



La douleur de l'arthrose vous déprime? Duloxétine

Question clinique : Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN), en particulier la duloxétine, soulagent-ils la douleur chez les patients souffrant d'arthrose?

Conclusion : La duloxétine peut réduire de manière significative les scores de douleur de l'arthrose (d'au moins 30 %) chez environ 60 % des patients, contre environ 40 % pour le placebo. Une douleur moyenne d'environ 6 (échelle de 0 à 10) sera réduite d'environ 2,5 points, contre 1,7 point pour le placebo. Les effets indésirables de la duloxétine entraînent le retrait de 12 % des patients, contre 6 % pour le placebo.

Données probantes

- Six revues systématiques portant sur deux à sept essais cliniques randomisés (ECR) regroupant de 487 à 2 102 patients¹⁻⁶. De 60 à 120 mg de duloxétine par jour par rapport au placebo; résultats statistiquement significatifs, sauf indication contraire.
 - Proportion de patients atteignant une réduction significative de la douleur (généralement une réduction de 30 % ou plus du score de la douleur) :
 - Revue systématique (six ECR, 2 060 patients¹ souffrant de l'arthrose de la hanche ou du genou), sur 10 à 18 semaines : 64 % prenaient de la duloxétine et 43 % prenaient un placebo, nombre de sujets à traiter (NST)=5;
 - Résultats similaires pour d'autres revues systématiques^{3, 5-6} : NST=de 6 à 9.
 - Dans un ECR (231 patients), les patients ont été randomisés pour recevoir 60 mg ou 120 mg; aucune différence n'a été constatée⁷.
 - Amélioration des scores de base de la douleur (échelle de 0 à 10 points, les scores plus faibles indiquant une moindre douleur) :
 - Revue systématique (cinq ECR, 2 059 patients)⁵, les patients ayant au départ un score moyen de 5,8 : la duloxétine a réduit la douleur de 0,8 de plus que le placebo, permettant d'atteindre un score moyen de 3,3 contre 4,1 pour le placebo, ce qui est probablement significatif sur le plan clinique.
 - Une autre revue systématique a révélé des résultats similaires³.
 - Événements indésirables :
 - Événements indésirables globaux⁴ : 55 % contre 37 % (placebo), nombre nécessaire pour obtenir un effet nocif (NNN)=6.

- Événements indésirables les plus fréquents⁴ : gastro-intestinaux – 36 % contre 8 % (placebo) (NNN=4).
 - Plus précisément⁶ : nausée (NNN=16), fatigue (NNN=17), constipation (NNN=19), dysfonctionnement érectile (NNN=20), douleur abdominale (NNN=34).
- Retrait en raison d'événements indésirables⁴ : 12 % contre 6 % (placebo), NNN=17.
- D'autres revues systématiques ont trouvé des résultats similaires¹⁻⁶.
 - Limites : toutes les études ont été financées par l'industrie.

Contexte

- Aucun ECR ne s'est penché sur la venlafaxine pour traiter la douleur liée à l'arthrose.
- Les lignes directrices de l'Osteoarthritis Research Society International et de l'American College of Rheumatology recommandent la duloxétine sous certaines conditions, mais la tolérance doit être prise en compte⁸⁻⁹.
- L'aide décisionnelle simplifiée de PEER sur l'arthrose peut aider les patients à prendre des décisions en connaissance de cause et est disponible en ligne¹⁰.

Auteurs

Betsy Thomas, B. Sc. (pharm.), Joey Ton, Pharm. D., et G. Michael Allan, M.D., CCMF

Divulgations

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

Références

1. Ton J, Perry D, Thomas B, et al. Can Fam Physician. 2020 Mar;66(3):e89-e98.
2. Moore RA, Cai N, Skljarevski V, Tölle TR. Eur J Pain. 2014 Jan;18(1):67-75.
3. Wang ZY, Shi SY, Li SJ, et al. Pain Med. 2015 Jul;16(7):1373-85.
4. Osani MC, Bannuru RR. Korean J Intern Med. 2019 Sep;34(5):966-73.
5. Gao SH, Huo JB, Pan QM, et al. Medicine (Baltimore). 2019 Nov;98(44):e17541.
6. Citrome L, Weiss-Citrome A. Postgrad Med. 2012 Jan;124(1):83-93.
7. Chappell A, Ossanna M, Liu-Seifert H, et al. Pain. 2009 Dec;146(3):253-60.
8. Bannuru RR, Osani MC, Vaysbrot EE, et al. Osteoarthritis Cartilage. 2019 Nov;27(11):1578-89.
9. Kolasinski S, Neogi T, Hochberg MC, et al. Arthritis Rheumatol. 2020 Feb;72(2):220-33.
10. Lindblad AJ, McCormack J, Korownyk CS, et al. Can Fam Physician. 2020 Mar [consulté le 8 avril 2013];66(3):191-93. Disponible : <https://www.cfp.ca/content/66/3/191>