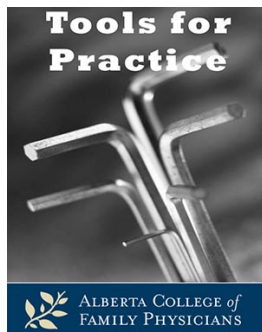


**Tools for Practice** est fièrement soutenu par l'Alberta College of Family Physicians (ACFP). L'ACFP est un organisme professionnel bénévole qui représente en Alberta plus de 4 400 médecins de famille, résidents en médecine familiale et étudiants en médecine. Établi il y a plus de soixante ans, l'ACFP s'efforce d'atteindre l'excellence en médecine familiale grâce à des activités de sensibilisation, à la formation médicale continue et à la recherche en soins primaires. [www.acfp.ca](http://www.acfp.ca)

26 septembre 2016



## L'acéMI Nophène pour traiter la dorsalgie et la douleur causée par l'arthrose : faire mine d'aller mieux?

**Question clinique : L'acétaminophène parvient-il à soulager la dorsalgie et la douleur causée par l'arthrose?**

**Conclusion : L'acétaminophène n'est pas efficace pour soulager la dorsalgie, et il ne présente aucun impact clinique significatif sur l'arthrose. Bon nombre d'autres interventions sont plus efficaces pour ces affections, dont les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) oraux sur une courte période pour la dorsalgie, les AINS topiques ou les stéroïdes intra-articulaires pour l'arthrose, ainsi que l'exercice physique dans les deux cas.**

### Données probantes

- Tous les résultats sont fondés sur une échelle de 100.
- Dorsalgie :
  - Un essai clinique randomisé (ECR)<sup>1</sup> de haute qualité a été mené auprès de 1 652 patients en soins primaires souffrant de lombalgie aiguë, randomisés en trois groupes : prise régulière d'acétaminophène, à raison de 3 990 mg/jour, prise d'acétaminophène au besoin ( $\leq 4\ 000$  mg/jour), prise d'un placebo, le tout pendant quatre semaines.
    - On n'a noté aucune incidence sur les résultats (temps de guérison, intensité de la douleur, invalidité, capacité fonctionnelle, évolution globale des symptômes, qualité de vie).
  - Dans cinq revues systématiques<sup>2-6</sup> (de trois à dix ECR menés auprès de  $\leq 1\ 825$  patients, souffrant pour la plupart de dorsalgie aiguë), comparaison entre l'acétaminophène
    - et un placebo : aucune incidence sur la dorsalgie aiguë<sup>2-4</sup>.
    - et d'autres traitements :

- Les AINS parviennent mieux que l'acétaminophène (environ 7,5 points) à soulager la douleur<sup>5</sup>.
- L'amitriptyline ou les compresses chauffantes sont plus efficaces que l'acétaminophène (environ 13 points) pour soulager la douleur<sup>6</sup>.
- Seule une étude à petite échelle (29 patients souffrant de douleur chronique) a démontré que l'acétaminophène semble avoir des résultats inférieurs aux AINS<sup>4</sup>.
- Arthrose : Huit revues systématiques (de quatre à quinze ECR menés auprès de ≤5 986 patients)<sup>2,7-13</sup>. Comparaison entre l'acétaminophène
  - et un placebo :
    - Soulagement de la douleur<sup>2,7,8,11,12</sup> : la différence moyenne standardisée va de 0,13 à 0,18 (équivalent vraisemblablement à environ 3 à 4 points sur 100).
      - N'atteint pas la différence minimale cliniquement pertinente de 0,37 (environ 9 points)<sup>14</sup>.
      - Lorsque le changement moyen dans l'intensité de la douleur n'est pas significatif, il importe de se demander si des patients pourraient ressentir un changement significatif. Or d'après la modélisation, on peut conclure qu'aucun patient ne ressentira un changement significatif avec l'acétaminophène<sup>11</sup>.
  - et les AINS :
    - Soulagement de la douleur : les AINS soulagent la douleur d'environ 6 points par rapport à l'acétaminophène<sup>10</sup>.
      - Amélioration globale du soulagement de la douleur, évaluée par des patients<sup>8</sup> : les AINS sont plus efficaces. Le nombre de sujets à traiter (NST) est de 6.

### Contexte

- Effets nocifs : l'acétaminophène accroît le risque d'élévation des enzymes hépatiques (>1,5 fois la normale)<sup>2</sup> - le nombre nécessaire pour obtenir un effet nocif (NNN) est de 21.
- Dans les directives sur le soulagement de la dorsalgie, on préconise l'acétaminophène comme traitement de première ligne, malgré son inefficacité<sup>15</sup>.
- Dans les directives sur le traitement de l'arthrose, on se prononce tant en faveur<sup>16</sup> que contre<sup>17</sup> l'acétaminophène.
- Quel traitement ayant le moins d'effets nocifs est le plus efficace (NST pour la douleur, à moins de mention contraire) :
  - Dorsalgie aiguë : le fait de rester actif facilite le retour au travail (environ trois jours plus tôt)<sup>18</sup>; avec les AINS<sup>19</sup>, le NST est d'environ 11, et avec la cyclobenzaprine<sup>20</sup>, le NST est d'environ 4 (mais la cyclobenzaprine a souvent peu d'effets complémentaires si elle est prise après le naproxène).
  - Dorsalgie chronique : l'exercice physique<sup>18</sup> – le NST va de 4 à 8.
  - Arthrose : les AINS topiques (mains et genoux)<sup>21</sup> – le NST est d'environ 5; avec les injections de corticostéroïdes intra-articulaires<sup>22</sup>, le NST est d'environ 4, et avec l'exercice physique<sup>23,24</sup>, le NST est d'environ 4 à 6.

### Auteurs

Chris Beavington, M.D., G. Michael Allan, M.D., CCMFFP

### Divulgateion

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à divulguer.

### Références

1. Williams CM, Maher CG, Latimer J, *et al.*, Lancet, 2014; 384:1586-1596.
2. Machado GC, Maher CG, Ferreira PH, *et al.*, BMJ, 2015; 350:h1225.
3. Saragiotto BT, Machado GC, Ferreira ML, *et al.*, Cochrane Database Syst Rev., 2016; 6: CD012230.
4. Agency for Healthcare Research and Quality : [www.effectivehealthcare.ahrq.gov/search-for-guides-reviews-and-reports/?pageaction=displayproduct&productid=2192](http://www.effectivehealthcare.ahrq.gov/search-for-guides-reviews-and-reports/?pageaction=displayproduct&productid=2192). (consulté le 26 août 2016)
5. Chou R, Huffman LH, Ann Intern Med., 2007; 147:505-514.
6. Davies RA, Maher CG, Hancock MJ, Eur Spin J., 2008; 17:1423-1430.
7. Bannuru RR, Schmid CH, Kent DM, *et al.*, Ann Intern Med., 2015; 162:46-54.
8. Towheed TE, Maxwell L, Judd MG, *et al.*, Cochrane Database Syst Rev., 2006; 1:CD004257.
9. Ennis ZN, Dideriksen D, Vaegter HB, *et al.*, Basic Clin Pharmacol Toxicol., 2016; 118:184-189.
10. Lee C, Straus WL, Balshaw R, *et al.*, Arthritis Rheum., 6; 387:2093-2105.
11. Zhang W, Nuki G, Moskowitz RW, Osteoarthritis Cartilage, 2010; 18:476-499.
12. Bjordal JM, Klovning A, Luungren AE, *et al.*, Eur J Pain, 2007; 11:125-138.
13. Wandel S, Juni P, Tendal B, *et al.*, BMJ, 2010; 341:c4675.
14. Toward Optimized Practice : [www.topalbertadoctors.org/download/1885/LBPguideline.pdf?\\_20160802102552](http://www.topalbertadoctors.org/download/1885/LBPguideline.pdf?_20160802102552). (consulté le 26 août 2016)
15. Hochberg MC, Altman RD, April KT, *et al.*, Arthritis Care Res., 2012; 64:465-474.
16. Jevsevar DS, Brown GA, Jone DL, *et al.*, J Bone Joint Surg Am., 2013; 95:1885-1886.
17. Mildenberger A, Allan GM, Tools for Practice. Disponible sur Internet : [https://www.acfp.ca/wp-content/uploads/tools-for-practice/1473693475\\_tfp170exerciseandbackpainfv.pdf](https://www.acfp.ca/wp-content/uploads/tools-for-practice/1473693475_tfp170exerciseandbackpainfv.pdf) (consulté le 26 septembre 2016).
18. Roelofs PD, Deyo RA, Koes BW, *et al.*, Cochrane Database Syst Rev., 2008; 1:CD000396.
19. Braschi E, Garrison S, Allan GM, Can Fam Physician, 2015; 61:1074.
20. Allan GM, Turner R, Lindblad A, Tools for Practice n° 40 : [www.acfp.ca/wp-content/uploads/tools-for-practice/1427230512\\_40updated-topicalnsaids.pdf](http://www.acfp.ca/wp-content/uploads/tools-for-practice/1427230512_40updated-topicalnsaids.pdf). (consulté le 26 août 2016)
21. Jamieson J, Allan GM, Tools for Practice n° 135 : [www.acfp.ca/wp-content/uploads/tools-for-practice/1427727062\\_tfp135steroidsforkneea.pdf](http://www.acfp.ca/wp-content/uploads/tools-for-practice/1427727062_tfp135steroidsforkneea.pdf). (consulté le 26 août 2016)
22. Fransen M, McConnell S, Harmer AR, *et al.*, Cochrane Database Syst Rev., 2015; 1:CD004376.
23. Fransen M, McConnell S, Hernandez-Molina G, *et al.*, Cochrane Database Syst Rev., 2014; 4:CD007912.

**Tools for Practice** est un article bimensuel qui résume des données médicales probantes portant surtout sur des questions d'actualité et de l'information destinée à modifier la pratique. L'article est coordonné par G. Michael Allan, M.D., CCMF, et le contenu est rédigé par des médecins de famille praticiens auxquels se joint à l'occasion un professionnel de la santé d'une autre spécialité médicale ou d'une autre discipline de la santé. Chaque article est évalué par les pairs, ce qui garantit le respect de normes élevées de qualité, d'exactitude et d'intégrité scientifique. Si vous n'êtes pas membre de l'ACFP et que vous souhaitez recevoir les articles par courriel, veuillez vous abonner à la liste de distribution, à l'adresse <http://bit.ly/signupfortfp>. Vous pouvez consulter les articles archivés sur le site Web de l'ACFP.

Les opinions exprimées dans la présente communication sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue et la politique de l'Alberta College of Family Physicians.