



De la douleur névralgique à la douleur aux genoux : gabapentinoïdes pour l'arthrose

QUESTION CLINIQUE

Les gabapentinoïdes sont-ils efficaces pour le traitement de l'arthrose?

CONCLUSION

Selon quelques petits essais cliniques randomisés (ECR) de courte durée, les gabapentinoïdes sont probablement supérieurs au placebo. Sur une échelle de 0 à 10 (plus le score est bas, moins la douleur est grande; score de 6 au départ), les gabapentinoïdes ont fait baisser le score à 3,4 par rapport à 5,4 (placebo) à 13 semaines, mais le pourcentage de la patientèle qui répond au traitement est inconnu. L'efficacité paraît semblable à celle de la duloxétine. Les gabapentinoïdes peuvent causer des vertiges, des œdèmes périphériques et une prise de poids.

DONNÉES PROBANTES

- Les résultats sont statistiquement significatifs, sauf indication contraire.
- Une revue systématique sans méta-analyse¹ : les ECR (plus un autre²) sont rapportés individuellement. Arthrose du genou, sauf indication contraire. La douleur a été habituellement mesurée à l'aide d'une échelle visuelle analogique de 0 à 10, dans laquelle plus le score est bas, moins la douleur est grande.

- Par rapport au placebo :
 - 44 patientes et patients (arthrose de la main); 300 mg de prégalbamine ou un placebo. À 13 semaines³ :
 - Douleur (~ 6 au départ) : baisse à 3,4 (prégalbamine) par rapport à 5,4 (placebo).
 - Fonction (échelle de 0 à 900; plus le score est bas, meilleur est l'état; ~ 595 au départ) : baisse à 362 (prégalbamine) par rapport à 509 (placebo).
 - Jours d'utilisation des médicaments de secours : 9 (prégalbamine) par rapport à 56 (placebo) (statistiques non rapportées).
- Par rapport à l'acétaminophène :
 - 100 patientes et patients; 600 mg de gabapentine ou 2 000 mg d'acétaminophène. À 12 semaines⁴ :
 - Douleur, estimation du groupe PEER (~ 8,5 au départ) : baisse à environ 3 (gabapentine) par rapport à environ 5 (acétaminophène).
 - Fonction, estimation du groupe PEER (échelle de 0 à 68; plus le score est bas, meilleur est l'état; ~ 55 au départ) : baisse à environ 17 (gabapentine) par rapport à environ 35 (acétaminophène).
- Par rapport à la duloxétine :
 - 60 patientes et patients; 300 mg de prégalbamine par rapport à 60 mg de duloxétine. À 12 semaines² :
 - Douleur (~ 7 au départ) : baisse à 2,1 (prégalbamine) par rapport à 2,7 (duloxétine); pas de différence statistique.
 - Fonction (échelle de 0 à 68; plus le score est bas, meilleur est l'état; ~ 39 au départ) : baisse à 15 (gabapentine) par rapport à 23 (duloxétine).
 - Autres ECR, douleur : Les résultats obtenus avec 300 mg de prégalbamine³ et 600 mg de gabapentine⁴ sont semblables à ceux engendrés par la duloxétine.
- Par rapport aux AINS oraux :
 - 59 patientes et patients : 25 mg de prégalbamine par rapport à 10 mg de méloxicam⁵. À 4 semaines :
 - Douleur, fonction : résultats semblables entre les groupes.
- Limites : Les petits essais de courte durée sont susceptibles d'exagérer les bienfaits. Peu de préjudices ont été rapportés. Certaines études n'étaient pas assez puissantes²⁻⁴. Absence d'insu^{2,5}. Aucune analyse des répondants²⁻⁴.

CONTEXTE

- Pour la douleur chronique, 12 % de la patientèle cesse de prendre des gabapentinoïdes en raison d'effets indésirables (vertiges, œdème périphérique, prise de poids)⁶.
- Lignes directrices sur l'arthrose⁶ :
 - L'activité physique constitue le fondement de la gestion de la douleur.

- Options pharmacologiques : réduction par rapport au placebo sur une échelle visuelle analogique de 11 points : environ 1 à 1,5 avec les AINS oraux/topiques, les corticostéroïdes intra-articulaires et la duloxétine^{7,8}.
- Acétaminophène : aucun effet.
- Prégabaline/gabapentine : ces médicaments n'ont pas été abordés.

RÉFÉRENCES

1. Du Z, Chen H, Cai Y et al. BMC Rheumatol. 2022 May 11; 6(1):28.
2. Illez OG, Oktay KNK, Aktas I et al. Rev Assoc Med Bras (1992). 2022 Mar; 68(3):377-383.
3. Sofat N, Harrison A, Russell MD et al. J Pain Res. 2017 Oct 10; 10:2437-2449.
4. Enteshari-Moghaddam A, Azami A, Isazadehfar K et al. Clin Rheumatol. 2019 Oct; 38(10):2873-2880.
5. Ohtori S, Inoue G, Orita S et al. Yonsei Med J. 2013 Sep; 54(5):1253-1258.
6. Korownyk CS, Montgomery L, Young J et al. Can Fam Physician. 2022 Mar; 68(3):e63-e76.
7. Thomas B, Ton J, Allan GM. Outils pour la pratique, n° 269. La douleur de l'arthrose vous déprime? Duloxétine. Lien : <https://cfpclearn.ca/tfp269/?lang=fr>. Consulté le 14 novembre 2025.
8. Allan GM, Jamieson J. Outils pour la pratique, n° 135. Les injections de corticostéroïdes et les genoux : une combinaison de rêve pour l'arthrose? Lien : <https://cfpclearn.ca/tfp135/?lang=fr>. Consulté le 14 novembre 2025.

AUTRICES

Émérie Braschi, M.D., Ph.D.,
CCMF
Samantha Moe, Pharm. D.,
ACPR
Les autrices n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.

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 CMFCAApprendre 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.