



Duloxétine (Cymbalta^{MD}) : propre à tout et propre à rien?

Question clinique : À quel point la duloxétine est-elle sécuritaire et efficace pour le traitement des maladies chroniques douloureuses?

Conclusion : Comparativement au placebo, la duloxétine semble efficace pour le traitement de la douleur neuropathique, améliorant la douleur de 50 % ou plus chez une personne sur sept. Une personne sur 20 (par rapport au placebo) devra interrompre le traitement en raison d'événements indésirables.

Données probantes

- Comparativement au placebo : méta-analyse¹ de cinq essais cliniques randomisés (ECR) regroupant 2 589 patients souffrant de neuropathie diabétique périphérique et suivis pendant 12 semaines ou moins.
 - Amélioration de la douleur de 50 % ou plus : 46 % pour la duloxétine par rapport à 30 % pour le placebo (nombre de sujets à traiter [NNT] = 7).
 - Les scores moyens de la douleur se sont améliorés d'environ 0,95 point avec la duloxétine par rapport au placebo (échelle de 0 à 10).
 - Événements indésirables menant à l'interruption du traitement : 12,6 % pour 60 mg de duloxétine par jour par rapport à 5,8 % pour le placebo (nombre nécessaire pour nuire [NNN] = 20).
 - Les événements indésirables comprenaient la nausée (NNN = 7), la somnolence (NNN = 14), la sécheresse buccale (NNN = 14) et l'étourdissement (NNN = 22).
 - L'accroissement de la dose ne présente aucun avantage : aucune différence quant à la réaction, mais augmentation des événements indésirables.
 - Un autre ECR² et plusieurs méta-analyses³⁻⁵ font état de résultats semblables.
- Comparativement à d'autres médicaments contre la douleur neuropathique :
 - ECR⁶ auprès de 804 patients souffrant de neuropathie diabétique périphérique, traités par la duloxétine (60 mg par jour) ou la prégabaline (300 mg par jour) pendant huit semaines.
 - Amélioration de la douleur de 50 % ou plus : 40 % pour la duloxétine par rapport à 28 % pour la prégabaline (NST = 9).
 - Environ 12 % des patients des deux groupes ont interrompu le traitement en raison d'événements indésirables.
 - L'essai a été commandité par le fabricant du Cymbalta^{MD}.
 - De petits essais antérieurs n'ont révélé aucune différence concluante entre la duloxétine et l'amitriptyline^{7,8} ou la prégabaline^{8,9} pour le traitement de la douleur neuropathique.

Contexte

- La duloxétine est efficace également pour traiter d'autres maladies chroniques douloureuses, notamment la fibromyalgie¹ (NST = 8), la douleur neuropathique consécutive à la chimiothérapie (NST~ 9)¹⁰ et l'arthrose du genou (NST = 6-8)^{11,12}.
- Pour la dépression, l'efficacité et l'innocuité générale de la duloxétine sont semblables à celles d'autres antidépresseurs de seconde génération et n'offrent pas d'avantages clairs comparativement à d'autres agents¹³.
- Les essais examinant la duloxétine comportent un risque modéré à élevé de biais : financement par l'industrie, courte durée, risque élevé de signalement sélectif des résultats, taux élevé d'abandon, résultats multiples sans ajustement et possibilité de publication sélective.

Auteurs originaux

Ricky D. Turgeon, B. Sc. (pharmacie), ACPR, et G. Michael Allan, M.D., CCMF

Mise à jour

Ricky D. Turgeon, B. Sc. (pharmacie), ACPR, Pharm. D.

Révision

G. Michael Allan, M.D., CCMF

Références

1. Lunn MP, Highes RA, Wiffen PJ. Cochrane Database Syst Rev. 2009;(4):CD007115.
2. Gao Y, Guo X, Han P, *et al.* Int J Clin Pract. 2015;69:957-966.
3. Griebeler ML, Morey-Vargas OL, Brito JP, *et al.* Ann Intern Med. 2014;161:639-649.
4. Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S, *et al.* Lancet Neurol. 2015;14:162-173.
5. Waldfogel JM, Amato Nesbit S, Dy SM, *et al.* Neurology. 2017;88:1958-1967.
6. Tesfaye S, Wilhelm S, Lledo A, *et al.* Pain. 2013;154(12):2616-2625.
7. Kaur H, Hota D, Bhansali A, *et al.* Diabetes Care. 2011;34:818-822.
8. Boyle J, Eriksson ME, Gribble L, *et al.* Diabetes Care. 2012;35:2451-2458.
9. Tanenberg RJ, Irving GA, Risser RC, *et al.* Mayo Clin Proc. 2011;86:615-624.
10. Lavoie Smith EM, Pang H, Cirrincione C, *et al.* JAMA. 2013;309:1359-1367.
11. Frakes EP, Risser RC, Ball TD, *et al.* Curr Med Res Opin. 2011;27:2361-2372.
12. Hochberg MC, Wohlreich M, Gaynor P, *et al.* J Rheumatol. 2012;39:352-358.
13. Cipriani A, Koesters M, Furukawa TA, *et al.* Cochrane Database Syst Rev. 2012;(10):CD006533.

Les articles Outils de la pratique sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Ils sont coordonnés par les Drs **G. Michael Allan** et **Adrienne Lindblad** et rédigés par le groupe PEER (Patients, Experience, Evidence, Research), avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada, et des Collèges des médecins de famille de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Les commentaires sont les bienvenus à l'adresse toolsforpractice@cfpc.ca. Les articles sont archivés à <https://gomainpro.ca/francais/tools-for-practice/>.

Cette communication exprime l'opinion des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue ni la politique du Collège des médecins de famille du Canada.