*race*) : Blanc / Noir	Aucune	Les Noirs ont un risque plus élevé d'AG à vie (*lifetime risk*) que les Blancs.	LR 50,1 (41,8–58,4).	44
Études cas-témoins								
Aucune								

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Études transversales								
Skinner et al. (2006)	- N total *(2000 United States Medicare claims data)* = 27 494 659 sujets, dont 41% d'hommes. Du lot, 136 449 avaient subi une arthroplastie. - N total (*National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III)* = 1926 sujets, dont 57,3% de femmes.	- *2000 United States Medicare claims data* : Au-delà de 65 ans (pas de données plus précises). - *National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III)* : 70,40 ± 7,54 ans. Probablement que très peu font encore partie de la population active.	- *2000 United States Medicare claims data* : arthroplastie du genou. - *NHANES III* : KL ≥ 2, dans au moins un des deux genoux OU KL ≥ 2 dans au moins un des deux genoux + signes cliniques de la maladie *(crepitus, swelling, or maximum limitation on passive motion of <115°).*	- *2000 United States Medicare claims data* : Données des registres du Medicare -- Noirs, Hispaniques, Asiatiques, Blancs. - *NHANES III* : Questionnaire, Auto rapporté -- Noirs, Blancs, autres.	Âge, sexe, revenu.	En comparaison avec les hommes blancs - ici le référent - les hommes noirs, les hommes hispaniques, les hommes asiatiques et les femmes asiatiques semblent être moins susceptibles de subir un remplacement du genou en raison de l'OA. Par contre, il appert que les femmes blanches y sont plus susceptibles que leurs homologues masculins. ** Les auteurs soulignent que l'accessibilité est une variable qui doit être prise en compte dans la compréhension de cette tendance.	OR 0,359 (0,339-0.379) / OR 0,674 (0,620-0,732) / OR 0,278 (0,242-0,319) / OR 0,449 (0,409-0,493) / OR 1,342 (1,326-1,357).	N/A
Anderson et Felson (1988)	N total = 5193 sujets noirs et blancs (53,2% de femmes, et 46,8% d'hommes), dont 315 avec un diagnostic d'AG radiographique. Font partie du *Health and Nutrition Examination Survey (1971-1975)* -- *HANES 1*.	Entre 35 et 74 ans. Pas de données plus précises (SD), mais environ le tiers des cas d'OA étaient en dessous de la barre du 65 ans; proportion probablement appréciable encore sur le marché du travail.	Radiographique : KL ≥ 2, dans au moins un des deux genoux.	Question sur l'ethnicité (*race*) : Blanc / Noir	Tous les autres facteurs de risques impliqués dans le modèle : revenu, niveau d'éducation, concentrations en acide urique, tabagisme, etc.)	Les femmes noires semblent plus sujettes à l'OA du genou que les femmes blanches. Pas de tendance semblable chez les hommes, toutefois.	OR 2,12 (1,39-3,23).	N/A

Éducation

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Études de cohorte								
Murphy et al. (2008)	N total = 3068 sujets, dont 57,4% de femmes et 42,6% d'hommes (*baseline*). Au suivi, 1590 sujets ont participé à l'étude. Font partie du *Johnston County Osteoarthritis Project*, étude longitudinale menée auprès de Blancs et de Noirs vivant dans des régions rurales de Caroline du Nord (ÉU). ** Suivi de 6 ans (valeur moyenne). Étendue=3,5-13,2 ans	*Baseline* : 61 ans, étendue 45-93 ans. 60,5% sont âgés de moins de 65 ans, ce qui porte à croire qu'une proportion importante fait toujours partie de la population active.	En général, grade KL ≥ 2, dans au moins un des genoux + au moins un symptôme (douleur, raideur, etc.). Dans quelques cas, il s'agit d'un RG.	Niveau d'éducation : moins que secondaire, secondaire complété, au-delà du secondaire.	Aucune	Ceux qui ont un secondaire complété versus une scolarité moindre ou plus grande sont plus à risque de souffrir d'AG.	Les pourcentages reposent sur des modèles prédictifs (chance d'avoir l'OA dans au moins un genou, d'ici l'âge de 85 ans). 51.9 (42.2–61.6).	56
Études cas-témoins								
Aucune								
Études transversales								
Callahan et al. (2010)	2627 sujets, dont 1574 femmes. Des États-Unis.	Hommes : 60,6 ± 10,2 ans, Femmes : 60,8 ± 10,6 ans.	KL ≥ 2, avec des symptômes.	Secondaire complété ou plus et secondaire non complété	Âge, ethnicité, variables cliniques, style de vie, facteurs occupationnels.	Les hommes et les femmes n'ayant pas complété leur secondaire ont été plus à risque d'AG radiographique et d'AG symptomatique	Radio : OR 1,12 (0,83-1,53) / Sympto : OR 1,61 (1,26-2,05). .	N/A
Zeng et al. (2006)	N total = 2188 sujets, dont 1049 hommes et 1139 femmes. Proviennent de Taiyuan, en Chine.	Entre 35 et 64 ans (pas de données plus précises).	Critères de l'ACR remplis + Kl ≥ 2.	Degré d'éducation: Entrevue en face à face, puis catégorisation: *Illiteracy, Junior high school, Junior college, University…*	Âge et sexe.	Non significatifs	Le niveau d'éducation n'est pas associé à l'AG.	N/A

Poids et obésité

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Études de cohorte								
Wang et al. (2009)	Femmes : n=344, 63,6%. Hommes : n= 197, 36,4%. Ce sous-groupe fait partie d'une vaste enquête auprès de 39 023 sujets de la région de Melbourne, en Australie. ** Suivi de 4,8 ± 0,7 ans.	Temps 1 : 60,3 ± 6,8 ans / Temps 2 : 68,1 ± 6,9 ans. L'âge au temps 1 porte à croire qu'une bonne partie des sujets étaient actifs et subissaient alors les inconvénients de l'OA du genou.	RG	Données prises en clinique : 1) Poids (en kg), 2) IMC (selon la méthode de calcul connue), 3) Tour de taille (en cm), 4) Ratio tour de taille / tour de hanche, 5) Poids de la masse graisseuse (en kg), 6) Pourcentage de masse graisseuse du corps (%) Chacune de ces variables a été séparée en 4 quartiles, le Q1 étant toujours le référent (hypothèse du risque le plus bas).	Âge, sexe, pays de naissance, plus haut niveau de scolarité.	Le risque de RG est relié à chacune des mesures d'adiposité du corps, mais surtout au poids et à l'IMC.	Risque de RG de 3-4 fois plus élevé (Q4 vs Q1) : - Poids : HR=3,44 (2,83-4,18). - 2) IMC : HR=3.44 (2,80-4,22). - Poids masse gras : HR=3,51 (2,87-4,30). - % masse graisseuse : HR=2,99 (2,46-3,63). Risque de RG un peu moins élevé (Q4 vs Q1) : - Tour de taille : H=2,77 (2,26-3,39) - Ratio tour taille / tour hanche : HR=1,46 (1,21-1,76).	81
Niu et al. (2009)	N total = 2623 sujets (5159 genoux), dont 59,4% de femmes). Font partie de la *Multicenter Osteoarthritis Study (MOST),* étude américaine menée en Iowa et en Alabama. ** Suivi de 2,5 ans.	62,4 ± 8,0 ans. Probablement qu'une proportion appréciable fait encore partie de la population active.	*Incident* radiographique : apparition d'un grade KL ≥ 2, chez les genoux ayant 30 mois plus tôt un grade KL de 0 ou 1.	IMC divisé en 4 catégories : <25 kg/m2 (normal [groupe de référence]), 25–29,9 kg/m2 (surpoids), 30-34,9 kg/m2 (obèse), >35 kg/m2 (très obèse).	Âge, sexe, antécédents de blessure au genou, densité osseuse.	Comparé avec les sujets ayant un IMC normal, ceux étant obèses et très obèses sont plus à risque de voir l'OA du genou apparaître chez eux, ceci sans égard à l'alignement du genou (valgus, varus ou neutre).	- Obèses : RR 2,4 (1,3-4,3). - Très obèses : RR 3,2 (1,7-5,9).	81

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Lohmander et al. (2009)	N total = 27 960 sujets, parmi lesquels on retrouve 16 934 femmes (60,6%) et 11 026 hommes (39,4%). De la ville de Malmo, en Suède. ** 11 ans plus tard, 471 avaient subi un RG en raison d'OA sévère.	Hommes (*baseline*) : 59,2 ± 7,0 ans, étendue 46-73 ans. Femmes (*baseline*) : 57,4 ± 7,8 ans, étendue 45–73 ans. Probablement qu'une proportion appréciable fait encore partie de la population active.	RG	Données prises en clinique : 1) Poids (en kg), 2) IMC (selon la méthode de calcul connue), 3) Tour de taille (en cm), 4) Ratio tour de taille / tour de hanche, 5) Taille (en cm), 6) Pourcentage de masse graisseuse du corps (%) Chacune de ces variables a été séparée en quartiles, le Q1 étant toujours le référent (hypothèse du risque le plus bas)	Âge, sexe, tabagisme et niveau d'activité physique.	Le risque de RG est relié à chacune des mesures d'adiposité du corps (IMC, tour de taille, ratio tour de taille / hanche, % de masse graisseuse), mais plus fortement encore à l'IMC.	Risque de RG 3 à 4 fois plus élevé (Q4 vs Q1) : -Poids : RR 6,5 (4,6-9,43). - IMC : RR 8,1 (5,3-12,4). - % masse graisseuse : RR 3,6 (2,6-5,0). - Tour de taille : RR 6,7 (4,5-9,9). - Ratio tour taille / tour hanche : RR 2,2 (1,7-3,0).	81
Sowers et al. (2008)	N total = 514 sujets, toutes des femmes. Proviennent de la région de Tecumseh, au Michigan (USA). Font partie de la *Michigan Bone Health Study*. ** Suivi de 4 ans.	*Baseline* (1998) : 43,1 ± 4,85 ans. Temps 2 (2002) : 46,9 ± 4,85 ans	Grade KL ≥ 2, dans au moins un des genoux.	- Masse graisseuse et *skeletal muscle mass* : mesures d'impédance et de la conductance de l'analyse d'impédance bioélectrique. - IMC : selon les méthodes de calcul habituelles. - Tour de taille : ruban à mesurer non étirable.	Âge, poids de la masse graisseuse et *skeletal muscle* mass (dans certains cas).	La masse graisseuse, la masse maigre, *le skeletal muscle mass*, la circonférence de la taille et l'IMC étaient supérieurs chez les femmes avec l'OA du genou par rapport à celles non atteintes. Dans les analyses ajustées, la masse graisseuse et le *skeletal muscle mass* (modèle 1) ont expliqué la prévalence et la gravité, de même que la progression de l'OA, mieux que les modèles ayant comme variable principale l'IMC (modèle 2); en outre, le *skeletal muscle mass* a expliqué plus de variation que ne l'a fait la masse graisseuse.	Données difficiles à extraire, car il s'agit d'*odds models* utilisant le *Akaike Information Criterion*: - Modèle 1 : β=1733,2 - Modèle 2 : β=1754,3 ** Plus petit coef. = meilleure prédiction.	63

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Murphy et al. (2008)	N total = 3068 sujets, dont 57,4% de femmes et 42,6% d'hommes (*baseline*). Au suivi, 1590 sujets ont participé à l'étude. Font partie du *Johnston County Osteoarthritis Project*, étude longitudinale menée auprès de Blancs et de Noirs vivant dans des régions rurales de Caroline du Nord (ÉU). ** Suivi de 6 ans (valeur moyenne). Étendue=3,5-13,2 ans	*Baseline* : 61 ans, étendue 45-93 ans. 60,5% sont âgés de moins de 65 ans, ce qui porte à croire qu'une proportion importante fait toujours partie de la population active.	En général, grade KL ≥ 2, dans au moins un des genoux + au moins un symptôme (douleur, raideur, etc.). Dans quelques cas, il s'agit d'un RG.	IMC divisé en 4 catégories (méthode de calcul habituelle) : <25 kg/m2, 25–29.9 kg/m2 (surpoids), >30 kg/m2 (obèse).	Aucune	Risque plus élevé d'AG à vie (*lifetime risk*) chez les sujets présentant un surpoids (46,9%) et chez ceux étant obèses (60,5%)	Les pourcentages reposent sur des modèles prédictifs (chance d'avoir l'OA dans au moins un genou, d'ici l'âge de 85 ans). - 46,9 (39,3-54,5) - 60,5 (53,0-68,1)	56
Liu et al. (2007)	N total = 490 532 femmes. Du lot, 974 ont subi un RG en raison de AG. Font partie du *Million Women Study*, menée en Angleterre et en Écosse. ** Suivi de 2,9 ans en moyenne	Étendue : 50 à 69 ans. Pas de données plus précises, mais probablement qu'une faible proportion faisait encore partie de la population active.	RG	Poids : semble être *self-report*. IMC : calculé selon la méthode habituelle (même si les variables entrant dans son calcul semblent être *self report*).	Âge, région de recrutement, "deprivation index", (IMC, poids, taille - selon le facteur de risque considéré).	Chez les femmes, le risque de subir un RG est influencé par le poids et par l'IMC.	- ≥ 75 kg vs < 60 kg : OR 9,71 (7,39-12,77). - ≥ 30 kg/m2 vs < 22 kg/m2 : OR 10,51 (7,85-14,08).	63

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Hochberg et al. (2004)	N total = 289 sujets : 179 hommes (61,9%) et 110 femmes (portion AG avec suivi). Font partie de la *Baltimore Longitudinal Study of Aging*, menée dans la ville du même nom du Maryland (ÉU). ** Suivi de 10 ± 2 ans.	61 ± 14 ans. Probablement qu'une faible proportion fait encore partie de la population active.	*Incident* radiographique : apparition d'un grade KL ≥ 2, chez les genoux ayant plus tôt un grade KL de 0 ou 1.	IMC calculé selon des mesures apparemment prises en clinique.	Âge, sexe, IMC, statut ménopausal (femmes seulement), prise d'hormonothérapie (femmes seulement).	Le risque d'OA du genou augmente significativement par chaque tranche de 5 unités d'IMC supplémentaire.	OR 1,47 (1,16, 2,28).	75
Cooper et al. (2000)	N total = 354 sujets, dont 99 hommes (28,0%) et 255 femmes (72,0%). De Bristol, en Angleterre. ** Suivi de 5,1 ± 0,4 ans.	Âge au *follow-up* : moyenne de 70,2 ans. Retrancher environ 5 ans pour le temps 1. Probablement qu'une très faible proportion fait encore partie de la population active.	*Incident* radiographique : apparition d'un grade KL ≥ 2, chez les genoux ayant plus tôt un grade KL de 0 ou 1. *Progressive* radiographique : grade KL ≥ 2, et augmentation d'au moins un grade au suivi.	IMC calculé selon des mesures apparemment prises en clinique. Tertiles : Bas = <22,7, Milieu = 22,7-25.4, Haut = >25,4.	Âge, sexe, pratique d'activités physiques, antécédents de blessure au genou, *Heberden's nodes*.	Le risque d'apparition de l'OA est grandement augmenté si l'on compare le haut tertile d'IMC avec le bas tertile. Toutefois, le risque de progression de la maladie n'est pas plus grand chez les sujets plus lourds.	OR 18,3 (5,1-65,1)	81

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Shiozaki et al. (1999)	N total = 608 femmes. Font partie du *Matsudai Knee Osteoarthritis Survey*, réalisé auprès de résidents de la ville japonaise du même nom. **Suivi de 14 ans (SD non présentée)	Âge moyen au *baseline* : 51,3 ans, étendue de 40 à 65 ans. Probablement qu'une faible proportion fait encore partie de la population active.	*Incident* radiographique : apparition d'un grade KL ≥ 2, chez les genoux ayant plus tôt un grade KL de 0 ou 1. *Progressive* radiographique : grade KL=1 ou 2, et augmentation d'au moins un grade au suivi.	IMC calculé selon des mesures ayant été prises en clinique. Répartition subséquente en quintiles.	Aucune	1) En comparaison avec le quintile 3 d'IMC (21,5-22,9), ici le référent, les sujets dans le quintile 4 (23,0-24,4) et le quintile 5 (24,5-30,8) étaient plus à risque de développer l'OA du genou 14 ans plus tard. 2) En comparaison avec le quintile 2 d'IMC (21,5-23,2), ici le référent, les sujets dans le quintile 3 (23,3-24,9), le quintile 4 (25,0-26,6) et le quintile 5 (26,7-34,7) étaient plus à risque de développer l'OA du genou 14 ans plus tard. 3) Si un gain d'IMC après 14 ans ne se traduit pas en un risque augmenté d'OA du genou, une perte d'IMC de 2 points se traduit par une diminution du risque d'OA.	1) RR 1,79 (0,90-3,56) / RR 3,60 (1,98-6,57). 2) RR 1,05 (0,80-1,36) / RR 1,38 (1,10-1,73) / RR 1,51 (1,22-1,87). 3) RR 0,81 (0,67-0,97).	56
Felson et al. (1988)	N total = 1420 sujets, dont 58,5% de femmes et 41,5% d'hommes. *Font partie de la Framingham Heart Study Cohort*. ** Suivi sur environ 36 ans.	Âge médian (*baseline*) : 37 ans (étendue 28-58) / Âge médian (*follow-up*) : 73 ans (étendue 63-94). Probablement qu'une très faible proportion fait encore partie de la population active.	*Incident* radiographique : apparition d'un grade KL ≥ 2, chez les genoux ayant plus tôt un grade KL de 0 ou 1.	Mesure appelée *Metropolitan Relative Weight*, semblable à l'IMC. À l'avantage d'être *sex*- and *height-adjusted*. Résultats séparés en quintiles, les quatrième et cinquième correspondant à un poids "trop élevé".	Âge, concentration en acide urique, niveau d'activité physique.	1) Les hommes les plus lourds (quintile 5) sont ceux qui sont les plus à risque de souffrir d'OA du genou. 2) Les femmes les plus lourdes (quintile 5) sont celles qui sont les plus à risque de souffrir d'OA du genou.	1) RR 1,54 (1,18-2,02). 2) RR 1,93 (1,56-2,37).	69

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Nishimura et al. (2010)	N total = 360 sujets, dont 241 femmes (66,9%) et 119 hommes. Proviennent du Japon. ** Suivi sur environ 4 ans.	Baseline : 70,8 ± 4,5 ans (femmes) / 71,3 ± 5,1 (hommes). Ne font probablement plus partie de la population active.	*Incident* radiographique : apparition d'un grade KL ≥ 2, chez les genoux ayant plus tôt un grade KL de 0 ou 1. *Progressive* radiographique : grade plus élevé KL au suivi chez ceux étant plus tôt grande KL = 2 ou 3.	IMC calculé selon des mesures ayant été prises en clinique.	Aucune, vraisemblablement.	Le risque d'apparition de l'AG radiographique est associé à un IMC élevé, mais pas le risque de progression.	OR 1,243 (1,095–1,411).	56
Études cas-témoins								
Holliday et al. (2011)	Cas : N total = 1042 sujets : 48,6% sont des femmes et 51,4% des hommes. Font partie de l'étude GOAL, menée auprès de Caucasiens de la région de Nottingham, en Angleterre. Témoins : N total = 1042 sujets : 46,5% sont des femmes et 53,5% des hommes. Recrutés dans les 3 mêmes hôpitaux que les cas, mais étaient sur des listes d'attente pour une urographie intraveineuse.	Cas : 68,1 ± 7,4 ans. Probablement qu'une plus ou moins grande proportion des participants faisait encore partie de la population active. Témoins : 62,2 ± 8,4 ans.	Liste d'attente pour un RG ou référés par une clinique recommandant une telle intervention.	Mesures anthropométriques dont l'IMC (normal = <25 kg/m2, surpoids = ≥25 et <30 kg/m2, obèse ≥30 kg/m2), le tour de taille (en cm), le tour de hanche (en cm) et le *waist-hip ratio*. Aussi, entrevues en face à face pour obtenir un historique du poids à différents moments de la vie; formes autorapportées du corps en fonction d'illustrations.	Âge, sexe, activités occupationnelles, pratique d'activités physiques, tabagisme, historique reproductif, prise d'œstrogène, classe sociale.	1) L'IMC actuel est globalement associé à l'OA du genou. Cependant, il semble que les femmes avec surpoids soient plus à risque d'AG que les hommes. 2) Mêmes constats pour un historique d'IMC élevé tôt dans la vie. 3) Une forme autorapportée de corps large au cours de la vie est davantage associée à l'AG chez les femmes que chez les hommes. Le tour de taille, le tour de hanche et le *waist-hip ratio* ne se sont pas avérés associés à l'AG.	1) Global : OR 2,68, (2,33-3,09). Femmes : OR 3,23, (2,62-3,98). Hommes : OR 1,51, (1,26-1,80). 2) Global : OR 1,89 (1,71-2,09). Femmes : OR 2,33 (1,98-2,75). Hommes : OR 1,55 (1,36-1,77). 3) Femmes : OR 1,98, (1,65-2,37). Hommes : OR 1,53, (1,31-1,79).	69

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Hashikawa et al. (2011)	Cas : N total = 195 femmes de la région de Nagasaki, au Japon. Témoins : N total = 387 femmes provenant de la même région	Cas : 69,4 ± 7,4 ans. Très faible proportion dans la population active. Témoins : 61,6 ± 9,5 ans.	Radiographique : KL ≥ 2	IMC calculé selon les méthodes habituelles	Aucune	Une analyse par régression logistique a montré qu'un IMC élevé est associé à l'OA du genou.	IMC élevé : OR 2,2 (1,7-3,0) par augmentation de tranche de 5 points.	56
Vrezas et al. (2010)	Cas : N total = 295 hommes. Habitent la région de Francfort ou d'Offenbach, en Allemagne. Témoins : N total = 295 hommes provenant de la même région.	Cas : 68,5% âgés de moins de 65 ans; étendue = 25-70 ans. Bonne proportion dans la population active. Témoins : 89,0% âgés de moins de 65 ans; même étendue.	Combinaison de symptômes non clairement établis + KL ≥ 2	IMC calculé selon les méthodes habituelles	Âge, région, IMC, jogging/athlétisme	Les sujets ayant un IMC ≥ 28.41 kg/m2 courent un risque accru d'AG.	OR 10,8 (4,8-24,3)	63
Sowers et al. (2009)	Cas : N total = 53 femmes. Proviennent de Tecumseh, Michigan (ÉU). Femmes blanches seulement. Témoins : N total = 429 femmes de la même région.	Cas : 50 ± 5 ans. Probablement qu'une proportion appréciable fait encore partie de la population active. Témoins : 47 ± 8 ans.	Au moins un genou avec un grade KL ≥ 2.	Mesures en clinique. Obèse = IMC ≥ 30 kg/m2).	Âge, *joint asymmetry* (pas nécessairement considérées simultanément).	Les femmes obèses de cette étude courent un risque plus grand d'AG que celles présentant un IMC moins élevé.	OR 3,00 (1,03-8,71)	69

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Franklin et al. (2009)	Cas : N total = 431 sujets, dont 286 femmes (66,4%) et 145 hommes (33,6%). Originaires d'Islande. Témoins : N total = 3372 sujets de deux cohortes différentes : 1900 femmes (56,3%) et 1472 hommes (43,7%). Les données sur la répartition selon le sexe comprennent aussi ceux pariés avec des cas de remplacement de la hanche.	Cas : Hommes : 73,7 ± 6.3 ans / Femmes : 73,7 ± 6,9 ans. La vaste majorité est probablement retraitée. Témoins : Difficile à déterminer vu les deux cohortes différentes, mais comparables aux cas.	RG	Mesures autorapportées du poids et de la taille, puis calcul de l'IMC selon la procédure habituelle.	Âge, occupation, présence d'OA de la main.	Il existe une association positive entre un IMC élevé et un risque accru d'OA du genou, et ce, pour les deux sexes.	- OR de 1,7 (1,1-2,6) pour les hommes présentant un surpoids et de 5,3 (2,8-10.1) pour les hommes obèses. - OR de 1,6 (1,1-2,2) pour les femmes présentant un surpoids et de 4,0 (2,6-6,1) pour les femmes obèses.	69
Mounach et al. (2008)	Cas : N total = 95 sujets, dont 69 femmes (72,6%) et 26 hommes (27,4%). Sélectionnés à partir des registres d'une clinique, située au Maroc. Témoins : Même nombre et même répartition selon le sexe, mais les cas ont été jumelés avec une personne « saine » tirée au hasard dans la population en général.	Cas : 59,7 ± 8,5 ans. 47,4% ont répondu être des travailleurs. Témoins : 60,0 ± 8,5 ans.	Symptômes (douleur et difficulté à marcher) + KL ≥ 3	Questionnaire d'enquête administré par un interviewer. Ne précise pas s'il y a eu des mesures prises en clinique pour l'IMC.	Non spécifiées	Un IMC au-dessus de 30 augmente de manière significative le risque d'AG.	OR 3,12 (1,67-5,81).	56

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Yoshimura et al. (2006)	Cas : N total = 37 hommes. Recrutés dans trois régions sociosanitaires des préfectures de Wakayama et Osaka, au Japon. Témoins : N total = 37 hommes. Même provenance.	Cas : 70,0 ± 6,6 ans. Il est fort probable que peu fasse toujours partie de la population active. Témoins : 70,1 ± 7,0 ans.	Symptômes (douleur et difficulté à marcher) + KL ≥ 3	Questionnaire pour obtenir un historique du poids de sujets.	Antécédents de blessure au genou	Un historique de poids plus élevé en comparaison avec un poids faible (≥72.0 kg vs. <61.0 kg) expose à un risque accru d'AG.	OR 6,01 (1,18-30,5)	69
Soeroso et al. (2005)	Cas : N total = 239 sujets, dont 167 femmes (69,9%) et 72 hommes (30,1%). Proviennent de Surabaya,dans l'est de l'Indonésie. Témoins : N total = 279 sujets, dont 137 femmes (49,1%) et 142 hommes (50,9%). Même région.	Cas : 55,48 ± 10,30 ans. Sûrement qu'une proportion appréciable fait partie de la population active. Témoins : 44,19 ± 8,33 ans.	AG symptomatique selon les critères de l'ACR, avec stade KL ≥ 1.	Examen en clinique, puis calcul selon l'équation habituelle.	Âge, sexe, alignement, éducation.	Le fait d'avoir un IMC au-dessus de 25 expose à un risque accru d'AG symptomatique. Les données indiquent que ce risque est encore plus grand chez le sous-groupe des femmes.	OR 3,28 (2,20-4,89) et OR 5,27 (2,85-9,73).	63
Yoshimura et al. (2004)	Cas : N total = 101 femmes. Proviennent de 3 villes du Japon (Wakayama, Arita et Sennan); 6 hôpitaux impliqués. Témoins : N total = 101 femmes, des mêmes régions.	Cas : 73,3 ± 9,8 ans. Il est fort probable qu'une très faible proportion fait encore partie de la population active. Témoins : 73.3 ± 9.8 ans.	Symptômes (douleur et difficulté à marcher) + KL ≥ 3	IMC mesuré à partir de mesures prises en clinique + poids autorapportée (entrevue) à différents moments de la vie.	Antécédents de blessure au genou, pratique de la bicyclette, nombre d'emplois dans le passé.	Le plus haut poids corporel dans le passé est associé à un risque accru d'AG symptomatique sévère.	Élevé (> 62.0 kg) vs bas (< 55 kg) : OR 4,42 (1,17-16,64)	69

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Manninen et al. (2004)	Cas : N total = 220 sujets, dont 38% d'hommes. De la province de Kuopio, en Finlande. Témoins : N total = 415 sujets, dont 38% d'hommes. De la même région.	Cas : 66,7 ± 5,6 ans, étendue 55-75 ans. Probablement qu'une faible proportion fait encore partie de la population active. Témoins : 68,6 ± 5,5 ans.	RG	Poids *self-report* à 20, 30, 40 et 50 ans, puis calcul de l'IMC (questionnaire). IMC « normal » : ≤25 kg/m2 / IMC « élevé » : > 25 kg/m2.	Âge, sexe, historique de travail exigeant, activités sportives, antécédents en matière de blessures.	1) Avoir un IMC normal à 20 ans mais trop élevé à 2 ou 3 âges à 30, 40 et/ou 50 ans, augmente le risque de subir une arthroplastie du genou par environ 3 fois. 2) Avoir un IMC trop élevé à compter de 30 ans augmente également ce risque d'environ 3 fois. 3) Avoir un IMC trop élevé à compter de 20 ans augmente le risque par un peu plus de 2 fois	1) OR 3,07 (1.87-5,05). 2) OR 3,15 (1,85-5,36). 3) OR 2,37 (1,21-4,62).	69
Wendelboe et al. (2003)	Cas : N total = 911 sujets ayant subi une arthroplastie du genou, dont 583 femmes (64,0%) et 328 hommes (36,0%). Proviennent de Salt Lake City, Utah (USA). Témoins : N total = 5578 sujets, de la même région. Répartition selon le sexe non disponible, mais probablement semblable aux cas.	Cas : Âgés entre entre 55 et 74 ans. Probablement qu'une certaine partie fait partie de la population active, quoiqu'elle soit dure à estimer. Témoins : Âgés entre 55 et 74 ans.	RG	IMC : cas = données consignées dans des registres, témoins : *self-report.*	Âge, sexe.	Il existe une association très forte entre l'IMC et le risque de subir une arthroplastie du genou : plus l'IMC augmente, plus le risque croît chez les hommes comme chez les femmes. Toutefois, le risque de *revision* ne semble pas être associé à l'IMC.	Hommes : - IMC 25,00–27,49 = OR 2,14 (1,06–4,31), - IMC 30,00–32,49 = OR 3,61 (1,69–7,75) - IMC 35,00–37,49 = OR 8,62 (3,35–22,20). Femmes : -IMC 25,00–27,49 = OR 2,07 (1,25–3,44), - IMC 30,00–32,49 = OR 6,42 (3,86–10,69) - IMC 35,00–37,49 = OR 11,88 (6,41–22,03).	63
Dawson et al. (2003)	Cas : N total = 29 sujets, toutes des femmes. Proviennent de la région d'Oxford, en Angleterre. Témoins : N total = 82 femmes de la même région.	Cas : Entre 50 et 70 ans (pas de données plus précises). Il est qu'une portion faible moyenne fait encore partie de la population active. Témoins : Pas de données précises, mais ont été *age-matched*.	Sur une liste d'attente pour un RG + avoir éprouvé de la douleur au moins modérée la plupart des jours du mois précédant l'enquête.	Entrevue à domicile. Mesures autorapportées du poids et de la taille, à trois moments de la vie : au moment de quitter l'école, entre 36 et 40 ans et entre 51 et 55 ans. Calcul de l'IMC selon la procédure habituelle.	Âge, médecin généraliste ayant identifié le sujet, IMC.	Le fait d'avoir un IMC de 25 ou plus à 36-40 ans est déterminant pour le RG.	OR 36,43 (3,07 à 432,75)	75

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Coggon et al. (2001)	Cas : N total = 525 sujets, dont 205 hommes (39%) et 320 femmes (61,0%). Proviennent de 3 régions socio-sanitaires de l'Angleterre. Témoins : N total = 525 sujets, *sex-matched*.	Cas : Médiane = 72 ans. Étendue : 47 à 93 ans. Données peu précises, mais il y a fort à parier que peu font partie de la population active. Témoins : Distribution selon l'âge très semblable (*age-matched*).	Sujets sur une liste d'attente pour subir un RG (OA sévère).	Mesures de la taille et du poids faites à domicile par une infirmière, puis calcul de l'IMC selon la méthode habituelle.	Aucune	1) Le risque de RG augmente à mesure que l'IMC augmente. Chez les individus en surpoids, mais plus particulièrement chez les obèses, le risque de RG est augmenté s'il y a interaction avec des *Heberden's nodes* (2); même chose chez ceux ayant des antécédents en matière de blessures (3). 4) L'interaction avec obésité et *Heberden's nodes* + antécédents en matière de blessures et méniscectomie garantit presque un RG.	1) Par rapport au groupe de référence (IMC 20,0-24,9) : IMC < 20 = OR 0,1 (0,0-0,5 / IMC 25,0-29,9 = OR 2,5 (1,8-3,6). / IMC ≥ 30 = OR 6,8, (4,4-10,5). 2) Pas de *nodes* vs avec *nodes* : OR 8,2, (3,0-22,6 et OR 12,1, (5,7-25,6). 3) Pas d'antéc. vs avec antéc. : OR 8,2, (4,9-13,8 et OR 21,6, (8,7-53,7). 4) RR 78 (17-354).	63
Lau et al. (2000)	Cas : N total = 796 sujets, dont 658 avec AG (les autres avec arthrose de la hanche). Parmi les cas d'AG, 166 sont des hommes (25,2%) et 492 sont des femmes (74,8%). Recrutés à même les hôpitaux de la région de Hong Kong. Témoins : Pour AG spécifiquement : 658 sujets, *sex matched*.	Cas : Données sur l'âge non présentées, mais article à conserver car il y est question de facteurs de risque reliés à l'emploi conservé le plus longtemps dans la vie. Témoins : Même constat, mais *age matched*.	KL = 3 ou 4, dont 28,1% ayant subi un RG raison de l'arthrose.	Poids en kg réparti en quartiles : - Hommes : <57,0, 57,0–64,5, 64,6–71,8, ≥71,9. - Femmes : <52,0, 52,0–58,4, 58,5–65,9, ≥66,0.	Aucune	Les individus dans les plus hauts quartiles de poids sont plus à risque d'AG sévère.	Hommes : OR 4,8 (1,9-12,1) / Femmes : OR 4,3 (2,6-7,2).	50

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Cooper et al. (1994)	Cas : N total = 109 sujets, dont 79 femmes (72,5%) et 30 hommes (27,5%). Proviennent de la région de Bristol, en Angleterre. Témoins : N total = 218 sujets. Pas d'info sur le sexe, mais il s'agit d'une étude *sex-matched*.	Cas : 55 ans et plus (pas de données précises fournies), mais nombre appréciable dans la catégorie des 55 à 64 ans. Probablement qu'une faible proportion fait encore partie de la population active. Témoins : Pas d'infos sur l'âge, mais il s'agit d'une étude *age-matched*.	Douleur dans le genou pendant au moins un mois dans la dernière année + KL = 3 ou 4.	IMC calculé à partir de mesures de la taille et du poids prises en clinique. Répartition en tertiles.	Aucune	Les personnes dans le plus haut tertile d'IMC sont exposées à un risque accru d'AG.	OR 9,1 (0,8-89,4).	63
Kohatsu et Schurman (1990)	Cas : N total = 46 sujets, dont 60,9% de femmes. Provenance des sujets non spécifiée, mais probablement un ou des hôpitaux de la Californie en raison des affiliations des chercheurs. Témoins : N total = 46 sujets, *sex- and region-matched*.	Cas : 55 ans et plus, moyenne de 70,8 ans (pas d'info sur la SD). Témoins : 55 ans et plus, moyenne de 71,3 ans (pas d'info sur la SD).	RG	IMC probablement calculé à partir de mesures de la taille et du poids prises avant le RG. Aussi, IMC autorapporté à différents moments de la vie.	Aucune	Le fait d'avoir eu un IMC supérieur à 25 et/ou à 40 ans expose à un plus grand risque d'AG.	OR 5,3 (1,6-23,0)	50

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Valdes_INV (2010)	Cas : N total (TKR seulement) : 673 sujets "Nodal" OA et 1469 "Non-nodal OA". 69,4% de femmes dans le premier groupe et 45,3% dans le deuxième. Proviennent du Royaume-Uni. Témoins : N total = 1906 sujets, dont 54,0% de femmes.	Cas : 71,49 ± 7,76 ans dans le 1er groupe et 68,17 ± 8,30 ans dans le deuxième. Témoins : 64,74 ± 8,24 ans.	RG	Calcul de l'IMC à partir des mesures prises à domicile.	Âge et sexe	Le risque de RG est plus grand chez les non-nodal lourds que chez les nodal lourds.	OR 3,02 (2,74–3,32) vs OR 2,51 (2,23–2,83)	63
Études transversales								
Goekoop et al. (2011)	N total = 82 sujets, dont 27 hommes (32,9%) et 55 femmes (67,1%). Font partie de la *Leiden 85-plus Study*, réalisée dans la ville hollandaise du même nom.	Tous âgés entre 89 et 91 ans, moyenne de 90,4 ± 0,6 ans.	KL ≥ 2	IMC calculé selon les procédures habituelles. Référent : 18,9-24,8 kg/m^2 / Surpoids : 24,9-27,9 kg/m^2 / Obésité : 28,0-41,9 kg/m^2.	Sexe et ajustements faits pour chaque facteur de risque par rapport aux autres	Le fait d'être en situation de surpoids ou d'obésité n'est pas un déterminant de l'absence d'AG. Autrement dit, un IMC élevé est gagé d'un risque accru d'AG.	OR 0,18 (0,04-0,74) et OR 0,23 (0,06-0,95).	N/A
Jiang et al. (2011)	N total = 1196 sujets. Difficile d'obtenir une répartition selon le sexe précise, mais elle semble être d'environ 50/50. Sujets du nord-est de la Chine (région rurale et région urbaine).	Sujets urbains : 54,4 ± 9,7 ans; étendue de 40 à 84 ans / Sujets ruraux : 50,6 ± 7,1 ans; étendue de 40 à 76 ans. Probablement qu'un nombre appréciable fait encore partie de la population active.	Radiographique : KL ≥ 2, dans au moins un des deux genoux. Symptomatique : KL ≥ 2, dans au moins un des deux genoux + au moins un mois de douleur dans un genou, dans les 12 derniers mois.	Pour calculer l'IMC, les mesures du poids et de taille étaient probablement autorapportées (questionnaire).	Âge et sexe, dans certains cas	Un IMC plus élevé (≥ 24) constitue un facteur de risque de l'AG, et ce, autant chez les sujets urbains que chez ceux des endroits moins densément peuplés.	OR 1,75 (1,09–2,80) / OR 1,76 (1,40–2,98).	N/A

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Lin et al. (2010)	N total = 1025 sujets, dont 520 femmes (50,7%) et 505 hommes (49,3%). Font partie de la *Wuchuan Osteoarthritis Stud*y, une étude réalisée en Mongolie.	Hommes : 57,3 ± 8,3 ans / Femmes : 55,6 ± 7,5. Probablement qu'une bonne proportion fait encore partie de la population active.	KL ≥ 2, dans au moins un des deux genoux.	Pour calculer l'IMC, les mesures de poids et de taille étaient probablement autorapportées (questionnaire). Répartition en groupes : ≥ 28,0 kg/m2 vs <18,0 kg/m2.	Âge, sexe, antécédents de blessure au genou	Les individus avec IMC élevé sont plus à risque que ceux avec un IMC normal ou faible.	Plus minces vs plus gros : OR 0,15 (0,06–0,38).	N/A
Gandhi et al. (2010	N total (AG seulement) : 804 sujets, dont 38,2% d'hommes. Patients figurant dans les registres du *Toronto Western Hospital*.	70,1 ± 11,0 ans. Probablement qu'une très faible proportion faisait encore partie de la population active au moment de l'opération (contrecoups probables de l'AG durant la période active, préopération).	RG	IMC, calculé selon les méthodes habituelles. Mesures du poids et de la taille prises un peu avant l'opération.	Variables cliniques (non spécifiées).	Comparativement aux personnes ayant un IMC normal ou bas (≤25), les personnes très obèses (≥35) risquent de subir, en moyenne, une arthroplastie du genou à un plus jeune âge.	IMC ≤25 vs IMC ≥35 : moyennes de 69,1 ans et 31,5 (p = 0,002). Coefficient β : −0.6 (−0.7, −0.2).	N/A
Wang et al. (2007)	N total = 1450 sujets, dont 704 hommes (48,6%) et 746 femmes (51,4%). Chinois Han de la région du Xi'an.	54,61 ± 10,14 ans, étendue de 40 à 84 ans. Probablement qu'une proportion très appréciable fait encore partie de la population active.	KL ≥ 2	Mesures-en clinique ou questionnaire, puis calcul selon la méthode habituelle.	Aucune	Un IMC plus élevé augmente sensiblement le risque d'AG symptomatique.	OR 1,069 (1,020-1,110).	N/A
Zeng et al. (2006)	N total = 2188 sujets, dont 1049 hommes et 1139 femmes. Proviennent de Taiyuan, en Chine.	Entre 35 et 64 ans (pas de données plus précises).	Critères de l'ACR pour l'AG symptomatique + Kl ≥ 2.	Tour de taille et IMC mesurés en clinique, puis calcul selon les procédures habituelles.	Âge et sexe	Un IMC plus élevé augmente sensiblement le risque d'AG symptomatique.	1,184 (1,090-1,287)	N/A

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Janssen et Mark (2006)	N total = 2323 sujets, dont 1104 hommes (47,5%) et 1219 femmes (52,5%).	70,6 ± 9,5 ans. Probablement qu'une faible proportion fait encore partie de la population active.	KL ≥ 2	Tour de taille et IMC mesurés selon les procédures habituelles	Âge, ethnicité et sexe.	L'IMC et le tour de taille constituent tous deux des prédicteurs importants de l'OA du genou, et ce, pour les hommes comme pour les femmes. Toutefois, si l'on tient compte de ces deux variables dans un même modèle statistique, on s'aperçoit que le tour de taille n'affine pas vraiment le niveau de prédiction.	- IMC : Hommes et femmes combinés (tertile inférieur = référent) : tertile milieu = OR 1,63 (1,03–2,59) / tertile supérieur = OR 3,79 (2,44–5,89). - Tour de taille : tertile supérieur = OR 3,30 (1,81–6,01).	N/A
Andrianakos et al. (2006)	N total = 8740 sujets, dont 4269 hommes (48,8%) et 4471 femmes (51,2%).De ce nombre, 547 ont été diagnostiqués comme ayant l'AG (sinon OA de la main ou de la hanche. De 9 régions de la Grèce (*ESORDIG study*).	Tous les participants (peu importe le type d'arthrose) = 46,95 ± 17,74 ans. Probablement qu'une bonne partie des sujets font encore partie de la population active.	Critères de l'ACR pour l'AG symptomatique	Calcul de l'IMC selon les méthodes habituelles (mesures en clinique) : Obésité: BMI ≥ 30 kg/m2, Non-obésité: BMI < 30 kg/m2.	Âge et sexe	L'obésité, telle que caractérisée dans cette étude, est associée à un plus grand risque d'AG symptomatique.	OR 2,4 (2,0-2.8)	N/A

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Abbate et al. (2006)	N total = 779 femmes faisant partie du *Johnston County Osteoarthritis Project* (enquête américaine).	64,8 ± 9,4 ans, étendue de 45 à 90 ans. Probablement qu'une faible proportion fait encore partie de la population active.	KL ≥ 2, dans au moins un des deux genoux.	Mesures de l'IMC, du tour de taille, de la masse graisseuse, de la masse maigre et les autres ont été prises en cliniques, selon des protocoles standardisés et les méthodes de calcul habituellement employées.	Âge, ethnicité et antécédents en matière de blessure.	1) L'IMC et le poids sont fortement associés à l'OA du genou, et constituent vraiment les 2 variables à privilégier pour évaluer le risque d'OA du genou auquel peut être confronté un individu. 2) Le risque est plus grand chez ceux ayant une masse graisseuse et un % de masse graisseuse plus élevés, même chose pour la masse maigre et le tour de taille. 3) Les individus avec un faible pourcentage de masse graisseuse présentent un risque moindre. 4) Le *waist-hip ratio* n'est pas associé à la maladie.	1) OR 5,27 (3,05-9,13) et OR 5,28 (3,05-9,16). 2) OR 4,54 (2,68-7,69), OR 3,84 (2,26-6,54), OR 3,94 (2,22-6.97), OR 4,15 (2,45-7,02). 3) OR 0,20 (0,11-0,35). 4) non significatif.	N/A
Jarvholm et al. (2005)	N total = 1495 hommes suédois travaillant dans le domaine de la construction. Du lot, 502 ont eu un remplacement du genou en raison de l'OA.	Entre 15 et 67 ans au moment des examens d'évaluation de la santé (plus vieux lors du remplacement du genou). Tous faisaient alors partie de la population active.	RG	Prise des mesures en clinique et calcul de l'IMC selon la procédure habituelle.	Âge, tabagisme.	Le risque relatif de RG augmente avec l'accroissement de l'IMC.	IMC 20-24 = référent) : 25-29 : RR 1,54 (1,38-1,72) / 30-35 : RR 2,02 (1,68-2,43).	N/A
Du et al. (2005)	N total = 2093 sujets, dont 1199 femmes (57,3%) et 894 hommes (42,75). Du lot, 212 ont été diagnostiqués avec de l'AG radiographique sans douleur. Proviennent de Shanghai, en Chine.	Difficile à dire car les données ne sont pas présentées pour le sous-groupe qui nous intéresse, mais environ 58 ans en moyenne ± 9 ans. Probablement qu'une proportion plus ou moins élevée faisait encore partie de la population active.	KL ≥ 2, dans au moins un des deux genoux.	IMC, calculé selon les méthodes habituelles. Mesures prises en cliniques.	Aucune	Un IMC élevé est un gage de risque accru d'AG radiographique.	OR 1,274 (1,153-1,407)	N/A

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Al-Arfaj (2002)	N total = 219 sujets, dont 118 hommes (53,9%) et 101 femmes (46,1%). Du nord de Riyad, en Arabie Saoudite.	48,82 ± 15,62 ans. Probablement qu'une bonne proportion fait partie de la population active (surtout les hommes).	KL ≥ 2	IMC, calculé selon la méthode habituelle à partir de mesures effectuées en clinique. Données par la suite séparées en tertitles : Hommes : T1) <23,88, T2) 23,88-28,40, T3) >28,40 / Femmes : T1) <27,56, T2) 27,56-33,24, T3) >33,24.	Âge, sexe, acide urique, cholestérol et triglycérides sanguins.	1) Chez les femmes, il existe une forte association entre un poids élevé et la présence d'AG radiographique. 2) Cette association est aussi présente chez les hommes, mais elle est de moins grande ampleur.	1) T1 (référent) vs T2 : OR 2,18 (1,39-3,47) / T1 vs T3 : OR 3,28 (2,07-5,36). Global : OR 3,28 (2,07-5,36). 2) T1 vs T3 : OR 1,56 (1,02-2,39) / T2 vs T3 : OR 1,88 (1,24-2,92).	N/A
Sturmer et al. (2000)	N total = 809 sujets, dont 389 ayant de l'AG sévère (72,8% sont des femmes). Font partie de *l'Ulm Osteoarthritis Study*, menée auprès de sujets du sud-ouest de l'Allemagne.	66,3 ± 6,4 ans. Probablement que très peu font encore partie de la population active.	Listes d'attente pour un RG + mesures de confirmation d'AG avec KL.	IMC : calcul selon la méthode actuelle. Surpoids : BMI > 25 kg/m2, Obésité : BMI > 30 kg/m2.	Âge, sexe, diabète, hypercholestérolémie, hypertension, former or current *heavy physical exertion*, tabagisme actuel ou passé, goutte, prise d'hormone de remplacement.	Le surpoids est associé à un risque accru d'OA, et encore plus l'obésité.	OR 5,92 (2,00-17,5) / OR 8,13 (2,39–27,7).	N/A
Sowers et al. (1996)	N total = 573 femmes blanches, faisant partie de la *Michigan Bone Health Study*.	37,1 ± 5,0 ans. Probablement qu'une proportion importante fait partie de la population active.	KL ≥ 2	IMC : mesures prises en clinique, puis calcul selon la méthode habituelle.	Aucune	Un IMC élevé est un gage de risque accru d'AG radiographique.	OR 1,05 (0,96-1,17)	N/A
Hochberg et al. (1995)	N total = 740 sujets, dont 465 hommes (62,8%) et 275 femmes (37,2%). *Font parite de la Baltimore Longitudinal Study of Aging* (ÉU).	Hommes : 64,7 ± 12,7 ans / Femmes : 65,6 ± 12,9 ans.	- *Definite knee OA* : grade KL ≥ 2, dans au moins un des deux genoux. - *Bilateral knee OA* : grade KL ≥ 2, dans les deux genoux.	IMC, *waist-hip ratio* et % de gras corporel : prise des mesures en clinique et calcul selon les procédures habituelles. Catégorisation en trois tertiles.	Âge	1) Chez les hommes comme chez les femmes, le risque de *definite knee OA* augmente grandement du T1 (IMC normal) au T3 (IMC obésité). 2) On pourrait dire la même chose du *waist-hip ratio*, mais le risque est moins marqué. 3) Le % de gras est aussi un facteur de risque de *definite knee OA*, mais avant tout pour les femmes.	Donnée présentées pour *definite knee OA* (vu les ORs semblables pour *bilateral*): 1) H : OR 2,40 (1,32-4,35) / F: OR 4,34 (1,89-9,98). 2) H : OR 1,37 (0,078-2,42) / F : OR 1,35 (0,56-3,22). 3) H : OR 1,04 (0,59-1,82) / F : OR 3,27 (1,39-7,67).	N/A

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Hart et Spector (1993)	N total = 985 femmes. Du lot, 118 ont eu un diagnostic de "radiological knee OA" et 58 de "radiologic symptomatic knee OA". Font partie de la *Chingford Study*, réalisée auprès de sujets caucasiens de la région de Londres (Angleterre).	54,2 ans (pas de SD). Étendue = 45-64 ans. Probablement qu'une proportion assez élevée fait encore partie de la population active.	Radiographique : KL ≥ 2, dans au moins un des deux genoux. Radiologique symptomatique : KL ≥ 2, dans au moins un des deux genoux + au moins un mois de douleur dans un genou.	IMC : mesures prises en clinique, puis calcul selon la méthode habituelle. Trois tertiles : < 23,4 (*low*), 23,4-26,4 (mid), > 26.4 (*high*). Autres mesures anthropo. : tour de hanche, tour de taille, tour de cuisse, *waist-hip ratio*. Mesures autorapportées par questionnaire : poids à l'âge de 20 ans (kg), poids maximal atteint (kg), gain de poids (kg : poids actuel - poids à 20 ans).	Âge	1) L'IMC demeure la mesure du poids la plus fortement associée à l'AG radiologique et symptomatique. 2) L'IMC auto-rapporté à l'âge de 20 ans est également une mesure plutôt bonne de ces deux conditions. ** Les mesures anthropométriques sont intéressantes (tours de taille, hanche et cuisse), mais leur capacité prédictive est moindre que pour l'IMC. Idem pour le *waist-hip ratio.*	1) T1 vs T3 : OR 6,17 (3,26-11,71) et OR 8,57 (3,25-22,54). T1 vs T2 : OR 2,86 (1,44-5,68) et OR 3,50 (1,13-9,08). 2) OR 1,78 (0,98-3,23) et OR 2,16 (0,93-3,23).	N/A
Bagge et al. (1991)	N total = 340 sujets, dont 135 hommes et 205 femmes (60,3%). Proviennent de Göteborg, en Suède.	79 ans, exactement. Personnes retraitées.	Radiographique : KL ≥ 2.	IMC calculé selon les procédures habituelles. Répartition en quintiles par la suite (pas la même pour les hommes et les femmes).	Aucune	Chez les hommes comme chez les femmes, le risque d'AG radiographique augmente graduellement pour chaque tertile, surtout du 3e au 5e.	1) Hommes : T3 RR 1,85 (0,88-3,85) - T5 RR 2,25 (1,21-4,55) / Femmes : T3 RR 1,10 (0,73-1,67) - T5 RR 1,61 (1,15-2,26).	N/A
Anderson et Felson (1988)	N total = 5193 sujets noirs et blancs (53,2% de femmes, et 46,8% d'hommes), dont 315 avec un diagnostic d'AG radiographique. Font partie du *Health and Nutrition Examination Survey (1971-1975) -- HANES 1*.	Entre 35 et 74 ans. Pas de données plus précises (SD), mais environ le tiers des cas d'OA étaient en dessous de la barre du 65 ans; proportion probablement appréciable encore sur le marché du travail.	Radiographique : KL ≥ 2, dans au moins un des deux genoux.	IMC : calcul selon la méthode actuelle. Normal : entre 20 et 25 / Surpoids : entre 25 et 30 / Obèse : entre 30 et 35 / Très obèse : + 35.	Tous les autres facteurs de risques impliqués dans le modèle : revenu, niveau d'éducation, concentrations en acide urique, tabagisme, etc.)	Pour chaque tranche d'IMC de 5 unités supplémentaire, le risque d'AG se trouve augmenté autant chez les hommes que chez les femmes.	OR 2,53 (1,75-3,68) / OR 2,17 (1,74-2,77)	N/A

Facteurs occupationnels

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Étude de cohorte								
n et al. (2008)	N total (temps 1) : 204 741 sujets, tous des hommes dans le secteur de la construction. Au suivi, 420 avaient subi un remplacement du genou. Proviennent des quatre coins de la Suède. ** Suivi sur un période d'environ 22 ans.	Entre 15 et 67 ans. Étaient tous actifs au temps 1 puisque recrutés dans le cadre d'un programme de santé au travail.	Remplacement du genou (RG)	Groupes d'emploi : *Brick layers, Concrete workers, Foremen, Machine operators, Plumbers, Painters, Wood workers,* etc. Groupe de comparaison : *White-collar workers*.	Âge, IMC	Dans le secteur de la construction, divers groupes d'emploi sont exposés à un risque accru d'AG sévère nécessitant un RG, certains plus que d'autres (colonne à droite). Les résultats ne sont toutefois pas significatifs pour ces groupes : *Preparatory work*, *Electricians, Painters*, *Machine operators*.	- *Floor layers* : RR 4,72 (1,80-12.33). - *Asphalt workers* : RR 2,81 (1,11-7.13). - *Sheet-metal workers* : RR 2,60 (1,06-6,37). - *Rock workers* : RR 2,59 (1,18-5,69) - *Plumbers* : RR 2,29 (1,19-4,43). - *Brick layers* : RR 2,14 (1,08-4.25) - *Wood workers* : RR 2,02 (1,11-3.69) - *Concrete workers* : RR 1,80 (1,00-3,25).	69
Felson et al. (1991)	N total = 589 hommes et 827 femmes. Faisaient initialement partie de la *Framingham Heart Study*.	73 ans en moyenne, au suivi. Retrancher 40 ans pour avoir l'âge approximatif au *baseline*.	AG : KL ≥ 2 / AG sévère : KL ≥ 3 / Symptomatique : si douleur dans les genoux au cours d'un mois récent.	1) *Strength demand* de l'emploi : sédentaire, légère, moyenne, importante, très importante (lever et transporter des charges plus ou moins lourdes). 2) *Knee bending requirement* : oui/non.	Âge, IMC, antécédents de blessure, tabagisme, niveau d'éducation.	Les hommes ayant des emplois avec *knee bending requirement* et *strength demand* au moins moyenne sont plus sujets à l'AG. Le risque d'AG sévère est aussi un peu plus élevé (pas de données présentées), mais rien de concluant pour l'AG symptomatique. Pas suffisamment d'effectifs pour établir quoi que de soit pour les femmes.	OR 2,22 (1,38-3,58).	69
Études cas-témoins								

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Jensen (2005)	Cas : N total (étude radiologique seulement) = 101 hommes danois, qui sont soit *foor layers*, soit *carpenters*. Témoins : N total = 49 hommes danois, qui n'ont pas ou très peu à effectuer des tâches *knee-straining* dans le cadre de leur travail. Exercent la profession de *compositors* (travaillent dans les médias ou l'industrie de la publicité, et sont en général assis).	Cas : Difficile à dire, vu qu'il s'agit d'un sous-groupe dont le profil est peu détaillé. Les données globales sur l'âge moyen et l'étendue sont les suivantes pour l'échantillon en entier : 1) *foor layers* (n=133): 47 ans, 26 à 72 ans; 2) *carpenters* (n=506): 45 ans, 28-70 ans. Témoins : *Compositors* (n=327): 52 ans, étendue de 29 à 70 ans. Pour les deux groupes, la quasi-totalité fait partie de la population active.	KL ≥ 2	Entrevue téléphonique sur des tâches réputées pour solliciter le genou (*knee-straining*) + visionnement de vidéos tournées durant les heures de travail et codification de ces activités (types et durée). : "(*i) kneeling completely on the left, right, or both knees, (ii) squatting, and (iii) kneeling partly on the left, right, or both knees while using the knees as support and balance*." Calcul subséquent d'un score d'exposition tenant compte des 2 méthodes de collecte : pas d'exposition, exposition faible-modérée, exposition élevée, exposition très élevée.	Âge, IMC, tabagisme, activités sportives sollicitant beaucoup le genou	Plus un travailleur doit exécuter des tâches *knee-straining*, plus le risque de souffrir d'AG radiographique augmente.	- Exposition faible-modérée : OR 2,96 (0,5-17,2). - Exposition élevée : OR 4,20 (0,6-27,6). - Exposition très élevée : OR 4.92 (1,1-21,9).	88

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Franklin et al. (2010)	Cas : N total = 400 sujets, dont 266 femmes (66,5%) et 134 hommes (33,5%). Proviennent d'Islande. Témoins : N total = 1082 sujets, dont 592 femmes (54,7%) et 490 hommes (45,3%). Issus de la même population, mais ces données comprennent aussi les témoins paires avec les cas de remplacement de la hanche.	Cas : Femmes: 73,5 ± 7,2 ans / Hommes: 73,9 ± 6,5 ans. La vaste majorité est probablement retraitée, mais l'article est pertinent vu que l'opération suppose plusieurs années d'atteinte d'AG, dans le cadre du travail passé. Témoins : Femmes: 71,0 ± 7,0 ans / Hommes: 70,5 ± 7,1 ans.	RG	Groupes d'emploi : *Technicians and clerks, Service and shop workers, Farmers, Fishermen* (hommes seulement), *Craft workers, Operators and unskilled labour, Housewives* (femmes seulement). Groupe de comparaison : *Managers and professionals.* Information obtenue par questionnaire après l'opération au genou.	Âge, IMC, activités récréatives s	Les hommes des groupes *Farmers* et *Fishermen* sont plus susceptibles d'avoir subi un RG en raison d'AG sévère; ce risque accru n'est pas observé pour les autres groupes d'emploi. Aucune tendance significative n'a toutefois été décelée chez les femmes.	- *Farmers* : OR 5,1 (2,1-12,4). - *Fishermen*: OR 3,3 (1,3-8,4).	69

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Coggon et al. (2000)	Cas : N total = 518 sujets, dont 205 hommes (39,6%) et 313 femmes (60,4%). De 3 régions sociosanitaires de l'Angleterre : Portsmouth, Southampton et Stoke-on-Trent. Témoins : N total = 518 sujets, *sex-matched*.	Cas : 47 à 93 ans, médiane de 71,5 ans. Probablement que peu font encore partie de la population active, mais il reste que les sujets ont été questionnés sur des tâches effectuées dans le cadre de leur vie active. Témoins : Semblable aux cas à plus ou moins 2 ans *(age-matched).*	Liste d'attente pour un RG.	Activités/tâches : 1) Oui ou non + fréquence : *Lifting ≥10 kg >10 times/week, Lifting ≥25 kg >10 times/week, Lifting ≥ 50 kg >10 times/week, Sitting >2 hours/day in total, Standing or walking >2 hours/day, Kneeling >1 hour/day in total, Squatting >1 hour/day in total, Kneeling >1 hour/day in total or squatting for >1 hour/day in total, Getting up from kneeling or squatting >30 times/day, Driving for >4 hours/day in total, Walking >2 miles/day in total, Climbing a ladder or flight of stairs >30 times/day*. 2) Nombre d'années à effectuer les activités/tâches ci-haut : <1,0 an, 1,0-9,9 ans, 10,0-19,9 ans, ≥20,0 ans.	IMC, antécédents de blessure au genou, présence de *Heberden's nodes.*	1) Le risque d'AG est accru pour *prolonged kneeling or squatting*. 2) Il est aussi accru pour *walking >2 miles/day*. 3) Idem pour *regularly lifting weights of at least 25 kg*. 4) La combinaison *kneeling/ squatting (>1 hour/day or squatting for >1 hour/day for >1 year)* avec *heavy lifting (>25 kg >10 times/week for >1 year*) amplifie beaucoup le risque. 5) La combinaison *kneeling/squatting (>1 hour/day or squatting for >1 hour/day for >1 year)* avec les variables "surpoids" et "obésité" expose tout particulièrement à un risque d'AG.	1) OR 1,9 (1,3-2,8). 2) OR 1,9 (1,4-2,8). 3) OR 1,7 (1.2-2.6). 4) OR 3,0 (1.7–5.4). 5) Surpoids (IMC 25,0-29,9) = OR 6,1 (3,4-10,9) / Obésité (IMC ≥30,0) = 14,7 (7,2-30,2).	69

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Vrezas et al. (2010)	Cas : N total = 295 hommes. Habitent la région de Francfort ou d'Offenbach, en Allemagne. Témoins : N total = 295 hommes provenant de la même région.	Cas : 68,5% âgés de moins de 65 ans; étendue = 25-70 ans. Bonne proportion dans la population active. Témoins : 89,0% âgés de moins de 65 ans; même étendue.	Combinaison de symptômes non clairement établis + KL ≥ 2	- *Lifting* et *carrying* : calcul de l'exposition cumulative tenant compte du poids des objets soulevés ou transportés, de la durée et de la fréquence. - *Kneeling et squatting* : calcul similaire tenant compte de la durée et de la fréquence. Groupe de comparaison : IMC < 24,92 kg/m^2 *and no kneeling/squatting* OU *no lifting/carrying*. Information obtenue par questionnaire.	Âge, région, IMC, jogging/athlétisme	Pour les individus avec un IMC élevé, le fait d'être modérément ou hautement exposé au *kneeling/squatting* et au *lifting/carrying* dans le cadre du travail expose à un risque subséquent d'AG symptomatique plus grand. Autrement dit, l'interaction entre ces tâches et le poids amplifie le risque.	- IMC ≥ 24.92 kg/m^2 et *kneeling/squatting* ≥ 4757 h : OR 5,3 (2.4-11,5) / PAR = 4% - IMC ≥ 24.92 kg/m^2 et *lifting/carrying* ≥ 5120 kg : OR 5,0 (2.4-10.5) / PAR = 7%.	63
Dahaghin et al. (2009)	Cas : N total = 480 sujets, dont 335 femmes (69,8%) et 145 hommes (30,2%). Proviennent de l'Iran. Témoins : N total = 490 sujets de la même région, dont 314 femmes (64,1%) et 176 hommes (35,9%).	Cas : 57 ± 12 ans. Probablement que peu de participants font partie de la population active, vu que les femmes sont majoritairement à la maison en Iran (*housekeeping*). Témoins : 46.8 ± 15 ans.	Critères de l'ACR pour l'OA symptomatique.	- Types de travail (oui/non) : travail sédentaire, travail physiquement exigeant, *housekeeping*. - Activités/postures (moyenne d'heures ou de poids ramenée au jour) : *standing, walking on flat ground, walking up/downhill, sitting on the floor, sitting on a chair, squatting, knee bending, cycling, climbing stairs,* et *carrying loads*. Information obtenue par questionnaire.	Âge, sexe, IMC	Les types d'emplois, tels que découpés dans cette étude, ne donnent pas de résultats significatifs. Idem pour les activités/ postures.	Pas de données significatives	69

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Mounach et al. (2008)	Cas : N total = 95 sujets, dont 69 femmes (72,6%) et 26 hommes (27,4%). Sélectionnés à partir des registres d'une clinique, située au Maroc. Témoins : Même nombre et même répartition selon le sexe, mais les cas ont été jumelés avec une personne « saine » tirée au hasard dans la population en général.	Cas : 59,7 ± 8,5 ans. 47,4% ont répondu être des travailleurs. Témoins : 60,0 ± 8,5 ans.	Symptômes (douleur et difficulté à marcher) + KL ≥ 3	- Pour *sitting, standing, kneeling, walking* : nombre d'heures par jour. - Pour *climbing stairs* : nombre de marches par jour. - Pour *lifting weights* : ≥ 10 kg, ≥ 25 kg, ≥ 50 kg.	Non spécifiées	Les activités *Sitting* ≥ 3h/jour et *climbing stairs* ≥ 50 marches/jour sont associées à une diminution du risque d'AG symptomatique. Pour les autres activités, les résultats n'ont pas été significatifs sur le plan statistique.	- *Sitting* : OR 0,29 (0,15-0,56). - *Climbing* : OR 0,48 (0,26-0,91).	56
Yoshimura et al. (2004)	Cas : N total = 101 femmes. Proviennent de 3 villes du Japon (Wakayama, Arita et Sennan); 6 hôpitaux impliqués. Témoins : N total = 101 femmes, des mêmes régions.	Cas : 73,3 ± 9,8 ans. Il est fort probable qu'une très faible proportion fait encore partie de la population active. Témoins : 73.3 ± 9.8 ans.	Symptômes (douleur et difficulté à marcher) + KL ≥ 3	Activités occupationnelles multiples : *Sitting ≥ 2 h/day, Standing ≥ 2 h/day, Kneeling ≥ 1 h/day, Squatting ≥ 1 h/day, Driving ≥ 4 h/day, Walking ≥ 3 km/day, Climbing ≥ 30 steps/day, Lifting weights > 25 kg*. Les informations ont été notées pour le premier emploi obtenu à vie, de même que celui conservé le plus longtemps.	IMC, antécédents de blessure au genou, pratique de la bicyclette, nombre d'emplois dans le passé.	Le fait d'avoir travaillé en position assise au moins 2 heures par jour dans le cadre du premier emploi est associé à un risque réduit d'AG symptomatique. Les résultats ne sont pas significatifs pour les autres activités occupationnelles considérées.	OR 0,35 (0,15-0,84).	69

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Manninen et al. (2002)	Cas : N total = 281 sujets, dont 55 hommes (19,6%) et 226 (80,4%) femmes. De la province de Kuopio, en Finlande. Témoins : N total = 524 sujets, dont 140 hommes (26,7%) et 384 femmes (73,3%). De la même région.	Cas : Hommes : 67.5 ± 5.7 ans / Femmes : 69.2 ± 5.4 ans. Probablement que peu font encore partie de la population active, mais ils ont été questionnés sur leurs emplois antérieurs. Témoins : Hommes : 67.2 ± 5.6 ans / Femmes : 67.1 ± 5.6 ans.	RG	- *Physical workload* (implique des battements rapides du cœur et de a sueur), *standing, climbing, kneeling*, et *squatting* lors de l'emploi occupé à l'âge de 49 ans. Classés *low level, medium level* ou *high level* selon l'intensité ou la durée de la tâche. - Groupes d'emplois: *Professional / Health care & social work / Commerce & trade / Agriculture, forestry & fishing / Transportation & traffic / Manufacturing, construction & mining / Service.*	IMC, blessure au genou, pratique d'activités physiques.	1) Un historique de *physical workload* élevé est associé à un risque accru de remplacement du genou, et ce, chez les hommes et chez les femmes. 2) *Kneeling* ou *squatting* 2 heures ou plus par jour est associé à un risque accru chez les deux sexes. 3) Pour les hommes, *climbing* même à un niveau modéré est associé à l'OA du genou. 4) Les travailleurs dans le domaine "*Transportation & traffic*" sont plus à risque que les autres de développer de l'OA du genou, bien que le risque demeure présent pour tous les groupes considérés.	1) Hommes (élevé vs faible) = OR 1.53, 95% CI 0.42–5.56 / Femmes : OR 2.03, 95%CI 1.03–3.99. 2) Hommes (-2 heures vs 2 heures ou +) : OR 1.68, 95% CI 0.66–4.28. / Femmes : OR 1.68, 95% CI 0.66–4.28. 3) Hommes (modéré vs faible) OR 3.06, 95% CI 1.25–7.46 4) OR 3.07, 95% CI 1.19–7.90.	56
Sandmark et al. (2000)	Cas : N total = 625 sujets, dont 325 hommes (52,0%) et 300 femmes (48,0%). De 14 régions de la Suède. Témoins : N total = 548 sujets, dont 264 hommes (48,2%) et 284 femmes (51,8%). Des mêmes régions.	Cas : Âgés entre 56 et 74 ans au moment du remplacement du genou. L'entrevue a été menée entre 1 et 4 ans plus tard. Probablement qu'une faible proportion faisait encore partie de la population active. Témoins : Distribution selon l'âge très semblable (*age-matched*).	RG	*Kneeling, standing, sitting, whole-body vibration* : nb d'heures par jour / *Stairs climbed every day, squatting, knee bending, jumps* : nb de fois par jour / *Lifting burdens* : fréquence et poids + calcul d'un score. Classés par la suite en *no or low exposure*, *medium exposure* ou *high exposure*. Aussi, classification selon des groupes d'emplois.	Âge, IMC, tabagisme, pratique de sports.	1) Les hommes en foresterie et en construction sont plus à risque de RG. Les femmes comme les hommes en agriculture courent un risque plus grand d'avoir la maladie. 2) Activités à risque chez les hommes : a) *lifting*, b) *squatting or knee bending*, c) *kneeling*, d) *jumping*. 3) Activité à risque chez les femmes : tâches à la maison physiquement exigeantes (ex. : prendre soin d'une personne âgée ou handicapée).	1) Construction : OR 3,1 (1,5-6,4). Foresterie : OR 2,1 (1,0-4,6). Agriculture : Femmes = OR 2,4 (1,4-4,1). Hommes = OR 3,2 (2,0-5,2). 2) a) OR 3,0 (1,6-5,51) b) OR 2,9 (1,74-4,9). c) OR 2,1 (1,4-3,3). d) OR 2,7 (1,7-4,1). 3) OR 2,2 (1,3-3,6).	69

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Yoshimura et al. (2006)	Cas : N total = 37 hommes. Recrutés dans trois régions sociosanitaires des préfectures de Wakayama et Osaka, au Japon. Témoins : N total = 37 hommes. Même provenance.	Cas : 70,0 ± 6,6 ans. Il est fort probable que peu fasse toujours partie de la population active. Témoins : 70,1 ± 7,0 ans.	Symptômes (douleur et difficulté à marcher) + KL ≥ 3	- Groupes d'emplois : *Factory/construction workers, Agricultural/fishery workers, Clerical workers/technical experts, Shop assistants and managers, Clinical workers, Teachers, Others (soldier, taxi driver, etc.).* - Activités/postures : standing, sitting, climbing stairs, kneeling, squatting, driving, walking; and heavy lifting (pas plus de precisions). Les informations ont été notées pour le premier emploi obtenu à vie, de même que celui conservé le plus longtemps.	Historique de poids élevé, antécédents de blessure au genou	Avoir occupé comme principal travail un emploi tombant dans la catégorie *physical work* (usines, construction, pêche, agriculture) expose à un risque plus élevé d'AG symptomatique. Cela n'est pas observé pour les emplois moins exigeants sur le plan physique.	OR 6,20 (1,40-27,5).	69
Hashikawa et al. (2011)	Cas : N total = 195 femmes de la région de Nagasaki, au Japon. Témoins : N total = 387 femmes provenant de la même région	Cas : 69,4 ± 7,4 ans. Très faible proportion dans la population active. Témoins : 61,6 ± 9,5 ans.	Radiographique : KL ≥ 2	*Farming* vs. *Others.* Information obtenue par questionnaire.	Aucune	Le fait de travailler dans le domaine de l'agriculture ne met pas plus à risque d'AG radiographique que le fait de travailleur dans un autre domaine, quel qu'il soit.	Pas de données significatives	56
Dawson et al. (2003)	Cas : N total = 29 sujets, toutes des femmes. Proviennent de la région d'Oxford, en Angleterre. Témoins : N total = 82 femmes de la même région.	Cas : Entre 50 et 70 ans (pas de données plus précises). Il est qu'une portion faible-moyenne fait encore partie de la population active. Témoins : Pas de données précises, mais ont été *age-matched*.	Sur une liste d'attente pour un RG + avoir éprouvé de la douleur au moins modérée la plupart des jours du mois précédant l'enquête.	Nombre d'années (catégories aménagées par la suite) pendant lesquelles les activités suivantes ont été effectuées sur une base régulière (et pour de longues périodes), soit au moins 2 jours par semaine : *lifting, kneeling, bending, squatting, et walking*.	Âge, médecin généraliste ayant identifié le sujet, IMC.	D'après des analyses univariées, diverses activités ou tâches occupationnelles sont associées à un risque accru d'AG symptomatique.	- *Lifting* >24-33 : OR 7,31 (2,01-26,7). - *Bending* > 34 : OR 6,98 (1,45-33,6). - *Kneeling* 26+ : OR 4,18 (1,26-13,8). - *Cleaning floors on knees* >13 : OR 5,28 1,48 to 8,84. - *Squatting* >15-<27 : OR 2,54 0,88 to 7,34 0,08	75

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Lau et al. (2000)	Cas : N total = 796 sujets, dont 658 avec AG (les autres avec arthrose de la hanche). Parmi les cas d'AG, 166 sont des hommes (25,2%) et 492 sont des femmes (74,8%). Recrutés à même les hôpitaux de la région de Hong Kong. Témoins : Pour AG spécifiquement : 658 sujets, *sex matched*.	Cas : Données sur l'âge non présentées, mais article à conserver car il y est question de facteurs de risque reliés à l'emploi conservé le plus longtemps dans la vie. Témoins : Même constat, mais *age matched*.	KL = 3 ou 4, dont 28,1% ayant subi un RG raison de l'arthrose.	Dans le cadre du travail conservé le plus longtemps dans la vie : *Walking (≥2 hours/day), Squatting (≥1 hour/day), Kneeling (≥1 hour/day), Climbing stairs (≥15 flights/day), Digging (≥1 hour/day), Driving (≥4 hours/day), Lifting 10 kg or more 1–10 times/week / >10 times/week, Lifting 50 kg or more 1–10 times/week / >10 times/week, Use of vibration tools*. Information obtenue par questionnaire.	Aucune	Le fait d'avoir à monter des escaliers fréquemment ainsi que celui d'avoir à soulever des charges importantes fréquemment augmentent significativement le risque d'AG sévère chez les sujets considérés dans cette étude.	- *Climbing stairs* : Hommes = OR 2,5 (1,0-6,4) / Femmes = OR 5,1 (2,5-10,2). - *Lifting weights* : Hommes = OR 5,4 (2,4, 12,4) / Femmes = OR 2,0 (1,2, 3,1).	50
Kohatsu et Schurman (1990)	Cas : N total = 46 sujets, dont 60,9% de femmes. Provenance des sujets non spécifiée, mais probablement un ou des hôpitaux de la Californie en raison des affiliations des chercheurs. Témoins : N total = 46 sujets, *sex- and region-matched*.	Cas : 55 ans et plus, moyenne de 70,8 ans (pas d'info sur la SD). Témoins : 55 ans et plus, moyenne de 71,3 ans (pas d'info sur la SD).	RG	Intensité physique du travail : *Level 1, light work, including desk work, auto driving, housework, and janitorial work; Level 2, moderate work, including machine assembly, painting, and light carpentry; Level 3, heavy work, including shoveling light earth, heavy carpentry, farm work, and construction, or Level 4, very heavy work, including digging ditches, coal mining, and logging.*	Aucune	Le *moderate to heavy work* entre 30 et 39 ans et entre 40 et 49 ans expose à un plus grand risque d'OA du genou.	- 30 à 39 ans : OR 3,4 (0,9-10,8). - 40 à 49 ans : OR 3,0 (0,9-11,4).	50

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Études transversales								
Goekoop et al. (2011)	N total = 82 sujets, dont 27 hommes (32,9%) et 55 femmes (67,1%). Font partie de la *Leiden 85-plus Study*, réalisée dans la ville hollandaise du même nom.	Tous âgés entre 89 et 91 ans, moyenne de 90,4 ± 0,6 ans.	KL ≥ 2	Historique d'emploi exigeant (questionnaire) : Oui, dès qu'une condition est remplie pour *intensive standing or walking, lifting heavy objects, dealing with heavy machinery, and bending and kneeling dans le cadre de l'emploi principal.*	Sexe et ajustements faits pour chaque facteur de risque par rapport aux autres	Les résultats ne sont pas significatifs pour un historique de travail exigeant.	Pas de données significatives	N/A
Jiang et al. (2011)	N total = 1196 sujets. Difficile d'obtenir une répartition selon le sexe précise, mais elle semble être d'environ 50/50. Sujets du nord-est de la Chine (région rurale et région urbaine).	Sujets urbains : 54,4 ± 9,7 ans; étendue de 40 à 84 ans / Sujets ruraux : 50,6 ± 7,1 ans; étendue de 40 à 76 ans. Probablement qu'un nombre appréciable fait encore partie de la population active.	Radiographique : KL ≥ 2, dans au moins un des deux genoux. Symptomatique : KL ≥ 2, dans au moins un des deux genoux + au moins un mois de douleur dans un genou, dans les 12 derniers mois.	Statut de l'emploi : travailleurs manuels, travailleurs non manuels. Information obtenue par questionnaire.	Âge et sexe, dans certains cas	Le statut d'emploi est un facteur de risque de l'AG symptomatique chez les travailleurs manuels en milieu urbain, mais pas pour ceux en milieu rural.	OR 1,50 (0,97-2,32).	N/A
Lin et al. (2010)	N total = 1025 sujets, dont 520 femmes (50,7%) et 505 hommes (49,3%). Font partie de la *Wuchuan Osteoarthritis Study*, une étude réalisée en Mongolie.	Hommes : 57,3 ± 8,3 ans / Femmes : 55,6 ± 7,5. Probablement qu'une bonne proportion fait encore partie de la population active.	KL ≥ 2, dans au moins un des deux genoux.	- *Workload* dans le cadre de l'emploi gardé le plus longtemps. 3 catégories : *light*, *moderate*, *heavy*. - *Driving, cycling, digging* : - 2 heures par jour vs 2 heures par jour ou plus. *Kneeling et squatting* : - 0,5 heure par jour vs 0,5 heure par jour ou plus. *Lifting*, charge égale ou supérieure à 10 kg : oui/non. Information obtenue par questionnaire.	Âge, sexe, IMC, antécédents de blessure au genou	Les sujets avec un *workload* plus important ou devant effectuer des activités ou tâches « risquées » à une plus grande fréquence/ intensité ne semblent pas plus à risque d'avoir de l'AG radiographique.	Pas de données significatives	N/A

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Allen et al. (2010)	N total (OA genou radiograhique) = 927 sujets, dont 317 hommes (34,2%) et 610 femmes (65,8%). N total (OA genou symptomatique = 592 sujets, dont 189 hommes (31,9%) et 403 femmes (68,1%). Font partie du *Johnston County Osteoarthritis Project*, étude réalisée auprès de 2729 personnes de ce comté de Caroline du Nord.	63,6 ± 10,5 ans. Probablement qu'une plus ou moins grande proportion fait encore partie de la population active.	Radiograhique : KL ≥ 2, dans au moins un des deux genoux. Symptomatique : KL ≥ 2 + symptômes (douleur, raideur), dans au moins un des deux genoux.	- Tâches à faire dans le cadre de l'emploi conservé le plus longtemps : *Walk, Lift > 10 lbs, Sit, Stand, Squat, Bend-twist-reach, Climb stairs, Crawl, Heavy work-standing, Crouch or kneel. Choix de réponse : 0 = never, seldom, sometimes; 1 = often or always*. - Tâches à faire durant toute la période active : *Light work while standing > 50% of job, Heavy work while standing > 50% of job, Sitting > 50% of job, Kneeling > 50% of job, Walking > 50% of job, Lifting 10 kg ≥ 10×/week, Lifting 20 kg ≥ 10×/week, Lifting 50 kg ≥ 10×/week.*	Âge, sexe, ethnicité, IMC, Tabagisme (passé et actuel vs jamais), antécédents de blessure au genou, tâches domestiques	1) Pour l'OA radiographique, aucune tâche spécifique n'a été associée à un risque accru d'AG. Toutefois, certaines semblent avoir un effet protecteur : a) avoir travaillé assis ou b) avoir monté des escaliers au moins souvent dans l'emploi conservé le plus longtemps, de même qu'avoir, à vie, c) travaillé assis plus de 50% du temps. 2) Pour l'OA symptomatique, a) le fait d'avoir eu à soulever des charges de plus de 10 lbs, b) le fait d'avoir eu à rester debout, c) le fait d'avoir eu à *bend, twist, reach*, d) de *crawler* ou e) de faire du *heavy work* en position debout au moins souvent semblent constituer des facteurs de risque; on peut en dire autant pour f) cette catégorie de *heavy work*, à vie, de même que g) *Walking* > 50% du temps. En contrepartie, soulignons que h) le fait d'avoir été assis au moins souvent et i) celui d'avoir été assis à vie > 50% du temps diminuent le risque.	1) a) OR 0,86 (0,70-1,05), b) OR 0,80 (0,63-1.03), c) OR 0,86 (0,71-1,05). 2) a) OR 1,42 (1,13-1,80), b) OR 1,38 (1,08-1.77), c) OR 1,26 (0,99-1,60), d) OR 1,59 (1,05-2,41), e) OR 1,44 (1,03-2,02), f) OR 1,32 (1,02-1,72), g) OR 1,24 (0,99-1,55), h) OR 0,72 (0,57-0,90), i) OR 0,73 (0,59–0,92).	N/A

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Muraki et al. (2009)	N total = 1471 sujets, dont 531 hommes et 940 femmes. Du lot, 55,6% ont été diagnostiqués avec de l'OA du genou. Recrutés dans le cadre de l'étude *ROAD*. Proviennent de trois régions du Japon.	68,4 ± 9,2 ans (50 ans et plus seulement). Probablement qu'une faible proportion fait encore partie de la population active.	KL ≥ 2, dans au moins un des deux genoux (AG « régulière »). AG sévère = KL ≥ 3.	Informations relatives à l'emploi détenu le plus longtemps dans la vie : *Sitting on a chair for 2 hours/day, kneeling for 1 hour/day, squatting for 1 hour/day, standing for 2 hours/day, walking 3 km/day, climbing up slopes or steps for 1 hour/day, and lifting loads weighing 10 kg at least once a week.*	Âge, sexe (dans certains cas) et IMC	1) *Sitting on a chair* semble exercer un effet protecteur en regard de l'AG, surtout chez les hommes. 2) *Kneeling* semble être un facteur de risque pour l'AG sévère, surtout chez les femmes. 3) *Squatting* constitue un facteur de risque de l'OA « régulière » et sévère, plus particulièrement chez les femmes. 4) *Standing, Walking* et *climbing* constituent des facteurs de risque de l'AG « régulière », et ce, pour les deux sexes. 5) *Lifting weights* est un facteur de risque de l'OA « régulière » pour les deux sexes, et sévère pour les femmes.	1) OR 0,63, 0,44-0,92. 2) OR 1,7 (pas d'IC) 3) OR 1,50 (1,06-2,13 / OR 1,5 (pas d'IC). 4) *Standing*: OR 1,97 (1,43-2,72), *Walking*: OR 1,80, (1,42-2,29), *Climbing*: OR 2,24, (1,65-3,04). 5) OR 1,90 (1,50-2,42) / OR 1,7 (pas d'IC).	N/A
Zeng et al. (2006)	N total = 2188 sujets, dont 1049 hommes et 1139 femmes. Proviennent de Taiyuan, en Chine.	Entre 35 et 64 ans (pas de données plus précises).	Critères de l'ACR pour l'AG symptomatique + KI ≥ 2.	Nombre d'années dans la population active (regroupement en catégories non précisé).	Âge et sexe	À la lumière des résultats obtenus, les sujets ayant travaillé plus longtemps dans leur vie ne semblent pas plus à risque d'OA du genou.	Pas de données significatives	N/A
Andrianakos et al. (2006)	N total = 8740 sujets, dont 4269 hommes (48,8%) et 4471 femmes (51,2%).De ce nombre, 547 ont été diagnostiqués comme ayant l'AG (sinon OA de la main ou de la hanche. De 9 régions de la Grèce (*ESORDIG study*).	Tous les participants (peu importe le type d'arthrose) = 46,95 ± 17,74 ans. Probablement qu'une bonne partie des sujets font encore partie de la population active.	Critères de l'ACR pour l'AG symptomatique	Catégories de travailleurs : manuels (cols bleus, pêcheurs, ouvriers spécialisés, etc.) et non manuels (cols blancs, gens d'affaires, fonction publique, etc.).	Âge et sexe	Les travailleurs manuels ne semblent pas plus à risque d'AG symptomatique que les travailleurs non manuels.	Pas de données significatives	N/A

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Kacar et al. (2005)	N total = 655 sujets, dont 349 hommes (53,3%) et 306 femmes (46,7%). De la région d'Antalya, en Turquie.	59,71 ± 8,33 ans. Probablement qu'une proportion plus ou moins importante fait encore partie de la population active.	Symptomatique : Douleur dans au moins un des deux genoux + critères de l'ACR et/ou KL ≥ 2	Position au travail : debout, assis, les deux.	Aucune	La position au travail, telle qu'évaluée dans cette étude, ne permet pas de statuer laquelle met les travailleurs plus à risque d'AG symptomatique.	Pas de données significatives	N/A
Vingard et al. (1991)	N total = 250 217 sujets. Du lot, 221 hommes et 114 femmes ont reçu des soins nécessitant une hospitalisation en raison d'OA du genou (fort probablement sévère). Registres suédois de santé.	Pas de données sur l'âge, mais vu que l'on s'intéresse aux facteurs de risque occupationnels, l'absence de cette donnée n'affecte pas la pertinence de l'étude.	Registres suédois de santé : individus ayant reçu des soins nécessitant une hospitalisation, en raison d'OA du genou.	Grands groupes d'emploi, tels qu'identifiés dans les recensements ayant lieu aux 5 ans. Ex *high exposure blue-collar*: agriculteurs et fermiers, pêcheurs, travailleurs en forêt, pompiers, travailleurs de la poste, etc. Ex *low exposure blue-collar*: électriciens, policiers, superviseurs de trafic, décorateurs, photographes.	Âge, région de la Suède, degré d'urbanisation.	1) Chez les hommes, les *firefighters*, les *truck and crane operators*, les *farmers*, les *unskilled manual workers*, les *construction workers* et les *forest workers and log drivers* sont plus à risque d'avoir été hospitalisés pour l'OA du genou que les cols bleus *low-exposure* de même sexe. 2) Chez les femmes, les *cleaners*, les *store and house workers*, les *farmers* et les *waitresses and hairdressers* sont plus à risque d'avoir été hospitalisés pour l'OA du genou que les cols bleus *low-exposure* de même sexe.	1) OR 2,93 (1,32-5,46) / OR 1,50 (0,92-2,37) / OR 1,46 (1,23-1,98) / OR 1,40 (0,83-2,70) / OR 1,36 (1,13-1,79) / OR 1,19 (0,75-1,92). 2) Or 2,18 (1,26-3,00) / OR 1,50 (0,53-3,90) / OR 1,36 (0,57-3,55) / OR 1,31 (0,82-2,32).	N/A
Anderson et Felson (1988)	N total = 5193 sujets (53,2% de femmes, et 46,8% d'hommes), dont 315 avec un diagnostic d'AG radiographique. Font partie du *Health and Nutrition Examination Survey (1971-1975) - HANES 1.*	Entre 35 et 74 ans. Pas de données plus précises (SD), mais environ le tiers des cas d'OA étaient en dessous de la barre du 65 ans; proportion probablement appréciable encore sur le marché du travail.	KL ≥ 2, dans au moins un des deux genoux	Deux types de travail : -*Strenght demand of job (sedentary, light work, medium work, heavy work, very heavy work).* -K*nee-bending demand of job (no need for knee-bending; stopping, kneelin*g, *crouching, or crawling needed*).	Revenu, niveau d'éducation, concentrations en acide urique, tabagisme	1) Les femmes entre 55 et 64 ans ayant des *strenght demand of job* sont plus à risque que les plus jeunes de souffrir d'OA du genou. Cette tendance ne se retrouve pas chez les hommes. 2) Les hommes et les femmes entre 55 et 64 ans ayant des *knee-bending demand on job* sont plus à risque de souffrir d'OA du genou que leurs acolytes plus jeunes âgés entre 35 et 44 ans.	1) OR 3,13 (1,04-9,39). 2) OR 2,45 (1,21-4,97) / OR 3,49 (1,22-10,52).	N/A

Activités physiques et loisirs

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Études de cohorte								
Wang et al. (2011)	Femmes : n=344, 63,6%. Hommes : n= 197, 36,4%. Ce sous-groupe ayant subi un RG fait partie d'une vaste enquête comptant 39 023 sujets, tous de la région de Melbourne, en Australie. ** Suivi de 4,8 ± 0,7 ans.	Temps 1 : 60,3 ± 6,8 ans / Temps 2 : 68,1 ± 6,9 ans (n=541, soit ceux et celles ayant eu un RG). L'âge au temps 1 porte à croire qu'une bonne partie des sujets étaient alors actifs sur le marché du travail et subissaient les inconvénients de l'OA du genou.	RG	Fréquence de l'activité physique dans les 6 mois précédant l'enquête (aucune fois, 1-2 fois par semaine, 3 fois par semaine ou plus). Types : - Activités vigoureuses (font suer et haleter) : nage, tennis, netball, athlétisme, course, etc. - Activités moins rigoureuses : randonnée à vélo, danse, etc.) - Marche. Calcul d'un score total ou une pondération de 2 est accordé aux activités vigoureuses.	- Pour tous les tests : âge, sexe, IMC, pays de naissance (Australie, Royaume-Uni, Italie, Grèce), niveau d'activité physique associé au travail, plus haut niveau de scolarité. - Pour certains tests : consommation d'alcool et tabagisme.	1) Les auteurs démontrent que l'augmentation du niveau d'activité physique est associée à un risque légèrement accru de RG. 2) Le risque de RG semble être lié à la pratique d'une activité vigoureuse, car aucune association significative n'a été observée pour une activité moins vigoureuse ou la marche.	1) HR 1,04 (1,01-1,07) pour chaque augmentation d'un point sur le score d'activité physique totale. 2) HR 1,42 (1,08-1,86) pour 1-2 fois/sem. et HR 1,24 (0,90-1,71) pour ≥ 3 fois/sem.	88
Michaelsson et al. (2011)	N total = 53 983 sujets, dont 48 574 hommes (90,0%) et 5 409 femmes (10,0%). Skieurs suédois de haut calibre participant à des courses de 90 km. ** Suivi sur environ 10 ans.	Âge médian de 53 ans au *baseline*.	RG	1) Nombre de courses complétées avec succès (1 / 2 / 3-4 / ≥ 5). 2) Temps pour compléter les courses (4 catégories aménagées selon le temps du gagnant).	Âge, sexe, éducation, occupation, antécédents de blessures, autres maladies.	1) En comparaison avec ceux n'ayant effectué qu'une course, ceux en ayant fait 5 ou plus sont plus à risque de RG. 2) Ceux qui finissent dans les meilleurs temps les courses sont plus à risque d'AG que ceux qui sont plus lents. 3) Si on compare ceux qui ont fait une seule course et ayant été lents AVEC ceux ayant fait 5 courses ou plus et ayant eu les meilleurs temps. On constate que ces derniers sont nettement plus à risque d'AG nécessitant un RG.	1) HR 1,73 (1,14–2,63) 2) HR 1,34 (0,87–2,07) 3) HR 1,96 (1,02 - 3,77)	94

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Cooper et al. (2000)	N total = 354 sujets, dont 99 hommes (28,0%) et 255 femmes (72,0%). Proviennent de Bristol, en Angleterre. Suivi de 5,1 ± 0,4 an.	Âge au *follow-up* : moyenne de 70,2 ans. Retrancher environ 5 ans pour le temps 1. Probablement qu'une très faible proportion fait partie de la population active.	*Incident* radiographique : apparition d'un grade KL ≥ 2, chez les genoux ayant plus tôt un grade KL de 0 ou 1. Progressive radiographique : grade KL ≥ 2, et augmentation d'au moins un grade au suivi.	Participation dans les sports : pratique d'activités physiques depuis la fin des études, et fréquence + intensité pour la marche, le vélo, le jardinage et la marche.	Âge, sexe, IMC, *Heberden's nodes*, antécédents de blessure au genou.	Si l'on se fie à nos critères d'inclusion pour l'AG radiographique, la pratique régulière d'activités physiques d'intensité faible à modérée n'augmente pas le risque subséquent de développer l'AG, ni celui de voir progresser la maladie.	Pas de données significatives	81
Felson et al. (2007)	N total = 1279 sujets, proportion H/F non spécifiée (environ 50/50; étude souvent citée). Font partie de la Framingham *OA Study / Framingham Offspring cohort,* menée aux ÉU. ** Suivi de 8,75 ± 1,04 an.	Âge moyen = 53,2 ans, étendue de 26–81 ans (données au temps 1).	*Incident* radiographique : Apparition d'un grade KL ≥ 2, pour les genoux ayant au *baseline* un grade KL de 0 ou 1. *Incident* symptomatique : Même chose + douleur ou raideur dans le genou.	- *Walking/Jogging* : distance parcourue : *no activity / < 6 miles/week / ≥ 6 miles/week*. - Entraînement/sport qui fait suer : 1) *no activity / < 3 times/week / ≥ 3 times/week* - Auto-comparaison du niveau d'activité physique : *Less active than others / Same as others / More than others.*	Âge, sexe, IMC, antécédents de blessure au genou.	L'activité physique, telle que mesurée dans cette étude, ne constitue ni un facteur de risque, ni un facteur protectif de l'OA du genou. Ce constat s'applique autant aux personnes en situation de surpoids ou obèses (personnes au-dessus de la valeur médiane de l'IMC, pour cette étude - 27.7 kg/m2 pour les hommes et 25.7 kg/m2 pour les femmes) qu'aux personnes ayant un poids dit normal.	Pas de données significatives	69

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
McAlindon et al. (1999)	N total = 473 sujets, dont 295 femmes et 178 hommes. Les sujets font partie de la *Framingham Heart Study*. **Suivi sur environ 8 ans.	70,1 ± 4,5 ans. Probablement que les sujets ne font plus partie de la population active.	Radiographique : KL ≥ 2 / Symptomatique : avoir déjà éprouvé de la douleur au genou pendant au moins un mois + KL ≥ 2.	Intensité de l'activité physique en combinaison avec le nombre d'heures quotidien à les pratiquer : "light" (standing, ironing, and leisurely walking), "moderate" (carrying light objects, sweeping/mopping/ vacuuming, and brisk walking)," heavy" (lifting or carrying objects greater than five pounds, mowing with a nonpower mower, gardening with heavy tools, shoveling, digging, chopping wood, brisk cycling, and other strenuous sports or recreation).	Âge, sexe, IMC, perte de poids, blessure au genou, statut de santé, apport total en calories, tabagisme.	1) Le risque d'apparition de l'AG radiographique augmente de 1,3 fois pour chaque heure supplémentaire d'activité physique "heavy". 2) Les sujets qui pratiquent 4 heures ou plus d'activité physique "heavy" sont plus à risque d'AG radiographique que ceux qui n'en ont pas du tout pratiqué. 3) Les sujets qui pratiquent 3 heures ou plus d'activité physique "heavy" sont plus à risque d'AG symptomatique. 4) Les individus dans le plus haut tertile d'IMC qui pratiquent 3 heures ou plus d'activité physique sont les plus à risque d'AG radiographique.	1) OR 1,3 (1,1–1,6). 2) OR 7,2 (2,5–21). 3) OR 5,3 (1,2–24). 4) OR 13,0 (3,3–51).	94
Études cas-témoins								
Imeokparia et al. (1994)	Cas : N total = 239 sujets, dont 154 femmes (64,4%) et 85 hommes (35,6%). Font partie de la *Clearwater Osteoarthristis Study*, menée dans la ville floridienne du même nom (ÉU). Témoins : N total = 239 sujets, *sex-matched*.	Cas : Hommes : âge moyen de 66,7 ans / Femmes : âge moyen de 66,3 ans. Probablement qu'une faible proportion fait encore partie de la population active. Témoins : Idem, *age-matched*.	KL ≥ 2	Intensité de la dépense énergétique dans le cadre du travail + de la pratique de sports + des activités à la maison. Par la suite, calcul d'un score global d'activité physique / de dépense énergétique avec, au final, la création des catégories *low* et *high*.	Âge, hormonothérapie (femmes seulement, statut matrimonial, niveau d'éducation, IMC actuel, IMC à l'âge de 25 ans et à l'âge de 45 ans, tabagisme, diabète, antécédents de blessure au genou.	Un haut niveau d'activité physique global, qui tient compte de la dépense énergétique dans le cadre du travail, de la pratique de sports et des activités à la maison, expose les femmes à un risque accru d'OA du genou. Cette tendance n'est toutefois pas observée chez les hommes.	OR 1,66 (1,01-2,72)	75

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Manninen et al. (2001)	Cas : N total = 281 sujets, dont 55 hommes (19,6%) et 226 (80,4%) femmes. Proviennent de la province de Kuopio, en Finlande. Témoins : N total = 524 sujets, dont 140 hommes (26,7%) et 384 femmes (73,3%). Proviennent de la même région.	Cas : Hommes : 67,5 ± 5.7 ans / Femmes : 69,2 ± 5,4 ans. Il est fort probable que peu font encore partie de la population active. Témoins : Hommes : 67,2 ± 5,6 ans / Femmes : 67,1 ± 5,6 ans.	RG	Pour les gens actifs : Nombre d'heures de X sport par semaine, nombre de mois de pratique de ce sport dans l'année et nombre d'années de pratique du sport. Sports pris en considération : course, vélo, badminton, hockey et plusieurs autres. Exposition totale divisée en 2 classes (faible, élevée) en fonction de la moyenne cumulative du nombre d'heures d'activité physique.	Âge, IMC, stress physique causé par le travail, antécédents de blessure au genou, tabagisme.	Chez les hommes (1) comme chez les femmes (2), une pratique modérée d'activités physiques récréatives diminue les risques d'AG sévère nécessitant un remplacement du genou.	1) faible vs aucune = OR 0,91 (0,31-2,63) / élevée vs aucune = OR 0,35, (0,12 à 0,95). 2) faible vs aucune = OR 0,56 (0,33 à 0,93) / élevée vs aucune = OR 0,56, (0,32 à 0,98).	75
Sandmark et Vingard (1999)	Cas : N total = 625 sujets, dont 325 hommes (52,0%) et 300 femmes (48,0%). Proviennent de 14 régions différentes de la Suède. Témoins : N total = 548 sujets, dont 264 hommes (48,2%) et 284 femmes (51,8%).	Cas : Pas de données très pointues, mais les sujets étaient âgés entre 53 et 72 ans au moment de leur RG. Probablement qu'une proportion plus ou moins importante d'entre eux faisaient encore partie de la population active. Témoins : Pas de données à cet effet.	RG	Pratique de sports (handball, soccer, tennis, badminton, jogging, hockey sur glace, etc.) -- autorapporté par questionnaire : fréquence et intensité, puis calcul total des heures de pratique entre 15 et 50 ans. Ensuite, répartition en 3 catégories : *no exposure, medium exposure, high exposure* (hommes) et *exposed vs non exposed* (femmes).	Âge, IMC, tabagisme, hormonothérapie (femmes seulement), charge de travail au boulot, dans les loisirs ainsi qu'à la maison.	1) Les hommes entre 55 et 65 ans ayant été hautement exposés à différents sports sont plus à risque de subir un remplacement du genou que ceux moins fortement exposés. 2) Pour les hommes ayant été exposés au ski cross-country (55-65 ans), au soccer et au hockey, le risque d'avoir un remplacement du genou est plus grand que chez les non-exposés. - Pour les femmes, peu importe le ou les sports considérés, le risque entre les exposés vs les non-exposés est à peu près le même. - En gros, l'activité physique quotidienne à intensité modérée ne peut être considérée comme un facteur de risque d'OA sévère requérant un remplacement du genou.	1) RR 2,9 (1,3-6,5). 2) RR 2,5 (1,3-5,1) / RR 2,0 (1,4-2,8) / 1,9 (1,2-2,9).	69

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Vrezas et al. (2010)	Cas : N total = 295 hommes. Habitent la région de Francfort ou d'Offenbach, en Allemagne. Témoins : N total = 295 hommes provenant de la même région.	Cas : 68,5% âgés de moins de 65 ans; étendue = 25-70 ans. Bonne proportion dans la population active. Témoins : 89,0% âgés de moins de 65 ans; même étendue.	Combinaison de symptômes non clairement établis + KL ≥ 2	Pratique des activités physiques suivantes : *jogging/athletics, cycling, swimming, soccer, ball games (handball, volleyball, basketball), apparatus gymnastics, shot put, javelin, hammer throwing, wrestling; and body building, strength training.* Calcul d'un nombre d'heures à vie, puis regroupement en catégories selon la distribution des réponses.	Âge, région, IMC, *kneeling/squatting* et *lifting/carrying* cumulatifs.	Les sports de balle/ballon et le cyclisme pratiqués de façon intensive (≥2 100 h et ≥7000h, respectivement), sont associés à un risque accru d'OA du genou.	OR 4,0 (1,8-8,9) et OR 3,7 (1,7-7,8).	63
Dahaghin et al. (2009)	Cas : N total = 480 sujets, dont 335 femmes (69,8%) et 145 hommes (30,2%). Proviennent de l'Iran. Témoins : N total = 490 sujets de la même région, dont 314 femmes (64,1%) et 176 hommes (35,9%).	Cas : 57 ± 12 ans. Probablement que peu de participants font partie de la population active, vu que les femmes sont majoritairement à la maison en Iran (*housekeeping*). Témoins : 46.8 ± 15 ans.	Critères de l'ACR pour l'OA symptomatique.	- Types d'activités sportives pratiquées ou pratiquées dans le passé : *running/jogging, fitness/body-building, football/volleyball*, et *other kinds of sports.* - Loisirs pratiqués depuis la fin de l'école : *Walking on flat ground, Walking up/downhill, Cycling, Climbing.*	Âge, sexe, IMC	Il n'y a pas de lien entre le fait de pratiquer un ou plusieurs des types d'activités sportives étudiés et le risque d'AG symptomatique. Les sujets pour qui *cycling >30 minutes/day* semblent toutefois courir un risque plus grand.	OR 2,06 (1,23-3,45).	69

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Lau et al. (2000)	Cas : N total = 796 sujets, dont 658 avec AG (les autres avec arthrose de la hanche). Parmi les cas d'AG, 166 sont des hommes (25,2%) et 492 sont des femmes (74,8%). Recrutés à même les hôpitaux de la région de Hong Kong. Témoins : Pour AG spécifiquement : 658 sujets, *sex matched*.	Cas : Données sur l'âge non présentées, mais article tout de même retenu car il y est question de facteurs de risque occupationnels. Témoins : Même constat, mais *age matched*.	KL = 3 ou 4, dont 28,1% ayant subi un RG raison de l'arthrose.	Pratique régulière (autorapporté) d'activités sportives : *running, badminton, football, gymnastics, kung-fu.* Information obtenue par questionnaire.	Aucune	Les femmes qui pratiquent le kung-fu et la gymnastique régulièrement sont plus à risque d'AG sévère du genou. Aucune association significative n'a été trouvée chez les hommes.	OR 20,0 (2,7-149) et OR 7,2 (3,1-16,8), respectivement.	50
Kohatsu et Schurman (1990)	Cas : N total = 46 sujets, dont 60,9% de femmes. Provenance des sujets non spécifiée, mais probablement un ou des hôpitaux de la Californie en raison des affiliations des chercheurs. Témoins : N total = 46 sujets, *sex- and region-matched*.	Cas : 55 ans et plus, moyenne de 70,8 ans (pas d'info sur la SD). Témoins : 55 ans et plus, moyenne de 71,3 ans (pas d'info sur la SD).	RG	Pratique d'activité physique (marche, course, sports d'équipe, sports de raquette, autres): méthodes de mesure et catégorisation non spécifiées.	Aucune	Les auteurs ne rapportent pas de lien significatif entre un type de sport pratiqué et le risque de subir un remplacement du genou.	Pas de données significatives	50
Étude transversale								

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Lin et al. (2010)	N total = 1025 sujets, dont 520 femmes (50,7%) et 505 hommes (49,3%). Font partie de la *Wuchuan Osteoarthritis Study*, une étude réalisée en Mongolie.	Hommes : 57,3 ± 8,3 ans / Femmes : 55,6 ± 7,5. Probablement qu'une bonne proportion fait encore partie de la population active.	KL ≥ 2, dans au moins un des deux genoux.	Temps moyen consacré à la marche, chaque jour : <1 h, 1-2 h, >2 h.	Âge, sexe, IMC, antécédents de blessure au genou	La marche pratiquée à un niveau plus élevé ne constitue pas un facteur de risque e l'AG radiographique.	Pas de données significatives	N/A

Tabagisme

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Études de cohorte								
Felson et al. (1989) ** Suivi sur une période d'environ 36 ans.	N total = 1380 sujets. Répartition selon le sexe non précisée. Font partie de la *Framingham Heart Study cohort*.	Âge (*baseline*) : Autour de 38 ans. Toutefois, probablement que les sujets ne faisaient plus partie de la population active au moment du suivi.	- AG : apparition d'un grade KL ≥ 2. - AG sévère : apparition d'un grade KL ≥ 3.	Questionnaire à mesures répétées : *Light smokers (1-19 cigarettes/day), Heavy smokers (20-39 cigarettes/day), Very heavy smokers (≥ 40 cigarettes/day).*	Âge, sexe, poids.	1) Comparativement au non-fumeurs, les *heavy smokers* (qui ont continué à fumer au cours des différentes évaluations) ont un risque réduit d'AG. 2) Comparativement au non-fumeurs, les *heavy smokers* (qui ont continué à fumer au cours des différentes évaluations) ont un risque réduit d'AG sévère du genou.	1) RR 0,77 (0,60-0,98). 2) RR 0,66 (0,46-0,95).	63
Nishimura et al. (2010)	N total = 360 sujets, dont 241 femmes (66,9%) et 119 hommes. Proviennent du Japon. ** Suivi sur environ 4 ans.	Baseline : 70,8 ± 4,5 ans (femmes) / 71,3 ± 5,1 (hommes). Ne font probablement plus partie de la population active.	*Incident* radiographique : apparition d'un grade KL ≥ 2, chez les genoux ayant plus tôt un grade KL de 0 ou 1. *Progressive* radiographique : grade plus élevé KL au suivi chez ceux étant plus tôt grande KL = 2 ou 3.	Tabagisme : fumeurs/non-fumeurs	Aucune, vraisemblablement.	Le risque d'apparition et le risque de progression de l'AG radiographique ne sont pas en lien avec le tabagisme.	Pas de données significatives	56

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Études cas-témoins								
Vrezas et al. (2010)	Cas : N total = 295 hommes. Habitent la région de Francfort ou d'Offenbach, en Allemagne. Témoins : N total = 295 hommes provenant de la même région.	Cas : 68,5% âgés de moins de 65 ans; étendue = 25-70 ans. Bonne proportion dans la population active. Témoins : 89,0% âgés de moins de 65 ans; même étendue.	Combinaison de symptômes non clairement établis + KL ≥ 2	*Heavy tobacco smoking* (≥ 55,5 paquets par année). Autres catégories non précisées.	Âge, région, IMC, jogging/athlétisme	Le fait de fumer beaucoup (*heavy smoking*) est associé à une diminution du risque d'AG.	OR de 0,2 (0,1–0,5).	63
Soeroso et al. (2005)	Cas : N total = 239 sujets, dont 167 femmes (69,9%) et 72 hommes (30,1%). Proviennent de Surabaya,dans l'est de l'Indonésie. Témoins : N total = 279 sujets, dont 137 femmes (49,1%) et 142 hommes (50,9%). Même région.	Cas : 55,48 ± 10,30 ans. Sûrement qu'une proportion appréciable fait partie de la population active. Témoins : 44,19 ± 8,33 ans.	AG symptomatique selon les critères de l'ACR, avec stade KL ≥ 1.	Catégories : > *40 cig/day, 20–39 cig/day, 1–19 cig/day, None.*	Âge, sexe, alignement, éducation.	Le manque d'effectifs pour certaines catégories empêche les tests plus poussés.	Pas de données significatives.	69

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Dawson et al. (2003)	Cas : N total = 29 sujets, toutes des femmes. Proviennent de la région d'Oxford, en Angleterre. Témoins : N total = 82 femmes de la même région.	Cas : Entre 50 et 70 ans (pas de données plus précises). Il est qu'une portion faible moyenne fait encore partie de la population active. Témoins : Pas de données précises, mais ont été *age-matched*.	Sur une liste d'attente pour un RG + avoir éprouvé de la douleur au moins modérée la plupart des jours du mois précédant l'enquête.	Nombre de cigarettes fumées à vie, puis catégorisation : n'a jamais fumé, fumeuse modérée, grosse fumeuse (plus de 70 000 cigarettes).	Âge, médecin généraliste ayant identifié le sujet, IMC.	Comparé avec les celles n'ayant jamais fumé, les grosses fumeuses courent un risque accru d'AG sévère. Toutefois, la variable « tabagisme » ne se distingue pas dans les modèles multivariés.	OR 3,12 (1,15 to 8,44)	50
Lau et al. (2000)	Cas : N total = 796 sujets, dont 658 avec AG (les autres avec arthrose de la hanche). Parmi les cas d'AG, 166 sont des hommes (25,2%) et 492 sont des femmes (74,8%). Recrutés à même les hôpitaux de la région de Hong Kong. Témoins : Pour AG spécifiquement : 658 sujets, *sex matched*.	Cas : Données sur l'âge non présentées, mais article à conserver car il y est question de facteurs de risque reliés à l'emploi conservé le plus longtemps dans la vie. Témoins : Même constat, mais *age matched*.	KL = 3 ou 4, dont 28,1% ayant subi un RG raison de l'arthrose.	Catégories : non-fumeurs / anciens fumeurs ou fumeurs actuels.	Aucune	Le fait de fumer semble diminuer le risque d'AG, et ce, chez les hommes comme chez les femmes.	OR 0,6 (0,4-0,9) / OR 0,5 (0,3-0.8).	50
Études transversales								

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Goekoop et al. (2011)	N total = 82 sujets, dont 27 hommes (32,9%) et 55 femmes (67,1%). Font partie de la *Leiden 85-plus Study*, réalisée dans la ville hollandaise du même nom.	Tous âgés entre 89 et 91 ans, moyenne de 90,4 ± 0,6 ans.	KL ≥ 2	Questionnaire : fumeur actuel / ancien fumeur.	Sexe et ajustements faits pour chaque facteur de risque par rapport aux autres	Le tabagisme n'est pas un déterminant de l'absence de l'AG radiographique.	Pas de données significatives	N/A
Jiang et al. (2011)	N total = 1196 sujets. Difficile d'obtenir une répartition selon le sexe précise, mais elle semble être d'environ 50/50. Sujets du nord-est de la Chine (région rurale et région urbaine).	Sujets urbains : 54,4 ± 9,7 ans; étendue de 40 à 84 ans / Sujets ruraux : 50,6 ± 7,1 ans; étendue de 40 à 76 ans. Probablement qu'un nombre appréciable fait encore partie de la population active.	Radiographique : KL ≥ 2, dans au moins un des deux genoux. Symptomatique : KL ≥ 2, dans au moins un des deux genoux + au moins un mois de douleur dans un genou, dans les 12 derniers mois.	Catégories : non-fumeurs / anciens fumeurs ou fumeurs actuels.	Âge et sexe, dans certains cas	Le tabagisme actuel ou passé s'est avéré être un facteur protectif de l'AG symptomatique.	Actuels + anciens vs non-fumeurs : 0.63, 95% CI: 0.38–1.04	N/A
Zeng et al. (2006)	N total = 2188 sujets, dont 1049 hommes et 1139 femmes. Proviennent de Taiyuan, en Chine.	Entre 35 et 64 ans (pas de données plus précises).	Critères de l'ACR pour l'AG symptomatique + Kl ≥ 2.	Entrevue en face à face, mais méthode pour caractériser le tabagisme non spécifié.	Âge et sexe	Les auteurs n'ont pas trouvé d'association entre le tabagisme et l'AG.	Pas de données significatives	N/A

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Andrianakos et al. (2006)	N total = 8740 sujets, dont 4269 hommes (48,8%) et 4471 femmes (51,2%).De ce nombre, 547 ont été diagnostiqués comme ayant l'AG (sinon OA de la main ou de la hanche. De 9 régions de la Grèce (*ESORDIG study*).	Tous les participants (peu importe le type d'arthrose) = 46,95 ± 17,74 ans. Probablement qu'une bonne partie des sujets font encore partie de la population active.	Critères de l'ACR pour l'AG symptomatique	Catégories : non-fumeurs / anciens fumeurs ou fumeurs actuels.	Âge et sexe	Le fait d'avoir déjà fumé ou de fumer semble être un facteur protectif de l'AG.	OR 0,6 (0,5–0,8)	N/A
Kacar et al. (2005)	N total = 655 sujets, dont 349 hommes (53,3%) et 306 femmes (46,7%). De la région d'Antalya, en Turquie.	59,71 ± 8,33 ans. Probablement qu'une proportion plus ou moins importante fait encore partie de la population active.	Symptomatique : Douleur dans au moins un des deux genoux + critères de l'ACR et/ou KL ≥ 2	Catégories : non-fumeurs / fumeurs	Aucune	Les auteurs n'ont pas trouvé d'association entre le tabagisme et l'AG.	Pas de données significatives	N/A
Jarvholm et al. (2005)	N total = 1495 hommes suédois travaillant dans le domaine de la construction. Du lot, 502 ont eu un remplacement du genou en raison de l'OA.	Entre 15 et 67 ans au moment des examens d'évaluation de la santé (plus vieux lors du remplacement du genou). Tous faisaient alors partie de la population active.	RG	Catégories : non-fumeurs / anciens fumeurs / fumeurs actuels.	Âge, tabagisme.	Le tabagisme ne se démarque pas en tant que facteur de risque ou protectif de l'AG.	Pas de données significatives.	N/A

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Hart et Spector (1993)	N total = 985 femmes. Du lot, 118 ont eu un diagnostic de "radiological knee OA" et 58 de "radiological clinical knee OA". Font partie de la *Chingford Study*, réalisée auprès d'individus caucasiens de la région de Londres (Angleterre).	54,2 ans (pas de SD). Étendue = 45-64 ans. Probablement qu'une proportion assez élevée fait encore partie de la population active.	- Radiographique : KL ≥ 2, dans au moins un des deux genoux. - Radiologique clinique (symptomatique) : KL ≥ 2, dans au moins un des deux genoux + au moins un mois de douleur dans un genou, au cours des 10 dernières années.	Catégories) : ont déjà fumé (anciens fumeurs ou fumeurs), fument actuellement, n'ont jamais fumé.	Âge et IMC.	D'après les résultats obtenus, le fait de fumer ne constitue pas un facteur protectif de l'AG. Pis, ceux qui fument ou ont déjà fumé semblent être exposés à un risque légèrement plus élevé de souffrir de la maladie. Cela s'applique pour l'OA radiographique (OAR) et l'OA radiographique clinique (OARC) pour 1) ceux qui ont déjà fumé vs les non-fumeurs et 2) les fumeurs actuels vs les non-fumeurs.	1) OAR : 1,36 (0,88–2,10) / OARC : 1,38 (0,77-2,49). 2) OAR : 1,44 (0,87-2,38) / OARC : 1,34 (0,68-2.64).	N/A
Bagge et al. (1991)	N total = 340 sujets, dont 135 hommes et 205 femmes (60,3%). Proviennent de Göteborg, en Suède.	79 ans, exactement. Personnes retraitées.	Radiographique : KL ≥ 2.	Fumeurs, anciens fumeurs, non-fumeurs	IMC	Les anciens fumeurs et les fumeurs sont moins à risque d'AG radiographique que les non-fumeurs (ici le référent).	RR 0,87 (0,60-1,25) et RR 0,67 (0,41-0,69).	N/A

Alimentation

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Études de cohorte								
Wang et al. (2011)	Données globales : impossible d'isoler les individus ayant subi un RG. Femmes : n=18 305, 61,2%. Hommes : n= 11 605, 38,8% (données 1er suivi). Sujets provenant de la région de Melbourne, en Australie. ** Suivi sur 4,8 ± 0,7 ans (2001-2005), sinon 12,6 ans à partir du *baseline*.	Âge au 1er suivi : 62,2 ± 8,8 ans. Cela porte à croire qu'une partie plus ou moins importante des sujets étaient actifs et subissaient alors les inconvénients de l'OA du genou.	RG	Questionnaire au temps 1. Version partielle du *Food Frequency Questionnaire.*	Pour tous les tests : âge, sexe, IMC, pays de naissance (Australie, Royaume-Uni, Italie, Grèce), apport quotidien en calories. Pour certains tests : plus haut niveau de scolarité, niveau d'activité physique, consommation d'alcool et tabagisme, prise de suppléments ou apports en vitamines (incluant les autres variables).	Les auteurs démontrent qu'il n'y a pas de lien entre la consommation de viande rouge et le risque de RG ou la diminution du risque d'avoir à subir cette opération.	HR 0,98 (0,94-1,02)	88
Bergink et al. (2009)	N total = 1248 sujets, dont 728 femmes (58,3%) et 520 hommes (41,7%). De Rotterdam, aux Pays-Bas. Échantillon tiré de la *Rotterdam Study*. ** Suivi de 6,5 ans, étendue : 5,8-9,3 ans.	66,2 ± 6,7 ans. Probablement qu'une proportion faible faisait encore partie de la population active.	*Incident* radiographique : apparition d'un grade KL ≥ 2, chez les genoux ayant plus tôt un grade KL de 0 ou 1. *Progressive* radiographique : grade KL ≥ 2, et augmentation d'au moins un grade au suivi.	L'apport alimentaire en vitamine D a été vérifié par le biais d'un *semiquantitative food frequency questionnaire*, alors que la concentration de 25-hydroxy vitamin D (25(OH)D) a été mesurée avec *radioimmunoassays*.	Âge, sexe, IMC, tabagisme, statut de santé (*self-report*), "index d'incapacité", tendance aux chutes, *baseline joint space narrowing*.	1) Un faible apport alimentaire en vitamine D augmente le risque de progression de l'AG radiographique, mais pas le risque de son apparition. 2) Chez les sujets avec une faible densité minérale osseuse, le statut en vitamine D semble influencer le risque d'apparition et de progression de la maladie.	1) Tertile avec le plus grand apport vs tertile avec le plus faible apport (valeur ajustée) : OR 7,7 (1,3-43,5). 2) OR 1,1 (0,5-2,5).	69

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
McAlindon et al. (1996)	N total = 640 participants, dont 229 hommes (35,8%) et 411 femmes (64,2%). Font partie de la *Framingham Osteoarthritis Cohort Study*, réalisée auprès de personnes du Massachusetts (ÉU). ** Suivi sur 8-10 ans (difficile d'avoir une mesure précise)	70,3 ± 4,5 ans. Probablement qu'une très faible proportion fait encore partie de la population active.	*Incident* radiographique : apparition d'un grade KL ≥ 2, chez les genoux ayant plus tôt un grade KL de 0 ou 1. *Progressive* radiographique : grade KL ≥ 2, et augmentation d'au moins un grade au suivi.	Consommation de micronutriments / d'antioxydants estimés à l'aide du *Food Frequency Questionnaire* : Vitamin C, Beta carotene, Vitamin E, Vitamin B1, Vitamin B6, Niacin, Folate. ** Répartition des apports en tertiles.	Âge, sexe, IMC, *physical activity index*, apport total en énergie.	1) Il n'existe aucune association entre la consommation de micronutriments / d'antioxydants et le risque de développement ou d'apparition de l'OA du genou. 2) Les individus avec une consommation moyenne ou élevée de vitamine C, en comparaison avec ceux qui en ont une faible, semblent moins à risque de progression de l'OA du genou. 3) Une tendance similaire est dénotée pour le bêta-carotène, mais seulement entre le plus haut tertile vs le plus bas.	1) Non significatif 2) OR 0,32 (0,14-0,77) / OR 0,26 (0,11-0,61). 3) OR 0,42 (0,19-0,94)	69
McAlindon et al (2). (1996)	N total = 556 participants, dont 37% d'hommes. *Framingham Heart Study,* réalisée auprès de personnes du Massachusetts (USA). ** Suivi sur 8-10 ans (difficile d'avoir une mesure précise)	70,3 ± 4.5 ans. Probablement qu'une très faible proportion fait encore partie de la population active.	*Incident* radiographique : apparition d'un grade KL ≥ 2, chez les genoux ayant plus tôt un grade KL de 0 ou 1. *Progressive* radiographique : grade KL ≥ 2, et augmentation d'au moins un grade au suivi.	Consommation de vitamine D : estimée à l'aide du *Food Frequency Questionnaire*, puis répartie en tertiles par la suite. Concentration de vitamine D dans le sang : prise de sang, puis analyse avec un *competitive protein binding assay*; répartie en tertiles par la suite.	Âge, sexe, IMC, changement dans le poids, *physical activity index*, blessure au genou, statut de santé, apport en énergie.	1) Si on les compare avec le plus haut tertile (ici le référent), les sujets dans le tertile milieu de consommation de vitamine D sont plus à risque de développer l'AG. Toutefois, aucune association significative entre le taux sanguin de vitamine D et le risque de développer la maladie. 2) Si on les compare avec le plus haut tertile (ici le référent), les sujets dans le tertile milieu et dans le plus bas tertile de consommation de vitamine D sont plus à risque de voir une progression de leur AG. 3) Nous pouvons en dire autant au sujet de la concentration sanguine en vitamine D (tout juste significatif, toutefois).	1) OR 2,48 (1,40-11,6). 2) OR 2,99 (1,06-8,49) / OR 4,05 (1,40-11.6). 3) OR 2,83 (1,02-7,85) / OR 2,89 (1,01-8,25).	75
Études cas-témoins								

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Hashikawa et al. (2011)	Cas : N total = 195 femmes de la région de Nagasaki, au Japon. Témoins : N total = 387 femmes provenant de la même région	Cas : 69,4 ± 7,4 ans. Très faible proportion dans la population active. Témoins : 61,6 ± 9,5 ans.	KL ≥ 2	Apports en vitamine C et en carotène mesurés à l'aide d'un *semiquantitative food frequency questionnaire.*	Aucune	Pas de résultats significatifs.	L'apport en vitamine C et en carotène ne constituent pas des facteurs de risque de l'AG. Pas de données chiffrées.	56
Seki et al. (2010)	Cas : N total = 140 sujets, dont 110 femmes (78,6%) et 30 hommes (21,4%). Proviennent de Yakumo, au Japon. Font partie du *Comprehensive Health Examination Program (CHEP, Yakumo Study).* Témoins : N total = 422 sujets, dont 228 femmes (54,0%) et 194 femmes (46,0%). De la même région.	Cas : 70,0 ± 7,2 ans. Probablement qu'une très faible proportion fait encore partie de la population active. Témoins : 66,6 ± 6,8 ans.	KL ≥ 2	Concentrations sanguines de *retinol, β-/γ-tocopherols, α-tocophérol, zeaxanthin/lutein, canthaxanthin, cryptoxanthin, lycopene, α-carotene*, et de *β-carotene* mesurées par *high-performance liquid chromatography*. Par la suite, répartition des concentrations en tertiles.	Âge, sexe, IMC, cholestérol sanguin, antécédents de blessure au genou, tabagisme, consommation d'alcool, activité physique.	On ne peut pas dire que la concentration en antioxydants dans le sang constitue un facteur de risque de l'AG. Même que dans le cas des *β-/γ-tocophérols*, une concentration élevée (plus haut tertile vs plus bas tertile) semble diminuer le risque de la maladie.	OR 0,52 (0,29-0,93)	81
Études transversales								

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Oka et al. (2009)	N total = 719 sujets, dont 270 hommes et 449 femmes. Recrutés dans le cadre de l'étude *Research on Osteoarthritis Against Disability (ROAD)*. De trois régions du Japon : Itabashi, Tokyo (région urbaine); Hidakagawa, Wakayama (région montagneuse); Taiji, Wakayama (région côtière).	Hommes : 72,1 ± 6,3 ans / Femmes : 72.0 ± 7.0 ans. Probablement que très peu font partie de la population active en raison de l'âge.	KL ≥ 2, dans au moins un des deux genoux.	Estimation des apports en nutriments dans le dernier mois - tout particulièrement celui en vitamine K - à l'aise d'un questionnaire autoadministré sur les aliments consommés (*Brief Diet History Questionnaire (BDHQ)*). Apport en vitamine K réparti en quartiles.	Âge, sexe, IMC, énergie totale consommée.	Loin d'être un facteur de risque de l'AG, un apport élevé en vitamine K constituerait plutôt un facteur protectif de la maladie.	- KL ≥2 vs. KL de 0 ou 1 : OR 0,75 (0,63–0,89). - KL ≥3 (vs. KL ≤2) : OR 0,67 (0,53–0,84).	N/A
Wang et al. (2007)	N total = 1450 sujets, dont 704 hommes (48,6%) et 746 femmes (51,4%). Chinois Han de la région du Xi'an.	54,61 ± 10,14 ans, étendue de 40 à 84 ans. Probablement qu'une proportion très appréciable fait encore partie de la population active.	KL ≥ 2	Consommation de produits de la viande et de légumineuses : habitudes quotidiennes de consommation (pas plus de précision).	Aucune	La consommation de viande et de légumineuses pourrait être associée à une diminution de risque d'apparition de la maladie.	Facteurs protectifs (β négatifs) : OR 0,748 (0,256-1,239 / OR 1,359 (1,309-1,409).	N/A

Alcool

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Études de cohorte								
Aucune								
Études cas-témoins								
Aucune								
Études transversales								
Andrianakos et al. (2006)	N total = 8740 sujets, dont 4269 hommes (48,8%) et 4471 femmes (51,2%).De ce nombre, 547 ont été diagnostiqués comme ayant l'AG (sinon OA de la main ou de la hanche. De 9 régions de la Grèce (*ESORDIG study*).	Tous les participants (peu importe le type d'arthrose) = 46,95 ± 17,74 ans. Probablement qu'une bonne partie des sujets font encore partie de la population active.	Critères de l'ACR pour l'AG symptomatique	Alcool au quotidien : non-consom., faible consom. (0,5l de vin ou 2 bières), consom. moyenne (entre 0,5 et 1l de vin ou 3-4 bières), grosse consom. (plus d'un litre de vin ou plus de 4 bières).	Âge et sexe	Les résultats obtenus n'ont pas mis en lumière que l'alcool avait effectivement un rôle à jouer dans L'AG.	Pas de données significatives	N/A

Port de souliers à talons hauts

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Études de cohorte								
Aucune								
Études cas-témoins								

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Dawson et al. (2003)	Cas : N total = 29 sujets, toutes des femmes. Proviennent de la région d'Oxford, en Angleterre. Témoins : N total = 82 femmes de la même région.	Cas : Entre 50 et 70 ans (pas de données plus précises). Il est qu'une portion faible moyenne fait encore partie de la population active. Témoins : Pas de données précises, mais ont été *age-matched*.	Sur une liste d'attente pour un RG + avoir éprouvé de la douleur au moins modérée la plupart des jours du mois précédant l'enquête.	Port de chaussures à talons hauts : Âge au moment de porter des chaussures avec talons de 1 pouce, 2 pouces et/ou 3 pouces. Aussi, contexte du port de chaussures : travail, contexte de socialisation et danse.	Âge, médecin généraliste ayant identifié le sujet, IMC.	Les résultats obtenus n'ont pas mis en lumière que le port de chaussures à talons hauts avait effectivement un rôle à jouer dans l'AG.	Pas de données significatives	75
Études transversales								
Aucune								

Hormones et historique reproductif

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Études de cohorte								
Liu et al. (2009	N total = 1 306 081 sujets admissibles, toutes des femmes. De différentes régions de l'Angleterre et de l'Écosse. ** Environ 6,1 ans plus tard, 9977 sujets avaient subi un remplacement du genou en raison d'OA sévère.	Tous (*baseline*) : 56.0 ± 4.7 ans. Tous (RG) : 58.9 ± 4.5 ans. Probablement qu'une proportion appréciable fait encore partie de la population active.	RG	Questionnaire : L'historique reproductif, y compris l'âge à la ménarche, le statut ménopausique, l'âge à la ménopause, le nombre de grossesses et l'utilisation de thérapies hormonales (jamais / passée / actuelle).	Âge, région de recrutement, taille, IMC, consommation d'alcool, tabagisme, statut socio-économique -- nombre de grossesses, âge à la ménarche, prise de contraceptifs oraux et d'hormonothérapie lorsque approprié.	Les facteurs reproductif et hormonaux amplifient sensiblement le risque d'AG chez les femmes, en particulier ceux détaillés à gauche	1) Nombre de grossesses : augmentation du RR de 8% (6-10%), par naissance. 2) Âge hâtif à la démarche : A) ≤ 11 ans = RR 1,09 (1,03-1,16) et 12 ans = RR 1,15 (1,08-1,22). 3) Usage actuel d'hormonothérapie : RR 1,58 (1,48-1,69)..	94

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Sowers et al. (2006)	N total = 842 sujets, toutes des femmes. Font partie de la *Southeast Michigan Arthritis Cohort*, qui inclut des femmes provenant de deux autres cohortes (bases fusionnées), soit la *Michigan Bone Health Study (MBHS)* et la *Study of Women's Health Across the Nation (SWAN)*. ** Suivi sur 3 ans.	Âge moyen = 42,0 ± 0,2 years, étendue de 26–54 ans.	*Incident* radiographique : Apparition d'un grade KL ≥ 2, chez les genoux ayant au *baseline* un grade KL de 0 ou 1. *Prevalent* radiographique = KL ≥ 2, au baseline.	- *Serum estradiol* : prise de sang, puis analyse avec un *automated chemiluminescence system E2-6 immunoassay*. - 2-hydroxyestrone et 16α-hydroxyestrone : échantillons d'urine, puis analyse avec *enzyme-linked immunosorbent assay.*	IMC, âge, historique de tabagisme, historique de blessure au genou, nombre de jours de pertes menstruelles, "statut menstruel".	1) Les femmes dans le plus bas tertile de concentration en *serum estradiol* ont plus de chance que celles dans le tertile milieu de voir l'OA du genou apparaître chez elles. 2) Les femmes dans le plus bas tertile de concentration en 2-*hydroxyestrone* ont plus de chance que celles dans le tertile milieu de voir l'OA du genou apparaître chez elles. 3) Les femmes dans le plus haut tertile de concentration en *16α-hydroxyestrone* ont plus de chance que celles dans le tertile milieu de voir l'OA du genou apparaître chez elles.	1) <47 pg/ml vs 47–77 pg/ml : OR 1,88, (1,07–3,51. 2) <7,5 ng/ml vs 7,6–15,3 ng/ml : OR 2,9, 1,49–5,68. 3) >0,86 vs 0,54–0,86 : OR 1,86 (1,01–3,44).	56
Zhang et al. (1998)	N total = 515 femmes. Font partie de la *Framingham Study*, réalisée auprès de femmes du Massachusetts (USA). ** Suici sur environ 8 ans (SD non présentée).	Âge moyen au *baseline* : 70,9 ans (pas de SD fournie). Probablement qu'une très faible proportion fait encore partie de la population active.	*Incident* radiographique : apparition d'un grade KL ≥ 2, chez les genoux ayant plus tôt un grade KL de 0 ou 1. *Progressive* radiographique : grade KL = 1 ou 2, et augmentation d'au moins un grade au suivi.	Prise d'hormonothérapie (questionnaire) : N'en a jamais utilisé / ancienne utilisatrice / utilisatrice actuelle.	Âge, IMC, femoral neck bone mineral density, Physical Activity Index, changement de poids, historique en matière de blessure, tabagisme, grade KL au *baseline*.	1) La prise actuelle d'hormonothérapie (versus le fait de n'en avoir jamais pris) ne constitue pas un facteur de risque de l'OA du genou, mais plutôt un facteur protectif quant à l'apparition de la maladie. 2) Nous pouvons en dire de même pour ce qui est de la progression de l'OA du genou.	1) OR 0,4 (0,1-3,0). 2) OR 0,5 (0,1-2,9).	69

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Schouten et al. (1993)	N total = 141 sujets, dont 83 femmes (58,9%) et 58 hommes (41,1%). Font partie d'une étude menée auprès de la population générale de la ville hollandaise de Zoetermeer. ** Suivi sur environ 12 ans,	Âge (*baseline*) : 54,7 ± 6,34 ans. Probablement qu'une bonne proportion fait encore partie de la population active.	*Overall progression* : Mesure comparable à KL. Au suivi, la combinaison de score pour la perte de cartilage et pour la croissance d'ostéophytes - mesurées séparément - doit donner au moins 2.	Concentration en IGF-1 (nmol/l). Prise de sang puis analyse par *radio-immunoassay*. Répartition en trois catégories : ≤ 13,7, 13,8-18,3, ≥ 18,4.	Âge, sexe, IMC.	Les sujets dans le plus haut tertile de concentration en IGF-1 sont significativement plus à risque de voir leur OA du genou progresser que ceux dans le plus bas tertile.	OR 2,58 (1,01-6,60).	63
Fraenkel et al. (1998)	N total = 441 sujets, dont 293 femmes et 148 hommes. Font partie de la *Framingham Osteoarthritis Study*. ** Suivi sur 8 à 10 ans.	Âge (suivi) : Environ 70,0 ± 8,8 ans. Probablement qu'au *baseline*, beaucoup des sujets faisaient partie de la population active.	*Incident* radiographique : apparition d'un grade KL ≥ 2, chez les genoux ayant plus tôt un grade KL de 0 ou 1. *Progressive* radiographique : grade KL ≥ 2, et augmentation d'au moins un grade au suivi.	Concentration en IGF-1. Prise de sang puis analyse par *radio-immunoassay*. Répartition des concentrations.	Âge, IMC, grade KL.	Selon toute vraisemblance, la concentration en IGF-1 ne constitue par un facteur de risque significatif de l'OA du genou, même lorsqu'il y a comparaison entre les sujets affichant les plus hautes concentrations vs ceux affichant les plus basses.	Pas de données significatives.	56
Études cas-témoins								
Spector et al. (1991)	Cas : N total = 162 femmes ayant eu une hystérectomie. Recrutées à partir d'un hôpital d'East London. Témoins : N total = 164 femmes avec profil semblable n'ayant pas subi ce type d'intervention	Cas : 53,2 ± 5,2 ans. Il est probable qu'une proportion appréciable fait toujours partie de la population active. Témoins : 54,1 ± 4,9 ans.	KL ≥ 2	Avoir subi une hystérectomie : oui / non.	Âge, IMC, nombre de grossesses, tabagisme, prise d'hormonothérapie.	Les femmes ayant subi une hystérectomie courent un risque légèrement accru d'AG radiographique.	RR 1,26 (0,59-2,71).	94
Études transversales								

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
von Mühlen et al. (2002)	N total = 1001 femmes. Font partie de la *Rancho Bernardo Study*, effectuée auprès de femmes aisées du sud de la Californie (USA).	72 ± 10.6 ans. Étendue de 43 à 97 ans. Probablement que très peu font encore partie de la population active.	AG symptomatique impliquant de la douleur + une combinaison d'autres critères; critères de l'ACR.	Prise d'hormones post-ménopause : vérification des médicaments pris en parcourant les relevés de prescriptions.	Âge, IMC, tabagisme, pratique régulière d'activité physique.	Le risque d'AG n'est pas augmenté par la prise d'hormones post-ménopause.	Pas de données significatives.	N/A
Stove et al. (2001)	N total = 504 femmes, dont 283 ayant de l'OA du genou sévère. Font partie de *l'Ulm Osteoarthritis Study,* menée auprès de sujets du sud-ouest de l'Allemagne.	67,1 ± 5,4 ans. Probablement que très peu font encore partie de la population active.	Listes d'attente pour une arthroplastie du genou en raison d'OA sévère + mesures avec KL.	Questionnaire : a déjà eu une hystérectomie, n'a jamais eu d'hystérectomie.	Âge, diabète, IMC, hypertension, former or current heavy physical exertion, tabagisme actuel ou passé, nb de grossesses, prise d'hormone de remplacement.	Les auteurs ont constaté que les femmes ayant subi une hystérectomie couraient un risque moindre de RG en raison d'OA sévère,	OR 0,72 (0,25 2,08)	N/A
Sowers et al. (1996)	N total = 573 femmes blanches, faisant partie de la *Michigan Bone Health Study*.	37,1 ± 5,0 ans. Probablement qu'une proportion importante fait partie de la population active.	KL ≥ 2	Estradiol : prise de sang, puis analyse avec ELISA.	Aucune	Pour un piètre profil es estradiol, le risque d'AG est à peine augmenté.	OR 1,01 (1,004-1,02).	N/A

Syndrome métabolique et autres maladies

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Études de cohorte								
Aucune								
Études cas-témoins								

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Sowers et al. (2009)	Cas : N total = 53 femmes. Proviennent de Tecumseh, Michigan (EU). Femmes blanches seulement. Témoins : N total = 429 femmes de la même région.	Cas : 50 ± 5 ans. Probablement qu'une proportion appréciable fait encore partie de la population active. Témoins : 47 ± 8 ans.	Au moins un genou avec un grade KL ≥ 2.	Différentes conditions de santé (taux de glucose, taux de mauvais cholestérol, pression sanguine) mesurées par prise de sang ou autres méthodes validées. Deux conditions devaient être présentes chez un même individu pour qu'il soit inclus dans la catégorie *cardiometabolic defect*.	Âge, *joint asymmetry* (pas nécessairement considérées simultanément).	L'AG était plus fréquente chez les femmes obèses avec *clustering* cardiométabolique comparativement à celles ne présentant pas ce problème, même après avoir considéré l'âge et le joint asymmetry.	OR 6,20 (2,93-13,07)	63
Soeroso et al. (2005)	Cas : N total = 239 sujets, dont 167 femmes (69,9%) et 72 hommes (30,1%). Proviennent de Surabaya,dans l'est de l'Indonésie. Témoins : N total = 279 sujets, dont 137 femmes (49,1%) et 142 hommes (50,9%). Même région.	Cas : 55,48 ± 10,30 ans. Sûrement qu'une proportion appréciable fait partie de la population active. Témoins : 44,19 ± 8,33 ans.	AG symptomatique selon les critères de l'ACR, avec stade KL ≥ 1.	Analyse sanguine. Catégories : 1) présence de diabète / absence de diabète. 2) concentration normale / concentration anormale d'acide urique.	Âge, sexe, alignement, éducation.	Le fait d'avoir du diabète et/ou une concentration anormalement élevée en acide urique ne semble pas être un facteur de risque de l'AG.	Pas de données significatives	63
Études transversales								
Yoshimura et al. (2011)	N total = 1690 sujets, dont 596 hommes (35,3%) et 1094 femmes (64,7%). Recrutés dans le cadre de l'étude *Research on Osteoarthritis Against Disability (ROAD)*. Proviennent de trois régions du Japon.	Hommes : 71,0 ± 10,7 ans / Femmes : 69,9 ± 11,2 ans. Probablement qu'une faible propotion fait encore partie de la population active.	KL ≥ 2, dans au moins un des deux genoux.	Syndrome métabolique, 4 composantes prise en compte : obésité, hypertension, dyslipidémie, tolérance au glucose déficiente. IMC calculé selon la méthode habituelle, sinon tests cliniques et analyse d'échantillons sanguins.	Âge, sexe, région de provenance, tabagisme, consommation d'alcool, activités physiques, exercice régulier, historique en matière de blessures au genou.	L'accumulation de composantes du syndrome métabolique amplifie le risque d'OA du genou.	- Une composante : OR 1,21 (0,88-1,68) (NS) - Deux composantes : OR 1,89 (1,33-2,70). - Trois composantes ou plus : OR 2,72 (1,77-4,18).	N/A

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Sturmer et al. (1998)	N total = 809 sujets, dont 389 ayant l'AG sévère (72,8% sont des femmes). Font partie de *l'Ulm Osteoarthritis Study*, menée auprès de sujets du sud-ouest de l'Allemagne.	AG seulement : 66,3 ± 6,4 ans, si l'on se fie aux informations présentées ailleurs par le même auteur. Probablement que très peu font encore partie de la population active.	Listes d'attente pour une arthroplastie du genou en raison d'OA sévère + mesures avec KL.	Concentrations de cholestérol sanguin mesurées à l'aide d'un *standard fully enzymatic assay*, puis classées en tertiles selon les résultats obtenus : T1) < 5.3 mmol/l, 2) 5.3-6.2 mmol/l, 3) ≥ 6.2 mmol/l.	Âge, sexe, IMC, diabète, hypercholestérolémie, hypertension, former or current heavy physical exertion, tabagisme actuel ou passé, goutte, prise d'hormone de remplacement.	1) Les personnes aux prises avec de l'hypercholestérolémie sont plus à risque de souffrir d'd'AG. 2) En fait, chaque augmentation de 1 mmol/l augmente sensiblement le risque.	1) T1 (référent) vs T2 : 1,22 (0,59-2,51) / T1 vs T3 : 2,05 (1,00-4,18). 2) 1,41 (1,07-1,85).	N/A
Sowers et al. (1996)	N total = 573 femmes blanches, faisant partie de la *Michigan Bone Health Study*.	37,1 ± 5,0 ans. Probablement qu'une proportion importante fait partie de la population active.	KL ≥ 2	Pression sanguine : mesure en clinique.	Aucune	Une pression sanguine anormalement élevée est associée à l'AG.	OR 5,0 (1,16-22).	N/A
Hart et al. (1995)	N total = 979 femmes. Font partie de la *Chingford Study*, réalisée auprès d'individus caucasiens de la région de Londres (Angleterre).	54,2 ans (pas de SD). Probablement qu'une proportion assez élevée fait encore partie de la population active.	-Radiographique : grade KL ≥ 2, dans au moins un des deux genoux. -Symptomatique : grade KL ≥ 2, dans au moins un des deux genoux + douleur d'une durée de. -Bilatérale : KL ≥ 2, dans les deux genoux.	Questionnaire : 1) traitement déjà reçu pour l'hypertension, 2) prise de diurétique, 3) historique de diabète. / Pressions systolique et diastolique mesurées à l'aide de standard *sphygmomanometers*. / Taux de cholestérol, de triglycérides, de glucose sanguin et de HDL évalué à l'aide de prises d'échantillons de sang. / Concentration en acide urique disponible pour environ la moitié des sujets de l'étude.	Âge, IMC, tabagisme, activité physique, classe sociale.	1) Pour l'AG radiographique : un taux de glucose sanguin élevé et un taux de cholestérol modérément élevé sont tous deux associés à l'OA. 2) Pour l'OA symptomatique : un taux de glucose sanguin élevé et la prise de diurétiques sont tous deux associés à la maladie. 3) Pour l'OA bilatérale, avoir déjà fait de l'hypertension, la prise de diurétique et des taux élevés ou modérés de cholestérol sont tous associés à l'OA du genou. ** Pas de résultats significatifs pour ce qui est de l'acide urique.	1) OR 1,95 (1,08 - 3,59) / OR 2,06 (1,06 - 3,98). 2) OR 2,77 (1,13 - 6,76) / OR 2,27 (1,11 - 4,65). 3) OR 3,02 (1,51 - 6,06) / OR 2,84 (1,37 - 5,89) / OR 3,91 (1,07 - 14,25) / OR 3,63 (1,00 - 13,88).	N/A

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Bagge et al. (1991)	N total = 340 sujets, dont 135 hommes et 205 femmes (60,3%). Proviennent de Göteborg, en Suède.	79 ans, exactement. Personnes retraitées.	Radiographique : KL ≥ 2.	Cardiopathie ischémique, diabète et hypertension : diagnostic établi selon des procédures validées.	IMC	Les associations entre cardiopathie ischémique, diabète et hypertension et AG radiographique n'ont pas été significatives.	Pas de données significatives.	N/A

Facteurs biochimiques

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Études de cohorte								
Schett et al. (2009)	N total = 912 sujets, avec une répartition selon le sexe d'à peu près 50/50. Font partie de la *Bruneck Study*, réalisée en Italie. Impossible d'avoir le nombre précis de sujets avec AG (effectifs fusionnés avec OA de la hanche). ** Suivi sur 15 ans.	- Groupe n'ayant pas subi un RH ou un RG : 58,3 ± 11,5 ans. - Groupe ayant subi un RH ou un RG : 65,2 ± 8,2 ans. Imposssible d'avoir des données précises pour l'AG.	RG	*Vascular Cell Adhesion Molecule* : prise de sang, puis analyse de concentration avec des *enzyme-linked immunosorbent assay kits* (Bender MedSystems, Milan, Italy).	Âge, sexe, IMC.	Le niveau de *Vascular Cell Adhesion Molecule* soluble constitue un facteur de risque indépendant et fort de RG en raison de l'arthrose.	Plus haut vs plus bas tertile : OR 3,0 (0,8-10,9).	88
Fayfman et al. (2009)	N total = 966 femmes (58,3%) et 691 hommes (41,7%). Proviennent de la région de Framingham, Massachusetts (USA). Échantillon tiré de 2 études de cohortes : *The Framingham Heart Study* et *The Framingham OA study*. ** Suivi aux alentours de 10 ans.	- Hommes (*baseline*): 60,1 ± 10,5 ans. - Femmes (*baseline*): 61,2 ± 10,7 ans. Probablement qu'une proportion appréciable faisait encore partie de la population active à ce moment.	*Incident* radiographique : apparition d'un grade KL ≥ 2 pour les genoux ayant plus tôt un grade KL de 0 ou 1. *Progressive* radiographique : grade KL ≥ 2, et augmentation d'au moins un grade au suivi.	Échantillons de sang et analyse du contenu en homocystéine avec une high-performance *liquid chromatography*.	Âge, sexe, antécédents en matière de blessure, IMC, changement de poids, activité physique.	Pour *Incident* radiographique, les hommes dans le tertile milieu d'homocystéine se sont avérés plus à risque que ceux situés dans le tertile plus bas. Toutefois, cette tendance n'a pas été observée chez les femmes. Pour *Progressive* radiographique : aucune tendance significative dénotée.	OR 2,0 (1,1-3,8).	75

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Reijman et al. (2004)	N total = 1235 sujets, dont 58,4% de femmes. Du lot, 237 ont l'AG (70,5% de femmes). Font partie de la *Rotterdam Study*, effectuée au Pays-Bas (10 275 personnes ont été contactées et 7983 ont répondu au 1er appel); un sous-échantillon a ici été utilisé. ** Suivi sur 6,6 ans en moyenne	Population totale : 66,6 ± 6,8 ans. Population avec AG : 69,1 ± 6,9 ans. Probablement qu'une faible proportion fait encore partie de la population active.	KL ≥ 2	Concentration de CTX-II (échantillons d'urine, puis analyse en laboratoire par *competitive enzyme-linked immunosorbent assay*.	Âge, sexe, IMC, "*lower disability index*".	Une concentration élevée en CTX-II est associée à une prévalence accrue de l'AG.	Plus haut quartile vs plus bas : OR 4,2 (2,5-7.0).	94
Livshits et al. (2009)	N total = 1002 femmes faisant partie de la *Chingford Study* (UK). Année 10 (celle qui nous intéresse) = 810 femmes. ** Suivi sur environ 10 ans.	*Baseline* : 54,68 ± 6,02 ans / Année 10 : 64,46 ± 6,16 ans. Probablement qu'une faible proportion faisait encore partie de la population active, surtout au suivi.	Apparition d'un grade KL ≥ 2.	Concentrations sanguines en *interleukin-6 (IL-6), tumor necrosis factor α (TNFα), et C-reactive protein* (CRP) mesurées suite à la prise d'échantillons sanguins (différents appareils utilisés).	Aucune	Pour chaque unité d'augmentation en concentration d'IL-6, le risque d'AG augmente significativement.	OR 1,340 (1,064-1,687).	69
Études cas-témoins								

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Cibere et al. (2009)	Cas : N total = 80 sujets avec AG radio (52,8% de femmes) et 105 sujets avec AG pré-radio (52,4% de femmes). Témoins : N total = 16 sujets sans AG (50,0% de femmes). Les sujets, qui proviennent de la grande région de Vancouver, devaient éprouver de la douleur au genou.	Cas : AG radio (médiane) = 65,5 ans. / AG pré-radio (médiane) = 55,2 ans. Témoins : Médiane : 46,4 ans.	AG radio : KL ≥ 2. La définition de l'AG pré-radio ne répond pas à nos critères d'inclusion.	Échantillons de sérum sanguin et d'urine, puis analyses avec différents instruments pour : *Serum and urinary C1,2C, Serum and urinary C2C, Serum CPII, Serum CS846, Urinary CTX-II, Serum COMP, Serum HA, Urinary NTX-I.*	Âge, sexe, IMC.	1) Le risque d'AG radio (vs pas d'AG) augmente avec des concentrations plus élevées en uCTX-II, en uC2C et en uC1,2C. 2) Le risque semble toutefois diminuer avec des concentrations élevées en sCPII.	1) OR 3,12 (1,35-7,21) / OR 2,13 (1,04-4,37) / OR 2,07 (1,06-4,04). 2) OR 0,53 (0,30–0,94).	81
Études transversales								
Nelson et al. (2010)	N total = 1669 sujets, dont 66,6% de femmes et 35,4% d'Afro-américains. Échantillon tiré du *Johnston County Osteoarthritis Project*, mené auprès d'individus de la Caroline du Nord.	65,4 ± 11,0 ans. Probablement qu'une faible proportion fait encore partie de la population active.	- Radiographique : KL ≥ 2, dans au moins un des deux genoux. - Symptomatique : KL ≥ 2, dans au moins un des deux genoux + de la douleur et/ou de la raideur dans les genoux, la plupart des jours.	Concentrations sanguines de plomb : Prise de sang, puis analyse avec le *PerkinElmer Inductively Coupled plasma-dynamic reaction cell-Mass Spectrometer 6100 ELAN series DRC II, ELAN DRC II ICP-MS.*	Âge, sexe, ethnie, IMC, tabagisme actuel, consommation actuelle d'alcool.	Des augmentations dans la prévalence et la sévérité de l'AG radiographique et symptomatique sont observées avec les augmentations dans les concentrations sanguines de plomb.	- Radio. : pour une augmentation de 1-U, le risque augmente de 26% : OR 1,26 (1,05-1,50). - Sympto. bilatéral : pour une augmentation de 1-U, le risque augmente de 25% : OR 1,25 (0,90-1,74).	N/A

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Goekoop et al. (2010)	N total = 82 sujets, dont 74% de femmes. Font partie de la *Leiden 85-plus Study*, réalisée aux Pays-Bas.	90 ans, exactement.	KL ≥ 2	Prises de sang, puis analyses avec instruments perfectionnés pour les cytokines suivantes : IL-1β, IL-6, TNF-α, IL-1RA et IL-10. Répartition des concentrations (pg/ml) en tertiles.	Sexe, IMC.	De faibles ou de hautes concentrations en l'une ou l'autre des cytokines IL-1β, IL-6, TNF-α, IL-1RA ou IL-10 n'ont pas été significativement associées à l'absence (ou à la présence) d'AG.	Pas de données significatives	N/A
Meulenbelt et al. (2006)	N total = 382 sujets, dont 312 femmes (82%). Du lot, 150 avaient de l'AG. Font partie de la *GARP study*, réalisée aux Pays-Bas.	60,3 ± 7,5 ans (étude complète) et 61,8 ± 7,3 ans (AG seulement).	KL ≥ 2	Concentrations en UCTX-II (ng/mmol) déterminées par analyse d'échantillons d'urine. Répartition en quartiles.	Âge, IMC, sexe et présence d'arthrose radiographique ailleurs dans le corps.	Si l'on compare avec le plus bas tertile de concentration en UCTX-II (le référent), les sujets dans le plus haut tertile de concentration sont particulièrement à risque d'AG.	OR 2,6 (1,2-5,7).	N/A

Densité minérale osseuse

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Études de cohorte								

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Bergink et al. (2005)	N total = 1403 sujets, dont 829 femmes (59,1%) et 574 hommes (40,9%). Font partie de la Rotterdam Study, effectuée aux Pays-Bas (10 275 personnes ont été contactées et 7983 ont répondu au 1er appel); un sous-échantillon a ici été utilisé. Suivi sur une **Moyenne de 6,5 ans (étendue: 5,6 à 9,3 ans)	Âge moyen (*baseline*) = 66,3 ± 6,7 ans (tous âgés de 55 ans ou plus). Probablement qu'une faible proportion fait encore partie de la population active.	- Apparition radiographique : apparition d'un grade KL ≥ 2, chez les genoux ayant plus tôt un grade KL de 0 ou 1. - Progression radiographique : grade KL ≥ 2, et augmentation d'au moins un grade au suivi.	- Densité minérale osseuse, *femoral neck* et *lumbar spine* : mesurée avec *dual energy X-ray absorptiometry (DXA, Lunar DPX-L densitometer).* - Fracture de vertèbres : radiographies latérales de la colonne.	Âge au *baseline*, sexe, IMC, tabagisme, utilisation d'aides à la marche, "lower limb disability index", score KL moyen au *baseline*.	1) Une haute densité minérale osseuse systémique au baseline est associée à une incidence accrue et à la progression de l'OA du genou chez les hommes et les femmes et 2) une absence de fracture vertébrale semble augmenter le risque par 8.	1) Plus haut vs plus bas tertile (femoral neck, lumbar spine): OR 2,8 95% CI 1,2–6,8, OR 4,7 95% CI 2,1–10,7. 2) Absence vs présence : OR 8,0 (95% CI 1,1–60,9).	88
Nevitt et al. (2010)	N total : 1754 sujets caucasiens, dont 1087 femmes (63%) et 667 hommes (37%). Font partie de la *Multicenter Osteoarthritis Study (MOST)*, étude américaine menée en Iowa et en Alabama. Incident knee OA : est survenue dans 126 genoux après 30 mois de suivi (5,5%) de l'échantillon. ** Suivi sur 2,5 ans	Femmes : 63,1 ± 7,7 ans. Hommes : 62.9 ± 8.1 ans. Probablement qu'une proportion appréciable fait encore partie de la population active.	Apparition d'un grade KL ≥ 2, chez les genoux ayant 30 mois plus tôt un grade KL de 0 ou 1.	Densité osseuse de la hanche droite et du corps entier mesurée avec le *Hologic QDR 4500A DXA scanners* (Hologic Inc, Bedford, Massachusetts, USA).	- Pour tous les tests : IMC, âge, sexe, tabagisme, activité physique, blessure au genou, hauteur du genou, prise actuelle d'œstrogène et de *bisphosphonate*. - Pour certains tests : la force dans les quadriceps.	Dans les genoux n'ayant initialement pas d'OA, une plus grande densité minérale osseuse systémique est associé à un risque accru d'apparition de la maladie, 30 mois plus tard.	OR 2,3 (1,2-4,5)	81

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Hochberg et al. (2004)	N total = 289 sujets : 179 hommes (61,9%) et 110 femmes (portion AG avec suivi). Font partie de la *Baltimore Longitudinal Study of Aging*, menée dans la ville du même nom du Maryland (ÉU). ** Suivi de 10 ± 2 ans.	61 ± 14 ans. Probablement qu'une faible proportion fait encore partie de la population active.	Apparition d'un grade KL ≥ 2, chez les genoux ayant plus tôt un grade KL de 0 ou 1.	*Spine + Femoral neck bone mineral density : dual photon absorptiometry using a Lunar DPA densitometer*	Âge, sexe, IMC, statut ménopausal (femmes seulement), prise d'hormonothérapie (femmes seulement).	Le risque de la maladie est plus grand pour chaque augmentation d'un point de la déviation standard en ce qui a trait à la densité minérale osseuse de la colonne vertébrale; cela ne s'avère toutefois pas pour le col du fémur.	OR 1,64 (1,03, 2,61).	69
Nishimura et al. (2010)	N total = 360 sujets, dont 241 femmes (66,9%) et 119 hommes. Proviennent du Japon. ** Suivi sur Environ 4 ans.	Baseline : 70,8 ± 4,5 ans (femmes) / 71,3 ± 5,1 (hommes). Ne font probablement plus partie de la population active.	*Incident* radiographique : apparition d'un grade KL ≥ 2, chez les genoux ayant plus tôt un grade KL de 0 ou 1. *Progressive* radiographique : grade plus élevé KL au suivi chez ceux étant plus tôt grande KL = 2 ou 3.		Aucune, vraisemblablement.	La densité minérale osseuse n'a pas été associée à un plus grand risque d'AG.	Pas de données significatives	56
Études cas-témoins								
Aucune								
Études transversales								
Sowers et al. (1996)	N total = 573 femmes blanches, faisant partie de la *Michigan Bone Health Study*.	37,1 ± 5,0 ans. Probablement qu'une proportion importante fait partie de la population active.	KL ≥ 2	Densité minérale osseuse : mesurée avec un *dual energy x-ray absorptiometer*.	Aucune	Les personnes dans les plus hautes concentrations de densité minérale osseuse ont été significativement plus à risque d'AG radiographique.	OR 1,44 (0,56-3,73).	N/A

Arthrose de la main

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Études de cohorte								
Dahaghin et al. (2005)	N total = 1235 sujets n'ayant pas d'OA du genou (KL = 0 ou 1), dont 57,5% de femmes. Au suivi, 78 ont été diagnostiqués comme ayant la maladie (74,4% de femmes. * Font partie de la Rotterdam Study, effectuée aux Pays-Bas (10 275 personnes ont été contactées et 7983 ont répondu au 1er appel); un sous-échantillon a ici été utilisé. ** Suivi sur 6,6 ± 0,4 ans.	Âge moyen (AG seulement) = 66 ± 6,5 ans (tous âgés de 55 ans ou plus). Probablement qu'une faible proportion fait encore partie de la population active.	Apparition d'un grade KL ≥ 2, chez les genoux ayant au baseline un grade KL de 0 ou 1.	- Arthrose de la main : oui / non. - Historique familial : oui / non	Âge, sexe, IMC, durée du suivi.	1) Les individus avec OA de la main ont un risque plus élevé de développer l'AG, quelques années plus tard. En outre, ce risque est amplifié chez les individus en situation de surpoids et chez ceux avec un historique familial d'OA.	1) OR 1,6, 95% CI 1,0–2,8.	94
Études cas-témoins								
Aucune								
Études transversales								
Aucune								

Prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Études de cohorte								

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Reijman et al. (2005)	N total = 635 sujets (874 genoux) avec KL ≥ 1, dont environ 68% de femmes. * Font partie de la Rotterdam Study, effectuée au Pays-Bas (10 275 personnes ont été contactées et 7983 ont répondu au 1er appel); un sous-échantillon a ici été utilisé. ** Suivi sur 6,6 ans en moyenne.	Âge moyen (incluant les sujets avec OA de la hanche) = 66,0 ± 6,9 ans.	Augmentation d'au moins 1 grade sur l'échelle KL, chez les sujets ayant un grade KL ≥ 1.	Consommation d'AINS : Ibuprofène, Naproxen, Diclofenac et Piroxicam. Variable évaluée = durée de la prise du médicament : 1-30 jours, 31-180 jours, plus de 180 jours (usagers long terme).	Âge, sexe, IMC, AG radiologique au *baseline*, durée du suivi, dosage quotidien précis en AINS.	Chez les utilisateurs de longue-durée (> 180 jours), le Diclofenac semble accélérer la progression de l'AG, et ce, par 3,2 fois.	OR 3,2, 95% CI 1,0–9,9.	75
Études cas-témoins								
Aucune								
Études transversales								
Aucune								

Nœuds de Heberden

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Études de cohorte								
Nishimura et al. (2010)	N total = 360 sujets, dont 241 femmes (66,9%) et 119 hommes. Proviennent du Japon. ** Suivi sur Environ 4 ans.	Baseline : 70,8 ± 4,5 ans (femmes) / 71,3 ± 5,1 (hommes). Ne font probablement plus partie de la population active.	*Incident* radiographique : apparition d'un grade KL ≥ 2, chez les genoux ayant plus tôt un grade KL de 0 ou 1. *Progressive* radiographique : grade plus élevé KL au suivi chez ceux étant plus tôt grande KL = 2 ou 3.	Présence de nœuds de Heberden.	Aucune, vraisemblablement.	Il n'existerait pas d'association entre le fait d'avoir des nœuds de Heberden et le risque subséquent d'apparition ou de progression de l'AG radiographique.	Pas de données significatives	56
Études cas-témoins								
Aucune								

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Études transversales								
Aucune								

Facteurs génétiques[1]

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Études de cohorte								
Valdes et al. (2004).	N total = 749 sujets, tous des femmes. Font partie de la *Chingford Study*, effectuée dans la région de *North London (UK)* auprès de 1003 femmes. ** Suivi sur environ 10 ans : étendue 9 à 11 ans.	Âge moyen (*follow-up*) = 63,87 ± 6,16 ans. Probablement qu'une faible proportion fait encore partie de la population active.	- Présence d'AG : grade KL ≥ 2, - *Progressive* radiographique : grade KL ≥ 2, et augmentation d'au moins un grade au suivi.	Prise de sang, puis extraction de l'ADN avec *standard phenol and salt methods*. L'analyse a par la suite été faite avec *Assays-on-Demand SNP Genotyping products from Applied Biosystems*.	Âge, IMC.	1) La progression de l'AG est associée au *CILP*. 2) Quant au risque de développer l'AG, celui-ci est associé au *ADAM12* et au *NCOR2*. 3) Le *CD36* semble avoir un effet protecteur.	1) F=5,30 (1,689). Mesure d'amplitude du risque? 2) OR 1,84, (1,22-2,79 et OR 1,57 (1,09-2,25). 3) OR 0,77 (0,61-0,96).	69
Études cas-témoins								

[1] Les facteurs de risque génétiques n'ont pas été traités dans la revue systématique étant donné que les auteurs et leurs collaborateurs ne détenaient pas l'expertise requise pour faire une analyse rigoureuse des résulats des différentes études répertoriées. L'information à ce sujet est donc présentée à titre indicatif seulement.

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Fan et al. (2011)	Cas : N total = 581 sujets. Plus précisément, 439 femmes (75,6%) et 142 hommes (24,4%). Habitent la région de Han, en Chine. Témoins : N total = 570 contrôles : 127 femmes (22,3%) et 443 hommes (77,7%). De la même région.	Cas : 60,2 ± 7,4 ans. Probablement qu'un nombre plus ou moins important fait encore partie de la population active. Témoins : 57,4 ± 10,1 ans. Il est fort à parier qu'un bon nombre fait encore partie de la population active.	Combinaison d'OA symptomatique (symptômes non clairement établis) + KL ≥ 2.	Prise de sang ou frottis buccal. Analyse avec la méthode Chelex-100 et le système DNA IQ, respectivement.	Aucune	Le polymorphisme *PITX1 (rs479632)* ne constitue pas un facteur de risque de l'OA du genou dans cette population.	Pas de données significatives.	63
Xu et al. (2010)	Cas : N total = 120 femmes. Recrutées dans un hôpital de la région de Xi'an, en Chine. Témoins : N total = 120 femmes, même base de recrutement.	Cas : 65,3 ± 10,2 ans. Seulement 6,7% sont en emploi, tel que précisé dans le profil de la population. Témoins : 63,0 ± 12,8 ans. 8,3% font partie de la population active.	AG symptomatique, à partir des critères de l'ACR.	Prise de sang, puis extraction de l'ADN avec le *TIANamp DNA extraction kit* (*Qiagen Company*, USA).	Aucune	Cette étude montre que le *SNP G4006A* dans le *COL2A1* est associé à l'OA du genou. L'*haplotype T-G* est un facteur protectif, tandis que le *T-A* est un facteur de risque.	- T-G : OR 0,60 (0,42-0.87) - T-A : OR 2,15 (1,43–3,23).	50
Magana et al. (2010)	Cas : 88 sujets, dont 72 femmes (81,8%) et 16 hommes. Population Mestizo du Mexique. Témoins : N total = 111 sujets, dont 92 femmes (82,8%) et 19 hommes.	Cas : 55,4 ± 13,9 ans. Probablement qu'un bon nombre fait toujours partie de la population active. Témoins : 49,9 ± 17,2 ans.	KL ≥ 2	*Dinucleotide (cytosine-adenine, CA) repeat polymorphism at the CT locus - Allele A and genotype AG* : ADN extrait d'échantillons sanguins, analysé selon des protocoles standards.	Âge, sexe et IMC.	1) L'allèle A et le génotype AG du gène CT sont associés à un risque accru d'AG radiographique. 2) Le génotype GG du gène CT semble être associé à un risque réduit d'AG radiographique.	1) OR 2,62 (1,30-5,27) et OR 1,93 (1,04-3,58). 2) OR 0,40 (0,16–0,98).	69

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Valdes et al. (2010)	Cas : - N total = 1575 sujets de 4 cohortes: 3 du Royaume-Uni et une d'Estonie. % de femmes pour le Royaume-Uni : 58%, 49%, 100%. % de femmes pour celle d'Estonie : 69%. Données globales incluant à la fois les sujets atteints d'OA du genou et ceux atteints d'OA de la hanche; impossible de les distinguer. - *Discovery set* : 313 personnes ayant subi un RG (pas de données sur le sexe). Témoins : N total = 2537 sujets, Pas de distribution selon le sexe. - *Discovery set* : 520 sujets n'ayant pas subi de RG (pas de données sur le sexe.	Cas : - Royaume-Uni : 67,2 ± 8,9 ans, 65,5 ± 2,7 ans et 64,1 ± 6,0 ans. Estonie : 47,1 ± 6,4 ans. Proportion appréciable susceptible de faire partie de la population active. Données globales incluant à la fois les sujets atteints d'AG et ceux atteints d'arthrose de la hanche; impossible de les distinguer ici. - *Discovery set* : pas de données sur l'âge. Témoins : Données sur l'âge non disponibles.	KL ≥ 2 ou RG	- ADN extrait d'échantillons sanguins, analysé selon des protocoles standards. - *Discovery set* : *genome-wide genotyping*, avec Illumina 300 et Illumina 600.	Âge, sexe et IMC.	Les données indiquent que la variation génétique dans le gène *SMAD3* est impliquée dans le risque d'AG, dans les populations européennes.	- 4 cohortes : OR de 1,22 (1.12-1.34). - *Discovery set* : p < 0.0022 (pas de mesure d'amplitude du risque).	56

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Valdes_INV (2010)	Cas : N total (TKR seulement) : 673 sujets "Nodal" OA et 1469 "Non-nodal OA". 69,4% de femmes dans le premier groupe et 45,3% dans le deuxième. Proviennent du Royaume-Uni. Témoins : N total = 1906 sujets, dont 54,0% de femmes.	Cas : 71,49 ± 7,76 ans dans le 1er groupe et 68,17 ± 8,30 ans dans le deuxième. Témoins : 64,74 ± 8,24 ans.	RG	GDF5 : Extraction à partir du sang et analyse selon des protocoles standards.	Âge et sexe	Le risque de RG est le même chez les *non-nodal* que chez les *nodal*, qu'ils aient ou non de gène GDF5	Pas de résultats significatifs.	63
Riancho et al. (2010)	Cas : N total = 971 sujets. 2 cohortes d'Espagne surtout composées de femmes (61%, 55%). Une cohorte du Royaume-Uni (Oxford), elle aussi majoritairement composée de femmes : 56%. Impossible de donner des effectifs et % spécifiques à AG, puisque ces cohortes incluent des personnes atteintes d'OA de la hanche et les auteurs ne distinguent pas les cas des témoins. Témoins : Proviennent des mêmes cohortes, avec profil semblable.	Cas : 2 cohortes d'Espagne (72 ± 7 ans, 68 ± 6 ans). La cohorte du Royaume-Uni (Oxford : 64 ± 5 ans. Peu de sujets sont susceptibles de faire partie de la population active. Témoins : 2 cohortes d'Espagne (71 ± 10 ans, 68 ± 9 ans). La cohorte du Royaume-Uni (Oxford) : 69 ± 7 ans.	OA sévère nécessitant un RG (liste ou registre)	ADN extrait d'échantillons sanguins, analysé selon des protocoles standards.	Aucune	1) Le génotype GG pour le rs1062033 est associé à un risque accru d'AGchez la femme, mais pas chez l'homme. 2) Le génotype CC pour le rs2234693 est associé à un risque réduit d'AG chez la femme, mais pas nécessairement chez l'homme. La sensibilité génétique à l'AG varie donc selon le sexe, peut-être en raison de facteurs hormonaux.	1) OR 1,23 9 (pas de SD). 2) OR 0,76 (pas de SD).	44

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Cao et al. (2010)	Cas : N total = 276 sujets, dont 50 hommes (18,1%) et 226 femmes (81,9%). Proviennent de la région de Séoul, en Corée. Témoins : N total = 298 sujets, dont 163 hommes (54,7%) et 135 femmes (45,3%).	Cas : Tous les sujets : âge moyen de 63 ans (diagnostic initial). Témoins : âge moyen de 63 ans.	RG	ADN extrait de tissus du genou (cas) et d'échantillons sanguins (témoins), et analysé avec le *Qiagen DNA Blood Mini kit.*	Aucune	Les résultats montrent que le +104T/C; rs143383 GDF5 polymorphisme ne constitue par un facteur de risque pour l'AG, chez la population coréenne.	Pas de résultats significatifs.	56
Ni et al. (2009)	Cas : N total = 453 sujets, dont 323 femmes (71,3%) et 130 hommes (28,7%). Chinois de la région du Han, habitant dans ou près de la ville de Nanjing. Témoins : N total = 487 sujets, dont 314 femmes (64,5%) et 173 hommes (35,5%). De la même région.	Cas : 59 ± 11,7 ans. Probablement qu'une proportion appréciable fait encore partie de la population active. Témoins : 56,9 ± 11,6 ans.	KL ≥ 2, combiné avec de la douleur au(x) genou(x).	Prise de sang ou frottis buccal. Analyse avec la méthode *Chelex-100* et le système *DNA IQ*, respectivement.	Aucune	Les polymorphismes génétiques de l'interleukine-1 et de l'interleukine-1 antagoniste des récepteurs ne sont pas des facteurs de risque pour l'AG chez les Chinois Han.	Pas de résultats significatifs.	50

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Tsezou et al. (2008)	Cas : N total = 251 sujets, dont 205 femmes (81,7%) et 46 hommes (18,3%). Proviennent de Grèce, district de Thessalia. Témoins : N total = 268 sujets, dont 168 femmes (62,7%) et 98 hommes (36,6%). Proviennent de la même région.	Cas : Femmes = 67,4 ± 8,3 ans; étendue 40-92 ans. Hommes = 68,3 ± 8,1 ans; étendue 42-82 ans). Probablement qu'une faible proportion fait encore partie de la population active. Témoins : Femmes = 67,2 ± 9,4; étendue 48-87 ans. Hommes = 63,2 ± 6,7 ans; étendue 46-88 ans).	KL ≥ 2	ADN extrait d'échantillons sanguins et analysé avec le *Qiagen DNA Blood kit.*	Aucune	Les *+104T/C; rs143383 GDF5 core promoter polymorphism (allèles TT, CC, CT, T)* ne constitue pas un facteur de risque de l'AG dans cet échantillon de Grecs caucasiens. Ceci vaut autant pour les hommes que pour les femmes.	Pas de résultats significatifs.	63
Shi et al. (2008)	Cas : N total = 183 sujets, dont 124 femmes (67,8%) et 59 hommes (32,23%). Proviennent de la région chinoise du Han, plus précisément de Nanjing. Témoins : N total = 210 sujets, dont 142 femmes (67,6%) et 68 hommes (32,4%). Proviennent de la même région.	Cas : 58,6 ± 13,5 ans. Probablement qu'une proportion appréciable fait toujours partie de la population active. Témoins : 57,7 ± 11,7 ans.	Symptômes, puis KL ≥ 2.	Prise de sang ou frottis buccal. Analyse avec la méthode *Chelex-100* et le système *DNA IQ*, respectivement.	Aucune	Le *CALM1 core promoter polymorphism -16C/T* ne constitue pas un facteur de risque en regard de la prédisposition à l'AG.	Pas de données significatives.	63

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Poulou et al. (2008)	Cas : N total = 158 sujets, dont 138 femmes (87,3%) et 20 hommes (12,7%). Proviennent de la région de Thessaly, en Grèce. Témoins : N total = 193 sujets, dont 137 femmes (71,0%) et 56 hommes (29,0%).	Cas : Femmes : 68,1 ± 8,2 ans / Hommes : 72,4 ± 5,8 ans. Probablement qu'une très faible proportion fait encore partie de la population active. Témoins : Femmes : 68,0 ± 10,9 ans / Hommes : 70,2 ± 9,0 ans.	RG en raison d'AG KL ≥ 2.	Prise de sang. Extraction d'ADN avec le *DNA Blood Midi M48 Kit*.	Âge, sexe, IMC, *grade of physical demand*, *knee bending*.	Le *-16TT (rs12885713) CALM1 gene* ne constitue pas un facteur de risque de l'AG en lui-même, mais associé avec *l'asporin (ASPN) D14 or D15 risk allele*, il pourrait disposer à la maladie.	OR 1,84 (0,99-3,42).	69
Snelling et al. (2007)	Cas : N total = 340 sujets, dont 182 femmes (53,5%) et 158 hommes (46,5%). De la région d'Oxford, au Royaume-Uni. Témoins : N total = 736 sujets, dont 379 femmes (51,5%) et 357 hommes (48,5%). Proviennent du Royaume-Uni, mais il n'est pas certain que c'est la même région.	Cas : Âge moyen au remplacement de la hanche et/ou du genou (impossibilité de distinguer les 2 interventions pour avoir des chiffres précis) : 65 ans, étendue de 56-85 ans. Témoins : 69 ans, étendue de 55-89 ans.	RG	Extraction et analyse d'enzymes digestifs.	Aucune	*Le LRCH1 intron 1 SNP* n'est pas un facteur de risque génétique de l'AG chez la population de Caucasiens du Royaume-Uni ayant ici été étudiée.	Pas de données significatives.	44

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Kaliakatsos et al. (2006)	Cas : N total = 158 sujets, dont 138 femmes (87,3%) et 20 hommes (12,7%). Proviennent de Grèce, plus exactement de la région de Thessaly. Témoins : N total = 193 sujets, dont 137 femmes (71,0%) et 56 hommes (29,0%).	Cas : Femmes : 68,1 ± 8,2 ans; étendue = 48 à 92 ans. Hommes : 72,4 ± 5,8 ans; étendue = 62 à 85 ans. Probablement que peu font partie de la population active (femmes plus âgées très représentées). Témoins : Femmes : 68,0 ± 10,9 ans; étendue = 44 à 87 ans. Hommes : 70,2 ± 9,0 ans; étendue = 46 à 88 ans.	RG	Échantillons de sang, puis analyse.	Âge, sexe, IMC, statut "ménopause", *physical demand* et *knee bending*.	1) L'allèle D13 de l'*asporin* constitue un facteur protectif de l'AG, alors que 2) l'allèle D15 constitue un facteur de risque.	1) OR 0,62 (0,46–0,84). 2) OR 1,54 (1,07–2,2).	63
Smith et al. (2005)	Cas : N total = 268 sujets, dont 182 femmes (67,9%) et 86 hommes (32,1%). Des villes de Bristol et de Londres, au Royaume-Uni et sont tous d'origine caucasienne. Témoins : N total = 187 sujets, dont 93 femmes (49,7%) et 94 hommes (50,3%).De *South West England*.	Cas : Groupe de Bristol : âge moyen = 62 ans; âge médian = 63 ans. Groupe de Londres : âge moyen = 71 ans; âge médian = 71 ans. Sûrement qu'une petite proportion fait partie de la population active. Témoins : Pas de données sur l'âge des sujets.	OA symptomatique selon les critères de l'ACR, avec grade radiologique d'au moins 2 (on ne sait pas si les auteurs parlent de KL; manque de précision).	Prise de sang et procédure du *salting out* (pas plus de détails).	Aucune	L'*haplotype C-G-C-C-A* est plus présent chez les personnes attentes d'AG que chez celles qui n'en sont pas atteintes.	OR 1,6 (1,12-2,29).	56

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Riyazi et al. (2005)	Cas : N total = 107 sujets. De différentes villes des Pays-Bas et font partie de la *GARP study*. Le pourcentage de femmes est de 82%, mais il correspond à l'ensemble des participants - les auteurs se sont aussi intéressés à l'OA de la main, de la hanche et de la colonne vertébrale (pas de données spécifiques à l'AG). Témoins : N total = 137 sujets. Pas d'infos sur le sexe.	Cas : Âge médian = 60 ans, étendue 43-79 ans. Témoins : Pas d'infos sur l'âge.	OA symptomatique selon les critères de l'ACR, et KL ≥ 2.	Prise de sang et analyse en laboratoire.	Âge, sexe.	Les sujets avec a *high innate ex vivo production of IL-1B* (1) *and IL-1Ra* (2) *and low innate ex vivo production of IL-10* (3)" voient leur risque d'OA du genou augmenté.	1) OR 3,3 (1,4-7,9) 2) OR 8,0 (3,7-17,4). 3) OR 3,1 (1,5-6,5).	56
Mustafa et al. (2005)	Cas : N total = 278 sujets, dont 158 femmes (56,8%) et 120 hommes (43,2%). Proviennent d'Oxford, au Royaume-Uni, et sont tous d'origine caucasienne. Témoins : N total = 748 sujets, dont 392 femmes (52,4%) et 356 hommes (47,6%). De la même région.	Cas : Âge moyen au remplacement de la hanche et/ou du genou (impossibilité de distinguer les deux) : 65 ans, étendue de 56-85 ans (inclut OA de la hanche). Laisse croire qu'une faible proportion était active au moment de l'opération. Témoins : Âge médian = 69 ans, étendue de 55 à 89 ans.	RG	Information difficile à trouver, mais je crois qu'il s'agit d'un "séquenceur capillaire".	Aucune	L'*asporin polymorphism* ne revêt pas vraiment d'importance dans l'étiologie de l'AG.	Pas de données significatives.	50

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Fytili et al. (2005)	Cas : N total = 158 sujets, dont 138 femmes (87,3%) et 20 hommes (12,7%). De la région de Thessalia, en Grèce. Témoins : N total = 193 sujets, dont 137 femmes (71,0%) et 56 hommes (29,0%). De la même région.	Cas : Femmes : 68,1 ± 8,2 ans, étendue de 48–92 ans. Hommes : 72,4 ± 5,8 ans, étendue de 62-85 ans. Probablement qu'une très petite partie fait partie de la population active. Témoins : Femmes : 68,0 ± 10,9 ans, étendue de 44–87 ans. Hommes : 70,2 ± 9,0 ans, étendue de 46-88 ans.	RG (témoins évalués selon KL<2).	Prise de sang et isolation de l'ADN avec le *Puregene DNA extraction kit*.	Âge, sexe, IMC, âge à la ménarche, âge à la ménopause, degré de *physical demand.*	Une association entre les *repeat polymorphisms c.1092+3062(CA)13-17* et *c.172(CAG)8-34* des gènes *ER-β* et *AR* et l'AG a été dénotée chez les individus de descendance grecque.	Données difficiles à extraire, vu la complexité de l'information.	75
Smith et al. (2004)	Cas : N total = 304 sujets, dont 201 femmes (66,1%) et 103 hommes (33,9%). De Bristol ou de Londres et tous sont des Caucasiens. Témoins : N total = 195 sujets, dont 98 femmes (50,3%) et 97 hommes (50,7%). De *South West England*.	Cas : Bristol : âge moyen = 62 ans; âge médian = 63 ans. Londres : âge moyen = 71 ans; âge médian = 71 ans. Témoins : Impossible d'avoir des données sur l'âge.	OA symptomatique selon les critères de l'ACR, avec grade radiologique d'au moins 2 (on ne sait pas si les auteurs parlent de KL; manque de précision).	Prise de sang et procédure du *salting out* (pas plus de détails).	Aucune	1) L'*haplotype* de risque *IL1A–IL1B–IL1RN* confère un risque 2 fois plus élevé d'OA du genou. 2) L'*haplotype* protectif *IL1B–IL1RN haplotype* confère un risque d'OA du genou 5 fois moindre.	1) OR 2,32 (1,05-5,08) 2) OR 0,19 (0,09-0,40)	56

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Jin et al. (2004)	Cas : N total = 151 sujets, dont 98 femmes (64,9%) et 53 hommes (35,1%). Proviennent des alentours de Séoul, en Corée. Témoins : N total = 397 sujets, dont 207 femmes (52,1%) et 190 hommes (47,9%).	Cas : 58,8 ± 9,6 ans. Témoins : Impossible d'avoir des données sur l'âge.	OA symptomatique selon les critères de l'ACR, avec grade radiologique KL de 3 ou 4 identifié comme "OA sévère", et grade de 1 ou 2 comme "OA faible".	Prise de sang, puis extraction de l'ADN avec le *NucleoSpin DNA isolation kit*.	Aucune	1) La fréquence de l'allèle pour le polymorphisme exon *8 G/A Btgl (codon 594)* est significativement différente entre les cas et les témoins. 2) Aussi, différence significative entre les deux groupes en ce qui a trait à l'estimation de la fréquence de *l'haplotype*. ** L'*haplotype* du gène ER-α est associé à l'AG primaire dans la population coréenne, et les variations génétiques dans le gène *ER-α* pourraient jouer un rôle dans la susceptibilité face à cette maladie.	1) OR 1,38 (1,01-1,88). 2) $\chi 2 = 21.48$ (?)	63
Hong et al. (2003)	Cas : N total = 142 sujets, dont 94 femmes et 48 hommes. Proviennent de Séoul, en Corée. Témoins : N total = 135 sujets volontaires, dont 91 femmes et 44 hommes. Proviennent vraisemblablement de la même région.	Cas : 58,6 ± 9,4 ans (étendue de 34-86 ans). Probablement qu'une bonne partie des sujets - surtout les hommes - font toujours partie de la population active. Témoins : 59,9 ± 8,5 ans (étendue de 40-75 ans).	Symptômes de l'AG (non spécifiés) + AG radiographique selon les critères de KL.	Prise de sang, puis extraction de l'ADN avec DNA isolation kit for *mammalian blood*.	Aucune	Le *ace gene polymorphism (carriage rate I)* est un facteur de risque pour le développement de la forme sévère de l'AG, même à un âge hâtif.	- OA sévère (KL = 3 ou 4) vs OA léger (KL = 1 ou 2) : OR 2,7 (1,2-6,2). - OA sévère vs témoins : OR 3,2, (1,4-7,3).	56

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Ikeda et al. (2002)	Cas : N total = 417 sujets (228 avec AG), dont 44 hommes (10,6%) et 373 femmes (89,4%). Font partie du "Genetic Study Program of Bone and Joint Disease" mené à Tokyo. Témoins : N total = 280 sujets. Pas de répartition selon le sexe.	Cas : 62,2 ± 14,8 ans (toute la population) et 71,4 ± 7,1 ans (groupe AG). Probablement qu'une poignée fait partie de la population active. Témoins : 61,9 ± 12,1 ans.	KL ≥ 2. Avaient aussi des symptômes non explicités par les auteurs.	Prise de sang, et *genotyping* avec un *TaqMan assay*.	Aucune	Le *COL2A1* et le *COL9A3* sont deux *susceptibility loci* pour l'AG chez les Japonais, mais seul un *SNP (c.1740C > T*) dans le *COL9A3* est associé à l'OA du genou.	OR 1,48 (1,15-1,91)	50
Keen et al. (1997)	Cas : N total = 351 femmes ménopausées. Font partie de la *Chingford Study*, réalisée dans le nord-est de Londres. Témoins : N = 269 femmes issues de la même population.	Cas : 58,3 ± 4,7 ans, étendue de 45-65 ans. Probablement qu'une proportion appréciable fait encore partie de la population active. Témoins : 54,4 ± 4,8 ans.	KL ≥ 2	ADN extrait à partir d'échantillons sanguins. *Polymerase chain reaction*.	Âge, IMC, densité minérale osseuse du *fémoral neck* et prise d'hormonothérapie.	1) Les sujets ayant le génotype TT pour le récepteur de vitamine D sont exposés à un risque accru d'OA du genou. 2) Ce risque est à peine plus élevé chez celles ayant le génotype Tt.	1) OR 2,82 (0,98-8,10). 2) OR 2,98 (1,09-8,12).	75
Jiang et al. (2006)	Cas : N total = 218 sujets de la région chinoise du Nanjing, dont 151 femmes (69,3%) et 67 hommes (30,7%). Témoins : N total = 454 sujets, dont 289 femmes (63,7%) et 165 hommes (36,3%). Proviennent de la même région.	Cas : 58,1 ± 18,9 ans, étendue de 32–89 ans. Probablement qu'une faible proportion fait encore partie de la population active. Témoins : 56,3 ± 12,1 ans, étendue de 40–97 ans.	KL ≥ 2 + symptômes comme de la douleur, par exemple.	*Aspartic acid (D) repeat of the asporin gene : D13* et *Q14 alleles*. Extraction de l'ADN à partir d'échantillons sanguins ou de frottis buccaux. Méthode : *Chelex-100*.	Aucune	La présence de l'allèle D14 dans l'*aspartic acid (D) repeat of the asporin gene* est deux fois plus importante chez les sujets atteints de l'OA du genou. Ceci fait dire aux auteurs que cela expose à un risque plus élevé de souffrir de la maladie.	OR 2,04 (1,32-3,15).	56

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Valdes et al. (2004) [Associat]	Cas : N total = 999 sujets avec AG (pas de répartition selon le sexe), provenant de deux enquêtes bien connues menées en Angleterre : *Chingford* et *Nottingham*. Témoins : N total = 1166 sujets (pas de répartition selon le sexe).	Cas : Âge non spécifié quoique probablement peu fassent encore partie de la population active. Témoins : Âge non spécifié	*Chingford* : KL ≥ 2 / *Nottingham* : listes pour RG.	Polymorphismes *rs11718863* et *rs7639618 (DVWA)* et *rs143383 (GDF5).* Extraction de l'ADN à partir d'échantillons sanguins, avec l'outil *KAS Par chemistry.*	Âge, sexe, IMC.	1) Le polymorphisme *rs143383 (GDF5)* expose à un risque accru d'AG, autant pour les sujets de la *Chingford Study* que pour ceux de la *Nottingham Study*. 2) Contrairement à d'autres études (notamment asiatiques), le *DVWA rs7639618* semble plus avoir un effet protecteur qu'être un facteur de risque de l'AG sévère nécessitant un RG (significatif seulement pour la *Nottingham Study*).	1) OR 1,95 (1,40-2,71) / OR 1,54 (1,22-1,94). 2) OR 0,81 (0,66-1,00).	63
Valdes et al. (2006) [Reproduc.]	Cas : N total = 603 sujets avec AG, dont 298 hommes (49,4%) et 305 femmes (50,6%). Recrutés via des cliniques de *Nottingham (UK)* et dans des familles avec antécédents d'OA. Témoins : N total = 596 sujets, dont 296 femmes (49,7%) et 300 hommes (50,3%) (age-matched).	Cas : Femmes : 73,5 ± 7,16 ans / Hommes : 72,1 ± 6.9 ans. Témoins : Femmes : 72,1 ± 8,5 ans / Hommes : 71,0 ± 7,8 ans.	Critères de l'ACR pour l'OA symptomatique. Les sujets ont aussi eu des radiographies, mais leur usage n'est pas détaillé.	*Genotyping* avec multiplex *polymerase chain reaction (PCR) and SNP analyses*, pour ces gènes : AACT, ADAM12, BMP2, CD36, CILP, COX2, ESR1, NCOR2, OPG, TNA, TNFAIP6, et VDR.	Aucune	1) Chez les femmes, les gènes *ADAM12 (haplotype CAAT)* et *ESR1 (haplotype TAGA)* sont particulièrement associés à l'AG. 2) Chez les hommes, il s'agit de *l'ADAM12 (haplotype CAAT)* et du *CILP (haplotype CG)*; ce dernier semble ici être un gène protectif.	1) OR 7,10 (3,31–33,8) / OR 3,61 (1,18–10,98) 2) OR 2,54 (1,20–5,40) / OR 0,38 (0,23–0,62).	50
Études transversales								
Uitterlinden et al. (1997)	N total = 846 sujets, dont 405 hommes (47,9%) et 441 femmes. Proviennent des Pays-Bas (*Rotterdam Study*).	68,5 ± 6,9 ans. Probablement que très peu font encore partie de la population active.	Radiographique : KL ≥ 2.	*1,25-dihydroxy-vitamin D3 receptor (VDR) gene locus* : extraction selon procédures validées.	Âge, IMC, densité minérale osseuse.	Un allèle dans l'haplotype VDR est associé à un risque plus élevé d'AG radiographique; cela n'est pas le cas pour 2 ou 3 allèles.	OR 2,31 (1,48-3,59).	N/A

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Vaes et al. (2009)	N total (AG seulement) : 2764 sujets, dont 1668 femmes (60,3%) et 1096 hommes (39,7%). Font partie de la *Rotterdam Study*, menée aux Pays-Bas.	55 ans et plus. Moyenne autour de 65 ans, si l'on se fie à d'autres études citant des résultats de cette enquête. Probablement qu'une faible proportion fait encore partie de la population active.	KL ≥ 2, dans au moins un des deux genoux.	Prise de sang, puis analyse avec le *Taqman allelic discrimination assay*.	Âge et IMC.	Pour le *rs143383*, les génotypes TC et CC sont associés à un risque moins élevé d'OA du genou, si l'on compare avec le TT. Ce constat vaut pour les femmes, mais pas pour les hommes.	TC vs TT : OR 0,68, (0,53-0,88) / CC vs TT : OR 0,66 (0,47-0,93).	N/A
Bergink et al. (2003)	N total = 1483 sujets, dont 611 hommes et 872 femmes. Proviennent de la Rotterdam Study, menée aux Pays-Bas.	Plus de 55 ans, pas de données précises. Selon d'autres articles reprenant cette échantillon de population : environ 66 ± 7 ans. Donc, probablement qu'une faible proportion fait encore partie de la population active.	KL ≥ 2, dans au moins un des deux genoux.	Polymorphismes dans le gène Erα : "*Genomic DNA was isolated from peripheral leukocytes by standard procedures*".	Âge, sexe, IMC, *femoral neck bone mineral density*, tabagisme et âge à la ménopause (femmes seulement).	Le risque d'AG est augmenté chez ceux et celles ayant une et deux copies de l'allèle PX dans les polymorphismes du gène Erα.	OR 1,3 (0,9–1,7) et OR 2,2 (1,5–3,4).	N/A

Blessures et antécédents de blessure

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Études de cohorte								
Koster et al. (2011)	Femmes : n=50, 43%. Hommes : n= 67, 57%. Ces sujets forment un sous-groupe au sein d'une cohorte de 1068 personnes ayant consulté un médecin généraliste pour des problèmes au genou, dans une région des Pays-Bas. ** Suivi sur 1 an	41,0 ans ± 12,2 ans (étendue : 18–63 ans). Probablement que la majorité des sujets font partie de la population active.	*Incident* radiographique : apparition d'un grade KL ≥ 2, chez les genoux ayant plus tôt un grade KL de 0 ou 1. *Progressive* radiographique : grade KL ≥ 2, et augmentation d'au moins un grade au suivi.	Questionnaire (pour blessure au genou) + IRM pour détecter l'oedème.	Âge, IMC.	Dans une analyse de régression multivariée, l'oedème de la moelle osseuse causée par une blessure traumatique s'avère un fort prédicteur de l'apparition ou de la progression de l'AG radiologique.	OR 6,01 (1,92-18,8)	56

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Murphy et al. (2008)	N total = 3068 sujets, dont 57,4% de femmes et 42,6% d'hommes (*baseline*). Au suivi, 1590 sujets ont participé à l'examen clinique + questionnaire. Font partie du *Johnston County Osteoarthritis Project*, menée auprès de Blancs et de Noirs âgés de plus de 45 ans, vivant dans des communautés rurales de Caroline du Nord (ÉU). ** Suivi sur 6 ans (valeur moyenne). Étendue = 3,5-13,2 ans	*Baseline* : 61 ans, étendue 45-93 ans. 60,5% sont âgés de moins de 65 ans, ce qui porte à croire qu'une proportion importante fait toujours partie de la population active.	En général, grade KL ≥ 2, dans au moins un des genoux + au moins un symptôme (douleur, raideur, etc.). Dans quelques cas, un RG.	Historique de blessure (questionnaire) : oui / non. Pas davantage de précisions.	Aucune	Le risque d'AG au cours de la vie (*lifetime risk*) est plus grand chez ceux et celles ayant un historique de blessures : 56,8%.	LR : 56,8% (48,4–65,2).	56
Cooper et al. (2000)	N total = 354 sujets, dont 99 hommes (28,0%) et 255 femmes (72,0%). De Bristol, en Angleterre. ** Suivi de 5,1 ± 0,4 ans.	Âge au *follow-up* : moyenne de 70,2 ans. Retrancher environ 5 ans pour le temps 1. Probablement qu'une très faible proportion fait encore partie de la population active.	*Incident* radiographique : apparition d'un grade KL ≥ 2, chez les genoux ayant plus tôt un grade KL de 0 ou 1. *Progressive* radiographique : grade KL ≥ 2, et augmentation d'au moins un grade au suivi.	Antécédents de blessures au genou : oui / non. ** Oui si pour marcher une aide à été requise pendant au moins une semaine (questionnaire)	Âge, sexe, pratique d'activités physiques, antécédents de blessure au genou, *Heberden's nodes*.	Le risque d'apparition de l'AG est sensiblement augmenté chez les individus avec antécédents de blessures.	OR 2,5 (0,8–8,1).	81
Études cas-témoins								

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Hashikawa et al. (2011)	Cas : N total = 195 femmes de la région de Nagasaki, au Japon. Témoins : N total = 387 femmes provenant de la même région	Cas : 69,4 ± 7,4 ans. Très faible proportion dans la population active. Témoins : 61,6 ± 9,5 ans.	Radiographique : KL ≥ 2	Antécédents de blessures au genou : oui / non (questionnaire). Pas davantage de précisions.	Aucune	Des antécédents en matière de blessure du genou sont associés à l'AG.	OR 3,1 (1,7-5,6)	56
Englund et al. (2009)	Cas : N total = 121 sujets, dont 75 femmes (62%) et 46 hommes (38%). Proviennent de l'étude MOST -- échantillon de sujets provenant de Birmingham, Alabama et Iowa City, Iowa (USA). Témoins : N total = 294 contrôles, dont 175 femmes (60%) et 119 hommes (40%).	Cas : 61,6 ± 7,9 ans. Il y a fort à parier qu'une partie appréciable fait encore partie de la population active. Témoins : 61,6 ± 7,7 ans.	Au moins un genou avec un grade KL ≥ 2	Lecture des radiographies avec deux juges et gradation du *méniscal damage* avec l'outil *WORMS*. Critère : score ≥ 1. Échelle avec catégories fusionnées : (0 = *no damage*, 1 = *minor tear* et 2 = *nondisplaced tear*, *displaced tear, maceration, or destruction.*	Âge, sexe, IMC, niveau d'activité physique, alignement.	Dans les genoux sans chirurgie, les lésions méniscales représentent un puissant facteur de risque pour le développement de l'AG radiographique.	Avec lésions méniscales vs. pas de lésions méniscales : OR 5,7 (3,4-9,4).	81
Yoshimura et al. (2006)	Cas : N total = 37 hommes. Recrutés dans trois régions sociosanitaires des préfectures de Wakayama et Osaka, au Japon. Témoins : N total = 37 hommes. Même provenance.	Cas : 70,0 ± 6,6 ans. Il est fort probable que peu fasse toujours partie de la population active. Témoins : 70,1 ± 7,0 ans.	Symptômes (douleur et difficulté à marcher) + KL ≥ 3	Antécédents de blessures au genou : oui / non (questionnaire). Pas davantage de précisions.	Historique de poids élevé.	Des antécédents en matière de blessure du genou sont associés à l'AG.	OR 6,25 (1,13–34,5)	69

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Soeroso et al. (2005)	Cas : N total = 239 sujets, dont 167 femmes (69,9%) et 72 hommes (30,1%). Proviennent de Surabaya, dans l'est de l'Indonésie. Témoins : N total = 279 sujets, dont 137 femmes (49,1%) et 142 hommes (50,9%). Même région.	Cas : 55,48 ± 10,30 ans. Sûrement qu'une proportion appréciable fait partie de la population active. Témoins : 44,19 ± 8,33 ans.	AG symptomatique selon les critères de l'ACR, avec stade KL ≥ 1.	Antécédents de blessures aiguës au genou : oui / non (questionnaire). Pas davantage de précisions.	Âge, sexe, alignement, éducation.	En raison de faibles effectifs, les auteurs ne sont pas en mesure d'établir si des antécédents de blessures aiguës au genou sont un facteur de risque de l'AG.	Pas de données significatives	63
Yoshimura et al. (2004)	Cas : N total = 101 femmes. Proviennent de 3 villes du Japon (Wakayama, Arita et Sennan); 6 hôpitaux impliqués. Témoins : N total = 101 femmes, des mêmes régions.	Cas : 73,3 ± 9,8 ans. Il est fort probable qu'une très faible proportion fait encore partie de la population active. Témoins : 73.3 ± 9.8 ans.	Symptômes (douleur et difficulté à marcher) + KL ≥ 3	Antécédents de blessures aiguës au genou : oui / non (questionnaire). Pas davantage de précisions.	IMC, pratique de la bicyclette, nombre d'emplois dans le passé.	Des antécédents en matière de blessures sont aussi associés à un risque accru d'AG.	OR 6,84 (2,35-19,94).	69
Lau et al. (2000)	Cas : N total = 796 sujets, dont 658 avec AG (les autres avec arthrose de la hanche). Parmi les cas d'AG, 166 sont des hommes (25,2%) et 492 sont des femmes (74,8%). Recrutés à même les hôpitaux de la région de Hong Kong. Témoins : Pour AG spécifiquement : 658 sujets, *sex matched*.	Cas : Données sur l'âge non présentées, mais article à conserver car il y est question de facteurs de risque reliés à l'emploi conservé le plus longtemps dans la vie. Témoins : Même constat, mais *age matched*.	KL = 3 ou 4, dont 28,1% ayant subi un RG raison de l'arthrose.	Historique de blessure au genou (questionnaire) : oui /non). Doit avoir fait l'objet d'une consultation médicale pour être jugée admissible.	Aucune	Un historique de blessure au genou constitue un facteur de risque de l'AG, et ce, chez les hommes comme chez les femmes	Hommes : OR 12,1 (3,4-42,5) / Femmes : OR 7,6 (3,8-15,2).	50

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Cooper et al. (1994)	Cas : N total = 109 sujets, dont 79 femmes (72,5%) et 30 hommes (27,5%). Proviennent de la région de Bristol, en Angleterre. Témoins : N total = 218 sujets. Pas d'info sur le sexe, mais il s'agit d'une étude *sex-matched*.	Cas : 55 ans et plus (pas de données précises fournies), mais nombre appréciable dans la catégorie des 55 à 64 ans. Probablement qu'une faible proportion fait encore partie de la population active. Témoins : Pas d'infos sur l'âge, mais il s'agit d'une étude *age-matched*.	Douleur dans le genou pendant au moins un mois dans la dernière année + KL = 3 ou 4.	Antécédents de blessures au genou : oui / non (questionnaire). Pas davantage de précisions.	Aucune	Les personnes ayant des antécédents en matière de blessure au genou sont plus à risque face à l'AG.	OR 7,5 (2,1-26,8)	63
Kohatsu et Schurman (1990)	Cas : N total = 46 sujets, dont 60,9% de femmes. Provenance des sujets non spécifiée, mais probablement un ou des hôpitaux de la Californie en raison des affiliations des chercheurs. Témoins : N total = 46 sujets, *sex- and region-matched*.	Cas : 55 ans et plus, moyenne de 70,8 ans (pas d'info sur la SD). Témoins : 55 ans et plus, moyenne de 71,3 ans (pas d'info sur la SD).	RG	Antécédents en matière de blessures (requérant l'utilisation d'aides à la marche pour au moins 2 semaines) : oui / non.	Aucune	Les personnes ayant des antécédents en matière de blessure au genou sont plus à risque face à l'AG.	OR 4,6 (1,5-16,5).	50
Études transversales								

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Lin et al. (2010)	N total = 1025 sujets, dont 520 femmes (50,7%) et 505 hommes (49,3%). Font partie de la *Wuchuan Osteoarthritis Study*, une étude réalisée en Mongolie.	Hommes : 57,3 ± 8,3 ans / Femmes : 55,6 ± 7,5. Probablement qu'une bonne proportion fait encore partie de la population active.	KL ≥ 2, dans au moins un des deux genoux.	Antécédents de blessures au genou : oui / non (questionnaire). Pas davantage de précisions.	Âge, sexe, IMC.	Les personnes ayant des antécédents en matière de blessure au genou sont plus à risque face à l'AG.	Pas de blessures vs blessures : OR 0,43 (0,23-0,81).	N/A
Sowers et al. (1996)	N total = 573 femmes blanches, faisant partie de la *Michigan Bone Health Study*.	37,1 ± 5,0 ans. Probablement qu'une proportion importante fait partie de la population active.	KL ≥ 2	Antécédents de blessures au genou : oui / non (questionnaire). Pas davantage de précisions.	Aucune	Les personnes ayant des antécédents en matière de blessure au genou sont plus à risque face à l'AG.	OR 13,82 (3,33-59)	N/A

Antécédents de chirurgie

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Études de cohorte								
Oiestad et al. Quad (2010)	N total (*baseline*) : 258 sujets avec rupture du LCA (50/50 environ, hommes/femmes). 164 sujets au *follow-up* (57% d'hommes). ** Suivi sur 10-15 ans.	27,4 ans ± 8,5 ans, au moment de la reconstruction du LCA. Ajouter 10-15 ans pour avoir une idée approximative de l'âge des participants, au final.	Radiographique : KL ≥ 2 / Symptomatique : KL ≥ 2 et douleur dans les 4 dernières semaines.	*Graft type* : *Hamstrings* (referent) vs *patellar*	Âge, sexe, autre type de blessure.	Le fait d'avoir eu un *graft type* « *patellar* » au lieu de « *hamstrings* » n'expose pas à un risque plus grand d'AG radiographique ou symptomatique, sur une période de suivi de 10-15 ans.	Pas de données significatives	94
Études cas-témoins								

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Cooper et al. (1994)	Cas : N total = 109 sujets, dont 79 femmes (72,5%) et 30 hommes (27,5%). Proviennent de la région de Bristol, en Angleterre. Témoins : N total = 218 sujets. Pas d'info sur le sexe, mais il s'agit d'une étude *sex-matched*.	Cas : 55 ans et plus (pas de données précises fournies), mais nombre appréciable dans la catégorie des 55 à 64 ans. Probablement qu'une faible proportion fait encore partie de la population active. Témoins : Pas d'infos sur l'âge, mais il s'agit d'une étude *age-matched*.	Douleur dans le genou pendant au moins un mois dans la dernière année + KL = 3 ou 4.	Avoir subi une méniscectomie : oui / non.	Aucune	Les personnes ayant déjà subi une méniscectomie sont plus à risque d'AG.	OR 6,0 (0,6-57,7).	63
Études transversales								
Aucune								

Alignement

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Études de cohorte								
Sharma et al. (2010)	- *Incident knee OA* : 1752 sujets (2958 genoux), dont 1034 femmes (59%). - *Progressive knee OA* : 950 sujets (1307 genoux), dont 592 femmes (62%). Font partie de la *Multicenter Osteoarthritis Study (MOST)*, étude américaine menée en Iowa et en Alabama. ** Suivi sur 2,5 ans.	- *Incident knee OA* : 61,3 ± 7,8 ans. - *Progressive knee OA* : 63,6 ± 7,8 ans. Probablement qu'une proportion appréciable fait encore partie de la population active.	- *Incident* : apparition d'un grade KL ≥ 2, chez les genoux ayant 30 mois plus tôt un grade KL de 0 ou 1. - *Progressive* : Grade KL de 3 ou 4, chez les genoux ayant un grade KL de 2 trente mois plus tôt.	Mesure de l'alignement hanche-genou-cheville, à partir de radiographies *full-limb*.	Âge, sexe, IMC, blessures, laxité et force.	1) Un mauvais alignement *varus* augmente le risque d'*incident knee OA*, mais pas nécessairement un mauvais alignement *valgus*. 2) Un mauvais alignement *varus* ou *valgus* augmente le risque de progression de l'AG selon le compartiment considéré, chez les individus ayant déjà la maladie. Le *varus* augmente le risque de progression médiale et réduit celui de progression latérale, alors que c'est l'inverse pour le *valgus*.	1) OR 1,49 (1,06-2,10). 2) OR 3,59 (2,62-4,92) et OR 4,85, (3,17-7,42) (après ajustements)	81

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Brouwer et al. (2007)	N total = 1501 sujets (2664 genoux), dont 59,4% de femmes. Font partie de la *Rotterdam Study*, effectuée au Pays-Bas (10 275 personnes ont été contactées et 7983 ont répondu au 1er appel); un sous-échantillon a ici été utilisé. ** Suivi sur 6,6 ans en moyenne.	Âge moyen = 66,4 ± 6,7 ans. Probablement qu'une faible proportion fait encore partie de la population active.	- *Incident* radiographique : Apparition d'un grade KL ≥ 2, pour les genoux ayant au *baseline* un grade KL de 0 ou 1. - *Progressive* radiographique = KL follow up - Kl *baseline*, le résultat de cette soustraction devant être ≥ 1.	Calcul des angles et catégorisation en trois groupes : alignement normal = angle fémur-tibia entre 182° and 184° / alignement *valgus* = angle > 184° / alignement *varus* = angle < 182°.	Âge, sexe, IMC.	Un degré croissant d'alignement en *varus* est associé non seulement à 1) la progression de l'OA du genou, mais aussi 2) au développement de la maladie (risque deux fois plus élevé). Cependant, cette association semble particulièrement applicable aux personnes en surpoids ou obèses. 3) Le risque de développer l'OA du genou en raison d'un alignement en *valgus* est présent mais moins important.	1) Varus *vs* normal : OR 2,90 (1,07-7,88). 2) Varus *vs* normal : OR 2,06 (1,28-3,32). 3) Valgus *vs* normal : OR 1,54 (0,97-2,44).	81
Études cas-témoins								
Hunter et al. (2007)	Cas : N total = 76 sujets (110 genoux). Femmes = 53,6%. Témoins : N total = 178 sujets (356 genoux). Femmes = 53,6% également. Font partie de la *Framingham OA Study*, une étude américaine.	Cas : 55,2 ± 8,2 ans, étendue de 32 à 74 ans. Témoins : 52,7 ± 8,1 ans, étendue de 32 à 73 ans. Probablement qu'une partie importante fait encore partie de la population active.	KL ≥ 2	Mesures d'alignement : *Anatomic axis, degrees / Condylar angle, degrees / Tibial plateau angle, dégrées / Condylar tibial plateau angle, degrees*. Chaque mesure a été divisée en quartiles, selon la distribution des données cliniques obtenues.	Âge, sexe, IMC.	Les auteurs constatent que l'alignement du genou n'est pas associé à l'apparition de l'AG. À leur avis, ce résultat suggère qu'un mauvais alignement n'est pas un facteur de risque de la maladie, mais plutôt un marqueur de sa sévérité et/ou de sa progression.	Pas de données significatives	81

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
McWilliams et al. (2010)	Cas : N total = 670 sujets, dont 49% de femmes. Font partie de l'étude GOAL, menée auprès de Caucasiens de la région de Nottingham, en Angleterre. Témoins : 559 sujets, dont 50% de femmes. De la même région.	Cas : 68,2 ± 7,0 ans. Probablement qu'une faible proportion fait encore partie de la population active. Témoins : 62,8 ± 8,0 ans.	KL ≥ 3	Questionnaire, mesure auto-rapportée. Alignement des deux pieds entre 20 et 29 ans, comparativement au moment de l'étude. Catégories : A = *severe toe out*, B = *mild toe out*, C = *straight feet*, D = *mild toe in*, et E = *severe toe in*. Même chose pour l'alignement du genou, avec les catégories suivantes : A = *severe varus*, B = *mild varus*, C = *straight legs*, D = *mild valgus*, and E = *severe valgus*. Questions accompagnées d'illustrations pour faciliter la tâche du répondant.	Âge, sexe et IMC pour toutes les analyses poussées (modèle 1). Dans certains cas (modèle 2) : risque occupationnel, blessure au genou, *finger nodes*.	L'alignement constitutionnel de la jambe en termes de varus ou valgus du genou, ainsi que la rotation du pied, constituent des facteurs importants dans le développement de l'AG. Une analyse par interaction suggère un effet combiné aggravant si on considère facteurs de risque occupationnels et varus/valgus.	- Le fait d'avoir les genoux *varus* tôt dans la vie adulte est associé à un risque accru : OR 4,25 (2,48-7,29). - Le fait d'avoir tout court les genoux *varus* ou *valgus* expose à un plus haut risque (modèles 1 et 2) : *varus*: OR 5,16 (2,87-9,41), *valgus*: OR 3,16 (1,04-9,64). 3) Analyse par interaction : OR 3,20 (1,08-9,49).	69
Soeroso et al. (2005)	Cas : N total = 239 sujets, dont 167 femmes (69,9%) et 72 hommes (30,1%). Proviennent de Surabaya,dans l'est de l'Indonésie. Témoins : N total = 279 sujets, dont 137 femmes (49,1%) et 142 hommes (50,9%). Même région.	Cas : 55,48 ± 10,30 ans. Sûrement qu'une proportion appréciable fait partie de la population active. Témoins : 44,19 ± 8,33 ans.	AG symptomatique selon les critères de l'ACR, avec stade KL ≥ 1.	Examen en clinique. Catégories : normal / *valgus* / *varus*.	Âge, sexe, alignement, éducation.	Le fait d'avoir un genou *valgus* constitue un facteur de risque de l'AG.	OR 3,28 (2,20–4,89).	69
Études transversales								

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Khan et al. (2008)	N total = 306 sujets (608 genoux), dont 232 femmes (75,8%) et 74 hommes (24,2%). Proviennent de la grande région de Rochester, au Minnesota (ÉU).	56,7 ± 10,6 ans, étendue de 31-81 ans. Probablement qu'une partie appréciable fait toujours partie de la population active.	- *Mild-moderate OA* : score KL de 1 ou 2. - *Severe OA* : score KL de 3 ou 4. Les sujets devaient aussi éprouver de la raideur ou de la douleur dans le genou.	Mesure de l'alignement comme suit : "*The alignment of the knee was calculated as 180 minus the lateral angle between the femoral and tibial vectors: a valgus knee resulted in a positive angle, and a varus knee resulted in a negative angle*".	Âge, sexe, IMC.	1) Chaque degré d'augmentation de l'angle local *varus* a été associé à une augmentation significative du risque d'avoir l'AG pour le compartiment médial. 2) Chaque degré d'augmentation de l'angle local *valgus* a été associé à une augmentation significative du risque d'avoir l'AG du compartiment latéral. 3) Les genoux avec OA du compartiment médial sont exposés à un risque accru d'atteinte sévère s'il y a augmentation de l'angle *varus*.	1) OR 1,39 (1,29-1,49). 2) OR 1,55 (1,36-1,75) 3) OR 1,52 (1,35-1,72).	N/A

Taille

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Études de cohorte								
Liu et al. (2007)	N total = 490 532 femmes. Du lot, 974 ont subi un RG en raison de l'AG. Font partie du *Million Women Study*, menée en Angleterre et en Écosse. ** Suivi sur 2,9 ans en moyenne.	Étendue : 50 à 69 ans. Pas de données très précises, mais probablement qu'une faible proportion faisait encore partie de la population active.	RG	Taille : semble être *self-report*.	Âge, région de recrutement, "*deprivation index*", IMC, poids, taille.	Chez les femmes, le risque de subir un RG est influencé par la taille en ce que les plus grandes sont plus à risque.	≥ 170 cm vs < 155 cm : OR 1,55 (1,19-2,00).	63
Études cas-témoins								

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Lau et al. (2000)	Cas : N total = 796 sujets, dont 658 avec AG (les autres avec OA de la hanche). Parmi les cas d'AG, 166 sont des hommes (25,2%) et 492 (74,8%) sont des femmes. Recrutés à même les hôpitaux de la région de Hong Kong. Témoins : Pour AG spécifiquement : 658 sujets, *sex and age matched.*	Cas : données non présentées. Témoins : idem.	KL = 3 ou 4, dont 28,1% ayant subi un RG en raison d'arthrose sévère.	Taille en m, répartie en quartiles : HOMMES : <1,58, 1,58-1,62, 1,63–1,66, ≥1,67. FEMMES : <1,48, 1,48–1,50, 1,51–1,54, ≥1,55.	Aucune	Une taille ne constitue pas un facteur de risque de l'AG.	Pas de données significatives	50
Valdes_INV (2010)	Cas : N total (TKR seulement) : 673 sujets "Nodal" OA et 1469 "Non-nodal OA". 69,4% de femmes dans le premier groupe et 45,3% dans le deuxième. Proviennent du Royaume-Uni. Témoins : N total = 1906 sujets, dont 54,0% de femmes.	Cas : 71,49 ± 7,76 ans dans le 1er groupe et 68,17 ± 8,30 ans dans le deuxième. Témoins : 64,74 ± 8,24 ans.	RG	Pas d'indication sur la façon de catégoriser la taille.	Âge et sexe	Le risque de RG a été semblable chez les cas (AG nodale ou non-nodale) et chez les témoins	Pas de données significatives	63
Études transversales								
Wilder et al. (2008)	N total = 3531 sujets, dont 1090 hommes et 2441 femmes. Échantillon tiré de la *Clearwater Osteoarthritis Study.*	88% étaient âgés entre moins de 60 ans et au plus de 74 ans.	KL ≥ 2	Taille mesurée puis séparée en tertiles aux fins d'analyses.	IMC et âge.	La taille ne constitue ni un facteur de risque de l'AG, ni un facteur protectif de celle-ci.	Pas de données significatives	N/A

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Hunter et al. (2005)	N total = 2506 sujets, dont 1006 hommes (40,1%) et 1500 femmes (59,9%). Font partie de la *Beijing OA Study*.	68,4 ± 6,4 ans (étendue de 60-95 ans).	Radiographique : KL ≥ 2, dans au moins un des deux genoux. Symptomatique : KL ≥ 2, dans au moins un des deux genoux + douleur ou raideur durant un moins, durant la dernière année.	Hauteur du genou : *To measure knee height, the knee was bent to a 90° angle, and the distance from the undersurface of the heel (the heel rested on the caliper blade, and sandbags placed under the foot ensured that the foot remained level with the heel) along the calf to the anterior surface of the thigh over the femoral condyles (just proximal to the kneecap) was measured.* Résultats séparés en quartiles par la suite.	Activité physique, force dans les quadriceps, âge, IMC.	1) Chez les hommes comme chez les femmes, le quartile de *knee height* le plus haut versus le plus bas affiche un risque plus grand d'OA du genou radiographique. 2) Chez les femmes mais pas chez les hommes, le quartile *de knee height* le plus haut versus le plus bas affiche un risque plus grand d'OA du genou symptomatique.	1) OR 1,3 (1,0-1,6) et OR 1,7 (1,5-2,0). 2) OR 2,2 (1,7–2,7).	N/A

Force des quadriceps et des cuisses

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Études de cohorte								

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Oiestad et al._Quad (2010)	N total (*baseline*) : 258 sujets avec rupture du LCA (50/50 environ, hommes/femmes). 164 sujets au *follow-up* (57% d'hommes).	27,4 ans ± 8,5 ans, au moment de la reconstruction du LCA. Ajouter 10-15 ans pour avoir une idée approximative de l'âge des participants, au final.	Radiographique : KL ≥ 2 / Symptomatique : KL ≥ 2 et douleur dans les 4 dernières semaines.	Force mesurée avec le Cybex 6000, en clinique.	Âge, sexe, autre type de blessure, *graft type*.	Une diminution de la force des quadriceps entre 2 ans après la reconstruction du LCA et 10-15 ans est associée à un risque légèrement plus élevé d'AG symptomatique. Par contre, il n'y a pas de lien entre la force des quadriceps après la reconstruction du LCA et le développement de l'AG radiographique ou symptomatique, 10-15 ans plus tard.	OR 1,00 (1,00-1,01)	94
Segal et al. (2010)	1) « Apparition de l'AG radio » (n=1390) : 588 hommes (42,3%), 802 femmes (57,7%). 2) « Apparition de l'AG sympto » (n=1829) : 748 hommes (40,9%), 1081 femmes (59,1%). Ces personnes font partie de l'étude *MOST*, réalisée auprès d'adultes états-uniens de 50-79 ans ayant l'AG ou étant à haut risque de l'avoir. ** Suivi sur 2,5 ans.	1) Étude « apparition de l'AG radio » : âge = 61,2 ± 7,9 ans. 2) Étude « apparition de l'AG sympto » : âge = 62,2 ± 8,0 ans.	- AG radio : KL ≥ 2 - AG sympto. : KL ≥ 2 et de la douleur ou de la raideur fréquente	Force mesurée avec un dynamomètre Cybex 350, en clinique.	Âge, IMC, score d'activité physique, historique de chirurgie du genou ou de blessure.	Les résultats suggèrent que les individus dotés d'une force plus grande dans les quadriceps sont moins à risque pour l'AG symptomatique mais pas radiographique.	Différence significative entre force élevée et force faible : OR = 0,43 (0,31–0,61).	69

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Segal et al. (2009)	1) « Apparition de l'AG radio » : N total = 1617 sujets (2519 genoux), dont 680 hommes (42,1%) et 937 femmes (57,9%). 2) « Apparition de l'AG sympto » : N total = 2078 sujets (3392 genoux). Pas de répartition selon le sexe. Font partie de l'étude *MOST*, étude américaine menée en Iowa et en Alabama. ** Suivi sur 2,5 ans.	1) 62,4 ± 8,0 ans. 2) 62,3 ± 8,0 ans.	- AG radio : apparition d'un grade KL ≥ 2, chez les genoux ayant 30 mois plus tôt un grade KL de 0 ou 1. - AG sympto : ont au *follow-up* la combinaison d'un grade KL ≥ 2 ou d'un RG, avec des symptômes persistants tels que de la douleur et de la raideur.	- Force des extenseurs : Dynamomètre Cybex 350, en clinique. - Ratio H:Q : *peak torque* des fléchisseurs du genou vs extenseurs du genou.	Âge, IMC, densité minérale osseuse de la hanche, opération ou douleur au genou, score d'activité physique.	La force musculaire dans la cuisse n'aide pas vraiment à prédire l'OA radiographique, mais aide à prédire l'OA symptomatique en ce que le risque devient moins élevé en présence d'une plus grande force, et ce, chez les deux sexes. Sinon le ratio ischio-jambiers: quadriceps (H:Q) ne constitue ni un facteur de risque, ni un facteur protectif de l'OA du genou.	Plus grande force vs moins grande force dans les extenseurs du genou : - Hommes : OR 0,6 (0,3–1,1). -Femmes : OR 0,5 (0,3–0,8).	75
Études cas-témoins								
Aucune								
Études transversales								
Slemenda et al. (1997)	N total = 462 volontaires, dont 236 femmes (51,1%) et 226 hommes.	Tout âgés d'au moins 65 ans. Femmes : 71,6 ± 5,5 ans. Hommes : 71,7 ± 5,3 ans.	Radiographique : KL ≥ 2 / Symptomatique : KL ≥ 2 avec douleur.	Force dans chaque jambe mesurée avec un dynamomètre isocinétique (KIN-COM 500H), en clinique.	IMC, âge, sexe.	Le risque d'AG radiographique et symptomatique diminue pour chaque 10 livres de plus en force des quadriceps.	Radio : OR 0,80 (0,71-0,90) / Sympto : OR 0,71 (0,59-0,87).	N/A

Lésions et œdème de la moelle osseuse

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Études de cohorte								

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Koster et al. (2011)	Femmes : n=50, 43%. Hommes : n= 67, 57%. Ces sujets forment un sous-groupe au sein d'une cohorte de 1068 personnes ayant consulté un médecin généraliste pour des problèmes au genou, dans une région des Pays-Bas. ** Suivi sur 1 an.	41,0 ans ± 12,2 ans (étendue : 18–63 ans). Probablement que la majorité des sujets font partie de la population active.	*Incident* radiographique : apparition d'un grade KL ≥ 2, chez les genoux ayant plus tôt un grade KL de 0 ou 1. *Progressive* radiographique : grade KL ≥ 2, et augmentation d'au moins un grade au suivi.	Détection de l'œdème par IRM.	Âge, IMC.	Dans une analyse de régression multivariée, l'œdème de la moelle osseuse causée par une blessure traumatique s'avère un facteur permettant de prédire l'apparition ou la progression de l'AG radiologique.	OR 6,01 (1,92-18,8)	56
Scher et al. (2008)	N total = 73 sujets, dont 46 femmes (63,0%) et 27 hommes (37,0). Leurs dossiers médicaux proviennent d'un gros hôpital en milieu urbain (pas de précision sur l'endroit exact; probablement le Michigan (ÉU) vu la provenance des auteurs). ** Suivi sur 3 ans.	- Groupe AG seulement : étendue = 28–75 ans; moyenne d'âge = 49,3 ans. - Groupe OA + BME : moyenne d'âge = 55,5 ans. Probablement qu'une proportion appréciable faisait encore partie de la population active à ce moment.	RG, mais classement avec KL aussi fait au *baseline*.	*Patterns* d'œdème de la moelle osseuse : *focal / global / cyst / none.*	Âge	1) Les sujets avec BME sont 8,95 fois plus susceptibles d'évoluer rapidement vers un RG par rapport aux sujets sans BME. 2) Les sujets avec un *global pattern* de BME étaient 5,45 fois plus susceptibles d'avoir un RG par rapport aux sujets *focal, cyst* ou *none*. 3) Les sujets ayant un *global pattern* étaient 13,04 fois plus susceptibles d'avoir un RG que les sujets sans œdème au niveau du genou.	1) OR 8,95 (1,49-53,68). 2) OR 5,45 (1,02-28,96). 3) OR 13,04 (2,06-82,58).	75
Études cas-témoins								
Aucune								
Études transversales								
Aucune								

Inégalité de la longueur des membres inférieurs

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Études de cohorte								
Harvey et al. (2010)	N total : 2964 sujets caucasiens, dont 1791 femmes (60,4%) et 1173 hommes (39,6%). Font partie de la *Multicenter Osteoarthritis Study (MOST)*, étude américaine menée en Iowa et en Alabama. ** Suivi sur 2,5 ans.	Inégalité < 1 cm : 62.4 ± 8,1 ans. Inégalité ≥ 1 cm : 63,1 ± 8,0 ans. Probablement qu'une proportion appréciable fait encore partie de la population active.	- Présence: grade KL ≥ 2. Peut-être combiné à de la douleur (AG sympto. à ce moment). - Apparition : apparition d'un grade KL ≥ 2, chez les genoux ayant 30 mois plus tôt un grade KL de 0 ou 1, ou RG. Peut-être combiné à de la douleur (AG sympto. à ce moment).	Avec une *full-limb radiograph* et longueur mesurée comme suit (avec vérification interjuges): "*the distance from the center of the femoral head to the tibial midplafond point*".	Âge, sexe, IMC, taille, alignement.	L'inégalité dans la longueur des jambes d'un individu (1 cm ou plus vs moins d'un cm) est associée à un risque de présence (1) et d'apparition (2) d'AG radiographique ou symptomatique plus élevé.	1) Présence radio : OR 1,9 (1,5-2,4) / présence sympto : OR 2,0 (1,6-2,6). ** tous les deux dans la jambe la plus courte. 2) Apparition sympto (jambe courte) : OR 1,7 (1,2-2,4) / apparition sympto (jambe longue) : OR 1,5 (1,0- 2,1).	75
Golightly et al. (2010).	N total : n=1583 sujets, dont 64,3% de femmes. Proviennent de la Caroline du Nord et font partie du *Johnston County Osteoarthritis Project.* ** Suivi sur 5,9 ans (étendue 3,0-13,1 ans).	*Baseline* : 60,9 ± 10,0 ans.	*Incident* radiographique : apparition d'un grade KL ≥ 2, chez les genoux ayant plus tôt un grade KL de 0 ou 1. *Progressive* radiographique : Type 1) augmentation d'au moins 1 grade KL, chez ceux ayant un grade KL ≥ 1 au temps 1; Type 2) grade KL ≥ 2, et augmentation d'au moins un grade au suivi.	Inégalité de longueur déterminée avec l'aide d'un ruban à mesurer. Il est réputé y avoir inégalité si la différence entre les deux membres inférieurs est ≥ 2 cm.	Âge, IMC, sexe, ethnicité, blessures, chirurgie, fracture.	Les auteurs démontrent que l'inégalité de longueur des membres inférieurs n'a pas de rôle à jouer dans l'apparition de l'AG radiographique, mais qu'elle en a un dans la progression de la maladie (type 2 seulement).	HR 1,83 (1,10-3,05).	69
Études cas-témoins								

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Aucune								
Études transversales								
Aucune								

Proprioception

Auteurs	Population (sexe, région)	Âge, % pop. active	Caractérisation de l'AG	Caractérisation de l'exposition	Variables de contrôle	Résultats	Données chiffrées	Score de qualité
Études de cohorte								
Segal et al. (2010).	1) « Apparition de l'AG radio » (n=1390) : 588 hommes (42,3%), 802 femmes (57,7%). 2) « Apparition de l'AG gust » (n=1829) : 748 hommes (40,9%), 1081 femmes (59,1%). Ces personnes font partie de l'étude *MOST*, réalisée auprès d'adultes états-uniens de 50-79 ans ayant l'AG ou étant à haut risque de l'avoir. ** Suivi sur 2,5 ans.	1) Étude « apparition de l'AG radio » : âge = 61,2 ± 7,9 ans. 2) Étude « apparition de l'AG sympto » : âge = 62,2 ± 8,0 ans.	- AG radio : KL ≥ 2 - AG sympto. : KL ≥ 2 et de la douleur ou de la raideur fréquente	Exécution de 10 flexions du genou avec des angles différents, mesurés en clinique à l'aide d'un électrogoniomètre.	Âge, IMC, score d'activité physique, historique de chirurgie du genou ou de blessure.	Il n'y a pas de lien entre la proprioception et l'apparition de l'AG radiographique ou symptomatique.	Pas de données significatives	69
Études cas-témoins								
Aucune								
Études transversales								
Aucune								

2. ÉVALUATION DE LA QUALITÉ – FACTEURS DE RISQUE

Scores obtenus lors de l'évaluation de qualité pour les études de cohortes et les études de cas-témoins

Facteur de risque	Études (1er auteur)	Évaluation de qualité - Items																			Score	Score (%)
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19		
Âge	***Cohortes***																					
	Hochberg	1	s/o	1	s/o	0	1	s/o	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	12	69
	Nishimura	0	s/o	0	s/o	0	0	s/o	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	9	56
	Cas-témoins																					
	Vrezas	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	1	10	63
	Valdes	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	1	10	63
	Soeroso	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	1	10	69
	Hashikawa	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	0	0	9	50
Sexe	***Cohortes***																					
	Hochberg	1	s/o	1	s/o	0	1	s/o	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	12	69
	Nishimura	0	s/o	0	s/o	0	0	s/o	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	9	56
	Murphy	0	s/o	0	s/o	1	0	s/o	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	9	44
	Cas-témoins																					
	Valdes	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	1	10	63
	Soeroso	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	1	10	69
Ethnicité	***Cohortes***																					
	Murphy	0	s/o	0	s/o	1	0	s/o	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	9	44
Éducation	***Cohortes***																					
	Murphy	0	s/o	0	s/o	1	0	s/o	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	9	56

Facteur de risque	Études (1er auteur)	Évaluation de qualité - Items																			Score	Score (%)
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19		
Poids/obésité	***Cohortes***																					
	Wang	1	s/o	1	s/o	1	0	s/o	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	13	81
	Niu	1	s/o	0	s/o	1	1	s/o	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	13	81
	Lohmander	1	s/o	0	s/o	1	1	s/o	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	13	81
	Cooper	1	s/o	0	s/o	0	1	s/o	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	13	81
	Hochberg	1	s/o	1	s/o	0	1	s/o	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	12	75
	Felson	1	s/o	0	s/o	0	0	s/o	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	11	69
	Sowers	0	s/o	1	s/o	0	0	s/o	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	10	63
	Liu	0	s/o	0	s/o	0	0	s/o	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	10	63
	Nishimura	0	s/o	0	s/o	0	0	s/o	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	9	56
	Murphy	0	s/o	0	s/o	1	0	s/o	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	9	56
	Shiozaki	1	s/o	0	s/o	0	0	s/o	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	9	56
	Cas-témoins																					
	Dawson	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	1	12	75
	Holliday	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	1	11	69
	Sowers	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	0	11	69
	Franklin	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	1	11	69
	Yoshimura	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	0	11	69
	Yoshimura	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	0	11	69
	Manninen	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	1	11	69
	Vrezas	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	1	10	63
	Valdes	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	1	10	63
	Soeroso	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	1	10	63
	Wendelboe	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	1	10	63
	Coggon	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	0	10	63
	Cooper	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	0	10	63

Facteur de risque	Études (1er auteur)	Évaluation de qualité - Items																			Score	Score (%)
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19		
	Hashikawa	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	0	0	9	56
	Mounach	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	0	9	56
	Lau	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	0	8	50
	Kohatsu	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	0	0	8	50
Facteurs occupationnels	***Cohortes***																					
	Jarvholm	0	s/o	1	s/o	0	1	s/o	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	11	69
	Felson	0	s/o	1	s/o	0	0	s/o	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	11	69
	Cas-témoins																					
	Jensen	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	1	14	88
	Dawson	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	1	12	75
	Dahaghin	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	1	11	69
	Yoshimura	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	0	11	69
	Yoshimura	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	0	11	69
	Coggon	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	1	11	69
	Sandmark	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	1	11	69
	Franklin	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	1	10	69
	Vrezas	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	1	10	63
	Hashikawa	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	0	0	9	56
	Mounach	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	0	9	56
	Manninen	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	0	9	56
	Lau	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	0	8	50
	Kohatsu	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	0	0	8	50
Activité physique et loisirs	***Cohortes***																					
	Michaelsson	1	s/o	1	s/o	1	1	s/o	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	15	94
	McAlindon	1	s/o	1	s/o	1	1	s/o	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	15	94

Facteur de risque	Études (1er auteur)	Évaluation de qualité - Items																			Score	Score (%)
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19		
	Wang	1	s/o	1	s/o	1	1	s/o	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	14	88
	Cooper	1	s/o	0	s/o	0	1	s/o	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	13	81
	Felson	1	s/o	0	s/o	0	1	s/o	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	11	69
	Cas-témoins																					
	Manninen	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	1	12	75
	Imeokparia	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	1	12	75
	Dahaghin	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	1	11	69
	Sandmark	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	1	11	69
	Vrezas	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	1	10	63
	Lau	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	0	8	50
	Kohatsu	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	0	0	8	50
Tabagisme	***Cohortes***																					
	Felson	1	s/o	0	s/o	1	0	s/o	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	10	63
	Nishimura	0	s/o	0	s/o	0	0	s/o	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	9	56
	Cas-témoins																					
	Vrezas	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	1	10	63
	Soeroso	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	1	10	63
	Dawson	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	1	12	75
	Lau	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	0	8	50
Alimentation	***Cohortes***																					
	Wang	1	s/o	1	s/o	1	1	s/o	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	14	88
	McAlindon	1	s/o	0	s/o	0	1	s/o	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	12	75
	Bergink	1	s/o	0	s/o	1	0	s/o	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	11	69
	McAlindon	1	s/o	0	s/o	1	0	s/o	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	11	69
	Cas-témoins																					

Facteur de risque	Études (1er auteur)	Évaluation de qualité - Items																			Score	Score (%)
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19		
	Seki	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	1	13	81
	Hashikawa	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	0	0	9	56
Port de souliers à talon hauts	***Cas-témoins***																					
	Dawson	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	1	12	75
Hormones et historique reproductif	***Cohortes***																					
	Liu	1	s/o	1	s/o	1	1	s/o	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	15	94
	Zhang	1	s/o	0	s/o	1	0	s/o	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	11	69
	Schouten	1	s/o	0	s/o	0	0	s/o	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	10	63
	Sowers	0	s/o	0	s/o	0	0	s/o	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	9	56
	Fraenkel	1	s/o	0	s/o	0	0	s/o	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	9	56
	Cas-témoins																					
	Spector	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	1	15	94
Syndrome métabolique	***Cas-témoins***																					
	Sowers	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	0	11	69
	Soeroso	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	1	10	63
Facteurs biochimiques	***Cohortes***																					
	Schett	0	s/o	1	s/o	1	0	s/o	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	88
	Fayfman	1	s/o	1	s/o	0	0	s/o	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	12	75
	Reijman	1	s/o	1	s/o	1	1	s/o	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	15	94
	Livshits	0	s/0	1	s/o	0	1	s/o	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	11	69
	Cas-témoins																					
	Cibere	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	1	13	81

Facteur de risque	Études (1er auteur)	Évaluation de qualité - Items																			Score	Score (%)
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19		
Densité minérale osseuse	***Cohortes***																					
	Bergink	1	s/o	1	s/o	1	1	s/o	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	14	88
	Nevitt	1	s/o	1	s/o	1	1	s/o	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	13	81
	Hochberg	1	s/o	1	s/o	0	1	s/o	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	12	75
	Nishimura	0	s/o	0	s/o	0	0	s/o	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	9	56
Arthrose de la main	***Cohortes***																					
	Dahaghin	1	s/o	1	s/o	1	1	s/o	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	15	94
Prise d'AINS	***Cohortes***																					
	Reijman	1	s/o	1	s/o	0	0	s/o	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	12	75
Nœuds de Heberden	***Cohortes***																					
	Nishimura	0	s/o	0	s/o	0	0	s/o	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	9	56
Facteurs génétiques	***Cohortes***																					
	Valdes	0	s/o	0	s/o	1	1	s/o	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	11	69
	Cas-témoins																					
	Fan	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	0	0	10	63
	Xu	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	0	8	50
	Magana	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	1	11	69
	Valdes	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	1	9	56

Facteur de risque	Études (1er auteur)	Évaluation de qualité - Items																			Score	Score (%)
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19		
	Valdes_INV	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	1	10	63
	Riancho	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	0	7	44
	Cao	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	1	9	56
	Ni	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	0	0	8	50
	Tsezou	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	0	10	63
	Shi	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	0	10	63
	Poulou	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	1	11	69
	Snelling	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	0	0	7	44
	Kaliakatsos	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	0	10	63
	Smith	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	0	9	56
	Riyazi	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	1	9	56
	Mustafa	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	0	8	50
	Fytili	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	1	12	75
	Smith	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	0	9	56
	Jin	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	0	10	63
	Hong	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	0	9	56
	Ikeda	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	0	8	50
	Keen	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	1	12	75
	Jiang	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	0	9	56
	Valdes_ASS	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	1	10	63
	Valdes_REPR	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	0	8	50
Blessures / antécédents de blessures	***Cohortes***																					
	Cooper	1	s/o	0	s/o	0	1	s/o	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	13	81
	Koster	1	s/o	0	s/o	0	0	s/o	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	9	56

Facteur de risque	Études (1er auteur)	Évaluation de qualité - Items																			Score	Score (%)
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19		
	Murphy	0	s/o	0	s/o	1	0	s/o	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	9	56
	Cas-témoins																					
	Englund	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	s/o	s/o	s/o	1	1	1	13	81
	Yoshimura	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	0	11	69
	Yoshimura	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	0	11	69
	Soeroso	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	1	10	63
	Cooper	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	0	10	63
	Hashikawa	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	0	0	9	56
	Lau	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	0	8	50
	Kohatsu	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	0	0	8	50
Antécédents de chirurgie	***Cohortes***																					
	Oiestad	1	s/o	1	s/o	1	1	s/o	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	15	94
	Cas-témoins																					
	Cooper	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	0	10	63
Alignement	***Cohortes***																					
	Sharma	1	s/o	0	s/o	1	1	s/o	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	13	81
	Brouwer	1	s/o	0	s/o	0	1	s/o	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	81
	Cas-témoins																					
	Hunter	1	1	1	1	0	1	s/o	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	1	13	81
	McWilliams	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	1	10	63
	Soeroso	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	1	10	63
Taille	***Cohortes***																					
	Liu	0	s/o	0	s/o	0	0	s/o	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	10	63
	Cas-témoins																					
	Lau																					

Facteur de risque	Études (1er auteur)	Évaluation de qualité - Items																			Score	Score (%)
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19		
	Valdes_INV	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	s/o	s/o	s/o	1	1	1	10	63
Force des quadriceps	***Cohortes***																					
	Oiestad	1	s/o	1	s/o	1	1	s/o	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	15	94
	Segal	1	s/o	1	s/o	1	1	s/o	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	12	75
	Segal	1	s/o	1	s/o	0	1	s/o	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	11	69
Inégalité de la longueur des membres inférieurs	***Cohortes***																					
	Harvey	1	s/o	1	s/o	1	1	s/o	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	12	75
	Golightly	1	s/o	0	s/o	1	0	s/o	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	11	69
Lésions et œdème de la moelle osseuse	***Cohortes***																					
	Scher	1	s/o	1	s/o	0	1	s/o	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	12	75
	Koster	1	s/o	0	s/o	0	0	s/o	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	9	56
Proprioception	***Cohortes***																					
	Segal	1	s/o	1	s/o	0	1	s/o	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	11	69

1- Tous les scores ont été calculés sur 16 items.
2- Sans objet (s/o) : les items qui n'étaient pas incluent dans les catégories d'études.

3. RÉFÉRENCES DES ARTICLES PORTANT SUR LES FACTEURS DE RISQUE GÉNÉTIQUES

Études de cohorte

Valdes, A. M., Hart, D. J., Jones, K. A., Surdulescu, G., Swarbrick, P., Doyle, D. V., et al. (2004). Association study of candidate genes for the prevalence and progression of knee osteoarthritis. *Arthritis & Rheumatism,* 50(8), pp. 2497-2507.

Études cas-témoins

Fan, J., Shi, D., Dai, J., Zhu, L., Qin, J., Shao, Z., et al. (2011). Genetic polymorphism of PITX1 in susceptibility to knee osteoarthritis in a Chinese Han population: A case-control study. *Rheumatology International,* 31(5), pp. 629-633.

Xu, P., Yao, J. & Hou, W. (2010). Relationships between COL2A1 gene polymorphisms and knee osteoarthritis in Han Chinese women. *Molecular Biology Reports*, pp. 1-5.

Magaña, J. J., Gálvez-Rosas, A., González-Huerta, C., Duarte-Salazár, C., Lara-Alvarado, L., Soria-Bastida, M. A., et al. (2010). Association of the calcitonin gene (CA) polymorphism with osteoarthritis of the knee in a Mexican mestizo population. *Knee,* 17(2), pp. 157-160.

Valdes, A. M., Spector, T. D., Tamm, A., Kisand, K., Doherty, S. A., Dennison, E. M., et al. (2010). Genetic variation in the SMAD3 gene is associated with hip and knee osteoarthritis. *Arthritis and Rheumatism,* 62(8), pp. 2347-2352.

Valdes, A. M., McWilliams, D., Arden, N. K., Doherty, S. A., Wheeler, M., Muir, K. R., et al. (2010). Involvement of different risk factors in clinically severe large joint osteoarthritis according to the presence of hand interphalangeal nodes. *Arthritis & Rheumatism,* 62(9), pp. 2688-2695.

Riancho, J. A., García-Ibarbia, C., Gravani, A., Raine, E. V. A., Rodríguez-Fontenla, C., Soto-Hermida, A., et al. (2010). Common variations in estrogen-related genes are associated with severe large-joint osteoarthritis: A multicenter genetic and functional study. *Osteoarthritis and Cartilage,* 18(7), pp. 927-933.

Cao, Z., Lee, H. S., Song, J. H., Yoon, J. W., Park, Y. K., Nam, S. W., et al. (2010). Growth differentiation factor 5 (GDF5) core promoter polymorphism is not associated with susceptibility to osteoarthritis of the knee in the Korean population. *Korean Journal of Pathology,* 44(4), pp. 404-409.

Ni, H., Shi, D., Dai, J., Qin, J., Xu, Y., Zhu, L., et al. (2009). Genetic polymorphisms of interleukin-1β (-511C/T) and interleukin-1 receptor antagonist (86-bpVNTR) in susceptibility to

knee osteoarthritis in a Chinese Han population. *Rheumatology International,* 29(11), pp. 1301-1305.

Tsezou, A., Satra, M., Oikonomou, P., Bargiotas, K. & Malizos, K. N. (2008). The Growth Differentiation Factor 5 (GDF5) core promoter polymorphism is not associated with knee osteoarthritis in the greek population. *Journal of Orthopaedic Research,* 26(1), pp. 136-140.

Shi, D., Ni, H., Dai, J., Qin, J., Xu, Y., Zhu, L., et al. (2008). Lack of association between the CALM1 core promoter polymorphism (-16C/ T) and susceptibility to knee osteoarthritis in a Chinese Han population. *BMC Medical Genetics,* 9.

Poulou, M., Kaliakatsos, M., Tsezou, A., Kanavakis, E., Malizos, K. N. & Tzetis, M. (2008). Association of the CALM1 core promoter polymorphism with knee osteoarthritis in patients of Greek origin. *Genetic Testing,* 12(2), pp. 263-265.

Snelling, S., Sinsheimer, J. S. & Carr A., L. J. (2007). Genetic association analysis of LRCH1 as an osteoarthritis susceptibility locus. *Rheumatology (Oxford, England),* 46, pp. 250-252.

Kaliakatsos, M., Tzetis, M., Kanavakis, E., Fytili, P., Chouliaras, G., Karachalios, T., et al. (2006). Asporin and knee osteoarthritis in patients of Greek origin. *Osteoarthritis & Cartilage,* 14(6), pp. 609-611.

Smith, A. J. P., Gidley, J., Sandy, J. R., Perry, M. J., Kirwan, J. R., Spector, T. D., et al. (2005). Haplotypes of the low-density lipoprotein receptor-related protein 5 (LRP5) gene: Are they a risk factor in osteoarthritis? *Osteoarthritis and Cartilage,* 13(7), pp. 608-613.

Riyazi, N., Slagboom, E., De Craen, A. J. M., Meulenbelt, I., Houwing-Duistermaat, J. J., Kroon, H. M., et al. (2005). Association of the risk of osteoarthritis with high innate production of interleukin-1β and low innate production of interleukin-10 ex vivo, upon lipopolysaccharide stimulation. *Arthritis and Rheumatism,* 52(5), pp. 1443-1450.

Mustafa, Z., Dowling, B., Chapman, K., Sinsheimer, J. S., Carr, A. & Loughlin, J. (2005). Investigating the aspartic acid (D) repeat of asporin as a risk factor for osteoarthritis in a UK Caucasian population. *Arthritis and Rheumatism,* 52(11), pp. 3502-3506.

Fytili, P., Giannatou, E., Papanikolaou, V., Stripeli, F., Karachalios, T., Malizos, K., et al. (2005). Association of repeat polymorphisms in the estrogen receptors alpha, beta, and androgen receptor genes with knee osteoarthritis. *Clinical Genetics,* 68(3), pp. 268-277.

Smith, A. J. P., Keen, L. J., Billingham, M. J., Perry, M. J., Elson, C. J., Kirwan, J. R., et al. (2004). Extended haplotypes and linkage disequilibrium in the IL1R1-IL1A-IL1B-IL1RN gene cluster: association with knee osteoarthritis. *Genes & Immunity,* 5(6), pp. 451-460.

Jin, S.-Y., Hong, S.-J., Yang, H. I., Park, S.-d., Yoo, M.-C., Lee, H. J., et al. (2004). Estrogen receptor-alpha gene haplotype is associated with primary knee osteoarthritis in Korean population. *Arthritis Research & Therapy,* 6(5), pp. R415-421.

Hong, S. J., Yang, H. I., Yoo, M. C., In, C. S., Yim, S. V., Jin, S. Y., et al. (2003). Angiotensin converting enzyme gene polymorphism in Korean patients with primary knee osteoarthritis. *Experimental and Molecular Medicine,* 35(3), pp. 189-195.

Ikeda, T., Mabuchi, A., Fukuda, A., Kawakami, A., Ryo, Y., Yamamoto, S., et al. (2002). Association analysis of single nucleotide polymorphisms in cartilage-specific collagen genes with knee and hip osteoarthritis in the Japanese population. *Journal of Bone & Mineral Research,* 17(7), pp. 1290-1296.

Keen, R. W., Hart, D. J., Lanchbury, J. S. & Spector, T. D. (1997). Association of early osteoarthritis of the knee with a Taq I polymorphism of the vitamin D receptor gene. *Arthritis & Rheumatism,* 40(8), pp. 1444-1449.

Jiang, Q., Shi, D., Nakajima, M., Dai, J., Wei, J., Malizos, K. N., et al. (2008). Lack of association of single nucleotide polymorphism in LRCH1 with knee osteoarthritis susceptibility. *Journal of Human Genetics,* 53(1), pp. 42-47.

Valdes, A. M., Hart, D. J., Jones, K. A., Surdulescu, G., Swarbrick, P., Doyle, D. V., et al. (2004). Association study of candidate genes for the prevalence and progression of knee osteoarthritis. *Arthritis & Rheumatism,* 50(8), pp. 2497-2507.

Études transversales

Uitterlinden, A. G., Burger, H., Huang, Q., Odding, E., Duijn, C. M., Hofman, A., et al. (1997). Vitamin D receptor genotype is associated with radiographic osteoarthritis at the knee. *Journal of Clinical Investigation,* 100(2), pp. 259-263.

Vaes, R. B. A., Rivadeneira, F., Kerkhof, J. M., Hofman, A., Pols, H. A. P., Uitterlinden, A. G., et al. (2009). Genetic variation in the GDF5 region is associated with osteoarthritis, height, hip axis length and fracture risk: The Rotterdam study. *Annals of the Rheumatic Diseases,* 68(11), pp. 1754-1760.

Bergink, A. P., van Meurs, J. B., Loughlin, J., Arp, P. P., Fang, Y., Hofman, A., et al. (2003). Estrogen receptor alpha gene haplotype is associated with radiographic osteoarthritis of the knee in elderly men and women. *Arthritis & Rheumatism,* 48(7), pp. 1913-1922.

4. ARTICLES REJETÉS – FACTEURS DE RISQUE

Facteurs de risque liés aux habitudes de vie et aux caractéristiques sociodémographiques

Âge

Motif de rejet: Le devis ne répondait pas à nos critères (éditorial, revue de la littérature, etc.) (n=16)

1. Acheson, R. (1982). Epidemiology and the arthritides. *Annals of the Rheumatic Diseases, 41*, 325-334
2. Arden, N., & Nevitt, M. C. (2006). Osteoarthritis: Epidemiology. *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology, 20*(1), 3-25
3. Corti, M. C., & Rigon, C. (2003). Epidemiology of osteoarthritis: prevalence, risk factors and functional impact. *Aging Clinical and Experimental Research, 15*, 359-363
4. D'Ambrosia, R. D. (2005). Epidemiology of osteoarthritis. *Orthopedics, 28*(2 Suppl), s201-205
5. Felson, D. T. (2004). An update on the pathogenesis and epidemiology of osteoarthritis. *Radiologic Clinics of North America, 42*(1), 1-9
6. Felson, D. T., & Zhang, Y. (1998). An update on the epidemiology of knee and hip osteoarthritis with a view to prevention. *Arthritis and Rheumatism, 41*(8), 1343-1355
7. Forman, M. D., Kaplan, D. A., Muller Ch, F., & Kaya Alp, O. (1982). The epidemiology of osteoarthritis of the knee. *Rhumatologie, 34*(1), 41-46
8. Garstang, S. V., & Stitik, T. P. (2006). Osteoarthritis: Epidemiology, risk factors, and pathophysiology. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation, 85*(11 SUPPL.), S2-S12
9. Gross, K. D., & Hunter, D. J. (2006). Osteoarthritis of the knee. *Geriatrics and Aging, 9*(8), 526-534
10. Issa, S. N., & Sharma, L. (2006). Epidemiology of osteoarthritis: An update. *Current Rheumatology Reports, 8*(1), 7-15
11. Lane, N. E., Michel, B., Bjorkengren, A., Oehlert, J., Shi, H., Bloch, D. A., & Fries, J. F. (1993). The risk of osteoarthritis with running and aging: a 5-year longitudinal study. *Journal of Rheumatology, 20*(3), 461-468
12. Loeser R.F, Jr. (2000). Aging and the etiopathogenesis and treatment of osteoarthritis. *Rheumatic Disease Clinics of North America, 26*(3), 547-567
13. March, L. M., & Bagga, H. (2004). Epidemiology of osteoarthritis in Australia. *Medical Journal of Australia, 180*(5 Suppl), S6-10
14. Messier, S. P. (1994). Osteoarthritis of the knee and associated factors of age and obesity: Effects on gait. *Medicine and Science in Sports and Exercise, 26*(12), 1446-1452
15. Neame, R., & Doherty, M. (2005). Osteoarthritis update. *Clinical Medicine, Journal of the Royal College of Physicians of London, 5*(3), 207-210
16. Petersson, I. F., & Jacobsson, L. T. (2002). Osteoarthritis of the peripheral joints. *Best Practice & Research in Clinical Rheumatology, 16*(5), 741-760

Motif de rejet: Caractérisation de l'AG non satisfaisante (auto-rapportée, manifestation de la maladie étudiée, etc.) (n=6)

17. Katz, B. P., Freund, D. A., Heck, D. A., Dittus, R. S., Paul, J. E., Wright, J., Coyte, P., Holleman, E., & Hawker, G. (1996). Demographic variation in the rate of knee replacement: A multi-year analysis. *Health Services Research, 31*(2), 125-140
18. Mazzuca, S. A., Brandt, K. D., Katz, B. P., Ding, Y., Lane, K. A., & Buckwalter, K. A. (2006). Risk factors for progression of tibiofemoral osteoarthritis: an analysis based on fluoroscopically standardised knee radiography. *Annals of the Rheumatic Diseases, 65*(4), 515-519

19. Mazzuca, S. A., Brandt, K. D., Katz, B. P., Ding, Y., Lane, K. A., & Buckwalter, K. A. (2007). Risk factors for early radiographic changes of tibiofemoral osteoarthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases, 66*(3), 394-399
20. McAlindon, T., Zhang, Y., Hannan, M., Naimark, A., Weissman, B., Castelli, W., & Felson, D. (1996). Are Risk Factors for Patellofemoral and Tibiofemoral Knee Osteoarthritis Different? *Journal of Rheumatology, 23*(2), 332-
21. Szoeke, C. E. I., Cicuttini, F. M., Guthrie, J. R., Clark, M. S., & Dennerstein, L. (2006). Factors affecting the prevalence of osteoarthritis in healthy middle-aged women: data from the longitudinal Melbourne Women's Midlife Health Project. *Bone, 39*(5), 1149-1155
22. Tangtrakulwanich, B., Geater, A. F., & Chongsuvivatwong, V. (2006). Prevalence, patterns, and risk factors of knee osteoarthritis in Thai monks. *Journal of Orthopaedic Science, 11*(5), 439-445

Motif de rejet : Étude non analytique (pas de *odds ratio* ou de calcul de risque relatif; on ne parle que d'associations) (n = 4)

23. Englund, M., & Lohmander, L. S. (2004). Risk factors for symptomatic knee osteoarthritis fifteen to twenty-two years after meniscectomy. *Arthritis & Rheumatism, 50*(9), 2811-2819
24. Keays, S. L., Newcombe, P. A., Bullock-Saxton, J. E., Bullock, M. I., & Keays, A. C. (2010). Factors involved in the development of osteoarthritis after anterior cruciate ligament surgery. *American Journal of Sports Medicine, 38*(3), 455-463
25. Lethbridge-Cejku, M., Tobin, J. D., Scott Jr, W. W., Reichle, R., Plato, C. C., & Hochberg, M. C. (1994). The relationship of age and gender to prevalence and pattern of radiographic changes of osteoarthritis of the knee: Data from caucasian participants in the Baltimore Longitudinal Study of Aging. *Aging - Clinical and Experimental Research, 6*(5), 353-357
26. Shiozaki, H., Koga, Y., Omori, G., Yamamoto, G., & Takahashi, H. E. (1999). Epidemiology of osteoarthritis of the knee in a rural Japanese population. *The Knee, 6*(3), 183-188

<u>Sexe</u>

Motif de rejet: Le devis ne répondait pas à nos critères (éditorial, revue de la littérature, etc.) (n=23)

1. Acheson, R. (1982). Epidemiology and the arthritides. *Annals of the Rheumatic Diseases, 41*, 325-334
2. Arden, N., & Nevitt, M. C. (2006). Osteoarthritis: Epidemiology. *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology, 20*(1), 3-25
3. Bierma-Zeinstra, S. M. A., & Koes, B. W. (2007). Risk factors and prognostic factors of hip and knee osteoarthritis. *Nature Clinical Practice Rheumatology, 3*(2), 78-85
4. Cheung, P. P., Gossec, L., & Dougados, M. (2010). What are the best markers for disease progression in osteoarthritis (OA)? *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology, 24*(1), 81-92
5. Cohen De Lara, A., & Auquier, L. (1982). Factors of prognostic value in osteoarthrosis of the knee. *Rheumatologie, 34*(2), 87-91
6. Corti, M. C., & Rigon, C. (2003). Epidemiology of osteoarthritis: prevalence, risk factors and functional impact. *Aging Clinical and Experimental Research, 15*, 359-363
7. D'Ambrosia, R. D. (2005). Epidemiology of osteoarthritis. *Orthopedics, 28*(2 Suppl), s201-205
8. Das, S. K., & Farooqi, A. (2008). Osteoarthritis. *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology, 22*(4), 657-675
9. Felson, D. T. (2004). An update on the pathogenesis and epidemiology of osteoarthritis. *Radiologic Clinics of North America, 42*(1), 1-9
10. Felson, D. T., & Zhang, Y. (1998). An update on the epidemiology of knee and hip osteoarthritis with a view to prevention. *Arthritis and Rheumatism, 41*(8), 1343-1355
11. Forman, M. D., Kaplan, D. A., Muller Ch, F., & Kaya Alp, O. (1982). The epidemiology of osteoarthritis of the knee. *Rhumatologie, 34*(1), 41-46

12. Fransen, M., Bridgett, L., March, L., Hoy, D., Penserga, E., & Brooks, P. (2011). The epidemiology of osteoarthritis in Asia. *International Journal of Rheumatic Diseases, 14*(2), 113-121
13. Garstang, S. V., & Stitik, T. P. (2006). Osteoarthritis: Epidemiology, risk factors, and pathophysiology. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation, 85*(11 SUPPL.), S2-S12
14. Gross, K. D., & Hunter, D. J. (2006). Osteoarthritis of the knee. *Geriatrics and Aging, 9*(8), 526-534
15. March, L. M., & Bagga, H. (2004). Epidemiology of osteoarthritis in Australia. *Medical Journal of Australia, 180*(5 Suppl), S6-10
16. Moskowitz, R. W. (1987). Primary osteoarthritis: Epidemiology, clinical aspects, and general management. *American Journal of Medicine, 83*(5 A), 5-10
17. Neame, R., & Doherty, M. (2005). Osteoarthritis update. *Clinical Medicine, Journal of the Royal College of Physicians of London, 5*(3), 207-210
18. O'Connor, M. I. (2006). Osteoarthritis of the Hip and Knee: Sex and Gender Differences. *Orthopedic Clinics of North America, 37*(4), 559-568
19. O'Connor, M. I. (2007). Sex differences in osteoarthritis of the hip and knee. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons, 15*(SUPPL. 1), S22-S25
20. Petersson, I. F., & Jacobsson, L. T. (2002). Osteoarthritis of the peripheral joints. *Best Practice & Research in Clinical Rheumatology, 16*(5), 741-760
21. Teichtahl, A. J., Wluka, A. E., Proietto, J., & Cicuttini, F. M. (2005). Obesity and the female sex, risk factors for knee osteoarthritis that may be attributable to systemic or local leptin biosynthesis and its cellular effects. *Medical Hypotheses, 65*(2), 312-315
22. Williams, F. M. K., & Spector, T. D. (2006). Osteoarthritis. *Medicine, 34*(9), 364-368
23. Zhang, Y., & Jordan, J. M. (2010). Epidemiology of osteoarthritis. *Clinics in Geriatric Medicine, 26*(3), 355-369

Motif de rejet: Caractérisation de l'AG non satisfaisante (auto-rapportée, manifestation de la maladie étudiée, etc.) (n=6)

24. Hanna, F. S., Teichtahl, A. J., Wluka, A. E., Wang, Y., Urquhart, D. M., English, D. R., Giles, G. G., & Cicuttini, F. M. (2009). Women have increased rates of cartilage loss and progression of cartilage defects at the knee than men: A gender study of adults without clinical knee osteoarthritis. *Menopause, 16*(4), 666-670
25. Katz, B. P., Freund, D. A., Heck, D. A., Dittus, R. S., Paul, J. E., Wright, J., Coyte, P., Holleman, E., & Hawker, G. (1996). Demographic variation in the rate of knee replacement: A multi-year analysis. *Health Services Research, 31*(2), 125-140
26. Mazzuca, S. A., Brandt, K. D., Katz, B. P., Ding, Y., Lane, K. A., & Buckwalter, K. A. (2006). Risk factors for progression of tibiofemoral osteoarthritis: an analysis based on fluoroscopically standardised knee radiography. *Annals of the Rheumatic Diseases, 65*(4), 515-519
27. Mazzuca, S. A., Brandt, K. D., Katz, B. P., Ding, Y., Lane, K. A., & Buckwalter, K. A. (2007). Risk factors for early radiographic changes of tibiofemoral osteoarthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases, 66*(3), 394-399
28. McAlindon, T., Zhang, Y., Hannan, M., Naimark, A., Weissman, B., Castelli, W., & Felson, D. (1996). Are Risk Factors for Patellofemoral and Tibiofemoral Knee Osteoarthritis Different? *Journal of Rheumatology, 23*(2), 332-
29. Mijiyawa, M., & Ekoue, K. (1993). Osteoarthritis of limbs in hospital practice in Lomé (Togo). *Revue du Rhumatisme (Édition française), 60*(7-8), 514-517

Motif de rejet : Étude non analytique (pas de *odds ratio* ou de calcul de risque relatif; on ne parle que d'associations) (n = 32)

30. Englund, M., & Lohmander, L. S. (2004). Risk factors for symptomatic knee osteoarthritis fifteen to twenty-two years after meniscectomy. *Arthritis & Rheumatism, 50*(9), 2811-2819

31. Lethbridge-Cejku, M., Tobin, J. D., Scott Jr, W. W., Reichle, R., Plato, C. C., & Hochberg, M. C. (1994). The relationship of age and gender to prevalence and pattern of radiographic changes of osteoarthritis of the knee: Data from caucasian participants in the Baltimore Longitudinal Study of Aging. *Aging - Clinical and Experimental Research, 6*(5), 353-357
32. Shiozaki, H., Koga, Y., Omori, G., Yamamoto, G., & Takahashi, H. E. (1999). Epidemiology of osteoarthritis of the knee in a rural Japanese population. *The Knee, 6*(3), 183-188

Ethnicité

Motif de rejet: Le devis ne répondait pas à nos critères (éditorial, revue de la littérature, etc.) (n=11)

1. Arden, N., & Nevitt, M. C. (2006). Osteoarthritis: Epidemiology. *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology, 20*(1), 3-25
2. Das, S. K., & Farooqi, A. (2008). Osteoarthritis. *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology, 22*(4), 657-675
3. Felson, D. T., & Zhang, Y. (1998). An update on the epidemiology of knee and hip osteoarthritis with a view to prevention. *Arthritis and Rheumatism, 41*(8), 1343-1355
4. Garstang, S. V., & Stitik, T. P. (2006). Osteoarthritis: Epidemiology, risk factors, and pathophysiology. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation, 85*(11 SUPPL.), S2-S12
5. Gross, K. D., & Hunter, D. J. (2006). Osteoarthritis of the knee. *Geriatrics and Aging, 9*(8), 526-534
6. March, L. M., & Bagga, H. (2004). Epidemiology of osteoarthritis in Australia. *Medical Journal of Australia, 180*(5 Suppl), S6-10
7. Moskowitz, R. W. (1987). Primary osteoarthritis: Epidemiology, clinical aspects, and general management. *American Journal of Medicine, 83*(5 A), 5-10
8. Omori, G. (2005). Epidemiology of knee osteoarthritis. *Acta Medica et Biologica, 53*(1), 1-11
9. Williams, F. M. K., & Spector, T. D. (2006). Osteoarthritis. *Medicine, 34*(9), 364-368
10. Zhang, Y., & Jordan, J. M. (2008). Epidemiology of osteoarthritis. *Rheumatic Diseases Clinics of North America, 34*(3), 515-529
11. Zhang, Y., & Jordan, J. M. (2010). Epidemiology of osteoarthritis. *Clinics in Geriatric Medicine, 26*(3), 355-369

Motif de rejet: Caractérisation de l'AG non satisfaisante (auto-rapportée, manifestation de la maladie étudiée, etc.) (n=5)

12. Braga, L., Renner, J. B., Schwartz, T. A., Woodard, J., Helmick, C. G., Hochberg, M. C., & Jordan, J. M. (2009). Differences in radiographic features of knee osteoarthritis in African-Americans and Caucasians: the Johnston County Osteoarthritis Project. *Osteoarthritis & Cartilage, 17*(12), 1554-1561
13. Katz, B. P., Freund, D. A., Heck, D. A., Dittus, R. S., Paul, J. E., Wright, J., Coyte, P., Holleman, E., & Hawker, G. (1996). Demographic variation in the rate of knee replacement: A multi-year analysis. *Health Services Research, 31*(2), 125-140
14. Mazzuca, S. A., Brandt, K. D., Katz, B. P., Ding, Y., Lane, K. A., & Buckwalter, K. A. (2006). Risk factors for progression of tibiofemoral osteoarthritis: an analysis based on fluoroscopically standardised knee radiography. *Annals of the Rheumatic Diseases, 65*(4), 515-519
15. Mazzuca, S. A., Brandt, K. D., Katz, B. P., Ding, Y., Lane, K. A., & Buckwalter, K. A. (2007). Risk factors for early radiographic changes of tibiofemoral osteoarthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases, 66*(3), 394-399
16. Wluka, A. E. (2009). Ethnicity may be a risk modifier for knee osteoarthritis. *International Journal of Clinical Rheumatology, 4*(1), 29-32

Poids/obésité

Motif de rejet: Le devis ne répondait pas à nos critères (éditorial, revue de la littérature, etc.) (n=43)

1. Acheson, R. (1982). Epidemiology and the arthritides. *Annals of the Rheumatic Diseases, 41*, 325-334
2. Amin, A. K., Sales, J. D., & Brenkel, I. J. (2006). Obesity and total knee and hip replacement. *Current Orthopaedics, 20*(3), 216-221
3. Arden, N., & Nevitt, M. C. (2006). Osteoarthritis: Epidemiology. *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology, 20*(1), 3-25
4. Bierma-Zeinstra, S. M. A., & Koes, B. W. (2007). Risk factors and prognostic factors of hip and knee osteoarthritis. *Nature Clinical Practice Rheumatology, 3*(2), 78-85
5. Cheung, P. P., Gossec, L., & Dougados, M. (2010). What are the best markers for disease progression in osteoarthritis (OA)? *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology, 24*(1), 81-92
6. Cibere, J., Zhang, H., Thorne, A., Wong, H., Singer, J., Kopec, J. A., Guermazi, A., Peterfy, C., Nicolaou, S., Munk, P. L., & Esdaile, J. M. (2010). Association of clinical findings with pre-radiographic and radiographic knee osteoarthritis in a population-based study. *Arthritis care & research, 62*(12), 1691-1698
7. Cimmino, M. A., & Parodi, M. (2004). Risk factors for osteoarthritis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism, 34*(2 SUPPL.), 29-34
8. Cohen De Lara, A., & Auquier, L. (1982). Factors of prognostic value in osteoarthrosis of the knee. *Rheumatologie, 34*(2), 87-91
9. Corti, M. C. R. C. (2003). Epidemiology of osteoarthritis: prevalence, risk factors and functional impact. *Aging Clinical and Experimental Research, 15*, 359-363
10. Das, S. K., & Farooqi, A. (2008). Osteoarthritis. *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology, 22*(4), 657-675
11. Englund, M. (2004). Meniscal tear - A feature of osteoarthritis. *Acta Orthopaedica Scandinavica, Supplement, 75*(312), i-45
12. Englund, M. (2010). The role of biomechanics in the initiation and progression of OA of the knee. *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology, 24*(1), 39-46
13. Felson, D. T. (1991). The epidemiology of knee osteoarthritis: Results from the Framingham Osteoarthritis study. *Seminars in Arthritis and Rheumatism, 20*(3 SUPPL. 1), 42-50
14. Felson, D. T. (2004). Obesity and Vocational and Avocational Overload of the Joint as Risk Factors for Osteoarthritis. *Journal of Rheumatology, 31*(SUPPL. 70), 2-5
15. Felson, D. T. (2004). An update on the pathogenesis and epidemiology of osteoarthritis. *Radiologic Clinics of North America, 42*(1), 1-9
16. Felson, D. T., & Chaisson, C. E. (1997). Understanding the relationship between body weight and osteoarthritis. *Bailliere's Clinical Rheumatology, 11*(4), 671-681
17. Felson, D. T., & Zhang, Y. (1998). An update on the epidemiology of knee and hip osteoarthritis with a view to prevention. *Arthritis and Rheumatism, 41*(8), 1343-1355
18. Fransen, M., Bridgett, L., March, L., Hoy, D., Penserga, E., & Brooks, P. (2011). The epidemiology of osteoarthritis in Asia. *International Journal of Rheumatic Diseases, 14*(2), 113-121
19. Garstang, S. V., & Stitik, T. P. (2006). Osteoarthritis: Epidemiology, risk factors, and pathophysiology. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation, 85*(11 SUPPL.), S2-S12
20. Glimet, T., Masse, J. P., & Kuntz, D. (1990). Obesity and degenerative knee arthritis. *Revue du Rhumatisme et des Maladies Osteo-Articulaires 57*(3), 207-209
21. Haq, S. A., & Davatchi, F. (2011). Osteoarthritis of the knees in the COPCORD world. *International Journal of Rheumatic Diseases, 14*(2), 122-129
22. Hunter, D. J., March, L., & Sambrook, P. N. (2002). Knee osteoarthritis: The influence of environmental factors. *Clinical and Experimental Rheumatology, 20*(1), 93-100

23. Issa, S. N., & Sharma, L. (2006). Epidemiology of osteoarthritis: An update. *Current Rheumatology Reports, 8*(1), 7-15
24. Lachance, L., Sowers, M., Jamadar, D., & Hochberg, M. (2002). The natural history of emergent osteoarthritis of the knee in women. *Osteoarthritis and Cartilage, 10*(11), 849-854.
25. Lementowski, P. W., & Zelicof, S. B. (2008). Obesity and osteoarthritis. *American journal of orthopedics (Belle Mead, N.J.), 37*(3), 148-151
26. Lohmander, L. S., & Felson, D. (2004). Can we identify a 'high risk' patient profile to determine who will experience rapid progression of osteoarthritis? *Osteoarthritis and Cartilage, 12*(SUPLL.), S49-S52
27. Magliano, M. (2008). Obesity and arthritis. *Menopause International, 14*(4), 149-154
28. March, L. M., & Bagga, H. (2004). Epidemiology of osteoarthritis in Australia. *Medical Journal of Australia, 180*(5 Suppl), S6-10
29. Messier, S. P. (1994). Osteoarthritis of the knee and associated factors of age and obesity: Effects on gait. *Medicine and Science in Sports and Exercise, 26*(12), 1446-1452
30. Messier, S. P. (2008). Obesity and osteoarthritis: disease genesis and nonpharmacologic weight management. *Rheumatic Diseases Clinics of North America, 34*(3), 713-729
31. Moskowitz, R. W. (1987). Primary osteoarthritis: Epidemiology, clinical aspects, and general management. *American Journal of Medicine, 83*(5 A), 5-10
32. Neame, R., & Doherty, M. (2005). Osteoarthritis update. *Clinical Medicine, Journal of the Royal College of Physicians of London, 5*(3), 207-210
33. Neogi, T., & Zhang, Y. (2011). Osteoarthritis prevention. *Current Opinion in Rheumatology, 23*(2), 185-191
34. O'Connor, M. I. (2006). Osteoarthritis of the Hip and Knee: Sex and Gender Differences. *Orthopedic Clinics of North America, 37*(4), 559-568
35. Omori, G. (2005). Epidemiology of knee osteoarthritis. *Acta Medica et Biologica, 53*(1), 1-11
36. Sharma, L., Kapoor, D., & Issa, S. (2006). Epidemiology of osteoarthritis: An update. *Current Opinion in Rheumatology, 18*(2), 147-156
37. Slemenda, C. W. (1992). The epidemiology of osteoarthritis of the knee. *Current Opinion in Rheumatology, 4*(4), 546-551
38. Sowers, M. (2001). Epidemiology of risk factors for osteoarthritis: systemic factors. *Current Opinion in Rheumatology, 13*(5), 447-451
39. Teichtahl, A. J., Wang, Y., Wluka, A. E., & Cicuttini, F. M. (2008). Obesity and knee osteoarthritis: New insights provided by body composition studies. *Obesity, 16*(2), 232-240
40. Teichtahl, A. J., Wluka, A. E., Proietto, J., & Cicuttini, F. M. (2005). Obesity and the female sex, risk factors for knee osteoarthritis that may be attributable to systemic or local leptin biosynthesis and its cellular effects. *Medical Hypotheses, 65*(2), 312-315
41. Williams, F. M. K., & Spector, T. D. (2006). Osteoarthritis. *Medicine, 34*(9), 364-368
42. Zhang, Y., & Jordan, J. M. (2008). Epidemiology of osteoarthritis. *Rheumatic Diseases Clinics of North America, 34*(3), 515-529
43. Zhang, Y., & Jordan, J. M. (2010). Epidemiology of osteoarthritis. *Clinics in Geriatric Medicine, 26*(3), 355-369

Motif de rejet: Caractérisation de l'AG non satisfaisante (auto-rapportée, manifestation de la maladie étudiée, etc.) (n=21)

44. Cicuttini, F. M., Baker, J. R., & Spector, T. D. (1996). The Association of Obesity with Osteoarthritis of the Hand and Knee in Women: A Twin Study. *Journal of Rheumatology, 23*(7), 1221-1226
45. Cicuttini, F. M., Spector, T., & Baker, J. (1997). Risk factors for osteoarthritis in the tibiofemoral and patellofemoral joints of the knee. *Journal of Rheumatology, 24*(6), 1164-1167
46. Davis, M. A., Ettinger, W. H., & Neuhaus, J. M. (1988). The role of metabolic factors and blood pressure in the association of obesity with osteoarthritis of the knee. *Journal of Rheumatology, 15*(12), 1827-1832

47. Felson, D. T., Goggins, J., Niu, J., Zhang, Y., & Hunter, D. J. (2004). The effect of body weight on progression of knee osteoarthritis is dependent on alignment. *Arthritis and Rheumatism, 50*(12), 3904-3909
48. Felson, D. T., Zhang, Y., Anthony, J. M., Naimark, A., & Anderson, J. J. (1992). Weight loss reduces the risk for symptomatic knee osteoarthritis in women. The Framingham Study. *Annals of Internal Medicine, 116*(7), 535-539
49. Gelber, A. C., Hochberg, M. C., Mead, L. A., Wang, N. Y., Wigley, F. M., & Klag, M. J. (1999). Body mass index in young men and the risk of subsequent knee and hip osteoarthritis. *American Journal of Medicine, 107*(6), 542-548
50. Grotle, M., Hagen, K. B., Natvig, B., Dahl, F. A., & Kvien, T. K. (2008). Obesity and osteoarthritis in knee, hip and/or hand: an epidemiological study in the general population with 10 years follow-up. *Bmc Musculoskeletal Disorders, 9*, 132
51. Hart, D. J., Doyle, D. V., & Spector, T. D. (1999). Incidence and risk factors for radiographic knee osteoarthritis in middle-aged women: the Chingford Study. *Arthritis & Rheumatism, 42*(1), 17-24
52. Hartz, A. J., Fischer, M. E., & Bril, G. (1986). The association of obesity with joint pain and osteoarthritis in the HANES data. *Journal of Chronic Diseases, 39*(4), 311-319
53. Ismail, A. I., Al-Abdulwahab, A. H., & Al-Mulhim, A. S. (2006). Osteoarthritis of knees and obesity in Eastern Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal, 27*(11), 1742-1744
54. Le Graverand, M. P. H., Brandt, K., Mazzuca, S. A., Raunig, D., & Vignon, E. (2009). Progressive increase in body mass index is not associated with a progressive increase in joint space narrowing in obese women with osteoarthritis of the knee. *Annals of the Rheumatic Diseases, 68*(11), 1734-1738
55. Mazzuca, S. A., Brandt, K. D., Katz, B. P., Ding, Y., Lane, K. A., & Buckwalter, K. A. (2006). Risk factors for progression of tibiofemoral osteoarthritis: an analysis based on fluoroscopically standardised knee radiography. *Annals of the Rheumatic Diseases, 65*(4), 515-519
56. Mazzuca, S. A., Brandt, K. D., Katz, B. P., Ding, Y., Lane, K. A., & Buckwalter, K. A. (2007). Risk factors for early radiographic changes of tibiofemoral osteoarthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases, 66*(3), 394-399
57. McAlindon, T., Zhang, Y., Hannan, M., Naimark, A., Weissman, B., Castelli, W., & Felson, D. (1996). Are Risk Factors for Patellofemoral and Tibiofemoral Knee Osteoarthritis Different? *Journal of Rheumatology, 23*(2), 332-
58. Mijiyawa, M., & Ekoue, K. (1993). Osteoarthritis of limbs in hospital practice in Lomé (Togo). *Les arthroses des membres en consultation hospitalière à Lomé (Togo). 60*(7-8), 514-517
59. Oliveria, S. A., Felson, D. T., Cirillo, P. A., Reed, J. I., & Walker, A. M. (1999). Body weight, body mass index, and incident symptomatic osteoarthritis of the hand, hip, and knee. *Epidemiology, 10*(2), 161-166
60. Sandmark, H. (2000). Musculoskeletal dysfunction in physical education teachers. *Occupational & Environmental Medicine, 57*(10), 673-677
61. Szoeke, C. E. I., Cicuttini, F. M., Guthrie, J. R., Clark, M. S., & Dennerstein, L. (2006). Factors affecting the prevalence of osteoarthritis in healthy middle-aged women: data from the longitudinal Melbourne Women's Midlife Health Project. *Bone, 39*(5), 1149-1155
62. Tangtrakulwanich, B., Geater, A. F., & Chongsuvivatwong, V. (2006). Prevalence, patterns, and risk factors of knee osteoarthritis in Thai monks. *Journal of Orthopaedic Science, 11*(5), 439-445
63. Toivanen, A. T., Heliövaara, M., Impivaara, O., Arokoski, J. P., Knekt, P., Lauren, H., & Kröger, H. (2010). Obesity, physically demanding work and traumatic knee injury are major risk factors for knee osteoarthritis--a population-based study with a follow-up of 22 years. *Rheumatology (Oxford, England), 49*, 308-314
64. Wolfe, F., & Lane, N. E. (2002). The longterm outcome of osteoarthritis: rates and predictors of joint space narrowing in symptomatic patients with knee osteoarthritis. *Journal of Rheumatology, 29*(1), 139-146

Motif de rejet : Étude non analytique (pas de *odds ratio* ou de calcul de risque relatif; on ne parle que d'associations) (n = 4)

65. Antoniades, L., MacGregor, A. J., Andrew, T., & Spector, T. D. (2003). Association of birth weight with osteoporosis and osteoarthritis in adult twins. *Rheumatology, 42*(6), 791-796
66. Englund, M., & Lohmander, L. S. (2004). Risk factors for symptomatic knee osteoarthritis fifteen to twenty-two years after meniscectomy. *Arthritis & Rheumatism, 50*(9), 2811-2819
67. Shiozaki, H., Koga, Y., Omori, G., Yamamoto, G., & Takahashi, H. E. (1999). Epidemiology of osteoarthritis of the knee in a rural Japanese population. *The Knee, 6*(3), 183-188
68. Spector, T. D., Hart, D. J., & Doyle, D. V. (1994). Incidence and progression of osteoarthritis in women with unilateral knee disease in the general population: the effect of obesity. *Annals of the Rheumatic Diseases, 53*(9), 565-568

<u>Facteurs occupationnels</u>

Motif de rejet: Le devis ne répondait pas à nos critères (éditorial, revue de la littérature, etc.) (n=28)

1. Aluoch, M. A., & Wao, H. O. (2009). Risk factors for occupational osteoarthritis: a literature review. *Aaohn Journal, 57*, 283-290
2. Bierma-Zeinstra, S. M. A., & Koes, B. W. (2007). Risk factors and prognostic factors of hip and knee osteoarthritis. *Nature Clinical Practice Rheumatology, 3*(2), 78-85
3. Cimmino, M. A., & Parodi, M. (2004). Risk factors for osteoarthritis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism, 34*(2 SUPPL.), 29-34
4. Cooper, C. (1995). Occupational activity and the risk of osteoarthritis. *Journal of Rheumatology, 22*(SUPPL. 43), 10-12
5. Corti, M. C., & Rigon, C. (2003). Epidemiology of osteoarthritis: prevalence, risk factors and functional impact. *Aging Clinical and Experimental Research, 15*, 359-363
6. Englund, M. (2010). The role of biomechanics in the initiation and progression of OA of the knee. *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology, 24*(1), 39-46
7. Felson, D. T. (1988). Epidemiology of hip and knee osteoarthritis. *Epidemiologic Reviews, 10*, 1-28
8. Felson, D. T. (1991). The epidemiology of knee osteoarthritis: Results from the Framingham Osteoarthritis study. *Seminars in Arthritis and Rheumatism, 20*(3 SUPPL. 1), 42-50
9. Felson, D. T. (2004). Obesity and Vocational and Avocational Overload of the Joint as Risk Factors for Osteoarthritis. *Journal of Rheumatology, 31*(SUPPL. 70), 2-5
10. Felson, D. T. (2004). An update on the pathogenesis and epidemiology of osteoarthritis. *Radiologic Clinics of North America, 42*(1), 1-9
11. Fransen, M., Agaliotis, M., Bridgett, L., & MacKey, M. G. (2011). Hip and knee pain: Role of occupational factors. *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology, 25*(1), 81-101
12. Fransen, M., Bridgett, L., March, L., Hoy, D., Penserga, E., & Brooks, P. (2011). The epidemiology of osteoarthritis in Asia. *International Journal of Rheumatic Diseases, 14*(2), 113-121
13. Garstang, S. V., & Stitik, T. P. (2006). Osteoarthritis: Epidemiology, risk factors, and pathophysiology. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation, 85*(11 SUPPL.), S2-S12
14. Glass, W., & Turner, W. (1992). Osteoarthritis and work: <u>A literature survey</u>. *Journal of Occupational Health and Safety - Australia and New Zealand, 8*(6), 517-521
15. Haq, S. A., & Davatchi, F. (2011). Osteoarthritis of the knees in the COPCORD world. *International Journal of Rheumatic Diseases, 14*(2), 122-129
16. Hunter, D. J., March, L., & Sambrook, P. N. (2002). Knee osteoarthritis: The influence of environmental factors. *Clinical and Experimental Rheumatology, 20*(1), 93-100
17. Issa, S. N., & Sharma, L. (2006). Epidemiology of osteoarthritis: An update. *Current Rheumatology Reports, 8*(1), 7-15

18. Kirkhorn, S., Greenlee, R. T., & Reeser, J. C. (2003). The Epidemiology of Agriculture-related Osteoarthritis and its Impact on Occupational Disability. *Wisconsin Medical Journal, 102*(7), 38-44
19. March, L. M., & Bagga, H. (2004). Epidemiology of osteoarthritis in Australia. *Medical Journal of Australia, 180*(5 Suppl), S6-10
20. Moskowitz, R. W. (1987). Primary osteoarthritis: Epidemiology, clinical aspects, and general management. *American Journal of Medicine, 83*(5 A), 5-10
21. Omori, G. (2005). Epidemiology of knee osteoarthritis. *Acta Medica et Biologica, 53*(1), 1-11
22. Petersson, I. F., & Jacobsson, L. T. (2002). Osteoarthritis of the peripheral joints. *Best Practice & Research in Clinical Rheumatology, 16*(5), 741-760
23. Sharma, L., Kapoor, D., & Issa, S. (2006). Epidemiology of osteoarthritis: An update. *Current Opinion in Rheumatology, 18*(2), 147-156
24. Slemenda, C. W. (1992). The epidemiology of osteoarthritis of the knee. *Current Opinion in Rheumatology, 4*(4), 546-551
25. Weidow, J. (2006). Lateral osteoarthritis of the knee. Etiology based on morphological, anatomical, kinematic and kinetic observations. *Acta Orthopaedica, Supplement, 77*(322), 3-44
26. Williams, F. M. K., & Spector, T. D. (2006). Osteoarthritis. *Medicine, 34*(9), 364-368
27. Zhang, Y., & Jordan, J. M. (2008). Epidemiology of osteoarthritis. *Rheumatic Diseases Clinics of North America, 34*(3), 515-529
28. Zhang, Y., & Jordan, J. M. (2010). Epidemiology of osteoarthritis. *Clinics in Geriatric Medicine, 26*(3), 355-369

Motif de rejet: Caractérisation de l'AG non satisfaisante (auto-rapportée, manifestation de la maladie étudiée, etc.) (n= 10)

29. Golightly, Y. M., Marshall, S. W., Callahan, L. F., & Guskiewicz, K. (2009). Early-onset arthritis in retired National Football League players. *Journal of Physical Activity & Health, 6*(5), 638-643
30. Holmberg, S., Thelin, A., & Thelin, N. (2005). Knee osteoarthritis and body mass index: a population-based case-control study. *Scandinavian Journal of Rheumatology, 34*(1), 59-64
31. Lindberg, H., & Montgomery, F. (1987). Heavy labor and the occurrence of gonarthrosis. *Clinical Orthopaedics and Related Research, No. 214*, 235-236
32. Muraki, S., Oka, H., Akune, T., En-yo, Y., Yoshida, M., Nakamura, K., Kawaguchi, H., & Yoshimura, N. (2011). Association of occupational activity with joint space narrowing and osteophytosis in the medial compartment of the knee: the ROAD study (OAC5914R2). *Osteoarthritis and Cartilage*
33. Rossignol, M., Leclerc, A., Allaert, F. A., Rozenberg, S., Valat, J. P., Avouac, B., Coste, P., Litvak, E., & Hilliquin, P. (2005). Primary osteoarthritis of hip, knee, and hand in relation to occupational exposure. *Occupational & Environmental Medicine, 62*(11), 772-777
34. Rossignol, M., Leclerc, A., Hilliquin, P., Allaert, F. A., Rozenberg, S., Valat, J., Avouac, B., Coste, P., Savarieau, B., & Fautrel, B. (2003). Primary osteoarthritis and occupations: a national cross sectional survey of 10 412 symptomatic patients. *Occupational & Environmental Medicine, 60*(11), 882-886
35. Sahlstrom, A., & Montgomery, F. (1997). Risk analysis of occupational factors influencing the development of arthrosis of the knee. *European Journal of Epidemiology, 13*(6), 675-679
36. Sandmark, H. (2000). Musculoskeletal dysfunction in physical education teachers. *Occupational & Environmental Medicine, 57*(10), 673-677
37. Toivanen, A. T., Heliövaara, M., Impivaara, O., Arokoski, J. P., Knekt, P., Lauren, H., & Kröger, H. (2010). Obesity, physically demanding work and traumatic knee injury are major risk factors for knee osteoarthritis--a population-based study with a follow-up of 22 years. *Rheumatology (Oxford, England), 49*, 308-314
38. Wickstrom, G., Hanninen, K., & Mattsson, T. (1983). Knee degeneration in concrete reinforcement workers. *British Journal of Industrial Medicine, 40*(2), 216-219

Motif de rejet : Population trop spécifique (moines) (n = 1)

39. Tangtrakulwanich, B., Chongsuvivatwong, V., & Geater, A. F. (2006). Associations between floor activities and knee osteoarthritis in Thai Buddhist monks: the Songkhla study. *Journal of the Medical Association of Thailand, 89*(11), 1902-1908

Motif de rejet : Étude non analytique (pas de *odds ratio* ou de calcul de risque relatif; on ne parle que d'associations) (n = 1)

40. Jensen, L. K., Mikkelsen, S., Loft, I. P., Eenberg, W., Bergmann, I., & Logager, V. (2000). Radiographic knee osteoarthritis in floorlayers and carpenters. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 26*(3), 257-262

<u>Activité physique et loisirs</u>

Motif de rejet: Le devis ne répondait pas à nos critères (éditorial, revue de la littérature, etc.) (n=26)

1. Bierma-Zeinstra, S. M. A., & Koes, B. W. (2007). Risk factors and prognostic factors of hip and knee osteoarthritis. *Nature Clinical Practice Rheumatology, 3*(2), 78-85
2. Buckwalter, J. A. (2003). Sports, Joint Injury, and Posttraumatic Osteoarthritis. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy, 33*(10), 578-588
3. Cheung, P. P., Gossec, L., & Dougados, M. (2010). What are the best markers for disease progression in osteoarthritis (OA)? *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology, 24*(1), 81-92
4. Cibere, J., Zhang, H., Thorne, A., Wong, H., Singer, J., Kopec, J. A., Guermazi, A., Peterfy, C., Nicolaou, S., Munk, P. L., & Esdaile, J. M. (2010). Association of clinical findings with pre-radiographic and radiographic knee osteoarthritis in a population-based study. *Arthritis care & research, 62*(12), 1691-1698
5. Cimmino, M. A., & Parodi, M. (2004). Risk factors for osteoarthritis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism, 34*(2 SUPPL.), 29-34
6. Cymet, T. C., & Sinkov, V. (2006). Does long-distance running cause osteoarthritis? *Journal of the American Osteopathic Association, 106*(6), 342-345
7. Felson, D. T. (1988). Epidemiology of hip and knee osteoarthritis. *Epidemiologic Reviews, 10*, 1-28
8. Felson, D. T. (2004). An update on the pathogenesis and epidemiology of osteoarthritis. *Radiologic Clinics of North America, 42*(1), 1-9
9. Felson, D. T., Goggins, J., Niu, J., Zhang, Y., & Hunter, D. J. (2004). The effect of body weight on progression of knee osteoarthritis is dependent on alignment. *Arthritis and Rheumatism, 50*(12), 3904-3909
10. Felson, D. T., & Zhang, Y. (1998). An update on the epidemiology of knee and hip osteoarthritis with a view to prevention. *Arthritis and Rheumatism, 41*(8), 1343-1355
11. Garstang, S. V., & Stitik, T. P. (2006). Osteoarthritis: Epidemiology, risk factors, and pathophysiology. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation, 85*(11 SUPPL.), S2-S12
12. Haq, S. A., & Davatchi, F. (2011). Osteoarthritis of the knees in the COPCORD world. *International Journal of Rheumatic Diseases, 14*(2), 122-129
13. Hunter, D. J., & Eckstein, F. (2009). Exercise and osteoarthritis. *Journal of Anatomy, 214*(2), 197-207
14. Hunter, D. J., March, L., & Sambrook, P. N. (2002). Knee osteoarthritis: The influence of environmental factors. *Clinical and Experimental Rheumatology, 20*(1), 93-100
15. Hunter, D. J., McDougall, J. J., & Keefe, F. J. (2008). The Symptoms of Osteoarthritis and the Genesis of Pain. *Rheumatic Disease Clinics of North America, 34*(3), 623-643
16. Lane, N. E., Michel, B., Bjorkengren, A., Oehlert, J., Shi, H., Bloch, D. A., & Fries, J. F. (1993). The risk of osteoarthritis with running and aging: a 5-year longitudinal study. *Journal of Rheumatology, 20*(3), 461-468

17. Lequesne, M. (2004). Sport practice and osteoarthritis of the limbs. *Sport et arthrose des membres, 19*(6), 281-285
18. Moskowitz, R. W. (1987). Primary osteoarthritis: Epidemiology, clinical aspects, and general management. *American Journal of Medicine, 83*(5 A), 5-10
19. O'Connor, M. I. (2006). Osteoarthritis of the Hip and Knee: Sex and Gender Differences. *Orthopedic Clinics of North America, 37*(4), 559-568
20. Omori, G. (2005). Epidemiology of knee osteoarthritis. *Acta Medica et Biologica, 53*(1), 1-11
21. Saxon, L. F. C. B. S. (1999). Sports participation, sports injuries and osteoarthritis: implications for prevention. *Sports Medicine, 28*, 123-135
22. Sharma, L. (2001). Local factors in osteoarthritis. *Current Opinion in Rheumatology, 13*(5), 441-446
23. Sharma, L., Kapoor, D., & Issa, S. (2006). Epidemiology of osteoarthritis: An update. *Current Opinion in Rheumatology, 18*(2), 147-156
24. Willick, S. E., & Hansen, P. A. (2010). Running and osteoarthritis. *Clinics in Sports Medicine, 29*(3), 417-428
25. Zhang, Y., & Jordan, J. M. (2008). Epidemiology of osteoarthritis. *Rheumatic Diseases Clinics of North America, 34*(3), 515-529
26. Zhang, Y., & Jordan, J. M. (2010). Epidemiology of osteoarthritis. *Clinics in Geriatric Medicine, 26*(3), 355-369

Motif de rejet: Caractérisation de l'AG non satisfaisante (auto-rapportée, manifestation de la maladie étudiée, etc.) (n=17)

27. Cheng, Y., Macera, C. A., Davis, D. R., Ainsworth, B. E., Troped, P. J., & Blair, S. N. (2000). Physical activity and self-reported, physician-diagnosed osteoarthritis: is physical activity a risk factor? *Journal of Clinical Epidemiology, 53*(3), 315-322
28. Golightly, Y. M., Marshall, S. W., Callahan, L. F., & Guskiewicz, K. (2009). Early-onset arthritis in retired National Football League players. *Journal of Physical Activity & Health, 6*(5), 638-643
29. Hannan, M. T., Felson, D. T., Anderson, J. J., & Naimark, A. (1993). Habitual physical activity is not associated with knee osteoarthritis: the Framingham Study. *Journal of Rheumatology, 20*(4), 704-709
30. Hart, D. J., Doyle, D. V., & Spector, T. D. (1999). Incidence and risk factors for radiographic knee osteoarthritis in middle-aged women: the Chingford Study. *Arthritis & Rheumatism, 42*(1), 17-24
31. Hootman, J. M., Macera, C. A., Helmick, C. G., & Blair, S. N. (2003). Influence of physical activity-related joint stress on the risk of self-reported hip/knee osteoarthritis: a new method to quantify physical activity. *Preventive Medicine, 36*(5), 636-644
32. Kujala, U. M., Kaprio, J., & Sarna, S. (1994). Osteoarthritis of weight bearing joints of low limbs in former elite male athletes. *British Medical Journal, 308*(6923), 231-234
33. Lohmander, L. S., & Felson, D. (2004). Can we identify a 'high risk' patient profile to determine who will experience rapid progression of osteoarthritis? *Osteoarthritis and Cartilage, 12*(SUPLL.), S49-S52
34. McDermott, M., & Freyne, P. (1983). Osteoarthrosis in Runners With Knee Pain. *British Journal of Sports Medicine, 17*(2), 84-87
35. Rogers, L., Macera, C., Hootman, J., Ainsworth, B., & Blair, S. (2002). The association between joint stress from physical activity and self-reported osteoarthritis: an analysis of the Cooper Clinic data. *Osteoarthritis and Cartilage, 10*(8), 617-622.
36. Sandmark, H. (2000). Musculoskeletal dysfunction in physical education teachers. *Occupational & Environmental Medicine, 57*(10), 673-677
37. Sohn, R. S., & Micheli, L. J. (1985). The effect of running on the pathogenesis of osteoarthritis of the hips and knees. *Clinical Orthopaedics and Related Research, NO. 198*, 106-109
38. Spector, T. D., Harris, P. A., Hart, D. J., Cicuttini, F. M., Nandra, D., Etherington, J., Wolman, R. L., & Doyle, D. V. (1996). Risk of osteoarthritis associated with long-term weight-bearing sports: a radiologic survey of the hips and knees in female ex-athletes and population controls. *Arthritis & Rheumatism, 39*(6), 988-995

39. Sutton, A. J., Muir, K. R., Mockett, S., & Fentem, P. (2001). A case-control study to investigate the relation between low and moderate levels of physical activity and osteoarthritis of the knee using data collected as part of the Allied Dunbar National Fitness Survey. *Annals of the Rheumatic Diseases, 60*(8), 756-764
40. Szoeke, C. E. I., Cicuttini, F. M., Guthrie, J. R., Clark, M. S., & Dennerstein, L. (2006). Factors affecting the prevalence of osteoarthritis in healthy middle-aged women: data from the longitudinal Melbourne Women's Midlife Health Project. *Bone, 39*(5), 1149-1155
41. Thelin, N., Holmberg, S., & Thelin, A. (2006). Knee injuries account for the sports-related increased risk of knee osteoarthritis. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports, 16*(5), 329-333
42. Urquhart, D. M., Tobing, J. F. L., Hanna, F. S., Berry, P., Wluka, A. E., Ding, C., & Cicuttini, F. M. (2011). *** What is the effect of physical activity on the knee joint? a systematic review. *Medicine and Science in Sports and Exercise, 43*(3), 432-442
43. White, J. A., Wright, V., & Hudson, A. M. (1993). Relationships between habitual physical activity and osteoarthrosis in ageing women. *Public Health, 107*(6), 459-470

Tabagisme

Motif de rejet: Le devis ne répondait pas à nos critères (éditorial, revue de la littérature, etc.) (n=5)

1. Cheung, P. P., Gossec, L., & Dougados, M. (2010). What are the best markers for disease progression in osteoarthritis (OA)? *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology, 24*(1), 81-92
2. Felson, D. T. (1991). The epidemiology of knee osteoarthritis: Results from the Framingham Osteoarthritis study. *Seminars in Arthritis and Rheumatism, 20*(3 SUPPL. 1), 42-50
3. Omori, G. (2005). Epidemiology of knee osteoarthritis. *Acta Medica et Biologica, 53*(1), 1-11
4. Slemenda, C. W. (1992). The epidemiology of osteoarthritis of the knee. *Current Opinion in Rheumatology, 4*(4), 546-551
5. Williams, F. M. K., & Spector, T. D. (2006). Osteoarthritis. *Medicine, 34*(9), 364-368

Motif de rejet: Caractérisation de l'AG non satisfaisante (auto-rapportée, manifestation de la maladie étudiée, etc.) (n=6)

6. Cicuttini, F. M., Spector, T., & Baker, J. (1997). Risk factors for osteoarthritis in the tibiofemoral and patellofemoral joints of the knee. *Journal of Rheumatology, 24*(6), 1164-1167
7. Ding, C., Cicuttini, F., Blizzard, L., & Jones, G. (2007). Smoking interacts with family history with regard to change in knee cartilage volume and cartilage defect development. *Arthritis & Rheumatism, 56*(5), 1521-1528
8. Hart, D. J., Doyle, D. V., & Spector, T. D. (1999). Incidence and risk factors for radiographic knee osteoarthritis in middle-aged women: the Chingford Study. *Arthritis & Rheumatism, 42*(1), 17-24
9. Samanta, A., Jones, A., Regan, M., Wilson, S., & Doherty, M. (1993). Is osteoarthritis in women affected by hormonal changes or smoking? *British Journal of Rheumatology, 32*(5), 366-370
10. Szoeke, C. E. I., Cicuttini, F. M., Guthrie, J. R., Clark, M. S., & Dennerstein, L. (2006). Factors affecting the prevalence of osteoarthritis in healthy middle-aged women: data from the longitudinal Melbourne Women's Midlife Health Project. *Bone, 39*(5), 1149-1155
11. Tangtrakulwanich, B., Geater, A. F., & Chongsuvivatwong, V. (2006). Prevalence, patterns, and risk factors of knee osteoarthritis in Thai monks. *Journal of Orthopaedic Science, 11*(5), 439-445

Alimentation

Motif de rejet: Le devis ne répondait pas à nos critères (éditorial, revue de la littérature, etc.) (n=17)

1. Arden, N., & Nevitt, M. C. (2006). Osteoarthritis: Epidemiology. *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology, 20*(1), 3-25

2. Cheung, P. P., Gossec, L., & Dougados, M. (2010). What are the best markers for disease progression in osteoarthritis (OA)? *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology, 24*(1), 81-92
3. Cimmino, M. A., & Parodi, M. (2004). Risk factors for osteoarthritis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism, 34*(2 SUPPL.), 29-34
4. Das, S. K., & Farooqi, A. (2008). Osteoarthritis. *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology, 22*(4), 657-675
5. Felson, D. T. (2004). An update on the pathogenesis and epidemiology of osteoarthritis. *Radiologic Clinics of North America, 42*(1), 1-9
6. Felson, D. T., & Zhang, Y. (1998). An update on the epidemiology of knee and hip osteoarthritis with a view to prevention. *Arthritis and Rheumatism, 41*(8), 1343-1355
7. Garstang, S. V., & Stitik, T. P. (2006). Osteoarthritis: Epidemiology, risk factors, and pathophysiology. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation, 85*(11 SUPPL.), S2-S12
8. Gross, K. D., & Hunter, D. J. (2006). Osteoarthritis of the knee. *Geriatrics and Aging, 9*(8), 526-534
9. Hunter, D. J., March, L., & Sambrook, P. N. (2002). Knee osteoarthritis: The influence of environmental factors. *Clinical and Experimental Rheumatology, 20*(1), 93-100
10. Issa, S. N., & Sharma, L. (2006). Epidemiology of osteoarthritis: An update. *Current Rheumatology Reports, 8*(1), 7-15
11. Lohmander, L. S., & Felson, D. (2004). Can we identify a 'high risk' patient profile to determine who will experience rapid progression of osteoarthritis? *Osteoarthritis and Cartilage, 12*(SUPLL.), S49-S52
12. Omori, G. (2005). Epidemiology of knee osteoarthritis. *Acta Medica et Biologica, 53*(1), 1-11
13. Sharma, L., Kapoor, D., & Issa, S. (2006). Epidemiology of osteoarthritis: An update. *Current Opinion in Rheumatology, 18*(2), 147-156
14. Sowers, M. (2001). Epidemiology of risk factors for osteoarthritis: systemic factors. *Current Opinion in Rheumatology, 13*(5), 447-451
15. Williams, F. M. K., & Spector, T. D. (2006). Osteoarthritis. *Medicine, 34*(9), 364-368
16. Zhang, Y., & Jordan, J. M. (2008). Epidemiology of osteoarthritis. *Rheumatic Diseases Clinics of North America, 34*(3), 515-529
17. Zhang, Y., & Jordan, J. M. (2010). Epidemiology of osteoarthritis. *Clinics in Geriatric Medicine, 26*(3), 355-369

Facteurs de risque biologiques et physiologiques

Hormones et historique reproductif

Motif de rejet: Le devis ne répondait pas à nos critères (éditorial, revue de la littérature, etc.) (n=18)

1. Arden, N., & Nevitt, M. C. (2006). Osteoarthritis: Epidemiology. *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology, 20*(1), 3-25
2. Bierma-Zeinstra, S. M. A., & Koes, B. W. (2007). Risk factors and prognostic factors of hip and knee osteoarthritis. *Nature Clinical Practice Rheumatology, 3*(2), 78-85
3. Cheung, P. P., Gossec, L., & Dougados, M. (2010). What are the best markers for disease progression in osteoarthritis (OA)? *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology, 24*(1), 81-92
4. Cimmino, M. A., & Parodi, M. (2004). Risk factors for osteoarthritis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism, 34*(2 SUPPL.), 29-34
5. Felson, D. T. (1991). The epidemiology of knee osteoarthritis: Results from the Framingham Osteoarthritis study. *Seminars in Arthritis and Rheumatism, 20*(3 SUPPL. 1), 42-50

6. Garstang, S. V., & Stitik, T. P. (2006). Osteoarthritis: Epidemiology, risk factors, and pathophysiology. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation, 85*(11 SUPPL.), S2-S12
7. Gross, K. D., & Hunter, D. J. (2006). Osteoarthritis of the knee. *Geriatrics and Aging, 9*(8), 526-534
8. Hanna, F. S., Wluka, A. E., Bell, R. J., Davis, S. R., & Cicuttini, F. M. (2004). Osteoarthritis and the postmenopausal woman: Epidemiological, magnetic resonance imaging, and radiological findings. *Seminars in Arthritis and Rheumatism, 34*(3), 631-636
9. Hunter, D. J., March, L., & Sambrook, P. N. (2002). Knee osteoarthritis: The influence of environmental factors. *Clinical and Experimental Rheumatology, 20*(1), 93-100
10. Issa, S. N., & Sharma, L. (2006). Epidemiology of osteoarthritis: An update. *Current Rheumatology Reports, 8*(1), 7-15
11. O'Connor, M. I. (2006). Osteoarthritis of the Hip and Knee: Sex and Gender Differences. *Orthopedic Clinics of North America, 37*(4), 559-568
12. Omori, G. (2005). Epidemiology of knee osteoarthritis. *Acta Medica et Biologica, 53*(1), 1-11
13. Richette, P., Corvol, M., & Bardin, T. (2003). Estrogens, cartilage, and osteoarthritis. *Joint Bone Spine, 70*(4), 257-262
14. Sharma, L., Kapoor, D., & Issa, S. (2006). Epidemiology of osteoarthritis: An update. *Current Opinion in Rheumatology, 18*(2), 147-156
15. Sowers, M. (2001). Epidemiology of risk factors for osteoarthritis: systemic factors. *Current Opinion in Rheumatology, 13*(5), 447-451
16. Williams, F. M. K., & Spector, T. D. (2006). Osteoarthritis. *Medicine, 34*(9), 364-368
17. Zhang, Y., & Jordan, J. M. (2008). Epidemiology of osteoarthritis. *Rheumatic Diseases Clinics of North America, 34*(3), 515-529
18. Zhang, Y., & Jordan, J. M. (2010). Epidemiology of osteoarthritis. *Clinics in Geriatric Medicine, 26*(3), 355-369

Motif de rejet: Caractérisation de l'AG non satisfaisante (auto-rapportée, manifestation de la maladie étudiée, etc.) (n=5)

19. Cicuttini, F. M., Spector, T., & Baker, J. (1997). Risk factors for osteoarthritis in the tibiofemoral and patellofemoral joints of the knee. *Journal of Rheumatology, 24*(6), 1164-1167
20. Hart, D. J., Doyle, D. V., & Spector, T. D. (1999). Incidence and risk factors for radiographic knee osteoarthritis in middle-aged women: the Chingford Study. *Arthritis & Rheumatism, 42*(1), 17-24
21. Kaplan, D. (1983). The epidemiology of osteoarthritis of the knee. *Journal of Rheumatology, 10*(SUPPL. 9), 87-88
22. Samanta, A., Jones, A., Regan, M., Wilson, S., & Doherty, M. (1993). Is osteoarthritis in women affected by hormonal changes or smoking? *British Journal of Rheumatology, 32*(5), 366-370
23. Szoeke, C. E. I., Cicuttini, F. M., Guthrie, J. R., Clark, M. S., & Dennerstein, L. (2006). Factors affecting the prevalence of osteoarthritis in healthy middle-aged women: data from the longitudinal Melbourne Women's Midlife Health Project. *Bone, 39*(5), 1149-1155

Motif de rejet : Étude non analytique (pas de *odds ratio* ou de calcul de risque relatif; on ne parle que d'associations) (n = 2)

24. Carbone, L. D., Nevitt, M. C., Wildy, K., Barrow, K. D., Harris, F., Felson, D., Peterfy, C., Visser, M., Harris, T. B., Wang, B. W. E., & Kritchevsky, S. B. (2004). *** The relationship of antiresorptive drug use to structural findings and symptoms of knee osteoarthritis. *Arthritis & Rheumatism, 50*(11), 3516-3525
25. Tsai, C. L., Liu, T. K., & Chen, T. J. (1992). Estrogen and osteoarthritis: a study of synovial estradiol and estradiol receptor binding in human osteoarthritic knees. *Biochemical & Biophysical Research Communications, 183*(3), 1287-1291

<u>Syndrome métabolique et autres maladies</u>

Motif de rejet: Le devis ne répondait pas à nos critères (éditorial, revue de la littérature, etc.) (n=3)

1. Cimmino, M. A., & Parodi, M. (2004). Risk factors for osteoarthritis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism, 34*(2 SUPPL.), 29-34
2. Felson, D. T., & Zhang, Y. (1998). An update on the epidemiology of knee and hip osteoarthritis with a view to prevention. *Arthritis and Rheumatism, 41*(8), 1343-1355
3. Williams, F. M. K., & Spector, T. D. (2006). Osteoarthritis. *Medicine, 34*(9), 364-368

Motif de rejet: Caractérisation de l'AG non satisfaisante (auto-rapportée, manifestation de la maladie étudiée, etc.) (n=2)

1. Davis, M. A., Ettinger, W. H., & Neuhaus, J. M. (1988). The role of metabolic factors and blood pressure in the association of obesity with osteoarthritis of the knee. *Journal of Rheumatology, 15*(12), 1827-1832
2. Sturmer, T., Brenner, H., Brenner, R. E., & Gunther, K. P. (2001). Non-insulin dependent diabetes mellitus (NIDDM) and patterns of osteoarthritis. The Ulm osteoarthritis study. *Scandinavian Journal of Rheumatology, 30*(3), 169-171

<u>Facteurs biochimiques</u>

Motif de rejet: Le devis ne répondait pas à nos critères (éditorial, revue de la littérature, etc.) (n=9)

1. Acheson, R. (1982). Epidemiology and the arthritides. *Annals of the Rheumatic Diseases, 41*, 325-334
2. Berry, P. A., Teichtahl, A. J., Wluka, A. E., & Cicuttini, F. M. (2007). The role of biomechanical factors on patellofemoral osteoarthritis. *Current Rheumatology Reviews, 3*(2), 123-127
3. Bierma-Zeinstra, S. M. A., & Koes, B. W. (2007). Risk factors and prognostic factors of hip and knee osteoarthritis. *Nature Clinical Practice Rheumatology, 3*(2), 78-85
4. Cheung, P. P., Gossec, L., & Dougados, M. (2010). What are the best markers for disease progression in osteoarthritis (OA)? *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology, 24*(1), 81-92
5. Garnero, P. (2002). Osteoarthritis: Biological markers for the future? *Joint Bone Spine, 69*(6), 525-530
6. Kraus, V. B. (2006). Do biochemical markers have a role in osteoarhritis diagnosis and treatment? *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology, 20*(1), 69-80
7. Rousseau, J. C., & Delmas, P. D. (2007). Biological markers in osteoarthritis. *Nature Clinical Practice Rheumatology, 3*(6), 346-356
8. Rutgers, M., Saris, D. B. F., Yang, K. G. A., Dhert, W. J. A., & Creemers, L. B. (2009). Joint injury and osteoarthritis: Soluble mediators in the course and treatment of cartilage pathology. *Immunotherapy, 1*(3), 435-445
9. Teichtahl, A. J., Wluka, A. E., Proietto, J., & Cicuttini, F. M. (2005). Obesity and the female sex, risk factors for knee osteoarthritis that may be attributable to systemic or local leptin biosynthesis and its cellular effects. *Medical Hypotheses, 65*(2), 312-315

Motif de rejet: Caractérisation de l'AG non satisfaisante (auto-rapportée, manifestation de la maladie étudiée, etc.) (n=12)

10. Berry, P. A., Maciewicz, R. A., Wluka, A. E., Downey-Jones, M. D., Forbes, A., Hellawell, C. J., & Cicuttini, F. M. (2010). Relationship of serum markers of cartilage metabolism to imaging and clinical outcome measures of knee joint structure. *Annals of the Rheumatic Diseases, 69*(10), 1816-1822
11. Botha-Scheepers, S., Watt, I., Slagboom, E., De Craen, A. J. M., Meulenbelt, I., Rosendaal, F. R., Breedveld, F. C., Huizinga, T. W. J., & Kloppenburg, M. (2008). Innate production of tumour necrosis factor α and interleukin 10 is associated with radiological progression of knee osteoarthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases, 67*(8), 1165-1169

12. Bruyere, O., Collette, J. H., Ethgen, O., Rovati, L. C., Giacovelli, G., Henrotin, Y. E., Seidel, L., & Reginster, J. Y. L. (2003). Biochemical markers of bone and cartilage remodeling in prediction of longterm progression of knee osteoarthritis. *Journal of Rheumatology, 30*(5), 1043-1050
13. Deberg, M. A., Labasse, A. H., Collette, J., Seidel, L., Reginster, J. Y., & Henrotin, Y. E. (2005). One-year increase of Coll 2-1, a new marker of type II collagen degradation, in urine is highly predictive of radiological OA progression. *Osteoarthritis and Cartilage, 13*(12), 1059-1065
14. Ericsson, Y. B., Tjörnstrand, J., Tiderius, C. J., & Dahlberg, L. E. (2009). Relationship between cartilage glycosaminoglycan content (assessed with dGEMRIC) and OA risk factors in meniscectomized patients. *Osteoarthritis and Cartilage, 17*, 565-570
15. Garnero, P., Ayral, X., Rousseau, J. C., Christgau, S., Sandell, L. J., Dougados, M., & Delmas, P. D. (2002). Uncoupling of type II collagen synthesis and degradation predicts progression of joint damage in patients with knee osteoarthritis. *Arthritis and Rheumatism, 46*(10), 2613-2624
16. Pavelka, K., Forejtova, S., Olejarova, M., Gatterova, J., Senolt, L., Spacek, P., Braun, M., Hulejova, M., Stovickova, J., & Pavelkova, A. (2004). Hyaluronic acid levels may have predictive value for the progression of knee osteoarthritis. *Osteoarthritis & Cartilage, 12*(4), 277-283.
17. Raynauld, J. P., Martel-Pelletier, J., Berthiaume, M. J., Beaudoin, G., Choquette, D., Haraoui, B., Tannenbaum, H., Meyer, J. M., Beary, J. F., Cline, G. A., & Pelletier, J. P. (2006). Long term evaluation of disease progression through the quantitative magnetic resonance imaging of symptomatic knee osteoarthritis patients: Correlation with clinical symptoms and radiographic changes. *Arthritis Research and Therapy, 8*(1)
18. Sharif, M., Kirwan, J., Charni, N., Sandell, L. J., Whittles, C., & Garnero, P. (2007). A 5-yr longitudinal study of type IIA collagen synthesis and total type II collagen degradation in patients with knee osteoarthritis - Association with disease progression. *Rheumatology, 46*(6), 938-943.
19. Sharif, M., Shepstone, L., Elson, C. J., Dieppe, P. A., & Kirwan, J. R. (2000). Increased serum C reactive protein may reflect events that precede radiographic progression in osteoarthritis of the knee. *Annals of the Rheumatic Diseases, 59*(1), 71-74.
20. Sugiyama, S., Itokazu, M., Suzuki, Y., & Shimizu, K. (2003). Procollagen II C propeptide level in the synovial fluid as a predictor of radiographic progression in early knee osteoarthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases, 62*(1), 27-32.
21. Sun, Y., Brenner, H., Sauerland, S., Günther, K. P., Puhl, W., & Stürmer, T. (2000). Serum uric acid and patterns of radiographic osteoarthritis - The Ulm Osteoarthritis Study. *Scandinavian Journal of Rheumatology, 29*(6), 380-386.

Motif de rejet : Étude non analytique (pas de *odds ratio* ou de calcul de risque relatif; on ne parle que d'associations) (n = 12)

22. Bettica, P., Cline, G., Hart, D. J., Meyer, J., & Spector, T. D. (2002). Evidence for increased bone resorption in patients with progressive knee osteoarthritis: longitudinal results from the Chingford study. *Arthritis & Rheumatism, 46*(12), 3178-3184.
23. Charni, N., Juillet, F., & Garnero, P. (2005). Urinary type II collagen helical peptide (HELIX-II) as a new biochemical marker of cartilage degradation in patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism, 52*(4), 1081-1090.
24. Honsawek, S., & Chayanupatkul, M. (2010). Correlation of plasma and synovial fluid adiponectin with knee osteoarthritis severity. *Archives of Medical Research, 41*(8), 593-598.
25. Honsawek, S., Tanavalee, A., Sakdinakiattikoon, M., Chayanupatkul, M., & Yuktanandana, P. (2009). Correlation of plasma and synovial fluid osteopontin with disease severity in knee osteoarthritis. *Clinical Biochemistry, 42*(9), 808-812.
26. Kapetanakis, S., Drygiannakis, I., Kazakos, K., Papanas, N., Kolios, G., Kouroumalis, E., & Verettas, D. A. (2010). Serum TGF-beta2 and TGF-beta3 are increased and positively correlated to pain, functionality, and radiographic staging in osteoarthritis. *Orthopedics, 33*(8)

27. Sharif, M., George, E., Shepstone, L., Knudson, W., Thonar, E. J., Cushnaghan, J., & Dieppe, P. (1995). Serum hyaluronic acid level as a predictor of disease progression in osteoarthritis of the knee.[see comment]. *Arthritis & Rheumatism, 38*(6), 760-767.
28. Sharif, M., Granell, R., Johansen, J., Clarke, S., Elson, C., & Kirwan, J. R. (2006). Serum cartilage oligomeric matrix protein and other biomarker profiles in tibiofemoral and patellofemoral osteoarthritis of the knee. *Rheumatology, 45*(5), 522-526.
29. Sharif, M., Saxne, T., Shepstone, L., Kirwan, J. R., Elson, C. J., Heinegard, D., & Dieppe, P. A. (1995). Relationship between serum cartilage oligomeric matrix protein levels and disease progression in osteoarthritis of the knee joint. *British Journal of Rheumatology, 34*(4), 306-310.
30. Sowers, M., Jannausch, M., Stein, E., Jamadar, D., Hochberg, M., & Lachance, L. (2002). C-reactive protein as a biomarker of emergent osteoarthritis. *Osteoarthritis and Cartilage, 10*(8), 595-601.
31. Tsai, C. L., Liu, T. K., & Chen, T. J. (1992). Estrogen and osteoarthritis: a study of synovial estradiol and estradiol receptor binding in human osteoarthritic knees. *Biochemical & Biophysical Research Communications, 183*(3), 1287-1291.
32. van Spil, W. E., DeGroot, J., Lems, W. F., Oostveen, J. C. M., & Lafeber, F. P. J. G. (2010). Serum and urinary biochemical markers for knee and hip-osteoarthritis: A systematic review applying the consensus BIPED criteria. *Osteoarthritis and Cartilage, 18*(5), 605-612.
33. Vilím, V., Olejárová, M., Macháček, S., Gatterová, J., Kraus, V. B., & Pavelka, K. (2002). Serum levels of cartilage oligomeric matrix protein (COMP) correlate with radiographic progression of knee osteoarthritis. *Osteoarthritis and Cartilage, 10*(9), 707-713.

Facteurs de risque liés aux structures et aux fonctions articulaires

Blessures et antécédents de blessures

Motif de rejet: Le devis ne répondait pas à nos critères (éditorial, revue de la littérature, etc.) (n=38)

1. Arden, N., & Nevitt, M. C. (2006). Osteoarthritis: Epidemiology. *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology, 20*(1), 3-25.
2. Bierma-Zeinstra, S. M. A., & Koes, B. W. (2007). Risk factors and prognostic factors of hip and knee osteoarthritis. *Nature Clinical Practice Rheumatology, 3*(2), 78-85.
3. Brandt, K. D., Dieppe, P., & Radin, E. L. (2008). Etiopathogenesis of Osteoarthritis. *Rheumatic Disease Clinics of North America, 34*(3), 531-559.
4. Buckwalter, J. A. (2003). Sports, Joint Injury, and Posttraumatic Osteoarthritis. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy, 33*(10), 578-588.
5. Cheung, P. P., Gossec, L., & Dougados, M. (2010). What are the best markers for disease progression in osteoarthritis (OA)? *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology, 24*(1), 81-92.
6. Cibere, J., Zhang, H., Thorne, A., Wong, H., Singer, J., Kopec, J. A., Guermazi, A., Peterfy, C., Nicolaou, S., Munk, P. L., & Esdaile, J. M. (2010). Association of clinical findings with pre-radiographic and radiographic knee osteoarthritis in a population-based study. *Arthritis care & research, 62*(12), 1691-1698.
7. Cimmino, M. A., & Parodi, M. (2004). Risk factors for osteoarthritis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism, 34*(2 SUPPL.), 29-34.
8. Corti, M. C., & Rigon, C. (2003). Epidemiology of osteoarthritis: prevalence, risk factors and functional impact. *Aging Clinical and Experimental Research, 15*, 359-363.
9. Englund, M. (2004). Meniscal tear - A feature of osteoarthritis. *Acta Orthopaedica Scandinavica, Supplement, 75*(312), i-45.
10. Englund, M. (2010). The role of biomechanics in the initiation and progression of OA of the knee. *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology, 24*(1), 39-46.

11. Englund, M., Guermazi, A., & Lohmander, S. L. (2009). The Role of the Meniscus in Knee Osteoarthritis: a Cause or Consequence? *Radiologic Clinics of North America, 47*(4), 703-712.
12. Felson, D. T. (1988). Epidemiology of hip and knee osteoarthritis. *Epidemiologic Reviews, 10*, 1-28.
13. Felson, D. T. (1991). The epidemiology of knee osteoarthritis: Results from the Framingham Osteoarthritis study. *Seminars in Arthritis and Rheumatism, 20*(3 SUPPL. 1), 42-50.
14. Felson, D. T. (2004). An update on the pathogenesis and epidemiology of osteoarthritis. *Radiologic Clinics of North America, 42*(1), 1-9.
15. Felson, D. T., & Zhang, Y. (1998). An update on the epidemiology of knee and hip osteoarthritis with a view to prevention. *Arthritis and Rheumatism, 41*(8), 1343-1355.
16. Garstang, S. V., & Stitik, T. P. (2006). Osteoarthritis: Epidemiology, risk factors, and pathophysiology. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation, 85*(11 SUPPL.), S2-S12.
17. Gross, K. D., & Hunter, D. J. (2006). Osteoarthritis of the knee. *Geriatrics and Aging, 9*(8), 526-534.
18. Hunter, D. J., March, L., & Sambrook, P. N. (2002). Knee osteoarthritis: The influence of environmental factors. *Clinical and Experimental Rheumatology, 20*(1), 93-100.
19. Hunter, D. J., McDougall, J. J., & Keefe, F. J. (2008). The Symptoms of Osteoarthritis and the Genesis of Pain. *Rheumatic Disease Clinics of North America, 34*(3), 623-643.
20. Issa, S. N., & Sharma, L. (2006). Epidemiology of osteoarthritis: An update. *Current Rheumatology Reports, 8*(1), 7-15.
21. Lohmander, L. S., Englund, P. M., Dahl, L. L., & Roos, E. M. (2007). The long-term consequence of anterior cruciate ligament and meniscus injuries: osteoarthritis. *American Journal of Sports Medicine, 35*(10), 1756-1769.
22. Lohmander, L. S., & Felson, D. (2004). Can we identify a 'high risk' patient profile to determine who will experience rapid progression of osteoarthritis? *Osteoarthritis and Cartilage, 12*(SUPLL.), S49-S52.
23. Louboutin, H., Debarge, R., Richou, J., Selmi, T. A. S., Donell, S. T., Neyret, P., & Dubrana, F. (2009). Osteoarthritis in patients with anterior cruciate ligament rupture: A review of risk factors. *Knee, 16*(4), 239-244.
24. Maffulli, N., Longo, U. G., Gougoulias, N., Loppini, M., & Denaro, V. (2010). Long-term health outcomes of youth sports injuries. *British Journal of Sports Medicine, 44*(1), 21-25.
25. March, L. M., & Bagga, H. (2004). Epidemiology of osteoarthritis in Australia. *Medical Journal of Australia, 180*(5 Suppl), S6-10.
26. Neame, R., & Doherty, M. (2005). Osteoarthritis update. *Clinical Medicine, Journal of the Royal College of Physicians of London, 5*(3), 207-210.
27. Neogi, T., & Zhang, Y. (2011). Osteoarthritis prevention. *Current Opinion in Rheumatology, 23*(2), 185-191.
28. O'Connor, M. I. (2006). Osteoarthritis of the Hip and Knee: Sex and Gender Differences. *Orthopedic Clinics of North America, 37*(4), 559-568.
29. O'Connor, M. I. (2007). Sex differences in osteoarthritis of the hip and knee. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons, 15*(SUPPL. 1), S22-S25.
30. Omori, G. (2005). Epidemiology of knee osteoarthritis. *Acta Medica et Biologica, 53*(1), 1-11.
31. Ratzlaff, C. R., & Liang, M. H. (2010). New developments in osteoarthritis. Prevention of injury-related knee osteoarthritis: Opportunities for the primary and secondary prevention of knee osteoarthritis. *Arthritis Research and Therapy, 12*(4)
32. Roos, E. M. (2005). Joint injury causes knee osteoarthritis in young adults. *Current Opinion in Rheumatology, 17*(2), 195-200.
33. Saxon, L. F. C. B. S. (1999). Sports participation, sports injuries and osteoarthritis: implications for prevention. *Sports Medicine, 28*, 123-135.
34. Sharma, L. (2001). Local factors in osteoarthritis. *Current Opinion in Rheumatology, 13*(5), 441-446.
35. Sharma, L., Kapoor, D., & Issa, S. (2006). Epidemiology of osteoarthritis: An update. *Current Opinion in Rheumatology, 18*(2), 147-156.

36. Slemenda, C. W. (1992). The epidemiology of osteoarthritis of the knee. *Current Opinion in Rheumatology, 4*(4), 546-551.
37. Zhang, Y., & Jordan, J. M. (2008). Epidemiology of osteoarthritis. *Rheumatic Diseases Clinics of North America, 34*(3), 515-529.
38. Zhang, Y., & Jordan, J. M. (2010). Epidemiology of osteoarthritis. *Clinics in Geriatric Medicine, 26*(3), 355-369.

Motif de rejet: Caractérisation de l'AG non satisfaisante (auto-rapportée, manifestation de la maladie étudiée, etc.) (n=14)

39. Amin, S., Guermazi, A., LaValley, M. P., Niu, J., Clancy, M., Hunter, D. J., Grigoryan, M., & Felson, D. T. (2008). Complete anterior cruciate ligament tear and the risk for cartilage loss and progression of symptoms in men and women with knee osteoarthritis. *Osteoarthritis and Cartilage, 16*(8), 897-902.
40. Cicuttini, F. M., Spector, T., & Baker, J. (1997). Risk factors for osteoarthritis in the tibiofemoral and patellofemoral joints of the knee. *Journal of Rheumatology, 24*(6), 1164-1167.
41. Ding, C., Martel-Pelletier, J., Pelletier, J. P., Abram, F., Raynauld, J. P., Cicuttini, F., & Jones, G. (2007). Meniscal tear as an osteoarthritis risk factor in a largely non-osteoarthritic cohort: A cross-sectional study. *Journal of Rheumatology, 34*(4), 776-784.
42. Gelber, A. C., Hochberg, M. C., Mead, L. A., Wang, N., Wigley, F. M., & Klag, M. J. (2000). Joint injury in young adults and risk for subsequent knee and hip osteoarthritis. *Annals of Internal Medicine, 133*(5), 321-328.
43. Hart, D. J., Cronin, C., Daniels, M., Worthy, T., Doyle, D. V., & Spector, T. D. (2002). The relationship of bone density and fracture to incident and progressive radiographic osteoarthritis of the knee: the Chingford Study.[see comment]. *Arthritis & Rheumatism, 46*(1), 92-99.
44. Hart, D. J., Doyle, D. V., & Spector, T. D. (1999). Incidence and risk factors for radiographic knee osteoarthritis in middle-aged women: the Chingford Study. *Arthritis & Rheumatism, 42*(1), 17-24.
45. Honkonen, S. E. (1995). Degenerative arthritis after tibial plateau fractures. *Journal of Orthopaedic Trauma, 9*(4), 273-277.
46. Ichiba, A., & Kishimoto, I. (2009). Effects of articular cartilage and meniscus injuries at the time of surgery on osteoarthritic changes after anterior cruciate ligament reconstruction in patients under 40 years old. *Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery, 129*(3), 409-415.
47. Lohmander, L. S., Ostenberg, A., Englund, M., & Roos, H. (2004). High prevalence of knee osteoarthritis, pain, and functional limitations in female soccer players twelve years after anterior cruciate ligament injury. *Arthritis & Rheumatism, 50*(10), 3145-3152.
48. McAlindon, T., Zhang, Y., Hannan, M., Naimark, A., Weissman, B., Castelli, W., & Felson, D. (1996). Are Risk Factors for Patellofemoral and Tibiofemoral Knee Osteoarthritis Different? *Journal of Rheumatology, 23*(2), 332-.
49. McDermott, M., & Freyne, P. (1983). Osteoarthrosis in Runners With Knee Pain. *British Journal of Sports Medicine, 17*(2), 84-87.
50. Tangtrakulwanich, B., Chongsuvivatwong, V., & Geater, A. F. (2006). Associations between floor activities and knee osteoarthritis in Thai Buddhist monks: the Songkhla study. *Journal of the Medical Association of Thailand, 89*(11), 1902-1908.
51. Thelin, N., Holmberg, S., & Thelin, A. (2006). Knee injuries account for the sports-related increased risk of knee osteoarthritis. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports, 16*(5), 329-333.
52. Toivanen, A. T., Heliövaara, M., Impivaara, O., Arokoski, J. P., Knekt, P., Lauren, H., & Kröger, H. (2010). Obesity, physically demanding work and traumatic knee injury are major risk factors for knee osteoarthritis--a population-based study with a follow-up of 22 years. *Rheumatology (Oxford, England), 49*, 308-314.

Motif de rejet : Étude non analytique (pas de *odds ratio* ou de calcul de risque relatif; on ne parle que d'associations) (n = 6)

53. Gale, D. R., Chaisson, C. E., Totterman, S. M., Schwartz, R. K., Gale, M. E., & Felson, D. (1999). Meniscal subluxation: association with osteoarthritis and joint space narrowing. *Osteoarthritis & Cartilage, 7*(6), 526-532.
54. Hill, C. L., Seo, G. S., Gale, D., Totterman, S., Gale, M. E., & Felson, D. T. (2005). Cruciate ligament integrity in osteoarthritis of the knee. *Arthritis & Rheumatism, 52*(3), 794-799.
55. Ko, C. H., Chan, K. K., & Peng, H. L. (2007). Sonographic imaging of meniscal subluxation in patients with radiographic knee osteoarthritis. *Journal of the Formosan Medical Association, 106*(9), 700-707.
56. Oda, H., Igarashi, M., Sase, H., Sase, T., & Yamamoto, S. (2008). Bone bruise in magnetic resonance imaging strongly correlates with the production of joint effusion and with knee osteoarthritis. *Journal of Orthopaedic Science, 13*(1), 7-15.
57. Roos, H., Lindberg, H., Gärdsell, P., Lohmander, L. S., & Wingstrand, H. (1994). The Prevalence of Gonarthrosis and Its Relation to Meniscectomy in Former Soccer Players. *American Journal of Sports Medicine, 22*(2), 219-222.
58. Wallace, D. A., Carr, A. J., Murray, D. W., & Woods, D. A. (1995). Aetiological factors in severe osteoarthritis of the knee. *The Knee, 2*(2), 113-115.

<u>Antécédents de chirurgie</u>

Motif de rejet: Le devis ne répondait pas à nos critères (éditorial, revue de la littérature, etc.) (n=6)

1. Cheung, P. P., Gossec, L., & Dougados, M. (2010). What are the best markers for disease progression in osteoarthritis (OA)? *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology, 24*(1), 81-92.
2. Englund, M. (2004). Meniscal tear - A feature of osteoarthritis. *Acta Orthopaedica Scandinavica, Supplement, 75*(312), i-45.
3. Felson, D. T. (2004). An update on the pathogenesis and epidemiology of osteoarthritis. *Radiologic Clinics of North America, 42*(1), 1-9.
4. Louboutin, H., Debarge, R., Richou, J., Selmi, T. A. S., Donell, S. T., Neyret, P., & Dubrana, F. (2009). Osteoarthritis in patients with anterior cruciate ligament rupture: A review of risk factors. *Knee, 16*(4), 239-244.
5. Sharma, L. (2001). Local factors in osteoarthritis. *Current Opinion in Rheumatology, 13*(5), 441-446.
6. Zhang, Y., & Jordan, J. M. (2008). Epidemiology of osteoarthritis. *Rheumatic Diseases Clinics of North America, 34*(3), 515-529.

Motif de rejet: Caractérisation de l'AG non satisfaisante (auto-rapportée, manifestation de la maladie étudiée, etc.) (n=4)

7. Benedetto, K. P., & Rangger, C. (1993). Arthroscopic partial meniscectomy: 5-year follow-up. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy, 1*(3-4), 235-238.
8. Hart, A. J., Buscombe, J., Malone, A., & Dowd, G. S. E. (2005). *** Assessment of osteoarthritis after reconstruction of the anterior cruciate ligament. A study using single-photon emission computed tomography at ten years. *Journal of Bone and Joint Surgery - Series B, 87*(11), 1483-1487.
9. Pernin, J., Verdonk, P., Si Selmi, T. A., Massin, P., & Neyret, P. (2010). Long-term follow-up of 24.5 years after intra-articular anterior cruciate ligament reconstruction with lateral extra-articular augmentation. *American Journal of Sports Medicine, 38*, 1094-1102.
10. Roos, H., Lauren, M., Adalberth, T., Roos, E. M., Jonsson, K., & Lohmander, L. S. (1998). Knee osteoarthritis after meniscectomy: prevalence of radiographic changes after twenty-one years, compared with matched controls. *Arthritis & Rheumatism, 41*(4), 687-693.

Motif de rejet : Étude non analytique (pas de *odds ratio* ou de calcul de risque relatif; on ne parle que d'associations) (n = 3)

11. Neuman, P., Englund, M., Kostogiannis, I., Fridén, T., Roos, H., & Dahlberg, L. E. (2008). Prevalence of tibiofemoral osteoarthritis 15 years after nonoperative treatment of anterior cruciate ligament injury: A prospective cohort study. *American Journal of Sports Medicine, 36*(9), 1717-1725.
12. Øiestad, B. E., Holm, I., Aune, A. K., Gunderson, R., Myklebust, G., Engebretsen, L., Aarsland Fosdahl, M., & Risberg, M. A. (2010). Knee Function and Prevalence of Knee Osteoarthritis After Anterior Cruciate Ligament Reconstruction: A Prospective Study With 10 to 15 Years of Follow-up. *American Journal of Sports Medicine, 38*(11), 2201-2210.
13. Roos, H., Lindberg, H., Gärdsell, P., Lohmander, L. S., & Wingstrand, H. (1994). The Prevalence of Gonarthrosis and Its Relation to Meniscectomy in Former Soccer Players. *American Journal of Sports Medicine, 22*(2), 219-222.

Alignement

Motif de rejet: Le devis ne répondait pas à nos critères (éditorial, revue de la littérature, etc.) (n=21)

1. Berry, P. A., Teichtahl, A. J., Wluka, A. E., & Cicuttini, F. M. (2007). The role of biomechanical factors on patellofemoral osteoarthritis. *Current Rheumatology Reviews, 3*(2), 123-127.
2. Bierma-Zeinstra, S. M. A., & Koes, B. W. (2007). Risk factors and prognostic factors of hip and knee osteoarthritis. *Nature Clinical Practice Rheumatology, 3*(2), 78-85.
3. Cheung, P. P., Gossec, L., & Dougados, M. (2010). What are the best markers for disease progression in osteoarthritis (OA)? *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology, 24*(1), 81-92.
4. Cibere, J., Zhang, H., Thorne, A., Wong, H., Singer, J., Kopec, J. A., Guermazi, A., Peterfy, C., Nicolaou, S., Munk, P. L., & Esdaile, J. M. (2010). Association of clinical findings with pre-radiographic and radiographic knee osteoarthritis in a population-based study. *Arthritis care & research, 62*(12), 1691-1698.
5. Eckhoff, D. G. (1994). Effect of limb malrotation on malalignment and osteoarthritis. *Orthopedic Clinics of North America, 25*(3), 405-414.
6. Englund, M. (2010). The role of biomechanics in the initiation and progression of OA of the knee. *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology, 24*(1), 39-46.
7. Felson, D. T. (2004). An update on the pathogenesis and epidemiology of osteoarthritis. *Radiologic Clinics of North America, 42*(1), 1-9.
8. Gross, K. D., & Hunter, D. J. (2006). Osteoarthritis of the knee. *Geriatrics and Aging, 9*(8), 526-534.
9. Hunter, D. J., March, L., & Sambrook, P. N. (2002). Knee osteoarthritis: The influence of environmental factors. *Clinical and Experimental Rheumatology, 20*(1), 93-100.
10. Issa, S. N., & Sharma, L. (2006). Epidemiology of osteoarthritis: An update. *Current Rheumatology Reports, 8*(1), 7-15.
11. Jackson, B. D., Wluka, A. E., Teichtahl, A. J., Morris, M. E., & Cicuttini, F. M. (2004). Reviewing knee osteoarthritis - A biomechanical perspective. *Journal of Science and Medicine in Sport, 7*(3), 347-357.
12. Lohmander, L. S., & Felson, D. (2004). Can we identify a 'high risk' patient profile to determine who will experience rapid progression of osteoarthritis? *Osteoarthritis and Cartilage, 12*(SUPLL.), S49-S52.
13. Neame, R., & Doherty, M. (2005). Osteoarthritis update. *Clinical Medicine, Journal of the Royal College of Physicians of London, 5*(3), 207-210.
14. Neogi, T., & Zhang, Y. (2011). Osteoarthritis prevention. *Current Opinion in Rheumatology, 23*(2), 185-191.
15. Omori, G. (2005). Epidemiology of knee osteoarthritis. *Acta Medica et Biologica, 53*(1), 1-11.
16. Sharma, L. (2001). Local factors in osteoarthritis. *Current Opinion in Rheumatology, 13*(5), 441-446.
17. Sharma, L. (2004). The Role of Proprioceptive Deficits, Ligamentous Laxity, and Malalignment in Development and Progression of Knee Osteoarthritis. *Journal of Rheumatology, 31*(SUPPL. 70), 87-92.

18. Sharma, L., Kapoor, D., & Issa, S. (2006). Epidemiology of osteoarthritis: An update. *Current Opinion in Rheumatology, 18*(2), 147-156.
19. Walker, E. A., Davis, D., & Mosher, T. J. (2011). Rapidly progressive osteoarthritis: Biomechanical considerations. *Magnetic Resonance Imaging Clinics of North America, 19*(2), 283-294.
20. Zhang, Y., & Jordan, J. M. (2008). Epidemiology of osteoarthritis. *Rheumatic Diseases Clinics of North America, 34*(3), 515-529.
21. Zhang, Y., & Jordan, J. M. (2010). Epidemiology of osteoarthritis. *Clinics in Geriatric Medicine, 26*(3), 355-369.

Motif de rejet: Caractérisation de l'AG non satisfaisante (auto-rapportée, manifestation de la maladie étudiée, etc.) (n=9)

22. Cerejo, R., Dunlop, D. D., Cahue, S., Channin, D., Song, J., & Sharma, L. (2002). The influence of alignment on risk of knee osteoarthritis progression according to baseline stage of disease. *Arthritis & Rheumatism, 46*(10), 2632-2636.
23. Chang, A., Hayes, K., Dunlop, D., Hurwitz, D., Song, J., Cahue, S., Genge, R., & Sharma, L. (2004). Thrust during ambulation and the progression of knee osteoarthritis. *Arthritis and Rheumatism, 50*(12), 3897-3903.
24. Felson, D. T., Goggins, J., Niu, J., Zhang, Y., & Hunter, D. J. (2004). The effect of body weight on progression of knee osteoarthritis is dependent on alignment. *Arthritis and Rheumatism, 50*(12), 3904-3909.
25. Flavahan, N. A., Flavahan, S., Liu, Q., Wu, S., Tidmore, W., Wiener, C. M., Spence, R. J., & Wigley, F. M. (2000). The association between varus-valgus alignment and patellofemoral osteoarthritis. *Arthritis and Rheumatism, 43*(8), 1874-1880.
26. Hunter, D. J., Zhang, Y. Q., Niu, J. B., Felson, D. T., Kwoh, K., Newman, A., Kritchevsky, S., Harris, T., Carbone, L., & Nevitt, M. (2007). Patella malalignment, pain and patellofemoral progression: the Health ABC Study. *Osteoarthritis & Cartilage, 15*(10), 1120-1127.
27. Mijiyawa, M., & Ekoue, K. (1993). Osteoarthritis of limbs in hospital practice in Lomé (Togo). *Revue du Rhumatisme (Édition française), 60*(7-8), 514-517.
28. Pan, J., Stehling, C., Muller-Hocker, C., Schwaiger, B. J., Lynch, J., McCulloch, C. E., Nevitt, M. C., & Link, T. M. (2011). Vastus lateralis/vastus medialis cross-sectional area ratio impacts presence and degree of knee joint abnormalities and cartilage T2 determined with 3T MRI - an analysis from the incidence cohort of the Osteoarthritis Initiative. *Osteoarthritis Cartilage, Vol. 19*(1)
29. Said, G. Z., & Hafez, A. (1975). Genu varum and external genicular torsion deformities and their relationship to gonarthrosis in Egypt. *Journal of the Egyptian Medical Association, 58*(1-2), 36-44.
30. Sharma, L., Song, J., Felson, D. T., Cahue, S., Shamiyeh, E., & Dunlop, D. D. (2001). The role of knee alignment in disease progression and functional decline in knee osteoarthritis. *Journal of the American Medical Association, 286*(2), 188-195.

Motif de rejet : Étude non analytique (pas de *odds ratio* ou de calcul de risque relatif; on ne parle que d'associations) (n = 2)

31. Cooke, D. T., Harrison, L., Khan, B., Scudamore, A., & Chaudhary, A. M. (2002). Analysis of limb alignment in the pathogenesis of osteoarthritis: A comparison of Saudi Arabian and Canadian cases. *Rheumatology International, 22*(4), 160-164.
32. Shiozaki, H., Koga, Y., Omori, G., Yamamoto, G., & Takahashi, H. E. (1999). Epidemiology of osteoarthritis of the knee in a rural Japanese population. *The Knee, 6*(3), 183-188.

<u>Force des quadriceps</u>

Motif de rejet: Le devis ne répondait pas à nos critères (éditorial, revue de la littérature, etc.) (n=20)

1. Arden, N., & Nevitt, M. C. (2006). Osteoarthritis: Epidemiology. *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology, 20*(1), 3-25.
2. Bennell, K. L., Hunt, M. A., Wrigley, T. V., Lim, B.-W., & Hinman, R. S. (2008). Role of muscle in the genesis and management of knee osteoarthritis. *Rheumatic Diseases Clinics of North America, 34*(3), 731-754.
3. Bierma-Zeinstra, S. M. A., & Koes, B. W. (2007). Risk factors and prognostic factors of hip and knee osteoarthritis. *Nature Clinical Practice Rheumatology, 3*(2), 78-85.
4. Brandt, K. D., Dieppe, P., & Radin, E. L. (2008). Etiopathogenesis of Osteoarthritis. *Rheumatic Disease Clinics of North America, 34*(3), 531-559.
5. Cheung, P. P., Gossec, L., & Dougados, M. (2010). What are the best markers for disease progression in osteoarthritis (OA)? *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology, 24*(1), 81-92.
6. Cibere, J., Zhang, H., Thorne, A., Wong, H., Singer, J., Kopec, J. A., Guermazi, A., Peterfy, C., Nicolaou, S., Munk, P. L., & Esdaile, J. M. (2010). Association of clinical findings with pre-radiographic and radiographic knee osteoarthritis in a population-based study. *Arthritis care & research, 62*(12), 1691-1698.
7. Cimmino, M. A., & Parodi, M. (2004). Risk factors for osteoarthritis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism, 34*(2 SUPPL.), 29-34.
8. Das, S. K., & Farooqi, A. (2008). Osteoarthritis. *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology, 22*(4), 657-675.
9. Felson, D. T. (2004). An update on the pathogenesis and epidemiology of osteoarthritis. *Radiologic Clinics of North America, 42*(1), 1-9.
10. Felson, D. T., & Zhang, Y. (1998). An update on the epidemiology of knee and hip osteoarthritis with a view to prevention. *Arthritis and Rheumatism, 41*(8), 1343-1355.
11. Garstang, S. V., & Stitik, T. P. (2006). Osteoarthritis: Epidemiology, risk factors, and pathophysiology. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation, 85*(11 SUPPL.), S2-S12.
12. Issa, S. N., & Sharma, L. (2006). Epidemiology of osteoarthritis: An update. *Current Rheumatology Reports, 8*(1), 7-15.
13. Jackson, B. D., Wluka, A. E., Teichtahl, A. J., Morris, M. E., & Cicuttini, F. M. (2004). Reviewing knee osteoarthritis - A biomechanical perspective. *Journal of Science and Medicine in Sport, 7*(3), 347-357.
14. Neame, R., & Doherty, M. (2005). Osteoarthritis update. *Clinical Medicine, Journal of the Royal College of Physicians of London, 5*(3), 207-210.
15. Omori, G. (2005). Epidemiology of knee osteoarthritis. *Acta Medica et Biologica, 53*(1), 1-11.
16. Roos, E. M., Herzog, W., Block, J. A., & Bennell, K. L. (2011). Muscle weakness, afferent sensory dysfunction and exercise in knee osteoarthritis. *Nature Reviews Rheumatology, 7*(1), 57-63.
17. Sharma, L. (2001). Local factors in osteoarthritis. *Current Opinion in Rheumatology, 13*(5), 441-446.
18. Sharma, L., Kapoor, D., & Issa, S. (2006). Epidemiology of osteoarthritis: An update. *Current Opinion in Rheumatology, 18*(2), 147-156.
19. Zhang, Y., & Jordan, J. M. (2008). Epidemiology of osteoarthritis. *Rheumatic Diseases Clinics of North America, 34*(3), 515-529.
20. Zhang, Y., & Jordan, J. M. (2010). Epidemiology of osteoarthritis. *Clinics in Geriatric Medicine, 26*(3), 355-369.

Motif de rejet: Caractérisation de l'AG non satisfaisante (auto-rapportée, manifestation de la maladie étudiée, etc.) (n=2)

21. Sharma, L., Dunlop, D., Cahue, S., Song, J., & Hayes, K. (2003). Quadriceps strength and osteoarthritis progression in malaligned and lax knees. *Annals of Internal Medicine, 138*(8), 613-619.
22. Thorstensson, C. A., Petersson, I. F., Jacobsson, L. T. H., Boegård, T. L., & Roos, E. M. (2004). Reduced functional performance in the lower extremity predicted radiographic knee osteoarthritis five years later. *Annals of the Rheumatic Diseases, 63*(4), 402-407.

Motif de rejet : Étude non analytique (pas de *odds ratio* ou de calcul de risque relatif; on ne parle que d'associations) (n = 3)

23. Brandt, K. D., Heilman, D. K., Slemenda, C., Katz, B. P., Mazzuca, S. A., Braunstein, E. M., & Byrd, D. (1999). Quadriceps strength in women with radiographically progressive osteoarthritis of the knee and those with stable radiographic changes. *Journal of Rheumatology, 26*(11), 2431-2437.
24. Keays, S. L., Newcombe, P. A., Bullock-Saxton, J. E., Bullock, M. I., & Keays, A. C. (2010). Factors involved in the development of osteoarthritis after anterior cruciate ligament surgery. *American Journal of Sports Medicine, 38*(3), 455-463.
25. Slemenda, C., Heilman, D. K., Brandt, K. D., Katz, B. P., Mazzuca, S. A., Braunstein, E. M., & Byrd, D. (1998). Reduced quadriceps strength relative to body weight: a risk factor for knee osteoarthritis in women? *Arthritis & Rheumatism, 41*(11), 1951-1959.

<u>Lésions et œdème de la moelle osseuse</u>

Motif de rejet: Le devis ne répondait pas à nos critères (éditorial, revue de la littérature, etc.) (n=1)

1. Issa, S. N., & Sharma, L. (2006). Epidemiology of osteoarthritis: An update. *Current Rheumatology Reports, 8*(1), 7-15.

Motif de rejet: Caractérisation de l'AG non satisfaisante (auto-rapportée, manifestation de la maladie étudiée, etc.) (n=2)

2. Felson, D. T., McLaughlin, S., Goggins, J., LaValley, M. P., Gale, M. E., Totterman, S., Li, W., Hill, C., & Gale, D. (2003). Bone marrow edema and its relation to progression of knee osteoarthritis. *Annals of Internal Medicine, 139*(5 Pt 1), 330-336.
3. Raynauld, J. P., Martel-Pelletier, J., Berthiaume, M. J., Beaudoin, G., Choquette, D., Haraoui, B., Tannenbaum, H., Meyer, J. M., Beary, J. F., Cline, G. A., & Pelletier, J. P. (2006). Long term evaluation of disease progression through the quantitative magnetic resonance imaging of symptomatic knee osteoarthritis patients: Correlation with clinical symptoms and radiographic changes. *Arthritis Research and Therapy, 8*(1)

<u>Proprioception</u>

Motif de rejet: Le devis ne répondait pas à nos critères (éditorial, revue de la littérature, etc.) (n=6)

1. Bennell, K. L., Hunt, M. A., Wrigley, T. V., Lim, B.-W., & Hinman, R. S. (2008). Role of muscle in the genesis and management of knee osteoarthritis. *Rheumatic Diseases Clinics of North America, 34*(3), 731-754.
2. Felson, D. T. (2004). An update on the pathogenesis and epidemiology of osteoarthritis. *Radiologic Clinics of North America, 42*(1), 1-9.
3. Jackson, B. D., Wluka, A. E., Teichtahl, A. J., Morris, M. E., & Cicuttini, F. M. (2004). Reviewing knee osteoarthritis - A biomechanical perspective. *Journal of Science and Medicine in Sport, 7*(3), 347-357.
4. Roos, E. M., Herzog, W., Block, J. A., & Bennell, K. L. (2011). Muscle weakness, afferent sensory dysfunction and exercise in knee osteoarthritis. *Nature Reviews Rheumatology, 7*(1), 57-63.
5. Sharma, L. (2001). Local factors in osteoarthritis. *Current Opinion in Rheumatology, 13*(5), 441-446.
6. Sharma, L. (2004). The Role of Proprioceptive Deficits, Ligamentous Laxity, and Malalignment in Development and Progression of Knee Osteoarthritis. *Journal of Rheumatology, 31*(SUPPL. 70), 87-92.

5. DESCRIPTION DÉTAILLÉE DES OUTILS PRÉSENTÉS

Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC) Développé pour «Douleur», «Activités» et «Participation»	
But:	Évaluer et quantifier différentes problématiques rencontrées dans le cadre d'arthrose du genou et de la hanche.
Contenu:	Questions concernant le niveau de douleur, d'incapacités et de raideur articulaire ressentis
Catégories de la CIF	Fonctions organiques Activités et Participation
Variables étudiées	Douleur (5 items) incapacités (17 items) Raideur articulaire (2 items)
Nombre d'items	24
Échelle/choix de réponse	Comporte les 2 formes
Période de rappel	Le jour même
Mode d'administration	Auto-administré (le questionnaire comporte une feuille d'instruction) (Peut aussi être administré de façon téléphonique)
Cotation	*Score si version choix de réponse :* Aucun = 0 Léger = 1 Modéré = 2 Sévère = 3 Extrême = 4 *Score si échelle visuelle analogue :* Poser un trait sur une échelle (mm)
Interprétation des résultats	Score total minimum = 0 Score total maximum = 96 *Score si version choix de réponse :* Sous-scores selon les dimensions: Score maximal douleur = 20 Score maximal raideur = 8 Score maximal fonction physique = 68 Les scores bruts sont par la suite normalisés en multipliant chaque score par 100/96. Ceci produit un score de WOMAC entre 0 (très bon état) et 100 (état sévère) *Score si échelle visuelle analogue :* Sommation des différents items en mm
Temps d'administration	10-15 minutes
Temps requis pour l'analyse des résultats	5-10 minutes
Traduction et adaptation	Adapté et traduit dans 90 langues
Versions *(ex : touch screen, likert, VAS, NAS)*	Comprend différentes versions: 5-point Likert 100mm visuelle analogue Échelle numérique de 11 points (11-box NRS)
Comment se le procurer	Pour plus d'informations visitez : http://www.womac.org/

Sources : http://www.womac.org/womac/index.htm et www.cebp.nl/vault_public/filesystem/?ID=1482
http://instruct.uwo.ca/kinesiology/9641/Assessments/Biological/WOMAC.html
http://www.rheumatology.org/practice/clinical/clinicianresearchers/outcomes-instrumentation/WOMAC.asp Article : Basaran, S., et al., Validity, reliability, and comparison of the WOMAC osteoarthritis index and Lequesne algofunctional index in Turkish patients with hip or knee osteoarthritis. Clinical Rheumatology, 2010. ***29****(7): p. 749-756.*

Lequesne Algofunctional Index (LAI) Développé pour «Activités»	
But:	Index de sévérité de l'arthrose utilisé dans le cadre d'arthrose de la hanche ou du genou. Cet outil peut aussi être utilisé pour évaluer l'efficacité d'interventions
Contenu:	Questions concernant le niveau de douleur, la distance de marche et la réalisation d'activités de la vie quotidienne
Catégories de la CIF	Fonctions organiques Activités et Participation
Variables étudiées	Douleur (5 items) Distance maximale parcourue (1 item) AVQ (4 items)
Nombre d'items	11 items
Échelle/choix de réponse	Choix de réponse/Échelle semi-quantitative
Période de rappel	Information non-disponible
Mode d'administration	Développé sous forme d'interview, mais possibilité d'être auto-administré.
Cotation	Chaque question comporte des choix de réponse et chaque item de réponse correspond à un pointage. Pointage minimal pour chaque section = 0 Pointage maximal pour chaque section = 8 Score maximal = 24
Interprétation des résultats	Score / importance du handicap 0 = aucun handicap 1-4 = handicap léger 5-7 = handicap modéré 8-10 = handicap important 11-13 = handicap très important > = 14 = handicap extrêmement important L'outil dans sa forme originale suggère aussi l'indication possible d'une chirurgie lorsqu'un score de 8 est atteint.
Temps d'administration	2-5 minutes
Temps requis pour l'analyse des résultats	5-10 minutes
Traduction et adaptation	Adaptation et traduction dans plus de cinq langues (notamment en français, en anglais, en allemand, en turc et en koréen).
Versions *(ex : touch screen, likert, VAS, NAS)*	Version touch screen pour iPod, iPhone et iPad disponible.
Comment se le procurer	Visiter le site internet de l'OARSI.

Sources : http://www.oarsi.org/pdfs/pain_indexes/Lequesne_index.pdf
Indexes of Severity for Osteoarthritis of the Hip and Knee par Lequesne et al. 1987
Articles : Guermazi, M., et al., Translation, adaptation and validation of the Western Ontario and McMaster Universities osteoarthritis index (WOMAC) for an Arab population: The Sfax modified WOMAC. Osteoarthritis and Cartilage, 2004. 12(6): p. 459-468.
Stucki, G., et al., Comparison of the WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities) osteoarthritis index and a self-report format of the self-administered Lequesne-Algofunctional index in patients with knee and hip osteoarthritis.[see comment]. Osteoarthritis & Cartilage, 1998. 6(2): p. 79-86.
Nilsdotter, A. and A. Bremander, Measures of hip function and symptoms: Harris Hip Score (HHS), Hip Disability and Osteoarthritis Outcome Score (HOOS), Oxford Hip Score (OHS), Lequesne Index of Severity for Osteoarthritis of the Hip (LISOH), and American Academy of Orthopedic Surgeons (AAOS) Hip and Knee Questionnaire. Arthritis Care & Research, 2011. 63 Suppl 11: p. S200-S207.

Human Activity Profile (HAP) Développé pour «Activités»	
But:	Mesurer les activités de patients souffrant de maladies pulmonaires obstructives chroniques. Une validation auprès d'autres populations a été réalisée par la suite.
Contenu:	94 activités de la vie quotidienne listées en ordre ascendant en fonction du niveau d'énergie requis pour les effectuer.
Catégories de la CIF	Fonctions organiques Activités et participation
Variables étudiées	Soins personnels Travail domestique Activités sociales et de loisir Réalisations indépendantes
Nombre d'items	94 reliés aux activités, 8 reliés à la dyspnée
Échelle/choix de réponse	Échelle sur 3 points pour la section activités («toujours capable de réaliser», «ayant arrêté d'être réalisé», «activité n'ayant jamais été réalisée») Échelle sur 4 points pour la section dyspnée
Période de rappel	N/A
Mode d'administration	Auto-administré
Cotation	Pour chaque activité listée, les répondants doivent indiquer s'ils sont : 1 – Capables d'effectuer l'activité sans aide 2 – Ont arrêté d'effectuer l'activité 3 – N'ont jamais effectué l'activité Le pointage accordé à chaque item est par la suite additionné.
Interprétation des résultats	Deux scores globaux sont calculés : 1) Score d'activité maximale : tâche la plus exigeante que le patient est capable d'effectuer 2) Score d'activité ajusté : dérivé par la soustraction de la quantité d'activités que le patient n'est plus capable de réaliser au score d'activité maximale Un score d'activité ajusté de < 53 = déficient ; 53-74 = modérément actif ; > 74 = actif
Temps d'administration	5 à 7 minutes
Temps requis pour l'analyse des résultats	1 minute
Traduction et adaptation	Information non-disponible
Versions *(ex : touch screen, likert, VAS, NAS)*	Information non-disponible
Comment se le procurer	Items évalués disponibles dans la revue systématique de Davidson et coll. (2007)

Sources : http://qol.thoracic.org/sections/instruments/fj/pages/adapt.html

Articles : Bennell, K.L., et al., Is the Human Activity Profile a useful measure in people with knee osteoarthritis? Journal of Rehabilitation Research and Development, 2004. ***41****(4): p. 621-629.*

Davidson, M. and N. de Morton, A systematic review of the Human Activity Profile. Clinical Rehabilitation, 2007. ***21****(2): p. 151-162.*

Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) Développé pour «Douleur», «Activités» et «Participation»	
But:	Instrument développé pour évaluer l'importance de la pathologie selon l'individu (importance des problèmes de genou et d'autres problèmes associés).
Contenu:	Questions spécifiques à l'AG concernant l'impact des symptômes (douleur et autres) et de la maladie sur la fonction ainsi que sur la qualité de vie.
Catégories de la CIF	Fonctions organiques Activités et Participation
Variables étudiées	Douleur (9 items) Autres symptômes (7 items) Fonction (AVQ (17 items), sports et activités de récréation (5 items)) Qualité de vie reliée au genou (4 items)
Nombre d'items	42 items
Échelle/choix de réponse	Choix de réponse (5 échelles de Likert), chaque question peut avoir un score de 1 à 4.
Période de rappel	Huit derniers jours
Mode d'administration	Auto-administré
Cotation	Pour savoir le score de chaque item : 100 - (score moyen x 100 /4)
Interprétation des résultats	Un score de 100 indique l'absence de problèmes et un score de 0 indique des problèmes importants. **Il est à noter que le score total n'est pas calculé…les auteurs mentionnent qu'il serait préférable d'analyser et d'interpréter les 5 dimensions séparément.*
Temps d'administration	10 minutes
Temps requis pour l'analyse des résultats	10-15 minutes
Traduction et adaptation	Disponible dans une quinzaine de langues (anglais, allemand, cantonais, croate, tchèque, danois, polonais, estonien, français, perse, russe, espagnol, thaï, turc, ukrainien)
Versions *(ex : touch screen, likert, VAS, NAS)*	Non-disponibles pour le moment.
Comment se le procurer	http://www.koos.nu/ (questionnaire du domaine public)

Source : http://www.koos.nu/

Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score – Physical Function Short Form (KOOS-PS) Développé pour «Activités» et «Participation»	
But:	Instrument développé en version courte pour faciliter l'utilisation.
Contenu:	Questions sommaires adressant la douleur et la fonction (plus particulièrement l'incapacité à réaliser certaines tâches/activités de la vie quotidienne).
Catégories de la CIF	Fonctions organiques Activités et Participation
Variables étudiées	Fonction physique Activités de la vie quotidienne Douleur
Nombre d'items	7 items
Échelle/choix de réponse	Choix de réponse (5 Likert boxes), chaque question peut avoir un score de 1 à 4
Période de rappel	8 derniers jours
Mode d'administration	Auto-administré
Cotation	Chaque item est coté de ''aucun'' à ''extrême''. Chaque élément de réponse correspond à une cotation.
Interprétation des résultats	Un score de 100 indique des problèmes (incapacité/douleur) importants et un score de 0 en indique l'absence Tous additionnés, les items peuvent donner un score sur 28, ce dernier peut ensuite être remis sur 100
Temps d'administration	10 minutes
Temps requis pour l'analyse des résultats	10 minutes
Traduction et adaptation	Disponible en plus de quinze langues (anglais, allemand, cantonais, croate, tchèque, danois, polonais, estonien, français, perse, russe, espagnol, thaï, turc, ukrainien)
Versions (ex : touch screen, likert, VAS, NAS)	Information non-disponible
Comment se le procurer	http://www.koos.nu/ (questionnaire du domaine public)

Sources : http://www.koos.nu/

Article : Bond, M., et al., Responsiveness of the OARSI-OMERACT osteoarthritis pain and function measures. Osteoarthritis and Cartilage, 2012. ***20****(6): p. 541-547.*

Walking Impairment Questionnaire (WIQ) Développé pour «Activités»	
But:	Développé pour les individus souffrant de maladie vasculaire périphérique afin de mesurer leur perception de leur distance de marche, leur vitesse de marche et leur capacité à monter des escaliers.
Contenu:	Questions adressant diverses composantes du niveau d'activité physique de l'individu à l'étude.
Catégories de la CIF	Activités et Participation
Variables étudiées	Distance de marche (7 items) Vitesse de marche (4 items) Capacité à monter des escaliers (3 items)
Nombre d'items	14 items avec 3 sous-échelles (voir ci-haut) (présence de 3 autres sous-échelles additionnelles relatives à la MVP ainsi qu'en guise de diagnostic différentiel pour exclure toute autre cause de déficits de marche)
Échelle/choix de réponse	Échelle de Likert sur 4
Période de rappel	La dernière semaine.
Mode d'administration	Auto-administré ou administré par un évaluateur
Cotation	4 = aucune 3 = légère 2 = un peu 1 = beaucoup de difficulté 0 = incapable
Interprétation des résultats	Multiplication du niveau de difficulté par un nombre prédéfini représentant la distance (en pieds), la vitesse (en miles/h) ou les marches montées (quantité). Le nombre dérivé est ensuite divisé par le score total possible. Il est possible de multiplier par 100 pour obtenir un pourcentage. Chaque score va de 0 à 100 (les scores inférieurs indiquant une performance moindre).
Temps d'administration	5-10 minutes
Temps requis pour l'analyse des résultats	10-20 minutes
Traduction et adaptation	Adaptations et traductions en plusieurs langues disponibles (anglais, français, allemand, cantonnais).
Versions *(ex : touch screen, likert, VAS, NAS)*	Information non-disponible
Comment se le procurer	Questionnaire disponible dans l'article de Sagar et coll. (2012)

Sources : http://www.cardiacstudycenter.com/pages/pdf/2010/Dr.Lee-Walking-Impairment-Questionnaire.pdf

Articles : Collins, E., et al., Evaluation of psychometric properties of Walking Impairment Questionnaire in overweight patients with osteoarthritis of knee. Journal of Rehabilitation Research and Development, 2008. ***45****(4): p. 559-566.*

Sagar, S.P., et al., Further clinical validation of the walking impairment questionnaire for classification of walking performance in patients with peripheral artery disease. International Journal Of Vascular Medicine, 2012. ***2012****: p. 190641-190641.*

Oxford Knee Score (OKS) ou Oxford 12-item Knee Score ou Oxford Knee Questionnaire Développé pour «Douleur», «Activités» et «Participation»	
But:	Évaluation de la fonction et de la douleur (qualité de vie) post-arthroplastie.
Contenu:	Questions concernant les symptômes dont l'individu souffrant d'AG est affecté, ainsi que les impacts de ceux-ci sur le niveau de fonction.
Catégories de la CIF	Fonctions organiques Activités et Participation
Variables étudiées	Douleur Raideur et autres symptômes Distance de marche AVQ (soins personnels, transferts) AVD
Nombre d'items	12
Échelle/choix de réponse	Échelle de Likert de 5 points (allant notamment de : «aucune difficulté» à «incapable de faire l'activité» et de «aucuns symptômes» à «symptômes sévères»).
Période de rappel	Dans les 4 dernières semaines.
Mode d'administration	Auto-administré
Cotation	Échelle de Likert de 5 items, chaque item est par la suite pondéré d'une façon particulière (information relative à la pondération non-disponible).
Interprétation des résultats	La méthode de cotation ainsi que d'interprétation des résultats présente beaucoup de variations selon les auteurs. Par exemple : Un score de 12 indique un niveau fonctionnel optimal Un score de 60 indique un niveau fonctionnel inadéquat OU Lorsque chaque item a un score de 0 à 4 (4 étant le plus haut pointage), un score total de 0 indique un niveau fonctionnel inadéquat. Un score de 48 indique un niveau fonctionnel optimal. Le score de 12 à 60 pourrait être convertit en score de 0 à 48 et vice versa en faisant la soustraction du score final de 60. Un score sur 0 à 100 pourrait aussi être obtenu (0 indiquant le niveau fonctionnel optimal). Certains auteurs recommandent donc l'utilisation du score de 0 à 48 pour faciliter le traitement de l'information.
Temps d'administration	Information non-disponible
Temps requis pour l'analyse des résultats	Information non-disponible
Traduction et adaptation	Dans plusieurs langues (notamment l'anglais (Angleterre et É-U), le polonais et l'espagnol, le thaï, le cantonnais, le suédois et l'allemand).
Versions (ex : touch screen, likert, VAS, NAS)	Information non-disponible
Comment se le procurer	Information non-disponible

Sources : http://www.orthopaedicscore.com/scorepages/oxford_knee_score.html
http://www.isis-innovation.com/outcomes/orthopaedic/oks.html

*Articles : Ko, Y., et al., Rasch analysis of the Oxford Knee Score. Osteoarthritis and Cartilage, 2009. **17**(9): p. 1163-1169.*
*Xie, F., et al., Extension from inpatients to outpatients: Validity and reliability of the Oxford Knee Score in measuring health outcomes in patients with knee osteoarthritis. International Journal of Rheumatic Diseases, 2011. **14**(2): p. 206-210.*
*Padua, R., et al., The Italian version of the Oxford 12-item Knee Questionnaire-cross-cultural adaptation and validation. International Orthopaedics, 2003. **27**(4): p. 214-6.*
*Murray, D.W., et al., The use of the Oxford hip and knee scores. The Journal Of Bone And Joint Surgery. British Volume, 2007. **89**(8): p. 1010-1014.*

(American) Knee Society Clinical Rating System (AKSS or KSS) Développé pour «Activités»	
But:	Outil développé pour permettre aux cliniciens et chercheurs d'évaluer l'efficacité d'interventions chirurgicales ou non pour diverses pathologies du genou.
Contenu:	Deux sections : «Knee score» (incluant de l'information objective) «Function score» (incluant de l'information sur le niveau de fonction de l'individu ayant un problème au genou).
Catégories de la CIF	Fonctions organiques Activités et Participation
Variables étudiées	Douleur Amplitude articulaire Stabilité antéro-postérieure et médio-latérale Alignement articulaire Distance de marche Capacité à monter des escaliers Utilisation d'un aide à la marche
Nombre d'items	Knee Score = 6 items Function Score = 3 items
Échelle/choix de réponse	Choix de réponse
Période de rappel	Quatre dernières semaines.
Mode d'administration	Administration par un thérapeute.
Cotation	Nombre de points par item : Douleur : Aucune = 50 ; Légère ou occasionnelle = 45 ; Légère ou occasionnelle lors de la montée d'escaliers = 40 ; Légère ou occasionnelle lors de la marche et de la monte d'escaliers = 40 ; modérée occasionnelle = 20 ; modérée continue = 10 ; sévère = 0 Amplitude articulaire : 5° = 1 point ; total sur 25 Stabilité antéro-postérieure : <5mm = 10 ; 5-10mm = 5 ; 10mm = 0 Stabilité médiolatérale : <5° = 15 ; 6°-9° = 10 ; 10°-14° = 5 ; 15° = 0 Contracture en flexion : 5°-10° = -2 ; 10°-15° = -5 ; 16°-20° = -10 ; >20° = -15 «Extension lag» : <10° = -5 ; 10°-20° = -10 ; >20° = -15 Alignement : 5°-10° = 0 ; 0°-4° = 3 points pour chaque degré ; 11°-15° = 3 points pour chaque degré Marche : Non-limitée = 40 ; >10 pâtés de maison = 30 ; 5-10 pâtés de maison = 20 ; <5 pâtés de maison = 10 ; incapable de sortir du domicile = 0 Escaliers : Normalement (montée et descente) = 50 ; Normalement (montée), descente avec main courante = 40 ; Montée et descente avec main courante = 30 ; Montée avec main courante, incapable de descendre = 15 ; Incapable = 0 Utilisation d'un aide technique : Canne = -5 ; Deux cannes = -10 ; Béquilles ou marchette = -20
Interprétation des résultats	Comporte 2 scores : score du genou et score de fonction (chacun sur une échelle de 0 à 100) Score de 80-100 = Excellent Score de 70-79 = Bien Score de 60-69 = Modéré Score sous 60 = Pauvre
Temps d'administration	Information non-disponible
Temps requis pour l'analyse des résultats	5 minutes
Traduction et adaptation	Traduction dans plus de six langues.
Versions *(ex : touch screen, likert, VAS, NAS)*	Information non-disponible
Comment se le procurer	Site internet : www.kneesociety.org

Sources : http://www.orthopaedicscore.com/scorepages/knee_society_score.html
www.kneesociety.org
http://www.kneesociety.org/web/pdfs/knee_society_rationale_article.pdf
Article : Lingard, E., et al., Validity and responsiveness of the Knee Society Clinical Rating System in comparison with the SF-36 and WOMAC. Journal of Bone and Joint Surgery (American), 2001. ***83****(12): p. 1856-64.*

Aggregated Locomotor Function Score (ALF) Développé pour «Activités»	
But:	Mesure objective de tâches réalisées quotidiennement afin de déterminer le niveau de fonction de l'individu.
Contenu:	Trois tâches de locomotion : - Temps de marche (test sur 8 mètres) - Temps pour monter et descendre des marches (test sur 7 marches avec mains courantes) - Temps pris pour passer de la position assise à debout
Catégories de la CIF	Activités et Participation
Variables étudiées	Marche (temps) Montée et descente des escaliers (temps) Transfert assis-debout (temps)
Nombre d'items	Trois items/tâches
Échelle/choix de réponse	N/A
Période de rappel	N/A
Mode d'administration	Par thérapeute
Cotation	Sommation des temps moyens en secondes pris pour les trois tâches (trois essais pour la marche et le transfert, quatre pour les escaliers).
Interprétation des résultats	Information non-disponible
Temps d'administration	Information non-disponible
Temps requis pour l'analyse des résultats	Information non-disponible
Traduction et adaptation	N/A
Versions *(ex : touch screen, likert, VAS, NAS)*	N/A
Comment se le procurer	Information non-disponible

Source : McCarthy, C.J. and J.A. Oldham, The reliability, validity and responsiveness of an aggregated locomotor function (ALF) score in patients with osteoarthritis of the knee. Rheumatology, 2004. ***43****(4): p. 514-517.*

Arthritis Impact Measurement Scale (AIMS et AIMS2) Développé pour «Activités» et «Participation»	
But:	Il s'agit d'une mesure spécifique du bien-être physique, social et émotionnel chez les individus souffrant d'arthrite.
Contenu:	Douze échelles
Catégories de la CIF	Fonctions organiques Activités et Participation
Variables étudiées	Mobilité Activité physique (marcher, se pencher, soulever des charges) Dextérité Gestion de l'argent et des médicaments AVD Activités sociales AVQ Douleur Dépression et anxiété. (Plus spécifiquement le AIMS2 comporte la fonction du membre supérieur, le support social et le travail)
Nombre d'items	AIMS = 45 AIMS-SF = 18 AIMS2 = 78 AIMS2-SF = 26 *Exemple :* Concepts mesurés des 12 échelles du AIMS2 : Niveau de mobilité : 5 items Marcher et se pencher : 5 items Fonction de la main et des doigts : 5 items Fonction du bras : 5 items Soins personnels : 4 items AVD : 4 items Activités sociales : 5 items Support de la famille et des amis : 4 items Douleur arthritique : 5 items Travail : 5 items Niveau de tension : 5 items Humeur : 5 items Autres concepts mesurés (21 items restants) : Satisfaction en regard de chaque élément de la santé : 1 item Impact de l'arthrose sur les éléments de santé : 1 item 3 éléments qui devraient probablement s'améliorer : 1 item Santé présente et future : 5 items Impact global de l'arthrose : 3 items Médication : 1 item Co-morbidité : 3 items Statut socioéconomique : 6 items
Échelle/choix de réponse	Choix de réponse (de 0 à 5)/Échelle de Likert
Période de rappel	Dernier mois
Mode d'administration	Auto-administré
Cotation	L'addition de tous les scores donne le score global. Plus ce dernier est élevé, plus l'incapacité est élevée.
Interprétation des résultats	Score de 0 indique une qualité de vie élevée.
Temps d'administration	AIMS = 15 minutes AIMS-SF = 6-8 minutes AIMS2 = 20-30 minutes AIMS2-SF = 10 minutes
Temps requis pour l'analyse des résultats	10 minutes (si l'analyse est faite de façon informatique, le tout prend seulement quelques secondes)
Traduction et adaptation	Traduit en portugais, français (Canada), italien, espagnol, français (France), suédois, turc et norvégien

Versions (ex : touch screen, likert, VAS, NAS)	Comprend la version originale, la version courte, la version longue (AIMS2), la version courte du AIMS2 (AIMS2-SF), une version pédiatrique et une version aînés (Geri-AIMS)
Comment se le procurer	Information non-disponible

Sources : http://www.rheumatology.org/practice/clinical/clinicianresearchers/outcomes-instrumentation/AIMS.asp
Article : Mousavi, S.J., Translation and validation study of the Persian version of the Arthritis Impact Measurement Scales 2 (AIMS2) in patients with osteoarthritis of the knee. 2009.

World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHODAS-II) Développé pour «Activités» et «Participation»	
But:	Permet de déterminer un profil de fonctionnement dans 6 domaines. Ce test, développé par l'OMS, visait tout d'abord à identifier les besoins, coupler une intervention à un patient, suivre le fonctionnement dans le temps et à déterminer les mesures de résultat.
Contenu:	36 items répartis dans 6 domaines de la vie
Catégories de la CIF	Activités et Participation
Variables étudiées	Compréhension et communication : 6 items Mobilité : 5 items Soins personnels : 4 items Relations interpersonnelles : 5 items Activités : 8 items Participation : 8 items
Nombre d'items	Versions 36 et 12 items
Échelle/choix de réponse	Échelle à 5 points (1 = aucune difficulté ; 5 = difficulté extrême ou incapacité d'effectuer l'activité)
Période de rappel	30 derniers jours
Mode d'administration	Auto-administré et via interview
Cotation	Deux versions sont disponibles : la méthode simple et la plus complexe. Simple : Addition de tous les scores pour chaque item (score variant de 1 à 5 par item). Une moyenne peut être faite par la suite, suivie d'une transformation sur une échelle standard ou en pourcentage. Complexe : Prend en considération les niveaux de difficulté de chaque item ainsi que de l'importance des différents domaines. À cet effet, une analyse informatique est nécessaire
Interprétation des résultats	Le score total oscille entre 0 et 100 (un score plus haut reflétant une incapacité plus grande)
Temps d'administration	Version comportant 12 items = 5 minutes Version comportant 36 items = 20 minutes
Temps requis pour l'analyse des résultats	10-20 minutes
Traduction et adaptation	Disponible en plusieurs langues : arabe, français, hindou, mandarin, espagnol, yoruba, allemand, polonais, italien, romain, tamil, anglais, grec, russe, turc.
Versions *(ex : touch screen, likert, VAS, NAS)*	Versions auto-administrée, administrée par interview et administrée par procuration disponibles.
Comment se le procurer	Nécessité d'envoyer une demande pour le télécharger comme l'outil est encore en voie d'évaluation.

Sources : http://www.who.int/icidh/whodas/index.html

Articles : Kutlay, S., et al., Validation of the World Health Organization disability assessment schedule II (WHODAS-II) in patients with osteoarthritis. Rheumatology International, 2011. ***31****(3): p. 339-46.*

Öztuna, D., et al., An application of computerised adaptive testing for measuring health status in patients with knee osteoarthritis. Disability and Rehabilitation, 2010. ***32****(23): p. 1928-1938.*

Euro Quality Of Life Questionnaire (EQ-5D) Développé pour «Activités» et «Participation»	
But:	Compléter les autres mesures de qualité de vie.
Contenu:	Comprend six domaines
Catégories de la CIF	Activités et Participation Fonctions organiques
Variables étudiées	Mobilité Soins personnels Activités habituelles Douleur/inconfort Anxiété/dépression
Nombre d'items	5 items + EVA évaluant le niveau global de santé
Échelle/choix de réponse	Choix de réponse (pas de problème, quelques problèmes, problèmes extrêmes) et échelle (VAS).
Période de rappel	Le jour meme
Mode d'administration	Auto-administré
Cotation	Score de 0 à 100
Interprétation des résultats	Utilisation d'un «utility-weighted algorithm» pour la cotation
Temps d'administration	5 minutes
Temps requis pour l'analyse des résultats	5 minutes
Traduction et adaptation	Adapté et traduit dans plusieurs langues : allemand, anglais, finlandais, norvégien et suédois.
Versions (ex : touch screen, likert, VAS, NAS)	Information non-disponible
Comment se le procurer	Nécessité de s'enregistrer pour obtenir l'autorisation d'utiliser le questionnaire

Sources : http://www.euroqol.org/

Articles : Brazier, J.E., et al., Generic and condition-specific outcome measures for people with osteoarthritis of the knee. Rheumatology, 1999. ***38****(9): p. 870-877.*

EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. The EuroQol Group. Health Policy (Amsterdam, Netherlands), 1990. ***16****(3): p. 199-208.*

Short Form (36) Health Survey (SF-36) Développé pour «Activités», «Participation» et «Énergie, Sommeil et Émotions»	
But:	Évaluation de l'état de santé global.
Contenu:	Court questionnaire comportant 36 questions concernant l'été de santé global (regroupant des questions adressant la santé fonctionnelle ainsi que le bien-être général).
Catégories de la CIF	Fonctions organiques Activités et participation
Variables étudiées	Fonction physique (10 items) Limitations de rôles en raison de problèmes physiques Douleur (2 items) Santé générale/niveau d'énergie Limitations de rôles en raison à des problèmes personnels/émotionnels Santé mentale (5 items) Fonction sociale (2 items) Perception de la santé globale
Nombre d'items	36 items
Échelle/choix de réponse	Échelle Pour la fonction physique : 1 = très limité ; 2 = un peu limité ; 3 = aucunement limité Pour la douleur : Sévérité sur une échelle de 5 points
Période de rappel	Dernière semaine
Mode d'administration	Auto-administré
Cotation	Pour chaque échelle, les scores des items sont additionnés. Le score total est par la suite transformé sur une échelle de 0-100 selon un algorithme spécifique.
Interprétation des résultats	Score final de 0 à 100 (un score plus élevé indiquant un meilleur statut de santé). Les concepteurs du SF-36 ont aussi développé 2 mesures sommaires : Le «Physical Component Summary Scale Score (PCS)» et le «Mental Component Summary Scale Score (MCS)».
Temps d'administration	5-10 minutes
Temps requis pour l'analyse des résultats	10 minutes
Traduction et adaptation	Adaptations disponibles dans plus de 22 pays.
Versions *(ex : touch screen, likert, VAS, NAS)*	Disponible en version standard (période de rappel de 4 semaines) et aiguë (période d'une semaine). Disponible en version électronique.
Comment se le procurer	Information disponible sur le site : «www.sf-46.org»

Sources : http://www.sf-36.org/

Articles : Basaran, S., et al., Validity, reliability, and comparison of the WOMAC osteoarthritis index and Lequesne algofunctional index in Turkish patients with hip or knee osteoarthritis. Clinical Rheumatology, 2010. ***29****(7): p. 749-756.*

Salaffi, F., M. Carotti, and W. Grassi, Health-related quality of life in patients with hip or knee osteoarthritis: Comparison of generic and disease-specific instruments. Clinical Rheumatology, 2005. ***24****(1): p. 29-37.*

Timed-Up and Go (TUG) ou Timed-Up-and -Go Test (TUGT) Développé pour «Activités» et «Participation»	
But:	Évaluation de la mobilité de base de personnes âgées. Ce test a aussi été utilisé dans d'autres populations (arthrose, AVC, vertige).
Contenu:	Mesure du temps pris (en secondes) pour se lever d'une chaise standard avec appui-bras, marcher 3 mètres, retourner à la chaise et s'y asseoir. **Il est à noter que l'individu doit porter ses chaussures habituelles et prendre son aide à la marche usuel*
Catégories de la CIF	Activités et Participation
Variables étudiées	Capacité de se lever d'une chaise, marcher, faire un changement de direction et s'asseoir.
Nombre d'items	N/A
Échelle/choix de réponse	N/A
Période de rappel	N/A
Mode d'administration	Administrateur dit les consignes et chronomètre le temps pris pour réaliser la tâche.
Cotation	Mesure du temps en secondes.
Interprétation des résultats	Score plus grand ou égal à 13,5 secondes = prédit un risque de chutes. Score plus grand ou égal à 30 secondes correspond à une dépendance fonctionnelle chez les individus malades. **Il est à noter que des scores réellement standardisés pour prédire le risque de chute n'ont pas encore été établis.* Normes : Adulte en santé de >65 ans = < 20 secondes. En général, le temps moyen augmenterait progressivement avec l'âge (8,1sec chez les 60-69ans ; 9,2sec chez les 70-79ans ; 11,3sec chez les 80-99ans).
Temps d'administration	15 minutes ou moins
Temps requis pour l'analyse des résultats	15 minutes ou moins
Traduction et adaptation	Information non-disponible
Versions (ex : touch screen, likert, VAS, NAS)	Comprend 2 versions : Le Get Up and Go Test qui est basé sur une échelle ordinale concernant les observations de l'évaluateur quant au risque de chute de l'individu pendant l'exécution de la tâche. Le TUG qui utilise le temps pris en secondes pour réaliser la tâche.
Comment se le procurer	http://www.fallpreventiontaskforce.org/pdf/TimedUpandGoTest.pdf

Sources : http://www.rheumatology.org/practice/clinical/clinicianresearchers/outcomes-instrumentation/TUG.asp
http://www.fallpreventiontaskforce.org/pdf/TimedUpandGoTest.pdf
Article : French, H.P., M. Fitzpatrick, and O. FitzGerald, Responsiveness of physical function outcomes following physiotherapy intervention for osteoarthritis of the knee: An outcome comparison study. Physiotherapy, 2011. ***97****(4): p. 302-308.*

Timed-Stand Test (TST) Développé pour «Activités»	
But:	Évaluer la capacité d'un individu à se lever à de multiples reprises d'une chaise et à s'asseoir par la suite.
Contenu:	Une tâche (se lever et s'asseoir sur une chaise à cinq reprises)
Catégories de la CIF	Activités et Participation
Variables étudiées	Se lever S'asseoir Équilibre Vitesse d'exécution
Nombre d'items	N/A
Échelle/choix de réponse	N/A
Période de rappel	N/A
Mode d'administration	Administré par un thérapeute.
Cotation	Mesure du temps pris pour se lever d'une chaise de hauteur standard et puis s'asseoir aussi rapidement que possible à cinq reprises. La tâche est répétée après une courte pause et le temps moyen des deux tâches est le score final.
Interprétation des résultats	Une incapacité de se lever d'une chaise cinq fois de suite en moins de 13,6 secondes est associé à une augmentation des incapacités et de morbidité. Le temps déterminant les individus à risque de chutes répétitives est un temps de plus de 15 secondes.
Temps d'administration	Temps pris par l'individu.
Temps requis pour l'analyse des résultats	2 minutes.
Traduction et adaptation	Information non-disponible
Versions *(ex : touch screen, likert, VAS, NAS)*	N/A
Comment se le procurer	Information non-disponible

Sources : French, H.P., M. Fitzpatrick, and O. FitzGerald, Responsiveness of physical function outcomes following physiotherapy intervention for osteoarthritis of the knee: An outcome comparison study. Physiotherapy, 2011. ***97****(4): p. 302-308.*
Guralnik, J. M., L. Ferrucci, et al. (2000). "Lower extremity function and subsequent disability: consistency across studies, predictive models, and value of gait speed alone compared with the short physical performance battery." J Gerontol A Biol Sci Med Sci 55(4): M221-31.
Buatois S, Miljkovic D, Manckoundia P, Gueguen R, Miget P, Vancon G et al. Five times sit to stand test is a predictor of recurrent falls in healthy community-living subjects aged 65 and older. J Am Geriatr Soc 2008; 56(8):1575-1577.
Bohannon RW. Reference values for the five-repetition sit-to-stand test: a descriptive metaanalysis of data from elders. Percept Mot Skills 2006; 103(1):215-222.

6-Minute Walking Test (6MWT) Développé pour «Activités»	
But:	Déterminer la tolérance à l'exercice chez des individus souffrant de maladie pulmonaire chronique et d'insuffisance cardiaque. Le test a par la suite été utilisé en tant que mesure de performance chez plusieurs autres populations (pré-arthroplastie du genou et de la hanche, fibromyalgie et sclérodermie).
Contenu:	Mesure la distance maximale d'un individu pendant une période de 6 minutes sur une surface plate. Il est à noter qu'il est permis à l'individu de marcher au rythme qu'il souhaite et de prendre des pauses lors de l'évaluation.
Catégories de la CIF	Activités et participation
Variables étudiées	Marche (distance maximale)
Nombre d'items	N/A
Échelle/choix de réponse	N/A
Période de rappel	N/A
Mode d'administration	Évaluation par l'administrateur dans un corridor sans obstacles ou circulation. Il est demandé à l'individu de marcher (avec son aide technique au besoin) soit à sa vitesse habituelle ou à une vitesse confortable le plus loin possible. Il est recommandé d'effectuer l'évaluation à l'intérieur, dans un corridor de 30m de long. De l'encouragement standardisé est donné (à chaque 20sec ou 2min en fonction du temps écoulé). Un ou deux essais sont effectués préalablement à l'évaluation dans la majorité des cas (or cette valeur peut aller jusqu'à trois tout dépendamment de la population ou de l'expérience de l'administrateur). Le test devrait être arrêté si l'individu rapporte de la douleur thoracique, un souffle court, des crampes aux jambes, de la diaphorèse ainsi qu'une pâleur importante. **Il est à noter qu'un protocole standardisé devrait être appliqué et que chaque nouvel évaluateur devrait être entraîné à l'administration du test et évalué plusieurs fois*
Cotation	Distance parcourue.
Interprétation des résultats	Un score faible indique une fonction moindre Normes : Distance normale chez des adultes en santé = 400 à 700m Différence cliniquement significative : 54m ** Il est à noter que des standards de référence spécifiques à l'âge et au sexe existent*
Temps d'administration	15 minutes ou moins
Temps requis pour l'analyse des résultats	< 5 minutes
Traduction et adaptation	Disponible en français et en anglais.
Versions *(ex : touch screen, likert, VAS, NAS)*	N/A
Comment se le procurer	http://www.thoracic.org/statements/resources/pfet/sixminute.pdf

Sources : http://www.rheumatology.org/practice/clinical/clinicianresearchers/outcomes-instrumentation/6MWT.asp
Article : French, H.P., M. Fitzpatrick, and O. FitzGerald, Responsiveness of physical function outcomes following physiotherapy intervention for osteoarthritis of the knee: An outcome comparison study. Physiotherapy, 2011. ***97****(4): p. 302-308.*

Knee Outcome Survey – Activities of Daily Living Scale (KOS-ADLS) Développé pour «Activités»	
But:	Outil développé pour l'évaluation de patients souffrant de désordres du genou afin d'évaluer les symptômes et les incapacités fonctionnelles ressenties dans la réalisation des AVQ.
Contenu:	Comporte deux sections (symptômes et fonction) permettant ultimement d'évaluer l'impact fonctionnel sur l'individu.
Catégories de la CIF	Fonctions organiques Activités et Participation
Variables étudiées	Section symptômes : Douleur/crépitement/raideur/œdème/instabilité/faiblesse Section fonction : Marcher Monter/descendre des marches Se tenir debout S'agenouiller Faire un squat Se lever et s'asseoir sur une chaise
Nombre d'items	17 items
Échelle/choix de réponse	Échelle de Likert (allant de 0 à 5)
Période de rappel	Le jour meme.
Mode d'administration	Auto-administré
Cotation	Addition de tous les items sélectionnés / (nombre de sections x 5)
Interprétation des résultats	Score allant de 0 (plus faible niveau de fonction) à 100 (plus haut niveau de fonction).
Temps d'administration	5-10 minutes
Temps requis pour l'analyse des résultats	5 minutes
Traduction et adaptation	Disponible en français, anglais, grec et turc.
Versions *(ex : touch screen, likert, VAS, NAS)*	Information non-disponible.
Comment se le procurer	http://www.visitadvantagept.com/_fileCabinet/KOS_ADL.pdf

Source : Goncalves, R., et al., Cross-cultural adaptation and validation of the Portuguese version of the, Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS). Osteoarthritis and Cartilage, 2009. ***17****(9): p. 1156-62.*

Index of Severity of the Knee (ISK) Développé pour «Douleur», «Activités» et «Participation»	
But:	Sous-catégorie du LAI (indice plus court et spécifique à la sévérité de l'atteinte)
Contenu:	Comporte trois sections visant à évaluer la sévérité globale de l'atteinte arthrosique (via l'évaluation des symptômes et du niveau de fonction).
Catégories de la CIF	Fonctions organiques Activités et Participation
Variables étudiées	Douleur Distance maximale marchée AVQ
Nombre d'items	10 items
Échelle/choix de réponse	Échelle de 0 à 2 dans la majorité des cas.
Période de rappel	Information non-disponible.
Mode d'administration	Auto-administré.
Cotation	Addition de tous les scores obtenus pour chaque item.
Interprétation des résultats	Score minimal = 0 Score maximal = 24 Score de handicap : 0 = Aucun handicap 1 – 4 = Léger 5 – 7 = Modéré 8 – 10 = Sévère 11 – 13 = Très sévère > = 14 = Extrêmement sévère
Temps d'administration	5-10 minutes
Temps requis pour l'analyse des résultats	5 minutes.
Traduction et adaptation	Information non-disponible.
Versions *(ex : touch screen, likert, VAS, NAS)*	Information non-disponible.
Comment se le procurer	www.cebp.nl/vault_public/filesystem/?ID=1381

Source : Lequesne, M.G., et al., Indexes of severity for osteoarthritis of the hip and knee. Scandinavian Journal of Rheumatology, 1987. ***16****(SUPPL. 65): p. 85-89.*

Joint-Specific Multidimensional Assessment of Pain (J-MAP) Développé pour «Douleur»	
But:	1) Évaluer les composantes sensorielles et affectives de la douleur (comme celle-ci provient de l'interaction de facteurs physiologiques et psychologiques). 2) Adresser spécifiquement la douleur provenant de l'articulation voulue (la différencier de celle provenant des autres articulations).
Contenu:	Outil de mesure spécifique à l'articulation impliquée.
Catégories de la CIF	Fonctions organiques
Variables étudiées	Aspect sensoriel de la douleur Aspect affectif de la douleur
Nombre d'items	Aspect sensoriel de la douleur (intensité) = 5 Aspect affectif de la douleur (dégoût) = 4
Échelle/choix de réponse	Choix de réponse numérique ayant une interprétation particulière Par exemple : «Douleur sévère à aucune douleur» ; «Aucune douleur à pire douleur imaginable» ; «Aucune journée à tous les jours» ; «Vraiment insatisfait à très satisfait» ; etc.
Période de rappel	Dans la dernière semaine
Mode d'administration	Questionnaire auto-administré
Cotation	Choix dans l'échelle de réponse ci-haut
Interprétation des résultats	*Table 2.* J-MAP Pain Sensory scoring and conversion table. To calculate the final J-MAP Pain Sensory score, complete the following: Step 1: Reverse score Items 1 and 3. Step 2: Calculate the total raw score as the sum of Item 1 (reversed), Item 2, Item 3 (reversed), Item 4, and Item 5. Step 3: Convert the raw score to the scaled score using the table.

Raw Score	Scaled Score	Raw Score	Scaled Score	Raw Score	Scaled Score
1	0	16	39	31	52
2	7	17	40	32	53
3	15	18	41	33	54
4	20	19	41	34	56
5	23	20	42	35	57
6	26	21	43	36	59
7	28	22	44	37	62
8	30	23	45	38	65
9	32	24	45	39	68
10	33	25	46	40	73
11	34	26	47	41	78
12	35	27	48	42	83
13	36	28	49	43	92
14	37	29	50	44	100
15	38	30	51		

Table 3. J-MAP Pain Affect scoring and conversion table. To calculate the final J-MAP Pain Affect score, complete the following: Step 1: Reverse score Items 1 and 4. Step 2: Calculate the total raw score as the sum of Item 1 (reversed), Item 2, Item 3, and Item 4 (reversed). Step 3: Convert the raw score to the scaled score using the table.

Raw Score	Scaled Score	Raw Score	Scaled Score
4	0	14	54
5	0	15	58
6	6	16	63
7	14	17	69
8	21	18	75
9	28	19	82
10	36	20	92
11	42	21	100
12	47		
13	51		

Temps d'administration	Information non-disponible
Temps requis pour l'analyse des résultats	Information non-disponible
Traduction et adaptation	Information non-disponible
Versions (ex : touch screen, likert, VAS, NAS)	Information non-disponible
Comment se le procurer	Information non-disponible

Source : O'Malley, K.J., et al., Joint-Specific Multidimensional Assessment of Pain (J-MAP): Factor structure, reliability, validity, and responsiveness in patients with knee osteoarthritis. Journal of Rheumatology, 2003. ***30****(3): p. 534-543.*

OsteoArthritis of Knee Hip Quality of Life (OAKHQOL) Développé pour «Activités» et «Participation»	
But:	Évaluation de la qualité de vie d'individus souffrant d'AG et d'AH.
Contenu:	Questionnaire adressant cinq domaines relatifs à la qualité de vie des individus souffrant d'arthrose.
Catégories de la CIF	Fonctions organiques Activités et participation
Variables étudiées	Cinq domaines : Activités physiques Santé mentale Douleur Support social Fonction sociale (3 items additionnels peuvent aussi être considérés : relation avec le partenaire, sexualité, travail)
Nombre d'items	43 items
Échelle/choix de réponse	Échelle de Likert (allant de 0 (pire) à 10 (meilleur)).
Période de rappel	Dernières 4 semaines.
Mode d'administration	Auto-administré
Cotation	Score de 1 à 10 pour chaque item.
Interprétation des résultats	Le score final est obtenu en ajoutant les moyennes de chaque score de chaque domaine. Lorsqu'au moins la moitié des items sont manquants, le score total de ce domaine est de 0. Les scores sont par la suite normalisés sur une échelle de 0 (pire qualité de vie) à 100 (meilleure qualité de vie).
Temps d'administration	15-20 minutes
Temps requis pour l'analyse des résultats	Information non-disponible.
Traduction et adaptation	Version disponible en français, anglais, espagnol et arabe.
Versions (ex : touch screen, likert, VAS, NAS)	Information non-disponible.
Comment se le procurer	Information non-disponible.

Source : Rat, A.C., et al., Development and testing of a specific quality-of-life questionnaire for knee and hip osteoarthritis: OAKHQOL (OsteoArthritis of Knee Hip Quality Of Life). Joint Bone Spine, 2006. ***73****(6): p. 697-704.*

Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP) Développé pour «Douleur»	
But:	Évaluation de la douleur reliée au genou ou à la hanche douloureuse.
Contenu:	Évaluation de 2 domaines de la douleur.
Catégories de la CIF	Fonctions organiques
Variables étudiées	Douleur constante (échelle de 5 items : intensité et impact sur l'humeur (2 items) et sommeil et qualité de vie (3 items)). Douleur intermittente (échelle de 6 items plus un item évaluant la fréquence de la douleur).
Nombre d'items	11 items
Échelle/choix de réponse	Échelle de 0 (aucunement) à 4 (extrêmement) ou 0 (jamais) à 4 (très fréquemment).
Période de rappel	Dernière semaine
Mode d'administration	Auto-administré
Cotation	Échelle de 0 à 4 0 = Aucune ou jamais 1 = Légère ou rarement 2 = Modérée ou parfois 3 = Sévère ou souvent 4 = Extrême ou très souvent
Interprétation des résultats	Des scores de sous-échelles sont créés en additionnant les scores d'items et en les normalisant (division du score par le score total possible, multiplié par 100) de 0 (aucune douleur) à 100 (douleur extrême). Un score total d'ICOAP est calculé en additionnant les scores des sous-échelles Score pour l'échelle de la douleur constante = Addition des items 1 à 5. Score de 0 à 20. Score pour l'échelle de la douleur intermittente = Addition des items 6 à 11. Score de 0 à 24. Score pour la douleur totale = 0 à 44
Temps d'administration	10 minutes
Temps requis pour l'analyse des résultats	10 minutes
Traduction et adaptation	Adaptation en anglais (É-U, Angleterre), espagnol (Espagne et Mexique), allemand, norvégien, italien, suédois, français (France), grec, portugais, russe, romain et hollandais.
Versions *(ex : touch screen, likert, VAS, NAS)*	Information non-disponible.
Comment se le procurer	http://www.oarsi.org/index.cfm

Source : http://www.oarsi.org/index.cfm

Articles : Bond, M., et al., Responsiveness of the OARSI-OMERACT osteoarthritis pain and function measures. Osteoarthritis and Cartilage, 2012. ***20****(6): p. 541-547.*

Goncalves, R., et al., Reliability, validity and responsiveness of the Portuguese version of the Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score - Physical Function Short-form. Osteoarthritis and Cartilage, 2010. ***18****(3): p. 372-76.*

Knee Pain Scale (KPS) Développé pour «Douleur»	
But:	Évaluation de la douleur lors de la réalisation d'activités fonctionnelles.
Contenu:	Questionnaire comportant diverses activités fonctionnelles pour lesquelles l'individu affecté doit évaluer son niveau de douleur.
Catégories de la CIF	Fonctions organiques
Variables étudiées	Douleur lors d'activités fonctionnelles (transferts, marche, monter et descendre des escaliers) – fréquence et intensité.
Nombre d'items	12 items
Échelle/choix de réponse	Échelle de 1 à 5 ou 6 Fréquence de la douleur : 1 = jamais ; 5 = toujours Intensité de la douleur : 1 = aucune douleur ; 6 = douleur très intense
Période de rappel	7 derniers jours
Mode d'administration	Auto-administré
Cotation	Information non-disponible.
Interprétation des résultats	Un score plus élevé signifie une douleur plus importante lors de la réalisation d'activités fonctionnelles.
Temps d'administration	Information non-disponible.
Temps requis pour l'analyse des résultats	Information non-disponible.
Traduction et adaptation	Information non-disponible.
Versions *(ex : touch screen, likert, VAS, NAS)*	Information non-disponible.
Comment se le procurer	Information non-disponible.

** Il est à noter que le Kujala Anterior Knee Pain Scale a fait son apparition quelques temps après le Knee Pain Scale. Il est donc possible que l'outil rapporté par un article datant de 1995 soit maintenant connu sous ce nom. Cependant, aucune information précise n'est disponible à cet effet.*
Source : Rejeski, W.J., et al., The evaluation of pain in patients with knee osteoarthritis: The knee pain scale. Journal of Rheumatology, 1995. ***22****(6): p. 1124-1129.*

McGill Pain Questionnaire (MPQ) Développé pour «Douleur»	
But:	Évaluation de l'aspect multifactoriel de la douleur.
Contenu:	Questionnaire comportant diverses sous-catégories représentant chacune une dimension de la douleur. Comprend aussi une image où la localisation de la douleur doit être représentée ainsi qu'un index de la douleur présente («Present Pain Intensity») (où l'individu doit définir l'intensité de sa douleur sur une échelle de 1 à 5).
Catégories de la CIF	Fonctions organiques
Variables étudiées	Douleur : Aspect sensitive Aspect affectif Aspect évaluatif (cognitive)
Nombre d'items	78 items divisés en 20 sous-catégories.
Échelle/choix de réponse	Choix de réponse.
Période de rappel	Présentement.
Mode d'administration	Auto-administré, mais nécessite fréquemment de l'aide d'un assistant de recherche/aide.
Cotation	La valeur du terme choisi est basée sur sa position dans la liste (plus le terme sera bas dans la liste, plus il vaudra de points). L'addition de toutes les valeurs est le «Pain Rating Index». Le «Present Pain Intensity» est basé sur une échelle de 0 à 5.
Interprétation des résultats	Le score minimal est de 0 et le score maximal de 78. Plus le score élevé, plus la douleur est grande.
Temps d'administration	5 minutes.
Temps requis pour l'analyse des résultats	5 minutes.
Traduction et adaptation	Disponible en plusieurs langues (japonais, portugais, arabe, turc, espagnol, français, anglais, allemand, thaï).
Versions *(ex : touch screen, likert, VAS, NAS)*	Il existe différentes versions : Short-form (avec 15 items) utilisant une échelle de Likert sur 5 points, Version informatique
Comment se le procurer	https://www.gem-beta.org/public/DownloadMeasure.aspx?mid=1348

Source : Kilminster, S.G. and G.P. Mould, Comparison of internal reliability and validity of the McGill Pain Questionnaire and the Short Pain Inventory. International Journal of Pharmaceutical Medicine, 2002. ***16****(2): p. 87-95.*

Short Pain Inventory (SPI) Développé pour «Douleur»	
But:	Mesurer les conséquences physiques et émotionnelles immédiates de la douleur. Il a été élaboré pour être utilisé conjointement au MPQ comme il évalue des dimensions complémentaires de la douleur.
Contenu:	Comporte cinq sous-échelles mesurent la sédation, les interactions sociales, l'anxiété, la tristesse et la colère.
Catégories de la CIF	Fonctions organiques
Variables étudiées	Douleur
Nombre d'items	17 items
Échelle/choix de réponse	Échelle de Likert de 5 points : «Pas du tout», «Un peu», «Modérément», «Beaucoup» et «Extrêmement»
Période de rappel	Présentement.
Mode d'administration	Auto-administré.
Cotation	Information non-disponible.
Interprétation des résultats	Information non-disponible.
Temps d'administration	1 minute
Temps requis pour l'analyse des résultats	Information non-disponible.
Traduction et adaptation	Information non-disponible.
Versions *(ex : touch screen, likert, VAS, NAS)*	Information non-disponible.
Comment se le procurer	Information non-disponible.

** Questionnaire uniquement répertorié dans un article. Dans la littérature, on traite beaucoup du Brief Pain Inventory qui semble se rapprocher de cet outil et des concepts évalués.*

Source : Kilminster, S.G. and G.P. Mould, Comparison of internal reliability and validity of the McGill Pain Questionnaire and the Short Pain Inventory. International Journal of Pharmaceutical Medicine, 2002. ***16****(2): p. 87-95.*

Patient-Reported Functional Numerical Rating Scale (NRS) Développé pour «Activités» et «Participation»	
But:	Évaluation du niveau de fonction par le patient.
Contenu:	Échelle numérique indiquant le niveau fonctionnel de l'individu (de 0 à 10).
Catégories de la CIF	Activités et Participation
Variables étudiées	Activités de la vie quotidienne.
Nombre d'items	Un item.
Échelle/choix de réponse	Échelle numérique comportant 11 points.
Période de rappel	Derniers 48h.
Mode d'administration	Auto-administré.
Cotation	Échelle de 0 à 10.
Interprétation des résultats	Un score plus élevé sur l'échelle indique une incapacité plus élevée.
Temps d'administration	Une minute.
Temps requis pour l'analyse des résultats	Une minute.
Traduction et adaptation	Information non-disponible.
Versions *(ex : touch screen, likert, VAS, NAS)*	N/A
Comment se le procurer	Information non-disponible.

Source : Ornetti, P., et al., Validation of a numerical rating scale to assess functional impairment in hip and knee osteoarthritis: Comparison with the WOMAC function scale. Annals of the Rheumatic Diseases, 2011. ***70****(5): p. 740-746.*

Lower Extremity Activity Profile (LEAP) Développé pour «Activités» et «Participation»	
But:	Mesurer la perception de difficulté et le niveau de satisfaction de l'individu lors de la réalisation de tâches de la vie quotidienne.
Contenu:	Échelle étudiant la qualité de vie.
Catégories de la CIF	Fonctions organiques Activités et Participation
Variables étudiées	Soins personnels Mobilité Activités domestiques Travail Activités de loisirs Activités sociales Santé émotionnelle Sommeil et repos Apparence Douleur
Nombre d'items	23 items
Échelle/choix de réponse	Échelle (EVA).
Période de rappel	Dernier mois.
Mode d'administration	Auto-administré.
Cotation	Mesure de la position de la marque sur l'EVA. La difficulté et le niveau de satisfaction global sont calculés en additionnant les scores reliés dans chaque catégorie. Par la suite, le niveau de changement et les scores globaux de changement peuvent être calculés en soustrayant les scores initiaux de ceux obtenus au suivi.
Interprétation des résultats	Score plus élevé indique un plus haut niveau d'incapacité.
Temps d'administration	20 minutes
Temps requis pour l'analyse des résultats	Information non-disponible.
Traduction et adaptation	Information non-disponible.
Versions *(ex : touch screen, likert, VAS, NAS)*	Information non-disponible.
Comment se le procurer	Information non-disponible.

Source : Finch, E. and D. Kennedy, The lower extremity activity profile: a health status instrument for measuring lower extremity disability. Physiotherapy Canada. Physiothérapie Canada, 1995. ***47****(4): p. 239-246.*

Pain Index of the Knee (PIK) Développé pour «Douleur»	
But:	Évaluation de la douleur lors de la réalisation de mouvements du genou.
Contenu:	10 tâches/mouvements du genou : 1- Extension active du genou 2- Extension passive du genou 3- Flexion active du genou 4- Flexion passive du genou 5 et 6 – Rotation médiale et latérale passive du genou 7 et 8 – Abduction et adduction passive du genou 9 – MEC unipodale sur genou étendu 10 – MEC unipodale sur genou en flexion
Catégories de la CIF	Fonctions organiques
Variables étudiées	Douleur Mobilité genou
Nombre d'items	10
Échelle/choix de réponse	Échelle/choix de réponse
Période de rappel	N/A
Mode d'administration	Administré par thérapeute.
Cotation	Mouvements 1-8 : 0 = Aucune douleur 1 = Sujet dit avoir de la douleur 2 = Sujet dit avoir de la douleur et grimace 3 = Sujet dit avec de la douleur, grimace et est incapable de compléter le mouvement (actif) ou tente de retirer son genou lors de mouvements passifs Mouvements 9 – 10 : O = Aucune douleur 1 = Sujet rapporte de la douleur, mais peut faire une MEC complète sur le genou 2 = Sujet rapporte de la douleur, grimace, mais peut faire une MEC complète sur le genou 3 = Sujet rapporte de la douleur, grimace et NE PEUT faire une MEC complète sur le genou
Interprétation des résultats	Score de 0 à 30 (un score plus élevé signifiant plus de douleur).
Temps d'administration	5 – 10 minutes
Temps requis pour l'analyse des résultats	< 1 minute
Traduction et adaptation	N/A
Versions *(ex : touch screen, likert, VAS, NAS)*	N/A
Comment se le procurer	Information non-disponible.

Source : Lewis, B., et al., A clinical procedure for assessment of severity of knee pain. Pain, 1995. ***63****(3): p. 361-364.*

painDETECT Développé pour «Douleur»	
But:	Déterminer le type de douleur chronique dont le patient souffre (nociceptrice ou neuropathique).
Contenu:	Comporte quatre sections : 1 – Intensité de la douleur à différents moments 2 – Cours de la douleur (stable, variant, etc.) 3 – Localisation de la douleur (et présence de douleur référée) 4 – Autres questions relatives à la douleur
Catégories de la CIF	Fonctions organiques
Variables étudiées	Douleur : Intensité de la douleur Douleur la plus intense Douleur moyenne Patron de douleur Radiation de la douleur Qualité de la douleur
Nombre d'items	6 items
Échelle/choix de réponse	Échelles de Likert ; choix de réponses ; EVA
Période de rappel	Présentement et dans les quatre dernières semaines.
Mode d'administration	Auto-administré
Cotation	Le pointage de chaque question de la dernière section (autres) est multiplié par un chiffre («jamais» = 0 ; «peu fréquemment» = 1 ; «légèrement» = 2 ; «modérément» = 3 ; «fortement» = 4 ; «très fortement» = 5) pour donner un score maximal sur 35. Par la suite, des points sont ajoutés en fonction des réponses données aux sections précédentes : Si la douleur est persistante avec de légères fluctuations = 0 Si la douleur est persistante avec des exacerbations = -1 Si la douleur vient par exacerbation, mais n'est pas présente entre ces dernières = + 1 Si la douleur vient par exacerbations et est présente entre ces dernières = +1 Si la douleur irradie à d'autres endroits = +2 Le score final maximal obtenu est de 38.
Interprétation des résultats	La douleur est de nature nociceptive si le score se trouve entre 0 et 12. La probabilité de douleur d'origine neuropathique est de moins de 15%. La douleur est de nature incertaine (nociceptive ou neuropathique) si le score se trouve entre 13 et 18. Une composante neuropathique peut toutefois être présente. La douleur est de nature neuropathique si le score se trouve entre 19 et 38. Une composante neuropathique est probable à plus de 90%.
Temps d'administration	5 minutes
Temps requis pour l'analyse des résultats	5 minutes
Traduction et adaptation	Disponible en anglais, allemand et espagnol.
Versions *(ex : touch screen, likert, VAS, NAS)*	Information non-disponible.
Comment se le procurer	http://www.specialistpainphysio.com/wp-content/uploads/2010/07/painDETECT-Questionaire-01.pdf

Source : Gudbergsen, H., et al., Test-retest of computerized health status questionnaires frequently used in the monitoring of knee osteoarthritis: a randomized crossover trial. BMC Musculoskeletal Disorders, 2011. ***12****: p. 190-190.*

Self-Paced Walking Time (SPW) Développé pour «Activités»	
But:	Évaluer la vitesse de marche usuelle d'un individu.
Contenu:	Test de marche sur une distance de 3m (avec 2m préalablement pour permettre à l'individu d'atteindre sa vitesse usuelle).
Catégories de la CIF	Activités et Participation
Variables étudiées	Vitesse de marche habituelle.
Nombre d'items	N/A
Échelle/choix de réponse	N/A
Période de rappel	N/A
Mode d'administration	Administré par thérapeute.
Cotation	Temps pris pour marcher sur une distance de 3m.
Interprétation des résultats	Information non-disponible.
Temps d'administration	10 minutes
Temps requis pour l'analyse des résultats	N/A
Traduction et adaptation	N/A
Versions (ex : touch screen, likert, VAS, NAS)	N/A
Comment se le procurer	N/A

Sources : Marks, R., Walking time measures for evaluating OA of the knee. South African Journal of Physiotherapy, 1994. ***50****(1): p. 5+7-8.*
Marks, R., Reliability and validity of self-paced walking time measures for knee osteoarthritis. Arthritis Care and Research, 1994. ***7****(1): p. 50-53.*

Difficulties in the Daily Life of Patients with Osteoarthritis of the Knee (DDLKOS) Développé pour «Participation»	
But:	Outil développé pour l'évaluation des difficultés vécues dans la vie quotidienne et pour découvrir les facteurs influençant ces dernières.
Contenu:	Questions relatives aux activités de la vie quotidienne ainsi que du niveau de difficulté perçu lors de la réalisation de celles-ci.
Catégories de la CIF	Activités et Participation
Variables étudiées	Vie sociale Difficultés lors des AVQ Appréhension par rapport au futur
Nombre d'items	14 items.
Échelle/choix de réponse	Échelle
Période de rappel	Information non-disponible.
Mode d'administration	Auto-administré
Cotation	Échelle pour chaque item : 1 = en désaccord ; 2 = parfois en accord ; 3 = modérément en accord ; 4 = fortement en accord ; 5 = complètement en accord.
Interprétation des résultats	Un score total plus élevé indiquait des difficultés plus importantes.
Temps d'administration	Information non-disponible.
Temps requis pour l'analyse des résultats	Information non-disponible.
Traduction et adaptation	Information non-disponible.
Versions *(ex : touch screen, likert, VAS, NAS)*	Information non-disponible.
Comment se le procurer	Information non-disponible.

Source : Tanimura, C., et al., Difficulties in the daily life of patients with osteoarthritis of the knee: Scale development and descriptive study. Journal of Clinical Nursing, 2011. ***20****(5-6): p. 743-753.*

Physical Activity Scale (PAS) Développé pour «Activités»	
But:	Évaluation du niveau d'activité physique en équivalents métaboliques (METs) lors d'une journée complète (24h) passée à réaliser 9 niveaux d'activité physique différents.
Contenu:	Liste d'activités normalement réalisées dans la vie quotidienne
Catégories de la CIF	Activitiés et Participation
Variables étudiées	Sommeil AVQ AVD Sports
Nombre d'items	9 items (ou plus)
Échelle/choix de réponse	Échelle
Période de rappel	Une journée complete.
Mode d'administration	Auto-administré
Cotation	La valeur en MET des activités effectuées était multipliée par le nombre d'unités de temps passés à réaliser cette activité (MET-time). Le «MET-time» de chaque niveau est additionné pour un total de 24h de «MET-time», représentant le niveau d'activité physique lors d'une journée courante.
Interprétation des résultats	Information non-disponible.
Temps d'administration	5-10 minutes
Temps requis pour l'analyse des résultats	5-10 minutes
Traduction et adaptation	Disponible en version anglaise et danoise.
Versions *(ex : touch screen, likert, VAS, NAS)*	Information non-rapportée
Comment se le procurer	Disponible dans l'article d'Aadahl et coll. (2003)

Source : Aadahl, M. and T. Jørgensen, Validation of a new self-report instrument for measuring physical activity. Medicine and Science in Sports and Exercise, 2003. ***35****(7): p. 1196-1202.*

Gudbergsen, H., et al., Test-retest of computerized health status questionnaires frequently used in the monitoring of knee osteoarthritis: a randomized crossover trial. BMC Musculoskeletal Disorders, 2011. ***12****: p. 190.*

Health Assessment Questionnaire (HAQ) Développé pour «Activités» et «Participation»	
But:	Évaluer le niveau d'incapacités fonctionnelles chez des individus souffrant de pathologies variées (allant de la polyarthrite rhumatoïde à la fibromyalgie).
Contenu:	Comprend huit catégories d'activités fonctionnelles.
Catégories de la CIF	Activités et Participation
Variables étudiées	Habillement Se lever Manger Marcher Hygiène personnelle Atteindre des objets Préhension Autres activités
Nombre d'items	20 items
Échelle/choix de réponse	Échelle (allant de «Sans difficultés» à «Incapable de réaliser») et choix de réponse et/ou EVA pour la partie symptômes, douleur et médication.
Période de rappel	Les items relatifs aux incapacités et à l'inconfort (douleur) fait appel à la dernière semaine. Ceux relatifs à la médication et aux autres symptômes font appel aux derniers six mois.
Mode d'administration	Auto-administré
Cotation	Quatre réponses sont possibles pour chaque item : 0 = Sans difficulté 1 = Avec un peu de difficulté 2 = Avec beaucoup de difficulté 3 = Incapable de réaliser Le score le plus élevé rapporté par le patient pour n'importe quelle des questions d'une catégorie détermine le score de cette catégorie. Le score total est une moyenne de tous les scores.
Interprétation des résultats	Information non-disponible.
Temps d'administration	20-30 minutes
Temps requis pour l'analyse des résultats	Information non-disponible.
Traduction et adaptation	Information non-disponible.
Versions *(ex : touch screen, likert, VAS, NAS)*	Des versions électroniques sont aussi disponibles.
Comment se le procurer	http://www.chcr.brown.edu/pcoc/ehaqdescrscoringhaq372.pdf

Source : Öztuna, D., et al., An application of computerised adaptive testing for measuring health status in patients with knee osteoarthritis. Disability and Rehabilitation, 2010. ***32****(23): p. 1928-1938.*

Physical Activity Restrictions (PAR) Développé pour «Activités» et «Participation»	
But:	Évaluer la perception des incapacités au niveau fonctionnel lors de la réalisation de tâches fonctionnelles.
Contenu:	Six champs d'évaluation de la fonction : Test de six minutes de marche Monter des escaliers Se pencher pour prendre un objet S'asseoir Soulever et transporter une charge Entrer et sortir d'un véhicule
Catégories de la CIF	Activités et Participation
Variables étudiées	Difficulté de réalisation des tâches mentionnées ci-dessus.
Nombre d'items	Six items.
Échelle/choix de réponse	Échelle sur dix points
Période de rappel	N/A
Mode d'administration	Administré par thérapeute pour la partie objective et auto-administré pour la partie subjective.
Cotation	Échelle allant de «facile» à «très difficile» devant être cotée par le participant.
Interprétation des résultats	Information non-disponible.
Temps d'administration	25-35 minutes
Temps requis pour l'analyse des résultats	Information non-disponible.
Traduction et adaptation	Information non-disponible.
Versions *(ex : touch screen, likert, VAS, NAS)*	Information non-disponible.
Comment se le procurer	Information non-disponible.

Source : Rejeski, W.J., et al., Assessing performance-related disability in patients with knee osteoarthritis. Osteoarthritis & Cartilage, 1995. ***3****(3): p. 157-67.*

Work Limitation Questionnaire (WLQ) Développé pour «Travail»	
But:	Mesurer les diminutions de capacité de performance de tâches directement réalisées dans le cadre du travail (évaluation de la performance et la productivité) liées à l'état de santé.
Contenu:	Évaluation du travail en fonction de quatre domaines (gestion du temps, demande physique, demande intellectuelle/interpersonnelle et demandes de rendement).
Catégories de la CIF	Travail
Variables étudiées	Travail : Gestion du temps Demande physque Demande intellectuelle/interpersonnelle Demandes de rendement
Nombre d'items	25 à 40 items.
Échelle/choix de réponse	Choix de réponse (0 à 4) : «Jamais» (0%) «Peu fréquemment» «Parfois» (environ 50%) «La plupart du temps» «Tout le temps» (100%) *Une option «Ne s'applique pas à mon travail» est aussi présente.* Le travail est aussi catégorisé selon : 1 = non-manuel (administratif, supervision, etc.) 2 = mixte (vente et services, préposé au bénéficiaire, infirmière, chauffeur, etc.) 3 = manuel, sans tâches de supervision (couvreur, travail de chargement, etc.).
Période de rappel	Les deux dernières semaines.
Mode d'administration	Auto-administré.
Cotation	Addition des scores (0 à 4) pour chaque item. Ces derniers sont par la suite convertis sur une échelle de 0 (aucunes limitations) à 100 (beaucoup de limitations).
Interprétation des résultats	Un score plus élevé signifie plus de limitations au travail.
Temps d'administration	15-30 minutes.
Temps requis pour l'analyse des résultats	Information non-disponible.
Traduction et adaptation	Disponible en plusieurs langues (français, anglais, allemand, espagnol, suédois, portugais, italien, russe, japonais).
Versions *(ex : touch screen, likert, VAS, NAS)*	Une version a été développée pour évaluer le niveau de pertes monétaires. Le calcul d'un indice de perte de productivité a aussi été développé pour évaluer le pourcentage de perte de productivité en raison de problèmes de santé au travail. Aussi disponible en version électronique.
Comment se le procurer	Information non-disponible.

Sources : Lerner, D., et al., The Work Limitations Questionnaire. Medical Care, 2001. ***39****(1): p. 72-85.*
Beaton, D.E., et al., Reliability, validity, and responsiveness of five at-work productivity measures in patients with rheumatoid arthritis or osteoarthritis. Arthritis Care & Research, 2010. ***62****(1): p. 28-37.*
Lerner, D., et al., The Work Limitations Questionnaire's validity and reliability among patients with osteoarthritis. Journal Of Clinical Epidemiology, 2002. ***55****(2): p. 197-208.*

Work Instability Scale for Rheumatoid Arthritis (RA-WIS) Développé pour «Travail»	
But:	Évaluation du niveau d'instabilité au travail.
Contenu:	Évaluation de plusieurs problématiques de travail (ex : contrôle des symptômes, gestion du temps, difficultés au travail, détresse psychologique en lien avec la capacité à être engagé).
Catégories de la CIF	Travail.
Variables étudiées	Travail : Contrôle des symptômes Gestion du temps Difficultés au travail Détresse psychologique liée à la capacité d'être engagé
Nombre d'items	23 items.
Échelle/choix de réponse	Choix de réponse (oui/non).
Période de rappel	Présentement.
Mode d'administration	Auto-administré.
Cotation	Addition des réponses de tous les 23 items. Un score variant de 0 à 23 est ainsi obtenu.
Interprétation des résultats	Faible instabilité au travail < 10 Instabilité au travail modérée = 10 – 17 Haute instabilité au travail > 17
Temps d'administration	Information non-disponible.
Temps requis pour l'analyse des résultats	Information non-disponible.
Traduction et adaptation	Versions disponibles et validées en anglais, allemand, polonais et français.
Versions *(ex : touch screen, likert, VAS, NAS)*	Information non-disponible.
Comment se le procurer	http://www.leeds.ac.uk/medicine/rehabmed/psychometric/Scales3.htm

Sources : Tang, K., et al., Measures of work disability and productivity: Rheumatoid Arthritis Specific Work Productivity Survey (WPS-RA), Workplace Activity Limitations Scale (WALS), Work Instability Scale for Rheumatoid Arthritis (RA-WIS), Work Limitations Questionnaire (WLQ), and Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire (WPAI). Arthritis Care & Research, 2011. ***63 Suppl 11****: p. S337-S349.*

Beaton, D.E., et al., Reliability, validity, and responsiveness of five at-work productivity measures in patients with rheumatoid arthritis or osteoarthritis. Arthritis Care & Research, 2010. ***62****(1): p. 28-37.*

6. TABLEAUX D'EXTRACTION – LES INTERVENTIONS

ESSAIS CONTRÔLÉS

Exercices

Études de bonne qualité

- **Premier auteur (année), pays** : Foroughi (2011), Australie
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 54 sujets / 64 ± 7 (GE), 64 ± 8 (GC) / F seulement / 9,5 ± 6,3 ans (GE), 10,8 ± 7,6 ans (GC).
- **Caractérisation de l'AG** : ACR
- **Groupe expérimental/Groupe** : Entraînement musculaire progressif de haute intensité, pour atteindre 80% de la force musculaire maximale. Différents exercices effectués, à raison de 3 séries de 8 répétitions. Trois fois par semaine pendant 6 mois.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Entraînement musculaire non progressif de faible intensité, sans exercices sollicitant les muscles de la jambe.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Alignement dynamique, 2) Knee adduction moment, 3) Force des muscles (1RM), 4) Douleur, raideur, fonction (WOMAC).
- **Effets secondaires** : Douleur au genou rapportée chez 37,9% des sujets faisant partie du GC et chez 32,7% de ceux du GE.
- **Durée du suivi** : 6 mois
- **Résultats** : 1) et 2) : Pas d'amélioration chez le GE vs le GC après 6 mois d'entraînement, 3) Amélioration significative pour les 2 groupes, mais gain relatif plus important chez le GE que chez le GC (59,6% vs 68,3%), 4) Amélioration notable dans les 2 groupes, mais écarts non significatifs.
- **Conclusions des auteurs** : Un entraînement musculaire progressif de haute intensité n'a pas montré davantage d'effets bénéfiques qu'un entraînement musculaire non progressif de faible intensité.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 5

- **Premier auteur (année), pays** : Foroughi (2011), Australie
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 54 sujets / 66 ± 8 (GE), 65 ± 7 (GC) / F seulement / 9,6 ± 7,1 ans (GE), 10,8 ± 7,6 ans (GC).
- **Caractérisation de l'AG** : ACR
- **Groupe expérimental/Groupe** : Entraînement musculaire progressif de haute intensité, pour atteindre 80% de la force musculaire maximale. Différents exercices de renforcement des membres inférieurs effectués, à raison de 3 séries de 8 répétitions. Trois fois par semaine pendant 6 mois.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Entraînement musculaire non progressif de faible intensité, sans exercices sollicitant les adducteurs (abducteurs) de la jambe et les quadriceps.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) *First peak knee adduction moment + Second peak knee adduction moment*, 2) *First peak hip adduction moment + Second peak hip adduction moment*, 3) Force des muscles (1RM), 4) Douleur, raideur, fonction (WOMAC).
- **Effets secondaires** : NR
- **Durée du suivi** : 6 mois
- **Résultats** : 1) Pas de changement pour le *first peak knee adduction moment*, 2) Pas de changement pour le *first peak hip adduction moment*. Le *second peak hip adduction moment* s'est amélioré chez les 2 groupes après 6 mois, mais écarts entre GE et GC non significatifs, 3) Amélioration plus substantielle et significative de la force chez le GE, comparé au GC, 4) Amélioration de score de la douleur chez les 2 groupes après 6 mois, mais écarts entre GE et GC non significatifs.
- **Conclusions des auteurs** : Un entraînement musculaire progressif de haute intensité réduit certes les symptômes de l'AG, mais n'est pas meilleur qu'un entraînement musculaire non progressif de faible intensité pour améliorer la marche et la fonction.
- **Qualité - NB** « Risque faible » : 6

- **Premier auteur (année), pays** : Fitzgerald (2011), États-Unis
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 183 sujets / 63,3 ± 8,9 (GE), 64,6 ± 8,4 / 65,9% F (GE), 67,4% F (GC) / 82,4% ≥ 3 ans (GE), 82,6% ≥ 3 ans (GC).
- **Caractérisation de l'AG** : ACR et KL ≥ 2
- **Groupe expérimental/Groupe** : Programme d'exercice standard composés d'exercices d'étirement et de musculation des membres inférieurs, avec marche sur tapis. Conforme aux recommandations pour les personnes atteintes d'AG + exercices d'agilité (ex. : comme au *step*) et de perturbation (surface inclinée, planches roulantes, etc.). 12 sessions supervisées sur 6-8 semaines.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Programme d'exercices standard composés d'exercices d'étirement et de musculation des membres inférieurs, avec marche sur tapis. Conforme aux recommandations pour les personnes atteintes d'AG. 12 sessions supervisées sur 6-8 semaines.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur, raideur, fonction (WOMAC), 2) Instabilité du genou (auto-rapporté), 3) Douleur et fonction auto-rapportés, 4) Évaluation du changement global de l'état, 5) Get Up and Go Test (GUAG)
- **Effets secondaires** : Aucun effet secondaire
- **Durée du suivi** : 12 mois, mais mesures à 2 et 6 mois
- **Résultats** : AUCUNE AMÉLIORATION SIGNIFICATIVE POUR LE GE VS LE GC À 12 MOIS. LES AMÉLIORATIONS ONT LIEU AUX MESURES PRÉCÉDENTES. 1) Amélioration du score total du WOMAC et du domaine "fonction", mais avant 12 mois, 2) Pas d'amélioration importante selon le groupe et différences inter-groupes non significatives, 3) Amélioration de la fonction chez les 2 groupes à chaque temps de mesure, mais différences non significatives entre le GE et le GC. Pas de réduction de la douleur, 4) Amélioration quant au changement global de l'état chez les 2 groupes à chaque temps de mesure, mais différences non significatives entre le GE et le GC, 5) Pas d'amélioration importante selon le groupe et différences inter-groupes non significatives.
- **Conclusions des auteurs** : Les résultats n'appuient pas l'idée d'un effet additif et profitable des exercices d'agilité et de perturbation, par rapport à un programme d'exercice standard.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 7

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Lim (2010), Corée
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 75 sujets / 65,7 ± 8,9 (GE1), 67,7 ± 7,7 (GE2), 63,3 ± 5,3 (GC) / 88,5% F (GE1), 84,0% F (GE2), 87,5% F (GC) / NR
- **Caractérisation de l'AG** : KL ≥ 2
- **Groupe expérimental/Groupe** : GE1 : exercices aquatiques. 40 minutes, 3 fois/sem pendant 8 semaines, GE2 : exercices "terrestres". Programme de conditionnement physique complet, avec exercices spécifiques pour le genou. 40 minutes, 3 fois/sem pendant 8 semaines.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : GC : exercices effectués à la maison, sans supervision. Une formation a été offerte auparavant (exercices + éducation à la correction des comportements/styles de vie.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Intensité de la douleur (*Brief pain inventory* - BPI), 2) Douleur, raideur, fonction (WOMAC), 3) Qualité de vie : santé physique et santé mentale (SF-36), 4) Force des extenseurs et flexeurs (Biodex).
- **Effets secondaires** : NR
- **Durée du suivi** : 8 semaines
- **Résultats** : 1) Amélioration significative de l'aspect "interférence de la douleur dans la vie quotidienne" pour GE1 et GE2, vs GC, 2) Amélioration significative des scores WOMAC pour GE1 et GE2, vs GC, 3) Amélioration pré-post pour la santé physique, chez les 2 groupes expérimentaux. Amélioration de la santé mentale seulement chez le groupe avec exercices aquatiques. Pas de différence significative inter-groupe, 4) Aucune différence significative sur le plan statistique.
- **Conclusions des auteurs** : Les exercices aquatiques peuvent être un outil efficace pour les patients obèses qui ont des difficultés avec l'exercice actif dû à l'AG.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 7

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Chaipinyo (2009), Thaïlande
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 48 sujets / 62 ± 6 (G1), 70 ± 6 (G2) / 62% F (G1), 92% F (G2) / NR
- **Caractérisation de l'AG** : ACR
- **Groupe expérimental/Groupe** : G1 : Exercices en équilibre effectués à la maison. 30 répétitions de pas en avant et vers l'arrière puis sur le côté de chaque jambe, 5 jours/sem. Également, 30 répétitions de min squat bilatéral dans une plage sans douleur (15-30 degrés de flexion).

- **Groupe contrôle/Autre groupe** : G2 : Exercices en force effectués à la maison. 30 répétitions d'extension isométrique du genou en position assise, pour chaque jambe. Genoux déployés jusqu'à contraction isométrique maximale pendant 5 secondes. 3 séries de 10 répétitions chacune.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur, fonction dans la vie quotidienne, fonction dans les sports et loisirs, qualité de vie associée au genou (KOOS), 2) Force des flexeurs et extenseurs du genou (dynamomètre isocinétique), 3) Mobilité (temps requis pour…) : a) marcher le long d'un corridor de 15 m, b) se lever d'une chaise et marcher sur 15 m, c) monter 11 escaliers et d) descendre 11 escaliers.
- **Effets secondaires** : NR
- **Durée du suivi** : 4 semaines
- **Résultats** : 1) Pas de différences inter-groupes significatives pour les sous-domaines du KOOS, excepté celui relié à la qualité de vie pour lequel GE2 a mieux performé, 2) Aucune différence inter-groupe significative, 3) Pas de différences inter-groupes significatives pour les tests, excepté celui consistant en descendre des escaliers, pour lequel GE2 a mieux performé (plus rapide par 2s).
- **Conclusions des auteurs** : Il n'y a pas de différences vraiment significatives entre un programme d'exercices en équilibre effectués à la maison et un programme en force effectué à la maison.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 5

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Salli (2010), Turquie
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 71 sujets / 55,73 ± 8,23 (GE1), 57,1 ± 6,75 (GE2), 58,3 ± 6,67 (GC) / 82,6% F (GE1), 83,3% F (GE2), 79,2% F (GC) / NR.
- **Caractérisation de l'AG** : ACR et grade KL 1 ou 2
- **Groupe expérimental/Groupe** : GE1 : Exercices concentriques-excentriques pour les muscles du genou. 3 jours/sem, pendant 8 semaines. Sous supervision, GE2 : Exercices isométriques pour les muscles du genou. Sous supervision.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : GC : placebo (pas plus de précisions)
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Intensité de la douleur dans les activités quotidiennes et au repos (VAS), 2) Fonction (WOMAC), 3) Santé physique/fonction, santé mentale et qualité de vie (SF-36), 4) Force des muscles (Biodex).
- **Effets secondaires** : Aucun
- **Durée du suivi** : 20 semaines, mais mesure à 8 semaines (post-traitement).
- **Résultats** : 1)-3) Amélioration significative dans les 2 GE, pré- et post-traitement. Cependant, amélioration plus importante et significative pour le groupe avec exercices concentriques-excentriques. Différences significatives pour les 2 GE lorsque comparés avec le groupe contrôle, 4) Amélioration de la force musculaire chez les 2 GE lorsque comparés avec le groupe contrôle.
- **Conclusions des auteurs** : Les exercices isocinétiques sont recommandés comme modalité de traitement de l'AG. Toutefois, les effets à long terme de ces exercices sur la douleur et la progression de la maladie doivent être étudiés plus en profondeur.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 5

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Bennell (2010), Australie
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 89 sujets / 64,5 ± 9,1 (GE), 64,6 ± 7,6 (GC) / 51,1% F (GE), 45,5% (GC) / NR.
- **Caractérisation de l'AG** : ACR
- **Groupe expérimental/Groupe** : GE : Série d'exercices effectués à la maison visant à renforcer les abducteurs et adducteurs de la hanche. 5 fois/sem pendant 12 semaines. Instructions et conseils prodigués par un spécialiste.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : GC : aucune intervention particulière.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur moyenne et douleur durant la marche, dans la dernière semaine (VAS), 2) Douleur et fonction (WOMAC), 3) Perception du changement dans l'état - évaluation du patient
4) Step test et timed stair ascent /descent task, 5) Maximal isometric strength of hip abduction + hip adduction, 6) Niveau et types d'activités récréatives/occupationnelles, 7) Peak external knee adduction moment (analyse de la marche en 3D).
- **Effets secondaires** : Non sérieux
- **Durée du suivi** : 13 semaines
- **Résultats** : 1) - 6) Après 13 semaines, plus grandes améliorations pour le GE vs le GC, et ce, pour la totalité des scores et mesures, 7) Aucune différence inter-groupes significative.

- **Conclusions des auteurs** : Bien que le renforcement des muscles de la hanche ait amélioré les symptômes et la fonction dans ce groupe de patients, il n'a pas eu d'incidence sur la charge médiale du genou, telle que mesurée par le moment d'adduction du genou. Ainsi, il est peu probable que le renforcement musculaire de la hanche influence la progression de la maladie structurelle.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 7

- **Premier auteur (année), pays** : Weng (2009), Taiwan
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 132 sujets / 64,0 ± 7,5 (données globales) / 80,3% F (données globales) / NR
- **Caractérisation de l'AG** : Altman, grade 2
- **Groupe expérimental/Groupe** : GE1 : Exercices isocinétiques de renforcement musculaire, GE2 : Exercices isocinétiques + étirements statiques bilatéraux du genou, GE3 : Exercices isocinétiques + proprioceptive neuromuscular facilitation stretching. ** Tous 3 fois/sem, pendant 8 semaines.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : GC : aucun traitement
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Efficacité du traitement (Lesquesne), 2) Incapacité (Index LI), 3) Amplitude de mouvement, 4) Intensité de la douleur (VAS), 5) Peak muscle torques during knee flexion and extension
- **Effets secondaires** : NR
- **Durée du suivi** : 1 an, mais mesure à 8 mois (post-traitement)
Résultats : 1), 2) et 4) : Améliorations significatives pour chacun des 3 groupes à 8 semaines et 1 an de suivi, 3) et 5) : Meilleurs résultats pour les GE2 et GE3 (pour force : 60°/*second angular velocity peak torques*). GE3 = plus grande amélioration pour 180°/*second angular velocity peak torque*.
- **Conclusions des auteurs** : Un programme d'étirements pourrait accroître l'efficacité de l'exercice isocinétique en termes d'amélioration fonctionnelle chez les patients souffrant d'AG. En outre, la technique *proprioceptive neuromuscular facilitation stretching* a été plus efficace que les étirements statiques.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 6

- **Premier auteur (année), pays** : Trans (2009), Danemark
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 52 sujets / 61,5 ± 9,2 (GE1), 58,7 ± 11,0 (GE2), 61,1 ± 8,5 (GC) / Sujets tous de sexe féminin / NR
- **Caractérisation de l'AG** : ACR
- **Groupe expérimental/Groupe** : GE1 : Exercices *whole body vibration*, sur plateforme stable, GE2 : Exercices *whole body vibration*, sur planche d'équilibre. Exercices statiques progressifs (augmentation de la flexion du genou) réalisés 2 fois/sem, pendant 8 semaines.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : GC : aucun exercice en particulier
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Force des muscles du genou, extension/flexion (dynamomètre isocinétique), 2) Proprioception (*Threshold for detection of passive movement - TDPM*), 3) Douleur, raideur, fonction (WOMAC).
- **Effets secondaires** : Aucun
- **Durée du suivi** : 8 semaines
- **Résultats** : 1) Force et extension isométrique améliorée significativement chez le GE1 vs le GC. Pas de différence significative Ge2 vs GC, 2) Proprioception améliorée significativement chez le GE1 vs le GC. Simple tendance pour le GE2 vs le GC. 3) Aucune différence GE1 ou GE2 vs GC.
- **Conclusions des auteurs** : Cette étude a montré qu'un programme d'exercices *whole body vibration* sur une plate-forme stable procure une force musculaire accrue, tandis que ce même programme sur une planche d'équilibre semble montrer une proprioception améliorée. Les exercices *whole body vibration* constituent un gain de temps et une méthode sûre pour la réadaptation des femmes ayant l'AG,
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 5

- **Premier auteur (année), pays** : Lin (2009)
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 108 sujets / 63,7 ± 8,2 (GE1), 61,6 ± 7,2 (GE2), 62,2 ± 6,7 (GC) / 69,4% F (GE1), 66,7% F (GE2), 72,2% (GC) / NR
- **Caractérisation de l'AG** : Grade KL ≤ 3
- **Groupe expérimental/Groupe** : GE1 : Entraînement proprioceptif. Un jeu conçu pour l'ordinateur consistant en du foot-stepping, exercices impliquant principalement des mouvements du genou en position assise. Une résistance a été appliquée sur le pied. 20 minutes d'exercices pour chaque membre inférieur. 3 sessions/sem en laboratoire, pendant 8 semaines. GE2 : Entraînement en force. Les patients ont été invités à étendre complètement le genou en utilisant une action concentrique du quadriceps, puis d'abaisser la jambe à l'aide d'une action excentrique du

quadriceps. 4 séries de 6 répétitions pour chaque jambe, avec augmentation de la résistance selon les capacités des patients. 3 sessions/sem, pendant 8 semaines.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : GC : aucune intervention particulière.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur, fonction (WOMAC), 2) Temps de marche : a) surface plane de 60 m, b) monter et descendre 13 escaliers, c) 12 m sur une surface spongieuse, 3) Force des extenseurs et fléchisseurs du genou : a) Peak Torque 60°/s, b) Peak Torque 120°/s, c) Peak Torque 180°/s, 4) Absolute Reposition Error Test (électrogoniomètre).
- **Effets secondaires** : NR
- **Durée du suivi** : 8 semaines
- **Résultats** : 1) - 4) Amélioration de l'ensemble des scores et mesures pour GE1 et GE2, si l'on compare les données pré- et post-intervention. Ne s'applique toutefois pas au Reposition Error. 1) - 2) Amélioration significative de l'ensemble des scores et mesures pour GE1 et GE2, si l'on compare chacun des groupes avec GC. Meilleurs résultats pour la fonction et montrer/descendre des escaliers pour GE2 vs GE1. Pour la marche sur surface spongieuse, meilleurs résultats pour GE1. 3) Amélioration significative pour GE1 par rapport à GC pour Peak Torque 60°/s seulement (extension et flexion). Amélioration significative pour GE2 par rapport à GC pour l'ensemble des mesures (extension et flexion). Différences significatives GE1 vs GE2 pour les 3 types de flexions, au profit de GE2. 4) Amélioration pré-post intervention pour le GE1 seulement. Différence significative entre GE1 et GE2, au profit du premier.
- **Conclusions des auteurs** : Les deux types de *non weight-bearing exercices* ont nettement amélioré les résultats. L'entraînement proprioceptif a conduit à de plus grandes améliorations dans la fonction proprioceptive, tandis que l'entraînement en force a entraîné une plus grande augmentation de la force musculaire des extenseurs du genou.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 8

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Jan (2009), Taiwan
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 106 sujets / 62,0 ± 6,7 (GE1), 63,2 ± 6,8 (GE2), 62,2 ± 6,7 (GC) / 66,7% F (GE1), 71,4% F (GE2), 68,9% (GC) / NR
- **Caractérisation de l'AG** : ACR
- **Groupe expérimental/Groupe** : GE1 : Exercice weight-bearing en position assise. Les sujets ont été invités à étendre complètement la jambe, un pied sur le centre de la pédale, puis fléchir l'articulation du genou à 90° à une vitesse de 90 °/2s (appareil EN-Dynamic). GE2 : Exercice non weight-bearing en position assise. Dos à l'appareil et câble attaché au bas de la jambe, les sujets ont été invités à positionner l'articulation du genou à 90° puis à faire une extension complète. Ensuite, fléchissement de l'articulation du genou à la position de départ, par contraction excentrique du quadriceps, à une vitesse de 90°/ 2s.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : GC : aucune intervention particulière.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Fonction (WOMAC), 2) Temps de marche : a) surface plane de 60 m, b) monter et descendre 13 escaliers, c) 12 m sur une surface spongieuse, d) autour d'une figure en forme de 8 consistant en 2 cercles d'un rayon de 50 cm, 3) Force des extenseurs et fléchisseurs du genou : a) *Peak Torque 60°/s*, b) *Peak Torque 120°/s*, c) *Peak Torque 180°/s* (Cybex 6000), 4) *Reposition Error Test* (électrogoniomètre).
- **Effets secondaires** : NR
- **Durée du suivi** : 8 semaines
- **Résultats** : 1)-3) Amélioration significative de l'ensemble des scores et mesures GE1 et GE2, post- vs pré-intervention. Aucune amélioration chez le groupe contrôle. 4) Pas d'amélioration significative post- vs pré-intervention, pour l'un ou l'autre des groupes. Par contre, plus grande amélioration GE1 vs GE2.
- **Conclusions des auteurs** : De simples exercices de flexion et d'extension effectués pendant 8 semaines ont entraîné une amélioration significative de la fonction et de la force par rapport au groupe contrôle. Les exercices non weight-bearing seuls peuvent être suffisants pour améliorer la fonction et la force musculaire.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 6

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Pisters (2010), Pays-Bas
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 200 sujets / 65,1 ± 7,4 (GE), 64,5 ± 8,3 (GC) / 75% F (GE), 79% F (GC) / 35% >5 ans (GE), 45% >5 ans (GC).
- **Caractérisation de l'AG** : ACR
- **Groupe expérimental/Groupe** : Programmes d'exercice selon le principe du *behavioral graded activity*. Il s'agit d'un traitement comportemental et personnalisé intégrant les notions de conditionnement, et qui comprend des sessions de rappel. Les exercices plus problématiques sont progressivement augmentés de manière contingente avec

le temps. Les déficiences qui limitent la performance pour ces activités sont atténuées et la motivation par l'entraîneur est centrale. Maximum de 18 sessions, étalées sur 12 semaines.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Thérapie par l'exercice régulière, accompagnée de conseils/d'éducation et d'encouragement. Maximum de 18 sessions, étalées sur 12 semaines.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur dans les dernières 48h, fonction (WOMAC), 2) Évaluation par le patient de son état global (PGA), 3) Performance physique (*5 m walking test*).
- **Effets secondaires** : Un seul sujet a rapporté une augmentation de sa douleur au genou.
- **Durée du suivi** : 60 mois, mais mesures à 3,9 et 15 mois.
- **Résultats** : 1) - 3) Aucune amélioration pour le GE vs le GC à court, moyen ou long terme.
- **Conclusions des auteurs** : Un programme d'exercice selon le principe du *behavioral graded activity* n'est pas plus bénéfique qu'une thérapie par l'exercice habituelle, pour les personnes atteintes d'AG.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 6

- **Premier auteur (année), pays** : McKnight (2010), États-Unis
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 273 sujets / 53,3 ± 7,2 (G1), 52,6 ± 6,5 (G2), 51,9 ± 7,7 (G3) / 80,2% F (G1), 74,7% F (G2), 76,0% F (G3) / NR
- **Caractérisation de l'AG** : Grade KL = 2
- **Groupe expérimental/Groupe** : G1 : Entraînement musculaire. Phase 1 (9 mois): Exercices d'étirement et d'équilibre, d'amplitude de mouvement et de flexibilité, et de renforcement musculaire isotonique. Augmentation du degré de difficulté dans le temps. 3 sessions/sem en salle, supervisées par un entraineur. Phase 2 (15 mois) : Les sujets s'entraînent seuls, par eux-mêmes, mais les entraîneurs continuent à les motiver. G2 : Phase 1 (9 mois): 12 sessions de 90 minutes, en classe. On y éduque à l'AG, au contrôle de soi-même, à l'efficacité et à l'estime de soi. Un appel est aussi logé chaque semaine au sujet, question de démontrer une bonne prise en charge. Phase 2 (15 mois) : les appels sont de moins en moins fréquents. Les sujets ont tout de même toujours leur matériel éducatif en main.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : G3 : Combinaison d'entraînement musculaire et d'éducation/auto-gestion.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Force isométrique volontaire maximale, partie inférieure du corps, 2) Capacité fonctionnelle, amplitude de mouvement, 3) Capacité fonctionnelle, travail (*ERGOS work stimulator*), 4) *Get up and go*, 5) Monter et descendre des escaliers, inconfort, 6) Douleur et incapacité/fonction (VAS, WOMAC, SF-36).
- **Effets secondaires** : 15 effets secondaires reliés à l'étude, 30 possiblement reliés et 13 probablement reliés à celle-ci. Parmi ceux-ci, on dénote une exacerbation de la douleur, des accidents et blessures en lien avec l'entraînement musculaire, des muscles endoloris, etc.
- **Durée du suivi** : 24 mois
- **Résultats** : 1) - 6) Amélioration de l'ensemble des scores et performances pré- vs. post-traitement, et ce, pour chacun des 3 groupes. Par contre, aucune différence significative lorsque les 3 groupes sont comparés entre eux.
- **Conclusions des auteurs** : Les personnes sédentaires d'âge moyen souffrant d'AG légère ont bénéficié de l'entraînement musculaire, de l'autogestion, et d'un programme combinaison des deux. Ces résultats suggèrent que l'entraînement musculaire et l'autogestion sont tous deux des traitements appropriés pour répondre à l'apparition précoce de l'AG chez les adultes d'âge moyen. L'autogestion prise seule peut toutefois offrir le traitement le moins onéreux.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 6

- **Premier auteur (année), pays** : Bezalel (2010), Israël
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 50 sujets / 73,8 ± 4,7 (GE), 73,7 ± 5,5 (GC) / 68% F (GE), 80% F (GC) / NR
- **Caractérisation de l'AG** : Critères de l'*International Classification of Diseases-10*.
- **Groupe expérimental/Groupe** : GE : Classes sur l'AG 1 fois/sem pendant 4 semaines, suivi par un programmes d'exercices (renforcement, étirement, amplitude) à effectuer à la maison.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : GC : 6 sessions de 20 minutes de thérapie par diathermie à ondes courtes.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur, raideur, fonction, score total (WOMAC), 2) *Repeated sit-to-stand test*, 3) *Get-up-and-go test*.
- **Effets secondaires** : Aucun
- **Durée du suivi** : 8 semaines, avec mesure à 4 semaines
- **Résultats** : 1) Après 4 semaines, amélioration significative des scores (vs baseline) sauf celui de la raideur; différences inter-groupes non significatives. Amélioration continue après 8 semaines dans le GE, et différences inter-groupes significatives sauf pour la raideur. 2) Après 4 semaines, amélioration significative (vs baseline); différence inter-groupes non significative. 3) Après 4 semaines, amélioration significative (vs baseline); différence

inter-groupes non significative. Amélioration continue après 8 semaines dans le GE, et différence inter-groupes significative.
- **Conclusions des auteurs** : Un programme d'éducation en groupe simple, pour les patients souffrant d'AG, est associé à l'amélioration des capacités fonctionnelles et à la réduction de la douleur. Des études complémentaires sont nécessaires pour déterminer si cet effet positif peut être maintenu sur une longue période.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 7

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Sevick et al. (2009)
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 316 sujets / 68 ± 0,7 (GE1), 69 ± 0,8 (GE2), 69 ± 0,8 (GE3), 69 ± 0,1 (GC) / 72% F (GE1), 74% F (GE2), 74% F (GE3), 68% F (GC) / NR
- **Caractérisation de l'AG** : Pas de précision
- **Groupe expérimental/Groupe** : GE1 : Diète. Perte de 5% du poids et maintien de cette perte pendant au moins 18 mois. Conseils, soutien et suivis sont offerts aux sujets. GE2 : Exercices. Exercices aérobiques et en résistance pendant 60 minutes, 3 fois/sem pour toute la durée de l'étude. Possibilité d'effectuer les exercices en salle ou à la maison, sous supervision. GE3 : Combinaison Diète + Exercices.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : GC : Rencontre de groupe - Style de vie sain. Rencontres de groupe d'une heure par mois, pendant 1-3 mois. Présentations sur l'AG, l'alimentation et l'exercice par des spécialistes, suivies de périodes de questions. Contact téléphonique maintenu avec les sujets.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur, raideur, fonction (WOMAC), 2) 6-min walk test, 3) Montée d'escaliers.
- **Effets secondaires** : NR
- **Durée du suivi** : 18 mois, avec mesure à 6 mois.
- **Résultats** : 1) % plus grand d'amélioration de la douleur, GE3 vs GC (30,3% vs 17,0%). % plus grand d'amélioration de la raideur GE3 vs GC (17,3% vs 12,4%). % plus grand d'amélioration de la fonction GE1 et GE3 vs GC (18,1% et 24,3% vs 17,0%). 2) plus grand % d'amélioration GE2 et GE3 vs GC (11,5% et 14,8% vs -1,1%). 3) % plus grand d'amélioration de la douleur, GE3 vs GC (23,1% vs 2,3%).
- **Conclusions des auteurs** : L'intervention Exercices + Diète a donné les plus grandes améliorations dans les performances physiques et les symptômes de l'AG. Cependant, elle a aussi été la plus chère et a été l'approche la plus rentable, mais seulement pour les résultats subjectifs (fonction, douleur et raideur).
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 5

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Ni (2010), Chine
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 35 sujets / 62,89 ± 2,79 (GE), 63,47 ± 2,85 (GC) / Sujets de sexe féminin seulement / NR
- **Caractérisation de l'AG** : ACR
- **Groupe expérimental/Groupe** : Programme progressif de taï chi étalé sur 24 semaines : 2 jours/sem pendant 8 semaines, 3 jours/sem pendant les 8 semaines suivantes et 4 jours/sem pendant les 8 dernières semaines.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Session hebdomadaire de 45 minutes d'éducation au bien-être + étirements.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur, raideur, fonction (WOMAC), 2) Distance parcourue à la marche en 6 minutes, 3) Temps nécessaire pour monter puis descendre 5 marches.
- **Effets secondaires** : Pas vraiment d'effets secondaires, à part quelques sujets ayant éprouvé de la douleur aux muscles.
- **Durée du suivi** : 24 semaines
- **Résultats** : 1) - 2) Améliorations significatives GE vs GC, pour tous les aspects évalués.
- **Conclusions des auteurs** : Cette étude suggère que le taï chi constitue une option d'exercice sécuritaire, pratique et utile pour les femmes âgées atteintes d'AG.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 5

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Wang (2009), États-Unis
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 40 sujets / 63 ± 8,1 (GE), 68 ± 7,0 (GC) / 80% F (GE), 70%F (GC) / 9,7 ± 7,0 ans (GE), 9,7 ± 8,3 (GC) - on parle ici de la durée de la douleur au genou
- **Caractérisation de l'AG** : ACR et grade KL ≥ 2
- **Groupe expérimental/Groupe** : GE : Séances de tai chi de 60 minutes, 2 fois/sem pendant 12 semaines.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : GC : Sessions de 60 minutes, 2 fois/sem pendant 12 semaines. Lors de chacune de ces sessions, 40 minutes sont accordées à un programme d'éducation au bien-être et les 20 autres à des exercices d'étirements. Les sujets sont par ailleurs encouragés à effectuer 20 minutes d'étirements à la maison, chaque jour.

- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur, raideur, fonction (WOMAC), 2) Perception de l'amélioration dans l'état de santé, point de vue du patient et du clinicien, 3) 6-minute walk test, 4) Score d'équilibre, 5) Chair stand time, 6) Santé physique et santé mentale (SF-36), 7) Sentiment d'auto-efficacité, 8) Dépression (CES-D, *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*).
- **Effets secondaires** : Aucun sérieux, du moins parmi ceux probablement reliés à l'étude. 1 participant du GE a rapporté une augmentation de sa douleur au genou après 2 semaines, et 2 cas de cancer ont été signalés (1 dans chacun des groupes).
- **Durée du suivi** : 48 semaines, mais mesures à 12 et 24 semaines.
- **Résultats** : 1) Diminution significative de la douleur à 12 semaines et amélioration signifcative de la fonction à cette même semaine (GE vs GC). Aucun résultat significatif pour ce qui est de la fonction ou lors d'autres temps de mesure, 2) Meilleures perceptions du patient et du clinicien à 12 semaines, mais pas à 24 et 48 (GE vs GC), 3)- 4) Aucune différence inter-groupe, 5) Amélioration GE vs GC à 12 semaines seulement, 6) Pas d'amélioration GE vs GC pour la santé mentale. Par contre, différence significative GE vs GC pour la santé physique aux semaines 12 et 48, 7) Plus grand sentiment d'auto-efficacité GE vs GC aux semaines 12, 24 et 48, 8) Diminution du score de dépression plus grande chez GE que chez GC, aux semaines 12, 24 et 48.
- **Conclusions des auteurs** : Le tai chi réduit la douleur et améliore la fonction physique, l'auto-efficacité, la dépression et la qualité de vie liée à la santé, chez les individus atteints d'AG.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 7

Études de plus faible qualité

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Gstoettner (2011), Autriche
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 38 sujets / 72,8 ans en moyenne (étendue : 65-78 ans) (GE), 66,9 ans (étendue : 61-75) (GC) / 88,9% F (GE), 70,0% F (GC) / NR, mais stade avancé
- **Caractérisation de l'AG** : Arthrose sévère requérant un remplacement du genou
- **Groupe expérimental/Groupe** : Entraînement proprioceptif 1 fois par semaine, durant les 6 semaines précédant le RG. Différents exercices supervisés, pour un entraînement d'une durée d'environ 45 minutes.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Aucun entraînement ou exercice.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur, raideur, fonction (WOMAC), 2) Douleur, amplitude de mouvement et stabilité (KSS) + capacités pour la marche (KSS *function score*), 3) Tests d'équilibre (*Biodex Stability System*), 4) Vitesse de marche : marche 60 m et monter 50 marches de 16 cm de haut.
- **Effets secondaires** : NR
- **Durée du suivi** : 6 mois après le programme d'entraînement et 6 mois après le RG (2 suivis).
- **Résultats** : GE : 1) Amélioration significative des 3 domaines du WOMAC après le RG. 2) Pas d'amélioration dans les capacités pour la marche après 6 semaines d'entrainement, mais amélioration significative du score KSS. 3) Amélioration significative de l'équilibre après le RG. 4) Amélioration dans la vitesse de marche après 6 semaines d'entrainement, mais amélioration non significative. Valeurs cependant pires qu'au départ après le RG. GC: 1) La raideur et la douleur ont diminué significativement après le RG. 2) Pas d'amélioration dans les capacités pour la marche après le RG, mais amélioration significative du score KSS. 3) Pas d'amélioration. 4) Pas d'amélioration. 2 GROUPES COMPARÉS : Amélioration de l'équilibre seulement
- **Conclusions des auteurs** : L'entraînement proprioceptif préopératoire chez les patients devant subir un RG conduit à l'amélioration de l'équilibre, mais pas de différence dans les clinical otucomes n'a été observée entre les deux groupes.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 2

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Shakoor (2010), Bangladesh
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 139 sujets / Âge ≥38 ans et ≤70 ans (pas plus de précision) / 74,8% F globalement (pas de précision par groupe / NR.
- **Caractérisation de l'AG** : ACR
- **Groupe expérimental/Groupe** : Exercices isométriques de renforcement des quadriceps + AINS (anti-inflammatoires).
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : AINS (anti-inflammatoires) seulement
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Intensité de la douleur (VAS), 2) Douleur, raideur, fonction (WOMAC), 3) Amplitude de mouvement du genou (goniomètre).
- **Effets secondaires** : NR
- **Durée du suivi** : 6 semaines, mais suivis à chaque semaine

- **Résultats** : 1)-2) Plus d'amélioration dans le groupe avec exercices que dans celui avec AINS seulement, après 4 semaines; augmentation graduelle par la suite. Amélioration statistiquement significative (exercices vs AINS seulement) après 6 semaines. 3) Pas d'amélioration dans l'un ou l'autre des groupes.
- **Conclusions des auteurs** : Les exercices isométriques de renforcement des quadriceps ont un rôle bénéfique dans la réduction des symptômes de l'AG.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 0

- **Premier auteur (année), pays** : Aoki (2009), Japon
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 36 sujets / 72,3 ± 5,2 (GE), 74,4 ± 6,4 (GC) / Sujets tous de sexe féminin / 10,3 ± 6,9 ans (GE), 9,3 ± 7,9 ans (GC).
- **Caractérisation de l'AG** : AG sévère nécessitant un RG
- **Groupe expérimental/Groupe** : GE: Exercices d'étirement à effectuer à la maison, à chaque jour. 2 types : flexion du genou en position assise et en *prone position*. Le genou devait être fléchi le plus possible pendant 30 secondes. Au moins 10 répétitions par jour, pendant environ 80 jours.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : GC: maintien du niveau d'exercice habituel. Pendant environ 80 jours.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Amplitude de mouvement, *supine position* (goniomètre), 2) Douleur durant la marche (VAS), 3) Vitesse de marche : temps requis pour marcher 3 fois le long d'une ligne de 10 m (temps moyen), 4) Amplitude de mouvement du genou durant la marche (pendant une marche sur 10 m).
- **Effets secondaires** : NR
- **Durée du suivi** : 80 jours
- **Résultats** : 1) - 4) Résultats tous significativement meilleurs pour GE vs GC.
- **Conclusions des auteurs** : Chez les personnes atteintes d'AG sévère, un programme d'exercices d'étirements effectués à la maison s'avère plus bénéfique pour la douleur et la fonction que le statu quo.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 2

- **Premier auteur (année), pays** : Piyakhachornrot (2011), Thaïlande
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 73 sujets / Âgés entre 38 et 59 ans (pas plus de précision) / Toutes des femmes / 25,8% > 5 ans (GE), 8,8% > 5 ans (GC).
- **Caractérisation de l'AG** : Douleur au genou et symptômes de l'AG (pas plus de précision)
- **Groupe expérimental/Groupe** : Une journée d'un programme d'éducation à la santé, puis un programme d'exercices en salle, à raison de 3 fois par semaine pendant 12 semaines.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Une journée d'un programme d'éducation à la santé, puis un programme supervisé d'exercices à la maison, à raison de 3 fois par semaine pendant 12 semaines.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur, raideur, fonction (WOMAC), 2) Force des quadriceps (dynamomètre), 3) Amplitude de mouvement (goniomètre).
- **Effets secondaires** : NR
- **Durée du suivi** : 12 semaines, mais mesures à quelques reprises avant terme.
- **Résultats** : 1) Amélioration semblable pour les deux groupes aux semaines 2, 8 et 12, 2) Plus grande force des quadriceps chez les sujets avec un programme d'exercices en salle, 3) Meilleur amplitude de mouvement du genou gauche chez les sujets avec un programme d'exercices en salle.
- **Conclusions des auteurs** : Un programme d'éducation à la santé est aussi bénéfique s'il s'accompagne d'un programme d'exercices en salle ou d'exercices supervisés exécutés à la maison.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 3

- **Premier auteur (année), pays** : Farr (2010), États-Unis
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 171 sujets / 55,8 ± 6,1 (G1), 55,5 ± 7,3 (G2), 54,2 ± 7,3 (G3) / NR
- **Caractérisation de l'AG** : KL=2
- **Groupe expérimental/Groupe** : G1: Programme d'exercices de renforcement, supervisé par un entraîneur. 3 fois par semaine, pendant 9 mois, G2: Programme d'exercices de renforcement, supervisé par un entraîneur. 3 fois par semaine, pendant 9 mois + éducation et auto-gestion (12 semaines de cours hebdomadaires, suivi de 24 semaines de suivi téléphonique pour renforcer les aptitudes d'auto-gestion).
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : G3 : Éducation et auto-gestion (12 semaines de cours hebdomadaires, suivi de 24 semaines de suivi téléphonique pour renforcer les aptitudes d'auto-gestion).
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Degré d'activité physique. Nombre moyen de minutes, par jour, consacrées à l'activité physique d'intensité modérée à vigoureuse (MVPA).

- **Effets secondaires** : NR
- **Durée du suivi** : 9 mois, avec mesure à 3 mois.
- **Résultats** : 1) G1 et G3 ont tous deux amélioré significativement leur MVPA entre le baseline et le 3e mois (18% et 22%), mais seul G1 a maintenu ces changements après 9 mois.
- **Conclusions des auteurs** : Les patients avec apparition précoce d'AG peuvent s'engager dans un programme d'exercices de renforcement, sans sacrifier leurs niveaux de MVPA. Ces résultats confirment la valeur de ce type d'exercices dans la gestion de l'AG.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 4

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Ko (2009), Corée
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 35 sujets / 65,29 ± 2,61 (G1), 63,67 ± 3,19 (G2) / Sujets tous de sexe féminin / 5,00 ± 1,18 (G1), 4,94 ± 1,21 (G2).
- **Caractérisation de l'AG** : Diagnostic clinique (pas plus de précision)
- **Groupe expérimental/Groupe** : G1 : Sessions de 40 minutes d'exercices en résistance et en amplitude de mouvement. 3 fois/sem pendant 8 semaines.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : G2: Exercices en résistance et en amplitude de mouvement, 3 fois/sem pendant 8 semaines + Thérapie manuelle avec mobilisation.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Force des quadriceps, à 90° de flexion de l'articulation de la hanche et à 90° de flexion de l'articulation du genou (DigiMax), 2) Proprioception, en degrés (électrogoniomètre), 3) Performance fonctionnelle : a) marche sur 10 m, b) monter/ descendre 7 escaliers, c) s'asseoir/se lever d'une chaise.
- **Effets secondaires** : NR
- **Durée du suivi** : 8 semaines
- **Résultats** : 1) Amélioration significative de la force post- vs pré traitement chez G1 comme chez G2, 2) Amélioration significative de la proprioception seulement chez G2, 3) Amélioration significative de la performance fonctionnelle seulement chez G2.
- **Conclusions des auteurs** : Une combinaison d'exercices en résistance et de thérapie manuelle est plus efficace pour améliorer la force musculaire, la proprioception et la performance fonctionnelle que des exercices en résistance seulement.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 3

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Kawasaki (2009), Japon
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 87 sujets / 69,5 ± 8,4 (G1), 71,2 ± 7,1 (G2) / Sujets tous de sexe féminin / NR.
- **Caractérisation de l'AG** : ACR
- **Groupe expérimental/Groupe** : G1 : injections intra-articulaires de hyaluronate de sodium 25 mg/2.5 ml, 1 fois/sem pendant 5 semaines. Ensuite, injection mensuelle jusqu'à la 24e semaine.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : G2 : Exercices à effectuer à la maison, de 2 types : 1) exercices musculaires isométriques des membres inférieurs, bilatéraux et 2) exercices en amplitude de mouvement. Également, recommandation de marcher chaque jour le plus possible.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Intensité de la douleur (VAS), 2) Douleur et raideur dans les activités quotidiennes, activités sociales et santé générale (*The Japanese Knee Osteoarthritis Measure - JKOM*), 3) Efficacité du traitement (OMERACT-OARSI).
- **Effets secondaires** : NR
- **Durée du suivi** : 24 semaines
- **Résultats** : 1) - 3) Pas de différences significatives entre G1 et G2 après 24 semaines.
- **Conclusions des auteurs** : En tenant compte du coût, de la commodité et du caractère invasif pour les patients, l'exercice semble avoir un certain avantage sur les injections intra-articulaires de hyaluronate pour le traitement de l'AG.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 4

Injections intra-articulaires

Études de bonne qualité

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Petrella (2011), Canada

- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 200 sujets / 68 ± 6 (DMW), 69 ± 5 (LMW), 71 ± 9 (HMW), 71 ± 9 (placebo) / 56% F (DMW), 54% F (LMW), 58% (HMW), 60% (placebo) / 6,9 ± 5,0 (DMW), 8,1 ± 6,0 (LMW), 9,1 ± 6,7 (HMW), 7,4 ± 4,1 (placebo).
- **Caractérisation de l'AG** : Diagnostic clinique et grade d'AG 1-3 confirmé par radiographie (pas plus de précision)
- **Groupe expérimental/Groupe** : Injection d'acide hyaluronique de différentes masses moléculaires et concentrations (DMW), injection d'acide hyaluronique de masse moléculaire élevée (HMW), injection d'acide hyaluronique de masse moléculaire faible (LMW).
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Injection de solution saline (placebo)
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur durant la marche (VAS), 2) Douleur au repos (VAS)
- **Effets secondaires** : Pas d'effet secondaire sérieux rapporté. Inconvénients surtout associés à l'injection en tant que telle.
- **Durée du suivi** : 104 semaines, avec mesures aux semaines 16 et 52.
- **Résultats** : 1) Diminution de la douleur durant la marche aux semaines 16, 52 et 104 chez tous les groupes ayant reçu une injection d'acide hyaluronique (peu importe la masse moléculaire / concentration), comparativement à ceux ayant reçu une injection de solution saline. 2) Amélioration notable de la douleur au repos après 104 semaines chez les 3 groupes ayant reçu des injections d'acide hyaluronique, mais différences inter-groupes non significatives.
- **Conclusions des auteurs** : Une diminution plus importante de la douleur à la marche et au repos chez les sujets ayant reçu une injection d'acide hyaluronique de différentes masses moléculaires et concentrations suggère que les combinaisons d'acide sont avantageuses à long terme, notamment pour les personnes atteintes d'AG qui sont actives.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 5

- **Premier auteur (année), pays** : Jorgensen (2010), Danemark
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 335 sujets / 62,6 ± 11,4 (GE), 61,4 ± 11,1 (GC) / 66% F (GE), 57%F (GC) / 6,1 ± 6,6 ans (GE), 6,7 ± 8,2 (GC) - depuis le diagnostic.
- **Caractérisation de l'AG** : ACR
- **Groupe expérimental/Groupe** : Injections de hyaluronate de sodium (2 ml Hyalgan (10 mg/ml)) 1 fois/sem, pendant 5 semaines consécutives
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Injection d'une solution saline. 1 fois/sem, pendant 5 semaines consécutives.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur, fonction (Lequesne algofunctional index score - LFI), 2) Douleur suite à une marche sur 50 m (VAS), 3) Qualité de vie (Nottingham health profile - NHP).
- **Effets secondaires** : Aucun sérieux. La plupart ont été légers, consistant en une exacerbation de la douleur ou de la douleur au site d'injection.
- **Durée du suivi** : 12 mois, mais mesures à 3, 6 et 9 mois.
- **Résultats** : 1) - 3) Aucune différence significative entre le GE et le GC, peu importe le temps de mesure.
- **Conclusions des auteurs** : Les injections de hyaluronate de sodium n'ont pas été plus efficaces que des injections de solution saline dans la réduction des symptômes de l'AG.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 6

- **Premier auteur (année), pays** : Diracoglu (2009), Turquie
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 60 sujets / 59,4 ± 9,9 (GE), 56,2 ± 7,2 (GC) / 90% F (GE), 100% F (GC) / NR.
- **Caractérisation de l'AG** : ACR et grade KL 2 ou 3
- **Groupe expérimental/Groupe** : GE: 1 injection intra-articulaire de Hylan G-F 20 par semaine, pendant 3 semaines.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : GC: 1 injection intra-articulaire de solution saline par semaine, pendant 3 semaines.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Force des extenseurs et fléchisseurs du genou : a) Peak Torque 60°/s, b) Peak Torque 180°/s, c) Peak Torque 240°/s, 2) Douleur, raideur, fonction, score total (WOMAC), 3) Douleur durant les activités, douleur au repos (VAS), 4) Proprioception, *Average Absolute Angular Error*.
- **Effets secondaires** : Aucun rapporté
- **Durée du suivi** : 4 semaines
- **Résultats** : 1) Meilleurs résultats GE vs GC pour a) seulement. Pas significatif pour les autres mesures, 2) - 3) Améliorations plus grandes et significatives de l'ensemble des scores et mesures chez GE vs GC, 4) Moins d'erreurs chez GE vs GC après la 3e injection et 1 semaine après celle-ci.

- **Conclusions des auteurs** : Il a été démontré que les injections intra-articulaires d'acide hyaluronique, chez les patients souffrant d'AG, ont conduit à une augmentation à court terme de la proprioception et de la force musculaire isocinétique, ainsi qu'à des améliorations significatives dans les conditions fonctionnelles des patients. Des études à plus long terme sont cependant nécessaires.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 6

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Vanelli (2010), Italie
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 59 sujets / 60 (37-79) (GE), 67 (46-82) (GC) / 65,5% F (GE), 66,7% F (GC) / NR
- **Caractérisation de l'AG** : ACR
- **Groupe expérimental/Groupe** : Injection d'un gel hautement purifié constitué de polynucléotides à longue chaîne, d'origine naturelle. Dose de 2 ml à une concentration de 20 mg/ml. Une injection par semaine pendant 4 semaines.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Injection d'acide hyaluronique. Dose de 2 ml à une concentration de 8 mg/ml. Une injection par semaine pendant 4 semaines.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Intensité de la douleur : au repos, à la mise en charge et pendant les activités physiques (VAS), 2) Score au KOOS : douleur, symptômes, activités de la vie quotidienne, sports/loisirs, qualité de vie, 3) Consommation de AINS.
- **Effets secondaires** : Non sérieux
- **Durée du suivi** : 16 semaines, mais mesures à d'autres temps.
- **Résultats** : 1) Réduction plus rapide de la douleur au repos chez le GE que chez le GC. Les résultats sont par contre semblables entre le GE et le GC pour ce qui est de la douleur à la mise en charge et lors d'activités sportives/loisirs; réduction progressive et comparable. Différences inter-groupes non vérifiées en raison de la variabilité des 2 populations. 2) Amélioration significative de chacun des domaines du KOOS entre la semaine 1 et 16, et ce, pour les 2 groupes. Cependant, manque d'effectifs pour "sports/loisirs". Globalement, amélioration plus prononcée pour le GE que le GC.
- **Conclusions des auteurs** : Ces résultats suggèrent que les polynucléotides intra-articulaires peuvent être une alternative valable à la supplémentation d'acide hyaluronique traditionnelle, pour le traitement de l'AG.
- **Qualité - NB « Risque faible »** :

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Rossini (2009), Italie
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 145 sujets / 65,7 ± 6,4 (GE1), 66,2 ± 6,6 (GE2), 64,7 ± 7,4 (GE3), 63,6 ± 6,7 (GE4), 65,2 ± 6,9 (GC) / 83,3% F (GE1), 80,0% F (GE2), 82,8% F (GE3), 89,3% F (GE4), 92,9% (GC) / NR
- **Caractérisation de l'AG** : ACR et grade KL 2 ou 3
- **Groupe expérimental/Groupe** : GE1: Clodronate 0,5 mg, 1 injection/sem pendant 4 semaines, GE2: Clodronate 1 mg, 1 injection/sem pendant 4 semaines, GE3: Clodronate 2mg, 1 injection/sem pendant 4 semaines, GE4: Clodronate 1mg, 2 injections/sem pendant 2 semaines (Clodronate 1 + 1 mg)
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : GC: Acide hyaluronique 20 mg, 1 injection/sem pendant 4 semaines.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur spontanée, douleur en phase passive et en phase active (marche sur plus de 10 m), douleur au toucher, 2) Score d'extension, 3) Mobilité de l'articulation, 4) Score algo-fonctionnel (Lequesne).
- **Effets secondaires** : NR
- **Durée du suivi** : 5 semaines, mais mesures à chacune des semaines précédentes.
- **Résultats** : 1-4) Améliorations continues à chacun des suivis pour l'ensemble des scores et mesures. Par contre, pas de différences inter-groupes significatives.
- **Conclusions des auteurs** : Cette étude indique que les injections de Clodronate fournissent des améliorations symptomatiques et fonctionnelles au moins aussi bonnes que celles obtenues avec l'acide hyaluronique.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 5

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Altman (2009), États-Unis
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 586 sujets / 60,8 ± 10,0 (G1), 62,5 ± 11,0 (G2) / 63% F (G1), 63% F (G2) / NR.
- **Caractérisation de l'AG** : ACR et grade KL 2 ou 3
- **Groupe expérimental/Groupe** : G1: Injections intra-articulaires de solution buffered saline. 1 injection/sem, pendant 3 semaines.

- **Groupe contrôle/Autre groupe** : G2 : Injections intra-articulaires de solution de hyaluronate de sodium 1%. 1 injection/sem, pendant 3 semaines.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Test de marche sur une distance de 50 pieds, 2) Douleur, raideur, fonction (WOMAC), 3) Santé mentale et santé physique (SF-36), 4) Qualité de vie reliée à la santé (HRQoL).
- **Effets secondaires** : Traitements bien tolérés, avec faible incidence d'effets secondaires (pas de différences entre les 2).
- **Durée du suivi** : 26 semaines, mais mesures aux semaines 1, 2, 3, 6, 12 et 18.
- **Résultats** : 1) - 2) Améliorations plus importantes et significatives pour G2 vs G1, excepté pour la raideur telle que mesurée avec le WOMAC.
- **Conclusions des auteurs** : Améliorations relatives à la douleur, à la fonction, à la qualité plus importantes avec les injections intra-articulaires de solution de hyaluronate de sodium que celles de solution buffered saline.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 5

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Huber (2010), Allemagne
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 91 sujets / 68 ± 8 (GE), 64 ± 10 (GC) / 63,0% F (GE), 73,3% F (GC) / 9,2 ± 8,1 ans (GE), 9,7 ± 9,8 (GC).
- **Caractérisation de l'AG** : Grade KL 2 ou 3
- **Groupe expérimental/Groupe** : Injections sous-cutanées d'Articulatio Genus D5 (AG5), préparation à base de cartilage de bovins. 3 fois/sem pendant 4 semaines.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Injections sous-cutanées de solution saline placebo. 3 fois/sem pendant 4 semaines.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur, raideur, fonction, score total (WOMAC)
- **Effets secondaires** : Aucun sérieux
- **Durée du suivi** : 84 jours, mais mesure au jour 28.
- **Résultats :** 1) Diminution de la douleur dans les groupes après 28 jours. Effet maintenu jusqu'au dernier suivi. Même chose pour la fonction et la raideur, mais les différences entre le GE et le GC ne se sont pas avérées significatives. Enfin, pas de différence inter-groupes significative en ce qui concerne le score total au WOMAC.
- **Conclusions des auteurs** : Les injections d'AG5 ne sont pas supérieures à un placebo.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 7

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Loughnan (2009), Australie
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 34 sujets / 65,53 (GE), 67 (GC) - moyennes d'âge / 82,4% F (GE), 52,9% F (GC) / NR
- **Caractérisation de l'AG** : AG sévère requérant un remplacement du genou.
- **Groupe expérimental/Groupe** : GE : Entre 1 et 10 injections intra-dermales de 0,5 ml de solution de lignocaïne 1%.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : GC : Entre 1 et 10 injections intra-dermales de 0,5 ml de solution saline.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur au repos (VAS), 2) Douleur après une marche de 20 minutes (VAS), 3) Temps de marche, distance de 20 m, 4) Temps pour se lever d'une chaise, 5 répétitions
- **Effets secondaires** : Aucun rapporté
- **Durée du suivi** : 1 semaine, mais mesure 2 heures après l'administration du traitement
- **Résultats :** 1) Pas d'amélioration post- vs pré-traitement dans l'un ou l'autre des groupes, 2) Améliorations post- vs pré-traitement significatives pour GE et GC, 3) Pas d'amélioration post- vs pré-traitement dans l'un ou l'autre des groupes, 4) Améliorations post- vs pré-traitement significatives pour GE et GC.
- **Conclusions des auteurs** : Les injections intradermiques de solution saline et de lignocaïne ont toutes deux été utiles pour les 3 quarts des patients testés, en plus d'être faciles à réaliser lors d'une consultation ambulatoire.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 5

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Furuzawa-Carballeda (2009)
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 53 sujets / 66,7 ± 10,3 (51-86) (GE), 66,8 ± 7,7 (51-79) (GC) / 96,3% F (GE), 92,3% F (GC) / 11,7 ± 7,7 ans (GE), 13,8 ± 9,3 ans (GC).
- **Caractérisation de l'AG** : ACR
- **Groupe expérimental/Groupe** : GE : 12 injections intra-articulaires de 2 ml de *polymerized-collagen*, sur 6 mois.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : GC : 12 injections intra-articulaires de 2 ml de placebo, sur 6 mois.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur, raideur, fonction (WOMAC), 2) Intensité de la douleur, évaluation du patient et du médecin, 3) Douleur, capacité pour la marche, activités de la vie quotidienne (Lequesne).

- **Effets secondaires** : Effets secondaires peu fréquents et pas de différences significatives entre les 2 groupes en termes de pourcentages d'incidence.
- **Durée du suivi** : 12 mois, mais plusieurs mesures entre-temps.
- **Résultats** : 1) - 3) Améliorations intra-groupes significatives pour GE aux différents temps de mesures, en comparaison avec les résultats initiaux. Différences inter-groupes significatives, à l'avantage de GE.
- **Conclusions des auteurs** : Le *polymerized-collagen* est efficace et sécuritaire dans le cadre du traitement de l'AG.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 6

- **Premier auteur (année), pays** : Chevalier (2009), France, États-Unis et Canada
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 170 sujets / 62,6 ± 9,4 (GE1), 63,3 ± 9,8 (GE2), 62,2 ± 10,0 (GC) / 69% F (GE1), 50% F (GE2), 64% F (GC) / 5,2 ± 5,7 ans (GE1), 8,1 ± 9,8 ans (GE2), 6,0 ± 6,2 ans (GC).
- **Caractérisation de l'AG** : ACR
- **Groupe expérimental/Groupe** : GE1: Une injection intra-articulaire d'anakinra 150 mg, GE2: Une injection intra-articulaire d'anakinra 50 mg
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : GC: Une injection d'un placebo
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur, raideur, fonction, score total (WOMAC), 2) Évaluation de la sévérité de la douleur, par le patient (VAS), 3) Activité de l'AG, évaluation du patient + du médecin, 4) Nombre d'heures de travail perdues dû à la perte productivité (Health- Related Productivity Questionnaire, HRPQ), 5) Health utility score (EuroQol-5D, EQ-5D), 6) Santé physique et santé mentale (SF-36).
- **Effets secondaires** : 60% d'effets secondaires chez GE1, 38% chez GE2 et 59% chez GC. Surtout des cas d'infections reliés au site d'injection.
- **Durée du suivi** : 12 semaines, mais mesures au jour 4 et aux semaines 4 et 8.
- **Résultats** : 1) - 6) Pas de résultats significatifs lorsqu'on compare GE1 ou GE2 avec GC.
- **Conclusions des auteurs** : Les injections d'anakinra ont été bien tolérées, mais n'ont pas été associées à des améliorations significatives par rapport à un placebo.
- **Qualité - NB** « Risque faible » : 5

- **Premier auteur (année), pays** : Parmigiani (2010), Brésil
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 60 sujets / 66,2 ± 9,07 (GE), 61,2 ± 7,29 (GC) / 83,3% F (GE), 93,3% F (GC) / 5,9 ± 6,03 (GE), 5,4 ± 3,82 (GC).
- **Caractérisation de l'AG** : Grade KL 2 ou 3
- **Groupe expérimental/Groupe** : Lavage articulaire + injection d'hexacétonide de triamcinolone 60 mg
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Seulement injection d'hexacétonide de triamcinolone 60 mg (lavage articulaire simulé)
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur au repos, durant les activités, amélioration du score (VAS), 2) Efficacité du traitement (Lequesne), 3) Amplitude de mouvement (goniomètre), 4) Douleur, raideur, fonction (WOMAC), 5) Vitesse de marche (temps requis pour marcher 50 pieds).
- **Effets secondaires** : 8 sujets ont eu des effets secondaires, mais aucun sérieux.
- **Durée du suivi** : 12 semaines, mais mesures aux semaines 1 et 4 et 8
- **Résultats** : 1)-5) Chez chacun des 2 groupes, les indices se sont améliorés à travers le temps. Cependant, les deux approches ont été équivalentes en termes d'efficacité, de réduction des symptômes et de sécurité. Cependant, les données indiquent que les patient avec un grade KL de 3 semblent davantage bénéficier que les autres d'un traitement combinant lavage articulaire et injection d'hexacétonide de triamcinolone (douleur au WOMAC).
- **Conclusions des auteurs** : Un lavage articulaire + une injection d'hexacétonide de triamcinolone n'est pas plus efficace que seulement une injection d'hexacétonide de triamcinolone.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 5

- **Premier auteur (année), pays** : Chevalier (2010), Différents pays d'Europe
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 253 sujets / 63,6 ± 9,64 (GE), 62,5 ± 9,17 (GC) / 74,2% F (GE), 68,2% (GC) / NR.
- **Caractérisation de l'AG** : ACR
- **Groupe expérimental/Groupe** : Arthrocentèse + 6 ml de hylan G-F 20 injecté dans l'articulation.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Arthrocentèse + 6 ml d'un placebo injecté dans l'articulation.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur, fonction (WOMAC), 2) État global de santé, post traitement : évaluation du patient + évaluation du clinicien

- **Effets secondaires** : Aucun effet secondaire sérieux, mais tout de même 56,9% ont eu un effet secondaire dans le GE et 60,8% dans le placebo (écart de % non significatif).
- **Durée du suivi** : 26 semaines, mais suvis aux semaines 1, 4, 8, 12 et 18.
- **Résultats** : 1) Amélioration plus importante et significative de la douleur pour le GE vs le GC, après 26 semaines, 2) Meilleure perception de l'état global de santé - patients et clinicien - chez le GE vs le GC, après 26 semaines.
- **Conclusions des auteurs** : Cette étude contrôlée avec placebo a démontré que chez les patients souffrant d'arthrose du genou, une seule injection intra-articulaire de 6 ml d'hylane GF 20 est sûre et efficace dans le soulagement de la douleur, avec une différence modeste par rapport au placebo.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 7

- **Premier auteur (année), pays** : Baltzer (2009), Allemagne
Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG : 376 sujets / 53,8 ± 12.2 (GE1), 57,4 ± 12,0 (GE2), 60,3 ± 10,7 (GC) / 48,5% F (GE1), 54,8% F (GE2), 63,6% F (GC) / NR.
- **Caractérisation de l'AG** : ACR et grade KL 2 ou 3
- **Groupe expérimental/Groupe** : GE1: Injections intra-articulaires d'autologous conditioned serum. 2 injection/sem, pendant 3 semaines. GE2: Injections intra-articulaires d'acide hyaluronique 1%. 1 injection/sem, pendant 3 semaines.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : GC: Injections intra-articulaires de solution saline placebo. 1 injection/sem, pendant 3 semaines.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur, raideur, fonction, score total (WOMAC), 2) Intensité de la douleur (VAS), 3) Composante "physique" et composante "mentale" (SF-8 HRQL).
- **Effets secondaires** : Entre 30% et 51% d'effets secondaires selon le groupe considéré, généralement de faible intensité.
- **Durée du suivi** : 26 semaines, mais mesures aux semaines 7 et 13.
- **Résultats** : 1) - 3) Améliorations de l'ensemble des outcomes chez les 3 groupes, post- vs pré-traitement. Effets de GE1 significativement supérieurs à ceux de GE2 et GC; pas de différence significative entre GE2 et GC.
- **Conclusions des auteurs** : Les résultats démontrent que les injections intra-articulaires d'autologous conditioned serum améliorent considérablement les signes cliniques et symptômes de l'AG, et ce, davantage que l'acide hyaluronique.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 5

- **Premier auteur (année), pays** : Lee (2011), Corée
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 43 sujets / 67,1 ± 6,6 (GE), 69,1 ± 5,1 (GC) / 100% F (GE), 100% F (GC) / 55,7 ± 43,0 mois (GE), 50,4 ± 38,7 mois (GC).
- **Caractérisation de l'AG** : ACR et grade KL 2 ou 3
- **Groupe expérimental/Groupe** : Injection hebdomadaire d'acide hyaluronique avec ketorolac 30 mg pendant 3 semaines, puis deux semaines d'injection d'acide hyaluronique seulement à raison d'une fois par semaine.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Injection hebdomadaire d'acide hyaluronique, pendant 5 semaines.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Intensité de la douleur (VAS), 2) Indice de douleur combinant durée + fréquence + *pattern* (PRS)
- **Effets secondaires** : Dans le GE, 5 sujets ont éprouvé de la douleur au genou pendant environ 8 heures dans et autour de la zone d'injection.
- **Durée du suivi** : 16 semaines, mais mesures aux semaines 1, 3 et 5.
- **Résultats** : 1) Diminution constante et significative de la douleur remarquée chez les 2 groupes, mais plus importante chez les sujets ayant reçu du ketorolac 30 mg, 2) Idem.
- **Conclusions des auteurs** : L'acide hyaluronique intra-articulaire avec kétorolac a montré un effet analgésique plus rapide que l'acide hyaluronique pris seul, en plus de ne pas avoir induit de graves complications.
- **Qualité - NB** « Risque faible » : 6

Études de plus faible qualité

- **Premier auteur (année), pays** : Shimizu (2010), Japon
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 51 sujets / 75,9 ± 5,9 (GE), 75,3 ± 4,9 (GC) / 78,1% F (GE), 73,4% F (GC) / NR.
- **Caractérisation de l'AG** : KL 2 ou 3

- **Groupe expérimental/Groupe** : Injections de hyaluronate de sodium. 1 fois/sem, pendant 5 semaines consécutives.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Injections de corticostéroïde. Ampoule de 4 mg de Decadron, 1 injection.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur pendant la marche (VAS), 2) Score clinique de Gotoh : douleur et inflammation
- **Effets secondaires** : Il est mentionné dans la métho qu'ils ont été notés, mais il n'en est pas question plus loin dans l'article.
- **Durée du suivi** : 6 mois (après le traitement), et à 5 semaines.
- **Résultats** : 1)-2) Injections toutes deux utiles dans la réduction de la douleur et de l'inflammation à travers chaque suivi. Cependant, pas de différences significatives entre les 2 types considérés dans cette étude.
- **Conclusions des auteurs** : Les injections de hyaluronate de sodium et de corticostéroïde sont toutes deux utiles pour une thérapie locale de l'AG.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 4

- **Premier auteur (année), pays** : Skwara (2009), Allemagne
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 42 sujets / 60,8 ± 7,0 (G1), 61,3 ± 6,7 (G2) / 61,9% F (G1), 57,1% F (G2) / NR
- **Caractérisation de l'AG** : Grade KL 2 ou 3
- **Groupe expérimental/Groupe** : G1: 1 injection de hyaluronate de sodium par semaine, pendant 5 semaines (Ostenil)
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : G2: 1 injection d'acétonide de triamcinolone par semaine, pendant 5 semaines (Volon)
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) "Score genou", "score fonction" et "score total" - douleur et fonction (KSS), 2) Douleur, capacité pour la marche, activités de la vie quotidienne (Lequesne), 3) Intensité de la douleur (VAS), 4) Qualité de vie (SF-36), 5) Différentes mesures associés à la marche + examens par électromyographie
- **Effets secondaires** : Aucun
- **Durée du suivi** : 16-18 semaines, mais mesures aux semaines 1 et 12 suivant la dernière injection.
- **Résultats** : 1) - 4) Aucune amélioration/différence significative entre les groupes de l'étude. 5) Amélioration (intra-groupe) du knee abduction moment dans le G1 et différence inter-groupes significative pour maximum vertical force 1 and 2. Pas de différence inter-groupes significative pour ce qui est de l'activité musculaire.
- **Conclusions des auteurs** : L'acide hyaluronique n'a pas été supérieure à la triamcinolone. Les résultats suggèrent que le traitement par l'acide hyaluronique peut réduire la douleur et améliorer la fonction du genou. Une importante amélioration à court terme de la marche et d'activité musculaire, cependant, n'a pas été observée pour l'un ou l'autre des produits.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 4

- **Premier auteur (année), pays** : Kawasaki (2009), Japon
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 87 sujets / 69,5 ± 8,4 (G1), 71,2 ± 7,1 (G2) / Sujets tous de sexe féminin / NR.
- **Caractérisation de l'AG** : ACR
- **Groupe expérimental/Groupe** : G1 : injections intra-articulaires de hyaluronate de sodium 25 mg/2.5 ml, 1 fois/sem pendant 5 semaines. Ensuite, injection mensuelle jusqu'à la 24e semaine.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : G2 : Exercices à effectuer à la maison, de 2 types : 1) exercices musculaires isométriques des membres inférieurs, bilatéraux et 2) exercices en amplitude de mouvement. Également, recommandation de marcher chaque jour le plus possible.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Intensité de la douleur (VAS), 2) Douleur et raideur dans les activités quotidiennes, activités sociales et santé générale (The Japanese Knee Osteoarthritis Measure - JKOM), 3) Efficacité du traitement (OMERACT-OARSI).
- **Effets secondaires** : NR
- **Durée du suivi** : 24 semaines
- **Résultats** : 1) - 3) Pas de différences significatives entre G1 et G2 après 24 semaines.
- **Conclusions des auteurs** : En tenant compte du coût, de la commodité et du caractère invasif pour les patients, l'exercice semble avoir un certain avantage sur les injections intra-articulaires de hyaluronate pour le traitement de l'AG.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 4

Suppléments

Études de bonne qualité

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Moller (2010), Espagne
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 116 sujets / 58,6 ± 11,4 (GE), 61,0 ± 10,4 (GC) / 48,3% F (GE), NR.
- **Caractérisation de l'AG** : ACR et grade KL entre 1 et 3
- **Groupe expérimental/Groupe** : 800 mg de chondroïtine une fois par jour (Condrosan, 2 comprimés de 400 mg chacun), pendant 3 mois.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Placebo 1 fois/jour
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Intensité de la douleur (VAS), 2) Composantes "santé physique" et "santé mentale" (SF-36), 3) Douleur, capacité pour la marche, activités de la vie quotidienne (Lequesne), 4) Perception de l'efficacité du traitement, patients et médecins.
- **Effets secondaires** : Les effets secondaires ont été isolés, tout en étant distribués également entre les 2 groupes. Effets d'intensité faible à modérée répertoriés chez 31 sujets (rhume, douleur au dos, maux de dents).
- **Durée du suivi** : 90 jours, mais mesures à 30 et 60 jours.
- **Résultats** : 1) - 4) Amélioration de l'ensemble des scores lorsque l'on compare le GE avec le GC.
- **Conclusions des auteurs** : Cette étude confirme l'efficacité et l'innocuité de la chondroïtine comme médicament à action lente contre les symptômes de l'AG, et montre aussi que celle-ci diminue le psoriasis plantaire. La chondroïtine pourrait donc représenter un avantage particulier chez certains patients, dans la mesure où les anti-inflammatoires non-stéroïdiens sont réputés induire ou aggraver le psoriasis.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 6

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Kahan (2009), France, Belgique, Suisse, Autriche et États-Unis.
Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG : 622 sujets / 62,9 ± 0,5 (GE), 61,8 ± 0,5 (GC) / 70% F (GE), 67% F (GC) / Environ 6 ans pour les 2 groupes.
- **Caractérisation de l'AG** : ACR
- **Groupe expérimental/Groupe** : GE: Chondroïtine 4 et 6 sulfate, 800 mg/jour pendant 2 ans.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : GC: Placebo, 1 fois/jour pendant 2 ans.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Minimum JSW, 2) Progression radiographique de l'AG, 2) Intensité de la douleur (VAS), 3) Douleur (WOMAC).
- **Effets secondaires** : Moins de 10% des sujets ont éprouvé des effets secondaires mineurs, généralement d'ordre gastro-intestinal.
- **Durée du suivi** : 2 ans
- **Résultats** : 1) Réduction significativement moins importante dans le GE vs le GC, 2) Progression significativement moins importante dans le GE vs le GC, 3) - 4) Meilleurs scores pour le GE vs le GC.
- **Conclusions des auteurs** : Les effets à long terme de la chondroïtine 4 et 6 *sulfate*, à la fois sur les changements structurels et en lien avec les symptômes, suggère que celle-ci peut avoir un rôle de choix sur la modification du cours de l'AG.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 7

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Giordano (2009), Italie
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 60 sujets / 57,2 ± 7,2 (GE), 58,09 ± 8.3 (GC) / 70,0% F (GE), 70,0% F (GC) / 6,2 ± 4,8 ans (GE), 6,4 ± 4,7 ans (GC).
- **Caractérisation de l'AG** : ACR et grade KL 1-3
- **Groupe expérimental/Groupe** : GE: Sulfate de glucosamine en poudre, 1500 mg. Chaque jour pendant 12 semaines.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : GC : Poudre semblable, mais sans ingrédients actifs. Chaque jour pendant 12 semaines.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur au repos (VAS), 2) Douleur durant les mouvements (VAS), 3) Douleur, raideur, fonction (WOMAC), 4) Consommation d'AINS/d'analgésiques.
- **Effets secondaires** : Effets secondaires d'ordres variés. 36,7% chez GE et 40,0% chez GC.
Durée du suivi : 24 semaines, mais mesures aux semaines 4, 8, 12, 16 et 20.

- **Résultats** : 1) Différences significatives GE vs GC, au profit de GE, aux semaines 8, 12 et 16. 2) Différences significatives GE vs GC, au profit de GE, aux semaines 12 et 16. 3) Différences significatives GE vs GC, au profit de GE, aux semaines 8, 12, 16 et 20. Ceci vaut pour les 3 domaines du WOMAC. 4) Diminution significative GE vs GC, au profit de GE, aux semaines 8, 12, 16 et 20. Ceci vaut pour les 3 domaines du WOMAC.
- **Conclusions des auteurs** : Le sulfate de glucosamine 1500 mg, lorsqu'administré pendant 12 semaines, a été associé à une réduction statistiquement significative de la douleur et à des améliorations fonctionnelles, sans compter que la consommation d'analgésique a diminué par rapport au niveau de référence et au groupe placebo.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 6

- **Premier auteur (année), pays** : Nandhakumar (2009), Inde
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 45 sujets / 58 ans (GE1), 56 ans (GE2), 52 ans (GC) - moyennes d'âge / 60% (GE1), 66,7% (GE2), 46,7% (GC) / NR.
- **Caractérisation de l'AG** : ACR
- **Groupe expérimental/Groupe** : GE1 : Chlorhydrate de glucosamine 750 mg, 2 comprimés 2 fois/jour pendant 12 semaines. GE2 : Sulfate de glucosamine, 1 comprimé 3 fois/jour pendant 12 semaines.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : GC: Aceclofenac 100 mg, 1 comprimé 2 fois/jour pendant 12 semaines.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur, raideur, fonction (WOMAC). 2) Évaluation de la résorption osseuse (concentrations de Pyr et Dpyr dans l'urine).
- **Effets secondaires** : Aucun
- **Durée du suivi** : 16 semaines, mais mesures aux semaines 4, 8 et 12 (post-traitement).
- **Résultats** : 1) Amélioration de chacun des scores à 8 semaines pour GE1 et GE2, avec effets maintenus jusqu'à 4 semaines suivant le traitement. Mêmes améliorations pour GC, mais les effets ont cessé dès la fin du traitement. 2) Amélioration pour GE1 et GE2, avec effets maintenus jusqu'à 4 semaines suivant le traitement. Amélioration pour GC également, mais les effets ont cessé dès la fin du traitement.
- **Conclusions des auteurs** : Le chlorhydrate et le sulfate de glucosamine ont tous deux été aussi efficaces et bien tolérés que l'Aceclofenac, sur une période de 12 semaines de traitement. Les deux groupes traités à la glucosamine ont montré un début d'action lent mais les effets ont persisté après l'arrêt du traitement, alors que l'effet de l'Aceclofenac est devenu plus vite évident mais ont diminué rapidement après l'arrêt du traitement.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 5

- **Premier auteur (année), pays** : Sawitzke (2010), États-Unis
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 662 sujets / 56,7 ± 10,5 (GLUC), 56,3 ± 8,8 (CHOND), 56,7 ± 10,7 (GLUC-CHOND), 57,6 ± 10,6 (CELEC), 56,9 ± 9,8 (GC) / 68,7% F (GLUC), 73,0% F (CHOND), 65,1% F (GLUC-CHOND), 65,5% F (CELEC), 65,7% F (GC) / 9,7 ± 10,3 ans (GLUC), 9,0 ± 9,0 ans (CHOND), 10,0 ± 9,4 ans (GLUC-CHOND), 10,2 ± 9,2 (CELEC), 10,1 ± 9,4 ans (GC).
- **Caractérisation de l'AG** : KL 2 ou 3
- **Groupe expérimental/Groupe** : Glucosamine 500 mg 3 fois/jour OU Chondroïtine 400 mg 3 fois/jour OU Glucosamine 500 mg + Chondroïtine 400 mg, 3 fois/jour OU Celecoxib 200 mg 1 fois/jour.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Placebo 1 fois/jour
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) % ayant une réduction de 20% de leur douleur (WOMAC). 2) Douleur, fonction (WOMAC)
- **Effets secondaires** : Les effets secondaires différents de ceux du groupe contrôle, chez ceux qui ont reçu un médicament/supplément, ont été de faible intensité.
- **Durée du suivi** : 2 ans
- **Résultats** : 1)-2) Écarts inter-groupes non significatifs. Aucun médicament/supplément ne se démarque vs le placebo.
- **Conclusions des auteurs** : Au bout de 2 ans, aucun des traitements proposés n'a présenté une différence cliniquement significativement en ce qui concerne la douleur ou la fonction WOMAC, par rapport au placebo. Cependant, la glucosamine et le Celecoxib ont montré des tendances bénéfiques quoique non significative. Les effets indésirables étaient similaires entre les groupes de traitement et les effets indésirables graves ont été rares pour tous les traitements.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 5

- **Premier auteur (année), pays** : Crowley (2009), Canada
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 52 sujets / 58,9 ± 9,79 (G1), 58,7 ± 10,3 (G2) / 50% F (G1), 35% F (G2) / NR.

- **Caractérisation de l'AG** : ACR
- **Groupe expérimental/Groupe** : G1: Collagène de type II non dénaturé 20 mg, 2 fois/jour. Pendant 90 jours.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : G2: Combinaison de glucosamine (375 mg) et de chondroïtine (300 mg). 2 capsules/2 fois par jour. Pendant 90 jours.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Score total au WOMAC, 2) Intensité de la douleur (VAS), 3) Douleur durant différentes activités de la vie quotidienne (Lequesne).
- **Effets secondaires** : 61,5% d'effets secondaires chez G1 et 76,9% chez G2, la plupart faibles ou modérés. En général, il s'agit de douleur ou de troubles gastro-intestinaux.
- **Durée du suivi** : 90 jours, mais mesures après 30 et 60 jours.
- **Résultats** : 1) Améliorations aux différents temps de mesure chez G1 et G2, mais réduction du score à 90 jours significativement plus importante chez G1 que chez G2 (33% vs 14%), 2) Améliorations aux différents temps de mesure chez G1 et G2, mais réduction du score à 90 jours significativement plus importante chez G1 que chez G2 (40% vs 15,4%), 3) Réduction du score à 90 jours significativement plus importante chez G1 que chez G2 (20% vs 6%).
- **Conclusions des auteurs** : Le collagène de type II non dénaturé semble supérieur à une combinaison de glucosamine et de chondroïtine dans l'amélioration de la fonction et de la douleur, chez les personnes souffrant d'AG.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 7

- **Premier auteur (année), pays** : Petersen et al. (2010)
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 35 sujets / 62,2 ± 3,4 (GE1), 61,7 ± 5.2 (GE2) / 63,1 ± 4,7 (GC) / 58,3% F (GE1), 63,6% F (GE2), 58,3% F / NR.
- **Caractérisation de l'AG** : ACR et grade KL 1-4
- **Groupe expérimental/Groupe** : GE1: Entraînement musculaire des jambes, progressif (3 sessions/sem pendant 12 semaines) + Glucosamine 500 mg, 3 fois/jour. GE2: Entraînement musculaire des jambes, progressif (3 sessions/sem pendant 12 semaines) + 600 mg d'ibuprofène, 2 fois/jour.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : GC: Entraînement musculaire des jambes, progressif (3 sessions/sem pendant 12 semaines) + placebo.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Tests de force des jambes (5 RM tests), 2) Serum COMP (concentration dans le sang, ELISA), 3) CTX-II (concentration dans les urines, ELISA).
- **Effets secondaires** : Aucun rapporté
- **Durée du suivi** : 12 semaines
- **Résultats** : 1) Augmentation significative de la force musculaire pour chacun des 3 groupes, post- vs pré-traitement. 2) Réduction significative de la concentration de serum COMP pour GE1, post- vs pré-traitement; pas de réduction pour GE2 et GC. Écart inter-groupe également significatif, au profit de GE1. 3) Aucun changement significatif dans l'un ou l'autre des groupes.
- **Conclusions des auteurs** : Le serum COMP a diminué de façon significative au cours de la période de 12 semaines, lorsque le traitement avec de la glucosamine a été ajouté au programme d'exercices. Ceci suggère un effet de la glucosamine sur la réponse du cartilage avec arthrose, durant les périodes de chargement. Il est donc postulé qu'il y a moins de dommage à l'articulation du genou avec un tel traitement.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 6

- **Premier auteur (année), pays** : Kulkarni et al. (2011)
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 16 sujets / 54,0 ± 3,47 (GE), 56,00 ± 1,68 (GC) / 62,5% F (GE), 100% F (GC) / NR
- **Caractérisation de l'AG** : ACR et grade KL 2 ou 3
- **Groupe expérimental/Groupe** : 2 capsules à raison de 2 fois par jour d'E-OA-07, pendant 12 semaines.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Placebo
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur, raideur, fonction (WOMAC)
- **Effets secondaires** : 5 cas d'effets secondaires : 3 dans le GC (hyperacidité) et 2 dans le GE (rupture accidentelle du col du fémur et pneumonie, chez le même sujet. Effets probablement non reliés à l'E-OA-07.
- **Durée du suivi** : 12 semaines, mais mesure à 6 semaines.
- **Résultats** : 1) Amélioration significative des 3 domaines du WOMAC après 12 semaines pour le GE, comparativement au GC. Des améliorations avaient déjà été notées à la semaine 6. 2) Rééducation significative de l'intensité de la douleur après 12 semaines - aussi notée à la semaine 6 - dans le GE vs le GC. Toutefois, pas de différence significative pour ce qui est de la raideur. 3) Après 12 semaines, meilleure flexion des genoux chez les

sujets ayant reçu l'E-OA-O7; les sujets du groupe placebo n'ont pas fait mieux qu'au baseline. Toutefois, aucune différence significative en regard des changements observés. 4) Amélioration des temps chez les sujets ayant reçu l'E-OA-O7, mais différences non significatives. 5) Amélioration chez le GE et dégradation chez le GC après 12 semaines, et écart quasi significatif entre les 2 groupes (P = 0,05). 6) Le nombre de répétitions s'est amélioré pour les 2 groupes, mais différences non significatives.
- **Conclusions des auteurs** : L'effet de l'E-OA-07 pour soulager les symptômes modérés à sévères de l'AG est bien toléré, supérieur, et plus persistant qu'un placebo.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 5

- **Premier auteur (année), pays** : Chopra (2011), Inde
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 245 sujets / 57,5 ± 7,8 (GE1), 56,6 ± 9,4 (GE2), 56,8 ± 8,1 (GE3), 56,2 ± 9,2 (GE4), 56,2 ± 9,5 (GE5), 54 ± 7,7 (GC1), 54,2 ± 8,1 (GC2) / NR, mais globalement 71,8% F / 3,9 (GE1), 6,8 (GE2), 4,8 (GE3), 5,1 (GE4), 5,4 (GE5), 4,7 (GC1), 5,9 (GC2).
- **Caractérisation de l'AG** : ACR
- **Groupe expérimental/Groupe** : Médecine ayurvédique (alternative). 2 capsules. 2 fois par jour. GE1 : Shunthi 1000 mg + Guduchi 220 mg + Gokshur 216 mg. GE2 : Shunthi 1000 mg + Guduchi 220 mg + Ashwagandha 600 mg + Gokshur 216 mg. GE3 : Shunthi 1000 mg + Guduchi 220 mg + Amalaki 500 mg.
GE4 : Shunthi 1000 mg + Guduchi 220 mg. GE5 : Shunthi 1000 mg + Guduchi 220 mg + Ashwagandha 600 mg.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : GC1 : Placebo (amidon de maïs), GC2 : Glucosamine (1000 mg/jour)
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Intensité de la douleur (VAS), 2) Douleur, raideur, fonction (WOMAC)
- **Effets secondaires** : Non sérieux
- **Durée du suivi** : 16 semaines
- **Résultats** : 1) - 2) Pas de différences significatives entre les 7 groupes. Par contre, soulagement de la douleur plus significatif chez les sujets du GE3.
- **Conclusions des auteurs** : Pas de conclusion spécifique, à part que la formulation 3 semble plus prometteuse que les autres.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 6

- **Premier auteur (année), pays** : Farid (2010), Iran
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 33 sujets / 55 ± 14,1 (GE), 49,71 ± 14,0 (GC) / 70,6% F (GE), 81,3% F (GC).
- **Caractérisation de l'AG** : ACR
- **Groupe expérimental/Groupe** : Capsule d'extrait de zeste de fruit de la passion pourpre. 150 mg/jour pendant 60 jours.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Capsule placebo d'ingrédients inactifs. Pendant 60 jours.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur, raideur, fonction, score total (WOMAC)
- **Effets secondaires** : NR
- **Durée du suivi** : 60 jours, mais mesure à 30 jours.
- **Résultats** : 1) Dans le GE, amélioration significative dans la fonction et dans le score total après 30 jours, et dans la douleur après 60 jours. Cependant, une détérioration des scores a été observée dans le GC. Sinon, différences inter-groupes significatives à 60 jours, sauf pour la raideur.
- **Conclusions des auteurs** : Les résultats de cette étude montrent que l'extrait de zeste de fruit de la passion allégé considérablement les symptômes de l'AG. Cet effet bénéfique peut être dû à ses propriétés antioxydantes et anti-inflammatoires.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 5

- **Premier auteur (année), pays** : Ruff et al. (2009), États-Unis
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 67 sujets / Adultes de 18 ans et plus (pas plus de précision) / NR / NR.
- **Caractérisation de l'AG** : ACR
- **Groupe expérimental/Groupe** : GE: 1 comprimé par jour d'un supplément composé de membrane naturelle de coquille d'œuf (NEM® 500 mg).
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : GE2 : 1 comprimé par jour de placebo.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur, raideur, fonction, score total (WOMAC).
- **Effets secondaires** : Aucun sérieux et traitement bien toléré.
- **Durée du suivi** : 8 semaines, avec mesures à 10 et 30 jours.

- **Résultats** : 1) Amélioration significative de la douleur et de la raideur Ge vs GC aux 3 temps de mesure, mais pas pour la fonction et le score total.
- **Conclusions des auteurs** : 1 comprimé par jour d'un supplément composé de membrane naturelle de coquille d'œuf est efficace dans la gestion de la douleur et de la raideur chez les sujets atteints d'AG.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 6

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Benito-Ruiz (2009), Espagne
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 250 sujets / 59,4 ± 10,6 (GE), 58,8 ± 11,4 (GC) / 92,9% F (GE), 91,9% F (GC) / 2,2 ± 1,8 ans (GE), 1,9 ± 1,6 ans (GC) - nombre d'années depuis le diagnostic.
- **Caractérisation de l'AG** : ACR et grade KL 1-3
- **Groupe expérimental/Groupe** : GE: Hydrolysat de collagène, 10 g/jour pendant 6 mois.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : GC: Placebo pendant 6 mois.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Intensité de la douleur (VAS), 2) Douleur, raideur, fonction, score total (WOMAC).
- **Effets secondaires** : Aucun sérieux
- **Durée du suivi** : 6 mois, avec 2 visites auparavant
- **Résultats** : 1) Amélioration significative chez GE vs GS, après 6 mois. 2) Amélioration significative chez GE vs GS, après 6 mois, mais seulement pour le sous-domaine de la douleur.
- **Conclusions des auteurs** : L'hydrolysat de collagène est sûr et efficace et mérite plus d'attention comme supplément alimentaire. Les sujets avec la plus grande détérioration des articulations, ainsi que ceux avec le plus faible apport en protéines animales dans leur alimentation habituelle, en ont le plus bénéficié.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 5

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Levy (2010), Russie
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 220 sujets / 60,6 ± 0,94 (G1), 61,1 ± 0,82 (G2), 87,7% F (G1), 78.9% (G2) / NR.
- **Caractérisation de l'AG** : Grade KL 2 ou 3
- **Groupe expérimental/Groupe** : Flavocoxid 500 mg, deux fois par jour pendant 12 semaines
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Naproxen 500 mg, deux fois par jour pendant 12 semaines.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur, raideur, fonction, score total (WOMAC), 2) Changements dans les symptômes et la fonction (*Subject Global Response to Therapy - SGRT* - et *Investigator Global Response to Therapy - IGRT*).
- **Effets secondaires** : Large éventail d'effets secondaires mineurs. Entre autres, 15 cas d'œdème (13, groupe Naproxen) et 35 cas de dyspepsie (24, groupe Naproxen).
- **Durée du suivi** : 12 semaines, mais mesure à 6 semaines également.
- **Résultats** : 1) - 2) Plus de 90% des sujets ont éprouvé un soulagement significatifs des signes et symptômes de leur AG, mais aucune différence inter-groupes significative.
- **Conclusions des auteurs** : Le Flavocoxid et le Naproxen sont d'une efficacité comparable, mais les effets secondaires sont moins fréquents avec le 1er.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 6

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Kuptniratsaikul (2009), Thaïlande
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 107 sujets / 61,4 ± 8,7 (G1), 60,0 ± 8,4 (G2) / 78,8% F (G1), 81,8% F (G2) / 19,1 ± 19,6 mois (G1), 22,3 ± 26,4 mois - on parle ici de durée des symptômes (G2).
- **Caractérisation de l'AG** : ACR
- **Groupe expérimental/Groupe** : G1: 2 g/jour d'extrait de Curcuma domestica, pendant 6 semaines.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : G2 : 800 mg/jour d'ibuprofène, pendant 6 semaines.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur durant la marche (VAS), 2) Douleur dans les escalier (VAS), 3) Temps requis pour marcher 100 m, 4) Temps requis pour monter et descendre un escalier composé de 8 marches.
- **Effets secondaires** : Différents effets secondaires - en général non sévères) retrouvés dans chacun des 2 groupes. 33,3% du G1 ont éprouvé de tels effets et 44,2% du G2 (écart non significatif).
- **Durée du suivi** : 6 semaines, mais mesures aux semaines 2 et 4.
- **Résultats** : 1) - 3) Améliorations continues et significatives pour chacun des outcomes à travers le temps, post- vs pré-traitement. 4) Amélioration continues et significatives pour à travers le temps, post-op vs pré-op. Aussi, différence significative entre G1 et G2, au profit du premier.

- **Conclusions des auteurs** : Dans le traitement de l'AG, le Curcuma domestica semble aussi efficace et sécuritaire que l'ibuprofène.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 7

Études de plus faible qualité

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Wildi (2011), Canada
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 69 sujets / 59,7 ± 9,4 (GE), 64,9 ± 9,5 (GC) / 60,0% F (GE), 58,8% (GC), NR
- **Caractérisation de l'AG** : ACR et grade KL 2 ou 3
- **Groupe expérimental/Groupe** : 800 mg de chondroïtine une fois par jour (Condrosan, 2 comprimés de 400 mg chacun). N=35
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Placebo. N=34
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Volume du cartilage (IRM), 2) Épaisseur de la membrane synoviale (IRM), 3) Lésions de la moelle osseuse (IRM), 4) Douleur (VAS et WOMAC), 5) Fonction (WOMAC), 6) Raideur (WOMAC), 7) Impact qualité de vie (SF-G36).
- **Effets secondaires** : Non sérieux
- **Durée du suivi** : 6 mois
- **Résultats** : 1) Réduction de la perte du cartilage chez le GE, 2) à 7) Pas de différence significative.
- **Conclusions des auteurs** : Effet protectif de la chondroïtine sur la structure de l'articulation, mais pas sur les symptômes et la qualité de vie.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 3

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Pavelka (2010), Hongrie/Pologne, Roumanie/etc.
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 299 sujets / 62,3 ± 9,46 (G1), 62,2 ± 9,02 (G2) / 82,8% F globalement (pas de données plus précises) / NR
- **Caractérisation de l'AG** : ACR et grade KL entre 1 et 3
- **Groupe expérimental/Groupe** : G1 : Capsule d'extrait total d'insaponifiable avocat-soja (Piascledine 300 mg). 1 capsule/jour, pendant 6 mois.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : G2 : Capsules de chondroïtine (400 mg). 3 capsules/jour, pendant 6 mois.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur, raideur, fonction, score total (WOMAC), 2) Efficacité du traitement (Lequesne), 3) Douleur dans les activités, douleur au repos (VAS)
- **Effets secondaires** : Effets secondaires sérieux chez 4 sujets, mais ceux-ci n'étaient pas reliés au traitement. Autres effets négligeables.
- **Durée du suivi** : 8 mois, mais mesures aux mois 1, 2, 3 et 6.
- **Résultats** : 1)-3) Chez chacun des 2 groupes, les indices se sont améliorés à travers le temps. Cependant, les deux suppléments ont été équivalents en termes d'efficacité, de réduction des symptômes et de sécurité.
- **Conclusions des auteurs** : Les insaponifiable avocat-soja sont équivalents à la chondroïtine. On peut toutefois supposer que la prise une fois par jour des capsules d'extrait d'insaponifiable avocat-soja mènera à une meilleure observance de la thérapie.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 4

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Trč (2011), République tchèque

Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG : 100 sujets, hommes et femmes, âgés d'au moins 40 ans (pas plus de précision). Devaient être aux premiers stades de la l'AG dégénérative/post-traumatique.
- **Caractérisation de l'AG** : ACR
- **Groupe expérimental/Groupe** : 10 g *d'enzymatic hydrolysed collagen* par jour, pendant 90 jours (Colatech). N=50.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : 1,5 g de sulfate de glucosamine par jour, pendant 90 jours. N=50.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur actuelle, douleur moyenne, douleur au repos, douleur à son pire (VAS Quadruple), 2) WOMAC, 3) Qualité de vie (SF-36)
- **Effets secondaires** : Tous les événements secondaires rapportés ont été d'intensité légère dans les deux groupes. Les événements les plus fréquemment rapportés dans les groupes Colatech et glucosamine étaient les symptômes gastro-intestinaux, y compris la dyspepsie, la diarrhée et les flatulences. (4,3% vs 10,6%, respectivement).
- **Durée du suivi** : 90 jours, mais mesures à 15, 30 et 60 jours.

- **Résultats** : 1) Diminution progressive des quatre types de douleurs avec le Colatech en fonction de l'avancement dans le temps. En tous les cas, plus grande efficacité du Colatech que de la glucosamine. 2) Plus grande réduction globale du score du WOMAC avec le Colatech qu'avec la glucosamine. Amélioration d'au moins 15 points pour 34,8% des sujets traités avec le Colatech et pour 13,3% de ceux traités avec la glucosamine. 3) Le Colatech et la glucosamine améliorent tous deux la qualité de vie. Toutefois, différences significatives à la faveur du Colatech pour les aspects suivants : fonction sociale, fonction physique, travail physique, fonction émotionnelle et santé mentale.
- **Conclusions des auteurs** : Le Colatech pourraient représenter une solution de rechange intéressante et avantageuse par rapport à la glucosamine dans la gestion de l'AG, notamment en raison de son délai d'action un peu plus rapide.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 2

- **Premier auteur (année), pays** : Tao (2009), Chine
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 90 sujets / 62,1 ± 15,6 (GE), 64,0 ± 19,4 (GC) / 67,5% F (GE), 55,6% (GC) / 1,3 ± 0,5 (GE), 1,2 ± 0,5 (GC).
- **Caractérisation de l'AG** : ACR et KL grade 2 ou 3
- **Groupe expérimental/Groupe** : GE : 2 portions de 200 ml de décoction de Gubitong, mélange composé de quelques plantes bien connues dans la médecine choinoise traditionnelle. Pendant 8 semaines
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : GC : glucosamine 500 mg, 3 fois/jour pendant 8 semaines consécutives.
Outcomes principaux (outil) : 1) Score total au WOMAC, 2) Sévérité des symptômes de l'AG (VAS), 3) *Levels of Erythrocyte Sedimentation Rate and Blood C-Reactive Protein*.
- **Effets secondaires** : Aucun vraiment sérieux (diarrhée légère, maux de tête, etc).
- **Durée du suivi** : 8 semaines
- **Résultats** : 1) Amélioration intra-groupe significative dans le GE et le GC (vs pré-traitement). Amélioration plus importante et significative dans le GE vs le GC. 2) Amélioration intra-groupe significative dans le GE et le GC (vs pré-traitement). Pas de différence inter-groupe significative. 3) Pas d'amélioration intra- ou inter-groupe qui soit significative.
- **Conclusions des auteurs** : Le Gubitong est une recette sûre et efficace pour le traitement de l'AG, ce qui pourrait atténuer la douleur, la raideur et la dysfonction.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 4

- **Premier auteur (année), pays** : Haflah (2009), Malaisie
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 64 sujets / 58,3 (G1), 59,5 (G2) / 90,9% F (G1), 77,4% F (G2) / NR
- **Caractérisation de l'AG** : Grade KL 2 ou 3
- **Groupe expérimental/Groupe** : G1: Vitamine E 400 mg, 1 fois/jour. Pendant 6 mois
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : G2: Sulfate du glucosamine 500 mg, 3 fois/jour. Pendant 6 mois.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur en position debout (VAS), 2) Douleur suite à une marche sur 50 m (VAS), 3) Douleur, raideur, fonction (WOMAC).
- **Effets secondaires** : Aucun sérieux
- **Durée du suivi** : 6 mois
- **Résultats** : 1) - 3) Améliorations intra-groupes significatives pour l'ensemble des scores et mesures, post- vs pré-traitement. Toutefois, aucune différence inter-groupe significative.
- **Conclusions des auteurs** : Cette étude suggère que la vitamine E, prise quotidiennement par voie orale à dose de 400 mg, a un rôle potentiel dans la réduction des symptômes des patients souffrant d'AG. Elle peut être tout aussi efficace que le sulfate de glucosamine dans la réduction des symptômes et est libre d'effets secondaires graves. Des études complémentaires sont nécessaires pour déterminer le mécanisme d'action en dehors de son effet antioxydant.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 1

- **Premier auteur (année), pays** : Gruenwald (2009), Allemagne
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 178 sujets / 62,2 ± 7,7 (G1), 62,4 ± 8,0 (G2) / 63,3% F (G1), 63,6% F (G2) / NR. Données incluant aussi des personnes avec arthrose de la hanche; données présentées à titre indicatif.
- **Caractérisation de l'AG** : AG modérée à sévère (pas plus de précisions).
- **Groupe expérimental/Groupe** : G1: Sulfate de glucosamine (500 mg/jour) + acides gras omega-3 (200 mg/jour).
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : G2: Sulfate de glucosamine seulement (500 mg/jour).

- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur, fonction (durée de la douleur le matin), % d'amélioration post- vs pré-traitement (WOMAC).
- **Effets secondaires** : 12,9% de cas d'effets secondaires en moyenne; pas de différence inter-groupes significative. En général non sérieux.
- **Durée du suivi** : 26 semaines
- **Résultats** : 1) Aucune différence post- vs pré-traitement pour l'un ou l'autre des groupes. Pas de différence inter-groupe significative.
- **Conclusions des auteurs** : L'ajout d'acides gras oméga-3 n'augmente pas l'efficacité de la supplémentation de glucosamine en regard du soulagement de la douleur et de la raideur matinal.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 4.

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Hussain (2009), Irak
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 220 sujets / 53,07 ± 8,18 (données globales) / 64,1% F (données globales) / NR.
- **Caractérisation de l'AG** : Pas de mesure standard en particulier (aucune nommée explicitement).
- **Groupe expérimental/Groupe** : GE1: Silymarin 300 mg/jour, GE2: Piroxicam 20 mg/jour, GE3: Silymarin 300 mg/jour + Piroxicam 20 mg/jour. ** Médicamentation administrée pendant 8 semaines
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : GE4: Meloxicam 15 mg/jour
GE5: Silymarin 300 mg/jour + Meloxicam 15 mg/jour. ** Médicamentation administrée pendant 8 semaines.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Concentration sanguine en IL-1α, IL-8, protéine C3 et protéine C4.
Effets secondaires : NR
- **Durée du suivi** : 8 semaines
- **Résultats** : 1) Réduction significative des concentrations pour tous les éléments (post- vs pré-traitement) seulement pour le silymarin ou sa combinaison avec le piroxicam.
- **Conclusions des auteurs** : Le silymarin ou sa combinaison avec le piroxicam réduisent l'inflammation pour les patients souffrant de l'AG.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 3

Thérapie électrique et ultrasons

Études de bonne qualité

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Fary (2011), Australie
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 70 sujets / 70,7 ± 8,9 (GE), 68,9 ± 11,4 (GC) / 50% F (GE), 44% F (GC).
- **Caractérisation de l'AG** : ACR
- **Groupe expérimental/Groupe** : Stimulation nerveuse électrique transcutanée (TENS), avec un appareil Metron Digi-10s modifié (100Hz). L'appareil devait être porté 7 heures par jour pendant 26 semaines.
Groupe contrôle/Autre groupe : Stimulation nerveuse électrique transcutanée (TENS), avec un appareil Metron Digi-10s modifié (100Hz) s'éteignant automatiquement après 3 minutes. L'appareil devait être porté 7 heures par jour pendant 26 semaines.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Intensité de la douleur (VAS), 2) Douleur, raideur, fonction (WOMAC), 3) Fonctions mentale et physique (SF-36), 4) Évaluation globale de l'activité de la maladie (VAS).
- **Effets secondaires** : Réactions cutanées peu sérieuses chez moins de 20% des sujets, en raison du port de l'appareil.
- **Durée du suivi** : 26 semaines, mais mesures aux semaines 4 et 16.
- **Résultats** : 1)-4) Diminution significative de la douleur pour les 2 groupes après 26 semaines, mais pas d'écart inter-groupe qui vaille.
- **Conclusions des auteurs** : Dans cet échantillon de sujets avec symptômes faibles à modérés et d'AG radiographique modérée à sévère, la stimulation nerveuse électrique transcutanée pulsée n'a pas plus d'effet qu'un placebo.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 8

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Taverner (2010), Australie
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 48 sujets / 67,4 (GE), 68,6 (GC) / 50% F (GE), 50% F (GC) / NR.

- **Caractérisation de l'AG** : Sujets en attente d'un remplacement du genou (AG sévère)
- **Groupe expérimental/Groupe** : Thérapie électrique par radiofréquence (80 V). Électrodes placés au niveau de 5 points standardisés, autour du genou. Sessions d'au plus 15 minutes.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Thérapie électrique par radiofréquence (0 V). Électrodes placés au niveau de 5 points standardisés, autour du genou. Sessions d'au plus 15 minutes.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur au repos, douleur après 20m de marche, douleur après 400m de marche (VAS).
- **Effets secondaires** : NR
- **Durée du suivi** : 4 semaines, mais suivi à la semaine 1.
- **Résultats** : 1) Diminution significative de la douleur aux semaines 1 et 4 (vs baseline) chez les sujets du GE. Changements plus apparents à la semaine 4 qu'à la semaine 1. Changements plus "sentis" après une marche de 400m qu'après une marche de 20m. AUCUN changement significatif du côté du groupe contrôle.
- **Conclusions des auteurs** : Des bénéfices sont associés à l'utilisation de la technique, mais plus de recherches sont nécessaires.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 5

- **Premier auteur (année), pays** : Palmieri-Smith (2010), États-Unis
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 30 sujets / 58 ± 2,7 (GE), 56,8 ± 2,9 (GC) / Sujets de sexe féminin seulement / NR
- **Caractérisation de l'AG** : KL ≥ 2
- **Groupe expérimental/Groupe** : Stimulation électrique neuromusculaire (induisant 10 contractions du quadriceps), 3 fois/sem pendant 4 semaines.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Aucune intervention particulière
- **Outcomes principaux (outil) :** 1) Force et activation des quadriceps (dynamomètre isocinétique), 2) Douleur, fonction, raideur (WOMAC), 3) Vitesse de marche (sur 40 pieds).
- **Effets secondaire**s : Aucun effet secondaire relié au traitement rapporté.
- **Durée du suivi** : 16 semaines, mais mesure à 5 semaines.
- **Résultats** : 1) - 3) Résultats similaires dans les 2 groupes; différences non significatives.
- **Conclusions des auteurs** : Quatre semaines de stimulation électrique neuromusculaire, offerte à des femmes atteintes d'AG légère à modérée avec déficits de force légers, se sont avérées insuffisantes pour induire des gains dans la force ou l'activation des quadriceps, l'amélioration des temps de marche et celle du score WOMAC.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 6

- **Premier auteur (année), pays** : Chen (2011), Taiwan
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 38 sujets / 63,9 ± 7,3 (GE), 66,9 ± 8,1 (GC) / 77,8% F (GE), 80,0% F (GC) / 18 (3,5–42) mois (GE), 8 (3,6–22,5) mois (GC).
- **Caractérisation de l'AG** : ACR
- **Groupe expérimental/Groupe** : GE: Bandage autour du genou avec champ magnétique statique (35 mT). Porté durant 12 semaines, quasiment en tout temps pendant le jour.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : GC : Bandage autour du genou avec champ magnétique simulé. Porté durant 12 semaines, quasiment en tout temps pendant le jour.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Changement dans le *joint position sense* (Biodex 3). 2) Douleur, raideur, douleur pendant les activités physiques, effet général de l'arthrose (COAT total score).
- **Effets secondaires** : Aucun sérieux
- **Durée du suivi** : 12 semaines, mais mesures aux semaines 1 et 4.
- **Résultats** : 1) Amélioration intra-groupe significative pour GC mais pas GE. Pas de différence significative entre GE et GC. 2) Amélioration intra-groupes pour GE et GC, post- vs pré-traitement. Par contre, pas de différence significative entre GE et GC.
- **Conclusions des auteurs** : Le bandage autour du genou avec champ magnétique statique n'a pas amélioré la proprioception chez les sujets atteints d'AG légère à modérée.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 8

- **Premier auteur (année), pays** : Tascioglu (2010), Turquie
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 82 sujets / 59,70 ± 2,63 (GCON), 61,64 ± 3,74 (GPUL), 60,04 ± 2,83 (GC) / 62,9% F (GCON), 75,0% F (GPUL), 66,7% (GC) / NR.
- **Caractérisation de l'AG** : ACR et grade KL 2 ou 3

- **Groupe expérimental/Groupe** : GCON : ondes ultrasoniques continues (fréquence 1 MHz, puissance 2 W/cm2), pendant 5 minutes. 1 fois par jour et 5 jours/sem, pendant 2 semaines. GPUL : ondes ultrasoniques pulsées (fréquence 1 MHz, puissance 2 W/cm2), pendant 5 minutes. Ratio 1:4. 1 fois par jour et 5 jours/sem, pendant 2 semaines
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Même appareil utilisé, mais aucune onde ultrasonique émise. 1 fois par jour et 5 jours/sem, pendant 2 semaines.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Intensité de la douleur (VAS), 2) Raideur, douleur, fonction (WOMAC), 3) Vitesse de marche (20m, chronométré), 4) Amplitude, flexion du genou (goniomètre).
- **Effets secondaires** : Aucun effet secondaire
- **Durée du suivi** : 2 semaines
- **Résultats** : 1) - 2) Améliorations significatives dénotées pour les 3 groupes de sujets, post- vs pré-traitement. La réduction de douleur est significativement plus marquée chez les GPUL que le GC.
3) Légère amélioration des temps chez les sujets du GPUL. 4) Pas d'amélioration.
- **Conclusions des auteurs** : Les ondes ultrasoniques pulsées sont efficaces et sécuritaires pour le traitement des personnes atteintes d'AG, mais des suivis sur une plus longue période de temps s'imposent.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 6

- **Premier auteur (année), pays** : Özgüçlü (2010), Turquie
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 40 sujets / 60,55 ± 7,702 (GE), 62,15 ± 8,152 (GC) / NR / 20,55 ± 19,5 (GE), 35,45 ± 41,16 (GC) --- on parle ici de durée des symptômes.
- **Caractérisation de l'AG :** KL ≥ 2
- **Groupe expérimental/Groupe** : Traitement régulier (compresses chaudes, ultrasons, exercices isométriques) + Thérapie par champs électromagnétiques pulsés (50 Hz et intensité 30-G, 30 minutes par session). 5 sessions par semaine pendant 2 semaines.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Traitement régulier (compresses chaudes, ultrasons, exercices isométriques) + Thérapie par champs électromagnétiques pulsés simulée. 5 sessions par semaine pendant 2 semaines.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur, raideur, fonction (WOMAC), 2) Intensité de la douleur (VAS).
- **Effets secondaires** : NR
- **Durée du suivi** : 2 semaines
- **Résultats** : 1) Améliorations des scores intra-groupes au WOMAC et au VAS après 2 semaines, mais pas de différences significatives entre le GE et le GC.
- **Conclusions des auteurs** : Les résultats de cette étude montrent que les champs électromagnétiques pulsés n'ont pas d'effet supplémentaire sur le traitement physique classique dans la réduction des symptômes de l'AG.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 5

- **Premier auteur (année), pays** : Akyol (2010), Turquie
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 40 sujets / 57,80 ± 10,65 (GE), 56,60 ± 8,13 (GC) / Femmes seulement / NR
- **Caractérisation de l'AG** : ACR
- **Groupe expérimental/Groupe** : GE : Diathermie à ondes courtes (27,12 MHz) avec l'appareil Curapulse 419; 20 minutes sur chaque genou pour un total de 40 minutes + Exercices isocinétiques de renforcement musculaire, 3 fois/sem pendant 4 semaines.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : GC : Exercices isocinétiques de renforcement musculaire, 3 fois/sem pendant 4 semaines.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Intensité de la douleur (VAS), 2) Douleur, raideur, fonction (WOMAC), 3) Distance parcourue à la marche, en 6 minutes, 4) Flexions de la hanche et du genou (dynamomètre), 5) Dépression (*Beck Depression Inventory* - BDI), 6) Qualité de vie (SF-36).
- **Effets secondaires** : NR
- **Durée du suivi** : 4 mois, avec mesure après 1 mois (post-traitement)
- **Résultats** : 1) - 6) Pour les 2 groupes, améliorations intra-groupes significatives, pré vs post traitement. Écarts inter-groupes non significatifs, sauf pour certaines mesures isocinétiques (extension droite 60 et 120 degrés, et flexion droit 60 degrés).
- **Conclusions des auteurs** : La diathermie à ondes courtes, lorsque combinée à un programme d'exercices isocinétiques, ne procure pas vraiment d'avantages supplémentaires comparativement à un programme d'exercices isocinétiques pris seul.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 5

Études de plus faible qualité

- **Premier auteur (année), pays** : Tok (2011), Turquie
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 40 sujets / 61,75 ± 9,44 (GE), 66,63 ± 3,64 (GC) / 80,0% F (GE), 70,0% F (GC) / NR
- **Caractérisation de l'AG** : Grade KL 2 ou 3
- **Groupe expérimental/Groupe** : Traités avec ultrasognographie thérapeutique à infrarouge avec courant interférentiel, combiné avec CPM-ES. N=20
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Traités avec ultrasognographie thérapeutique à infrarouge avec courant interférentiel, combiné avec des exercices isométriques (presser un oreiller 10 sec sous le genou puis repos de 20 sec, pendant 20 minutes). N=20
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur, raideur et fonction (WOMAC), 2) Douleur (VAS), 3) Qualité de vie (SF-36), 4) Différents tests isocinétiques (avec Cybex 6000), 5) Test d'équilibre (KAT 2000).
Effets secondaires : NR
- **Durée du suivi** : NR
- **Résultats** : Groupe 1 (meilleurs résultats que dans le Groupe 2) : 1) raideur et fonction sociale, 2) valeurs de douleur durant les activités, 3) non significatif, 4) *right leg flexor peak torque*, 5) tests d'équilibre dynamique et statique. Groupe 2 (meilleurs résultats que dans le Groupe 1) : 1) raideur, 2) valeurs de douleur durant les activités, 3) dimensions "douleur corporelle" et "santé mentale", 4) non significatif, 5) tests d'équilibre dynamique et statique.
- **Conclusions des auteurs** : Les deux types de thérapie procurent des améliorations intéressantes, avec quelques différences dans les dimensions/aspects considérés.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 1

- **Premier auteur (année), pays** : Yilmaz (2010), Turquie
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 39 sujets / 55,57 ± 7,17 (GE), 59,35 ± 5.61 (GC) / NR pour chacun des groupes, mais 87,5% F globalement / 17,52 ± 9,08 mois (GE), 15,6 ± 8,5 mois (GC) -- on parle de durée des symptômes.
- **Caractérisation de l'AG** : ACR
- **Groupe expérimental/Groupe** : Programme comportant plusieurs exercices de musculature, réalisé 3 fois par semaine pendant 3 semaines. Accompagné de biofeedback EMG.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Programme comportant plusieurs exercices de musculature, réalisé 3 fois par semaine pendant 3 semaines. Non accompagné de biofeedback EMG.
- Outcomes principaux (outil) : 1) Intensité de la douleur : au repos, durant la marche, en montant et descendant des escaliers (VAS). 2) Amplitude de mouvement (goniomètre). 3) Douleur, raideur et fonction (WOMAC). 4) Qualité de vie : énergie, douleur, mobilité, émotions, sommeil, sociabilité (*Nottingham Health Profile* - NHP).
- **Effets secondaires** : NR
- **Durée du suivi** : 3 semaines
- **Résultats** : 1) Diminution de la douleur avant et après, mais pas de différence significative entre le GE et le GC. 2) Amélioration avant et après, mais pas de différence significative entre le GE et le GC. 3) Amélioration des scores avant et après de chacun des domaines, mais pas de différence significative entre le GE et le GC. 4) Amélioration significative pour le GE vs le GC en ce qui a trait au sommeil et à l'énergie.
- **Conclusions des auteurs** : Les exercices de renforcement ont amélioré la douleur, la fonction, la force musculaire et la qualité de vie des sujets souffrant d'AG. Cependant, il semble qu'il n'y ait pas d'effet additif significatif si l'on combine le biofeedback EMG à un programme d'exercices de musculation.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 4

- **Premier auteur (année), pays** : Pietrosimone (2010), États-Unis
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 36 sujets/ NR / 50% F (GE1), 66,7% F (GE2), 58,3% F (GC) / NR
- **Caractérisation de l'AG** : Grade KL entre 1 et 4
- **Groupe expérimental/Groupe** : GE1 : Exercice de musculation des membres inférieurs, 3 fois/sem pendant 4 semaines + Thérapie électrique avec possibilité de régler l'intensité des ondes. GE2 : Exercice de musculation des membres inférieurs, 3 fois/sem pendant 4 semaines + Simulation de thérapie électrique (les ondes diminuent après 30 secondes, pour s'éteindre complètement après quelques secondes supplémentaires).

- **Groupe contrôle/Autre groupe** : GC : Seulement des exercices de musculation des membres inférieurs, 3 fois/sem pendant 4 semaines.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Fonction physique (WOMAC), 2) Flexion maximale du genou, à différents moments (*gait analysis*), 3) Quadriceps central activation ratio + maximal voluntary isometric contraction torque (Biodex). 4) Vitesse de marche :
- **Effets secondaires** : NR
- **Durée du suivi** : 4 semaines
- **Résultats** : 1) - 4) Aucune amélioration/différence significative entre les différents groupes de l'étude.
- **Conclusions des auteurs** : La thérapie électrique, de pair avec l'exercice, ne semble pas affecter le moment de flexion maximale et l'angle de position après une période de quatre semaines, chez les participants souffrant d'arthrose fémoro-tibiale.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 3

- **Premier auteur (année), pays** : Altay (2010), Turquie
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 40 sujets / 59,95 ± 9,69 (GE), 59,00 ± 8,25 (GC) / 80% F (GE), 70% F (GC) / 8,57 ± 6,78 ans (GE), 7,30 ± 4,70 ans (GC).
- **Caractérisation de l'AG** : ACR
- **Groupe expérimental/Groupe** : GE : thérapie électrique 100 Hz (40 min/jour) + programmes d'exercices (30 min/jour) + compresses chaudes (15 min/jour).
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : GC : thérapie électrique simulée (40 min/jour) + programmes d'exercices (30 min/jour) + compresses chaudes (15 min/jour).
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Intensité de la douleur (VAS), 2) Douleur, raideur, fonction (WOMAC), 3) Dépression (Beck Depression, Inventory - BDI), 4) Qualité de vie (SF-36), 5) Temps nécessaire pour monter et descendre 10 marches. 6) Distance parcourue à la marche, en 6 minutes.
- **Effets secondaires** : NR
- **Durée du suivi** : 3 semaines, mais mesure après 10 jours.
- **Résultats** : 1) Pour les 2 groupes, améliorations significatives après 10 jours et 3 semaines. Écart plus important et significatif chez le GE vs le GC, aux 2 temps. 2) Pour les 2 groupes, diminution significative de la douleur après 10 jours et 3 semaines. Écart plus important et significatif chez le GE vs le GC, aux 2 temps. Même chose pour la fonction. Scénario également similaire pour la raideur, sauf que les différences inter-groupes ne se sont pas avérées significatives. 3)-4) Pour les 2 groupes, améliorations significatives après 10 jours et 3 semaines. Meilleur score "dépression" pour le GE vs le GC. Pour le SF-36, meilleurs scores pour le GE vs le GC excepté pour la santé mentale, l'énergie et les émotions. 5)-6) Pour les 2 groupes, améliorations significatives après 10 jours et 3 semaines. Différences inter-groupes non significatives.
- **Conclusions des auteurs** : Les résultats de cette étude suggèrent que l'ajout de thérapie électrique, à des compresses chaudes et un programmes d'exercices, est plus efficace pour réduire la douleur au genou et l'invalidité, de même qu'améliorer la qualité de vie chez les patients atteints d'AG.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 4

- **Premier auteur (année), pays** : Ay (2009), Turquie
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 55 sujets / 58,9 ± 8,8 (GE), 57,7 ± 6,5 (GC) / 70% F (GE), 76% (GC) / 43,3 ± 55,2 mois (GE), 42,5 ± 49,0 mois (GC) - durée de la maladie.
- **Caractérisation de l'AG** : ACR et grade KL 2 ou 3
- **Groupe expérimental/Groupe** : GE: Compresses chaudes + exercices isométriques du quadriceps + stimulation nerveuse électrique transcutanée (20 minutes) + thérapie électromagnétique à ondes pulsées (30 minutes, 50 Hz). 15 sessions réparties sur 3 semaines.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : GC: Compresses chaudes + exercices isométriques du quadriceps + stimulation nerveuse électrique transcutanée (20 minutes) + thérapie électromagnétique à ondes pulsées simulée. 15 sessions réparties sur 3 semaines.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur (VAS), 2) Capacité fonctionnelle : douleur/inconfort, distance maximale parcourue, activités de la vie quotidienne (*Lequesne Algofunctional index of knee*).
- **Effets secondaires** : Aucun effet secondaire
- **Durée du suivi** : 3 semaines
- **Résultats** : 1) - 2) Pour les 2 groupes, améliorations post- vs pré-traitement. Toutefois, pas de différences entre ceux-ci.

- **Conclusions des auteurs** : La thérapie électromagnétique à ondes pulsées, ajoutée à quelques modalités de traitement, n'a pas occasionné de meilleurs résultats pour les sujets avec AG.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 4

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Külcü (2009), Turquie
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 45 sujets / 65,8 ± 10,3 (GE1), 63,1 ± 13,6 (GE2), 62,0 ± 6,0 (GC) / 66,7% F (GE1), 86,7% F (GE2), 80,0% F (GC) / NR.
- **Caractérisation de l'AG** : ACR et grade KL 2 ou 3
- **Groupe expérimental/Groupe** : GE1: Thérapie électrique par ondes électromagnétiques pulsées (fréquences : 2 Hz, 100 Hz et 25 Hz consécutivement, 35 minutes/session). 5 sessions/sem, pendant 3 semaines. GE2: Ultrasons thérapeutiques (fréquence: 1 MHz, puissance 1,5 watt/cm2 continuel, 10 minutes/ session). 5 sessions/sem, pendant 3 semaines.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : GC: aucun traitement
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Intensité de la douleur (VAS), 2) Douleur, raideur, fonction (WOMAC).
- **Effets secondaires** : Non rapporté
- **Durée du suivi** : 3 semaines
- **Résultats** : 1) - 2) Améliorations significatives pour chacun des outcomes pour GE1 et GE2 (pas pour GC), post- vs pré-traitement. Différences toutes significatives entre GE1 et GC, de même que GE2 et GC; pas de différences toutefois entre GE1 et GE2.
- **Conclusions des auteurs** : Tant les champs électromagnétiques pulsés que les ultrasons thérapeutiques ont été significativement plus efficaces que l'absence de traitement. Les champs électromagnétiques pulsés peuvent être appliqués comme une approche thérapeutique efficace et alternative dans la prise en charge de l'AG.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 4

Acupuncture

Études de bonne qualité

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Kim (2010), Corée
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 53 sujets / 59,1 ± 9,5 (GE), 58,5 ± 8,1 (GC), 79,3% F (GE), 87,5% F (GC) / NR.
- **Caractérisation de l'AG** : ACR
- **Groupe expérimental/Groupe** : Traitement par pharmacopuncunture avec extrait d'écorce de racine d'*Ulmus davidiana Planch*, 2 fois par semaine pendant 6 semaines.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Traitement par pharmacopuncunture avec solution saline neutre, 2 fois par semaine pendant 6 semaines.
- **Outcomes principaux** (outil) : 1) Intensité de la douleur (VAS), 2) Douleur, raideur, fonction, score total (WOMAC), 3) Santé physique et santé mentale (SF-36).
- **Effets secondaires** : Aucun sérieux
- **Durée du suivi** : 16 semaines, mais mesures aux semaines 3 et 6.
- **Résultats** : 1) - 3) Aucune différence significative dans les *outcomes* selon le type de traitement employé.
- **Conclusions des auteurs** : Plus de travaux sont nécessaires afin de déterminer si la pharmacopuncture est efficace ou non.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 6

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Taechaarpornkul (2009), Thaïlande
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 70 sujets / 61,66 ± 9,55 (G1), 60,74 ± 9,30 (G2) / 82.9% F (G1), 85,7% F (G2) / 28,6% ≥ 5 ans (G1), 31,4% ≥ 5 ans (G2) - on parle ici de la durée de la douleur au genou.
- **Caractérisation de l'AG** : ACR et KL ≥ 2
- **Groupe expérimental/Groupe** : Électroacupuncture en 6 points, intensité minimale de 3 Hz. 2 sessions hebdomadaires, jusqu'à un total de 10 sessions.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Électroacupuncture en 2 points, intensité minimale de 3 Hz. 2 sessions hebdomadaires, jusqu'à un total de 10 sessions.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur, raideur, fonction, score total (WOMAC), 2) Perception globale de l'état de santé.
- **Effets secondaires** : Aucun sérieux

- **Durée du suivi** : 13 semaines, mais mesures aux semaines 5 et 9.
- **Résultats** : 1) - 2) Aucune différence statistiquement significative entre les 2 groupes.
- **Conclusions des auteurs** : Les résultats de cette étude suggèrent que l'électroacupuncture à deux points locaux peut suffire pour traiter l'AG.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 6

- **Premier auteur (année), pays** : Suarez-Almazor (2010), États-Unis
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 527 sujets / Attentes élevées : 63,5 ± 10,4 (GACU), 65,3 ± 9,0 (GPLA); Attentes neutres : 65,5 ± 7,8 (GACU), 63,7 ± 9,1 (GPLA); Contrôles : 64.1 ± 9.6
- **Caractérisation de l'AG** : ACR
- **Groupe expérimental/Groupe** : Attentes élevées : les sujets reçoivent un traitement d'électroacupuncture ou un faux traitement (pas d'émissions électriques) et l'acupuncteur insiste sur les chances de succès élevées du traitement. 2 fois par semaine, pendant 6 semaines. Attentes neutres : les sujets reçoivent un traitement d'électroacupuncture ou un faux traitement (pas d'émissions électriques) et l'acupuncteur précise que parfois le traitement fonctionne bien, d'autres fois moins bien. 2 fois par semaine, pendant 6 semaines.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Contrôles : patients sur une liste d'attente pour recevoir de l'électroacupuncture.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur, fonction WOMAC, 2) Intensité, fréquence et qualité de la douleur (*Joint-Specific Multidimensional Assessment of Pain* - J-MAP), 3) Satisfaction with Knee Procedure (SKIP), 4) Composantes santé physique et santé mentale (SF-12), 5) Amplitude mouvement (goniomètre), 6) *Timed Up and Go Test*.
- **Effets secondaires** : Quelques effets secondaires, mais aucun très sérieux : augmentation de la douleur (n=26), ecchymose au site "de piqûre" (n=22), crampes aux muscles (n=3), infection au site "de piqûre" (n=1).
- **Durée du suivi** : 3 mois, mais mesures à 6 semaines (post-traitement) et à 4 semaines.
- **Résultats** : PAS DE DIFFÉRENCE SIGNIFICATIVE ENTRE LE VRAI ET LE FAUX TRAITEMENT D'ACUNPUNCTURE. 1) Diminution significative de la douleur chez les sujets ayant reçu un vrai et un faux traitement, vs. les sujets contrôles. 2) Amélioration significative du score J-MAP, chez les sujets ayant reçu un vrai et un faux traitement, vs. les sujets contrôles. Différences statistiquement significatives entre les groupes "attentes élevées" et "attentes neutres" pour la réduction de la douleur, le groupe "attentes élevées" se trouvant favorisé. 3) Différences statistiquement significatives entre les groupes "attentes élevées" et "attentes neutres" pour la satisfaction, le groupe "attentes élevées" se trouvant favorisé. 4) - 6) Différences inter-groupes non significatives.
- **Conclusions des auteurs** : L'acupuncture n'a pas été supérieure à l'acupuncture simulée. Cependant, le style de communication des acupuncteurs a eu des effets significatifs sur la réduction de la douleur et la satisfaction. Cela suggère que les avantages analgésiques de l'acupuncture peuvent être partiellement médiés par l'effet placebo lié au comportement de l'acupuncteur.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 7

Études de moins grande qualité

- **Premier auteur (année), pays** : Ahsin (2009), Pakistan
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 40 sujets / 51,05 ± 7,73 (GE), 51,45 ± 8,9 (GC) / 65% F (GE), 75% F (GC) / 23,5 ± 17,84 mois (GE), 14,45 ± 10,3 mois (GC) - durée de la maladie
- **Caractérisation de l'AG** : ACR
- **Groupe expérimental/Groupe** : GE: Électroacupuncture. 1 session/jour pendant 10 jours.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : GC: Électroacupuncture simulée. 1 session/jour pendant 10 jours.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Score total au WOMAC, 2) Intensité de la douleur (VAS), 3) Concentrations sanguines en cortisol et β-endorphine.
- **Effets secondaires** : Aucun sérieux
- **Durée du suivi** : 10 jours
- **Résultats** : 1) - 2) Améliorations plus importantes et significatives pour GE vs GC. 3) Chez GE, dimimution de la concentration de cortisol et augmentation de celle en β-endorphine.
- **Conclusions des auteurs** : L'électroacupuncture a entraîné une amélioration de la douleur, de la raideur et de l'invalidité. D'importance clinique est l'amélioration des mesures objectives de biomarqueurs associés au stress / à la douleur chez le groupe traité par électroacupuncture; l'acupuncture serait ainsi associée à des changements physiologiques, cela étant au-delà des effets placebo qu'on lui attribue généralement.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 2

- **Premier auteur (année), pays** : Wu (2010), Chine
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 245 sujets / Âge : données difficiles à extraire / 65,9% F (GE), 64,8% F (GC) / Durée de la maladie : données difficiles à extraire.
- **Caractérisation de l'AG** : ACR
- **Groupe expérimental/Groupe** : Électroacupuncture (8 Hz, 10 V). Sessions de 30 minutes. 15 jours consécutifs de traitement, pause de 5 jours, puis reprise pour 15 jours consécutifs de traitement.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Injection de 2 ml d'acide hyaluronique à chaque 7 jours, à 5 reprises.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Score des symptômes cliniques (douleur, raideur, douleur au repos, problèmes de flexion/d'extension, etc.). 2) Présence de cytokines inflammatoires (prélèvement de liquide articulaire avant et après). 3) Évaluation de l'efficacité thérapeutique sur l'articulation affectée : grade I (excellent) - grade IV (mauvais).
- **Effets secondaires** : Aucun effet secondaire valant la peine d'être mentionné.
- **Durée du suivi** : 35 jours
- **Résultats** : 1) Réduction significative du score après l'intervention, chez les 2 groupes. Cependant, pas de différence significative qui tienne vraiment la route, hormis pour les sujets au stade 3 d'atteinte par l'AG (vs les contrôles). 2) Diminution des concentrations, mais pas de différences significatives entre le GE et le GC. 3) Pas de différences significatives entre le GE et le GC.
- **Conclusions des auteurs** : Pas de conclusion spécifique (voir point précédent).
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 4

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Meng (2009), Chine
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 105 sujets / 51,2 ± 2,5 (G1), 51,5 ± 2,4 (G2), 50,9 ± 2,1 (G3) / 48,6% F (G1), 54,3% F (G2), 51,4% F (G3) / 2,38 ± 0,25 (G1), 2,35 ± 0,21 (G2), 2,47 ± 0,26 (G3).
- **Caractérisation de l'AG** : ACR
- **Groupe expérimental/Groupe** : G1: Acupuncture abdominale. G2: Acupuncture conventionnelle. Pour G1 et G2, traitements faits 1 fois/jour, 6 fois/sem, pendant 4 semaines.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : G3: Acupuncture abdominale + conventionnelle. Traitements faits 1 fois/jour, 6 fois/sem, pendant 4 semaines.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Fonction de l'articulation du genou (Lysholm).
- **Effets secondaires** : Aucun sérieux, mais quelques cas de saignements au moment du retrait des aiguilles.
- **Durée du suivi** : 4 semaines
- **Résultats** : 1) Amélioration chez les 3 groupes, post- vs pré-traitement. De plus, résultats significativement meilleurs chez G3 vs G1 et G2.
- **Conclusions des auteurs** : L'acupuncture abdominale a un effet démontré sur l'AG et sa fonction est synergique lorsque combinée avec l'acupuncture conventionnelle.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 3

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Lev-Ari (2011), Israël
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 55 sujets / 70,3 ± 10,2 (GE), 72,2 ± 7,2 (GC) / 75% F (GE), 63% F (GC) / NR
- **Caractérisation de l'AG** : Diagnostic d'AG (pas plus de précision)
- **Groupe expérimental/Groupe** : Acupuncture + thérapie conventionnelle (ex. : AINS, injections, etc.)
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Fausse acupuncture + thérapie conventionnelle (ex. : AINS, injections, etc.)
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Knee Society Score (KSS) pour le genou. 2) Knee Society Score (KSS) pour la fonction. 3) Knee Society Score KSS pour la douleur.
- **Effets secondaires** : Aucun effet secondaire
- **Durée du suivi** : 12 semaines, mais mesure à la semaine 8.
- **Résultats** : 1) - 3) : Améliorations significatives pour les 3 scores aux semaines 8 et 12, comparativement au début de l'étude. Par contre, il faut attendre la semaine 12 pour dénoter des différences significatives entre le groupe expérimental et le groupe contrôle. Celles-ci s'observent pour le "Knee Society Score (KSS) pour le genou" et le "Knee Society Score (KSS) pour la fonction".
- **Conclusions des auteurs** : Un traitement d'acupuncture d'appoint semble apporter une valeur ajoutée au traitement standard de l'AG chez les patients âgés.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 4

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Whitehurst (2011), Royaume-Uni
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 352 sujets âgés de 50 ans et plus (pas plus de précision)

- **Caractérisation de l'AG** : Diagnostic clinique (pas plus de précision)
- **Groupe expérimental/Groupe** : * Éducation et exercice + acupuncture. N=117, * Éducation et exercice + acupuncture non pénétrante. N=119
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Éducation et exercice. N=116. Le "kit" Éducation+Exercice a été fourni sur 6 séances et consistait en un dépliant de conseils écrits inspiré des recommandations de *l'Arthritis Research UK* pour l'AG et d'un programme d'exercice individualisé axé sur le renforcement des membres inférieurs, les étirements et l'équilibre. Les exercices ont été faits et supervisés sur 6 séances et chaque participant s'est vu remettre un programme d'exercices à domicile.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) *Quality-adjusted life years* (EQ-5D), 2) *UK NHS costs*
- **Effets secondaires** : NR
- **Durée du suivi** : 12 mois
- **Résultats** : 1) "Kit" Éducation+Exercice combiné à de l'acupuncture favorisé, mais coûts plus élevés. 77% meilleur d'un point de vue coût-efficacité que le "Kit" Éducation+ Exercice pris seul. 2) Coûts plus élevés pour le "kit" Éducation+Exercice combiné à de l'acupuncture.
- **Conclusions des auteurs** : Le "kit" Éducation+Exercice combiné à de l'acupuncture entraîne une utilisation efficace des ressources en soins de santé, malgré une augmentation des coûts associés. Toutefois, les avantages économiques ne pouvaient être attribués à la nature pénétrante de l'acupuncture traditionnelle; par conséquent, des recherches plus poussées sur les mécanismes de l'acupuncture sont nécessaires.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 3

Chaleur

Études de bonne qualité

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Giombini (2011), Italie
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 63 sujets / 67 ± 5,1 (GE), 67,1 ± 6 (GC) / 65,7% F (GE), 67,9% F (GC) / 34 ± 4 mois (GE), 35 ± 1 mois (GC).
- **Caractérisation de l'AG** : ACR et grade KL 2 ou 3
- **Groupe expérimental/Groupe** : 3 sessions de traitement par semaine pendant 4 semaines, pour une total de 12 sessions. Le traitement par hyperthermie a été administré à une puissance de 50 watts et une température d'eau de 38 ° C. Un générateur de micro-ondes de 433,92 MHZ a été utilisé.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : 3 sessions de traitement par semaine pendant 4 semaines, pour un total de 12 sessions. Le générateur, malgré les apparences, n'était pas en fonction.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur, raideur, fonction (WOMAC). 2) Timed Up and Go test (TUGT)
- **Effets secondaires** : Pas d'effet secondaire sérieux rapporté. Deux patients du GE ont rapporté une aggravation de leurs symptômes, mais cela n'a pas été à ce point important qu'il ait fallu les retirer de l'étude.
- **Durée du suivi** : 16 semaines, mais mesures à la semaine 4.
- **Résultats** : 1) GE vs GC : Amélioration du score total WOMAC et de chacun de ses domaines entre le baseline et 4 semaines, et entre le baseline et 16 semaines. 2) GE vs GC : Amélioration de la performance selon le TUGT entre le baseline et 4 semaines, et entre le baseline et 16 semaines.
- **Conclusions des auteurs** : Une thérapie par hyperthermie avec micro-ondes 433,92 MHz hyperthermie a montré des effets bénéfiques chez les patients atteints d'AG modérée pour réduire la douleur et améliorer la fonction physique.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 7

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Forestier (2010), France
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 451 sujets / 63,0 ± 9,1 (GE), 64,3 ± 10,4 (GC), 48,2% F (GE), 46,6% F (GC) / NR.
- **Caractérisation de l'AG** : ACR
- **Groupe expérimental/Groupe** : Programme d'exercices à faire à la maison et traitement habituel (AINS, analgésiques, physiothérapie) + 18 séances de spa réparties sur 3 semaines (massages, bains de boue, douches, baignades).
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Programme d'exercices à faire à la maison et traitement habituel (AINS, analgésiques, physiothérapie).

- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Intensité de la douleur dans les 7 derniers jours, 32 mm ou moins sur l'échelle de douleur (VAS), 2) Fonction (WOMAC), 3) Sante physique et santé mentale (SF-36, version courte), 4) Opinion du patient sur son état de santé + opinion du médecin examinant.
- **Effets secondaires** : Aucun sérieux
- **Durée du suivi** : 6 mois, mais mesures aux mois 1 et 3.
- **Résultats** : 1) Amélioration plus importante et significative des scores chez le GE vs le GC, au bout de 6 mois.
2) Amélioration plus importante et significative des scores chez le GE vs le GC, au bout de 6 mois.
3) Pas d'amélioration intra-groupe dans le temps, ni de différences inter-groupes significatives.
4) Globalement, meilleure opinion des patients quant à leur état de santé + meilleure opinion du médecin examinant également.
- **Conclusions des auteurs** : Pour les patients souffrant d'AG, un parcours de 3 semaines de cure thermale, avec des exercices à domicile et les traitements pharmacologiques usuels, offre un avantage au bout de 6 mois par rapport à des exercices et un traitement usuel seul, en plus d'être bien toléré.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 5

- **Premier auteur (année), pays** : Fioravanti (2010), Italie
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 80 sujets / 69,06 ± 5,11 (GE), 71,3 ± 4,91 (GC) / 70,0% F (GE), 80,0% F (GC) / 6,5 ± 5,1 ans (GE), 6,1 ± 4,9 ans (GC).
- **Caractérisation de l'AG** : ACR et grade KL 1-3
- **Groupe expérimental/Groupe** : Combinaison d'enveloppements de boue locaux quotidiens + et bains d'eau minérale (bicarbonate-sulfate) du centre thermal de Rapolano Terme en Italie (12 séances réparties sur 2 semaines) + Traitement usuel
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Traitement usuel seulement.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur (VAS), 2) Sévérité de l'AG (Lequesne), 3) Douleur, raideur et score total (WOMAC), 4) Qualité de vie (AIMS), 5) Évaluation de l'efficacité de la thérapie.
- **Effets secondaires** : Dans le GE, 11% des sujets ont présenté des effets secondaires, mais ceux-ci n'ont pas été à ce point sérieux pour justifier un retrait de l'étude. Sinon, 8% des sujets du GC en ont présenté (surtout de l'inconfort gastrique), ceci étant probablement attribuable à une plus grande consommation d'AINS.
- **Durée du suivi** : 9 mois, mais mesures à la semaine 2 et aux mois 3 et 6.
- **Résultats** : 1) - 5) Améliorations intra-groupes significatives, à chacun des temps de mesure (vs baseline) pour tous les aspects mesurés. Améliorations inter-groupes Ge vs GC significatives - meilleurs résultats chez le GE -, sauf pour la qualité de vie, telle que mesurée par l'AIMS.
- **Conclusions des auteurs** : Les résultats de l'étude confirment que les effets bénéfiques de la cure thermale chez les patients souffrant d'AG dure dans le temps, avec des effets positifs sur la symptomatologie douloureuse et une amélioration significative des capacités fonctionnelles. Elle représente une option à combiner avec le traitement pharmacologique usuel de l'AG ou une alternative valable pour les patients qui ne tolèrent pas les traitements pharmacologiques.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 6

- **Premier auteur (année), pays** : Fioravanti (2011), Italie
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 218 sujets / 61,64 ± 9,00 (GE), 61,08 ± 10,49 (GC) / 61,5% F (GE), 62,4% F (GC) / 6,54 ± 6.48 (GE), 7,11 ± 4,89 (GC).
- **Caractérisation de l'AG** : ACR
- **Groupe expérimental/Groupe** : Immersion complète dans des herbes fermentées chaudes (environ 60 degrés) pendant 10 jours.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Prise en charge régulière (exercices, AINS, acétaminophène, etc.)
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Intensité de la douleur (VAS), 2) *Health Assessment Questionnaire* (HAQ).
- **Effets secondaires** : NR
- **Durée du suivi** : 3 mois, avec mesure à 2 semaines.
- **Résultats** : 1) Diminution de la douleur chez le GE vs le GC à 2 semaines et à 3 mois. 2) Meilleure évaluation de la santé pour le GE après 3 mois, mais écart entre le GE et le GC non significatif.
- **Conclusions des auteurs** : Diminution significative de la douleur, ce qui fait en sorte que la phytothermothérapie pourrait être utilisée de pair avec d'autres approches, de même que chez les personnes éprouvant de la difficulté avec les médicaments et les exercices physiques.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 7

Études de moins grande qualité

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Yildirim (2010), Turquie
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 46 sujets / 58,78 ± 10,56 (GE), 58,78 ± 9,55 (GC) / 87,0% F (GE), 82,6% F (GC) / 4,92 ± 5,08 ans (GE), 3,77 ± 4,07 (GC).
- **Caractérisation de l'AG** : ACR
- **Groupe expérimental/Groupe** : Médication habituelle pour l'AG + application d'une compresse chaude sur le genou pendant 20 minutes. Intervention effectuée à 15 reprises sur une période de 4 semaines.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Médication habituelle pour l'AG
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur, raideur et fonction (WOMAC), 2) Qualité de vie (SF-36).
- **Effets secondaires** : NR
- **Durée du suivi** : 4 semaines
- **Résultats** : 1) Diminution significative de la douleur et amélioration significative de la fonction chez le GE vs le GC. 2) Différence significative de la perception dans le changement de l'état de santé général. Pas de changement pour la santé mentale, la vitalité, les émotions et le fonctionnement social.
- **Conclusions des auteurs** : Il a été démontré que l'application de chaleur diminuait la douleur et de l'invalidité des patients souffrant d'AG. En outre, l'application de chaleur a amélioré des sous-dimensions de la qualité de vie comme la fonction, la douleur physique et la perception de l'état de santé général.- **Qualité - NB « Risque faible »** : 4

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Kitay (2009), États-Unis
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 71 sujets / 64,1 ± 9,5 (G1), 58,7 ± 8,2 (G2) / 56,0% F (G1), 51,4% F (G2) / NR.
- **Caractérisation de l'AG** : ACR et KL ≥ 2
- **Groupe expérimental/Groupe** : G1 : 2 sessions de 20 min, chaque jour, pendant 4 semaines. Coussinet appliqué au genou délivrant de la chaleur et des vibrations (intensité variable) + pied posé sur une pédale délivrant un mouvement passif continu (Kineticure). 4 semaines suivantes : traitement "placebo".
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : G2: 2 sessions de 20 min, chaque jour, pendant 4 semaines. Coussinet appliqué au genou, mais ne délivrant ni chaleur, ni vibrations. 4 semaines suivantes : traitement "actif".
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Intensité de la douleur (VAS), 2) Score total au WOMAC, 3) Amplitude de mouvement (goniomètre), 4) Satisfaction à l'égard du traitement reçu.
- **Effets secondaires** : Aucun sérieux
- **Durée du suivi** : 10 semaines, mais mesures aux semaines 2, 4 et 6.
- **Résultats** : 1) - 4) Résultats tous significativement meilleurs lorsque le traitement actif est administré, vs lorsqu'il s'agit du traitement placebo. Cela est valable à tous les temps de suivi.
- **Conclusions des auteurs** : Quatre semaines de traitement combinant mouvement passif continu, application de chaleur et vibrations diminue de manière significative la douleur, améliore l'amplitude de mouvement et la qualité de vie des patients atteints d'AG.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 3

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Sherman (2009), Israël
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 44 sujets / 65,4 ± 5,7 (GE), 67,8 ± ? (GC) / 79,2% F (GE), 85% F (GC) / 13,9 ± 8,1 ans (GE), 12,3 ± 6,9 ans (GC).
- **Caractérisation de l'AG** : ACR
- **Groupe expérimental/Groupe** : Bains dans une piscine d'eau minérale (sulfure) couverte, chauffée à 35-36 degrés. 2 fois/sem pendant 6 semaines consécutives.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Bains dans un jacuzzi rempli d'eau plate, chauffée à 35-36 degrés. 2 fois/sem pendant 6 semaines consécutives.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Sévérité de l'AG (Lequesne), 2) Douleur, raideur, fonction (WOMAC), 3) Douleur au genou globale, évaluation du patient et du médecin (VAS), 4) Qualité de vie reliée à la santé (SF-36), 5) Amplitude de mouvement, crépitements, *swelling*, *effusions*.
- **Effets secondaires** : NR
- **Durée du suivi** : Six mois, mais mesures à 6 semaines (post-traitement), 1 mois et 3 mois.
- **Résultats** : 1) Une amélioration significative a été dénotée chez le GE jusqu'à 6 mois, mais seulement jusqu'à 1 mois chez le GC. Pas de différence inter-groupes significative. 2) Chez le GE, une amélioration significative des 3 sous-domaines a été dénotée jusqu'à 6 mois. Aucune amélioration ;a court terme chez le GC. Aucune différence

inter-groupe significative. 3) Chez le GE, améliorations significatives jusqu'à 1 mois du point de vue des patients, et jusqu'à 3 mois du point de vue des médecins. 4) Quelques améliorations intra-groupes de sous-domaines, mais aucune différence inter-groupes significative.
5) Aucune différence inter-groupes significative.
- **Conclusions des auteurs** : La balnéothérapie intermittente semble être efficace pour les patients souffrant d'AG.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 3

Orthèses

Études de bonne qualité

_____
- **Premier auteur (année), pays** : van Raaij (2010), Pays-Bas
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 91 sujets / 54,4 ± 6,5 (ORT), 54,9 ± 7,4 (GEN), 65% F (ORT), 35% F (GEN) / NR.
- **Caractérisation de l'AG** : KL ≥ 1
- **Groupe expérimental/Groupe** : Chaussures avec semelle en cuir intégrée. Semelle avec élévation latérale de 10 mm en liège, sur toute la longueur du pied.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Genouillère pour genou valgus (marque MOS Genu).
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Intensité de la douleur (VAS), 2) Fonction du genou (WOMAC), 3) Correction de l'alignement varus, plan frontal (*HKA angle*).
- **Effets secondaires** : NR
- **Durée du suivi** : 6 mois
- **Résultats** : 1) Amélioration significative pour les 2 groupes, mais écarts inter-groupes non significatifs. 2) Amélioration significative pour les 2 groupes, mais écarts inter-groupes non significatifs. 3) Correction de l'alignement comparable chez les 2 groupes.
- **Conclusions des auteurs** : Les données suggèrent que ce type de semelle peut être une alternative à la genouillère pour traiter de manière non invasive les symptômes de l'AG médiale. Cependant, la semelle ne montre pas une efficacité plus grande.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 5

_____
- **Premier auteur (année), pays** : Erhart (2010), États-Unis
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 79 sujets / 61,4 ± 9,2 (GE), 62,1 ± 9,9 (GC) / 41,2% F (GE), 57,7% F (GC) / NR.
- **Caractérisation de l'AG** : Pas de précision
- **Groupe expérimental/Groupe** : Port de chaussures de rigidités variables. Au moins 4h/jour, pendant 6 mois.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Port de chaussures de même rigidité. Au moins 4h/jour, pendant 6 mois.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur, raideur, fonction, score total (WOMAC), 2) *Knee adduction moment*.
- **Effets secondaires** : NR
- **Durée du suivi** : 6 mois
- **Résultats** : 1) Amélioration significative du score total au WOMAC et de son score douleur, après 6 mois; aucune amélioration toutefois pour le groupe contrôle. 2) Le *peak knee adduction moment* a été davantage réduit chez le GE vs le GC. Toutefois, améliorations intra-groupes significatives après 6 mois (vs baseline), pour le GE comme pour le GC.
- **Conclusions des auteurs** : Les résultats de cette étude ont montré que le port de chaussure à raideur variable réduit le moment d'adduction, la douleur, et améliore la fonction après 6 mois d'usage. La réduction du moment d'adduction associé au port de cette chaussure pourrait ralentir le taux de progression de l'arthrose après utilisation à long terme.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 6

_____
- **Premier auteur (année), pays** : Barrios (2009), États-Unis
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 66 sujets / 62,0 ± 7,4 (GE), 62,8 ± 9,6 (GC) / 54,3% F (GE), 58,1% F (GC) / NR.
- **Caractérisation de l'AG** : Grade KL 2-4
- **Groupe expérimental/Groupe** : GE: Chaussures avec semelle avec rebord, inclinaisons variables entre 3 et 5 degrés. Pendant 1 an.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : GC: Chaussures semelle "neutre", sans rebord incliné. Pendant 1 an.

- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur, raideur, fonction (WOMAC), 2) Douleur, marche de 6 minutes (changement avant/après) (VAS), 3) Distance parcourue à la marche en 6 minutes (en m), 4) Douleur, grimper et descendre un escalier de 10 marches (changement avant/après) (VAS), 5) Temps nécessaire, grimper et descendre un escalier de 10 marches (en s).
- **Effets secondaires** : 3 abandons en raison d'effets secondaires (ex : douleur au pied) dans le GE, et 1 dans le GC. Rien de sérieux, cependant.
- **Durée du suivi** : 1 an, mais mesure à 1 mois également.
- **Résultats** : 1) - 5) Améliorations dans l'ensemble significatives pour les 2 groupes, post- vs pré-traitement. Cependant, différence inter-groupe significative à l'avantage de GE pour l'outcome 2) seulement.
- **Conclusions des auteurs** : Les résultats suggèrent que les orthèses neutres et avec inclinaison sont toutes deux bénéfiques dans le traitement de l'AG médial, lorsqu'utilisées avec des chaussures de marche. Cependant, l'ajout de calage latéral a été associé à des améliorations rapides de la douleur pour le test de 6 minutes de marche.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 7

Études de moins grande qualité

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Koca (2009), Turquie
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 37 sujets / 55,36 ± 11,50 (GE), 54,83 ± 9,27 (GC) / Femmes seulement /NR
- **Caractérisation de l'AG** : Grade KL 2 ou 3
- **Groupe expérimental/Groupe** : GE: AINS (paracétamol 1500 mg/jour) + exercice (renforcement des quadriceps, 3 mois) + orthèse plantaire avec rebord de 6 mm.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : GC: AINS (paracétamol 1500 mg/jour) + exercice (renforcement des quadriceps, 3 mois).
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur au repos, durant la marche et en position debout (VAS). 2) Douleur, raideur, fonction, score total (WOMAC)
- **Effets secondaires** : NR
- **Durée du suivi** : 3 mois, avec mesure à 1 mois.
- **Résultats** : 1) - 2) Après 3 mois, améliorations intra-groupe pour l'ensemble des scores et mesures significatives seulement pour GE. De plus, écarts inter-groupes significatifs à l'avantage de GE, excepté pour la raideur. Les améliorations intra-groupes et inter-groupes étaient moins généralisées après 1 mois.
- **Conclusions des auteurs** : À la fin du 3ème mois, en plus de la réduction de la douleur, une amélioration significative de la fonction a été observée chez les patients utilisant une semelle avec rebord, par rapport aux patients traités uniquement avec des analgésiques et des exercices.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 3

Approche de soins et physiothérapie

Études de bonne qualité

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Jessep (2009), Royaume-Uni
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 64 sujets / 66 (53-81) (G1), 67 (51-76) (G2) / 75,9% F (G1), 62,9% F (G2) / 13 (1-30) ans (G1), 12 (0,5-55) ans (G2).
- **Caractérisation de l'AG** : Pas de mesure standard en particulier
- **Groupe expérimental/Groupe** : G1 : Programme spécial de réhabilitation nommé *ESCAPE-knee pain*. Diverses modalités de traitement combinées : exercices supervisés, éducation par rapport à l'AG, groupes de discussion, encouragements au changement d'attitude et à la prise en charge de soi, exercices à effectuer à la maison, etc. 10 sessions (2 par semaine) réparties sur 5 semaines.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : G2 : Physiothérapie ambulatoire. Les sujets sont assignés à un clinicien qui les évalue pendant 30-45 minutes, suite à quoi un traitement leur est prescrit. Le clinicien n'a pas reçu d'indication spécifique quant aux modalités à privilégier. Jusqu'à 10 sessions.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Fonction, douleur (WOMAC), 2) Performance fonctionnelle, temps requis pour effectuer 4 activités courantes (AFPT), 3) Anxiété et dépression (*Hospital Anxiety and Depression Scale*), 4) Croyances relatives aux exercices et efficacité personnelle (*Ex-beliefs*), 5) Qualité de vie reliée à la santé (EQ5D).
- **Effets secondaires** : Aucun effet secondaire
- **Durée du suivi** : 12 mois post-intervention, mais mesure à 5 semaines juste après la dernière intervention.

- **Résultats** : 1) - 5) Aucune différence inter-groupes significative.
- **Conclusions des auteurs** : Le programme *ESCAPE-knee pain* peut être livré comme un programme de réadaptation à base communautaire, pour les personnes souffrant de douleur chronique au genou. Ce programme et la physiothérapie ambulatoire ont produit des bénéfices physiques et psychologiques soutenus, mais le coût d'*ESCAPE-knee pain* est moins élevé et plus rentable..
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 7

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Ravaud (2009), France
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 327 sujets / 63,9 ± 8,1 (GE), 64,6 ± 8,3 (GC) / 76,7% F (GE), 72,9% F (GC) / NR.
- **Caractérisation de l'AG** : ACR
- **Groupe expérimental/Groupe** : GE : Consultation standardisée, comprenant 3 sessions individualisées allant de pair avec les besoins du patient : une session portant sur l'AG et les traitements disponibles (jour 0), une session sur les façons de protéger l'articulation du genou et sur la nécessité de l'activité physique (un programme leur a été proposé) (jour 15) et une autre session d'éducation au poids santé et sur les stratégies pour y parvenir. Différents documents ont également été remis aux patients (fiches d'information, journal de bord, etc.).
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : GC : 3 consultations habituelles chez le rhumatologue, sans contenu spécifique prédéfini.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur éprouvée lors des mouvements, dans les 48 heures précédant la visite (échelle numérique), 2) Fonction (WOMAC), 3) Évaluation globale de l'activité de la maladie, 4) Score "santé physique" et "santé mentale" (SF-12).
- **Effets secondaires** : Aucun rapporté
- **Durée du suivi** : 120 jours, avec mesures aux jours 15 et 30.
- **Résultats** : 1) et 3) : Résultats statistiquement meilleur pour le GE. 2) et 4) : Pas de différences entre les 2 groupes. AUSSI, PLUS DE PERTE DE POIDS ET DE TEMPS CONSACRÉ AUX ACTIVITÉS PHYSIQUES.
- **Conclusions des auteurs** : Un programme structuré de consultation pour les patients souffrant d'arthrose du genou a permis d'améliorer à court terme la perte de poids et le temps consacré à l'activité physique.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 5

Études de moins grande qualité

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Gremion (2009), Suisse
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 89 sujets / 58 ± 13 (G1), 61 ± 8 (G2) / 41,7% F (G1), 48,8% F (G2) / NR.
- **Caractérisation de l'AG** : Grade KL 2 ou 3
- **Groupe expérimental/Groupe** : Grade KL 2 ou 3
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : G2: Traitement de physiothérapie. Inclus des techniques de thérapie manuelle pour améliorer la mobilité articulaire, des massages péripatellaires pour améliorer la glisse de la rotule, de même que des exercices de renforcement musculaire et proprioceptif. 3 séances/sem pendant 4 semaines.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur, distance de marche maximale, activités de la vie quotidienne (*Index severity score of Lequesne*), 2) Flexion et manque de flexion (passive, active), 3) Douleur dans les 2 derniers jours, douleur dans les dernières 24 heures, manque de mobilité, douleur durant la nuit, 4) Douleur lors de certaines activités : marcher plus d'un coin de rue, monter/descendre des escaliers, rester debout pendant plus de 15 minutes, entrer/sortir d'une automobile, entrer/sortir d'un bain ou d'une douche (VAS).
- **Effets secondaires** : Aucun effet secondaire rapporté
- **Durée du suivi** : 6 mois post-traitement, mais mesure à 6 semaines également.
- **Résultats** : 1) Améliorations intra-groupes pour les 2 groupes aux 2 temps de mesures, en comparaison avec les résultats initiaux. Différence inter-groupes significative uniquement pour les activités de la vie quotidienne, au profit du groupe traité par physiothérapie. 2) - 4) Améliorations intra-groupes pour les 2 groupes aux 2 temps de mesures, en comparaison avec les résultats initiaux. Différences inter-groupes non significatives, par contre.
- **Conclusions des auteurs** : Comme la physiothérapie, la thérapie par signal pulsé a permis d'améliorer l'état clinique des patients traités, mais sans différence statistiquement significative. La thérapie du signal pulsé est, cependant, plus coûteuse.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 3

Thérapie au laser

Études de bonne qualité

- **Premier auteur (année), pays** : Hegedus (2009), Hongrie
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 27 sujets / 49,48 ans (données globales) / 81,5% F (données globales) / NR
- **Caractérisation de l'AG** : Grade KL 1-3
- **Groupe expérimental/Groupe** : GE: Thérapie laser de faible niveau, 2 fois/sem pendant 4 semaines.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : GC: Thérapie laser de faible niveau simulée, 2 fois/sem pendant 4 semaines.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Sensibilité à une pression (Ritchie Index), 2) Intensité de la douleur (VAS), 3) Amplitude de mouvement – flexion, 4) Circonférence du genou, 5) Température du genou
- **Effets secondaires** : NR
- **Durée du suivi** : 2 mois post-traitement, mais mesures tout de suite après le traitement (4 semaines) et 2 semaines après (6 semaines).
- **Résultats** : 1) - 3) Amélioration à tous les temps chez GE, mais aucune amélioration chez GC. 4) Amélioration seulement chez GE, 4 semaines vs pré-traitement. 5) Augmentation de 0,5 degré chez GE (=meilleure circulation), mais aucun changement chez GC.
- **Conclusions des auteurs** : Les résultats montrent que thérapie laser de faible niveau réduit la douleur chez les personnes souffrant d'AG et améliore la microcirculation dans la zone irradiée.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 5

Approches pharmacologiques

Études de bonne qualité

- **Premier auteur (année), pays** : Schnitzer (2011), États-Unis
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 1000 sujets / 59,1 ± 9,65 (Ga), 59,8 ± 9,96 (Gb), 60,0 ± 9,75 (Gc), 60,2 ± 10,04 (Gd), 60,1 ± 9,57 (Ge) / 73,3% F (Ga), 66,9% F (Gb), 70,5% (Gc), 69,9% F (Gd), 75,4% F (Ge) / NR.
- **Caractérisation de l'AG** : ACR et grade KL 1, 2 ou 3
- **Groupe expérimental/Groupe** : Plusieurs groupes : a) Naproxcinod 375 mg, deux fois par jour, b) Naproxcinod 750 mg, deux fois par jour, c) Naproxen 500 mg, deux fois par jour.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : d) Placebo pendant 13 semaines, puis Naproxcinod 750 mg, 2 fois par jour, pour le reste de l'étude, e) Placebo pendant 13 semaines, puis Naproxcinod 375 mg, 2 fois par jour, pour le reste de l'étude.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur (WOMAC), 2) Fonction (WOMAC), 3) Évaluation des patients et des chercheurs de l'état global de la maladie et du traitement (Échelle Likert graduée en 5 points).
- **Effets secondaires** : La proportion d'individus ayant subi des effets secondaires est semblable pour l'ensemble des groupes et se situe entre 45,6% à 47,9%. La majorité des effets secondaires ont été légers ou modérés.
- **Durée du suivi** : 53 semaines, mais mesures à plusieurs reprises avant terme.
- **Résultats** : 1) Plus grande diminution de la douleur à la semaine 13 avec le naproxcinod 375 mg et le naproxcinod 750 mg, qu'avec le naproxen 500 mg et le placebo. 2) Plus grande amélioration de la fonction à la semaine 13 avec le naproxcinod 375 mg et le naproxcinod 750 mg, qu'avec le naproxen 500 mg et le placebo. 3) Meilleure évaluation des patients de l'état global de leur maladie avec le naproxcinod 375 mg et le naproxcinod 750 mg, qu'avec le naproxen 500 mg et le placebo.
- **Conclusions des auteurs** : Le naproxcinod 375 mg et le naproxcinod 750 mg ont démontré une efficacité supérieure au placebo pour le traitement de l'AG après 13 semaines et ont été bien tolérés sur une période d'un an. Le naproxcinod 750 mg 2 fois par jour a été non inférieur au naproxène 500 mg 2 fois par jour.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 4

- **Premier auteur (année), pays** : Barthel (2009), États-Unis
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 492 sujets / 59,7 ± 10,5 (GE), 59,2 ± 10,6 (GC) / 67,3% F (GE), 65,5% F (GC) / NR.
- **Caractérisation de l'AG** : ACR et grade KL 1-3
- **Groupe expérimental/Groupe** : GE: Solution/gel de diclofénac 1%. 4 g appliqués sur le genou, 4 fois par jour pendant 12 semaines.

- **Groupe contrôle/Autre groupe** : GC: Solution/gel placebo. 4 g appliqués sur le genou, 4 fois par jour pendant 12 semaines.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur, raideur (WOMAC), 2) Évaluation globale de la maladie, 3) Douleur durant les mouvements (VAS)
- **Effets secondaires** : 60,2% d'effets secondaires dans le GE et 53,8% dans le GC. De différents ordres, mais les plus fréquents ont été les maux de tête, l'arthralgie et la douleur au dos.
- **Durée du suivi** : 12 semaines, mais mesures aux semaines 1,4 et 8.
- **Résultats** : 1) - 3) Améliorations significativement meilleures chez GE vs GC, et ce, lors de tous les suivis.
- **Conclusions des auteurs** : Sur une période de 3 mois, un traitement topique avec diclofénac a entraîné des améliorations statistiquement et cliniquement significatives en ce qui concerne la douleur et la fonction physique chez des patients souffrant d'AG.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 6

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Pareek (2011), Inde
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 285 sujets / 53,0 ± 7,45 (GE), 53,71 ± 7,44 (GC) / 63,64% F (GE), 61,27% F (GC) / 6 mois (médiane pour les 2 groupes).
- **Caractérisation de l'AG** : ACR
- **Groupe expérimental/Groupe** : Aceclofenac-CR 200 mg, une fois par jour pendant 6 semaines.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Aceclofenac 100 mg, deux fois par jour pendant 6 semaines.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur, raideur, fonction (WOMAC), 2) Intensité de la douleur (VAS)
- **Effets secondaires** : Près de 20% (18,24%) des sujets ont rapporté des effets secondaires, généralement de faibles à modérés. Les événements fréquemment rapportés ont été la dyspepsie (11,57%), les flatulences (5,26%), l'acidité (3,85%), les douleurs abdominales (2,10%) et la nausée (2,45%). Donc, traitements tout de même bien tolérés dans l'ensemble.
- **Durée du suivi** : 6 semaines
- **Résultats** : 1) Améliorations pour l'ensemble des domaines du WOMAC pour les 2 types de médication; différences non significatives du point de vue statistique. 2) Diminution de l'intensité de la douleur pour les 2 types de médication; différences non significatives du point de vue statistique.
- **Conclusions des auteurs** : L'Aceclofenac-CR n'est pas plus avantageux que l'Aceclofenac régulier, excepté que le premier a l'avantage de ne devoir être pris qu'une fois par jour.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 6

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Pareek (2011), Inde
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 213 sujets / 53,24 ± 7,1 (GE), 52,19 ± 7,3 (GC) / 59,0% F (GE), 59,2% F (GC) / 16,1 ± 15,5 mois (GE), 14,2 ± 10,2 mois (GC).
- **Caractérisation de l'AG** : ACR
- **Groupe expérimental/Groupe** : Zaltoprofen 80 mg 3 fois par jour pendant 4 semaines, avec un placebo de diclofénac 50 mg.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Diclofenac 50 mg 3 fois par jour pendant 4 semaines, avec un placebo de zaltoprofen 80 mg.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur, raideur, fonction (WOMAC), 2) Intensité de la douleur (VAS), 3) Soulagement de la douleur (Échelle de Likert de 5 points).
- **Effets secondaires** : NR
- **Durée du suivi** : 4 semaines, avec mesures prises aux semaines 1, 2 et 3
- **Résultats** : 1) Améliorations pour l'ensemble des domaines du WOMAC pour les 2 types de médication; différences non significatives du point de vue statistique. 2) Améliorations pour l'ensemble des domaines du WOMAC pour les 2 types de médication; différences non significatives du point de vue statistique. 3) Différences non significatives du point de vue statistique pour ce qui est du soulagement de la douleur; les 2 types de médication apparaissent tout aussi efficaces.
- **Conclusions des auteurs** : Le Zaltoprofen et le Diclofénac sont des médicaments d'efficacité équivalente pour les personnes atteintes d'AG.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 6

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Nandhakumar (2009), Inde
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 45 sujets / 58 ans (GE1), 56 ans (GE2), 52 ans (GC) - moyennes d'âge / 60% (GE1), 66,7% (GE2), 46,7% (GC) / NR.

- **Caractérisation de l'AG** : ACR
- **Groupe expérimental/Groupe** : GE1 : Chlorhydrate de glucosamine 750 mg, 2 comprimés 2 fois/jour pendant 12 semaines. GE2 : Sulfate de glucosamine, 1 comprimé 3 fois/jour pendant 12 semaines.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : GC: Aceclofenac 100 mg, 1 comprimé 2 fois/jour pendant 12 semaines.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur, raideur, fonction (WOMAC), 2) Évaluation de la résorption osseuse (concentrations de Pyr et Dpyr dans l'urine).
- **Effets secondaires** : Aucun
- **Durée du suivi** : 16 semaines, mais mesures aux semaines 4, 8 et 12 (post-traitement).
- **Résultats** : 1) Amélioration de chacun des scores à 8 semaines pour GE1 et GE2, avec effets maintenus jusqu'à 4 semaines suivant le traitement. Mêmes améliorations pour GC, mais les effets ont cessé dès la fin du traitement. 2) Amélioration pour GE1 et GE2, avec effets maintenus jusqu'à 4 semaines suivant le traitement. Amélioration pour GC également, mais les effets ont cessé dès la fin du traitement.
- **Conclusions des auteurs** : Le chlorhydrate et le sulfate de glucosamine ont tous deux été aussi efficaces et bien tolérés que l'Aceclofenac, sur une période de 12 semaines de traitement. Les deux groupes traités à la glucosamine ont montré un début d'action lent mais les effets ont persisté après l'arrêt du traitement, alors que l'effet de l'Aceclofenac est devenu plus vite évident mais ont diminué rapidement après l'arrêt du traitement.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 5

- **Premier auteur (année), pays** : Kuptniratsaikul (2009), Thaïlande
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 107 sujets / 61,4 ± 8,7 (G1), 60,0 ± 8,4 (G2) / 78,8% F (G1), 81,8% F (G2) / 19,1 ± 19,6 mois (G1), 22,3 ± 26,4 mois - on parle ici de durée des symptômes (G2).
- **Caractérisation de l'AG** : ACR
- **Groupe expérimental/Groupe** : G1: 2 g/jour d'extrait de Curcuma domestica, pendant 6 semaines.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : G2 : 800 mg/jour d'ibuprofène, pendant 6 semaines.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur durant la marche (VAS), 2) Douleur dans les escaliers (VAS), 3) Temps requis pour marcher 100 m, 4) Temps requis pour monter et descendre un escalier composé de 8 marches.
- **Effets secondaires** : Différents effets secondaires - en général non sévères) retrouvés dans chacun des 2 groupes. 33,3% du G1 ont éprouvé de tels effets et 44,2% du G2 (écart non significatif).
- **Durée du suivi** : 6 semaines, mais mesures aux semaines 2 et 4.
- **Résultats** : 1) - 3) Améliorations continues et significatives pour chacun des outcomes à travers le temps, post- vs pré-traitement. 4) Amélioration continues et significatives pour à travers le temps, post-op vs pré-op. Aussi, différence significative entre G1 et G2, au profit du premier.
- **Conclusions des auteurs** : Dans le traitement de l'AG, le *Curcuma domestica* semble aussi efficace et sécuritaire que l'ibuprofène.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 7

- **Premier auteur (année), pays** : Snijders (2011), Pays-Bas
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 232 sujets / 59 ± 9 (GE), 59 ± 10 (GC) / 68% F (GE), 65% (GC) / 6 ans environ pour les 2 groupes.
- **Caractérisation de l'AG** : ACR et grade KL 2 ou 3
- **Groupe expérimental/Groupe** : 100 mg de doxycycline deux fois par jour, pendant 24 semaines. N=116
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Placebo. N=116.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur, raideur et fonction (WOMAC). 2) Douleur (VAS-PGA). 3) Qualité de vie (SF-36), sous-échelles MCS et PCS.
- **Effets secondaires** : En comparaison avec le groupe placebo, beaucoup plus de participants qui prenaient de la doxycycline ont cessé leur traitement en raison d'effets secondaires (19 vs 5 $p<0,01$). Plusieurs types d'effets secondaires ont été rapportés, mais le seul étant survenu significativement plus souvent a été la sensibilité au soleil.
- **Durée du suivi** : 6 mois
- **Résultats** : 1) - 3) : Amélioration des scores sur l'ensemble des échelles - sauf pour le MCS du SF-36 - chez les sujets faisant partie du GE vs ceux du GC. Toutefois, les écarts observés ne sont pas significatifs sur le plan statistique.
- **Conclusions des auteurs** : La doxycycline n'est pas vraiment efficace dans la réduction des symptômes chez les patients souffrant d'AG au cours d'une période d'étude de 24 semaines, en plus d'être associée à un risque accru d'effets indésirables.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 8

- **Premier auteur (année), pays** : Chappell (2011), Canada, Grèce, Russie, Suède et États-Unis
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 256 sujets / 63,2 ± 8,8 (GE), 61,9 ± 9,2 (GC) / 69,5% F (GE), 83,6% F (GC) / 6,2 ± 5,9 ans (GE), 5,6 ± 6,2 ans (GC).
- **Caractérisation de l'AG** : ACR
- **Groupe expérimental/Groupe** : Duloxetine 30 mg chaque jour pendant 1 semaine, puis augmentation à 60 mg chaque jour. Augmentation de la dose quotidienne à 120 mg chez les sujets rapportant moins de 30% de réduction de la douleur depuis le temps 1, à compter de la semaine 7.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Placebo
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Impression globale d'amélioration chez le patient (PGI-I), 2) Douleur, raideur, fonction physique (WOMAC), 3) Douleur moyenne sur 24 h et pires scores de douleur (BPI), 4) Fonction physique et douleur (SF-36), 5) Qualité de vie, 5 dimensions (EQ-5D).
- **Effets secondaires** : Peu d'effets secondaires sérieux (n=5), 2 groupes compris. Par contre, 41,8% des patients du GE ont rapporté des effets secondaires; différence significative avec le GC. Parmi les plus fréquents, signalons la nausée, la constipation et la transpiration excessive.
- **Durée du suivi** : 13 semaines, mais mesures prise à d'autres temps également.
- **Résultats** : 1) Pas de différence inter-groupe significative en ce qui concerne l'impression globale d'amélioration. 2) Meilleur score pour la fonction telle que mesurée avec le WOMAC, et meilleur score global chez le GE vs le GC. Résultats significatifs. 3) Significativement moins de douleur chez le GE vs le GC. 4) Meilleurs scores pour la fonction et la douleur chez le GE vs le GC. Résultats significatifs. 5) Pas de différence inter-groupe significative en ce qui concerne l'amélioration de la qualité de vie.
- **Conclusions des auteurs** : Le traitement par la Duloxetine - 60-120 mg une fois par jour - a été associé à une réduction significative de la douleur et à une fonction améliorée chez les patients souffrant de douleurs dues à l'AG.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 6

- **Premier auteur (année), pays** : Lane (2010), États-Unis
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 444 sujets / 58,3 ± 8,3 (G10), 59,9 ± 8,1 (G25), 60,4 ± 7,7 (G50), 57,1 ± 8,2 (G100), 58,4 ± 7,6 (G200) / 66% F (G10), 68% F (G25), 50% F (G50), 59% F (G100), 54% F (G200) / NR
- **Caractérisation de l'AG** : ACR et KL $\geq$ 2
- **Groupe expérimental/Groupe** : Tanezumab, administré à différentes doses par intraveineuse (jours 1 et 56).
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Placebo, administré par intraveineuse (jours 1 et 56).
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur, raideur, fonction, score total (WOMAC), 2) % réponse au traitement (critère OMERACT–OARSI), 3) Douleur pendant la marche (échelle visuelle analogue).
- **Effets secondaires** : Effets secondaires sérieux chez 6 sujets de l'un ou l'autre des groupes expérimentaux (appendicite, cancer du sein) et chez 1 sujet du groupe placebo (douleur à la poitrine). 6% des patients ayant reçu du Tanezumab se sont retirés de l'étude en raison d'effets secondaires, mais 0% des patients ayant eu un placebo.
- **Durée du suivi** : 16 semaines
- **Résultats** : 1) Amélioration significative GEs vs GC au WOMAC, pour chacun de ses domaines. 2) Réponse au traitement entre 74% et 93% dans l'un ou l'autre des GE, et de 44% dans le GC. Différence significative entre GEs et GC. 3) Réduction de la douleur durant la marche chez 45%-62% des sujets, dans l'un ou l'autre des GE, comparativement à 22% dans le GC. Différence significative entre GEs et GC.
- **Conclusions des auteurs** : Le traitement par Tanezumab a été associé à une réduction de la douleur articulaire et à une amélioration de la fonction, avec des effets indésirables allant de légers à modérés, chez les patients avec AG modérée-sévère.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 6

- **Premier auteur (année), pays** : Jokar (2010), Iran
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 39 sujets / 47,8 (GE), 47,3 (GC) / 80% F (GE), 89% F (GC) / NR.
- **Caractérisation de l'AG** : ACR et grade KL de 1 ou 2
- **Groupe expérimental/Groupe** : Capsule d'Alendronate 70 mg, 1 fois/sem pendant 24 semaines.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Placebo
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur, raideur, fonction, score total (WOMAC)
- **Effets secondaires** : 4 cas d'effets secondaires chez le GC et 6 chez le GE. 5 sujets ont dû cesser l'étude pour des problèmes gastro-intestinaux.
- **Durée du suivi** : 6 mois, avec mesures aux mois 1 et 3.

- **Résultats** : 1) Amélioration des scores intra-groupes aux mois 1, 3 et 6, pour le WOMAC et ses sous-domaines avec amélioration maximale au mois 1. Cependant, différences inter-groupes non significatives.
- **Conclusions des auteurs** : L'Alendronate ne réduire pas les symptômes de l'AG légère à modérée.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 5

- **Premier auteur (année), pays** : Afilalo (2010), Australie, Canada, Nouvelle-Zélande et États-Unis
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 1023 sujets / 58,4 ± 10,09 (GE1), 58,2 ± 10,29 (GE2), 58,2 ± 9,15 (GC) / 62,8% F (GE1), 59,1% F (GE2), 59,3% F (GC) / NR.
- **Caractérisation de l'AG** : ACR
- **Groupe expérimental/Groupe** : GE1 : Tapentadol extended release 100-250 mg, 2 fois/jour. GE2 : *Oxycodone controlled release* 20-50 mg, 2 fois/jour
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : GC : placebo, 2 fois/jour
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur le matin et le soir (NRS), 2) Douleur, raideur, fonction, score total (WOMAC), 3) Impression globale de changement, perception du patient, 4) Qualité de vie (EG-5D)
5) Santé physique et santé mentale (SF-36).
- **Effets secondaires** : Bonnes proportions de sujets affectés par des effets secondaires, surtout d'ordre gastro-intestinal (GE1=43%, GE2=67,3%, GC=26,1%) ou reliés au système nerveux (GE1=40,1%, GE2=48,0%, GC=24,9%).
- **Durée du suivi** : 15 semaines, avec plusieurs mesures auparavant.
- **Résultats** : 1) - 5) Améliorations des scores pour GE1 et GE2 pour la plupart significatives, si l'on compare avec le GC.
- **Conclusions des auteurs** : Les traitements par Tapentadol et par Oxycodone ont tous deux été efficaces dans la gestion de la douleur modérée à sévère chronique liée à l'AG, avec une incidence nettement plus faible d'effets secondaires gastro-intestinaux associés au traitement avec Tapentadol.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 6

- **Premier auteur (année), pays** : Sadreddini (2009), Iran
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 104 sujets / 55,70 ± 11,19 (GE), 52,7 ± 10,25 (GC) / 65% F (GE), 60,0% F (GC) / NR.
- **Caractérisation de l'AG** : ACR
- **Groupe expérimental/Groupe** : Érythromycine 200 mg, 4 fois/jour pendant 3 mois.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Placebo, 4 fois/jour pendant 3 mois.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur, raideur, fonction (WOMAC), 2) Amplitude de mouvement, 3) Circonférence du genou
- **Effets secondaires** : Effets secondaires légers et plus ou moins fréquents.
- **Durée du suivi** : 4 mois, avec mesures aux mois 1, 2 et 3.
- **Résultats** : 1) Plus grande amélioration de la douleur et de la fonction chez GE que chez GC. 2) Pas de différence inter-groupes. 3) Plus grande amélioration chez le GE que chez le GC.
- **Conclusions des auteurs** : Les résultats de cette étude ont montré la meilleure efficacité de l'érythromycine dans le contrôle des épanchements du genou, avec amélioration fonctionnelle, chez les patients présentant un épanchement du genou dû à l'arthrose.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 5

- **Premier auteur (année), pays** : Kean (2009), Canada
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 669 sujets / 60,5 ± 8,9 (GE1), 61,3 ± 7,9 (GE2), 61,3 ± 9,0 (GE3), 60,7 ± 9,6 (GC) / Femmes seulement / NR.
- **Caractérisation de l'AG** : ACR
- **Groupe expérimental/Groupe** : GE1: Tramadol 100 mg, 1 fois/jour jusqu'à 12 semaines. GE2: Tramadol 200 mg, 1 fois/jour jusqu'à 12 semaines. GE3: Tramadol 300 mg, 1 fois/jour jusqu'à 12 semaines.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : GC: Comprimé placebo
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur, fonction (WOMAC). 2) Évaluation globale du soulagement de la douleur, point de vue du patient.
- **Effets secondaires** : 61,5% des sujets ayant reçu du tramadol ont éprouvé des effets secondaires. Parmi les plus fréquents : nausée, confusion, vomissements, constipation et somnolence.
- **Durée du suivi** : 12 semaines, mais mesures aux semaines 3 et 6.

- **Résultats** : 1) Améliorations significatives GE1 et GE3 vs GC, à tous les temps de mesure. Non significatif pour GE2. 2) Meilleures évaluations pour GE2 et GE3 vs GC, à tous les temps de mesure. Non significatif pour GE1.
- **Conclusions des auteurs** : Pour la douleur modérée à sévère due à l'AG, les femmes subissent un effet analgésique et une amélioration de la fonction significatifs, au fil du temps, avec le traitement par tramadol Contramid.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 5

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Raynauld (2009), Canada
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 301 sujets / 60,4 ± 8,6 (G1), 60,3 ± 8,1 (G2) / 70,7% F (G1), 64,9% (G2) / NR
- **Caractérisation de l'AG** : ACR et grade KL 2 ou 3
- **Groupe expérimental/Groupe** : G1: Comprimé de Licofelone 200 mg, 2 fois/jour. Durée du traitement = 24 mois.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : G2: Comprimé de Naproxen 500 mg, 2 fois/jour. Durée du traitement = 24 mois.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Volume du cartilage de l'articulation du genou (IRM-3D). 2) Minimum and mean joint space width. 3) Douleur, raideur, fonction, score total (WOMAC). 4) Évaluation de l'état global, par le patient lui-même (VAS). 5) Douleur le jour de la visite (VAS).
- **Effets secondaires** : Effets secondaires chez 63,3% du G1 et chez 75,2% du G2. En général, ceux-ci ont été d'ordre gastro-intestinal.
- **Durée du suivi** : 24 mois, mais mesures aux mois 6 et 12.
- **Résultats** : 1) Moins de perte en volume à 12 et 24 mois chez le G1 vs le G2. 2) Moins de réduction chez G1 que chez G2, mais écart inter-groupe non significatif. 3) Améliorations significatives chez les 2 groupes à 24 mois, mais pas de différence inter-groupes significative.
- **Conclusions des auteurs** : Le Licofelone et le naproxène sont également efficaces dans la réduction des symptômes de l'AG, mais Licofelone réduit de façon significative la perte de volume du cartilage au fil du temps, ce qui a un effet protecteur chez les patients atteints d'AG.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 5

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Kim (2009), Corée
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 134 sujets / 63,9 ± 8,2 (G1), 62,1 ± 8,4 (G2) / 83,6% F (G1), 89,6% F (G2) / 7,9 ± 6,3 (G1), 7,3 ± 7,0 (G2).
- **Caractérisation de l'AG** : ACR
- **Groupe expérimental/Groupe** : G1: S-adenosylmethionine, 1200 mg/jour pendant 8 semaines.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : G2: Nabumetone, 1000 mg/jour pendant 8 semaines.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Intensité de la douleur (VAS). 2) Douleur, raideur, fonction, score total (WOMAC). 3) Évaluation globale quant au statut de la maladie, point de vue du patient. 4) Évaluation globale quant à la réponse au traitement, point de vue du médecin.
- **Effets secondaires** : Proportion d'effets secondaires semblable pour les 2 groupes : 35,8% (G1) et 31,3% (G2). Plus fréquents d'ordre gastro-intestinal.
- **Durée du suivi** : 8 semaines, avec mesure à 4 semaines.
- **Résultats** : 1) - 4) Traitements tous deux efficaces (améliorations constatées), mais aucun écart inter-groupes significatif.
- **Conclusions des auteurs** : Cette étude n'a montré aucune différence significative dans le soulagement de douleur ou la tolérance au traitement entre la S-adenosylmethionine et le Nabumetone, au bout de 8 semaines, chez les patients coréens souffrant d'AG
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 7

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Simon (2009), Canada et États-Unis
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 775 sujets / 61,7 ± 9,8 (GE1), 62,1 ± 9,3 (GE2), 62,0 ± 10,5 (GE3), 60,6 ± 10,0 (GE4), 61,7 ± 10,0 (GC) / 67,5% F (GE1), 55,9% F (GE2), 62,9% F (GE3), 66,9% F (GE4), 58,1% F (GC) / NR
- **Caractérisation de l'AG** : ACR
- **Groupe expérimental/Groupe** : GE1: solution topique de diclofénac + placebo oral. GE2: "véhicule" de diméthylsulfoxyde topique + placebo oral. GE3: diclofénac par voie orale + placebo topique. GE4: solution topique de diclofénac + diclofénac oral.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : GC: placebo topique + placebo oral

- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur, raideur, fonction (WOMAC). 2) Évaluation globale de l'état de santé dans les 48 dernières heures, par le patient (POHA). 3) Caractérisation de la sévérité de l'AG dans les 48 dernières heures (PGA).
- **Effets secondaires** : Effets secondaires de différents ordres recensés chez plus de 57% des sujets, tous groupes confondus. Parmi les plus fréquents, signalons la peau sèche et les maux de tête.
- **Durée du suivi** : 12 semaines, mais mesures aux semaines 4 et 8.
- **Résultats** : 1) Pour la douleur, meilleure amélioration seulement pour GE1 vs GC et pour GE1 vs GE2. Résultats semblables pour la fonction. Pour la raideur, meilleurs résultats pour GE1 vs GE2. 2) Meilleure amélioration pour GE1 vs GC et pour GE1 vs GE2. 3) Meilleure amélioration pour GE1 vs GC et pour GE1 vs GE2.
- **Conclusions des auteurs** : Une solution topique de diclofénac, dans un "véhicule" de diméthylsulfoxyde, est une option de traitement efficace pour l'AG avec une efficacité similaire au diclofénac oral, mais avec une meilleure tolérabilité. Le "véhicule" de diméthylsulfoxyde n'a pas été plus efficace que le placebo.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 5

Étude de moins grande qualité

- **Premier auteur (année), pays** : Schnitzer (2011), États-Unis
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 1000 sujets / 59,1 ± 9,65 (Ga), 59,8 ± 9,96 (Gb), 60,0 ± 9,75 (Gc), 60,2 ± 10,04 (Gd), 60,1 ± 9,57 (Ge) / 73,3% F (Ga), 66,9% F (Gb), 70,5% (Gc), 69,9% F (Gd), 75,4% F (Ge) / NR.
- **Caractérisation de l'AG** : ACR et grade KL 1, 2 ou 3
- **Groupe expérimental/Groupe** : Plusieurs groupes : a) Naproxcinod 375 mg, deux fois par jour, b) Naproxcinod 750 mg, deux fois par jour, c) Naproxen 500 mg, deux fois par jour.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : d) Placebo pendant 13 semaines, puis Naproxcinod 750 mg, 2 fois par jour, pour le reste de l'étude, e) Placebo pendant 13 semaines, puis Naproxcinod 375 mg, 2 fois par jour, pour le reste de l'étude.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur (WOMAC), 2) Fonction (WOMAC), 3) Évaluation des patients et des chercheurs de l'état global de la maladie et du traitement (Échelle Likert graduée en 5 points).
- **Effets secondaires** : La proportion d'individus ayant subi des effets secondaires est semblable pour l'ensemble des groupes et se situe entre 45,6% à 47,9%. La majorité des effets secondaires ont été légers ou modérés.
- **Durée du suivi** : 53 semaines, mais mesures à plusieurs reprises avant terme.
- **Résultats** : 1) Plus grande diminution de la douleur à la semaine 13 avec le Naproxcinod 375 mg et le Naproxcinod 750 mg, qu'avec le Naproxen 500 mg et le placebo. 2) Plus grande amélioration de la fonction à la semaine 13 avec le Naproxcinod 375 mg et le Naproxcinod 750 mg, qu'avec le Naproxen 500 mg et le placebo. 3) Meilleure évaluation des patients de l'état global de leur maladie avec le Naproxcinod 375 mg et le Naproxcinod 750 mg, qu'avec le Naproxen 500 mg et le placebo.
- **Conclusions des auteurs** : Le Naproxcinod 375 mg et le Naproxcinod 750 mg ont démontré une efficacité supérieure au placebo pour le traitement de l'AG après 13 semaines et ont été bien tolérés sur une période d'un an. Le Naproxcinod 750 mg 2 fois par jour a été non inférieur au naproxène 500 mg 2 fois par jour.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 4

- **Premier auteur (année), pays** : Paul (2009), Inde
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 423 sujets / 56,2 ans en moyenne chez les hommes et 51,3 ans en moyenne chez les femmes (pas de données selon le groupe de traitement) / 55,3% F (données globales) / 4,3 ans (données globales).
- **Caractérisation de l'AG** : ACR et grade KL 2 ou 3
- **Groupe expérimental/Groupe** : GE1 : Aceclofenac 100 mg, 2 fois/jour pendant 4 semaines. GE2 : Nabumetone 750 mg, 2 fois/jour pendant 4 semaines.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : GC : Comprimé d'un placebo, 2 fois/jour pendant 4 semaines.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur (WOMAC), 2) Évaluation globale de l'état du patient, par le chercheur.
- **Effets secondaires** : Effets secondaires mineurs dans les 2 groupes expérimentaux, surtout d'ordre gastro-intestinal.
- **Durée du suivi** : 4 semaines
- **Résultats** : 1)-2) Améliorations significatives post- vs pré-traitement chez GE1 comme chez GE2, mais résultats encore meilleurs pour GE2. Écarts significatifs pour GE1 et GE2 vs GC.

- **Conclusions des auteurs** : L'inhibition préférentielle de la cyclo-oxygénase 2 par nabumétone a été postulée comme permettant une meilleure efficacité clinique et une tolérabilité gastro-intestinale plus grande dans l'AG par rapport à l'Aceclofenac.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 4

- **Premier auteur (année), pays** : de Boer (2009), Pays-Bas
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 28 sujets / 67 ± 3 (GE1), 69 ± 3 (GE2), 65 ± 2 (GC) / 83,3% F (GE1), 62,5% F (GE2), 100,0% F (GC) / NR.
- **Caractérisation de l'AG** : AG sévère requérant un remplacement du genou.
- **Groupe expérimental/Groupe** : GE1: Celecoxib 200 mg, 2 fois/jour pendant les 4 semaines précédent l'arthroplastie. GE2: Indomethacin 50 mg, 2 fois/jour pendant les 4 semaines précédant l'arthroplastie.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : GC: aucun traitement
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Synthèse des protéoglycanes : libération et contenu (évaluation ex vivo du cartilage). 2) Libération par le tissu synovial de IL-1b et de facteur de nécrose tumorale.
- **Effets secondaires** : Aucun sérieux
- **Durée du suivi** : 4 semaines
- **Résultats** : 1) Effets bénéfiques chez GE1 vs GC seulement. 2) Diminution significative des 2 éléments chez GE1 vs GC, mais diminution significative pour GE2 vs GC seulement pour l'IL-1b.
- **Conclusions des auteurs** : Les résultats montrent un effet in vivo "chondrobénéfique" du Celecoxib chez les patients atteints d'AG en phase terminale.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 1

- **Premier auteur (année), pays** : Pareek (2010), Inde
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 220 sujets / 51,55 ± 7,04 (GE), 53,19 ± 6,56 (GC) / 43,64% F (GE), 40,0% F (GC) / NR.
- **Caractérisation de l'AG** : AG primaire (pas plus de précisions)
- **Groupe expérimental/Groupe** : Combinaison etodolac (300 mg)-paracétamol (500 mg), 2 fois par jour. Pour un maximum de 10 jours.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Etodolac (300 mg) seulement, 2 fois par jour. Pour un maximum de 10 jours.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Soulagement de la douleur après la 1ère dose : après 30 minutes, 1 heure, 2 heures et 4 heures. 2) Intensité moyenne de la douleur entre les jours 1 et 10, la somme du score de soulagement de la douleur après 30 minutes, 1 heure, 2 heures et 4 heures (VAS). 3) Douleur, raideur, fonction (WOMAC). 4) Fonction, marche (Lequesne Severity Index).
- **Effets secondaires** : Non sérieux (quelques cas seulement).
- **Durée du suivi** : 10 jours, avec plusieurs autre temps de mesure.
- **Résultats** : 1) Soulagement de la douleur après 4 h plus important dans le groupe etodolac-paracétamol que dans le groupe etodolac seulement. 2) Diminution de l'intensité de la douleur plus importante dans le groupe etodolac-paracétamol que dans le groupe etodolac seulement. 3)-4) Plus grande amélioration etodolac-paracétamol vs. Etodolac seulement.
- **Conclusions des auteurs** : Pour le traitement des poussées douloureuses de l'AG, la combinaison etodolac-paracétamol peut offrir de meilleurs résultats cliniques, en ciblant de multiples patterns de douleur.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 4

- **Premier auteur (année), pays** : Doi (2010), Japon
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 173 sujets / 66,1 ± 9,9 (G1), 67,2 ± 9,4 (G2) / 73,0% F (GE), 71,4% F (GC) / NR.
- **Caractérisation de l'AG** : ACR
- **Groupe expérimental/Groupe** : G1 : Application d'un *plaster* sur le genou, 2 fois par jour pendant 4 semaines. Contient l'un ou l'autre des AINS suivants : flurbiprofen 40 mg; indometacin 70 mg; ketoprofen 30 mg.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : G2 : Comprimés de l'un ou l'autre des AINS suivants : Loxoprofen sodium 60 mg; Diclofenac sodium 25 mg; zaltoprofen 80 mg. 1 comprimé, 3 fois par jour.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur pendant la marche, douleur à rester debout ou monter des escaliers, fonction physique reliée aux activités de la vie quotidienne, fonction sociale incluant la participation (*Japanese knee osteoarthritis measure*, JKOM). 2) Intensité de la douleur dans les derniers jours (VAS).
- **Effets secondaires** : NR
- **Durée du suivi** : 4 semaines

- **Résultats** : 1) - 2) Amélioration significative au bout de 4 semaines de l'ensemble des scores, autant pour le G1 que le G2. Toutefois, pas de différences inter-groupes significative, en ce qui concerne l'amélioration des scores.
- **Conclusions des auteurs** : L'application locale d'un *plaster* avec AINS conduit au même niveau d'amélioration de l'AG que les AINS oraux.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 4

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Brahmachari (2009), Inde
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 55 sujets / 45,5; 40-54,2 (GE), 53; 44-60 (GC) / 92,8% F (GE), 74% (GC) / 42; 13,5-111 mois (GE), 24; 6-60 mois (GC).
- **Caractérisation de l'AG** : ACR et grade KL 2 ou 3
- **Groupe expérimental/Groupe** : GE: Diacéréine pendant 8 semaines. 1 capsule de 50 mg par jour, pour les 10 premiers jours, et 2 capsules par jour pour le reste du traitement.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : GC: placebo pendant 8 semaines.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur durant les mouvements (VAS). 2) Raideur, fonction (WOMAC). 3) Impression clinique globale, point de vue du médecin (CGI).
- **Effets secondaires** : Effets secondaires significativement plus nombreux dans le GE, les plus fréquents étant une décoloration de l'urine et des selles molles. Toutefois, la plupart ont été d'intensité faible à modérée.
- **Durée du suivi** : 12 semaines, mais mesures aux semaines 4 et 8 (post-traitement).
- **Résultats** : 1) - 3) Résultats tous significativement meilleurs chez GE vs GC.
- **Conclusions des auteurs** : Chez des patients indiens souffrant d'AG, la diacéréine a réduit efficacement la douleur et amélioré la fonction physique. Malgré des effets secondaires fréquents, la tolérance globale a semblé bonne.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 4

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Schnitzer (2009), États-Unis
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 376 sujets / 60,9 ± 10,8 (G1), 60,8 ± 10,2 (G2), 57,5 ± 11,5 (G3) / 59,5% F (G1), 62,8% F (G2), 65,3% F (G3) / NR
- **Caractérisation de l'AG** : ACR
- **Groupe expérimental/Groupe** : G1 : Acétaminophène 3900 mg extended-release. 1 fois/jour pendant 4 semaines. G2 : Rofecoxib 12,5 mg. 1 fois/jour. 1 fois/jour pendant 4 semaines.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : G3: Rofecoxib 25 mg. 1 fois/jour pendant 4 semaines.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur, raideur, fonction (WOMAC), 2) Perception globale de patient quant à sa médication, 3) Perception globale du chercheur quant à la réponse thérapeutique.
- **Effets secondaires** : Proportion d'effets secondaires autour de 40% dans chacun des groupes. Différents types, mais non sérieux dans l'ensemble.
- **Durée du suivi** : 4 semaines, mais mesures aux semaines 1 et 2.
- **Résultats** : 1) - 3) Le traitement du G1 a été non inférieur à celui du G2. La non infériorité n'a pu être établie par rapport au traitement reçu par G3.
- **Conclusions des auteurs** : L'acétaminophène 3900 mg quotidiens est une alternative aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) tels que le Rofecoxib, dans le traitement de la douleur associée à l'AG.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 4

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Turhanoglu (2010), Turquie
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 72 sujets / 58,15 ± 7,70 (GE), 58,53 ± 8,38 (GC) / Sujets tous de sexe féminin / 4,71 ± 2,70 ans (GE), 5,00 ± 2,66 (GC).
- **Caractérisation de l'AG** : ACR
- **Groupe expérimental/Groupe** : Thérapie électrique + compresses chaudes + ultrasons + exercices ET tramadol administré par électrode (tampon imbibé d'1 ml de tramadol; application de 20 minutes). 10 sessions.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Thérapie électrique + compresses chaudes + ultrasons + exercices. 10 sessions.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur et capacité fonctionnelle (VAS). 2) Douleur, raideur, fonction (WOMAC)
- **Effets secondaires** : Non sérieux
- **Durée du suivi** : 3 mois, avec mesure à 1 mois et juste après la 10e session.
- **Résultats** : 1) Scores significativement plus bas chez les 2 groupes pour chacun des suivis. Pas d'écart significatif entre le GE et le GC, à part au suivi effectué tout de suite après le traitement. 2) Scores significativement plus bas chez les 2 groupes pour chacun des suivis. Pas d'écart significatif entre le GE et le GC.

- **Conclusions des auteurs** : Nous concluons que le tramadol administré par iontophorèse, ajouté à la physiothérapie, peut être utile pour soulager la douleur reliée à l'AG, au cours de la période de traitement.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 4

Approches chirurgicales

Études de bonne qualité

- **Premier auteur (année), pays** : Pan (2010), Chine
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 68 sujets / 62,5 (54-70) (G1), 63,2 (50-75) (G2) / 68,6% F (G1), 72,7% F (G2) / NR.
- **Caractérisation de l'AG** : Non spécifié, mais AG probablement sévère.
- **Groupe expérimental/Groupe** : G1 : Arthroplastie totale du genou, approche mini-subvastus.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : G2 : Arthroplastie totale du genou, approche standard (*medial parapatellar operation*).
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Score de fonction et score total : flexion, douleur, alignement, marche, amplitude de mouvement, etc. (Knee Society Score). 2) Intensité de la douleur (VAS).
- **Effets secondaires** : Non sérieux
- **Durée du suivi** : 1 an, mais mesures à 7 jours, 6 semaines, 3 mois, 6 mois et 9 mois.
- **Résultats** : 1)-2) Globalement, pas de différences statistiquement significatives entre le G1 et le G2. Cependant, meilleure fonction dans le G1 vs le G2 jusqu'à 9 mois; même chose pour l'amplitude de mouvement.
- **Conclusions des auteurs** : Sur la base de ces résultats, les auteurs utilisent actuellement uniquement l'approche mini-subvastus pour l'ATG minimalement invasive, dans certains cas.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 7

- **Premier auteur (année), pays** : Li (2010), Chine
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 134 sujets / 63,5 (51-74) (G1), 64,2 (50-80) (G2) / 69,1% F (G1), 72,7% F (G2) / NR.
- **Caractérisation de l'AG** : AG sévère nécessitant un RG.
- **Groupe expérimental/Groupe** : G1 : Arthroplastie totale du genou, approche *mini-midvastus*.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : G2 : Arthroplastie totale du genou, approche *mini medial parapatellar*.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Score de fonction et score "genou" : flexion, douleur, alignement, marche, amplitude de mouvement, etc. (Knee Society Score). 2) Amplitude de mouvement. 3) Douleur (échelle visuelle analogue de 10 points). 4) Temps nécessaire avant d'être en mesure d'effectuer : 1) *active straight-leg raise* et 2) *90 degrees of flexion*.
- **Effets secondaires** : Aucun sérieux
- **Durée du suivi** : 30,5 mois (étendue, 24-48 mois). Plusieurs mesures avant terme.
- **Résultats** : 1)-3) Améliorations intra-groupes significatives, et ce, pour chacun des suivis. Par contre, pas de différences inter-groupes. 4) Les sujets du G1 ont plus été rapidement en mesure d'effectuer ces tâches que ceux du G2.
- **Conclusions des auteurs** : Les résultats sont similaires avec l'un ou l'autre des approches, quoique l'approche mini-medial parapatellar soit plus facile à appliquer.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 5

- **Premier auteur (année), pays** : Lee (2011), Corée
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 30 sujets / 67 (54-73) / 93,3% F / NR. Il s'agit ici de données incluant tous les sujets, vu que l'unité de randomisation est le genou.
- **Caractérisation de l'AG** : AG sévère requérant un remplacement du genou.
- **Groupe expérimental/Groupe** : Int1: Arthroplastie totale du genou, *approche limited medial parapatellar*.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Int2: Arthroplastie totale du genou, approche *mini-midvastus*.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Intensité de la douleur (VAS), 2) Amplitude de mouvement, 3) Alignement (lecture de radiographies), 4) Douleur, fonction, force, amplitude de mouvement, etc., en lien avec un RG (HSS score).
- **Effets secondaires** : 1 seul cas d'effet secondaire important, soit un détachement de la peau.
- **Durée du suivi** : 6 mois, mais mesures à 3 jours, 2 semaines, 1 mois et 3 mois.
- **Résultats** : 1) - 4) Aucune différence significative dans les outcomes selon l'intervention; résultats comparables.

- **Conclusions des auteurs** : Les auteurs recommandent l'approche limited medial parapatellar de préférence à l'approche mini-midvastus pour les arthroplasties totales du genou assistées. Elle est plus familière aux chirurgiens et il est plus facile de se convertir à l'approche conventionnelle, si nécessaire.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 7

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Lin (2009), Taïwan
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 60 sujets / 70,2 (56-82) (GE), 69,6 (57-78) (GC) / 90% F (GE), 90% F (GC) / NR.
- **Caractérisation de l'AG** : AG sévère requérant un remplacement du genou.
- **Groupe expérimental/Groupe** : G1 : Arthroplastie totale du genou, approche *minimal-incision medial parapatellar*.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : G2 : Arthroplastie totale du genou, approche *quadriceps-sparing*.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur aux jours 1 et 3 et après 2 mois. 2) Force des extenseurs et fléchisseurs du genou : a) *Peak Torque* 60°/s, b) *Peak Torque* 120°/s. 3) Temps nécessaire avant un *Active Straight-Leg Raising*. 4) Alignement (fémoral, tibial, *hip-knee-ankle*).
- **Effets secondaires** : NR
- **Durée du suivi** : 2 mois post-op
- **Résultats** : 1) - 3) Pas de différences post- vs pré-opération significatives entre G1 et G2. 4) Alignement fémoral post-op significativement moins valgus, et alignement tibial significativement plus varus chez G2 que chez G1. L'angle *hip-knee-ankle* a pour sa part été plus varus, en général.
- **Conclusions des auteurs** : Les deux approches chirurgicales sont comparables.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 6

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Dalury (2009), États-Unis
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 37 sujets / 65,7 (51,7-82,9) / 59,5% F / NR. Il s'agit ici de données incluant tous les sujets, vu que l'unité de randomisation est le genou.
- **Caractérisation de l'AG** : AG sévère requérant un remplacement du genou.
- **Groupe expérimental/Groupe** : Int1: Arthroplastie totale du genou, approche *patellar eversion and anterior tibial translation*.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Int2: Arthroplastie totale du genou, approche patellar subluxation and no tibial translation.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) "Score genou", "score douleur" et "score fonction" (*Knee Society*). 2) Amplitude de mouvement. 3) Force des quadriceps (dynamomètre AMETEK).
- **Effets secondaires** : 2 cas de complications : un cas d'infection profonde et un cas de raideur nécessitant de la thérapie manuelle.
- **Durée du suivi** : 6 mois, mais mesures aux semaines 6 et 12.
- **Résultats** : 1) - 3) Aucune différence significative entre les 2 interventions à l'un ou l'autre des suivis.
- **Conclusions des auteurs** : Les deux interventions sont équivalentes en termes d'efficacité.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 5

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Burnett (2009), États-Unis
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 86 sujets, 118 genoux / 65,3 (27-82) (G1), 67,1 (30-87) (G2) / NR.
- **Caractérisation de l'AG** : AG sévère requérant un remplacement du genou.
- **Groupe expérimental/Groupe** : G1 : Arthroplastie totale du genou, avec resurfaçage rotulien
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : G2 : Arthroplastie totale du genou, sans resurfaçage rotulien
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) "Score fonction" et "score clinique" (KSS), 2) Amplitude de mouvement, 3) Douleur (simple question), 4) Satisfaction (simple question).
- **Effets secondaires** : NR
- **Durée du suivi** : 10 ans
- **Résultats** : 1) - 4) Aucune différence inter-groupes significative après 10 ans.
- **Conclusions des auteurs** : Après 10 ans, les résultats sont semblables que l'arthroplastie ait été effectuée avec resurfaçage rotulien ou non.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 5

_____

Premier auteur (année), pays : Hui (2011), Australie

- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 40 sujets / NR / 62,5% F / NR. Il s'agit ici de données incluant tous les sujets, vu que l'unité de randomisation est le genou.
- **Caractérisation de l'AG** : AG sévère requérant un remplacement du genou.
- **Groupe expérimental/Groupe** : Int1: Arthroplastie totale du genou, pièce fémorale en zirconium oxydé.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Int2: Arthroplastie totale du genou, pièce fémorale en cobalt-chrome.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Amplitude de mouvement, flexion. 2) Score au KOOS : douleur, symptômes, activités de la vie quotidienne, sports/loisirs, qualité de vie. 3) Alignement et *radiographic wear*. 4) Satisfaction du patient. 5) Score WOMAC. 6) Score KSS.
- **Effets secondaires** : Pas d'effets secondaires associés à l'une ou l'autre des pièces fémorales.
- **Durée du suivi** : 5 ans, mais mesure à 2 ans également.
- **Résultats** : 1) - 6) Résultats comparables pour tous les outcomes, sauf que davantage de sujets ont préféré la pièce en cobalt-chrome.
- **Conclusions des auteurs** : Cinq ans après l'arthroplastie totale du genou, les pièces fémorales, qu'elles soient en zirconium oxydé ou en chrome-cobalt, n'ont montré aucune différence significative dans les résultats cliniques, subjectifs et radiographiques.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 7

Premier auteur (année), pays : Choi (2010), Corée
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 170 sujets / 70,1 ± 5,8 (G1), 71,1 ± 6,0 (G) / 96,5% F (G1), 92,9% F (G2) / NR
- **Caractérisation de l'AG** : AG sévère nécessitant un RG.
- **Groupe expérimental/Groupe** : G1 : Arthroplastie totale du genou, prothèse standard.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : G2 : Arthroplastie totale du genou, *high-flexion posterior-stabilized rotating-platform mobile-bearing prosthesis*.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur, raideur, fonction (WOMAC), 2) "Score genou" et "score total" (KSS), 3) Hospital for Special Surgery (HSS), 4) Flexion contracture, flexion maximale active, amplitude de mouvement totale (goniomètre).
- **Effets secondaires** : 8 cas de complications ayant nécessité un retrait de l'étude (infections, crépitements, etc.).
- **Durée du suivi** : Minimum de 2 ans, mais mesures également prises à 6 semaines, 3 mois et un an (post-op).
- **Résultats** : 1) - 4) Aucune différence inter-groupes significative après un minimum de 2 ans.
- **Conclusions des auteurs** :
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 6

Premier auteur (année), pays : Choi (2011), Corée
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 35 sujets / 67,9 ± 7,1 (GE), 66,5 ± 4,8 (GC) / 88,2% F (GE), 83,3% (GC), 6,3 ± 3,9 ans (GE), 7,4 ± 4,0 (GC).
- **Caractérisation de l'AG** : Grade KL entre 2 et 4
- **Groupe expérimental/Groupe** : Neurotomie géniculaire percutanée par radiofréquence (vérifier la traduction). Insertion d'une canule générant de la chaleur contre un nerf géniculé (70 C pendant 90 s).
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Neurotomie géniculaire percutanée par radiofréquence (vérifier la traduction). Insertion d'une canule contre un nerf géniculé, mais pas de dégagement de chaleur.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Intensité de la douleur (VAS), 2) Diminution de la douleur d'au moins 50% (VAS), 3) Oxford Knee Score.
- **Effets secondaires** : Douleur chez quelques sujets en raison de l'insertion de la canule, mais celle-ci n'a pas été suffisamment importante pour compromettre leur participation.
- **Durée du suivi** : 12 semaines, mais mesures à 1 et 4 semaine(s).
- **Résultats** : 1) Moins de douleur à l'articulation du genou dans le GE vs le GC aux semaines 4 et 12. 2) 59%, 65% et 59% (semaine 1, 4 et 12, respectivement) des sujets du GE ont vu leur douleur diminuer d'au moins 50%.
3) Meilleurs scores pour le GE vs le GC aux semaines 4 et 12.
- **Conclusions des auteurs** : La neurotomie géniculaire conduit à une réduction significative de la douleur et une amélioration fonctionnelle dans un sous-ensemble de personnes âgées éprouvant de la douleur chronique au genou en raison d'arthrose, et peut donc être un traitement efficace pour de tels cas.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 7

Études de moins grande qualité

- **Premier auteur (année), pays** : Lygre (2010), Norvège
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 1344 sujets / 76,0 ± 7,7 (G1), 68,8 ± 8,8 (G2) / 71% F (G1), 59% F (G2) / NR
- **Caractérisation de l'AG** : AG sévère nécessitant un RG.
- **Groupe expérimental/Groupe** : G1 : Arthroplastie totale du genou
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : G2 : Arthroplastie du genou unicompartimentale
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur, symptômes, activités de la vie quotidienne, sports/loisirs, qualité de vie (KOOS). 2) Intensité de la douleur et satisfaction quant à la douleur (VAS). 3) Qualité de vie (EQ-5D).
- **Effets secondaires** : NR
- **Durée du suivi** : Au moins 2 ans après l'opération
- **Résultats** : 1) Meilleurs résultats pour G2 vs. G1 pour "symptômes", "activités de la vie quotidienne" et "sports/loisirs". 2) Pas de différences inter-groupes significatives.
- **Conclusions des auteurs** : Les auteurs ont constaté peu ou pas de différence dans les scores de douleur et de fonction, au moins deux ans après la chirurgie, entre les patients ayant subi une arthroplastie du genou unicompartimentale et ceux ayant subi une arthroplastie totale. Cependant, les patients avec des implants de genou unicompartimentaux ont eu moins de problèmes avec les activités impliquant la flexion du genou.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 3

- **Premier auteur (année), pays** : Chalidis (2010), Grèce
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 100 sujets / 70,1 (45-85) (G1), 71,2 (53-81) (G2) / 92,0% F (G1), 88,0% F (G2) / NR.
- **Caractérisation de l'AG** : AG sévère nécessitant un RG.
- **Groupe expérimental/Groupe** : G1 : Arthroplastie totale du genou, minimalement invasive
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : G2 : Arthroplastie totale du genou, prothèse standard
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) "Score genou" et "score total" - douleur et fonction (KSS). 2) *Active straight leg raising*. 3) Nombre de jours d'hospitalisation. 4) Flexion du genou.
- **Effets secondaires** : Très faibles taux de complication, comparables dans les 2 groupes.
- **Durée du suivi** : 2 ans, mais mesures également prises à 2 semaines, 1 mois, 3 mois, 6 mois et un an (post-op).
- **Résultats** : 1) Meilleurs résultats au KSS pour G1 vs G2, mais durant les 3 premiers mois seulement. 2) Mouvement effectué 2,2 jours plus tôt, en moyenne, chez le G1 vs le G2 (écart significatif). 3) Pas d'écart inter-groupes. 4) Meilleur flexion du genou chez G1 vs G2, jusqu'à 6 semaines suivant l'opération.
- **Conclusions des auteurs** : L'arthroplastie totale du genou minimalement invasive est une option fiable et sûre chez les patients obèses quel que soit leur IMC. Elle est associée à une amélioration des résultats cliniques précoces sans pour autant sacrifier le positionnement radiographique des implants.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 3

Premier auteur (année), pays : Juosponis (2009), Lituanie
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 70 sujets / 72 ± 5,5 (G1), 71,4 ± 5,04 (G2) / 85,7% F (G1), 85,7% F (G2) / NR.
- **Caractérisation de l'AG** : AG sévère requérant un remplacement du genou.
- **Groupe expérimental/Groupe** : G1: Arthroplastie totale du genou, approche *mini-midvastus*.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : G2: Arthroplastie totale du genou, approche *medial parapatellar arthrotomy*.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) "Score genou" et "score fonction" (KSS), 2) Amplitude de mouvement (goniomètre).
- **Effets secondaires** : Pas de complications
- **Durée du suivi** : 12 semaines post-op, mais aussi 6 semaines et aux jours 2 à 6 post-op.
- **Résultats** : 1) Meilleurs scores pour G1 vs G2, jusqu'à 6 semaines. Par la suite, les différences ne sont plus significatives. 2) Plus grande amplitude de mouvement pour la flexion chez G1 vs G2, jusqu'à 6 jours post-op.
- **Conclusions des auteurs** : L'approche *mini-midvastus* est associée à une récupération plus rapide et permet de positionner les implants de façon aussi efficace que l'approche *medial parapatellar arthrotomy*.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 3

Premier auteur (année), pays : Karpman (2009), États-Unis
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 59 sujets / 73 ± 7,4 (G1), 74 ± 7,7 (G2), 73 ± 5,1 (G3) / 60% F (G1), 65% (G2), 53% (G3) / NR.
- **Caractérisation de l'AG** : AG sévère requérant un remplacement du genou.

- **Groupe expérimental/Groupe** : G1 : Arthroplastie totale du genou, approche *quadriceps-sparing*.
G2 : Arthroplastie totale du genou, approche *mid vastus mini-incision*.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : G3 : Arthroplastie totale du genou, approche *standard median parapatellar incision*.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur, raideur, fonction (WOMAC), 2) Santé physique et santé mentale (SF-36), 3) Retour aux activités normales de la vie : a) marcher sans aide/appareil, b) retourner au travail, 4) Alignement fémoro-tibial et pente tibiale postérieure.
- **Effets secondaires** : 2 cas de complications correspondant à des infections.
- **Durée du suivi** : 6 mois, mais mesures aux semaines 2 et 6 de même qu'à 3 mois.
- **Résultats** : 1) - 4) Approches comparables en termes de résultats et d'efficacité. Cependant, l'approche "quad sparing" a conduit à des améliorations significatives, dès la semaine 2, en regard de la douleur, de la fonction et de la satisfaction des patients.
- **Conclusions des auteurs** : Approches comparables en termes de résultats et d'efficacité. Cependant, l'approche "quad sparing" a conduit à des améliorations plus rapides.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 4

Premier auteur (année), pays : Newman (2009), Royaume-Uni
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 94 sujets / 69,6 (53-89) (G1), 69,8 (47-85) / 61,7% F (G1), 55,3% F (G2) / NR.
- **Caractérisation de l'AG** : AG sévère ayant nécessité un RG.
- **Groupe expérimental/Groupe** : G1 : Arthroplastie unicompartimentale du genou
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : G2 : Arthroplastie totale du genou
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur au genou, fonction (Bristol Knee Score)
- **Effets secondaires** : Ne s'applique pas (étude rétrospective)
- **Durée du suivi** : 15 ans, mais mesures à 5, 8, 10 et 12 ans
- **Résultats** : 1) Meilleurs scores pour G1 vs G2, mais pas de différences significatives.
- **Conclusions des auteurs** : Les meilleurs résultats préliminaires avec l'arthroplastie unicompartimentale sont maintenus pendant 15 ans sans taux d'échec plus élevé. Peu de détérioration de la fonction dans la prothèse et chez l'individu.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 3

Premier auteur (année), pays : Shetty (2010), Inde
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 100 sujets / 68,7 ± 5,9 (GUNI), 65,9 ± 7,2 (GBI) / 86% F (GUNI), 88% F (GBI)
- **Caractérisation de l'AG** : AG sévère nécessitant un RG
- **Groupe expérimental/Groupe** : Arthroplastie totale du genou, unilatérale. Assistée par ordinateur.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Arthroplastie totale du genou, bilatérale. Assistée par ordinateur.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Knee Society scores, 2) Difformité (angle hanche-cheville), 3) Intensité de la douleur (VAS), 4) Durée du séjour à l'hôpital, 5) Flexion du genou.
- **Effets secondaires** : 9 sujets ont eu des complications (pas de différence selon le type de chirurgie). La plupart ont pu être résolus avec une médication appropriée.
- **Durée du suivi** : À chacun des 4 jours suivant l'intervention, puis au moment de quitter l'hôpital.
- **Résultats** : 1) Pas de différence inter-groupes significative, 2) Significativement moins de difformité chez les sujets ayant eu une arthroplastie bilatérale. Différence moyenne de 4,1. 3) Pas de différence inter-groupes significative, sauf au jour 1 (plus de douleur pour bilatéral). 4) Séjour significativement plus long pour bilatérale, soit en moyenne 0,9 jour de plus qu'unilatéral. 5) Pas de différence inter-groupes significative.
- **Conclusions des auteurs** : Les patients éligibles pour une arthroplastie totale bilatérale peuvent subir l'intervention sans crainte de douleur excessive ou de moins bons résultats fonctionnels, comparativement à l'unilatérale.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 3

Premier auteur (année), pays : Varela-Egocheaga (2010), Espagne
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 100 sujets / 68,02 ± 8,14 (GE), 70,64 ± 7,88 (GC) / 72,0% F (GE), 74,0% (GC) /NR
- **Caractérisation de l'AG** : AG probablement sévère, puisque les auteurs parlent d'arthroplastie
- **Groupe expérimental/Groupe** : Chirurgie = *minimally invasive subvastus approach*.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Chirurgie = *conventional, peripatellar approach*.

- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur post-opératoire (prise de médicaments anti-douleur). 2) Variables fonctionnelles (Knee Society score - KSS). 3) Amplitude de mouvement (goniomètre)
- **Effets secondaires** : Complications négligeables (infections superficielles, raideur, etc.).
- **Durée du suivi** : Minimum de 3 ans. Mesures également prises après 1, 3 et 12 mois.
- **Résultats** : 1) Moins grande consommation d'antidouleurs chez le GE vs le GC. 2) Meilleur score objectif au KSS pour le GE vs le GC à chacun des suivis, mais écart significatif au score fonctionnel à 1 et 3 mois seulement. 3) Plus grande amplitude de mouvement chez le GE vs le GC, et ce, pour chacun des suivis.
- **Conclusions des auteurs** : L'approche minimalement invasive peut se traduire par l'amélioration des résultats à long terme au KSS et par une plus grande amplitude des mouvements, cela sans augmentation du risque de défaut d'alignement des composantes, du temps requis pour la chirurgical ou du taux de complications.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 3

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Bonutti (2010), États-Unis
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 51 sujets / 70 (54-87) / 82,4% F / NR. Il s'agit ici de données incluant tous les sujets, vu que l'unité de randomisation est le genou.
- **Caractérisation de l'AG** : AG sévère requérant un remplacement du genou.
- **Groupe expérimental/Groupe** : Int1: Arthroplastie totale du genou, approche *mini-subvastus*.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Int2: Arthroplastie totale du genou, approche *mini-midvastus*.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur et fonction (*Knee Society*), 2) *Extension peak torque, Flexion peak torque*, 3) *Straight-leg-raising test*, 4) Amplitude de mouvement.
- **Effets secondaires** : NR
- **Durée du suivi** : 2 ans post-op
- **Résultats** : 1) - 4) Aucune différence inter-groupe significative
- **Conclusions des auteurs** : Les 2 méthodes sont d'une efficacité comparable. Le choix de l'une ou l'autre peut donc reposer sur l'expérience et les préférences du chirurgien.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 3

_____

Premier auteur (année), pays : Jung (2009), Corée du Sud
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 26 sujets / NR / 92,3% F (données globales).
- **Caractérisation de l'AG** : AG sévère requérant un remplacement du genou.
- **Groupe expérimental/Groupe** : G1: Arthroplastie totale du genou, *parapatellar approach*
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : G2: Arthroplastie totale du genou, *modified subvastus approach*
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Amplitude de mouvement (goniomètre), 2) Degré d'inclinaison de la rotule et subluxation, 3) Temps requis, *active straight-leg raise*.
- **Effets secondaires** : NR
- **Durée du suivi** : En moyenne 58,4 mois (36-78). Mesures effectuées à différents temps.
- **Résultats** : 1) Plus grande amplitude chez G2 vs G1, mais seulement à 10 jours post-op; non significatif par la suite. 2) Aucune différence significative entre les 2 groupes. 3) Plus rapide chez G2 que chez G1 (0,5 vs 2,2 jours).
- **Conclusions des auteurs** : L'approche subvastus est à recommander dans la mise en place d'une prothèse totale du genou, dans la mesure où elle semble donner des résultats positifs plus rapidement.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 1

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Park (2010), Corée
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 49 sujets (61 genoux) / 63,6 (55-77) (G1), 64,7 (52-75) (G2) / NR / NR.
- **Caractérisation de l'AG** : Grade KL 4 (AG sévère).
- **Groupe expérimental/Groupe** : G1: Rétention rotulienne
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : G2 : Resurfaçage rotulien
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Score de fonction et score total : flexion, douleur, alignement, marche etc. (American Knee Society). 2) Douleur, fonction, force, amplitude de mouvement, etc., en lien avec un RG (*HSS score*). 3) *Bristol patellar score*. 4) *Lonner Patellofemoral score*.
- **Effets secondaires** : 7 cas de complications nécessitant une reprise de la chirurgie. Également répartis dans les 2 groupes.
- **Durée du suivi** : G1 : 140,7 mois (122-168), G2 : 149,0 mois (121-216).
- **Résultats** : 1) Scores significativement meilleurs pour le resurfaçage vs. la rétention, en ce qui concerne la fonction et la capacité pour la marche. 2) - 4) Pas de différences inter-groupes.

- **Conclusions des auteurs** : Le resurfaçage rotulien a eu une issue favorable; une différence significative a été observée entre les 2 groupes au niveau des scores fonctionnels.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 2

_____

Premier auteur (année), pays : Gao (2009), Suède
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 41 sujets / médiane 55 (33-59) / 56,1% F / NR. Données globales, non différenciées selon le type de traitement.
- **Caractérisation de l'AG** : AG sévère requérant un remplacement du genou.
- **Groupe expérimental/Groupe** : G1: Arthroplastie totale du genou NexGen CR, composante fémorale à fixation cimentée.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : G2: Arthroplastie totale du genou NexGen CR, composante fémorale à fixation non cimentée.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) "Score genou" et "score douleur" (*Knee Society*), 2) Alignement hanche-genou-cheville.
- **Effets secondaires** : Quelques cas de complications seulement
- **Durée du suivi** : 24 mois, avec mesures à 6 semaines, 3 mois et 12 mois.
- **Résultats** : 1) - 2) Pas de différences inter-groupes significatives.
- **Conclusions des auteurs** : Les 2 types de fixation se sont avérés tout aussi efficaces, après un suivi sur 2 ans.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 3

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Matsuda (2010), Japon
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 61 sujets / 76 (65-85) (G1), 73 (67-82) (G2), 77,4% F (G1), 76,7% (G2) / NR
- **Caractérisation de l'AG** : AG sévère nécessitant un RG.
- **Groupe expérimental/Groupe** : Arthroplastie totale du genou, prothèse NexGen LPS Flex, FIXE.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Arthroplastie totale du genou, prothèse NexGen LPS Flex, MOBILE.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Amplitude de mouvement (goniomètre), 2) Knee Society score, 3) Alignement (hanche-genou-cheville)
- **Effets secondaires** : Aucune révision nécessaire
- **Durée du suivi** : 5,3 (2,3-8,1) ans (G1) / 5,5 (2,1-8,8) ans (G2).
- **Résultats** : 1) - 3) Aucune différence dans les outcomes selon le type de prothèse employé.
- **Conclusions des auteurs** : Aucun avantage de la prothèse mobile par rapport à la fixe.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 4

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Vasdev (2009), Inde
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 120 sujets / 63 (57-76) (G1), 63 (55-75) (G2) / 66,7% F (G1), 50,0% F (G2) / NR
- **Caractérisation de l'AG** : AG sévère nécessitant un RG.
- **Groupe expérimental/Groupe** : Arthroplastie totale du genou, fixed-bearing
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Arthroplastie totale du genou, mobile-bearing
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) "Score genou" et "score total" - douleur et fonction (KSS), 2) Amplitude de mouvement, 3) *Flexion contracture*.
- **Effets secondaires** : 5 cas d'effets secondaires : 1 sérieux dans le G2 (thrombose), 2 mineurs (infections superficielles) et 2 cas de déchirures de l'extrémité du tibia.
- **Durée du suivi** : En moyenne 3,5 ans (étendue 1-4,6)
- **Résultats** : 1)-2) Aucune différence statistiquement significative entre les 2 prothèses.
- **Conclusions des auteurs** : Des études à long terme des résultats à la fois fonctionnels et radiologiques sont nécessaires pour déterminer les indications pour les prothèses fixes versus mobiles.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 4

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Koskinen (2010), Finlande
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 104 sujets / 69 (51-79) (G1), 68 (49-79) (G2), 69 (51-81) (G3) / 50% F (G1), 76% F (G2), 59% F (G3) / NR.
- **Caractérisation de l'AG** : AG sévère requérant un remplacement du genou.
- **Groupe expérimental/Groupe** : G1: Arthroplastie totale du genou, système AGC V2 (approche conventionnelle).

- **Groupe contrôle/Autre groupe** : G2: Arthroplastie totale du genou, système Duracon (approche nouvelle). G3: Arthroplastie totale du genou, système NexGen (approche nouvelle)
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Amplitude de mouvement, 2) Alignement (*mechanical axis*), 3) Douleur, raideur, fonction, score total (WOMAC), 4) "Score clinique" et "score function" (KSS).
- **Effets secondaires** : 7 cas de révision au cour de la période de suivi.
- **Durée du suivi** : Moyenne de 6,0 ans (étendue, 0,2-7,9), mais mesure à 1 an post-op.
- **Résultats** : 1) - 2) Pas de différences selon l'intervention. 3) Raideur significativement moins importante chez G1 que chez G2 et G3. 4) "Score clinique" significativement plus élevé chez G1 que chez G2 et G3, à 1 an seulement. "Score function" à 1 an significativement plus élevé chez G1 et G3 que chez G2. "Score function" au dernier suivi meilleur chez G1 que chez G2.
- **Conclusions des auteurs** : 1) - 2) Pas de différences selon l'intervention. 3) Raideur significativement moins importante chez G1 que chez G2 et G3. 4) "Score clinique" significativement plus élevé chez G1 que chez G2 et G3, à 1 an seulement. "Score function" à 1 an significativement plus élevé chez G1 et G3 que chez G2. "Score function" au dernier suivi meilleur chez G1 que chez G2.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 3

- **Premier auteur (année), pays** : Kim (2009), Corée
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 92 sujets / 69,5 (55-81) / 7,6% F / NR. Il s'agit ici de données incluant tous les sujets, vu que l'unité de randomisation est le genou.
- **Caractérisation de l'AG** : AG sévère requérant un remplacement du genou.
- **Groupe expérimental/Groupe** : Int1: Arthroplastie totale du genou, prothèse *Medial Pivot fixed-bearing*.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Int2: Arthroplastie totale du genou, prothèse *PFC Sigma mobile-bearing*.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur et fonction (Knee Society), 2) Douleur, fonction, force, amplitude de mouvement, etc., en lien avec un RG (HSS score), 3) Amplitude de mouvement, 4) Satisfaction du patient
- **Effets secondaires** : Davantage de cas de complications avec la prothèse *medial pivot fixed-bearing* vs l'autre (n=13 genoux et n = 2 genoux) : infections superficielles et profondes, nécrose de la peau, etc.).
- **Durée du suivi** : Moyenne de 2,6 ans (étendue, 2-3), mais mesures à 3 mois et à 1 an.
- **Résultats** : 1) - 4) Résultats significativement moins bons pour Int1 vs Int2, pour l'ensemble des outcomes considérés.
- **Conclusions des auteurs** : Contrairement à ce qu'il était pensé initialement, la prothèse medial pivot fixed-bearing a donné de moins bons résultats que la prothèse *PFC Sigma mobile-bearing*, en plus d'avoir un taux de complication plus élevé.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 2

- **Premier auteur (année), pays** : Higuchi (2009), Japon
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 68 sujets / 68,4 (56-81) / 72,1% F / NR. Il s'agit ici de données incluant tous les sujets, vu que l'unité de randomisation est le genou.
- **Caractérisation de l'AG** : AG sévère requérant un remplacement du genou.
- **Groupe expérimental/Groupe** : Int1: Arthroplastie totale du genou, plateforme mobile.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Int2: Arthroplastie totale du genou, plateforme fixe.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Amplitude de mouvement
- **Effets secondaires** : NR
- **Durée du suivi** : 4 ans
- **Résultats** : 1) Amélioration significative post- vs pré-op, à la fois pour Int1 et Int2. Différence inter-groupe statistiquement significative, à l'avantage d'Int1.
- **Conclusions des auteurs** : Extension significativement meilleure avec une plateforme mobile qu'avec une plateforme fixe.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 2

- **Premier auteur (année), pays** : Lützner (2010), Allemagne
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 73 sujets/ 68 (63-74) (G1), 69 (59-76) (G2) / 68% F (G1), 66% (G2) / NR
- **Caractérisation de l'AG** : AG sévère nécessitant un RG.
- **Groupe expérimental/Groupe** : G1 : Arthroplastie totale du genou assistée par ordinateur
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : G2 : Arthroplastie totale du genou conventionnelle

- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Score "genou" : douleur, amplitude de mouvement, stabilité, alignement (KOOS). 2) Score "function" : activités de la vie quotidienne (KOOS). 3) État de santé : mobilité, activités habituelles, douleur/inconfort, anxiété/dépression, état de santé actuel (échelle visuelle analogue) (EuroQol).
- **Effets secondaires** : Sept thromboses veineuses profondes, une embolie pulmonaire, quatre hématomes (dont aucun n'a conduit à une révision) et deux paralysies temporaires des nerfs fémoraux avec régression complète.
- **Durée du suivi** : 20 mois
- **Résultats** : 1) Amélioration médiane plus marquée et significative dans le G1 vs le G2. 2) Amélioration, mais écart non significatif entre le G1 vs le G2. 3) Écart non significatif entre le G1 vs le G2.
- **Conclusions des auteurs** : Après un suivi à court terme, cette étude n'a pas vraiment montré d'amélioration fonctionnelle plus importante chez les sujets ayant subi une arthroplastie totale du genou assistée par ordinateur, versus une arthroplastie conventionnelle. Des suivis à plus long terme sont nécessaires pour confirmer ou non cette tendance.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 4

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Seon (2009), Corée
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 64 sujets / 64,0 ± 6,6 (G1), 63,0 ± 7,8 (G2) / 96,7% F (G1), 96,9% F (G2) / NR.
- **Caractérisation de l'AG** : AG sévère nécessitant un RG
- **Groupe expérimental/Groupe** : G1: Arthroplastie du genou unicompartimentale, minimalement invasive. Avec "navigation system".
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : G2: Arthroplastie du genou unicompartimentale, minimalement invasive. Sans "navigation system".
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur, fonction, score total (WOMAC), 2) Amplitude de mouvement (goniomètre), 3) Douleur, fonction, score total (HSS), 4) Alignement radiologique.
- **Effets secondaires** : NR
- **Durée du suivi** : En moyenne 26 mois (étendue 24-36).
- **Résultats** : 1) - 3) Aucune différence inter-groupes significative, 4) Amélioration significative de l'axe mécanique angulaire de la prothèse en évitant un certain nombre d'anomalies axiales extrêmes.
- **Conclusions des auteurs** : Aucune différence entre les 2 groupes en ce qui concerne l'amélioration des paramètres fonctionnels, mais meilleurs résultats pour l'arthroplastie "avec navigation" en ce qui concerne les axes mécaniques.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 4

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Seon (2009), Corée
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 85 sujets / 67,2 ans (56–84) (G1), 67,6 ans (52–83) / 95,3% F (G1), 90,5% F (G2) / NR
- **Caractérisation de l'AG** : AG sévère nécessitant un RG
- **Groupe expérimental/Groupe** : G1: Arthroplastie du genou totale, minimalement invasive. Avec "navigation system".
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : G2: Arthroplastie du genou totale, minimalement invasive. Sans "navigation system".
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur, fonction, score total (WOMAC), 2) Amplitude de mouvement (goniomètre), 3) Douleur, fonction, score total (HSS), 4) Alignement radiologique.
- **Effets secondaires** : NR
- **Durée du suivi** : Minimum de 2 ans
- **Résultats** : 1) - 3) Amélioration intra-groupes significatives pour G1 et G2, mais aucune différence inter-groupes significative. 4) Amélioration significative de l'axe mécanique angulaire de la prothèse en évitant un certain nombre d'anomalies axiales extrêmes.
- **Conclusions des auteurs** : Aucune différence entre les 2 groupes en ce qui concerne l'amélioration des paramètres fonctionnels, mais meilleurs résultats pour l'arthroplastie "avec navigation" en ce qui concerne les axes mécaniques.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 2

Autres

Étude de bonne qualité

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Riecke (2010), Danemark

- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 192 sujets obèses / 61,8 ± 6,4 (G1), 63,3 ± 6,3 (G2) / 81,3% F (G1), 80,2% F (G2) / 3,0 [1,0; 4,5] ans (G1), 3,0 [1,0; 4,0] ans (G2).
- **Caractérisation de l'AG** : ACR
- **Groupe expérimental/Groupe** : G1 : Diète à très faible apport calorique (415 kcal/jour) pendant 8 semaines, puis régime hypo-énergétique pendant 8 autres semaines (1200 kcal/jour).
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : G2 : Diète à faible apport calorique (810 kcal/jour) pendant 8 semaines, puis régime hypo-énergétique pendant 8 autres semaines (1200 kcal/jour).
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur, incapacité, évaluation globale (VAS), 2) Changement dans les symptômes, perception du patient (KOOS et SF-36).
- **Effets secondaires** : Plusieurs effets secondaires peu sérieux, d'ordres variés. Parmi les plus importants en termes de proportion des sujets affectés, signalons : la constipation, les flatulences, la confusion, la fatigue, la peau sèche et la sensibilité au rhume.
- **Durée du suivi** : 16 semaines, avec mesures à 8 semaines (post-traitement).
- **Résultats** : 1)-2) Améliorations pré-post traitement chez les deux groupes, mais aucune différence significative entre ceux-ci.
- **Conclusions des auteurs** : Les deux programmes de régime amaigrissant de 16 semaines ont entraîné une perte de poids rapide et efficace avec très peu d'effets indésirables, résultant en une amélioration très significative des symptômes chez les patients en surpoids atteints d'AG.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 6

- **Premier auteur (année), pays** : Soltanian (2010), Iran
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 42 sujets / 58,56 ± 10,6 (GE), 58,48 ± 10,25 (GC), 75,6% F (GE), 81,0% F (GC) / NR.
- **Caractérisation de l'AG** : Critère de l'*European League against Rheumatism and physical examination*.
- **Groupe expérimental/Groupe** : Pommade de Marhame-Mafasel pendant 3 semaines, puis pommade sans ingrédient actif pendant 3 autres semaines. 1,5 g de pommade chaque jour pendant 6 semaines.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Pommade sans ingrédient actif pendant 3 semaines, puis pommade de Marhame-Mafasel pendant 3 autres semaines. 1,5 g de pommade chaque jour pendant 6 semaines.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur, raideur, fonction.
- **Effets secondaires** : Deux cas mineurs de réactions de la peau, qui n'ont pas affecté la participation des sujets concernés.
- **Durée du suivi** : 7 semaines, mais mesure à 3 semaines (avant le changement de traitement)
- **Résultats** : 1) Scores pour chaque domaine du WOMAC améliorés significativement dans le GE vs. le GC.
- **Conclusions des auteurs** : La pommade de Marhame-Mafasel, à base de plantes, a plus d'effet sur la réduction de la douleur par rapport à un placebo, chez les sujets souffrant d'AG primaire.
- **Qualité - NB « Risque faible »** :

Études de moins grande qualité

- **Premier auteur (année), pays** : Varma (2010), Inde
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 50 sujets / 50,67 ± 5,38 (GE), 48,20 ± 5,13 (GC) / NR / NR
- **Caractérisation de l'AG** : AG faible à modéré (pas plus de précision)
- **Groupe expérimental/Groupe** : Débridement arthroscopique + injection de "buffy coat" dans l'articulation du genou.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : Débridement arthroscopique seulement.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Intensité de la douleur (VAS). 2) Douleur, symptômes, activités quotidiennes, qualité de vie, sports et activités récréatives (OAOS).
- **Effets secondaires** : NR
- **Durée du suivi** : 6 mois, avec mesures aux mois 1, 2 et 3.
- **Résultats** : 1) Douleur significativement moins élevée à chacun des suivis, si l'on compare le GE avec le GC. 2) Amélioration significative des symptômes et des autres domaines de l'outil, si l'on compare le GE avec le GC.
- **Conclusions des auteurs** : Les résultats de cette étude sont prometteurs, en ce qu'une amélioration importante de la qualité de vie des patients a été observée, de même qu'un meilleur fonctionnement global du genou.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 2

- **Premier auteur (année), pays** : Bar-Ziv (2010), Israël

- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 57 sujets / 64,0 ± 8,1 (GE), 66,0 ± 7,8 (GC) / 74% F (GE), 73% (GC) / NR
- **Caractérisation de l'AG** : ACR et KL ≥ 2
- **Groupe expérimental/Groupe** : GE : Dispositif biomécanique spécial, calibré pour chaque patient en fonction de la pathologie et des caractéristiques de mouvement. Le dispositif se compose de 2 éléments en forme convexe liés à chacun des pieds du patient. L'un est situé sous la région de l'arrière-pied et l'autre se trouve sous la région de l'avant-pied. Il ajuste l'alignement biomécanique de manière à ce qu'il minimise ou élimine la douleur par la correction des forces appliquées.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : GC : Plate-forme identique portée aux pieds qui ne comprend toutefois pas les éléments biomécaniques. L'équivalent d'une chaussure ordinaire.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur, raideur, fonction, score total (WOMAC). 2) Temps requis pour marcher 8 mètres, pour monter et descendre 7 escaliers et pour passer de la position assise à la position debout (*Aggregated Locomotor Function*, ALF).
- **Effets secondaires** : Aucun
- **Durée du suivi** : 8 semaines, avec mesure à 4 semaines.
- **Résultats** : 1) - 2) Amélioration importante et significative de l'ensemble des paramètres tout au long du suivi pour GE, mais pas pour GC. Écarts inter-groupes tous significatifs, à l'avantage de GE.
- **Conclusions des auteurs** : Le dispositif biomécanique et l'approche de traitement ont été efficaces pour réduire significativement la douleur et améliorer la fonction chez les patients atteints d'AG.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 4

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Zaidi (2009), Inde
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 40 sujets / 59,90 ± 2,79 (G1), 57,85 ± 7,49 (G2) / 55,0% F (G1), 65,0% (G2) / 4,05 ans (G1), 3,5 ans (G2).
- **Caractérisation de l'AG** : Grade KL 2 ou 3
- **Groupe expérimental/Groupe** : G1 : Thérapie avec sangsues (3) et mélange traditionnel d'herbes ajouté à de l'huile, puis appliqué sur le genou. Sur 6 semaines.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : G2 : Mélange traditionnel d'herbes ajouté à de l'huile, puis appliqué sur le genou. Sur 6 semaines.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur, raideur, fonction, score total (WOMAC), 2) Amplitude de mouvement - flexion du genou (goniomètre), 3) Test de marche sur 8 mètres.
- **Effets secondaires** : Aucun sérieux. Quelques cas de démangeaisons autour des morsures de sangsues.
- **Durée du suivi** : 6 semaines, mais mesures aux jours 14 et 28.
- **Résultats** : 1) Pourcentages d'amélioration pour chacun des sous-domaines plus importants chez le G1 que chez le G2. Écarts inter-groupes probablement significatifs. 2) Pas de différences significatives entre les 2 groupes. 3) Pourcentages d'amélioration pour chacun des sous-domaines plus importants chez le G1 que chez le G2. Écarts inter-groupes probablement significatifs.
- **Conclusions des auteurs** : La thérapie avec sangsues, combinée à une pommade d'herbes, semble efficace dans la prise en charge des symptômes de l'AG.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 4

_____

- **Premier auteur (année), pays** : Soltanian (2009), Iran
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 42 sujets / 58,56 ± 10,67 (GE), 58,48 ± 10,25 (GC), 55,6% F (GE), 81,0% F (GC) / NR.
- **Caractérisation de l'AG** : AG légère à sévère (pas plus de précisions).
- **Groupe expérimental/Groupe** : GE: Pommade de Marhame-Mafasel pendant 3 semaines, puis pommade sans ingrédient actif pendant 3 autres semaines. Pommade chaque jour pendant 6 semaines.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : GC : Pommade sans ingrédient actif pendant 3 semaines, puis pommade de Marhame-Mafasel pendant 3 autres semaines. Pommade chaque jour pendant 6 semaines.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur, raideur, fonction
- **Effets secondaires** : NR
- **Durée du suivi** : 7 semaines, mais mesure à 3 semaines (avant le changement de traitement).
- **Résultats** : Meilleure et significative amélioration des scores au WOMAC, au profit de GE vs GC.
- **Conclusions des auteurs** : La pommade "Marhame-Mafasel" a un effet analgésique positif important sur l'AG primaire
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 4

- **Premier auteur (année), pays** : Odabasi (2009), Turquie
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 57 sujets / 67,4 ± 5,8 (GE), 66,5 ± 7,1 (GC) / 78,1% (GE), 76% F (GC) / NR
- **Caractérisation de l'AG** : ACR
- **Groupe expérimental/Groupe** : GE : Traitements à la boue quotidiens aux 2 genoux durant les jours de semaine, pendant 3 semaines. D'une durée de 30 minutes et température fixée à 45 C.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : GC : Traitement analgésique à l'acétaminophène, 2 g/jour. Pendant 7 semaines.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Score total au WOMAC, 2) Intensité de la douleur (VAS), 3) Évaluation globale de la sévérité de l'AG, par le patient, 4) Évaluation globale de la sévérité de l'AG, par le médecin
- **Effets secondaires** : Aucun effet secondaire majeur. Effets concentrés dans le groupe contrôle (troubles gastro-intestinaux).
- **Durée du suivi** : 7 semaines, mais mesures après 15 jours et 30 jours après la fin du traitement.
- **Résultats** : 1) Améliorations constantes et significatives des scores chez GE comme chez GC, mais différences inter-groupes significatives à la faveur de GE seulement.
- **Conclusions des auteurs** : Les traitements de boue améliorent de manière significative la douleur et l'état fonctionnel des patients atteints d'AG.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 4

- **Premier auteur (année), pays** : Mahboob (2009), Iran
- **Taille de l'échantillon, âge, sexe, durée de l'AG** : 50 sujets / Sujets âgés entre 44 et 79 ans (pas plus de précision) / Femmes seulement / NR
- **Caractérisation de l'AG** : ACR
- **Groupe expérimental/Groupe** : GE: Application de 50 g de gel de boue sur les 2 genoux, pendant 20 minutes. Traitement poursuivi pendant 30 jours.
- **Groupe contrôle/Autre groupe** : GC: Application de 50 g d'un gel placebo, ne contenant pas les ingrédients actifs de la boue.
- **Outcomes principaux (outil)** : 1) Douleur, raideur, fonction (WOMAC), 2) Effet anti-inflammatoire du traitement (concentrations sanguines de *high-sensitivity C-reactive protein* et de *TNF-α levels*).
- **Effets secondaires** : Aucun rapporté
- **Durée du suivi** : 30 jours
- **Résultats** : 1) Améliorations significatives chez GE et GC, post- vs pré-traitement. De plus, résultats significativement meilleurs pour GE vs GC. 2) Concentration de TNF-α significativement réduite chez GE, après traitement. Résultats semblables post- vs pré-traitement pour la concentration de *high-sensitivity C-reactive protein*.
- **Conclusions des auteurs** : La thérapie par la boue utilisant un gel spécialement formulé est une méthode efficace dans le traitement de l'AG et la réduction de la douleur. D'autres études pourraient être nécessaires pour l'évaluation de la synergie possible entre le traitement pharmacologique et la thérapie par la boue.
- **Qualité - NB « Risque faible »** : 4

REVUES SYSTÉMATIQUES ET MÉTA-ANALYSES

Exercices

Études de bonne qualité

- **Premier auteur (année)** : Fransen (2002)
- **Résultats prinicipaux :** Fransen et al. (2002) ont évalué l'impact des exercices thérapeutiques au sol sur le soulagement de la douleur articulaire reliée à l'AG et sur l'amélioration de la fonction physique. Pour ce faire, 5 bases de données ont été interrogées afin de trouver de la littérature scientifique pertinente publiée entre janvier 1966 et mars 2001. Pour être retenues, les études devaient comparer un groupe « exercices » avec un groupe « pas d'exercices » ou « exercices simulés ». Quatorze études ont ainsi été répertoriées, dont 9 de haute qualité. Pour la douleur, les effets bénéfiques attribuables à ce type d'exercices ont été modérés (DMS 0,46, IC 95% 0,35-0,57). En ce qui a trait à la fonction, les effets bénéfiques ont été faibles (DMS 0,33, IC 95% 0,23-0,43).
- **Score de qualité :** 75%

- **Premier auteur (année)** : Fransen (2008)
- **Résultats prinicipaux :** Fransen et McConnell ont effectué une revue systématique portant sur l'efficacité des exercices « terrestres » en regard de la réduction de la douleur et de l'amélioration de la fonction chez les personnes atteintes d'AG. Celle-ci a été publiée en 2003, puis a été mise à jour en 2008 et en 2009. Dans le but de recenser les essais contrôlés randomisés abordant cette question, 5 bases de données électroniques ont été interrogées. Les analyses montrent qu'il existerait des preuves de niveau « platine » voulant que les exercices thérapeutiques « terrestres » revêtent au moins un avantage à court terme en matière de réduction de la douleur au genou et d'amélioration de la fonction physique. L'ampleur de l'effet du traitement peut être considéré comme faible, mais il demeure comparable aux estimations rapportées pour les AINS. Les différences moyennes standardisées ont été de 0,40 (IC 95%, 0,30-0,50) pour la douleur et de 0,37 (IC 95%, 0,25-0,49) pour la fonction. La variabilité est cependant importante en ce qui a trait aux patients recrutés, aux exercices proposés et aux méthodologies employées.
- **Score de qualité :** 86%

- **Premier auteur (année)** : Walsh (2006)
- **Résultats prinicipaux :** Walsh et al. (2006) se sont intéressés aux impacts sur la douleur et la fonction des programmes combinant exercices et éducation à l'auto-gestion. Des recherches effectuées dans 11 bases de données électroniques ont permis de répertorier 10 articles pertinents, publiés de la mise en place de ces bases jusqu'en mars 2006. Les données suggèrent des effets bénéfiques en regard de la douleur et de la fonction, mais des problèmes méthodologiques empêchent de généraliser ces effets et de faire des recommandations pour la pratique clinique : courtes périodes de suivi, faible puissance statistique, procédures de randomisation et de *blinding* limitées, etc.
- **Score de qualité :** 66%

- **Premier auteur (année)** : Devos-Comby (2006)
- **Résultats prinicipaux :** Devos-Comby et al. (2006) ont procédé à une méta-analyse afin de déterminer quelle était l'efficacité des exercices et de l'éducation à l'auto-gestion en regard du bien-être physique et du bien-être psychologique. La littérature scientifique pertinente a été trouvée par le biais de recherches dans 2 bases de données électroniques (1966-mai 2005), de même que manuelles. En tout, ce sont 16 études qui ont été conservées pour fins d'analyses. Les données combinées ont mis en lumière qu'en comparaison aves les contrôles, les exercices avaient conduit à une amélioration significative de la santé physique; aucune différence n'a été relevée pour la santé psychologique. Pour ce qui est de l'éducation à l'auto-gestion, celle-ci a eu des impacts bénéfiques significatifs, mais uniquement en regard de la santé psychologique. Les chercheurs en concluent que ces 2 modalités de traitement ont des effets modestes, quoique cliniquement importants, sur le bien être des patients atteints d'AG.
- **Score de qualité :** 64%

- **Premier auteur (année)** : Pisters (2007)
- **Résultats prinicipaux :** Pisters et al. (2007) se sont intéressés à l'efficacité à long terme (au moins 6 mois post-thérapie) de l'exercice sur la douleur, la fonction et l'évaluation globale du patient quant à l'efficacité de sa thérapie. Des recherches ont donc été effectuées dans 6 bases de données électroniques, ce qui a permis de répertorier 11

essais contrôlés d'intérêt. Du lot, 6 ont affiché un faible score de qualité. Des preuves solides existeraient quant au fait que les effets bénéfiques de l'exercice sur la douleur et la fonction ne sont pas ressentis à long terme. Des effets bénéfiques à long terme ont par contre été observés pour l'évaluation globale du patient quant à l'efficacité. Quelques études ont par ailleurs montré que des sessions de rappel pouvaient contribuer à préserver les effets bénéfiques sur la douleur et la fonction plus longtemps.
- **Score de qualité :** 66%

- **Premier auteur (année)** : Lange (2008)
- **Résultats prinicipaux :** Lange et al. (2008) ont évalué l'efficacité des exercices en résistance en regard de la réduction des symptômes, de l'amélioration de la performance physique et de la santé psychologique chez les personnes atteintes d'AG. Des recherches menées dans 9 bases de données électroniques et manuelles ont permis de trouver 18 études pertinentes parues entre 1950 et décembre 2007, totalisant 2832 sujets. Globalement, la qualité a été modérée. L'entraînement en résistance a amélioré la force musculaire et les mesures auto-rapportées de douleur et de fonction chez 50 à 75% des sujets. De plus, 50 à 100% des études ont rapporté une amélioration significative pour l'ensemble des mesures de performance physique, excepté les temps de marche. Par contre, les effets bénéfiques de ce type d'entraînement sur la qualité de vie liée à la santé et la dépression demeurent à être confirmés. Les auteurs concluent en précisant que davantage de recherche doit être faite sur le sujet afin d'établir la dose-réponse optimale.
- **Score de qualité :** 61%

- **Premier auteur (année)** : Lee (2008)
- **Résultats prinicipaux :** Lee et al. (2008) ont voulu déterminer si le taï chi était efficace dans le traitement de l'AG. Des recherches systématiques ont été faites dans 11 bases de données électroniques pour trouver les essais contrôlés publiés jusqu'en juin 2007 sur le sujet. Cette opération a été complétée par des recherches manuelles. Douze essais contrôlés, randomisés ou non, ont été inclus. Suite à leurs analyses, les auteurs en sont venus à la conclusion qu'il existe des preuves encourageantes selon lesquelles le taï chi pourrait être efficace dans le contrôle de la douleur associée à l'AG. Cependant, les preuves ne seraient pas convaincantes en ce qui concerne la réduction de la douleur et l'amélioration de la fonction physique. Pour de futures recherches, les auteurs en appellent pour de plus gros échantillons, pour de plus longues périodes de traitement et pour le recours à des contrôles appropriés.
- **Score de qualité :** 68%

- **Premier auteur (année)** : Kang (2011)
- **Résultats prinicipaux :** Kang et al. (2011) ont aussi voulu déterminer si le taï chi était efficace dans le traitement de l'AG. Des recherches ont été menées dans 11 bases de données électroniques pour trouver les essais contrôlés randomisés publiés jusqu'en juin 2010. En tout, 9 essais ont satisfait les critères d'inclusion. Les résultats suggèrent que le taï chi peut être efficace dans le contrôle de la douleur, l'amélioration de la fonction physique et l'atténuation de la raideur. En effet, les différences moyennes standardisées ont été de -0.79 (IC 95%, 1,19 à 0,39), de -0,86 (IC 95%, -1,20 à -0,52) et de -0,53 (IC 95%, -0,99 à -0,08). Cependant, en raison du petit nombre d'études présentant un faible risque de biais, les preuves de l'efficacité du taï chi demeurent limitées.
- **Score de qualité :** 80%

- **Premier auteur (année)** : Bartels (2009)
- **Résultats prinicipaux :** Bartels et al. (2009) ont réalisé une revue systématique sur l'efficacité des exercices aquatiques dans le traitement de l'AG. Des recherches ont été effectuées dans 5 bases de données afin de recenser les essais pertinents publiés entre 1949 et mai 2006; les mises à jour n'ont pas permis d'identifier d'autres essais publiés après cette date. Des recherches manuelles ont également été faites. Au final, ce sont 6 essais qui ont été conservés, la plupart de faible qualité. Les analyses ont montré que ce type d'exercices semblait efficace à court terme dans le traitement de l'AG. Toutefois, ses effets à plus long terme restaient à documenter. Les effets positifs ont surtout été observés au niveau de la fonction et de la qualité de vie, avec des effets allant de faibles à modérés. Les exercices aquatiques n'auraient pas d'impact sur l'habileté à la marche et la raideur. Les auteurs concluent qu'à défaut de preuves solides relativement à leur efficacité, rien n'empêche d'intégrer les exercices aquatiques à un programme déjà en cours. Ils concluent aussi en précisant que davantage d'essais contrôlés sont nécessaires pour avoir un portrait plus clair de leur efficacité.
- **Score de qualité :** 91%

- **Premier auteur (année)** : Brosseau (2010)

- Résultats principaux : Brosseau et al. (2010) ont réalisé une revue systématique dans laquelle il est question du lien entre l'intensité des exercices aérobiques et les effets bénéfiques éprouvés chez les personnes atteintes d'AG. Afin de trouver de la littérature scientifique à ce sujet, les chercheurs ont mené des recherches dans 6 bases de données électroniques, ainsi que des recherches manuelles. Parmi les études sérieusement considérées parues jusqu'en 2009, 1 seule a satisfait les critères d'inclusion. De bonne qualité, celle-ci a montré que les exercices aérobiques, peu importe leur intensité, contribuaient à améliorer la douleur, la fonction, les capacités pour la marche et les capacités aérobiques. Les chercheurs en appellent pour plus d'études avec groupes contrôle sur cette question.
- **Score de qualité :** 91%

- **Premier auteur (année)** : Jansen (2011)
- Résultats principaux : Jansen et al. (2011) ont réalisé une revue systématique portant sur l'efficacité de l'entraînement en force, de la thérapie par l'exercice et de l'exercice combiné avec de la mobilisation passive manuelle en regard de la réduction de la douleur et de l'amélioration de la fonction, chez les personnes atteintes d'AG. Ces 3 interventions ont également été comparées entre elles. Pour ce faire, les auteurs ont procédé à des recherches dans 3 bases de données électroniques afin de trouver les essais contrôlés randomisés d'intérêt. En tout, ce sont 12 essais qui ont été retenus. L'exercice avec mobilisation passive manuelle a montré une taille d'effet modérée de 0,69 (IC 95% 0,42-0,96) pour la douleur, tandis que l'entraînement en force et la thérapie par l'exercice ont montré des tailles d'effets de plus petite taille, soit 0,38 (IC 95% 0,23-0,54) et 0,34 (IC 95% 0,19-0,49), respectivement. De plus, chacune des interventions a amélioré la force de façon significative.
- **Score de qualité : 77%**

Études de moins grande qualité

- **Premier auteur (année)** : Petrella (2000)
- Résultats principaux : Les auteurs ont voulu vérifier la pertinence de l'exercice dans la prise en charge de l'AG. Ces auteurs ont donc effectué des recherches dans Medline pour répertorier les articles publiés entre juin 1966 et janvier 2000. Vingt-trois essais contrôlés randomisés ont été trouvés. De ce nombre, seulement 3 avaient une puissance assez élevée. Des effets bénéfiques allant de faibles à modérés ont été signalés pour la douleur, des effets bénéfiques faibles pour les mesures de l'incapacité et des effets bénéfiques de modérés à importants pour l'évaluation du patient quant à l'effet global du traitement sur sont état. Les auteurs, en dépit de la variabilité des interventions et des mesures de résultats, recommandent tout de même aux médecins de prescrire de l'exercice à leurs patients aux prises avec de l'AG faible ou modérée.
- **Score de qualité :** 43%

- **Premier auteur (année)** : Tiffreau (2007)
- Résultats principaux : Les auteurs ont réalisé une revue systématique afin de déterminer si les exercices de groupe étaient plus efficaces que les exercices individuels dans le traitement de l'arthrose. Pour ce faire, des recherches ont été faites dans 3 bases de données électroniques afin de répertorier la littérature scientifique publiée sur le sujet jusqu'en janvier 2006. En tout, 21 études traitant de l'AG ont été trouvées. Les effets bénéfiques des exercices de groupes ont été de faibles à modérés en ce qui a trait à la douleur, la force, l'équilibre et les capacités de marche. Les effets bénéfiques des exercices individuels ont été de faibles à modérés en ce qui a trait à la douleur, la force et les capacités de marche. En outre, rien n'indique que les exercices de groupes soient supérieurs aux exercices individuels. Les auteurs concluent en précisant que davantage d'essais contrôlés de bonne qualité sont nécessaires pour brosser un portrait plus clair de la situation.
- **Score de qualité :** 57%

- **Premier auteur (année)** : Bosomworth (2009)
- Résultats principaux : Bosomworth (2009) a voulu déterminer si l'activité physique constituait un bienfait ou un risque dans le développement et la progression de l'arthrose du genou. Pour ce faire, une recension a été réalisée dans 5 bases de données électroniques de leur création à janvier 2009, en plus de recherches manuelles. Après une analyse des données, l'auteur en est venu à la conclusion que si les traumatismes sont évités, une activité physique modérée n'entraîne pas l'accélération de l'AG, qu'il y ait ou non présence démontrée de maladie préexistante. Dans l'un ou l'autre cas, il semble qu'il y ait un meilleur fonctionnement physique et moins de douleur et d'incapacité chez ceux qui sont actifs. L'auteur est d'avis que les interventions en faveur de l'exercice physique ne sont pas suffisamment utilisées dans la prise en charge des symptômes de l'AG établie.
- **Score de qualité :** 48%

_____
- **Premier auteur (année)** : Jegu (2011)
- Résultats prinicipaux : Jegu et al. (2011) ont voulu savoir dans quelle mesure le renforcement musculaire isocinétique était efficace dans la prise en charge thérapeutique de l'AG. Des recherches ont donc été menées dans 4 bases de données électroniques afin de recenser les essais contrôlés pertinents. Huit essais ont été conservés. Après analyses il s'est avéré que, malgré des améliorations sur les plans de la douleur, de la qualité de vie et de la fonction, la qualité méthodologique des essais était insuffisante et le nombre de sujets trop restreint pour pourvoir tirer des conclusions définitives.
- **Score de qualité :** 50%

Injections intra-articulaires

Études de bonne qualité

_____
- **Premier auteur (année)** : Espallargues (2003)
- Résultats prinicipaux : Les auteurs ont procédé à une revue systématique des études observationnelles et expérimentales concernant l'efficacité des injections de Hylan G-F 20 dans le traitement de l'AG. Pour ce faire, 5 bases de données électroniques ont été interrogées de leur mise en place à 1999. Quatorze études ont été jugées pertinentes, quoique celles-ci aient dans l'ensemble été de faible qualité. Il semble qu'une seule injection intra-articulaire de Hylan G-F 20 réduise de façon significative la douleur attribuable à l'AG et améliore la fonction chez les personnes qui en sont atteintes. Son efficacité serait comparable à celle des AINS pris par voie orale, mais le risque d'effets secondaire gastro-intestinaux serait réduit. Par ailleurs, les preuves scientifiques ne sont pas suffisantes pour avancer que des injections multiples sont plus profitables qu'une seule injection, et que les effets de l'Hylan G-F 20 se font ressentir à long terme.
- **Score de qualité :** 71%

_____
- **Premier auteur (année)** : Lo (2003)
- Résultats prinicipaux : Les auteurs (2003) ont voulu savoir si les injections intra-articulaires d'acide hyaluronique étaient efficaces ou non pour diminuer la douleur associée à l'AG. Des recherches ont donc été menées dans 2 bases de données électroniques pour recenser des essais contrôlés randomisés publiés entre 1966 et février 2003; des recherches manuelles ont aussi été effectuées. Au total, ce sont 22 essais qui ont été sélectionnés. Lorsque comparées avec des injections de solution placebo, les injections d'acide hyaluronique ont eu un faible effet sur la réduction de la douleur. La taille de l'effet a été estimée à 0,19 (IC 95%, 0,10-0,27). De plus, il semble que l'acide hyaluronique de masse moléculaire élevée soit plus efficace que l'acide de masse moléculaire plus faible. Les biais de publications et l'hétérogénéité des études ne permettent toutefois pas de poser des conclusions définitives.
- **Score de qualité :** 82%

_____
- **Premier auteur (année)** : Wang (2004)
- Résultats prinicipaux : Les auteurs ont évalué l'efficacité des injections d'acide hyaluronique en ce qui concerne la réduction de la douleur au repos et durant les activités ainsi que l'amélioration de la fonction. Vingt études avec un groupe placebo ont été recensées suite à des recherches menées dans 3 bases de données électroniques (1966-décembre 2001). Les méta-analyses ayant été faites ont montré l'efficacité et la sécurité de ce type d'injections dans l'amélioration des symptômes et de la fonction chez les personnes souffrant d'AG. Cependant, de l'hétérogénéité entre les études a été constatée en ce qui a trait aux estimations de l'efficacité de l'acide hyaluronique. De plus, les patients âgés de plus de 65 ans et ceux avec de l'AG radiographique à un stade avancé ont moins été susceptibles de bénéficier de ce type de traitement. Les auteurs concluent en précisant que d'autres études de qualité sont nécessaires, notamment pour avoir des estimations plus précises de l'efficacité de l'acide hyaluronique.
- **Score de qualité :** 80%

_____
- **Premier auteur (année)** : Arrich (2005)
- Résultats prinicipaux : Arrich et al. (2005) ont mené une revue systématique et une méta-analyse dans le but d'évaluer l'efficacité des injections d'acide hyaluronique dans l'amélioration des scores de fonction et de douleur. Cinq bases de données ont été interrogées de leur mise en place à avril 2004, et 22 essais pertinents ont été trouvés. Les scores de douleur au repos, pendant les mouvements et juste après ceux-ci se sont certes améliorés, mais les effets n'ont pas suffisamment été grands pour atteindre le seuil du « cliniquement significatif ». De plus, les effets bénéfiques semblent avoir été amplifiés par des essais ne rapportant pas d'analyse en intention de traiter. L'équipe

de chercheurs n'a pas relevé d'amélioration en ce qui a trait à la fonction du genou. Elle conclut en mentionnant que des essais avec plus de sujets et des périodes de suivis homogènes seraient les bienvenus.
- **Score de qualité :** 77%

- **Premier auteur (année)** : Modawal (2005)
- **Résultats prinicipaux :** Modawal et al. (2005) ont effectué une méta-analyse portant sur l'efficacité de l'acide hyaluronique en regard du soulagement de la douleur associée à l'AG. Des recherches dans Medline ont été menées afin de recenser les essais contrôlés à double-aveugle publiés entre 1965 et août 2004; celles-ci ont été complétées avec des recherches manuelles. Les analyses combinées ont pu être effectuées à partir de 11 essais. La viscosupplémentation intra-articulaire a été modérément efficace dans le soulagement de la douleur au genou chez les patients avec AG de 5 à 7 et de 8 à 10 semaines suivant la dernière injection. Les différences de moyennes dans les scores de douleur ont été de 17,6 (IC 95%, 7,5-28,0) mm et 7,2 (IC 95%, 2,4-12,0) mm, respectivement. Avant et après, il n'y a pas eu d'amélioration significative de la douleur.
- **Score de qualité :** 82%

- **Premier auteur (année)** : Bellamy (2006)
- **Résultats prinicipaux :** Bellamy et al. (2006) se sont intéressés à l'efficacité des injections d'acide hyaluronique et de dérivés de l'hylane dans la réduction de la douleur et de l'incapacité associées à l'AG. Des recherches ont été menées dans 5 bases de données électroniques afin de répertorier la littérature scientifique pertinente. En tout, 76 essais ont été retenus. Les analyses ont mis en lumière que les injections de ce type avaient des effets bénéfiques sur la douleur, la fonction et l'évaluation globale du patient quant à son état. Ces effets bénéfiques ont été à leur maximum de la 5^{e} à la 13^{e} semaine suivant les injections. La taille des effets n'a pu être calculée, entre autres en raison du grand nombre de produits considérés. Les effets cliniques de certains produits, comparés avec des placebos, ont été de modérés à importants. Les injections d'acide hyaluronique et de dérivés de l'hylane ont eu une efficacité comparable à celle des AINS, mais ont été plus efficaces à long terme que les corticostéroïdes. Les effets secondaires ont été peu fréquents. Pour l'ensemble de ces raisons, les auteurs recommandent ce type d'injections dans le traitement de l'AG.
- **Score de qualité :** 96%

- **Premier auteur (année)** : Arroll (2004)
- **Résultats prinicipaux :** Les auteurs se sont intéressés à l'efficacité des injections de corticostéroïde pour soulager les symptômes de l'AG. Afin d'identifier la littérature pertinente, des recherches ont été effectuées dans 3 bases de données (1980-2003); des recherches manuelles ont aussi été faites en complément. Dix essais contrôlés ont été retenus et une méta-analyse a pu être réalisée avec 6 d'entre eux. Dans les études de haute qualité, le risque relatif global de voir une amélioration des symptômes 16-24 semaines après les injections s'est établi à 2,09 (IC 95%, 1,2-3,7) et à 1,66 (IC 95% 1,37-2,0) jusqu'à 2 semaines après celles-ci. Les preuves montrent donc des effets bénéfiques à court et à plus long terme.
- **Score de qualité :** 73%

- **Premier auteur (année)** : Hepper (2009)
- **Résultats prinicipaux :** Hepper et al. (2009) ont réalisé une revue systématique dans le but de déterminer l'efficacité et la durée d'action des injections intra-articulaires de corticostéroïde. Des recherches dans 3 bases de données électroniques (1966-juin 2006) et manuelles ont permis de trouver 6 essais comparant un corticostéroïde avec un placebo et 4 essais comparant des corticostéroïdes entre eux. Dans les essais avec placebo, une réduction significative de la douleur d'un point de vue statistique et clinique a été observée à 1 semaine, à l'avantage du groupe traité avec corticostéroïde; la différence moyenne entre les 2 groupes a été de 22%. Dans les essais comparant des corticostéroïdes entre eux, il semble que le triamcinolone soit un peu plus efficace que les autres. Les auteurs concluent en précisant que les corticostéroïdes sont un traitement à court terme pour un problème qui lui est chronique.
- **Score de qualité :** 68%

- **Premier auteur (année)** : Bellamy (2006)
- **Résultats prinicipaux :** Les auteurs ont évalué l'efficacité des injections de corticostéroïdes dans le traitement de l'AG. Pour ce faire, des recherches ont été menées dans 5 bases de données électroniques afin de trouver la littérature scientifique pertinente publiée jusqu'en janvier 2006. Des recherches manuelles ont complété l'exercice. Au total, ce sont 28 essais qui ont été jugés pertinents. Les injections de corticostéroïdes ont été plus efficaces qu'un

placebo, 1 semaine après l'injection, en regard de la réduction de la douleur et de l'évaluation globale du patient quant à son état. Une réduction de la douleur a également été notée entre la 2e et la 3e semaine. Aucune amélioration n'a été constatée par rapport à la fonction. Entre 4 et 24 semaines après l'injection, aucune mesure de résulats ne s'est améliorée significativement; les produits de l'acide hyaluronique ont alors été plus efficaces. Dans l'ensemble, l'efficacité des injections de corticostéroïdes a été comparable à celle du lavage articulaire. En somme, les injections de corticostéroïdes ont été efficaces mais seulement à court terme.
- **Score de qualité :** 96%

- **Premier auteur (année)** : Reichenbach (2007)
- **Résultats prinicipaux :** Les auteurs ont comparé l'efficacité et la sécurité des injections intra-articulaires d'hylan à masse moléculaire élevée à celle de préparations régulières d'acide hyaluronique. Une revue systématique avec méta-analyses a été effectuée à partir de 13 essais trouvés grâce à des recherches effectuées dans 6 bases de données et manuelles. Ces recherches incluaient des essais publiés jusqu'en novembre 2006. Globalement, la taille de l'effet pour le soulagement de la douleur a été de -0,27 (IC 95%, 0,55-0,01) à la faveur du groupe traité avec l'hylan. Toutefois, à partir du moment où seules les études de plus grande qualité été considérées, cet effet avait tendance à devenir nul. En ce qui concerne la sécurité, le risque relatif d'effets secondaires était environ 2 fois plus élevé chez le groupe traité avec l'hylan que chez celui traité avec les préparations régulières d'acide hyaluronique. Pour ces raisons, les auteurs n'encouragent pas l'utilisation de l'hylan dans le traitement de l'AG.
- **Score de qualité :** 75%

- **Premier auteur (année)** : Samson (2007)
- **Résultats prinicipaux :** Samson et al. (2007) se sont intéressés à différentes modalités de traitement souvent utilisées dans la prise en charge de l'AG, dont la viscosupplémentation. Trois bases de données ont été interrogées jusqu'à mars 2007 et les données de 42 essais contrôlés d'intérêt ont ainsi pu être combinées dans des méta-analyses. Bien que des effets positifs sur la douleur et la fonction soient généralement rapportés, les bénéfices cliniques réels demeurent incertains entre autres en raison d'essais de qualité variable et de possibles biais de publication.
- **Score de qualité :** 91%

- **Premier auteur (année)** : Bannuru (2009)
- **Résultats prinicipaux :** Bannuru et al. (2009) ont comparé l'efficacité des injections d'acide hyaluronique à celle des injections de corticostéroïdes dans la réduction de la douleur attribuable à l'AG, à différents moments (2, 4, 8, 12 et 26 semaines suivant le début du traitement). Des recherches ont été faites dans 5 bases de données électroniques pour répertorier les articles publiés jusqu'en 2009, en plus de recherches manuelles. En tout, ce sont 7 essais comparant les 2 types d'injections qui ont été retenus. Après 2 semaines, la taille de l'effet a été de -0,39 (IC 95%, 0,65-0,12) à la faveur des corticostéroïdes. Après 4 semaines, la taille de l'effet a été de -0,01 (IC 95%, -0,23-0,21) et n'a donc favorisé aucun type. Après 8 semaines, la taille de l'effet a été de 0,22 (IC 95%, -0,05-0,49) à la faveur de l'acide hyaluronique. Après 12 semaines, la taille de l'effet a été de 0,35 (IC 95%, 0,03-0,66) à la faveur de l'acide hyaluronique. Après 26 semaines, la taille de l'effet a été de 0,39 (IC 95%, 0,18-0,59), encore à la faveur de l'acide hyaluronique. Par conséquent, les injections de corticostéroïdes seraient efficaces plus rapidement dans la réduction de la douleur, mais celles d'acide hyaluronique les détrôneraient à plus long terme.
- **Score de qualité :** 82%

- **Premier auteur (année)** : Bannuru (2011)
- **Résultats prinicipaux :** Les auteurs ont comparé l'efficacité des injections d'acide hyaluronique à celle des injections de placebo dans la réduction de la douleur attribuable à l'AG, à différents moments (4, 8, 12, 16, 20 et 24 semaines suivant le début du traitement). Les effets positifs de l'acide hyaluronique se sont fait sentir à compter de la semaine 4 (0,31 (IC 95%, 0,17-0,45)) et ont atteint leur sommet à la semaine 8 (0,46 (IC 95%, 0,28-0,65)). Des effets résiduels ont été ressentis jusqu'à 24 semaines (0,21 (IC 95%, 0,10-0,31)). Par ailleurs, les auteurs ont mentionné que la taille des effets pour l'acide hyaluronique a été plus grande que les tailles généralement observées pour l'acétaminophène, les AINS et les inhibiteurs de la COX-2. Les auteurs concluent en disant que les injections d'acide hyaluronique sont à considérer dans le traitement de l'AG, au moins en combinaison avec d'autres modalités de traitement.
- **Score de qualité :** 73%

Études de moins grande qualité

_____
- **Premier auteur (année)** : Migliore et al. (2010)
- Résultats prinicipaux : Les auteurs ont effectué une revue systématique sur le même sujet. Les recherches menées dans diverses bases de données ont permis de recenser 15 études pertinentes en lien avec le sujet. Sans donner de tailles d'effets ou autres mesures apparentées, les auteurs ont constaté que les injections de Hylan G-F 20 étaient efficaces dans la réduction de la douleur et l'amélioration de la fonction. Elles peuvent en ce sens constituer une alternative intéressante aux AINS et aux corticostéroïdes pour les personnes qui les tolèrent mal.
- **Score de qualité :** 43%

_____
- **Premier auteur (année)** : Aggarwal (2004)
- Résultats prinicipaux : Les auteurs ont effectué des recherches dans 3 bases de données électroniques (1966-octobre 2002) afin de trouver des essais randomisés et des études de cas sur le sujet. Les analyses ont ainsi été basées sur 13 essais randomisés et 5 études de cas. Les injections d'acide hyaluronique de masse moléculaire élevée ont occasionné des améliorations significatives de la douleur, de la fonction et des niveaux d'activité. Par contre, les résultats ont été discordants pour ce qui est de l'acide hyaluronique de masse moléculaire plus faible.
- **Score de qualité :** 52%

_____
- **Premier auteur (année)** : Godwin (2004)
- Résultats prinicipaux : Les auteurs ont voulu savoir si les injections intra-articulaires de corticostéroïde étaient efficaces pour soulager la douleur attribuable à l'AG. Pour ce faire, des recherches dans 4 bases de données électroniques ont été effectuées (1966-décembre 2002), en plus de recherches manuelles et sur Internet. Cinq essais contrôlés randomisés ont ainsi été trouvés. Les méta-analyses ont permis de découvrir qu'une semaine après l'injection, les patients étaient moins susceptibles de souffrir de douleurs constantes et leur score de douleur sur une échelle visuelle analogique était significativement plus bas. L'effet bénéfique pourrait durer de 3 à 4 semaines, mais il est peu probable qu'il se prolonge au-delà.
- **Score de qualité :** 59%

_____
- **Premier auteur (année)** : Pagnano (2005)
- Résultats prinicipaux : Pagnano et Westrich (2005) ont voulu savoir si les injections répétées d'acide hyaluronique et d'hyaluronate étaient efficaces dans la réduction de la douleur et de la progression radiologique de l'AG. Les auteurs ont donc mené une revue systématique à partir de la littérature scientifique pertinente publiée jusqu'en octobre 2004. Les données ont montré que le recours prolongé à ces injections était efficace dans la réduction de la douleur et de la rapidité de la détérioration de l'articulation du genou, le tous sans effets indésirables trop marqués.
- **Score de qualité** : 34%

_____
- **Premier auteur (année)** : Divine (2007)
- Résultats prinicipaux : Divine et al. (2007) ont opté pour une approche quelque peu différente en réalisant une revue systématique des méta-analyses portant sur l'efficacité des injections intra-articulaires d'acide hyaluronique dans le traitement de l'AG. En tout, ce sont 5 méta-analyses qui ont été retenues pour fins d'analyses. Les auteurs en sont arrivés au constat que malgré les différentes stratégies de recherches, d'évaluation de la qualité et d'hétérogénéité utilisées, les preuves de niveau I démontrent que ces injections s'accompagnent d'améliorations modestes des symptômes les plus communs de l'AG.
- **Score de qualité :** 46%

Suppléments

Études de bonne qualité

_____
- **Premier auteur (année)** : McAlindon (2000)
- Résultats prinicipaux : McAlindon et al. (2000) ont cherché à évaluer l'efficacité de la glucosamine et de la chondroïtine dans le soulagement des symptômes de l'AG. Pour ce faire, des recherches ont été menées dans 2 bases de données afin de recenser les articles publiés entre 1966 et juin 1999. Trente-sept études ont été recensées, mais 15 correspondaient aux critères d'inclusion des auteurs. Après analyses, la taille de l'effet a été de 0,44 (IC 95%, 0,24-

0,64) pour la glucosamine et de 0,78 (IC 95%, 0,60-0,95) pour la chondroïtine; les tailles d'effet pour la douleur et la fonction ont été semblables. Ces valeurs avaient tendance à diminuer lorsque seuls les essais de plus grande qualité étaient retenus dans les analyses. Ainsi, la glucosamine et la chondroïtine auraient une efficacité allant de modérée à importante dans la réduction des symptômes de l'AG, quoique la moins grande qualité de certaines études et les possibles biais de publications portent à croire que leurs bienfaits seraient quelque peu exagérés.
- **Score de qualité :** 91%

- **Premier auteur (année)** : Richy (2003)
- **Résultats prinicipaux :** Richy et al. (2003) ont aussi évalué l'efficacité de la glucosamine et de la chondroïtine dans le soulagement des symptômes de l'AG. Leur impact sur le rétrécissement de l'espace articulaire et la mobilité a également été étudié. Des recherches ont été menées dans 8 bases de données électroniques pour répertorier les essais contrôlés randomisés parus entre janvier 1980 et mars 2002. Des recherches manuelles ont été faites en complément. En tout, 15 études, généralement de bonne qualité, ont été retenues pour fins d'analyses. La glucosamine et la chondroïtine se sont toutes deux avérées hautement efficaces dans l'amélioration de la mobilité et des symptômes de l'AG. La taille des effets a varié entre 0,30 et 0,59 selon la mesure de résultats considérée. Il semblerait que la glucosamine ait des impacts positifs en regard du rétrécissement de l'espace articulaire, quoique davantage d'études sur le sujet soient requises avant de pourvoir poser des conclusions fermes.
- **Score de qualité :** 84%

- **Premier auteur (année)** : Samson (2007)
- **Résultats prinicipaux :** Samson et al. (2007) se sont intéressés à différentes modalités de traitement souvent utilisées dans la prise en charge de l'AG, dont la viscosupplémentation de glucosamine, de chondroïtine ou bien la combinaison des deux. Trois bases de données ont été interrogées jusqu'à mars 2007 et les données de 21 essais contrôlés d'intérêt ont ainsi pu être combinées dans des méta-analyses. Les études de plus grande qualité ont montré que ces suppléments n'étaient pas plus efficaces qu'un placebo dans l'atténuation des symptômes de l'AG.
- **Score de qualité :** 91%

- **Premier auteur (année)** : Wandel et al. (2010)
- **Résultats prinicipaux :** Wandel et al. (2010) ont réalisé une méta-analyse dans le but de vérifier les effets de la glucosamine, de la chondroïtine et de la combinaison des deux sur l'intensité de la douleur articulaire ainsi que sur la progression radiologique de l'AG. Des recherches ont été effectuées dans 5 bases de données électroniques pour recenser les essais contrôlés randomisés parus jusqu'en juin 2010 et menés auprès d'au moins 200 sujets. Après analyses, les auteurs ont pu constater que la glucosamine, la chondroïtine et la combinaison des deux n'étaient statistiquement pas plus efficaces qu'un placebo. Ils concluent en précisant que les autorités de santé et les assureurs ne devraient pas assumer les coûts de ces suppléments et que leur prescription devrait être découragée.
- **Score de qualité :** 73%

- **Premier auteur (année)** : Poolsup (2005)
- **Résultats prinicipaux :** Poolsup et al. (2005) ont voulu établir dans quelle mesure la glucosamine était efficace dans la réduction de la progression structurale de l'AG et l'atténuation de ses symptômes. Les auteurs ont également vérifié s'il s'agissait d'un supplément sécuritaire. Des recherches manuelles et dans 5 bases de données électroniques ont permis de recenser 17 essais. Contrairement à un placebo, la glucosamine a été efficace pour stopper la progression de la maladie; le risque relatif combiné s'est chiffré à 0,46 (IC 95%, 0,28-0,73). La glucosamine a aussi été plus efficace qu'un placebo dans la réduction de la douleur et dans l'amélioration de la fonction, les risques relatifs combinés ayant été de 0,41 (IC 95%, 0,21-0,60) et 0,46 (IC 95%, 0,27-0,66), respectivement. Par ailleurs, la glucosamine a été aussi sécuritaire qu'un placebo. Il est à signaler que les données en lien avec la progression structurale et la sécurité sont à prendre avec prudence, dans la mesure où les études sur ces sujets sont peu nombreuses.
- **Score de qualité :** 73%

- **Premier auteur (année)** : Towheed (2009)
- **Résultats prinicipaux :** Towheed et al. (2009) ont publié une revue systématique avec méta-analyses sur l'efficacité de la glucosamine qui a été mise à jour à 2 reprises, soit en 2005 et en 2009. Dans la version de 2009, 25 articles ont été inclus suite à des recherches manuelles et dans 8 bases de données électroniques. Les données combinées des études avec glucosamine de marque autre que Rotta et avec répartition dissimulée adéquate des sujets n'ont pas montré une réduction de la douleur et une amélioration de la fonction au WOMAC associées à la prise de

ce supplément. Par contre, les données combinés des études avec glucosamine de marque Rotta ont montré l'inverse. Les résultats ont été plus favorables lorsque la douleur et la fonction ont été évaluées avec le *Lequesne index*. Les effets bénéfiques ont aussi eu tendance à être plus ou moins grands selon que les données ont été combinées à partir des études de haute qualité seulement ou de l'ensemble des études. Certes, les personnes qui prennent de la glucosamine peuvent s'attendre à une amélioration en regard de leur douleur et de leur fonction. Il demeure par contre difficile de déterminer quelle sera l'ampleur des effets bénéfiques ressentis.
- **Score de qualité :** 71%

- **Premier auteur (année)** : Christensen (2008)
- **Résultats prinicipaux :** Christensen et al. (2008) se sont intéressés à l'efficacité des insaponifiables avocat-soja. Des recherches dans 8 bases de données électroniques et manuelles ont permis de trouver 4 essais contrôlés randomisés publiés jusqu'en février 2007. Les méta-analyses effectuées ont montré une réduction de la douleur et une amélioration de l'index de Lequesne à la faveur du groupe traité avec les insaponifiables avocat-soja, versus un placebo. La taille des effets a été de 0,39 (IC 95%, 0,01-0,76) et de 0,45 (IC 95%, 0,21-0,70) respectivement, ceci incluant les données pour l'AG et l'arthrose de la hanche; les auteurs spécifient que les effets bénéfiques ont encore été plus marqués pour l'AG. Il est cependant à noter que le niveau d'hétérogénéité a été élevé, ce qui doit inciter à la prudence.
- **Score de qualité :** 89%

- **Premier auteur (année)** : Brien (2008)
- **Résultats prinicipaux :** Brien et al. (2008) se sont intéressés à l'efficacité et à la sécurité de 2 suppléments alimentaires dans le traitement de l'AG, soit le diméthylsulfoxyde et le méthyl-sulfonyl-méthane. Six bases électroniques ont été interrogées afin de répertorier les écrits scientifiques publiés entre 1950 et novembre 2007. En tout, 6 études pertinentes ont été retenues pour la revue. Parmi les 4 études traitant du diméthylsulfoxyde, 2 ont montré des améliorations significatives en regard de la douleur; les 2 traitant du méthyl-sulfonyl-méthane sont parvenues aux mêmes résultats. Par contre, des conclusions fermes quant à l'efficacité de ces suppléments ne peuvent être établies dû à la faible qualité méthodologique de ces études. Brien et al. ont publié une étude semblable en 2011, et les méta-analyses effectuées n'ont pas montré de réduction significative de la douleur attribuable à la prise de ces suppléments.
- **Score de qualité : 68%**

- **Premier auteur (année)** : Hochberg (2008)
- **Résultats prinicipaux :** Hochberg et al. (2008) ont fait une méta-analyse d'essais contrôlés randomisés afin d'évaluer l'efficacité de la chondroïtine à limiter la progression du rétrécissement de l'espace articulaire. Des recherches dans Medline et manuelles ont permis de répertorier 6 essais pertinents parus entre 1996 et 2007. Les données combinées ont montré l'effet protecteur du supplément par rapport à un placebo sur la structure de l'articulation; la taille de l'effet a été petite et s'est établie à 0,26 (IC 95%, 0,14-0,38). En outre, les essais ont présenté une bonne homogénéité. Black et al. (2009) ont effectué une revue systématique portant sur l'efficacité de la glucosamine et de la chondroïtine à ralentir ou stopper la progression de l'AG. Des recherches ont donc été menées dans 9 bases de données électroniques afin de trouver la littérature pertinente publiée entre 1950 et 2008; des recherches manuelles ont complété celles-ci. Quatorze études ont été répertoriées, dont 5 revues systématiques. Ces dernières ont rapporté des résultats contradictoires et modestes en ce qui concerne la douleur et la fonction. En contrepartie, une réduction dans le rétrécissement de l'espace articulaire a été observée de façon plus constante, quoique la taille de l'effet ait été petite et leur efficacité clinique incertaine. Quant aux essais, ils ont montré des effets positifs et significatifs de la glucosamine en regard de la fonction, de la douleur et de l'espace articulaire, mais l'importance clinique de ces améliorations n'a pu être clairement établie. La chondroïtine a semblé moins efficace que la glucosamine.
- **Score de qualité :** 66%

- **Premier auteur (année)** : Lee (2010)
- **Résultats prinicipaux :** Lee et al. (2010) ont effectué une étude semblable, dans laquelle il est question de l'efficacité de la chondroïtine et de la glucosamine à limiter la progression du rétrécissement de l'espace articulaire. Des recherches ont été menées dans 2 bases de données afin de trouver la littérature pertinente publiée jusqu'en juillet 2008; des recherches manuelles ont complété l'exercice de recension des écrits. Six études ont été retenues pour fins d'analyses. Après 3 ans de supplémentation, la glucosamine a montré un effet protecteur faible-modéré : la différence moyenne standardisée a été de 0,432 (IC 95%, 0,235-0,628). Pour la chondroïtine, c'est un effet

protecteur faible mais significatif, après 2 ans de supplémentation, qui a été relevé : la différence moyenne standardisée a été de 0,261 (IC 95%, 0,131-0,392).
- **Score de qualité :** 68,2%

_____
- **Premier auteur (année)** : Rutjes (2009)
- **Résultats prinicipaux :** Rutjes et al. (2009) ont fait une revue systématique sur l'efficacité de la S-Adénosylméthionine en regard de la réduction de la douleur et de l'amélioration de la fonction chez les personnes atteintes d'arthrose. Afin de trouver la littérature pertinente à ce sujet, publiée jusqu'en août 2008, les chercheurs ont effectué des recherches dans 6 bases de données électroniques de même que manuelles. Quatre essais ont été retenus. Après analyses, les résultats ont été peu concluants en raison de petits essais de qualité discutable. Il n'en demeure pas moins que les effets de la S-Adénosylméthionine sur la douleur et la fonction pourraient potentiellement être réels, quoique faibles. Selon les auteurs, d'autres études de meilleure qualité sont nécessaires afin de clarifier la situation.
- **Score de qualité :** 96%

Étude de moins grande qualité

_____
- **Premier auteur (année)** : Ernst (2003)
- **Résultats prinicipaux :** Ernst (2003) a voulu déterminer dans quelle mesure les insaponifiables avocat-soja étaient efficaces dans le traitement de l'AG. Six bases de données ont été interrogées de leur mise en place à juillet 2002, afin de trouver des essais contrôlés à double aveugle sur le sujet. Quatre essais, tous de grande qualité, ont ainsi été répertoriés. Trois d'entre eux ont montré l'efficacité des insaponifiables avocat-soja dans l'amélioration des symptômes de l'AG. L'essai n'ayant pas mis en lumière une telle efficacité proposait un suivi à long terme, comparativement à des suivis à plus court terme pour les autres essais. Les auteurs concluent en précisant que des études supplémentaires sont nécessaires avant d'établir la magnitude de l'effet de ces suppléments sur les symptômes de l'AG.
- **Score de qualité :**

Électrothérapie et ultrasons

Études de bonne qualité

_____
- **Premier auteur (année)** : Loyola-Sanchez (2010)
- **Résultats prinicipaux :** Loyola-Sanchez et al. (2010) ont réalisé une revue systématique traitant de l'efficacité des ultrasons à réduire la douleur, à améliorer la fonction et la perception du patient quant à la sévérité de son AG, de même qu'à participer à la réparation du cartilage. Des recherches ont été menées dans 10 bases de données électroniques dans le but de recenser la littérature publiée sur le sujet jusqu'en février 2009. Au final, ce sont 6 essais contrôlés qui ont été jugés pertinents. La qualité globale s'est avérée faible et l'hétérogénéité attribuable au mode d'administration, à la dose et à l'intensité des ultrasons a été importante. Tout de même, les ultrasons, lorsque comparés à des ultrasons simulés, semblent réduire significativement la douleur : la différence de moyennes standardisées s'est établie à -0,49 (IC 95%, -0,79 à -0,18). Pour les autres mesures de résultats, des tendances ont été observées, mais celles-ci ont besoin d'être confirmées par des études plus rigoureuses.
- **Score de qualité :** 96%

_____
- **Premier auteur (année)** : Rutjes (2010)
- **Résultats prinicipaux :** Rutjes et al. (2010) ont fait une revue systématique dans laquelle il est question de l'efficacité des ultrasons à réduire la douleur et à améliorer la fonction, comparativement à des ultrasons simulés ou aucune intervention. Pour ce faire, des recherches dans 5 bases de données et manuelles ont été effectuées afin de recenser les essais contrôlés d'intérêt parus jusqu'en juillet 2009. Cinq ont été conservés pour fins d'analyses, et ceux-ci ont mis en lumière que les ultrasons pouvaient être bénéfiques pour les patients souffrant d'AG. Cependant, en raison de la faible qualité des essais, les auteurs n'ont pas été en mesure de se prononcer quant à la magnitude de leurs effets sur la douleur et la fonction.
- **Score de qualité :** 96%

_____
- **Premier auteur (année)** : Hulme (2002)

- Résultats prinicipaux : Hulme et al. (2002) ont évalué si la stimulation électrique ou les champs électromagnétiques à ondes pulsées étaient efficaces dans le soulagement des symptômes de l'AG (douleur, raideur, etc.). Pour ce faire, les auteurs ont mené des recherches dans 6 bases de données électroniques (1966-décembre 2001) en plus de recherches manuelles. Seulement 3 essais contrôlés ont été retenus, et ceux-ci ont montré que la thérapie électrique, lorsque comparée à une thérapie dite simulée, avait des effets de faibles à modérés sur les symptômes de la maladie; le bénéfice clinique s'est établi entre 13% et 23%. Malgré cela, les auteurs insistent sur le fait que d'autres études sont requises avant de statuer si les bénéfices sont d'importance ou non.
- **Score de qualité :** 84%

- **Premier auteur (année)** : McCarthy (2006)
- Résultats prinicipaux : McCarthy et al. (2006) ont voulu savoir si les champs électromagnétiques à ondes pulsées étaient efficaces dans l'amélioration des scores de douleur et de fonction chez les individus atteints d'AG. Des recherches ont donc été faites dans 8 bases de données électroniques afin de répertorier les essais contrôlés – randomisés ou non, publiés sur le sujet entre 1966 et septembre 2005. Cinq essais ont été sélectionnés. Les méta-analyses ont mis en lumière que ces champs électromagnétiques n'avaient à peu près aucune valeur dans le traitement de l'AG.
- **Score de qualité :** 61%

- **Premier auteur (année)** : Vavken (2009)
- Résultats prinicipaux : Vavken et al. (2009) se sont également intéressés à l'efficacité des champs électromagnétiques à ondes pulsées dans le traitement de l'AG. Des recherches ont été menées dans 3 bases de données afin de trouver la littérature pertinente publiée jusqu'en janvier 2008. Neuf essais contrôlés satisfaisant aux critères d'inclusion ont été retenus. Après combinaison des données, les champs électromagnétiques à ondes pulsées, comparativement à des champs simulés, ont amélioré les scores cliniques des sujets; la taille de l'effet a été de 0,4 (IC 95%, 0,05-0,8). Les effets bénéfiques se sont aussi fait sentir en regard des activités de la vie quotidienne, la taille de l'effet ayant été de 0,8 (IC 95%, 0,2-1,4). Aucun effet bénéfique significatif n'a été relevé en ce qui concerne la douleur et la raideur.
- **Score de qualité :** 82%

- **Premier auteur (année)** : Brosseau (2004)
- Résultats prinicipaux : Brosseau et al. (2004) se sont intéressés à l'efficacité de la stimulation nerveuse électrique transcutanée en ce qui a trait à la diminution de la douleur et de la raideur chez les personnes atteintes d'AG. Les auteurs ont effectué des recherches dans 10 bases de données, de leur mise en place à décembre 2002, afin de trouver des essais contrôlés randomisés sur le sujet; des recherches manuelles ont aussi été menées. Six études ont été gardées après lecture, la plupart de faible qualité scientifique. Les divers types de stimulation nerveuse électrique transcutanée (conventionnelle, *burst*, avec acupuncture, mixte) présenteraient des avantages significatifs par rapport à une stimulation simulée. Les auteurs concluent en disant que la stimulation nerveuse électrique transcutanée peut être un traitement d'appoint à considérer.
- **Score de qualité :** 73%

- **Premier auteur (année)** : Bjordal (2007)
- Résultats prinicipaux : Bjordal et al. (2007) ont voulu comparer l'efficacité de différents types de traitements dans la réduction de la douleur associée à l'AG, 1 à 4 semaines suivant le début des traitements et 1-12 semaines suivant la fin des traitements. Pour ce faire, des recherches ont été faites dans 10 bases de données électroniques pour recenser les articles publiés entre 1966 et avril 2006; des recherches manuelles ont également été faites. Trente-six essais ont été recensés, 33 affichant un bon score de qualité. La stimulation nerveuse électrique transcutanée, l'électroacupuncture de même que la thérapie au laser de faible intensité ont donné les meilleurs résultats en termes de réduction de la douleur sur les échelles visuelles, en comparaison avec des placebos – entre 17,7 et 21,9 mm, semaines 1 à 4 –, alors que les résultats pour l'acupuncture manuelle, les aimants statiques et les ultrasons ont donné des résultats à peine ou non significatifs. Les effets bénéfiques de la stimulation nerveuse électrique transcutanée, de l'électroacupuncture et de la thérapie au laser de faible intensité ont semblé persister jusqu'à 4 semaines suivant la fin des traitements.
- **Score de qualité :** 86%

- **Premier auteur (année)** : Rutjes (2009)

- Résultats prinicipaux : Rutjes et al. (2009) ont effectué une revue systématique sur les effets de l'électrostimulation appliquée de façon transcutanée, en termes de réduction de la douleur attribuable à l'AG. Des recherches dans 5 bases de données électroniques et manuelles ont été faites afin de trouver la littérature pertinente. En tout, 20 essais ont été retenus pour fins d'analyses. La majorité s'est avérée de faible qualité et un haut degré d'homogénéité a été relevé entre les essais. Ainsi, les auteurs de cette revue n'ont pas été en mesure de confirmer que l'électrostimulation appliquée de façon transcutanée était efficace dans le soulagement de la douleur.
- **Score de qualité :** 98%

Étude de moins grande qualité

- **Premier auteur (année)** : Marks (2000)
- Résultats prinicipaux : Marks et al. (2000) ont voulu vérifier l'efficacité des ultrasons dans la réduction de la douleur et l'amélioration de la fonction chez les personnes souffrant d'AG. Ces auteurs ont donc effectué des recherches dans 3 bases de données pour répertorier les articles publiés entre 1966 et 1999 – les recherches manuelles ont remonté jusqu'à 1950. Cinq articles de langue anglaise ont été trouvés. Du lot, 1 seule étude a montré que les ultrasons étaient clairement efficaces, quoique la faiblesse du *design* employé ait rendu ses résultats discutables. Les autres études ont mis en lumière des résultats comparables pour les ultrasons versus une autre modalité de traitement, de même que pour les ultrasons versus des ultrasons simulés; les designs employés présentaient également des lacunes.
- **Score de qualité :** 52%

- **Premier auteur (année)** : Marks (2005)
- Résultats prinicipaux : Marks et van Nguyen (2005) ont réalisé une revue systématique portant sur l'efficacité des champs électromagnétiques à ondes pulsées en regard de la réduction de la douleur et de l'amélioration de la fonction et de la santé du cartilage du genou. À cet effet, des recherches ont été menées dans 5 bases de données afin de répertorier la littérature scientifique pertinente publiée jusqu'en 2005. Au total, 7 articles ont été trouvés. Les champs électromagnétiques à ondes pulsées ont eu des effets positifs en regard de ces trois aspects, mais le faible nombre d'études sur le sujet et leur qualité dans l'ensemble faible ont empêché d'en définir l'ampleur.
- **Score de qualité :** 52,3%

Acupuncture

Études de bonne qualité

- **Premier auteur (année)** : Ezzo (2001)
- Résultats prinicipaux : Ezzo et al. (2001) ont mené des recherches dans 8 bases de données électroniques (1966-1999) ainsi que des recherches manuelles afin de trouver les essais randomisés et quasi randomisés portant sur l'efficacité de l'acupuncture. Les auteurs ont procédé à une synthèse des meilleures preuves en raison de l'hétérogénéité des procédures et données dans les 7 essais retenus. En ce qui concerne la douleur et la fonction, les preuves ont été limitées pour dire que l'acupuncture est plus efficace que le fait d'être sur une liste d'attente pour recevoir un tel traitement ou garder son traitement habituel. Pour la douleur, les preuves ont cependant été fortes pour dire que la « vraie » acupuncture est plus efficace que l'acupuncture simulée; pour la fonction, les preuves se sont avérées contradictoires. Enfin, les preuves ont été insuffisantes pour avancer que l'acupuncture est aussi ou plus efficace que d'autres modalités de traitement dans la prise en charge des personnes atteintes d'AG.
- **Score de qualité :** 64%

- **Premier auteur (année)** : Kwon et al. (2006)
- Résultats prinicipaux : Kwon et al. (2006) ont effectué des recherches dans 8 bases de données électroniques (1966-juillet 2005) dans le but d'évaluer l'efficacité de l'acupuncture dans la réduction de la douleur associée à l'AG. Dix-huit essais ont été retenus. L'acupuncture manuelle a eu un effet bénéfique à cet égard, en comparaison avec l'acupuncture simulée. La différence moyenne standardisée s'est établie à 0,24 (IC 95%, 0,01-0,47). Les chercheurs n'ont pas pu effectuer une méta-analyse pour l'électroacupuncture en raison de l'hétérogénéité des études.
- **Score de qualité :** 80%

- **Premier auteur (année)** : Manheimer (2007)

- Résultats prinicipaux : Manheimer et al. (2007) ont voulu établir si l'acupuncture était efficace dans la réduction de la douleur et l'amélioration de la fonction chez les individus atteints d'AG. Des recherches ont été menées dans 3 bases de données pour vérifier cela. Onze essais publiés jusqu'en janvier 2007 ont été retenus et 9 d'entre eux ont pu servir pour les méta-analyses. Les essais contrôlés avec un groupe « acupuncture simulée » n'ont pas montré d'effets cliniques bénéfiques à court ou à long terme. Par contre, les essais contrôlés avec un groupe « liste d'attente » ont montré de tels effets à court terme chez le groupe traité avec de l'acupuncture. Les différences moyennes standardisées ont été de -0,96 (IC 95%, -1,21 à -0,70) pour la douleur et -0,93 (IC 95%, -1,16 à -0,69) pour la fonction. Des améliorations à court et long termes d'ampleur semblable ont aussi été notées dans les essais contrôlés ayant un groupe « traitement usuel de l'AG ».
- **Score de qualité :** 82%

Études de moins grande qualité

_____

- **Premier auteur (année)** : Selfe (2008)
- Résultats prinicipaux : Selfe et Taylor (2008) ont effectué une revue systématique dans le but d'évaluer l'efficacité de l'acupuncture dans le traitement de l'AG. Des recherches menées dans 2 bases de données ont permis de trouver 10 essais contrôlés d'intérêt parus entre 1966 et avril 2006, ceux-ci traitant de l'acupuncture traditionnelle, de l'électroacupuncture ou de la combinaison des deux types. Les auteurs considèrent que des preuves existent quant à l'efficacité de l'acupuncture en regard de la réduction de la douleur et de l'incapacité physique. Ce constat est renforcé par les 4 études avec un groupe contrôle d'acupuncture simulée, de surcroît de très bonne qualité, qui abondent en ce sens. Néanmoins, les auteurs n'ont pas calcul les tailles des effets.
- **Score de qualité :** 46%

_____

- **Premier auteur (année)** : Galantino (2009)
- Résultats prinicipaux : Les auteurs ont voulu connaître l'efficacité de l'acupuncture en tant que traitement d'appoint pour l'AG, en conjonction ou en comparaison avec la thérapie physique. Pour ce faire, des recherches ont été effectuées dans 5 bases de données électroniques afin de recenser les études pertinentes publiées jusqu'en janvier 2008. Sept études ont été retenues. Les auteurs n'ont pas été en mesure de répondre à leur question de recherche, car ces études ont affiché une grande variabilité dans leurs protocoles, autant pour l'acupuncture que pour la thérapie physique. Cela rend impossible des conclusions précises.
- **Score de qualité : 57%**

Chaleur

Études de bonne qualité

_____

- **Premier auteur (année)** : Harzy (2009)
- Résultats prinicipaux : Harzy et al. (2009) ont effectué une revue systématique afin d'évaluer les effets à court et à long terme des eaux minérales thermales naturelles chez les personnes atteintes d'AG. Pour ce faire, des recherches ont été menées dans 3 bases de données afin de recenser les études publiées jusqu'en janvier 2008. Neuf essais contrôlés randomisés ont été conservés pour fins d'analyses. Tous ont convergé vers un même point : ces eaux thermales contribuent à une amélioration de la douleur et de la capacité fonctionnelle, cela presque sans effets secondaires. Les bénéfices ont eu tendance à se maintenir dans le long terme, soit 24 semaines. Les auteurs n'ont toutefois n'ont pas mesuré la taille des effets.
- **Score de qualité :** 66%

_____

- **Premier auteur (année)** : Brosseau (2011)
- Résultats prinicipaux : Brosseau et al. (2011) ont cherché à déterminer quelle était efficacité de la thermothérapie dans le soulagement de la douleur, la réduction de l'œdème, l'amélioration de la fonction de même que l'amélioration de la flexion ou de l'amplitude de mouvement. Des recherches menées dans 6 bases de données et manuelles ont permis de recenser 3 essais pertinents publiés jusqu'en 2010, de faible qualité par contre. De ce qui en ressort, les massages avec de la glace auraient un effet bénéfique sur l'amplitude de mouvement, la fonction et la force du genou. Quant aux compresses froides, elles diminueraient l'enflure. Comparées avec des compresses froides ou un placebo, les compresses chaudes n'auraient pas d'effet positif sur l'œdème. Les compresses de glace n'ont pas diminué significativement la douleur. Les auteurs ont conclu en précisant que des études avec des

protocoles standardisés et des échantillons adéquats sont nécessaires afin de se faire une meilleure idée de l'efficacité de la thermothérapie.
- **Score de qualité :** 91%

Approches pharmacologiques

Études de bonne qualité

- **Premier auteur (année)** : Bjordal (2004)
- **Résultats prinicipaux :** Bjordal et al. (2004) ont évalué l'effet analgésique des AINS les plus fréquemment prescrits, chez les individus atteints d'AG. Des recherches ont été faites dans 3 bases de données électroniques différentes dans le but de trouver les essais contrôlés randomisés publiés entre 1966 et avril 2004. Vingt-trois essais ont été trouvés, de qualité acceptable dans l'ensemble. Globalement, après 2-13 semaines, la réduction de l'intensité de la douleur a été 15,6% plus importante chez les sujets traités avec des AINS que chez ceux traités avec un placebo. Dans un modèle à effets aléatoires, la taille de l'effet a été de 0,32 (IC 95%, 0,24-0,39) pour la réduction de la douleur; les résultats étaient hétérogènes. En retirant du modèle les 10 essais n'excluant pas les sujets qui ne répondaient pas au traitement, la taille de l'effet a été moindre pour s'établir à 0,23 (IC 95%, 0,15-0,31); les résultats étaient alors homogènes. En somme, les données ont montré des effets bénéfiques à court terme des AINS, mais pas nécessairement à long terme. Selon les auteurs, les AINS se prêtent de toute manière mal à un usage à long terme en raison des effets secondaires qui leurs sont associés.
- **Score de qualité :** 75%

- **Premier auteur (année)** : Towheed (2006)
- **Résultats prinicipaux :** Towheed (2006) a voulu évaluer l'efficacité d'une nouvelle solution topique de Diclofenac, commercialisée sous la marque Pennsaid. Pour ce faire, une revue systématique avec des méta-analyses a été menée à partir de 4 essais contrôlés randomisés trouvés à la suite de recherches dans 6 bases de données électroniques (1966-février 2005). En général, ces essais étaient de très bonne qualité. Le Pennsaid a été plus efficace qu'une solution placebo dans l'amélioration des scores de douleur, de raideur et de fonction (WOMAC), de même que dans l'évaluation globale du patient quant à son état; les coefficients des différences moyennes standardisées ont varié entre 0,30 et 0,39. Hormis quelques réactions cutanées locales mineures, le Pennsaid s'est avéré aussi sécuritaire qu'une solution placebo.
- **Score de qualité : 71%**

- **Premier auteur (année)** : Lee (2004)
- **Résultats prinicipaux :** Lee et al. (2004) ont comparé l'efficacité et les effets secondaires des AINS en comparaison avec ceux de l'acétaminophène. Pour ce faire, des recherches ont été effectuées dans 2 bases de données pour trouver les essais cliniques publiés entre 1966 et mars 2003. Sept essais ont été conservés. Les auteurs ont réalisé des méta-analyses, et ce, pour les mesures de résultats que sont la douleur au repos et la douleur durant la marche. Dans l'ensemble, Les AINS ont été statistiquement supérieurs à l'acétaminophène pour ces 2 mesures de résultats. De plus, les effets secondaires ont été comparables pour les 2 types de traitement.
- **Score de qualité :** 80%

- **Premier auteur (année)** : Wegman (2004)
- **Résultats prinicipaux :** Les auteurs ont mené des recherches dans 3 bases de données jusqu'à décembre 2001. Cela a permis de recenser 5 essais contrôlés randomisés et 9 guides de pratique. Les données de 3 essais ont pu être combinées et la taille de l'effet pour la différence moyenne dans la douleur générale a été de 0,33 (IC 95%, 0,15-0,51), à l'avantage des AINS. Dans l'ensemble, les effets secondaires ont été moins importants chez les sujets traités avec de l'acétaminophène. En somme, les preuves scientifiques actuelles vont de pair avec les recommandations des guides de pratique selon laquelle il est préférable, dans le cadre d'une première thérapie contre l'AG, de combiner l'acétaminophène à une modalité de traitement non pharmacologique.
- **Score de qualité :** 77%

- **Premier auteur (année)** : Zhang (2004)
- **Résultats prinicipaux :** Zhang et al. (2004) ont comparé l'efficacité du paracétamol (acétaminophène) à l'efficacité des AINS dans l'amélioration des scores de douleur, de raideur et de fonction chez les personnes ayant l'AG. Pour ce faire, des recherches ont été réalisées dans 5 bases de données électroniques afin de trouver les études

publiées entre 1966 et juillet 2003; des recherches manuelles ont aussi été faites. Au total, ce sont 10 essais contrôlés randomisés qui ont été inclus dans les méta-analyses. Après combinaison des données, le paracétamol s'est avéré efficace dans le soulagement de la douleur, la taille de l'effet ayant été de 0,21 (IC 95%, 0,02-0,41). Toutefois, les AINS ont été plus efficaces à cet égard que le paracétamol (0,20 (IC 95%, 0,10-0,30)). Seuls les AINS ont été utiles dans l'amélioration de la flexibilité et de la fonction. Enfin, le risque relatif de troubles gastro-intestinaux associé à la prise d'AINS a été plus grand que celui associé à la prise de paracétamol (RR 1,35, IC 95% CI 1,05-1,75).
- **Score de qualité :** 73%

- **Premier auteur (année)** : Rintelen (2006)
- **Résultats prinicipaux :** Les auteurs ont réalisé une revue systématique avec des méta-analyses afin d'évaluer l'efficacité de la diacéréine dans l'amélioration des scores de douleur et de raideur en lien avec l'AG. Suite à des recherches manuelles et dans 6 bases de données électroniques différentes, 19 essais contrôlés ont été conservés, dont plusieurs comparant l'efficacité de la diacéréine à celle des AINS. La diacéréine s'est avérée statistiquement supérieure à un placebo durant la phase active du traitement (*Glass score* 1,50 (IC 95%, 0,80-2,20)). Toutefois, la diacéréine et les AINS ont semblé également efficaces durant cette même période; cependant les effets bénéfiques de la diacéréine ont persisté jusqu'à 3 mois après la cessation du traitement. Enfin, la tolérabilité de la diacéréine a été comparable à celle des AINS, quoique les effets secondaires aient été plus sévères du côté de ces derniers.
- **Score de qualité :** 80%

- **Premier auteur (année)** : Bjordal (2007)
- **Résultats prinicipaux :** Les auteurs ont évalué l'efficacité de 7 agents pharmacologiques communément utilisés dans la réduction à court terme de la douleur associée à l'AG. Pour ce faire, des recherches ont été menées dans 4 bases de données électroniques de 1966 jusqu'en novembre 2005; des recherches manuelles ont aussi été faites. En tout, 63 essais ont été conservés pour la revue et les méta-analyses. Pour les sujets éprouvant une douleur allant de modérée à sévère, les AINS oraux et les opioïdes ont atteint leurs efficacités maximales, lorsque comparés aux placebos, entre les semaines 2 et 4. Pour les sujets éprouvant une douleur modérée, les injections intra-articulaires de stéroïdes et les AINS topiques ont atteint leurs efficacités maximales entre les semaines 1 et 3. Pour leur part, le paracétamol, la glucosamine et la chondroïtine ont atteint leurs efficacités maximales entre les semaines 1 et 4. La réduction de la douleur sur les échelles visuelles analogues a fluctué entre 10,2 mm et 14,5 mm pour les 4 premiers agents et n'a pas dépassé 4,7 mm pour les 3 derniers. Ainsi, les effets anti-douleur des agents pharmacologiques les plus communément utilisés se font surtout sentir dans les 2-3 premières semaines suivant le début du traitement. En général, les évaluations subjectives des patients quant à l'amélioration de leur état sont plus favorables que les mesures « objectives ». Enfin, les tests d'hétérogénéité montrent que l'efficacité des AINS topiques pourrait être sous-estimée, tandis que celle des AINS oraux pourrait être surestimée.
- **Score de qualité :** 68%

- **Premier auteur (année)** : Cepeda (2007)
- **Résultats prinicipaux :** Les auteurs se sont intéressés à l'efficacité analgésique du Tramadol, ses effets sur la fonction physique, la durée de ses effets bénéfiques et sa sécurité. Des recherches menées dans 4 bases de données électroniques, sans oublier des recherches manuelles, ont permis de trouver 11 essais pertinents pour la revue publiés entre 1966 et août 2005. Les données combinées ont mis en lumière que le Tramadol, ou la combinaison Tramadol-paracétamol, diminuait l'intensité de la douleur, occasionnait un soulagement des symptômes et améliorait la fonction chez les sujets atteints d'AG. Toutefois, ces effets bénéfiques ont tous été de faible importance.
- **Score de qualité :** 84%

- **Premier auteur (année)** : Nüesch (2009)
- **Résultats prinicipaux :** Les auteurs ont mené une revue systématique afin de déterminer quels étaient les effets des opioïdes administrés par voie orale ou transdermique, comparativement à un placebo ou à l'absence d'intervention, sur la douleur et la fonction des patients souffrant d'arthrose de la hanche ou du genou. Des recherches ont été menées dans 4 bases de données électroniques pour trouver les essais contrôlés pertinents publiés jusqu'en juillet 2008. En tout, 10 essais ont été conservés pour fins d'analyses. Les auteurs sont parvenus au constat que les effets positifs de faibles à modérés associés à la prise d'opioïdes (autres que tramadol) étaient contrebalancés par l'augmentation importante du risque d'effets secondaires, d'où l'intérêt de minimiser leur utilisation dans le traitement de l'arthrose. Il semble que ces conclusions concernaient autant l'arthrose de la hanche que celle du genou.

- **Score de qualité :** 96%

- **Premier auteur (année)** : Nüesch (2009)
- **Résultats prinicipaux :** Nüesch et al. (2009) ont réalisé une autre revue systématique dans la même année, cette fois afin de déterminer quels étaient les effets de la doxycycline, comparativement à un placebo ou à l'absence d'intervention, sur la douleur et la fonction des patients souffrant d'arthrose de la hanche ou du genou. Des recherches ont été menées dans 4 bases de données électroniques pour trouver les essais contrôlés pertinents publiés jusqu'en juillet 2008. Seulement 1 essai a été conservé pour fins d'analyses. Les auteurs sont parvenus au constat que les effets positifs associés à la prise de doxycycline étaient minimaux, voire inexistants. Les faibles bénéfices sur le rétrécissement de l'espace articulaire ont été questionnables d'un point de vue clinique et en partie contrebalancés par l'augmentation du risque d'effets secondaires, d'où l'intérêt de ne pas utiliser la doxycycline dans le traitement de l'AG. L'article conservé ne traitait que de l'AG.

- **Score de qualité :** 89%

- **Premier auteur (année)** : Watson (2009)
- **Résultats prinicipaux** : Les auteurs ont mené une revue systématique qui visait à comparer l'efficacité de différents AINS, autres que l'aspirine, entre eux. Une mise a jour a été publiée en 2009 afin d'y inclure les études les plus récentes sur le sujet. Les auteurs ont constaté qu'en dépit d'un grand nombre de publications, peu étaient des essais contrôlés randomisés. De plus, la plupart des essais comparant 2 AINS ou plus entre eux présentaient des erreurs substantielles dans leur devis. Donc, aucune preuve n'existerait quant à la supériorité de certains AINS et aux doses à recommander. Les auteurs en concluent par le fait-même que le choix d'un AINS doit se faire en fonction de la sécurité, des coûts et des préférences du patient.
- **Score de qualité :** 77%

Étude de moins grande qualité

- **Premier auteur (année)** : Biswal (2006)
- **Résultats prinicipaux** : Biswal et al. (2006) ont voulu évaluer l'efficacité à long terme des AINS sous forme topique dans le contrôle de la douleur associée à l'AG primaire. Une revue systématique de la littérature a été effectuée dans 4 bases de données électroniques, complétée par des recherches manuelles. Les essais contrôlés randomisés devaient impérativement avoir été menés sur au moins 4 semaines. Ce sont ainsi 4 essais publiés entre 1966 et décembre 2004 qui ont été retenus. Les AINS pris sous forme topique se sont avérés plus efficaces dans le contrôle de la douleur, à long terme, qu'un placebo. La taille de l'effet a été de -0,28 (IC 95%, -0,42 à -0,14). Les auteurs ont spécifié que cela n'était peut-être pas vrai pour tous les AINS, puisque seuls le Diclofenac et l'Eltenac ont été abordés dans la littérature choisie.
- **Score de qualité :** 55%

Orthèses

Études de bonne qualité

- **Premier auteur (année)** : Brouwer et al. (2005)
- **Résultats prinicipaux :** Brouwer et al. (2005) ont fait une revue systématique avec méta-analyses dans le but d'évaluer l'efficacité des genouillères et orthèses dans le traitement de l'AG. Pour ce faire, des recherches ont été faites dans 3 bases de données électroniques pour recenser les essais cliniques contrôlés – avec ou sans randomisation – publiés jusqu'en octobre 2002; une mise à jour jusqu'en mai 2007 a été réalisée par la suite. Ce sont ainsi 5 études qui ont été retenues. Après analyses, les auteurs ont conclu qu'il existait un degré de preuve *silver* selon lequel les genouillères et les semelles avec rebord latéral avaient un faible effet bénéfique sur la douleur, la fonction et la distance pouvant être parcourue à la marche. Il existe également degré de preuve *silver* selon lequel les semelles avec bandage peuvent corriger l'alignement de la jambe. Cependant, le port de genouillère et d'orthèses est peu susceptible d'être observé à long terme par les patients, tel que l'ont constaté les auteurs. Sinon, il n'y a pas de preuves montrant une efficacité plus grande d'une approche par rapport à l'autre.
- **Score de qualité :** 77%

- **Premier auteur (année)** : Gélis (2008)

- Résultats prinicipaux : Les auteurs ont effectué une revue systématique afin d'évaluer l'efficacité des orthèses plantaires dans le traitement de l'AG. Pour ce faire, des recherches ont été menées dans 3 bases de données électroniques, ce qui a permis d'identifier 13 essais pertinents. Les analyses ont mis en lumière que les orthèses pour la pronation du pied peuvent être proposées en raison de leur impact bénéfique sur les symptômes de l'AG, dans la mesure où elles contribueraient à réduire la consommation d'AINS. Toutefois, aucune preuve n'existe quant à de possibles améliorations structurales et fonctionnelles. Les auteurs concluent en précisant que plus d'essais contrôlés sont requis avant de pouvoir dire qu'il est souhaitable de prescrire des orthèses plantaires ou non aux personnes aux prises avec l'AG.
- **Score de qualité :** 75%

- **Premier auteur (année)** : Raja (2011)
- **Résultats prinicipaux :** Raja et Dewan (2011) ont réalisé une revue systématique dans le but d'évaluer l'efficacité des orthèses pour le genou et plantaires dans le traitement de l'AG. Des recherches ont été menées dans 7 bases de données électroniques pour trouver la littérature pertinente publiée entre 1996 et juin 2010. L'exercice a permis de répertorier 25 articles satisfaisant les critères d'inclusion. Les résultats ont mis en lumière que ces orthèses étaient efficaces dans la réduction de la douleur, de la raideur et de la prise de médicaments attribuables à l'AG. Elles ont également amélioré la proprioception, l'équilibre et les scores de fonction physique chez les sujets avec de l'AG varus et valgus. Les auteurs ont conclu en précisant que la portée des résultats de leur revue était limitée en raison de considérations méthodologiques, entre autres la faible qualité des essais et l'hétérogénéité des interventions.
- **Score de qualité :** 66%

Études de moins grande qualité

- **Premier auteur (année)** : Reilly (2006)
- **Résultats prinicipaux :** Reilly et al. (2006) ont mené une revue systématique afin de vérifier si les orthèses avec rebord latéral étaient efficaces dans le traitement de l'AG, ainsi que dans l'amélioration de l'alignement et de la biomécanique du pied et de la cheville durant la marche. Pour ce faire, des recherches ont été menées dans 9 bases de données électroniques (1975-juillet 2005) puis complétées par des recherches manuelles. Seize études pertinentes ont ainsi été retenues. Les analyses n'ont pas permis d'exposer des effets bénéfiques majeurs ou à long terme associés au port d'orthèses avec rebord latéral.
- **Score de qualité :** 50%

- **Premier auteur (année)** : Claus (2011)
- **Résultats prinicipaux :** Claus et Coudeyre (2011) ont voulu déterminer le niveau de preuve d'efficacité clinique des orthèses plantaires. Des recherches ont donc été menées dans 2 bases de données électroniques. Après analyses, les auteurs ont statué que le niveau de preuve était faible, mais que cela n'était pas un obstacle à leur utilisation en pratique courante lorsqu'on les compare au niveau de preuve et de tolérabilité d'autres approches non pharmacologiques.
- **Score de qualité :** 30%

- **Premier auteur (année)** : Beaudreuil (2009)
- **Résultats prinicipaux :** Beaudreuil et al. (2009) ont voulu déterminer si les orthèses et supports pour le genou étaient efficaces dans le traitement de l'AG. Des recherches ont été faites dans 3 bases de données afin de recenser les articles scientifiques pertinents parus entre 1966 et janvier 2006 sur le sujet. Au total, 20 articles ont été gardés. Des preuves modestes existeraient quant à l'efficacité des orthèses et supports pour le genou, avec une certaine avance de l'orthèse pour genoux valgus par rapport aux autres types. Ce type d'orthèse améliorerait la qualité de vie, la proprioception, la force et les charges de compression, alors que les autres types auraient un effet marginal sur la douleur seulement. Les auteurs concluent en précisant que davantage d'essais contrôlés sont nécessaire.
- **Score de qualité :** 59%

Approches chirugicales

Études de bonne qualité

- **Premier auteur (année)** : Forster (2004)

- Résultats prinicipaux : Forster (2004) a fait une revue systématique pour déterminer les avantages et les désavantages du resurfaçage rotulien dans le cadre d'arthroplasties totales du genou. Pour ce faire, l'auteur a mené des recherches dans 2 bases de données électroniques pour répertorier les écrits publiés sur cette question depuis 1966. Trois études avec un suivi d'au moins 5 ans post-arthroplastie ont été retenues. Les secondes opérations en raison de problèmes fémoro-patellaires ont été plus susceptibles de se produire chez les sujets n'ayant pas eu de resurfaçage rotulien que chez ceux en ayant eu un (11% vs. 0,7%). Sinon, il n'y a pas eu de différences entre les 2 groupes en ce qui concerne le taux de révision. Aucun avantage à moyen et à long terme n'a été associé au fait de ne pas procéder à un resurfaçage rotulien.
- **Score de qualité :** 66%

- **Premier auteur (année)** : He (2011)
- Résultats prinicipaux : He et al. (2011) se sont aussi intéressés aux avantages et aux désavantages du resurfaçage rotulien dans le cadre d'arthroplasties totales du genou. Seize essais cliniques ont été retenus pour des méta-analyses, suite à des recherches effectuées dans 5 bases de données électroniques (1966-2009). Aucune différence resurfaçage versus approche conventionnelle n'a été relevée en regard de la douleur et de la fonction. Bien que les réopérations aient semblé moins fréquentes chez les sujets n'ayant pas eu de resurfaçage, cet écart a perdu sa signification lorsque seules les études de haute qualité ont été considérées.
- **Score de qualité :** 77%

- **Premier auteur (année)** : Brouwer (2005)
- Résultats prinicipaux : Brouwer et al. (2005) ont également fait une revue systématique avec méta-analyses afin d'évaluer l'efficacité de l'ostéotomie tibiale haute. Pour ce faire, des recherches ont été menées dans 3 bases de données électroniques pour recenser les essais cliniques contrôlés – avec ou sans randomisation – publiés jusqu'en octobre 2002; une mise à jour jusqu'en mai 2007 a été réalisée par la suite. Ce sont ainsi 13 études qui ont été retenues, la plupart de faible qualité. Les auteurs concluent qu'il existe un degré de preuve *silver* que l'ostéotomie tibiale haute (*valgus)* améliore la fonction du genou et réduit la douleur. Il n'y a ni de preuve forte que cette chirurgie est plus efficace qu'un traitement conservateur, ni de preuve qu'elle est préférable à d'autres types de chirurgie du genou dans le traitement de l'AG.
- **Score de qualité :** 77%

- **Premier auteur (année)** : Griffin (2007)
- Résultats prinicipaux : Les auteurs ont comparé l'efficacité de l'arthroplastie unicompartimentale à celles de l'ostéotomie tibiale haute et de l'arthroplastie totale, en regard notamment de la fonction du genou, de la douleur post-opératoire et de l'amplitude de mouvement de l'articulation. Pour ce faire, des recherches ont été menées dans 4 bases de données afin de répertorier la littérature pertinente. Neuf études de qualité variable ont été trouvées. Pour ce qui est de la douleur et de la fonction, les 3 types d'interventions ont été d'efficacité comparable. Par contre, pour ce qui est de l'amplitude de mouvement, les résultats ont été plus favorables pour les sujets ayant eu une arthroplastie unicompartimentale que pour ceux ayant eu une arthroplastie totale.
- **Score de qualité :** 64%

- **Premier auteur (année)** : Gandhi (2009)
- Résultats prinicipaux : Gandhi et al. (2009) ont réalisé une méta-analyse afin de comparer l'efficacité de l'ostéotomie tibiale haute à celle de l'arthroplastie unicompartimentale dans le traitement de l'AG médiale, à partir d'essais cliniques et d'études observationnelles. Les 6 études pertinentes ont été trouvées suite à des recherches effectuées dans 4 bases de données électroniques (1966-mars 2008), de même que des recherches manuelles. L'arthroplastie unicompartimentale a occasionné un plus grand pourcentage de bons ou d'excellents résultats, l'*odds ratio* s'étant établi à 2,03 (IC 95%, 1,16-3,6). Une tendance vers un moins grand risque de descellement aseptique a également été notée pour cette intervention, ainsi qu'une meilleure vélocité. Les études présentaient un risque de biais faible et étaient homogènes.
- **Score de qualité :** 82%

- **Premier auteur (année)** : Laupattarakasem (2009)
- Résultats prinicipaux : Les auteurs ont évalué l'efficacité du débridement arthroscopique en regard du soulagement de la douleur et de l'amélioration de la fonction chez les personnes aux prises avec l'AG. Des recherches ont donc été menées dans 5 bases de données électroniques, en plus de recherches manuelles. Cela a permis de recenser 3 essais contrôlés d'intérêt, ceux-ci présentant dans l'ensemble un risque de biais modéré. Après

analyses des données, les auteurs ont conclu qu'il existait un niveau d'évidence « or » que le débridement arthroscopique n'a pas d'effet bénéfique par rapport à un autre type d'intervention ou une simulation d'intervention.
- **Score de qualité :** 86%

- **Premier auteur (année)** : Avouac (2010)
- **Résultats prinicipaux :** Les auteurs ont fait une revue systématique portant sur l'efficacité du lavage articulaire dans le traitement de l'AG, qu'il soit ou non combiné avec des injections intra-articulaires de stéroïdes. Pour ce faire, des recherches ont été menées dans 3 bases de données électroniques afin de recenser les essais contrôlés randomisés publiés sur le sujet entre 1966 et mai 2009. En tout, 6 essais ont été retenus pour fins d'analyses. Après combinaison des données, il s'est avéré qu'après 3 mois, le lavage articulaire n'était pas efficace pour améliorer les scores de douleur et de fonction. De plus, sa combinaison avec des injections intra-articulaires de stéroïdes n'a pas été plus efficace à cet égard.
- **Score de qualité :** 75%

- **Premier auteur (année)** : Zhang (2010)
- **Résultats prinicipaux :** Zhang et al. (2010) ont voulu déterminer laquelle de l'arthroplastie unicompartimentale ou de l'arthroplastie totale donnait les meilleurs résultats cliniques dans le cadre du traitement de l'AG unicompartimentale. Pour ce faire, des recherches ont été effectuées dans 9 bases de données électroniques afin de trouver la littérature pertinente publiée jusqu'en août 2009. Suite à cet exercice, 7 articles ont été conservés. Les analyses combinées ont montré que l'arthroplastie unicompartimentale s'est soldée par une plus grande amplitude de mouvement, la différence moyenne pondérée ayant été de 6,43 degrés (IC 95%, 3,46-9,40). La même tendance à été notée pour la fonction; la différence moyenne pondérée a ici été de 1,96 (IC 95%, 0,15-3,78). De plus, l'arthroplastie unicompartimentale a occasionné moins de complications. Par contre, dans les 5 années suivant l'intervention, davantage de révisions ont été nécessaires avec celle-ci. L'écart s'est par la suite amenuisé entre les 2 types d'interventions.
- **Score de qualité :** 75%

- **Premier auteur (année)** : Keeney (2011)
- **Résultats prinicipaux :** Keeney et al. (2011) ont voulu déterminer si l'arthroplastie totale du genou était efficace chez les patients plus jeunes, soit ceux âgés de moins de 55 ans. Pour ce faire, des recherches ont été menées dans 5 bases de données électroniques afin de recenser les études d'intérêt parues entre 1950 et mai 2008. Au total, ce sont 13 études qui ont été conservées pour fins d'analyses. L'arthroplastie totale du genou s'est soldée par des améliorations significatives des mesures cliniques et de la fonction prises par le chirurgien. Par ailleurs, les échecs implantaires ont modérément augmenté dans la deuxième décennie suivant l'intervention. Ces résultats sont similaires à ceux obtenus chez des patients plus âgés. Les auteurs concluent en précisant que des devis de meilleure qualité seraient les bienvenus.
- **Score de qualité :** 77%

Études de moins grande qualité

- **Premier auteur (année)** : Forster (2004)
- **Résultats prinicipaux :** Forster (2004) a fait une revue systématique pour déterminer les avantages et les désavantages du resurfaçage rotulien dans le cadre d'arthroplasties totales du genou. Pour ce faire, l'auteur a mené des recherches dans 2 bases de données électroniques pour répertorier les écrits publiés sur cette question depuis 1966. Trois études avec un suivi d'au moins 5 ans post-arthroplastie ont été retenues. Les secondes opérations en raison de problèmes fémoro-patellaires ont été plus susceptibles de se produire chez les sujets n'ayant pas eu de resurfaçage rotulien que chez ceux en ayant eu un (11% vs. 0,7%). Sinon, il n'y a pas eu de différences entre les 2 groupes en ce qui concerne le taux de révision. Aucun avantage à moyen et à long terme n'a été associé au fait de ne pas procéder à un resurfaçage rotulien.
- **Score de qualité :** 50%

- **Premier auteur (année)** : Virolainen (2004)
- **Résultats prinicipaux :** Virolainen et Aro (2004) ont procédé à une méta-analyse dans le but d'évaluer l'efficacité de l'ostéotomie tibiale haute chez les personnes souffrant d'AG. Des recherches dans Medline ont été réalisées pour trouver les études pertinentes publiées entre 1970 et 1988. Au total, ce sont 19 études qui ont été retenues. La méta-analyse a mis en lumière que cette intervention avait une probabilité moyenne de bons résultats de 60,3%, même

après 100 mois; une douleur égale à celle avant l'ostéotomie tibiale ou une légère douleur ont été considérés comme des résultats insatisfaisants. À 10 ans, le risque global d'échec s'est établi à 24,6%.
- **Score de qualité :** 32%

- **Premier auteur (année)** : Bazian Ltd
- **Résultats principaux :** Bazian Ltd a voulu établir si le lavage arthroscopique, avec ou sans débridement, était efficace dans l'amélioration de la douleur, de la fonction, de l'incapacité et de la qualité de vie chez les sujets atteints d'AG. Pour ce faire, une revue systématique a été faite à partir des 4 études d'intérêt identifiées suite à des recherches dans 10 bases de données différentes (2002-2005). À la lumière des résultats obtenus, les auteurs n'ont pu établir avec certitude si le débridement apportait quelque bénéfice que ce soit. De plus, il semble que le lavage arthroscopique ne soit pas plus efficace que certaines modalités de traitement fréquemment utilisées dans le cadre de la gestion de la maladie (AINS, injections, exercices).
- **Score de qualité :** 46%

- **Premier auteur (année)** : Samson et al. (2007)
- **Résultats principaux** : Les auteurs se sont intéressés à différentes modalités de traitement souvent utilisées dans la prise en charge de l'AG, dont le lavage arthroscopique. Trois bases de données ont été interrogées jusqu'à mars 2007 et les données de 23 études d'intérêt ont ainsi pu être combinées dans des méta-analyses. Les meilleures évidences ont montré que cette intervention, avec ou sans débridement, n'était pas plus efficace qu'un placebo dans l'atténuation des symptômes de l'AG. Cette étude a obtenu un score de qualité au-dessus de la barre du 60%. Siparky et al. (2007) se sont également intéressés à l'efficacité de l'arthroscopie dans le traitement de l'AG. Des recherches menées jusqu'à mai 2006 dans 3 bases de données électroniques ont permis aux auteurs de trouver 18 études pertinentes. Les données combinées ont mis en lumière que cette intervention pouvait avoir une certaine efficacité pour les cas d'AG peu sévère, mais qu'elle ne devrait pas être largement employée en raison des évidences scientifiques trop limitées.
- **Score de qualité :** 51%

Autres

Études de bonne qualité

- **Premier auteur (année)** : Gagnier (2004)
- **Résultats principaux :** Gagnier et al. (2004) ont évalué l'efficacité de préparations d'*Harpagophytum procumbens* dans le traitement de différentes conditions, dont la douleur associée à l'AG. Des recherches ont été menées dans 7 bases de données électroniques afin de répertorier des essais contrôlés portant sur le sujet. Les preuves de l'efficacité de cette plante contre la douleur ont été limitées lorsque son extrait était dilué dans l'éthanol (<30 mg/jour d'harpagoside). Les preuves ont par contre été modérées quand la plante était réduite sous forme de poudre (60 mg/jour d'harpagoside).
- **Score de qualité :** 66%

- **Premier auteur (année)** : Haynes (2007)
- **Résultats principaux :** Haynes et Gemmell (2007) ont voulu établir si les traitements topiques, pharmacologiques ou non, étaient efficaces dans le traitement de l'AG primaire. Pour ce faire, des recherches ont été menées dans 7 bases de données électroniques et Internet afin de recenser les essais publiés jusqu'en mai 2005. Un total de 17 essais pertinents ont été retenus pour les analyses, dont 16 affichant un bon score de qualité. Les preuves scientifiques quant à l'efficacité des traitements topiques dans le soulagement de la douleur, de la raideur et de la fonction ont été élevées, sans égard à la nature des traitements. Les auteurs ont conclu en ajoutant qu'il existait certaines preuves voulant que la consommation d'analgésiques diminue quand les traitements topiques sont employés.
- **Score de qualité :** 68%

- **Premier auteur (année)** : Brosseau (2010)
- **Résultats principaux** : Brosseau et al. (2010) ont effectué une revue systématique afin de déterminer l'efficacité de la thérapie au laser de faible niveau dans le traitement de l'AG. Des recherches ont été menées dans 5 bases de données électroniques, ce qui a permis de recenser 8 essais pertinents publiés jusqu'en mai 2005; des mises ont aussi été effectuées. De ce nombre, 5 ont montré un avantage significatif de la thérapie au laser par rapport à une thérapie

simulée pour au moins une mesure de résultats; 3 essais n'ont pas rapporté d'effets bénéfiques. Des analyses combinées ont pu être faites pour la douleur et il en est ressorti que la thérapie au laser était bénéfique; la différence moyenne standardisée s'est établie à -0,28 (IC 95%, -0,48 à -0,09). Dans l'ensemble, les études ont affiché une trop grande variabilité entre elles (divers appareils utilisés, intensité des traitements variables, mesures de résultats nombreuses, etc.), cela empêchant de poser des conclusions claires.
- **Score de qualité :** 89%

_____

- **Premier auteur (année)** : French (2011)
- **Résultats prinicipaux :** French et al. (2011) ont effectué une revue systématique dont l'objectif était de déterminer l'efficacité de la thérapie manuelle dans le soulagement de la douleur et l'amélioration de la fonction chez les sujets atteints d'AG. Huit bases de données électroniques ont été interrogées, ce qui a permis de trouver 4 essais randomisés d'intérêt. En raison du faible nombre d'études et de patients, de même que de l'hétérogénéité entre les études, les preuves quant à l'efficacité de la thérapie manuelle ont été jugées non concluantes.
- **Score de qualité :** 75%

Études de moins grande qualité

_____

- **Premier auteur (année)** : Long (2001)
- **Résultats prinicipaux :** Long et Ernst (2001) ont mené une revue systématique sur l'efficacité de l'homéopathie dans le traitement de l'AG. Pour ce faire, 6 bases de données électroniques ont été interrogées, de leur mise en place respective à août 2000. Seulement 4 essais contrôlés randomisés ont été trouvés suite aux recherches, ce qui fait dire aux auteurs qu'il est hasardeux, malgré des résultats qui favorisent les remèdes homéopathiques, d'établir quelque conclusion que ce soit à cette heure.
- **Score de qualité :** 57%

_____

- **Premier auteur (année)** : Richette (2008)
- **Résultats prinicipaux :** Richette et al. (2008) ont fait une revue systématique afin de vérifier si le bandage des membres inférieurs pouvait être efficace dans le traitement de l'arthrose. Pour ce faire, des recherches ont été effectuées dans 3 bases de données électroniques afin de trouver la littérature publiée entre 1966 et janvier 2006 sur le sujet. Cinq essais cliniques d'intérêt ont ainsi été trouvés. Pour l'instant, aucune preuve solide n'existe quant à l'efficacité de cette modalité dans le traitement de l'AG.
- **Score de qualité :** 48%

_____

- **Premier auteur (année)** : Selfe (2009)
- **Résultats prinicipaux :** Selfe et Innes (2009) ont voulu évaluer les effets des approches corps-esprit (tai chi, qi gong et yoga) sur les symptômes de l'AG. Des recherches ont donc été menées dans 5 bases de données électroniques afin de répertorier la littérature pertinente publiée jusqu'en septembre 2009. Huit études ont été jugées d'intérêt. Combinées, ces études ont montré que ces approches peuvent soulager la douleur et améliorer la fonction chez les sujets avec l'AG. Cependant, le fait que les échantillons aient été de petite taille et les études insuffisamment rigoureuses empêche pour l'instant de poser des conclusions fermes.
- **Score de qualité : 57%**

7. ÉVALUATION DE LA QUALITÉ – LES INTERVENTIONS

Exercices

		Nature du risque								
Premier auteur	**Année**	***Random sequence generation***	***Allocation concealment***	***Blinding or participants and personnel***	***Blinding of outcome assessment***	***Incomplete outcome data***	***Selective reporting***	**Groupes comparables**	**Conlits d'intérêt**	**Nombre "Risque faible "**
Foroughi_PRO	2011	Élevé	Faible	Élevé	Faible	Élevé	Faible	Faible	Faible	**5**
Foroughi_LOW	2011	Faible	Faible	Élevé	Faible	Élevé	Faible	Faible	Faible	**6**
Fitzgerald	2011	Faible	Faible	Élevé	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	**7**
Lim	2010	Faible	Faible	Élevé	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	**7**
Chaipinyo	2009	Incertain	Faible	Élevé	Faible	Élevé	Faible	Faible	Faible	**5**
Salli	2010	Faible	Faible	Faible	Incertain	Élevé	Faible	Faible	Incertain	**5**
Bennell	2010	Faible	Faible	Élevé	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	**7**
Weng	2009	Faible	Faible	Élevé	Faible	Faible	Faible	Élevé	Faible	**6**
Trans	2009	Incertain	Faible	Élevé	Incertain	Faible	Faible	Faible	Faible	**5**
Lin_EFF	2009	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	**8**
Jan	2009	Faible	Incertain	Élevé	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	**6**
Pisters	2010	Faible	Incertain	Élevé	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	**6**
McKnight	2010	Faible	Faible	Élevé	Faible	Faible	Faible	Incertain	Faible	**6**
Bezalel	2010	Faible	Incertain	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	**7**
Sevick	2009	Faible	Incertain	Élevé	Faible	Faible	Faible	Incertain	Faible	**5**
Ni	2010	Faible	Faible	Élevé	Faible	Élevé	Faible	Faible	Incertain	**5**
Wang	2009	Faible	Faible	Élevé	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	**7**
Gstoettner	2011	Faible	Incertain	Élevé	Incertain	Incertain	Faible	Incertain	Incertain	2
Shakoor	2010	Incertain	Incertain	Élevé	Incertain	Incertain	Élevé	Incertain	Incertain	0
Aoki	2009	Incertain	Incertain	Élevé	Élevé	Incertain	Faible	Faible	Incertain	2
Piyakhach	201	Élevé	Élevé	Élevé	Élevé	Élevé	Faible	Faible	Faible	3

ornrot	1									
Farr	2010	Faible	Faible	Élevé	Incertain	Élevé	Faible	Incertain	Faible	4
Ko	2009	Incertain	Incertain	Élevé	Incertain	Faible	Faible	Faible	Incertain	3

Injections intra-articulaires

		Nature du risque								
Premier auteur	**Année**	***Random sequence generation***	***Allocation concealment***	***Blinding or participants and personnel***	***Blinding of outcome assessment***	***Incomplete outcome data***	***Selective reporting***	**Groupes comparables**	**Conlits d'intérêt**	**Nombre "Risque faible"**
Petrella	2011	Faible	Incertain	Faible	Incertain	Faible	Faible	Faible	Incertain	**5**
Jorgensen	2010	Incertain	Incertain	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	**6**
Diracoglu	2009	Faible	Incertain	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Incertain	**6**
Vanelli	2010	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Incertain	Élevé	**6**
Rossini	2009	Faible	Incertain	Faible	Incertain	Faible	Faible	Faible	Élevé	**5**
Altman	2009	Faible	Incertain	Faible	Élevé	Faible	Faible	Faible	Incertain	**5**
Huber	2010	Élevé	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	**7**
Loughnan	2009	Incertain	Faible	Faible	Incertain	Élevé	Faible	Faible	Faible	**5**
Furuzawa	2009	Faible	Incertain	Faible	Incertain	Faible	Faible	Faible	Faible	**6**
Chevalier	2009	Incertain	Faible	Faible	Incertain	Faible	Faible	Faible	Élevé	**5**
Parmigiani	2010	Faible	Incertain	Faible	Incertain	Faible	Faible	Faible	Incertain	**5**
Chevalier	2010	Faible	Faible	Élevé	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	**7**
Baltzer	2009	Faible	Faible	Incertain	Incertain	Faible	Faible	Faible	Incertain	**5**
Lee_RAP	2011	Faible	Faible	Élevé	Faible	Faible	Faible	Faible	Incertain	**6**
Kawasaki	2009	Faible	Faible	Élevé	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	**7**
Shimizu	2010	Faible	Incertain	Incertain	Incertain	Élevé	Faible	Faible	Faible	4
Skwara	2009	Faible	Faible	Faible	Incertain	Élevé	Faible	Incertain	Incertain	4

Suppléments

	Nature du risque

Premier auteur	Année	*Random sequence generation*	*Allocation concealment*	*Blinding or participants and personnel*	*Blinding of outcome assessment*	*Incomplete outcome data*	*Selective reporting*	Groupes comparables	Conflits d'intérêt	Nombre "Risque faible"
Moller	2010	Faible	Faible	Faible	Incertain	Faible	Faible	Faible	Élevé	**6**
Kahan	2009	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Élevé	**7**
Giordano	2009	Faible	Incertain	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Incertain	**6**
Nandhakumar	2009	Faible	Incertain	Faible	Incertain	Faible	Faible	Faible	Élevé	**5**
Sawitzke	2010	Incertain	Incertain	Faible	Incertain	Faible	Faible	Faible	Faible	**5**
Crowley	2009	Faible	Incertain	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	**7**
Petersen	2010	Faible	Faible	Faible	Faible	Élevé	Faible	Faible	Élevé	**6**
Kulkarni	2011	Incertain	Faible	Faible	Incertain	Faible	Faible	Faible	Incertain	**5**
Chopra	2011	Faible	Faible	Faible	Incertain	Faible	Faible	Incertain	Faible	**6**
Farid	2010	Incertain	Incertain	Faible	Incertain	Faible	Faible	Faible	Faible	**5**
Ruff	2009	Faible	Incertain	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Élevé	**6**
Benito-Ruiz	2009	Incertain	Faible	Faible	Incertain	Faible	Faible	Faible	Élevé	**5**
Levy	2010	Faible	Faible	Faible	Incertain	Faible	Faible	Faible	Élevé	**6**
Kuptniratsaikul	2009	Faible	Faible	Élevé	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	**7**
Wildi	2011	Incertain	Faible	Élevé	Élevé	Élevé	Faible	Faible	Élevé	3
Pavelka	2010	Faible	Incertain	Faible	Incertain	Faible	Faible	Incertain	Élevé	4
Trč	2011	Incertain	Incertain	Incertain	Incertain	Faible	Faible	Incertain	Incertain	2
Tao	2009	Faible	Incertain	Incertain	Incertain	Faible	Faible	Faible	Incertain	4
Haflah	2009	Incertain	Incertain	Incertain	Incertain	Élevé	Faible	Incertain	Incertain	1
Gruenwald	2009	Faible	Faible	Faible	Incertain	Incertain	Faible	Incertain	Élevé	4
Hussain	2009	Incertain	Incertain	Faible	Incertain	Incertain	Faible	Incertain	Faible	3

Thérapie électrique et ultrasons

	Nature du risque

Premier auteur	Année	*Random sequence generation*	*Allocation concealment*	*Blinding or participants and personnel*	*Blinding of outcome assessment*	*Incomplete outcome data*	*Selective reporting*	Groupes comparables	Conlits d'intérêt	Nombre "Risque faible"
Fary	2011	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	**8**
Taverner	2010	Faible	Faible	Faible	Incertain	Élevé	Faible	Faible	Élevé	**5**
Palmieri-S.	2010	Faible	Faible	Élevé	Élevé	Faible	Faible	Faible	Faible	**6**
Chen	2011	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	**8**
Tasciogl u	2010	Faible	Faible	Faible	Élevé	Élevé	Faible	Faible	Faible	**6**
Özgüçlü	2010	Incertain	Incertain	Faible	Incertain	Faible	Faible	Faible	Faible	**5**
Akyol	2010	Incertain	Faible	Élevé	Incertain	Faible	Faible	Faible	Faible	**5**
Tok	2011	Incertain	Incertain	Élevé	Élevé	Incertain	Faible	Incertain	Incertain	1
Yilmaz	2010	Faible	Incertain	Incertain	Incertain	Faible	Faible	Faible	Incertain	4
Pietrosimone	2010	Faible	Élevé	Incertain	Incertain	Incertain	Faible	Incertain	Faible	3
Altay	2010	Faible	Incertain	Incertain	Incertain	Incertain	Faible	Faible	Faible	4
Ay	2009	Élevé	Incertain	Élevé	Faible	Faible	Faible	Faible	Incertain	4
Külcü	2009	Élevé	Incertain	Élevé	Incertain	Faible	Faible	Faible	Faible	4

Acupuncture

		Nature du risque								
Premier auteur	Année	*Random sequence generation*	*Allocation concealment*	*Blinding or participants and personnel*	*Blinding of outcome assessment*	*Incomplete outcome data*	*Selective reporting*	Groupes comparables	Conlits d'intérêt	Nombre "Risque faible"
Kim	2010	Incertain	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Incertain	**6**
Taechaarpornkul	2009	Faible	Faible	Élevé	Faible	Faible	Faible	Incertain	Faible	**6**
Suarez-Almazor	2010	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	**8**
Ahsin	2009	Incertain	Incertain	Élevé	Incertain	Élevé	Faible	Incertain	Faible	2
Wu	2010	Faible	Incertain	Incertain	Incertain	Faible	Faible	Faible	Incertain	4

Meng	2009	Incertain	Incertain	Élevé	Incertain	Faible	Faible	Faible	Incertain	3
Lev-Ari	2011	Faible	Incertain	Incertain	Incertain	Faible	Faible	Faible	Incertain	4
Whitehurst	2011	Incertain	Incertain	Élevé	Incertain	Faible	Faible	Incertain	Faible	3

Chaleur

		Nature du risque								
Premier auteur	**Année**	***Random sequence generation***	***Allocation concealment***	***Blinding or participants and personnel***	***Blinding of outcome assessment***	***Incomplete outcome data***	***Selective reporting***	**Groupes comparables**	**Conlits d'intérêt**	**Nombre "Risque faible"**
Giombini	2011	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Incertain	**7**
Forestier	2010	Faible	Faible	Élevé	Incertain	Faible	Faible	Incertain	Faible	**5**
Fioravanti	2010	Faible	Incertain	Élevé	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	**6**
Fioravanti	2011	Faible	Faible	Élevé	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	**7**
Yildirim	2010	Incertain	Incertain	Incertain	Incertain	Faible	Faible	Faible	Faible	4
Kitay	2009	Incertain	Faible	Élevé	Faible	Élevé	Faible	Incertain	Élevé	3
Sherman	2009	Faible	Incertain	Élevé	Incertain	Élevé	Faible	Faible	Incertain	3

Orthèses

		Nature du risque								
Premier auteur	**Année**	***Random sequence generation***	***Allocation concealment***	***Blinding or participants and personnel***	***Blinding of outcome assessment***	***Incomplete outcome data***	***Selective reporting***	**Groupes comparables**	**Conlits d'intérêt**	**Nombre "Risque faible"**
van Raaij	2010	Faible	Faible	Élevé	Élevé	Faible	Faible	Incertain	Faible	**5**
Erhart	2010	Faible	Faible	Élevé	Faible	Élevé	Faible	Faible	Faible	**6**
Barrios	2009	Faible	Faible	Faible	Incertain	Faible	Faible	Faible	Faible	**7**
Koca	2009	Incertain	Incertain	Élevé	Incertain	Faible	Faible	Faible	Incertain	3

Approche de soins et physiothérapie

		Nature du risque								
Premier auteu	**Année**	***Random sequen***	***Allocation conceal***	***Blinding or participa***	***Blinding of outcome***	***Incomplete outcom***	***Selective reporti***	**Groupes comparables**	**Conlits d'inté**	**Nombre "Risq**

r		ce generation	ment	nts and personnel	assessment	e data	ng		rêt	ue faible"
Jessep	2009	Faible	Faible	Élevé	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	**7**
Ravaud	2009	Faible	Incertain	Élevé	Élevé	Faible	Faible	Faible	Faible	**5**
Gremion	2009	Incertain	Incertain	Faible	Faible	Élevé	Faible	Incertain	Incertain	3

Thérapie au laser

		Nature du risque								
Premier auteur	**Année**	***Random sequence generation***	***Allocation concealment***	***Blinding or participants and personnel***	***Blinding of outcome assessment***	***Incomplete outcome data***	***Selective reporting***	**Groupes comparables**	**Conlits d'intérêt**	**Nombre "Risque faible"**
Hegedus	2009	Faible	Faible	Faible	Incertain	Élevé	Faible	Incertain	Faible	**5**

Approches pharmacologiques

		Nature du risque								
Premier auteur	**Année**	***Random sequence generation***	***Allocation concealment***	***Blinding or participants and personnel***	***Blinding of outcome assessment***	***Incomplete outcome data***	***Selective reporting***	**Groupes comparables**	**Conlits d'intérêt**	**Nombre "Risque faible"**
Barthel	2009	Incertain	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Élevé	**6**
Pareek_EFF	2011	Incertain	Faible	Incertain	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	**6**
Pareek_ZAL	2011	Incertain	Faible	Incertain	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	**6**
Nandhakumar	2009	Faible	Incertain	Faible	Incertain	Faible	Faible	Faible	Élevé	**5**
Kuptniratsaikul	2009	Faible	Faible	Élevé	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	**7**
Snijders	2011	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	**8**
Chappell	2011	Faible	Faible	Faible	Incertain	Faible	Faible	Faible	Élevé	**6**
Lane	2010	Faible	Faible	Faible	Incertain	Faible	Faible	Faible	Élevé	**6**
Jokar	2010	Faible	Incertain	Faible	Incertain	Élevé	Faible	Faible	Faible	**5**
Afilalo	2010	Faible	Faible	Faible	Incertain	Faible	Faible	Faible	Élevé	**6**
Sadreddin	200	Faible	Incertain	Faible	Incertain	Faible	Faible	Faible	Incert	**5**

i	9								ain	
Kean	2009	Incertain	Incertain	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Élevé	**5**
Raynauld	2009	Incertain	Faible	Faible	Incertain	Faible	Faible	Faible	Élevé	**5**
Kim	2009	Faible	Incertain	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	**7**
Simon	2009	Faible	Faible	Faible	Incertain	Incertain	Faible	Faible	Élevé	**5**
Schnitzer	2011	Faible	Incertain	Incertain	Incertain	Faible	Faible	Faible	Élevé	4
Paul	2009	Faible	Incertain	Faible	Faible	Élevé	Faible	Incertain	Incertain	4
de Boer	2009	Incertain	Incertain	Élevé	Incertain	Incertain	Faible	Élevé	Incertain	1
Pareek	2010	Faible	Incertain	Faible	Incertain	Élevé	Faible	Faible	Élevé	4
Doi	2010	Faible	Incertain	Élevé	Incertain	Élevé	Faible	Faible	Faible	4
Brahmachari	2009	Faible	Incertain	Élevé	Incertain	Faible	Faible	Faible	Incertain	4
Schnitzer	2009	Incertain	Incertain	Faible	Incertain	Faible	Faible	Élevé	Faible	4
Turhanoglu	2010	Faible	Incertain	Incertain	Incertain	Incertain	Faible	Faible	Faible	4

Approches chirurgicales

		Nature du risque								
Premier auteur	**Année**	***Random sequence generation***	***Allocation concealment***	***Blinding or participants and personnel***	***Blinding of outcome assessment***	***Incomplete outcome data***	***Selective reporting***	**Groupes comparables**	**Conlits d'intérêt**	**Nombre "Risque faible"**
Pan	2010	Faible	Faible	Élevé	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	**7**
Li	2010	Faible	Incertain	Élevé	Faible	Élevé	Faible	Faible	Faible	**5**
Lee	2011	Faible	Faible	Élevé	Faible	Faible	Faible	Faible	Incertain	**6**
Lin_QUA	2009	Faible	Faible	Élevé	Incertain	Faible	Faible	Faible	Faible	**6**
Dalury	2009	Faible	Faible	Élevé	Faible	Élevé	Faible	Incertain	Faible	**5**
Burnett	2009	Faible	Incertain	Élevé	Faible	Élevé	Faible	Faible	Faible	**5**
Hui	2011	Faible	Faible	Faible	Faible	Élevé	Faible	Faible	Faible	**7**
Choi	2010	Faible	Incertain	Élevé	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	**6**
Choi	2011	Faible	Faible	Faible	Faible	Élevé	Faible	Faible	Faible	**7**

Lygre	2010	Incertain	Incertain	Élevé	Élevé	Faible	Faible	Élevé	Faible	3
Chalidis	2010	Incertain	Incertain	Élevé	Incertain	Faible	Faible	Faible	Incertain	3
Juospon is	2009	Incertain	Faible	Élevé	Incertain	Incertain	Faible	Faible	Incertain	3
Karpman	2009	Faible	Incertain	Faible	Incertain	Incertain	Faible	Faible	Élevé	4
Newman	2009	Faible	Incertain	Élevé	Incertain	Élevé	Faible	Incertain	Faible	3
Shetty	2010	Incertain	Incertain	Incertain	Faible	Élevé	Faible	Incertain	Faible	3
Varela-E.	2010	Faible	Incertain	Incertain	Incertain	Incertain	Faible	Faible	Faible	4
Bonutti	2010	Incertain	Faible	Élevé	Incertain	Incertain	Faible	Incertain	Faible	3
Jung	2009	Incertain	Incertain	Élevé	Incertain	Incertain	Faible	Incertain	Incertain	1
Park	2010	Incertain	Incertain	Incertain	Incertain	Élevé	Faible	Faible	Incertain	2
Gao	2009	Faible	Faible	Élevé	Incertain	Incertain	Faible	Incertain	Élevé	3
Matsuda	2010	Élevé	Élevé	Incertain	Incertain	Faible	Faible	Faible	Faible	4
Vasdev	2009	Faible	Incertain	Élevé	Incertain	Faible	Faible	Faible	Incertain	4
Koskinen	2010	Élevé	Élevé	Élevé	Incertain	Élevé	Faible	Faible	Faible	3
Kim_EAR	2009	Incertain	Faible	Incertain	Incertain	Incertain	Faible	Incertain	Incertain	2
Higuchi	2009	Faible	Incertain	Élevé	Incertain	Incertain	Faible	Incertain	Incertain	2
Lützner	2010	Faible	Incertain	Élevé	Élevé	Faible	Faible	Faible	Élevé	4
Seon_COM	2009	Élevé	Élevé	Élevé	Incertain	Faible	Faible	Faible	Faible	4
Seon_FUN	2009	Incertain	Faible	Élevé	Incertain	Élevé	Faible	Incertain	Incertain	2

Autres

		Nature du risque								
Premier auteur	**Année**	***Random sequence generation***	***Allocation concealment***	***Blinding or participants and personnel***	***Blinding of outcome assessment***	***Incomplete outcome data***	***Selective reporting***	**Groupes comparables**	**Conlits d'intérêt**	**Nombre "Risque faible"**
Riecke	2010	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Incertain	Élevé	**6**
Soltanian	2010	Faible	Faible	Faible	Incertain	Faible	Faible	Faible	Incertain	**6**
Varma	2010	Incertain	Incertain	Incertain	Faible	Incertain	Faible	Incertain	Incertain	2
Bar-	2010	Élevé	Élevé	Incertain	Incertain	Faible	Faible	Faible	Faible	4

Ziv										
Zaidi	2009	Faible	Incertain	Élevé	Incertain	Faible	Faible	Faible	Incertain	4
Soltanian	2009	Faible	Incertain	Faible	Incertain	Faible	Incertain	Élevé	Faible	4
Odabasi	2009	Élevé	Élevé	Élevé	Faible	Faible	Faible	Faible	Incertain	4
Mahboob	2009	Incertain	Incertain	Faible	Incertain	Faible	Faible	Incertain	Faible	4

8. ARTICLES REJETÉS – LES INTERVENTIONS

REVUES SYSTÉMATIQUES ET MÉTA-ANALYSES

Approches non pharmacologiques

Exercices

Motif de rejet: N'est pas une revue systématique/méta-analyse (n=12)

1. Henrotin, Y. (2011). Prise en charge non pharmacologique de l'arthrose de la hanche et du genou. Que faut-il recommander? *Lettre de Medecine Physique et de Readaptation* 27(1), pp. 15-22.
2. Hamlin, B. R. (2011). Treatment of knee arthrosis in the morbidly obese patient. *Orthopedic Clinics of North America,* 42(1), pp. 107-113.
3. Bennell, K. L. & Hinman, R. S. (2011). The role of resistance training in the management of knee osteoarthritis. *European Musculoskeletal Review,* 6(1), pp. 10-13.
4. Messier, S. P. (2010). Diet and exercise for obese adults with knee osteoarthritis. *Clinics in Geriatric Medicine,* 26(3), pp. 461-477.
5. Lin, C.-W. C., Taylor, D., Bierma-Zeinstra, S. M. A. & Maher, C. G. (2010). Exercise for osteoarthritis of the knee. *Physical Therapy,* 90(6), pp. 839-842.
6. Bennell, K. L., Hunt, M. A., Wrigley, T. V., Lim, B. W. & Hinman, R. S. (2009). Muscle and Exercise in the Prevention and Management of Knee Osteoarthritis: an Internal Medicine Specialist's Guide. *Medical Clinics of North America,* 93(1), pp. 161-177.
7. Keysor, J. J. & Brembs, A. (2011). Exercise: necessary but not sufficient for improving function and preventing disability? *Current Opinion in Rheumatology,* 23(2), pp. 211-218.
8. Focht, B. C. (2006). Effectiveness of exercise interventions in reducing pain symptoms among older adults with knee osteoarthritis: a review. *Journal of Aging & Physical Activity,* 14(2), pp. 212-235.
9. Richards, J. C. & Fang, M. A. (2004). Exercise prescription for knee osteoarthritis. *Clinical Kinesiology,* 58(3), pp. 8-14.
10. Ebell, M. H. (2004). Effect of exercise intensity on osteoarthritis. *American Family Physician,* 70(5), pp. 865-866.
11. .Alkhazim Alghamdi, M. A., Olney, S. & Costigan, P. (2004). Exercise treatment for osteoarthritis disability. *Annals of Saudi Medicine,* 24(5), pp. 326-331.
12. Bischoff, H. A. & Roos, E. M. (2003). Effectiveness and safety of strengthening, aerobic, and coordination exercises for patients with osteoarthritis. *Current Opinion in Rheumatology,* 15(2), pp. 141-144.

Motif de rejet : Non spécifique à l'AG (n=6)

1. Haaz, S. & Bartlett, S. J. (2011). Yoga for Arthritis: A Scoping Review. *Rheumatic Disease Clinics of North America,* 37(1), pp. 33-46.
2. Callahan, L. F. (2009). Physical activity programs for chronic arthritis. *Current Opinion in Rheumatology,* 21(2), pp. 177-182.
3. Escalante, Y., Saavedra, J. M., García-Hermoso, A., Silva, A. J. & Barbosa, T. M. (2010). Physical exercise and reduction of pain in adults with lower limb osteoarthritis: A systematic review. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation,* 23(4), pp. 175-186.
4. Farrar, E. K. & Mitchell, H. (2009). Osteoarthritis and exercise: a review of the literature. *Journal of the South Carolina Medical Association (1975),* 105(1), pp. 8-11.
5. Delarue, Y., de Branche, B., Anract, P., Revel, M. & Rannou, F. (2007). Supervised or unsupervised exercise for the treatment of hip and knee osteoarthritis. Clinical practice recommendations. *Annales De Readaptation Et De Medecine Physique,* 50, pp. 759-768, 747-758.
6. Bennell, K. & Hinman, R. (2005). Exercise as a treatment for osteoarthritis. *Current Opinion in Rheumatology,* 17(5), pp. 634-640.

Motif de rejet : Doublon (n=4)

1. Fransen, M. & McConnell, S. (2008). Exercise for osteoarthritis of the knee. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*(4).

2. Bartels, E. M., Lund, H., Hagen, K. B., Dagfinrud, H., Christensen, R. & Danneskiold-Samsøe, B. (2007). Aquatic exercise for the treatment of knee and hip osteoarthritis. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*(4).
3. Fransen, M., McConnell, S. & Bell, M. (2003). Exercise for osteoarthritis of the hip or knee. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*(3).
4. Brosseau, L., MacLeay, L., Robinson, V., Wells, G. & Tugwell, P. (2003). Intensity of exercise for the treatment of osteoarthritis. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*(2).

Injections intra-articulaires

Motif de rejet: N'est pas une revue systématique/méta-analyse (n=36)

1. Iannitti, T., Lodi, D. & Palmieri, B. (2011). Intra-articular injections for the treatment of osteoarthritis: Focus on the clinical use of hyaluronic acid. *Drugs in R and D,* 11(1), pp. 13-27.
2. Gigante, A. & Callegari, L. (2011). The role of intra-articular hyaluronan (Sinovial®) in the treatment of osteoarthritis. *Rheumatology International,* 31(4), pp. 427-444.
3. Rabago, D., Slattengren, A. & Zgierska, A. (2010). Prolotherapy in Primary Care Practice. *Primary Care - Clinics in Office Practice,* 37(1), pp. 65-80.
4. Fox, B. A. & Stephens, M. M. (2010). Treatment of knee osteoarthritis with Orthokine®-derived autologous conditioned serum. *Expert Review of Clinical Immunology,* 6(3), pp. 335-345.
5. Curran, M. P. (2010). Hyaluronic acid (Supartz®): A review of its use in osteoarthritis of the knee. *Drugs and Aging,* 27(11), pp. 925-941.
6. Chevalier, X. (2010). Intraarticular treatments for osteoarthritis: New perspectives. *Current Drug Targets,* 11(5), pp. 546-560.
7. Altman, R. D. (2010). Non-avian-derived hyaluronan for the treatment of osteoarthritis of the knee. *Expert Review of Clinical Immunology,* 6(1), pp. 21-27
8. Strauss, E. J., Hart, J. A., Miller, M. D., Altman, R. D. & Rosen, J. E. (2009). Hyaluronic acid viscosupplementation and osteoarthritis: current uses and future directions. *The American journal of sports medicine,* 37(8), pp. 1636-1644.
9. Radecki, J., Kim, S. S. & Vad, V. B. (2009). Synvisc-One™ for the treatment of knee osteoarthritis. *International Journal of Clinical Rheumatology,* 4(6), pp. 631-639.
10. Das, A., Neher, J. O. & Safranek, S. (2009). Clinical inquiries. Do hyaluronic acid injections relieve OA knee pain? *The Journal of family practice,* 58(5), pp. 281c-e.
11. Conduah, A. H., Baker Iii, C. L. & Baker Jr, C. L. (2009). Managing joint pain in osteoarthritis: Safety and efficacy of hylan G-F 20. *Journal of Pain Research,* 2, pp. 87-98.
12. Benke, M. & Shaffer, B. (2009). Viscosupplementation treatment of arthritis pain. *Current Pain and Headache Reports,* 13(6), pp. 440-446.
13. Migliore, A. & Granata, M. (2008). Intra-articular use of hyaluronic acid in the treatment of osteoarthritis. *Clinical Interventions in Aging,* 3(2), pp. 365-369.
14. Conrozier, T. & Chevalier, X. (2008). Long-term experience with hylan GF-20 in the treatment of knee osteoarthritis. *Expert Opinion on Pharmacotherapy,* 9(10), pp. 1797-1804.
15. Strand, V., Conaghan, P. G., Lohmander, L. S., Koutsoukos, A. D., Hurley, F. L., Bird, H., et al. (2006). An integrated analysis of five double-blind, randomized controlled trials evaluating the safety and efficacy of a hyaluronan product for intra-articular injection in osteoarthritis of the knee. *Osteoarthritis & Cartilage,* 14(9), pp. 859-866.
16. Stitik, T. P., Kumar, A. & Foye, P. M. (2006). Corticosteroid injections for osteoarthritis. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation,* 85(11 SUPPL.), pp. S51-S66.
17. Neustadt, D. H. (2006). Intra-articular injections for osteoarthritis of the knee. *Cleveland Clinic Journal of Medicine,* 73(10), pp. 897-911.
18. Medina, J. M., Thomas, A. & Denegar, C. R. (2006). Knee osteoarthritis: Should your patient opt for hyaluronic acid injection? *Journal of Family Practice,* 55(8), pp. 669-675.
19. Gossec, L. & Dougados, M. (2006). Do intra-articular therapies work and who will benefit most? *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology,* 20(1), pp. 131-144.
20. Schumacher, H. R. & Chen, L. X. (2005). Injectable corticosteroids in treatment of arthritis of the knee. *American Journal of Medicine,* 118(11), pp. 1208-1214.
21. Goldberg, V. M. & Buckwalter, J. A. (2005). Hyaluronans in the treatment of osteoarthritis of the knee: evidence for disease-modifying activity. *Osteoarthritis and Cartilage,* 13, pp. 216-224.

22. Arroll, B. (2004). Steroid injections effective for knee osteoarthritis. *Journal of Family Practice,* 53(8), pp. 606.
23. Uthman, I., Raynauld, J. P. & Haraoui, B. (2003). Intra-articular therapy in osteoarthritis. *Postgraduate Medical Journal,* 79(934), pp. 449-453.
24. Altman, R. D. (2003). Status of hyaluronan supplementation therapy in osteoarthritis. *Current Rheumatology Reports,* 5(1), pp. 7-14.
25. Maheu, E., Ayral, X. & Dougados, M. (2002). A hyaluronan preparation (500-730 KDA) in the treatment of osteoarthritis: A review of clinical trials with Hyalgan®. *International Journal of Clinical Practice,* 56(10), pp. 804-813.
26. Kirwan, J. (2001). Is there a place for intra-articular hyaluronate in osteoarthritis of the knee? *Knee,* 8(2), pp. 93-101.
27. Evanich, J. D., Evanich, C. J., Wright, M. B. & Rydlewicz, J. A. (2001). Efficacy of intraarticular hyaluronic acid injections in knee osteoarthritis. *Clinical Orthopaedics & Related Research,* 390, pp. 173-181.
28. Ayral, X. (2001). Injections in the treatment of osteoarthritis. *Best Practice & Research in Clinical Rheumatology,* 15(4), pp. 609-626.
29. Wen, D. Y. (2000). Intra-articular hyaluronic acid injections for knee osteoarthritis. *American Family Physician,* 62(3), pp. 565-570.
30. Watterson, J. R. & Esdaile, J. M. (2000). Viscosupplementation: therapeutic mechanisms and clinical potential in osteoarthritis of the knee. *The Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons,* 8(5), pp. 277-284.
31. Rosier, R. N. & O'Keefe, R. J. (2000). Hyaluronic acid therapy. *Instructional course lectures,* 49, pp. 495-502.
32. Moskowitz, R. W. (2000). Hyaluronic acid supplementation. *Current Rheumatology Reports,* 2(6), pp. 466-471.
33. Hochberg, M. C. (2000). Role of intra-articular hyaluronic acid preparations in medical management of osteoarthritis of the knee. *Seminars in Arthritis and Rheumatism,* 30(2 SUPPL. 1), pp. 2-10.
34. Brandt, K. D., Smith Jr, G. N. & Simon, L. S. (2000). Intraarticular injection of hyaluronan as treatment for knee osteoarthritis: What is the evidence? *Arthritis and Rheumatism,* 43(6), pp. 1192-1203.
35. Wobig, M. (1999). Hylan G-F 20 (Synvisc) for the treatment of osteoarthritis of the knee: Clinical studies and practical considerations. *Journal of Clinical Rheumatology,* 5(6 SUPPL.), pp. S12-S17.
36. Adams, M. E. (1993). An analysis of clinical studies of the use of crosslinked hyaluronan, hylan, in the treatment of osteoarthritis. *Journal of Rheumatology - Supplement,* 39, pp. 16-18.

Motif de rejet : Non spécifique à l'AG (n=5)

1. van der Zant, F. M., Boer, R. O., Moolenburgh, J. D., Jahangier, Z. N., Bijlsma, H. J. W. J. & Jacobs, H. J. W. G. (2009). Radiation synovectomy with 90yttrium, 186rhenium and 169erbium: A systematic literature review with meta-analyses. *Clinical and Experimental Rheumatology,* 27(1), pp. 130-139.
2. Harvey, W. F. & Hunter, D. J. (2008). The role of analgesics and intra-articular injections in disease management. *Rheumatic Diseases Clinics of North America,* 34(3), pp. 777-788.
3. Tehranzadeh, J., Mossop, E. P. & Golshan-Momeni, M. (2006). Therapeutic Arthrography and Bursography. *Orthopedic Clinics of North America,* 37(3), pp. 393-408.
4. Jubb, R. W. (2002). Oral and intra-articular remedies: Review of papers published from March 2001 to February 2002. *Current Opinion in Rheumatology,* 14(5), pp. 597-602.
5. Hunter, J. A. & Blyth, T. H. (1999). A risk-benefit assessment of intra-articular corticosteroids in rheumatic disorders. *Drug Safety,* 21(5), pp. 353-365.

<u>Suppléments</u>

Motif de rejet : Non spécifique à l'AG (n=10)

1. de Silva, V., El-Metwally, A., Ernst, E., Lewith, G. & Macfarlane, G. J. (2011). Evidence for the efficacy of complementary and alternative medicines in the management of osteoarthritis: A systematic review. *Rheumatology,* 50(5), pp. 911-920.

2. Vangsness Jr, C. T., Spiker, W. & Erickson, J. (2009). A Review of Evidence-Based Medicine for Glucosamine and Chondroitin Sulfate Use in Knee Osteoarthritis. *Arthroscopy - Journal of Arthroscopic and Related Surgery,* 25(1), pp. 86-94.
3. Bartels, E. M., Bliddal, H., Schøndorff, P. K., Altman, R. D., Zhang, W. & Christensen, R. (2010). Symptomatic efficacy and safety of diacerein in the treatment of osteoarthritis: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Osteoarthritis and Cartilage,* 18(3), pp. 289-296.
4. Christensen, R., Bartels, E. M., Altman, R. D., Astrup, A. & Bliddal, H. (2008). Does the hip powder of Rosa canina (rosehip) reduce pain in osteoarthritis patients? - a meta-analysis of randomized controlled trials. *Osteoarthritis and Cartilage,* 16(9), pp. 965-972.
5. Brien, S., Lewith, G. T. & McGregor, G. (2006). Devil's Claw (Harpagophytum procumbens) as a treatment for osteoarthritis: A review of efficacy and safety. *Journal of Alternative and Complementary Medicine,* 12(10), pp. 981-993.
6. Gregory, P. J., Sperry, M. & Wilson, A. F. (2008). Dietary supplements for osteoarthritis. *American Family Physician,* 77(2), pp. 177-184.
7. Reginster, J. Y., Bruyere, O. & Neuprez, A. (2007). Current role of glucosamine in the treatment of osteoarthritis. *Rheumatology,* 46(5), pp. 731-735.
8. Clark, K. L. (2007). Nutritional Considerations in Joint Health. *Clinics in Sports Medicine,* 26(1), pp. 101-118.
9. Ahmed, S., Anuntiyo, J., Malemud, C. J. & Haqqi, T. M. (2005). Biological basis for the use of botanicals in osteoarthritis and rheumatoid arthritis: a review. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine,* 2, pp. 301-308.
10. Häuselmann, H. J. (2001). Nutripharmaceuticals for osteoarthritis. *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology,* 15(4), pp. 595-607.

Motif de rejet: N'est pas une revue systématique/méta-analyse (n=17)

1. Olsen, N. J. (2011). Nutraceuticals for the treatment of osteoarthritis. *Minerva Medica,* 102(1), pp. 33-40.
2. Miller, K. L. & Clegg, D. O. (2011). Glucosamine and Chondroitin Sulfate. *Rheumatic Disease Clinics of North America,* 37(1), pp. 103-118.
3. Gottlieb, D. K. L. (2011). Using the medical food flavocoxid in managing osteoarthritis. *J Pain and Palliat Care Pharmacoth,* Vol. 25(1).
4. Morris, J. D. & Smith, K. M. (2009). Chondroitin sulfate in osteoarthritis therapy. *Orthopedics,* 32(4), pp. 268.
5. Kubo, M., Ando, K., Mimura, T., Matsusue, Y. & Mori, K. (2009). Chondroitin sulfate for the treatment of hip and knee osteoarthritis: Current status and future trends. *Life Sciences,* 85(13-14), pp. 477-483.
6. Fox, B. A. & Stephens, M. M. (2009). Glucosamine/chondroitin/primorine combination therapy for osteoarthritis. *Drugs of Today,* 45(1), pp. 21-31.
7. Altman, R. D. (2009). Glucosamine therapy for knee osteoarthritis: Pharmacokinetic considerations. *Expert Review of Clinical Pharmacology,* 2(4), pp. 359-371.
8. Henrotin, Y., Lambert, C., Couchourel, D., Ripoll, C. & Chiotelli, E. (2011). Nutraceuticals: Do they represent a new era in the management of osteoarthritis? - a narrative review from the lessons taken with five products. *Osteoarthritis and Cartilage,* 19(1), pp. 1-21.
9. Dinubile, N. A. D. (2010). A Potential Role for Avocado- and Soybean-Based Nutritional Supplements in the Management of Osteoarthritis: A Review. *The Physician and Sportsmedicine,* 38.
10. Uebelhart, D. (2008). Clinical review of chondroitin sulfate in osteoarthritis. *Osteoarthritis and Cartilage,* 16(SUPPL. 3), pp. S19-S21.
11. Monfort, J., Martel-Pelletier, J. & Pelletier, J. P. (2008). Chondroitin sulphate for symptomatic osteoarthritis: Critical appraisal of meta-analyses. *Current Medical Research and Opinion,* 24(5), pp. 1303-1308.
12. Huskisson, E. C. (2008). Glucosamine and chondroitin for osteoarthritis. *Journal of International Medical Research,* 36(6), pp. 1161-1179.
13. Bruyere, O. & Reginster, J. Y. (2007). Glucosamine and chondroitin sulfate as therapeutic agents for knee and hip osteoarthritis. *Drugs and Aging,* 24(7), pp. 573-580.
14. Owens, S., Wagner, P. & Vangsness Jr, C. T. (2004). Recent advances in glucosamine and chondroitin supplementation. *The journal of knee surgery,* 17(4), pp. 185-193.

15. Towheed, T. E. (2003). Current status of glucosamine therapy in osteoarthritis. *Arthritis Care and Research,* 49(4), pp. 601-604.
16. Matheson, A. J. & Perry, C. M. (2003). Glucosamine: a review of its use in the management of osteoarthritis. *Drugs & Aging,* 20(14), pp. 1041-1060.
17. Henderson, C. J. (2003). Dietary outcomes in osteoarthritis disease management. *Bulletin on the Rheumatic Diseases,* 52(12).

Thérapie électrique et ultrasons

Motif de rejet : N'est pas une revue systématique/méta-analyse (n=1)

1. Monaghan, B., Caulfield, B. & O'Mathuna, D. P. (2010). Surface neuromuscular electrical stimulation for quadriceps strengthening pre and post total knee replacement. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(5).

Motif de rejet : Doublon (n=1)

1. Hulme, J. M., Welch, V., de Bie, R., Judd, M. & Tugwell, P. (2009). Electromagnetic fields for the treatment of osteoarthritis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(1).

Motif de rejet : Article non trouvé (n=1)

1. Welch, V., Brosseau, L., Peterson, J., Shea, B., Tugwell, P. & Wells, G. (2001). Therapeutic ultrasound for osteoarthritis of the knee. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(3), pp. CD003132.

Acupuncture

Motif de rejet : N'est pas une revue systématique/méta-analyse (n=6)

1. Choi, T. Y., Kim, T. H., Kang, J. W., Lee, M. S. & Ernst, E. (2011). Moxibustion for rheumatic conditions: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Rheumatology,* 30(7), pp. 937-945.
2. Hopton, A. & MacPherson, H. (2010). Acupuncture for chronic pain: Is acupuncture more than an effective placebo? A systematic review of pooled data from meta-analyses. *Pain Practice,* 10(2), pp. 94-102.
3. Markwell, C. (2010). Acupuncture treatment for osteoarthritis of the knee. *J Acupunct Assoc Chart Physiotherapists*, pp. 31-36.
4. Vas, J. W. A. (2007). Evidence from RCTs on optimal acupuncture treatment for knee osteoarthritis--an exploratory review. *Acupuncture in Medicine,* 25, pp. 29-35.
5. Horowitz, S. (2005). Alternatives to COX-2 inhibitors for treating arthritis: Acupuncture and other traditional Chinese modalities. *Alternative and Complementary Therapies,* 11(4), pp. 173-178.
6. Markow, M. J. & Secor, E. R. (2003). Acupuncture for the pain management of osteoarthritis of the knee. *Techniques in Orthopaedics,* 18(1), pp. 33-36.

Motif de rejet : Non spécifique à l'AG (n=4)

1. Lin, J. G. & Chen, W. L. (2009). Review: Acupuncture analgesia in clinical trials. *American Journal of Chinese Medicine,* 37(1), pp. 1-18.
2. Manheimer, E., Cheng, K., Linde, K., Lao, L., Yoo, J., Wieland, S., et al. (2010). Acupuncture for peripheral joint osteoarthritis. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*(1).
3. White, A., Foster, N. E., Cummings, M. & Barlas, P. (2007). Acupuncture treatment for chronic knee pain: a systematic review. *Rheumatology (Oxford, England),* 46, pp. 384-390.
4. White, P. J. (2006). Acupuncture and its use in chronic musculoskeletal pain. *CME Journal Geriatric Medicine,* 8(1), pp. 28-33.

Motif de rejet : Article non disponible (n=1)

1. Ahsin, S., Aslam, M., Saleem, S. & Bhatti, A. M. (2010). Role of electroacupuncture in treatment of osteoarthritis knee: A single blind sham controlled study. *Rawal Med J,* 35(1), pp. 41-44.

Orthèses

Motif de rejet: N'est pas une revue systématique/méta-analyse (n=4)

1. Rannou, F., Poiraudeau, S. & Beaudreuil, J. (2010). Role of bracing in the management of knee osteoarthritis. *Current Opinion in Rheumatology,* 22(2), pp. 218-222.
2. Gross, K. D. (2010). Device use: Walking aids, braces, and orthoses for symptomatic knee osteoarthritis. *Clinics in Geriatric Medicine,* 26(3), pp. 479-502.
3. Chew, K. T. L., Lew, H. L., Date, E. & Fredericson, M. (2007). Current evidence and clinical applications of therapeutic knee braces. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation,* 86(8), pp. 678-686.
4. Krohn, K. (2005). Footwear alterations and bracing as treatments for knee osteoarthritis. *Current Opinion in Rheumatology,* 17(5), pp. 653-656.

Chaleur

Motif de rejet : Non spécifique à l'AG (n=2)

1. Forestier, R. & Françon, A. (2008). Crenobalneotherapy for limb osteoarthritis: Systematic literature review and methodological analysis. *Joint Bone Spine,* 75(2), pp. 138-148.
2. Verhagen, A. P., Bierma-Zeinstra, S. M. A., Boers, M., Cardoso, J. R., Lambeck, J., de Bie, R., et al. (2009). Balneotherapy for osteoarthritis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(1).

Motif de rejet : Doublon (n=1)

Approche de soins et physiothérapie

Motif de rejet: Mauvais population, patello- (n=1)

1. Wang, H. M., Liu, J. N. & Zhao, Y. (2010). Progress on integrated Chinese and Western medicine in the treatment of osteoarthritis. *Chinese Journal of Integrative Medicine,* 16(4), pp. 378-384.

Motif de rejet : Non spécifique à l'AG (n=9)

1. Feeley, B. T., Gallo, R. A., Sherman, S. & Williams, R. J. (2010). Management of osteoarthritis of the knee in the active patient. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons,* 18(7), pp. 406-416.
2. Little, C. V., Parsons, T. & Logan, S. (2009). Herbal therapy for treating osteoarthritis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(1).
3. Hurley, M. V. & Bearne, L. M. (2008). Non-exercise physical therapies for musculoskeletal conditions. *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology,* 22(3), pp. 419-433.
4. Hochberg, M. C. (2008). Non-conventional treatment of osteoarthritis by herbal medicine. *Osteoarthritis and Cartilage,* 16(SUPPL. 1), pp. S2-S4.
5. Philadelphia Panel (2001). Philadelphia Panel evidence-based clinical practice guidelines on selected rehabilitation interventions for knee pain. *Physical Therapy,* 81(10), pp. 1675-1700.
6. Marks, R. & Allegrante, J. P. (2001). Nonoperative management of osteoarthritis. *Critical Reviews in Physical and Rehabilitation Medicine,* 13(2-3), pp. 131-158.
7. Marks, R. (2001). Efficacy theory and its utility in arthritis rehabilitation: Review and recommendations. *Disability and rehabilitation,* 23(7), pp. 271-280.
8. Long, L., Soeken, K. & Ernst, E. (2001). Herbal medicines for the treatment of osteoarthritis: A systematic review. *Rheumatology,* 40(7), pp. 779-793.
9. Rudd, E. (1985). Physiatric management of osteoarthritis. *Clinics in Rheumatic Diseases,* 11(2), pp. 433-445.

Motif de rejet: N'est pas une revue systématique/méta-analyse (n=45)

1. Page, C. J., Hinman, R. S. & Bennell, K. L. (2011). Physiotherapy management of knee osteoarthritis. *International Journal of Rheumatic Diseases,* 14(2), pp. 145-151.
2. Williams, N., Amoakwa, E., Burton, K., Hendry, M., Lewis, R., Jones, J., et al. (2010). The Hip and Knee Book: Developing an active management booklet for hip and knee osteoarthritis. *British Journal of General Practice,* 60(571), pp. 113-120.

3. Wang, H. M., Liu, J. N. & Zhao, Y. (2010). Progress on integrated Chinese and Western medicine in the treatment of osteoarthritis. *Chinese Journal of Integrative Medicine,* 16(4), pp. 378-384.
4. Freeman, J. W., Wright, L. D. & Taylor, B. L. (2010). Recent Advances in Cartilage Regenerative Technologies. *Recent Patents on Biomedical Engineering,* 3(3), pp. 173-182.
5. Coudeyre, E., Sanchez, K., Rannou, F., Poiraudeau, S. & Lefevre-Colau, M. M. (2010). Impact of self-care programs for lower limb osteoarthritis and influence of patients' beliefs. *Annals of Physical & Rehabilitation Medicine,* 53(6-7), pp. 434-450.
6. Bruyre, O., Reginster, J. Y., Croisier, J. L., Crielaard, J. M. & Maquet, D. (2010). Rehabilitation in osteoarthritis. *Therapy,* 7(6), pp. 669-674.
7. Berenbaum, F. (2010). Targeted therapies in osteoarthritis: a systematic review of the trials on www.clinicaltrials.gov. *Best Practice and R*
8. *esearch: Clinical Rheumatology,* 24(1), pp. 107-119.
9. Hurley, M. V. & Walsh, N. E. (2009). Effectiveness and clinical applicability of integrated rehabilitation programs for knee osteoarthritis. *Current Opinion in Rheumatology,* 21(2), pp. 171-176.
10. Bliddal, H. & Christensen, R. (2009). The treatment and prevention of knee osteoarthritis: A tool for clinical decision-making. *Expert Opinion on Pharmacotherapy,* 10(11), pp. 1793-1804.
11. Read, S. J. & Dray, A. (2008). Osteoarthritic pain: A review of current, theoretical and emerging therapeutics. *Expert Opinion on Investigational Drugs,* 17(5), pp. 619-640.
12. Jamtvedt, G., Dahm, K. T., Christie, A., Moe, R. H., Haavardsholm, E., Holm, I., et al. (2008). Physical therapy interventions for patients with osteoarthritis of the knee: An overview of systematic reviews. *Physical Therapy,* 88(1), pp. 123-136.
13. Bijlsma, J. W. J. & Knahr, K. (2007). Strategies for the prevention and management of osteoarthritis of the hip and knee. *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology,* 21(1), pp. 59-76.
14. Lafeber, F. P. J. G., Intema, F., Van Roermund, P. M. & Marijnissen, A. C. (2006). Unloading joints to treat osteoarthritis, including joint distraction. *Current Opinion in Rheumatology,* 18(5), pp. 519-525.
15. Jüni, P., Reichenbach, S. & Dieppe, P. (2006). Osteoarthritis: rational approach to treating the individual. *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology,* 20(4), pp. 721-740.
16. Brand, C. & Cox, S. (2006). Systems for implementing best practice for a chronic disease: management of osteoarthritis of the hip and knee. *Internal Medicine Journal,* 36(3), pp. 170-179.
17. Stitik, T. P., Yonclas, P., Foye, P. M. & Schoenherr, L. (2005). Osteoarthritis of the knee and hip: Practical nondrug steps to successful therapy. *Consultant,* 45(12), pp. 1248-1258.
18. Rubin, B. R. (2005). Management of osteoarthritic knee pain. *Journal of the American Osteopathic Association,* 105(9 SUPPL. 4), pp. S23-S28.
19. Massasso, D. & March, L. (2005). Medical management of knee, hand and hip osteoarthritis. *Medicine Today,* 6(7), pp. 16-18+21-22+25-28.
20. Lyman, S., Sherman, S., Dunn, W. R. & Marx, R. G. (2005). Advancements in the surgical and alternative treatment of arthritis. *Current Opinion in Rheumatology,* 17(2), pp. 129-133.
21. Hanypsiak, B. T. & Shaffer, B. S. (2005). Nonoperative treatment of unicompartmental arthritis of the knee. *Orthopedic Clinics of North America,* 36(4), pp. 401-411.
22. Bashaw, R. T. & Tingstad, E. M. (2005). Rehabilitation of the osteoarthritic patient: focus on the knee. *Clinics in Sports Medicine,* 24, pp. 101-131.
23. Moskowitz, R. W., Kelly, M. A., Lewallen, D. G. & Vangsness Jr, C. T. (2004). Nonsurgical approaches to pain management for osteoarthritis of the knee. *American journal of orthopedics (Belle Mead, N.J.),* 33(2 Suppl), pp. 10-14.
24. Jordan, K. M., Arden, N. K., Doherty, M., Dougados, M. & Hunter, D. J. (2004). Review: Evidence exists for 33 different treatment options for osteoarthritis of the knee. *Evidence-Based Medicine,* 9(3), pp. 81.
25. Gidwani, S. & Fairbank, A. (2004). The orthopaedic approach to managing osteoarthritis of the knee. *British Medical Journal,* 329(7476), pp. 1220-1224.
26. Fitzgerald, G. K. & Oatis, C. (2004). Role of physical therapy in management of knee osteoarthritis. *Current Opinion in Rheumatology,* 16(2), pp. 143-147.
27. Singh, G. (2003). Treatment options for osteoarthritis. *Surgical Technology International,* 11, pp. 287-292.
28. Reginster, J. Y., Bruyere, O. & Henrotin, Y. (2003). New perspectives in the management of osteoarthritis. Structure modification: Facts or fantasy? *Journal of Rheumatology,* 30(SUPPL. 67), pp. 14-20.

29. Jordan, K. M., Arden, N. K., Doherty, M., Bannwarth, B., Bijlsma, J. W. J., Dieppe, P., et al. (2003). EULAR Recommendations 2003: An evidence based approach to the management of knee osteoarthritis: Report of a Task Force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT). *Annals of the Rheumatic Diseases,* 62(12), pp. 1145-1155.
30. Grober, J. S. & Thethi, A. K. (2003). Osteoarthritis: Practical nondrug steps to successful therapy. *Consultant,* 43(1), pp. 53-60.
31. Grober, J. S. & Thethi, A. K. (2003). Osteoarthritis: When are alternative therapies a good alternative? *Consultant,* 43(2), pp. 197-202.
32. van Roermund, P. M., Marijnissen, A. C. & Lafeber, F. P. (2002). Joint distraction as an alternative for the treatment of osteoarthritis. *Foot and Ankle Clinics,* 7(3), pp. 515-527.
33. Sharma, L. (2002). Nonpharmacologic management of osteoarthritis. *Current Opinion in Rheumatology,* 14(5), pp. 603-607.
34. Rouillon, O. (2002). Rééducation fonctionnelle, auto-rééducation et éducation des patients dans l'arthrose du membre inférieur. *Revue du Praticien,* 52(5 SUPPL.), pp. 17-20.
35. O'Meara, S., Wilson, P., Bridle, C., Wright, K. & Kleijnen, J. (2002). Homoeopathy. *Quality and Safety in Health Care,* 11(2), pp. 189-194.
36. Hillstrom, H., Brower, D., Whitney, K., McGuire, J. & Schumacher, H. (2002). Lower extremity conservative realignment therapies for knee osteoarthritis. *Phys Med Rehabil State of the Art Reviews,* 16(3), pp. 507-520.
37. Chard, J. & Dieppe, P. (2002). Update: Treatment of osteoarthritis. *Arthritis Care and Research,* 47(6), pp. 686-690.
38. Anonymous (2002). Clinical aspects and treatment of osteoarthritis. *Presse Medicale,* 31(29), pp. 1368-1372.
39. Long, L. (2001). Complementary therapies for osteoarthritis. *Focus on Alternative and Complementary Therapies,* 6(2), pp. 103-107.
40. Doherty, M. & Dougados, M. (2001). Evidence-based management of osteoarthritis: practical issues relating to the data. *Best Practice & Research in Clinical Rheumatology,* 15(4), pp. 517-525.
41. Chard, J. & Dieppe, P. (2001). The case for nonpharmacologic therapy of osteoarthritis. *Current Rheumatology Reports,* 3(3), pp. 251-257.
42. Troum, O. M. & Lemoine, C. (2000). Conservative management of the osteoarthritic knee. *Current Opinion in Orthopaedics,* 11(1), pp. 3-8.
43. Pendleton, A., Gunther, K. P., Hauselmann, H. J., Herrero-Beaumont, G., Kaklamanis, P. M., Leeb, B., et al. (2000). EULAR recommendations for the management of knee osteoarthritis: Report of a task force of the standing committee for international clinical studies including therapeutic trials (ESCISIT). *Annals of the Rheumatic Diseases,* 59(12), pp. 936-944.
44. Moreland, L. W. (1999). New therapeutic options for treating knee osteoarthritis. *P and T,* 24(5), pp. 238-245.
45. Doherty, M. (1999). Nonpharmacologic therapy of osteoarthritis. *Current Rheumatology Reports,* 1(1), pp. 48-53.

Motif de rejet: Article non disponible (n=1)

1. Karahan, M. (2003). Diagnosis and management of unicompartmental knee osteoarthritis. *Marmara Medical Journal,* 16(3), pp. 228-235.

Autres

Motif de rejet: N'est pas une revue systématique/méta-analyse (n=18)

1. Henn Iii, R. F. & Gomoll, A. H. (2011). A review of the evaluation and management of cartilage defects in the knee. *Physician and Sportsmedicine,* 39(1), pp. 101-107.
2. Hawker, G. A., Mian, S., Bednis, K. & Stanaitis, I. (2011). Osteoarthritis year 2010 in review: non-pharmacologic therapy. *Osteoarthritis & Cartilage,* 19(4), pp. 366-374.
3. Thomas, A., Eichenberger, G., Kempton, C., Pape, D., York, S., Decker, A. M., et al. (2009). Recommendations for the treatment of knee osteoarthritis, using various therapy techniques, based on categorizations of a literature review. *Journal of Geriatric Physical Therapy,* 32(1), pp. 33-38.
4. Epstein, B. J. & Taylor, J. R. (2009). Osteoarthritis: An update on data currently reshaping practice. *Journal of Pharmacy Practice,* 22(1), pp. 75-85.

5. Zhang, W., Moskowitz, R. W., Nuki, G., Abramson, S., Altman, R. D., Arden, N., et al. (2008). OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, Part II: OARSI evidence-based, expert consensus guidelines. *Osteoarthritis and Cartilage*, 16(2), pp. 137-162.
6. Scanzello, C. R., Moskowitz, N. K. & Gibofsky, A. (2008). The post-NSAID era: What to use now for the pharmacologic treatment of pain and inflammation in osteoarthritis. *Current Rheumatology Reports*, 10(1), pp. 49-56.
7. Bennell, K. L., Hunt, M. A., Wrigley, T. V., Lim, B.-W. & Hinman, R. S. (2008). Role of muscle in the genesis and management of knee osteoarthritis. *Rheumatic Diseases Clinics of North America*, 34(3), pp. 731-754.
8. Zhang, W., Moskowitz, R. W., Nuki, G., Abramson, S., Altman, R. D., Arden, N., et al. (2007). OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, Part I: Critical appraisal of existing treatment guidelines and systematic review of current research evidence. *Osteoarthritis and Cartilage*, 15(9), pp. 981-1000.
9. Scanzello, C. R., Moskowitz, N. K. & Gibofsky, A. (2007). The post-NSAID era: What to use now for the pharmacologic treatment of pain and inflammation in osteoarthritis. *Current Pain and Headache Reports*, 11(6), pp. 415-422.
10. Mounasamy, V., Mihalko, W. M. & Saleh, K. J. (2007). Conservative Management of the Young Arthritic Knee: Latest Concepts and Methods. *Seminars in Arthroplasty*, 18(2), pp. 112-116.
11. Huskisson, E. C. (2007). Applying the evidence in osteoarthritis: Strategies for pain management. *Clinical Drug Investigation*, 27(SUPPL. 1), pp. 23-29.
12. Gartlan, J., Nelson, M. & Jones, G. (2007). Osteoarthritis management of the knee--treatment options post the NSAID cardiotoxicity controversy. *Australian Family Physician*, 36(9), pp. 717-718.
13. Barron, M. C. & Rubin, B. R. (2007). Managing osteoarthritic knee pain. *Journal of the American Osteopathic Association*, 107(10 Suppl 6), pp. ES21-27.
14. Vignon, É., Valat, J. P., Rossignol, M., Avouac, B., Rozenberg, S., Thoumie, P., et al. (2006). Osteoarthritis of the knee and hip and activity: a systematic international review and synthesis (OASIS). *Joint Bone Spine*, 73(4), pp. 442-455.
15. Lattermann, C., Kang, R. W. & Cole, B. J. (2006). What's new in the treatment of focal chondral defects of the knee? *Orthopedics*, 29(10), pp. 898-903.
16. Neame, R. & Doherty, M. (2005). Osteoarthritis update. *Clinical Medicine, Journal of the Royal College of Physicians of London*, 5(3), pp. 207-210.
17. Vad, V. B., Adin, D. R. & Solomon, J. (2004). Knee osteoarthritis. *Critical Reviews in Physical and Rehabilitation Medicine*, 16(3), pp. 211-231.
18. Evans, C. H. (2004). Gene therapies for osteoarthritis. *Current Rheumatology Reports*, 6(1), pp. 31-40.

Motif de rejet: Doublon (n=2)

1. Brosseau, L., Welch, V., Wells, G., DeBie, R., Gam, A., Harman, K., et al. (2004). ? Low level laser therapy (Classes I, II and III) for treating osteoarthritis. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*(3).
2. Brosseau, L., Welch, V., Wells, G., deBie, R., Gam, A., Harman, K., et al. (2003). Low level laser therapy (Classes I, II and III) for treating osteoarthritis. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*(2).

Approches pharmacologiques

AINS

Motif de rejet: N'est pas une revue systématique/méta-analyse (n=11)

1. Richard Barthel, H. & Axford-Gatley, R. A. (2010). Topical nonsteroidal anti-inflammatory drugs for osteoarthritis. *Postgraduate Medicine*, 122(6), pp. 98-106.
2. Nair, B. & Taylor-Gjevre, R. (2010). A review of topical diclofenac use in musculoskeletal disease. *Pharmaceuticals*, 3(6), pp. 1892-1908.
3. Hitzeman, N. & Athale, N. (2010). Opioids for osteoarthritis of the knee or Hip. *American Family Physician*, 81(9), pp. 1094-1096.

4. Altman, R. D. (2010). New guidelines for topical NSAIDs in the osteoarthritis treatment paradigm. *Current Medical Research & Opinion,* 26(12), pp. 2871-2876.
5. Moen, M. D. (2009). Topical diclofenac solution. *Drugs,* 69(18), pp. 2621-2632.
6. Özgüney, I. (2008). An alternative topical treatment of osteoarthritis of the knee with cutaneous diclofenac solution. *Expert Opinion on Pharmacotherapy,* 9(10), pp. 1805-1816.
7. Banning, M. (2008). Topical diclofenac: Clinical effectiveness and current uses in osteoarthritis of the knee and soft tissue injuries. *Expert Opinion on Pharmacotherapy,* 9(16), pp. 2921-2929.
8. Touma, Z., Chen, L. & Arayssi, T. (2007). Topical nonsteroidal anti-inflammatory drugs in the treatment of osteoarthritis. *Future Rheumatology,* 2(2), pp. 163-175.
9. Bannwarth, B. (2006). Acetaminophen or NSAIDs for the treatment of osteoarthritis. *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology,* 20(1), pp. 117-129.
10. Banning, M. (2006). The use of topical diclofenac for pain in osteoarthritis of the knee: a review. *British journal of community nursing,* 11(11), pp. 487-492.
11. Porzio, F. (1993). Meta-analysis of three double-blind comparative trials with sustained-release etodolac in the treatment of osteoarthritis of the knee. *Rheumatology International,* 13(2 Suppl), pp. S19-24.

Motif de rejet: Non spécifique à l'AG (n=2)

1. Lin, J. Y., Zhang, W. Y., Jones, A. & Doherty, M. (2005). Efficacy of topical NSAIDs in the treatment of osteoarthritis: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Chinese Journal of Evidence-Based Medicine,* 5(9), pp. 667-674.
2. Bacon, P. (1993). Worldwide experience with etodolac (Lodine®) 300 mg b.i.d. in the treatment of osteoarthritis. *Rheumatology International,* 13(2 SUPPL.), pp. S7-S12.

Autres

Motif de rejet: N'est pas une revue systématique/méta-analyse (n=15)

1. Vétel, J. M. (2011). Les traitements médicamenteux de l'arthrose du genou. *Revue de Geriatrie,* 36(4), pp. 243-249.
2. Lim, A. Y. N. & Doherty, M. (2011). What of guidelines for osteoarthritis? *International Journal of Rheumatic Diseases,* 14(2), pp. 136-144.
3. Reginster, J. Y., Neuprez, A., Hiligsmann, M. & Bruyère, O. (2010). Oral calcitonin in the management of osteoarthritis: Hope or fantasy? *International Journal of Clinical Rheumatology,* 5(1), pp. 53-58.
4. Iwamoto, J., Takeda, T., Sato, Y. & Matsumoto, H. (2010). Effects of risedronate on osteoarthritis of the knee. *Yonsei Medical Journal,* 51(2), pp. 164-170.
5. Diep, K., Bussard, L. & Song, J. C. (2010). Naproxcinod: A first-in-class cyclooxygenase-inhibiting nitric oxide donor for osteoarthritis pain. *Formulary,* 45(4), pp. 116-122.
6. Calich, A. L. G., Domiciano, D. S. & Fuller, R. (2010). Osteoarthritis: Can anti-cytokine therapy play a role in treatment? *Clinical Rheumatology,* 29(5), pp. 451-455.
7. Altman, R. D. (2010). Early management of osteoarthritis. *The American journal of managed care,* 16 Suppl Management, pp. S41-47.
8. Seed, S. M., Dunican, K. C. & Lynch, A. M. (2009). Osteoarthritis: a review of treatment options. *Geriatrics,* 64(10), pp. 20-29.
9. Clouet, J., Vinatier, C., Merceron, C., Pot-vaucel, M., Maugars, Y., Weiss, P., et al. (2009). From osteoarthritis treatments to future regenerative therapies for cartilage. *Drug Discovery Today,* 14(19-20), pp. 913-925.
10. Sofat, N., Beith, I., Anilkumar, P. G. & Mitchell, P. (2011). Recent clinical evidence for the treatment of osteoarthritis: What we have learned. *Reviews on Recent Clinical Trials,* 6(2), pp. 114-126.
11. Laine, L., White, W. B., Rostom, A. & Hochberg, M. (2008). COX-2 Selective Inhibitors in the Treatment of Osteoarthritis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism,* 38(3), pp. 165-187.
12. Stitik, T. P., Altschuler, E. & Foye, P. M. (2006). Pharmacotherapy of osteoarthritis. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation,* 85(11 SUPPL.), pp. S15-S29.
13. Brandt, K. (2003). Paracetamol in the Treatment of Osteoarthritis Pain. *Drugs,* 63(SPEC. ISS. 2), pp. 23-41.

14. Schnitzer, T. J. (2002). Update of ACR guidelines for osteoarthritis: Role of the coxibs. *Journal of Pain and Symptom Management,* 23(4 SUPPL. 1), pp. S24-S30.
15. Huskisson, E. C. (2001). Nimesulide, a balanced drug for the treatment of osteoarthritis. *Clinical and Experimental Rheumatology,* 19(1 SUPPL. 22), pp. S21-S25.

Motif de rejet: Non spécifique à l'AG (n=4)

1. Croom, K. F. & Siddiqui, M. A. A. (2009). Etoricoxib: A review of its use in the symptomatic treatment of osteoarthritis, rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis and acute gouty arthritis. *Drugs,* 69(11), pp. 1513-1532.
2. Ballantyne, J. C. & Shin, N. S. (2008). Efficacy of opioids for chronic pain: A review of the evidence. *Clinical Journal of Pain,* 24(6), pp. 469-478.
3. Fenton, C., Keating, G. M. & Wagstaff, A. J. (2004). Valdecoxib: A review of its use in the management of osteoarthritis, rheumatoid arthritis, dysmenorrhoea and acute pain. *Drugs,* 64(11), pp. 1231-1261.
4. Hochberg, M. C. & Dougados, M. (2001). Pharmacological therapy of osteoarthritis. *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology,* 15(4), pp. 583-593.

Approches chirurgicales

Motif de rejet: N'est pas une revue systématique/méta-analyse (n=24)

1. Sherman, C. & Cabanela, M. E. (2010). Closing wedge osteotomy of the tibia and the femur in the treatment of gonarthrosis. *International Orthopaedics,* 34(2 SPECIAL ISSUE), pp. 173-184.
2. Saccomanni, B. (2010). Unicompartmental knee arthroplasty: A review of literature. *Clinical Rheumatology,* 29(4), pp. 339-346.
3. Price, A. & Allum, R. (2010). Management of osteoarthritis of the knee. *Annals of the Royal College of S4urgeons of England,* 92(6), pp. 459-462.
4. Dettoni, F., Bonasia, D. E., Castoldi, F., Bruzzone, M., Blonna, D. & Rossi, R. (2010). High tibial osteotomy versus unicompartmental knee arthroplasty for medial compartment arthrosis of the knee: a review of the literature. *Iowa Orthopaedic Journal,* 30, pp. 131-140.
5. Pill, S. G., Huffman, R. G., Garino, J. P. & Lee, G. C. (2009). Knee osteotomy for unicompartmental knee arthritis. *Current Orthopaedic Practice,* 20(6), pp. 682-686.
6. Jones, R. E. (2009). Knee Arthritis: The Role of Arthroscopic Debridement. *Seminars in Arthroplasty,* 20(1), pp. 2-5.
7. Fricka, K. B. & Hamilton, W. C. (2009). Gender-specific total knee arthroplasty: A current review. *Current Orthopaedic Practice,* 20(1), pp. 47-50.
8. Richmond, J. C. (2008). Surgery for osteoarthritis of the knee. *Rheumatic Diseases Clinics of North America,* 34(3), pp. 815-825.
9. Mounasamy, V. & Sambandam, S. (2008). Surgical management of young arthritic knee: A review. *European Journal of Orthopaedic Surgery and Traumatology,* 18(8), pp. 555-564.
10. Siparsky, P., Ryzewicz, M., Peterson, B. & Bartz, R. (2007). Arthroscopic treatment of osteoarthritis of the knee: are there any evidence-based indications? *Clinical Orthopaedics and Related Research,* 455, pp. 107-112.
11. Murphy, T. P., Brubaker, S. M., Mihalko, W. M., Saleh, K. J. & Mulhall, K. J. (2007). Review of Unicompartmental Knee Arthroplasty in Younger Patients. *Seminars in Arthroplasty,* 18(2), pp. 162-167.
12. Jones, C. A., Beaupre, L. A., Johnston, D. W. C. & Suarez-Almazor, M. E. (2007). Total Joint Arthroplasties: Current Concepts of Patient Outcomes after Surgery. *Rheumatic Disease Clinics of North America,* 33(1), pp. 71-86.
13. Wood Jr, J. E. (2006). Unicompartmental knee arthroplasty. *Current Opinion in Orthopaedics,* 17(2), pp. 139-144.
14. Dalury, D. F. (2006). Minimally invasive total-knee replacement. *Current Opinion in Orthopaedics,* 17(1), pp. 43-46.
15. Pagnano, M. W., Clarke, H. D., Jacofsky, D. J., Amendola, A. & Repicci, J. A. (2005). Surgical treatment of the middle-aged patient with arthritic knees. *Instructional Course Lectures,* 54, pp. 251-259.

16. Jones, D. L., Westby, M. D., Greidanus, N., Johanson, N. A., Krebs, D. E., Robbins, L., et al. (2005). Update on hip and knee arthroplasty: Current state of evidence. *Arthritis Care and Research*, 53(5), pp. 772-780.
17. Amendola, A. & Panarella, L. (2005). High tibial osteotomy for the treatment of unicompartmental arthritis of the knee. *Orthopedic Clinics of North America*, 36(4), pp. 497-504.
18. Mont, M. A., Stuchin, S. A., Paley, D., Sharkey, P. F., Parvisi, J., Tria Jr, A. J., et al. (2004). Different surgical options for monocompartmental osteoarthritis of the knee: high tibial osteotomy versus unicompartmental knee arthroplasty versus total knee arthroplasty: indications, techniques, results, and controversies. *Instructional course lectures*, 53, pp. 265-283.
19. Ioannidis, G. (2004). The current role of arthroscopy in the treatment of osteoarthritis of the knee. *Current Opinion in Orthopaedics*, 15(1), pp. 31-36.
20. Esteve-de-Miguel, C. (2003). The arthroscopic treatment of knee osteoarthritis. *Current Orthopaedics*, 17(1), pp. 63-69.
21. Dennis, M. G. & Di Cesare, P. E. (2003). Surgical management of the middle age arthritic knee. *Bulletin of the Hospital for Joint Diseases*, 61(3-4), pp. 172-178.
22. Günther, K. P. (2001). Surgical approaches for osteoarthritis. *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology*, 15(4), pp. 627-643.
23. Hanssen, A. D., Stuart, M. J., Scott, R. D. & Scuderi, G. R. (2000). Surgical options for the middle-aged patient with osteoarthritis of the knee joint. *Journal of Bone and Joint Surgery - Series A*, 82(12), pp. 1768-1781.
24. Kozinn, S. C. & Scott, R. (1989). Current concepts review unicondylar knee arthroplasty. *Journal of Bone and Joint Surgery - Series A*, 71(1), pp. 145-150.

Motif de rejet : Non spécifique à l'AG (n=15)

1. Stroh, D. A., Johnson, A. J. & Mont, M. A. (2011). Surgical implants and technologies for cartilage repair and preservation of the knee. *Expert Review of Medical Devices*, 8(3), pp. 339-356.
2. Harris, J. D., Cavo, M., Brophy, R., Siston, R. & Flanigan, D. (2011). Biological knee reconstruction: A systematic review of combined meniscal allograft transplantation and cartilage repair or restoration. *Arthroscopy - Journal of Arthroscopic and Related Surgery*, 27(3), pp. 409-418+e458.
3. Murnaghan, J. M. & Hamer, A. J. (2010). Hip and knee replacement. *Surgery*, 28(10), pp. 508-513.
4. Felson, D. T. (2010). Arthroscopy as a treatment for knee osteoarthritis. *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology*, 24(1), pp. 47-50.
5. Bourke, M. G., Buttrum, P. J., Fitzpatrick, P. L., Dalton, P. A., Jull, G. A. & Russell, T. G. (2010). Systematic review of medial parapatellar and subvastus approaches in total knee arthroplasty. *Journal of Arthroplasty*, 25(5), pp. 728-734.
6. Smith, T. O., Hing, C. B., Davies, L. & Donell, S. T. (2009). Fixed versus mobile bearing unicompartmental knee replacement: a meta-analysis. *Orthopaedics & traumatology, surgery & research*, 95(8), pp. 599-605.
7. Oh, K. J., Pandher, D. S., Lee, S. H., Sung Joon Jr, S. D. & Lee, S. T. (2009). Meta-Analysis Comparing Outcomes of Fixed-Bearing and Mobile-Bearing Prostheses in Total Knee Arthroplasty. *Journal of Arthroplasty*, 24(6), pp. 873-884.
8. Khanna, A., Gougoulias, N., Longo, U. G. & Maffulli, N. (2009). Minimally Invasive Total Knee Arthroplasty: A Systematic Review. *Orthopedic Clinics of North America*, 40(4), pp. 479-489.
9. Calvisi, V., Camillieri, G. & Lupparelli, S. (2009). Resurfacing versus nonresurfacing the patella in total knee arthroplasty: A critical appraisal of the available evidence. *Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery*, 129(9), pp. 1261-1270.
10. Bauwens, K., Matthes, G., Wich, M., Gebhard, F., Hanson, B., Ekkernkamp, A., et al. (2007). Navigated total knee replacement a meta-analysis. *Journal of Bone & Joint Surgery, American*, 9.
11. Weng, H. H. & FitzGerald, J. (2006). Current issues in joint replacement surgery. *Current Opinion in Rheumatology*, 18(2), pp. 163-169.
12. Ruano-Ravina, A. & Díaz, M. J. (2006). Autologous chondrocyte implantation: A systematic review. *Osteoarthritis and Cartilage*, 14(1), pp. 47-51.
13. Nizard, R. S., Biau, D., Porcher, R., Ravaud, P., Bizot, P., Hannouche, D., et al. (2005). A meta-analysis of patellar replacement in total knee arthroplasty. *Clinical Orthopaedics and Related Research*(432), pp. 196-203.

14. Graham, S. M., Michaelson, J. E. & Parker, R. D. (2002). Abrasion arthroplasty, subchondral drilling, and microfracture techniques in the treatment of full-thickness cartilage lesions: A critical review of the literature. *Seminars in Arthroplasty*, 13(2), pp. 91-99.
15. Johnson, L. L. (2001). Arthroscopic abrasion arthroplasty: A review. *Clinical Orthopaedics and Related Research*(391 SUPPL.), pp. S306-S317.

Motif de rejet: Mauvais population, patello- (n=2)

1. Minkowitz, R. B. & Bosco, J. A. (2009). Patellofemoral Arthritis. *Bulletin of the NYU Hospital for Joint Diseases*, 67(1), pp. 30-38.
2. Van Jonbergen, H. P. W., Poolman, R. W. & Van Kampen, A. (2010). Isolated patellofemoral osteoarthritis: A systematic review of treatment options using the GRADE approach. *Acta Orthopaedica*, 81(2), pp. 199-205.

Motif de rejet: Doublon (n=1)

1. Brouwer, R. W., van Raaij, T. M., Bierma-Zeinstra, S. M. A., Verhagen, A. P., Jakma, T. T. S. C. & Verhaar, J. A. N. (2009). Osteotomy for treating knee osteoarthritis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(1).

ESSAIS CONTRÔLÉS

Approches non pharmacologiques

Exercices

Motif de rejet: N'est pas un essai contrôlé (n=2)

1. Wang-Saegusa, A., Cugat, R., Ares, O., Seijas, R., Cuscó, X. & Garcia-Balletbó, M. (2011). Infiltration of plasma rich in growth factors for osteoarthritis of the knee short-term effects on function and quality of life. *Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery*, 131(3), pp. 311-317.
2. Reid, D. A. & McNair, P. J. (2010). Effects of an acute hamstring stretch in people with and without osteoarthritis of the knee. *Physiotherapy*, 96(1), pp. 14-21.

Motif de rejet : Non spécifique à l'AG (n=3)

1. Pisters, M. F., Veenhof, C., Schellevis, F. G., Twisk, J. W. R., Dekker, J. & De Bakker, D. H. (2010). Exercise adherence improving long-term patient outcome in patients with osteoarthritis of the hip and/or knee. *Arthritis care & research*, 62(8), pp. 1087-1094.
2. Gill, S. D., McBurney, H. & Schulz, D. L. (2009). Land-based versus pool-based exercise for people awaiting joint replacement surgery of the hip or knee: results of a randomized controlled trial. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 90(3), pp. 388-394.
3. Ng, N. T. M., Heesch, K. C. & Brown, W. J. (2010). Efficacy of a progressive walking program and glucosamine sulphate supplementation on osteoarthritic symptoms of the hip and knee: a feasibility trial. *Arthritis Research & Therapy*, 12(1), pp. R25.

Motif de rejet : Outcome non d'intérêt (n=1)

1. Pietrosimone, B. G., Saliba, S. A., Hart, J. M., Hertel, J., Kerrigan, D. C. & Ingersoll, C. D. (2011). Effects of transcutaneous electrical nerve stimulation and therapeutic exercise on quadriceps activation in people with tibiofemoral osteoarthritis. *The Journal of orthopaedic and sports physical therapy*, 41(1), pp. 4-12.

Injections intra-articulaires

Motif de rejet: N'est pas un essai contrôlé (n=3)

1. Chou, C. L., Lee, S. H., Lu, S. Y., Tsai, K. L., Ho, C. Y. & Lai, H. C. (2010). Therapeutic effects of intra-articular botulinum neurotoxin in advanced knee osteoarthritis. *Journal of the Chinese Medical Association*, 73(11), pp. 573-580.

2. Markou, P. & Chatzopoulos, D. (2009). Yttrium-90 silicate radiosynovectomy treatment of painful synovitis in knee osteoarthritis. Results after 6 months. *Hellenic Journal of Nuclear Medicine,* 12(1), pp. 33-36.
3. Haroon, M. & O'Gradaigh, D. (2010). Efficacy and safety of combining intra-articular methylprednisolone and anti-TNF agent to achieve prolonged remission in patients with recurrent inflammatory monoarthritis. *Joint, Bone, Spine: Revue du Rhumatisme,* 77(3), pp. 232-234.

Motif de rejet: Mauvaise population (n=1)

1. van der Bijl, A. E., Teng, Y. K., van Oosterhout, M., Breedveld, F. C., Allaart, C. F. & Huizinga, T. W. (2009). Efficacy of intraarticular infliximab in patients with chronic or recurrent gonarthritis: a clinical randomized trial. *Arthritis and rheumatism,* 61(7), pp. 974-978.

Motif de rejet : pas possible d'obtenir l'article (n=2)

1. Kul-Panza, E. & Berker, N. (2010). Is hyaluronate sodium effective in the management of knee osteoarthritis? A placebo-controlled double-blind study. *Minerva medica,* 101(2), pp. 63-72.
2. Moser, C. & Baltzer, A. W. (2009). Treatment of knee osteoarthritis with autologous conditioned serum (ACS): a prospective, randomized, placebo-controlled, patient- and observer-blind, parallel-design trial. Therapeutic study, level I (randomized controlled trial- RCT, ISRCTN: 71311752). *The Journal of Bone and Joint Surgery (Proceedings),* 91-B(SUPP_I), pp. 157-115a.

<u>Suppléments</u>

Motif de rejet : Non spécifique à l'AG (n=2)

1. Olsen, N. J., Branch, V. K., Jonnala, G., Seskar, M. & Cooper, M. (2010). Phase 1, placebo-controlled, dose escalation trial of chicory root extract in patients with osteoarthritis of the hip or knee. *BMC musculoskeletal disorders,* 11(156).
2. Jacquet, A., Girodet, P.-O., Pariente, A., Forest, K., Mallet, L. & Moore, N. (2009). Phytalgic, a food supplement, vs placebo in patients with osteoarthritis of the knee or hip: a randomised double-blind placebo-controlled clinical trial. *Arthritis Research & Therapy,* 11(6), pp. R192.

Motif de rejet : N'est pas question de l'efficacité (n=3)

1. Morgan, S. L., Baggott, J. E., Moreland, L., Desmond, R. & Kendrach, A. C. (2009). The safety of flavocoxid, a medical food, in the dietary management of knee osteoarthritis. *Journal of medicinal food,* 12(5), pp. 1143-1148.
2. Scholtissen, S., Bruyere, O., Neuprez, A., Severens, J. L., Herrero-Beaumont, G., Rovati, L., et al. (2010). Glucosamine sulphate in the treatment of knee osteoarthritis: cost-effectiveness comparison with paracetamol. *International Journal of Clinical Practice,* 64(6), pp. 756-762.
3. Bruyère, O., Scholtissen, S., Neuprez, A., Hiligsmann, M., Toukouki, A. & Reginster, J. Y. (2009). Impact of chondroitin sulphate on health utility in patients with knee osteoarthritis: Towards economic analysis. *Journal of Medical Economics,* 12(4), pp. 356-360.

Motif de rejet : Non disponible en anglais/français (n=1)

1. Wangroongsub, Y., Tanavalee, A., Wilairatana, V. & Ngarmukos, S. (2010). Comparable clinical outcomes between glucosamine sulfate-potassium chloride and glucosamine sulfate sodium chloride in patients with mild and moderate knee osteoarthritis: a randomized, double-blind study. *Journal of the Medical Association of Thailand,* 93(7), pp. 805-811.

Motif de rejet : Article non disponible (n=1)

1. Park, S. H., Kim, S. K., Shin, I. H., Kim, H. G. & Choe, J. Y. (2009). Effect of AIF on knee osteoarthritis patients: Double-blind, randomized placebo-controlled study. *Korean Journal of Physiology and Pharmacology,* 13(1), pp. 33-37.

<u>Thérapie électrique et ultrasons</u>

Aucune

Acupuncture

Aucune

Chaleur

Motif de rejet: N'est pas un essai contrôlé (n=1)

1. Kilicoglu, O., Donmez, A., Karagulle, Z., Erdogan, N., Akalan, E. & Temelli, Y. (2010). Effect of balneotherapy on temporospatial gait characteristics of patients with osteoarthritis of the knee. *Rheumatology International,* 30(6), pp. 739-747.

Orthèses

Motif de rejet : N'est pas question de l'efficacité (n=2)

1. Hinman, R. S., Bowles, K. A. & Bennell, K. L. (2009). Laterally wedged insoles in knee osteoarthritis: do biomechanical effects decline after one month of wear? *BMC Musculoskeletal Disorders,* 10, pp. 146.
2. Girijia, P., Eapen, C., Zulfeequer & Kamath, S. (2010). Effect of knee support brace and lateral wedge in sole on isokinetic peak torque in osteoarthritis of the knee -- a randomized clinical trial. *Indian Journal of Physiotherapy & Occupational Therapy,* 4(2), pp. 25-28.

Motif de rejet: N'est pas un essai contrôlé (n=1)

1. Fantini Pagani, C. H., Bhle, C., Potthast, W. & Brggemann, G. P. (2010). Short-term effects of a dedicated knee orthosis on knee adduction moment, pain, and function in patients with osteoarthritis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation,* 91(12), pp. 1936-1941.

Motif de rejet : Article non disponible (n=1)

1. Hotwani, R., Metgud, S. & Ganesh, B. R. (2010). Comparison of McConnell patellar taping versus mobilisation with movement in chronic knee osteoarthritis: a randomized clinical trial. *Indian Journal of Physiotherapy & Occupational Therapy,* 4(4), pp. 132-136.

Approche de soins et physiothérapie

Motif de rejet: Mauvais population, patello- (n=1)

1. Kumar, A. & Ganesh, B. R. (2011). Combined effectiveness of Maitland's mobilization and patellar taping in patellofemoral osteoarthritis: a randomised clinical trial. *Indian Journal of Physiotherapy & Occupational Therapy,* 5(1), pp. 14-17.

Motif de rejet : Non spécifique à l'AG (n=6)

1. Foy, C. G., Lewis, C. E., Hairston, K. G., Miller, G. D., Lang, W., Jakicic, J. M., et al. (2011). Intensive lifestyle intervention improves physical function among obese adults with knee pain: Findings from the look AHEAD trial. *Obesity,* 19(1), pp. 83-93.
2. Murphy, S. L., Lyden, A. K., Smith, D. M., Dong, Q. & Koliba, J. F. (2010). Effects of a tailored activity pacing intervention on pain and fatigue for adults with osteoarthritis. *American Journal of Occupational Therapy,* 64(6), pp. 869-876.
3. Allen, K. D., Oddone, E. Z., Coffman, C. J., Datta, S. K., Juntilla, K. A., Lindquist, J. H., et al. (2010). Telephone-based self-management of osteoarthritis: A randomized trial. *Annals of internal medicine,* 153(9), pp. 570-579.
4. Patel, A., Buszewicz, M., Beecham, J., Griffin, M., Rait, G., Nazareth, I., et al. (2009). Economic evaluation of arthritis self management in primary care. *Bmj,* 339, pp. b3532.
5. Hill, J., Lewis, M. & Bird, H. (2009). Do OA patients gain additional benefit from care from a clinical nurse specialist?--a randomized clinical trial. *Rheumatology (Oxford, England),* 48(6), pp. 658-664.
6. Crotty, M., Prendergast, J., Battersby, M. W., Rowett, D., Graves, S. E., Leach, G., et al. (2009). Self-management and peer support among people with arthritis on a hospital joint replacement waiting list: a randomised controlled trial. *Osteoarthritis and Cartilage,* 17, pp. 1428-1433.

Motif de rejet : Article non trouvé (n=1)

1. Melton, J. T., Wyatt, M. R., Yein, K. & Williamson, L. (2009). Severe osteoarthritis of the knee: a randomised controlled trial comparing standardised western acupuncture, supervised exercise therapy and standard management for patients awaiting knee arthroplasty. *The Journal of Bone and Joint Surgery (Proceedings)*, 91-B(SUPP_I), pp. 158.

Thérapie au laser

Aucune

Autres

Motif de rejet: N'est pas un essai contrôlé (n=1)

1. Snijders, G. F., Den Broeder, A. A., Van Riel, P. L. C. M., Straten, V. H. H. P., De Man, F. H. R., Van Den Hoogen, F. H. J., et al. (2011). Evidence-based tailored conservative treatment of knee and hip osteoarthritis: Between knowing and doing. *Scandinavian Journal of Rheumatology,* 40(3), pp. 225-231.

Approches pharmacologiques

AINS

Motif de rejet: N'est pas un essai contrôlé (n=1)

1. Baraf, H. S. B., Gloth, F. M., Barthel, H. R., Gold, M. S. & Altman, R. D. (2011). Safety and efficacy of topical diclofenac sodium gel for knee osteoarthritis in elderly and younger patients: pooled data from three randomized, double-blind, parallel-group, placebo-controlled, multicentre trials. *Drugs & Aging,* 28(1), pp. 27-40.

Motif de rejet: N'est pas question de l'efficacité (n=1)

1. Shainhouse, J. Z., Grierson, L. M. & Naseer, Z. (2010). A long-term, open-label study to confirm the safety of topical diclofenac solution containing dimethyl sulfoxide in the treatment of the osteoarthritic knee. *American Journal of Therapeutics,* 17(6), pp. 566-576.

Motif de rejet : Non spécifique à l'AG (n=4)

1. Goregaonkar, A., Mathiazhagan, K. J., Shah, R. R., Kapoor, P. S., Taneja, P., Sharma, A., et al. (2009). Comparative assessment of the effectiveness and tolerability of lornoxicam 8 mg BID and diclofenac 50 mg TID in adult indian patients with osteoarthritis of the hip or knee: A 4-week, double-blind, randomized, comparative, multicenter study. *Current Therapeutic Research - Clinical and Experimental,* 70(1), pp. 56-68.
2. Fakoor, M. & Dashtebozorg, A. (2010). Comparison between hyalgan and indomethacin in the treatment of osteoarthritis. *Internet Journal of Orthopedic Surgery,* 16(1).
3. Ilic, K. V., Sefik-Bukilica, M., Jankovic, S. & Vujasinovic-Stupar, N. (2009). Efficacy and safety of two generic copies of nimesulide in patients with low back pain or knee osteoarthritis. *Reumatismo,* 61(1), pp. 27-33.
4. Medhi, B., Kishore, K., Singh, U. & Seth, S. D. (2009). Comparative clinical trial of castor oil and diclofenac sodium in patients with osteoarthritis. *Phytotherapy research : PTR,* 23(10), pp. 1469-1473.

Autres

Motif de rejet: N'est pas un essai contrôlé (n=1)

1. Schnitzer, T. J., Lane, N. E., Birbara, C., Smith, M. D., Simpson, S. L. & Brown, M. T. (2011). Long-term open-label study of tanezumab for moderate to severe osteoarthritic knee pain. *Osteoarthritis and Cartilage,* 19(6), pp. 639-646.

Motif de rejet : Non spécifique à l'AG (n=15)

1. Katz, N., Hale, M., Morris, D. & Stauffer, J. (2010). Morphine sulfate and naltrexone hydrochloride extended release capsules in patients with chronic osteoarthritis pain. *Postgraduate medicine,* 122(4), pp. 112-128.
2. Fujita, T., Fujii, Y., Munezane, H., Ohue, M. & Takagi, Y. (2010). Analgesic effect of raloxifene on back and knee pain in postmenopausal women with osteoporosis and/or osteoarthritis. *Journal of Bone and Mineral Metabolism,* 28(4), pp. 477-484.
3. Karlsson, M. & Berggren, A. C. (2009). Efficacy and safety of low-dose transdermal buprenorphine patches (5, 10, and 20 microg/h) versus prolonged-release tramadol tablets (75, 100, 150, and 200 mg) in patients with chronic osteoarthritis pain: a 12-week, randomized, open-label, controlled, parallel-group noninferiority study. *Clinical therapeutics,* 31(3), pp. 503-513.
4. Karlsson, J., Pivodic, A., Aguirre, D. & Schnitzer, T. J. (2009). Efficacy, safety, and tolerability of the cyclooxygenase-inhibiting nitric oxide donator naproxcinod in treating osteoarthritis of the hip or knee. *The Journal of rheumatology,* 36(6), pp. 1290-1297.
5. Hale, M., Upmalis, D., Okamoto, A., Lange, C. & Rauschkolb, C. (2009). Tolerability of tapentadol immediate release in patients with lower back pain or osteoarthritis of the hip or knee over 90 days: a randomized, double-blind study. *Current medical research and opinion,* 25(5), pp. 1095-1104.
6. Delemos, B. P., Xiang, J., Benson, C., Gana, T. J., Pascual, M. L., Rosanna, R., et al. (2011). Tramadol Hydrochloride Extended-Release Once-Daily in the Treatment of Osteoarthritis of the Knee and/or Hip: A Double-Blind, Randomized, Dose-Ranging Trial. *American Journal of Therapeutics,* 18(3), pp. 216-226.
7. Wild, J. E., Grond, S., Kuperwasser, B., Gilbert, J., McCann, B., Lange, B., et al. (2010). Long-term Safety and Tolerability of Tapentadol Extended Release for the Management of Chronic Low Back Pain or Osteoarthritis Pain. *Pain Practice,* 10(5), pp. 416-427.
8. Song, R., Roberts, B. L., Lee, E.-O., Lam, P. & Bae, S.-C. (2010). A randomized study of the effects of t'ai chi on muscle strength, bone mineral density, and fear of falling in women with osteoarthritis. *Journal of Alternative & Complementary Medicine,* 16(3), pp. 227-233.
9. Lange, B., Kuperwasser, B., Okamoto, A., Steup, A., Häufel, T., Ashworth, J., et al. (2010). Efficacy and safety of tapentadol prolonged release for chronic osteoarthritis pain and low back pain. *Advances in Therapy,* 27(6), pp. 381-399.
10. Katz, N., Sun, S., Johnson, F. & Stauffer, J. (2010). ALO-01 (morphine sulfate and naltrexone hydrochloride) extended-release capsules in the treatment of chronic pain of osteoarthritis of the hip or knee: pharmacokinetics, efficacy, and safety. *The Journal of Pain: Official Journal of the American Pain Society.,* 11, pp. 303-311.
11. James, I. G., O'Brien, C. M. & McDonald, C. J. (2010). A randomized, double-blind, double-dummy comparison of the efficacy and tolerability of low-dose transdermal buprenorphine (BuTrans seven-day patches) with buprenorphine sublingual tablets (Temgesic) in patients with osteoarthritis pain. *Journal of pain and symptom management,* 40(2), pp. 266-278.
12. Breivik, H., Ljosaa, T. M., Stengaard-Pedersen, K., Persson, J., Aro, H., Villumsen, J., et al. (2010). A 6-months, randomised, placebo-controlled evaluation of efficacy and tolerability of a low-dose 7-day buprenorphine transdermal patch in osteoarthritis patients naïve to potent opioids. *Scandinavian Journal of Pain,* 1(3), pp. 122-141.
13. Munera, C., Drehobl, M., Sessler, N. E. & Landau, C. (2010). A randomized, placebo-controlled, double-blinded, parallel-group, 5-week study of buprenorphine transdermal system in adults with osteoarthritis. *Journal of opioid management,* 6(3), pp. 193-202.
14. Belcaro, G., Cesarone, M. R., Dugall, M., Pellegrini, L., Ledda, A., Grossi, M. G., et al. (2010). Product-evaluation registry of Meriva®, a curcumin-phosphatidylcholine complex, for the complementary management of osteoarthritis. *Panminerva medica,* 52(2 Suppl 1), pp. 55-62.
15. Jenkinson, C., Doherty, M., Avery, A., Read, A., Taylor, M. & Sach, T. (2009). Effects of dietary intervention and quadriceps strengthening exercises on pain and function in overweight people with knee pain: Randomised controlled trial. *British Medical Journal,* 339(7721), pp. 606-609.

Motif de rejet : Outcome non d'intérêt (n=2)

1. Mazzuca, S. A., Brandt, K. D., Chakr, R. & Lane, K. A. (2010). Varus malalignment negates the structure-modifying benefits of doxycycline in obese women with knee osteoarthritis. *Osteoarthritis and cartilage / OARS, Osteoarthritis Research Society,* 18(8), pp. 1008-1011.

2. Shveta, K., Quddas, N. & Vequar, Z. (2010). Effect of ankle position on isometric quadriceps strengthening in osteoarthritis of knee joint. *Indian Journal of Physiotherapy & Occupational Therapy*, 4(2), pp. 71-75.

Motif de rejet : Non disponible en anglais/français (n=1)

1. Kosuwon, W., Sirichatiwapee, W., Wisanuyotin, T., Jeeravipoolvarn, P. & Laupattarakasem, W. (2010). Efficacy of symptomatic control of knee osteoarthritis with 0.0125% of capsaicin versus placebo. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 93(10), pp. 1188-1195.

Motif de rejet : Possiblement un doublon (n=1)

1. Chappell, A. S., Ossanna, M. J., Liu-Seifert, H., Iyengar, S., Skljarevski, V., Li, L. C., et al. (2009). Duloxetine, a centrally acting analgesic, in the treatment of patients with osteoarthritis knee pain: a 13-week, randomized, placebo-controlled trial. *Pain*, 146(3), pp. 253-260.

Approches chirurgicales

Motif de rejet: N'est pas un essai contrôlé (n=3)

1. Massin, P., Bonnin, M., Paratte, S., Vargas, R., Piriou, P., Deschamps, G., et al. (2011). Total knee replacement in post-traumatic arthritic knees with limitation of flexion. *Orthopaedics & traumatology, surgery & research*, 97(1), pp. 28-33.
2. Risberg, M. A. (2009). Arthroscopic surgery provides no additional benefit over physiotherapy and medication for the treatment of knee osteoarthritis. *Australian Journal of Physiotherapy*, 55(2), pp. 137.
3. Maduekwe, U. I., Zywiel, M. G., Bonutti, P. M., Johnson, A. J., Delanois, R. E. & Mont, M. A. (2010). Scientific evidence for the use of modern unicompartmental knee arthroplasty. *Expert Review of Medical Devices*, 7(2), pp. 219-239.

Motif de rejet : N'est pas question de l'efficacité (n=5)

1. Kim, Y.-H., Choi, Y. & Kim, J.-S. (2010). Comparison of a standard and a gender-specific posterior cruciate-substituting high-flexion knee prosthesis: a prospective, randomized, short-term outcome study. *Journal of Bone & Joint Surgery - American Volume*, 92(10), pp. 1911-1920.
2. Lee, D.-H., Park, J.-H., Song, D.-I., Padhy, D., Jeong, W.-K. & Han, S.-B. (2010). Accuracy of soft tissue balancing in TKA: comparison between navigation-assisted gap balancing and conventional measured resection. Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy, 18(3), pp. 381-387.
3. Bonutti, P. M., Zywiel, M. G., Ulrich, S. D., Stroh, D. A., Seyler, T. M. & Mont, M. A. (2010). A comparison of subvastus and midvastus approaches in minimally invasive total knee arthroplasty. *Journal of Bone & Joint Surgery - American Volume*, 92(3), pp. 575-582.
4. Kim, Y. H., Choi, Y. W. & Kim, J. S. (2009). Simultaneous bilateral sequential total knee replacement is as safe as unilateral total knee replacement. *Journal of Bone & Joint Surgery - British Volume*, 91(1), pp. 64-68.
5. Hirschmann, M. T., Hoffmann, M., Krause, R., Jenabzadeh, R. A., Arnold, M. P. & Friederich, N. F. (2010). Anterolateral approach with tibial tubercle osteotomy versus standard medial approach for primary total knee arthroplasty: Does it matter? *BMC Musculoskeletal Disorders*, 11.

Motif de rejet : Non spécifique à l'AG (n=11)

1. Hossain, F., Patel, S., Rhee, S. J. & Haddad, F. S. (2011). Knee arthroplasty with a medially conforming ball-and-socket tibiofemoral articulation provides better function. *Clinical orthopaedics and related research*, 469(1), pp. 55-63.
2. Rahman, W. A., Garbuz, D. S. & Masri, B. A. (2010). Randomized controlled trial of radiographic and patient-assessed outcomes following fixed versus rotating platform total knee arthroplasty. *The Journal of arthroplasty*, 25(8), pp. 1201-1208.
3. Nestor, B. J., Toulson, C. E., Backus, S. I., Lyman, S. L., Foote, K. L. & Windsor, R. E. (2010). Mini-midvastus vs standard medial parapatellar approach: a prospective, randomized, double-blinded study in patients undergoing bilateral total knee arthroplasty. *Journal of Arthroplasty*, 25(6 Suppl), pp. 5-11.

4. Hay, G. C., Kampshoff, J. & Kuster, M. S. (2010). Lateral subvastus approach with osteotomy of the tibial tubercle for total knee replacement: A TWO-YEAR PROSPECTIVE, RANDOMISED, BLINDED CONTROLLED TRIAL. *Journal of Bone & Joint Surgery, British,* 92(6), pp. 862-866.
5. Patel, A., Buszewicz, M., Beecham, J., Griffin, M., Rait, G., Nazareth, I., et al. (2009). Economic evaluation of arthritis self management in primary care. *Bmj,* 339, pp. b3532.
6. Dutton, A. Q. & Yeo, S. J. (2009). Computer-assisted minimally invasive total knee arthroplasty compared with standard total knee arthroplasty Surgical technique. *Journal of Bone & Joint Surgery, American,* 1(91 Suppl 2 Pt 1), pp. 116-130.
7. Choong, P. F., Dowsey, M. M. & Stoney, J. D. (2009). Does accurate anatomical alignment result in better function and quality of life? Comparing conventional and computer-assisted total knee arthroplasty. *Journal of Arthroplasty,* 24(4), pp. 560-569.
8. Bridgman, S. A., Walley, G., MacKenzie, G., Clement, D., Griffiths, D. & Maffulli, N. (2009). Sub-vastus approach is more effective than a medial parapatellar approach in primary total knee arthroplasty: a randomized controlled trial. *The Knee,* 16(3), pp. 216-222.
9. McCalden, R. W., MacDonald, S. J., Bourne, R. B. & Marr, J. T. (2009). A randomized controlled trial comparing "high-flex" vs "standard" posterior cruciate substituting polyethylene tibial inserts in total knee arthroplasty. *The Journal of arthroplasty,* 24(6 Suppl), pp. 33-38.
10. Harrington, M. A., Hopkinson, W. J., Hsu, P. & Manion, L. (2009). Fixed- vs mobile-bearing total knee arthroplasty: does it make a difference?--a prospective randomized study. *Journal of Arthroplasty,* 24(6 Suppl), pp. 24-27
11. Chaiyakit, P., Hongku, N. & Meknavin, S. (2009). A comparison of early clinical outcome in computer assisted surgery and conventional technique in minimally invasive total knee arthroplasty. *Journal of the Medical Association of Thailand,* 92 Suppl 6, pp. S91-96.
12. Murphy, M., Journeaux, S. & Russell, T. (2009). High-flexion total knee arthroplasty: a systematic review. *International Orthopaedics,* 33(4), pp. 887-893.

Motif de rejet: Mauvais population, patello- (n=1)

1. Abdel Megied, W. S., Mahran, M. A., Thakeb, M. F., Abouelela, A. A. K. H. & Elbatrawy, Y. (2010). The new "dual osteotomy": combined open wedge and tibial tuberosity anteriorisation osteotomies. *International Orthopaedics,* 34(2), pp. 231-237.