



Médicaments contre le tremblement essentiel : solution stable ou science chancelante ?

QUESTION CLINIQUE

Quelle est l'efficacité des bêtabloquants et d'autres agents de première intention contre le tremblement essentiel ?

CONCLUSION

De petits essais cliniques randomisés (ECR) plus anciens montrent que le propranolol atténue la gravité des tremblements (environ deux points de plus que le placebo sur des échelles de 10 à 15 points) et fait en sorte que les gens se sentent « nettement mieux » dans une proportion de 64 à 100 % par rapport à 14 à 20 % sous placebo après deux à six semaines. Les bienfaits commencent à se faire sentir à partir d'une dose de 90 mg/jour. Les doses de 120 à 240 mg/jour ont été les plus étudiées. La primidone et le topiramate peuvent améliorer la fonction selon des ECR limités.

DONNÉES PROBANTES

- Les résultats sont statistiquement significatifs, sauf indication contraire.
- Aucune revue systématique n'a été trouvée au sujet des résultats axés sur les patients. Nous faisons état ici des résultats rapportés par les patients lors d'ECR à double insu contrôlés par placebo qui portaient surtout sur le tremblement des membres supérieurs.

- Propranolol :
 - Tremblements (évalués par les patients). 9 ECR sur 9 rapportent des avantages par rapport au placebo. Exemples¹⁻⁹ :
 - Proportion de patients « nettement mieux » après deux à six semaines :
 - ECR (10 patients) : 100 % par rapport à 20 % (placebo); nombre de sujets à traiter (NST) = 2 (calcul de l'équipe PEER)¹.
 - ECR (7 patients) : 64 % par rapport à 14 % (placebo)², NST = 2.
 - Gravité selon des échelles de 10 à 15 points (les scores au départ ne sont pas fournis). Après 2 à 3 semaines :
 - Trois ECR (de 9 à 23 patients) : Scores de 5 à 12 avec le placebo. Les scores sont meilleurs d'environ 1,6 à 2,0 points avec le propranolol qu'avec le placebo, ce qui est probablement cliniquement significatif. Les résultats de deux ECR sont statistiquement différents, mais ceux d'un autre ne le sont pas³⁻⁵.
 - Fonction : aucune différence⁶.
- Sotalol : Deux ECR (9 et 17 patients).
 - Tremblements (échelle : 0 à 100, score au départ : 34). À 14 jours, score avec le placebo : 31. Sotalol : 9 points de mieux que le placebo, ce qui probablement cliniquement significatif¹⁰. Un autre ECR rapporte des résultats semblables³.
- Métoprolol, aténolol:
 - Symptômes : aucune différence par rapport au placebo^{3,5,9,10}.
 - Métoprolol : inférieur au propranolol^{5,11}. Exemple : À 14 jours, le score des tremblements était de 4,8 sur une échelle de 10 avec le métoprolol. Le score avec le propranolol était meilleur de 1,5 point.
- Primidone : Deux ECR (22 patients chacun)^{12,13}.
 - Score d'évaluation fonctionnelle (plus le score est faible, plus la fonction est meilleure. Score de 8 au départ). Après quatre semaines, le score était de 7,8 sur une échelle de 15 avec le placebo. Score moins élevé de 2,6 points avec la primidone (les statistiques n'ont pas été rapportées), ce qui est probablement cliniquement significatif.
- Topiramate : Le plus vaste ECR (223 patients)¹⁴.
 - « Bon/très bon résultat » : 69 % par rapport à 15 % (placebo), NST = 3.
- Limites :
 - De nombreux ECR et revues systématiques rapportent l'amplitude/la fréquence des tremblements, mais la signification clinique n'est pas claire¹⁵.
 - L'évaluation de l'amélioration des symptômes diffère selon qu'elle est effectuée par le patient ou le clinicien.
 - Beaucoup d'échelles de symptômes (non validées dans de nombreux cas). La communication des données est souvent incomplète.

CONTEXTE

- Lignes directrices : Le propranolol, le topiramate et la primidone sont les médicaments de première intention^{16,17}.
 - Options : alprazolam¹⁸, gabapentinoïdes (incohérence au niveau du bienfait)^{6,19-23}, toxine botulinique²⁴.

- Dosage du propranolol :
 - Les doses plus faibles (peut-être aussi peu que 90 mg/jour) sont tout aussi efficaces que les plus élevées (320 mg)^{2,4,5}.
 - « Au besoin » : aucun ECR.

RÉFÉRENCES

1. Tolosa ES, Loewenson RB. Neurology 1975; Nov;25(11):1041-1044.
2. Morgan M, Langton Hewer R, Cooper R. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1973 Aug;36(4):618-624
3. Jefferson D, Jenner P, Marsden CD. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1979 Oct;42(10):904-909.
4. Cleeves L, Findley LJ. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1988 Mar;51(3):379-384
5. Calzetti S, Findley LJ, Perucca E et al. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1982 Oct;45(10):893-897.
6. Gironell A, Kulisevsky J, Barbanoj M et al. Arch Neurol. 1999 Apr;56(4): 475-480.
7. Teravainen H, Huttunen J, Larsen TA. Acta Neurol Scand. 1986 Jul;74(1):34-37.
8. Winkler GF, Young RR. N Engl J Med. 1974 May 2;290: 984-988.
9. Larsen TA, Teravainen H, Calne DB. Acta Neurol Scand. 1982 Nov;66:547-554.
10. Leigh PN, Jefferson D, Twomey A et al. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1983 Aug; 46(8): 710-715.
11. Larsen TA, Teravainen H. Neurol. 1983;37:247-251.
12. Gunal DI, Afsar N, Bekiroglu N et al. Neurol Sci. 2000 Oct;21(5): 315-317.
13. Findley LJ, Cleeves L, Calzetti S. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1985 Sep;48(9):911-915.
14. Ondo WG, Jankovic J, Connor GS et al. Neurology 2006 Mar 14;66(5):672-677.
15. Zhang, JJ, Yan R, Cui Y et al. eClinicalMedicine. 2024 Oct 18;77:102889.
16. Ferreira JJ, Mestre TA, Lyons KE et al. Mov Disord. 2019 Jul;34(7): 950-958.
17. Zappia M, Albanese A, Bruno E et al. J Neurol. 2013 Mar;260(3):714-740.
18. Bruno E, Nicoletti A, Quattrocchi G et al. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Dec 6;2015(205(12):CD009681.

AUTRICES

Allison Paige, M.D., CCMF
Samantha S. Moe, Pharm. D.,
 ACRP

Les autrices n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.

19. Pahwa R, Lyons K, Hubble JP et al. Mov Disord. 1988 May;13(3): 465-467.
20. Ondo W, Hunter C, Vuong KD et al. Mov Disord. 2000 Jul;15(4): 678-682.
21. Ferrara JM, Kenney C, Davidson AL et al. J Neurol Sci. 2009 Oct 15;285(1-2): 195-197.
22. Zesiewicz TA, Sullivan KL, Hinson V et al. Mov Disord. 2013 Feb;28(2):249-250.
23. Zesiewicz TA, Ward CL, Hauser RA et al. Mov Disord. 2007 Aug 15;22(11):1660-1663.
24. Brin MF, Kyons KE, Doucette J et al. Neurology. 2001 Jun 12;56(11):1523-1528.

**OUTILS POUR LA PRATIQUE
RENDU POSSIBLE PAR**



EN PARTENARIAT AVEC



Les articles **Outils pour la pratique** sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Coordonnés par la **Dre Adrienne Lindblad**, ils sont 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. La version française de la bibliothèque d'Outils pour la pratique de CMFCApprendre est en cours de construction. Elle sera disponible en 2025.

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.