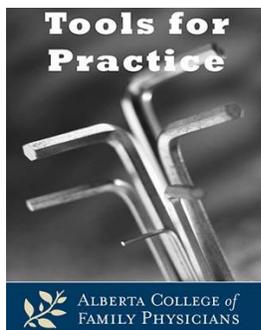


Tools for Practice est fièrement soutenu par l'Alberta College of Family Physicians (ACFP). L'ACFP est un organisme professionnel bénévole qui représente en Alberta plus de 4 800 médecins de famille, résidents en médecine familiale et étudiants en médecine. Établi il y a plus de soixante ans, l'ACFP 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

18 juin 2018



Vous avez des inquiétudes au sujet des opioïdes? Traitement de la douleur neuropathique par les opioïdes

Question clinique : Quels sont les risques et les bienfaits associés au traitement de la douleur neuropathique par les opioïdes?

Conclusion : Comparativement au placebo, les opioïdes à forte dose réduisent modérément (au moins de 30 %) la douleur d'une personne supplémentaire sur cinq à huit sur une période de 4 à 12 semaines. Par rapport au placebo, les événements indésirables associés aux opioïdes amènent une personne sur 11 ou 12 à abandonner le traitement. D'autres médicaments (comme les antidépresseurs tricycliques, la gabapentine/prégabaline et la duloxétine) sont tout aussi efficaces et entraînent moins d'événements indésirables. Les opioïdes devraient seulement être envisagés pour les patients présentant une douleur réfractaire après de multiples essais thérapeutiques.

Données probantes

- Quatre revues systématiques de 5 à 31 essais cliniques randomisés (ECR) menés auprès de 236 à 1 769 patients suivis pendant 4 à 12 semaines. Patients âgés en moyenne d'environ 60 ans, tous traités par rapport au placebo, pour une neuropathie diabétique, une douleur du membre fantôme ou une névralgie post-herpétique. La dose équivalente de morphine variait de 7,5 mg par jour à 180 à 240 mg par jour¹⁻⁵.
 - Prise en charge de la douleur :
 - Soulagement modéré de la douleur (amélioration d'au moins 30 %) ou grande/très grande amélioration selon l'échelle *Patient Global Impression of Change* (impression globale d'amélioration ressentie par le patient)^{1, 2} :
 - Morphine : 63 % contre 36 %, nombre de sujets à traiter (NST)=4.
 - Oxycodone en monothérapie ou en complément : 44 % contre 27 %, NST=6.

- En monothérapie, NST=5; en complément, NST=8.
- Amélioration d'au moins 33 % (morphine et oxycodone)^{3, 4} :
 - 57 % contre 34 %, NST=5.
 - Méta-analyse réalisée par les auteurs de *Tools for Practice* (cinq ECR, 429 patients) : réduction de la douleur de 1,2 point de plus que le placebo sur une échelle de 10 points.
- Fonctions :
 - Activités générales, activités professionnelles habituelles, relations sociales, sommeil et plaisir de la vie : bienfait clinique incertain³.
 - Exemple : avec la morphine ou l'oxycodone, les résultats ont amélioré d'environ 0,7 à 1,7 point sur 10 par rapport au placebo.
 - Mesures de l'humeur et de la performance de la marche : aucun bienfait.
- Événements indésirables :
 - La morphine, l'oxycodone et la méthadone par rapport au placebo :
 - Abandon du traitement en raison d'événements indésirables^{3,4} : nombre nécessaire pour obtenir un effet nocif (NNN)=11-12.
 - Constipation (NNN=4-5)^{2, 3}, vertige (NNN=8)^{2, 3}, endormissement/somnolence (NNN=6-7)^{2, 3}, nausée (NNN=6)^{2, 3}, vomissements (NNN=12)³.
- Limites : manque de clarté concernant le traitement concomitant de la douleur; petite taille des échantillons des ECR; courte durée des études.

Contexte

- Les lignes directrices recommandent les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradréline, les antidépresseurs tricycliques ou la gabapentine/prégabaline comme médicaments de première intention pour la douleur neuropathique^{6, 7}.
 - En règle générale, ils donnent d'aussi bons résultats (NST semblable) que les opioïdes à forte dose⁸.
 - Les recommandations concernant l'utilisation des opioïdes sont incohérentes, allant de la non-utilisation dans les soins primaires sans l'avis d'un spécialiste⁶ à l'utilisation comme traitement de deuxième intention⁷.
- De 2006 à 2008, 58 % des décès liés aux drogues en Ontario ont été causés par les opioïdes⁹.

Auteurs

Joey Ton, B. Sc. (pharm.), PharmD, Danielle Perry, B.Sc.inf., candidate à la M. Sc., et G. Michael Allan, M.D., CCMF

Divulgateion

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à divulguer. (Joey Ton et Danielle Perry bénéficient d'un appui du Physician Learning Program.)

Références

1. Cooper TE, Chen J, Wiffen PJ, *et al.*, Cochrane Database Syst Rev, 2017, 5 : CD011669.
2. Gaskell H, Derry S, Stannard C, *et al.*, Cochrane Database Syst Rev, 2016, 7 : CD010692.
3. McNicol ED, Midari A, Eisenberg E, Cochrane Database Syst Rev, 2013, 8:CD006146.
4. Sommer C, Welsch P, Klose P, *et al.*, Schmerz, 2015, 1 : 35-46.
5. Busse JW, Craigie S, Juurlink DN, *et al.*, CMAJ, 2017, 189(18) : E659-E666.
6. National Institute for Health and Care Excellence, NICE Guideline (CG96). Sur Internet : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg173/evidence/neuropathic-pain-pharmacological-management-full-guideline-191621341>. Consulté le 6 mars 2018.

7. Moulin D, Boulanger A, Clark AJ, *et al.*, Pain Res Manag, 2014, 6 : 328-335.
8. C-TOP Tool. Sur Internet : www.pain-calculator.com. Consulté le 28 mars 2018.
9. Madadi P, Hildebrandt D, Lauwers A, *et al.*, PLoS One, 2013, 8(4) : e60600.

Tools for Practice est un article bimensuel qui résume des données médicales probantes portant surtout sur des questions d'actualité et 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, faisant en sorte qu'il maintienne des 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>. Les articles archivés sont disponibles 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.