

Aide décisionnelle simplifiée de PEER: options pour le traitement de la douleur neuropathique en première ligne

Karenn Chan MD CCFP(COE) Danielle Perry RN Adrienne J. Lindblad ACPR PharmD Scott Garrison MD PhD CCFP
 Jamison Falk PharmD James McCormack PharmD Christina S. Korownyk MD CCFP Jessica Kirkwood MD CCFP(AM)
 Joey Ton PharmD Betsy Thomas BScPharm Samantha Moe PharmD Nicolas Dugré PharmD MSc
 Michael R. Kolber MD CCFP MSc G. Michael Allan MD CCFP

Cette aide décisionnelle s'adresse aux cliniciens aux fins de discussion avec les patients sur les options thérapeutiques contre la douleur neuropathique. Elle découle de notre revue systématique d'accompagnement d'études avec répartition aléatoire et contrôlées (e131)¹. Les données sur l'efficacité ont été générées à partir d'études avec répartition aléatoire et contrôlées ayant comparé le traitement actif à un traitement témoin. Les données se concentrent sur la proportion de patients ayant obtenu une réduction cliniquement pertinente de la douleur, généralement définie comme une réduction d'au moins 30% de la douleur.

Comment cet outil a-t-il été créé?

Le tableau a été créé à l'aide des estimations du rapport de risque dans les méta-analyses de patients ayant obtenu un soulagement cliniquement pertinent de la douleur. Le taux de contrôle en réponse à l'intervention était standardisé à 29%, soit la moyenne du taux approximatif de contrôle en réponse à l'intervention de toutes les études incluses. Le rapport de risque de chaque intervention a été appliqué au taux de contrôle moyen de 29% pour estimer le bienfait de l'intervention. Le taux de contrôle standardisé facilite la comparaison des bienfaits estimés des différentes interventions. Il faut noter cependant que les estimations sont tirées d'études contrôlées par placebo, et ne sont pas des comparaisons directes; les différences entre les interventions sont donc des approximations comportant un certain degré d'incertitude.

Notre revue systématique a relevé les meilleures données probantes disponibles pour la plupart des interventions¹. Dans le cas des anticonvulsivants, nous avons inclus les données se rapportant à la gabapentine, à la prégabaline, à l'oxcarbazépine et au topiramate, et 90% des études portaient sur la gabapentine ou la prégabaline. Les 4 anticonvulsivants ont démontré une efficacité comparable; plus d'effets indésirables ont été observés sous l'oxcarbazépine et le topiramate. Dans le cas des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine-noradrénaline, nous avons inclus la duloxétine, la venlafaxine et la desvenlafaxine, 75% des publications étant axées sur la duloxétine. L'efficacité et les effets indésirables étaient semblables, peu importe le médicament. Afin d'améliorer la qualité, nous avons exclu les

études transversales partiellement rapportées. Cela a fonctionné pour les autres traitements, mais dans le cas des antidépresseurs tricycliques, il ne restait que 2 études avec répartition aléatoire et contrôlées de très faible qualité dont les résultats étaient contradictoires. Par souci de clarté, nous avons utilisé une récente revue systématique sur les antidépresseurs tricycliques² et des données méta-analysées sur les répondeurs, y compris des études transversales partiellement rapportées (méta-analyse disponible auprès des auteurs, sur demande). Nous n'avons pas relevé d'études avec répartition aléatoire et contrôlées pertinentes portant sur l'exercice ou la lidocaïne topique.

L'aide décisionnelle

L'outil est un résumé d'une page (recto-verso) de l'efficacité estimée des options thérapeutiques contre la douleur neuropathique; une version imprimable se trouve à **CFPlus***. En plus du tableau (**Figure 1**)³, il y a une flèche bleue qui indique le niveau des données probantes associées à chaque intervention, selon les critères du groupe de travail GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*)³, qui reflètent la confiance dans les estimations du rapport de risque. La **Figure 2**^{1,2,4} inclut le classement des traitements en fonction des bienfaits et des torts, des abandons en raison d'effets indésirables, des effets indésirables habituels, des considérations thérapeutiques et du coût estimé.

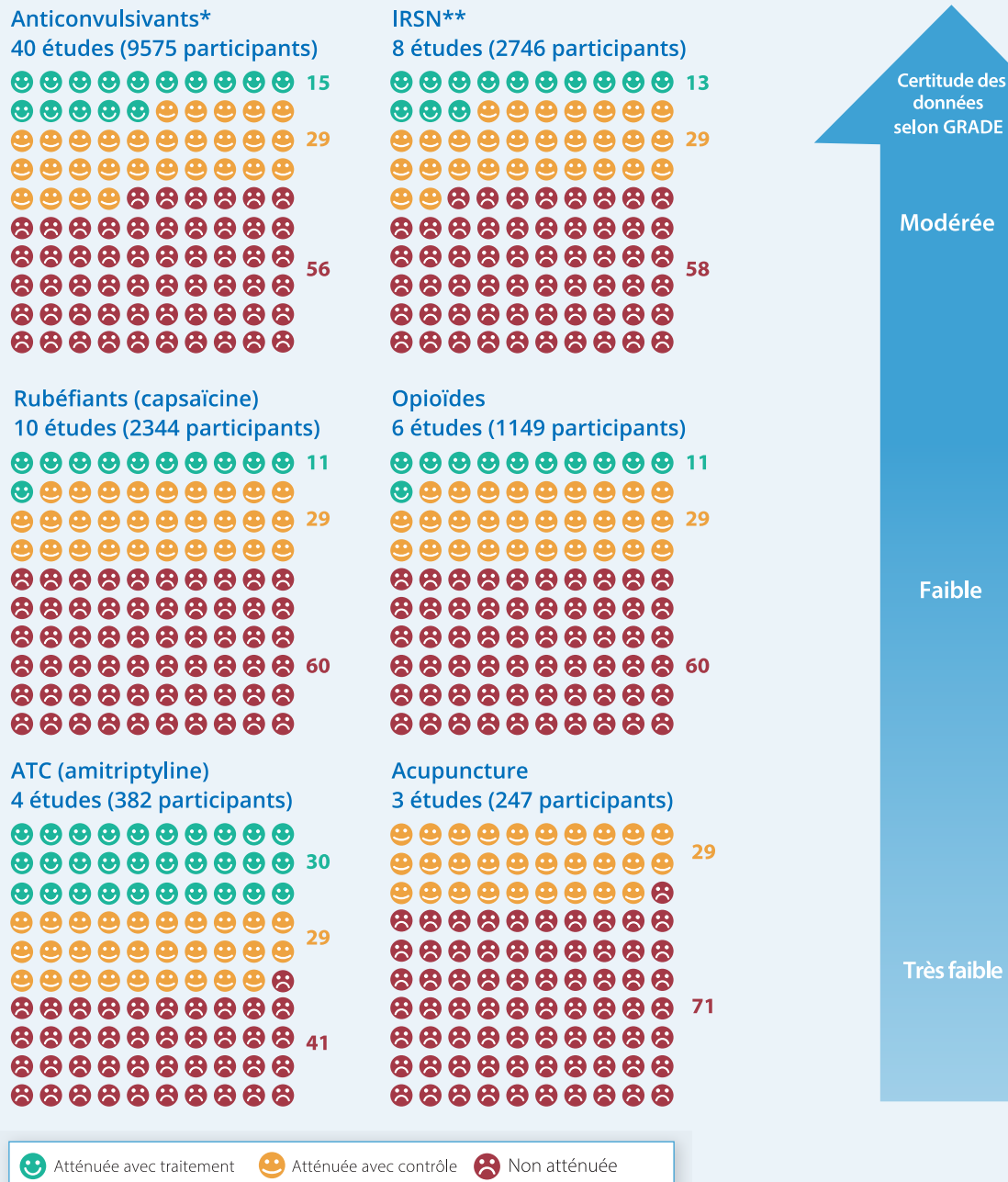
Nous n'avons pas traité des cannabinoïdes pour le traitement de la douleur neuropathique, puisque nous l'avons déjà fait⁵. Bien que le tableau précédent ne traite pas de la douleur neuropathique, il inclut d'autres types de douleur neuropathique non inclus dans cette analyse; l'estimation de l'effet ne peut donc pas être comparée. L'outil ne constitue pas des lignes directrices, et les données probantes n'ont pas été évaluées par un comité indépendant des lignes directrices. L'information présentée sera jumelée à des revues et des outils systématiques semblables traitant d'autres types de douleur chronique afin d'éclairer la rédaction de futures lignes directrices. 🌿

*Des versions imprimables des **Figures 1** et **2** se trouvent à www.cfp.ca. Rendez-vous au texte intégral (full text) de l'article en ligne et cliquez sur l'onglet **CFPlus**.

Figure 1

AIDE DÉCISIONNELLE SIMPLIFIÉE DE PEER / DOULEUR NEUROPATHIQUE

Chez combien de personnes la douleur neuropathique sera significativement atténuée ($\geq 30\%$) par différents traitements?



*Les anticonvulsivants étaient la prégabaline, la gabapentine, l'oxcarbazépine et le topiramate

**Les IRSN étaient la duloxétine, la venlafaxine et la desvanlafaxine

Figure 2 Options thérapeutiques contre la douleur neuropathique

BIENFAITS ET TORTS	TRAITEMENT	NBRE DE PATIENTS À TRAITER (NPT)	ABANDONS EN RAISON D'EFFETS INDÉSIRABLES* (TRAITEMENT C. PLACEBO)	EFFETS INDÉSIRABLES (EXEMPLES)	COÛT	COMMENTAIRES THÉRAPEUTIQUES
😊 Les bienfaits surpassent probablement les torts	Prégabaline	7	11 c. 5 % NNN 17	Étourdissements, œdème périphérique, prise pondérale, ataxie, somnolence	\$ \$	Les doses allaient de 75 à 600 mg par jour (la dose le plus souvent étudiée était 300 mg par jour).
	Gabapentine	7	13 c. 8 % NNN 22	Étourdissements, somnolence, œdème périphérique	\$ à \$\$	Les doses variaient et la dose le plus souvent étudiée était 900-3600 mg par jour
	IRSN	8	13 c. 5 % NNN 13	Étourdissements, nausées, somnolence	\$ à \$\$\$	Les médicaments à l'étude étaient la duloxétine (40-120 mg), la venlafaxine (75-225 mg) et la desvenlafaxine (50-400 mg).
	Rubéfiants (capsaïcine)	10	6 c. 2 % NNN 25	Rougeur au point d'application, brûlure, douleur, prurit et enflure	\$ à \$\$	Des bienfaits ont été observés avec la crème à 0,075 % et le timbre à 8 % de forte concentration (le timbre à 8 % n'est pas commercialisé au Canada).
😐 Les bienfaits ne surpassent peut-être pas les torts chez certains patients	Opioides	10	14 c. 6 % NNN 12	Somnolence, prurit, nausées, vomissements, constipation, étourdissements	\$ \$ à \$ \$ \$	Alors que 13 % des patients se amélioré au-delà des patients sous placebo, de nombreux événements indésirables ont été rapportés. Environ 3 % des patients souffrant de douleur chronique développent un trouble de consommation d'opioïdes en 2 ans ² .
😞 Aucun bienfait	Acupuncture	Aucune différence par rapport au placebo	Aucune différence par rapport au placebo	Non rapportés	\$ \$ \$ à \$ \$ \$ \$	Les types d'acupuncture étaient traditionnelle, auriculothérapie et électro-acupuncture. Les patients ont été suivis pendant 8-10 semaines.
😞 Les torts surpassent probablement les bienfaits	Oxcarbazépine	7	26 c. 7 % NNN 6	Somnolence, dorsalgie, nausées, vomissements, effets indésirables graves	\$ \$	Les effets ne différaient pas de ceux du placebo, cependant un taux élevé d'abandons en raison d'effets indésirables a été observé.
😐 Bienfaits ou torts incertains	ATC (amitriptyline)**	4	16 c. 7 % NNN 12	Sécheresse buccale, étourdissements, somnolence	\$ à \$ \$	Les études avec répartition aléatoire et contrôlées sont petites et comportent un risque élevé de biais. La dose la plus souvent étudiée était 25-75 mg par jour.

*Des observations statistiquement significatives ont été rapportées

Coût approximatif en dollars par mois : \$ = < 25, \$\$ = 25-50, \$\$\$ = > 50-100, \$\$\$\$ = > 100

IRSN : inhibiteurs de la recapture de la sérotonine-noradrénaline; ATC : antidépresseurs tricycliques; NNN : nombre nécessaire pour nuire

Note : Aucune donnée sur les répondeurs n'a été relevée pour l'exercice et la lidocaïne.

**En raison de l'estimation de l'effet et de la signification statistique variables, notre analyse sur les ATC est teintée d'incertitude. Pour clarifier l'estimation potentielle de l'effet, les données sur les ATC ont été tirées d'une revue Cochrane déjà publiée².

La **D^e Chan** est professeure adjointe au département de médecine familiale de l'Université de l'Alberta, à Edmonton. **M^{me} Perry** est infirmière, spécialiste des données cliniques au Collège des médecins de famille du Canada (CMFC). **M^{me} Lindblad** est spécialiste-responsable des données cliniques au CMFC et professeure clinique agrégée au département de médecine familiale de l'Université de l'Alberta. Le **D^r Garrison** est professeur agrégé au département de médecine familiale à l'Université de l'Alberta. **M. Falk** est professeur agrégé au Collège de pharmacie de l'Université du Manitoba à Winnipeg. **M. McCormack** est professeur à la faculté des sciences pharmaceutiques à l'Université de la Colombie-Britannique à Vancouver. La **D^e Korownyk** est professeure agrégée au département de médecine familiale de l'Université de l'Alberta. La **D^e Kirkwood** est professeure adjointe à l'Université de l'Alberta. **M. Ton**, **M^{me} Thomas** et **M^{me} Moe** sont spécialistes des données cliniques au CMFC. **M. Dugré** est pharmacien au CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal et professeur clinique agrégé à la faculté de pharmacie de l'Université de Montréal (Québec). Le **D^r Kolber** est professeur au département de médecine familiale de l'Université de l'Alberta. Le **D^r Allan** est directeur des programmes et soutien à la pratique au CMFC, et professeur auxiliaire au département de médecine familiale de l'Université de l'Alberta.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Références

1. Falk J, Thomas B, Kirkwood J, Korownyk CS, Lindblad AJ, Ton J et coll. PEER systematic review of randomized controlled trials. Management of neuropathic pain in primary care. *Can Fam Physician* 2021;67:e130-40.
2. Moore RA, Derry S, Aldington D, Cole P, Wiffen PJ. Amitriptyline for neuropathic pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;(7):CD008242.
3. Schünemann H, Brožek J, Guyatt G, Oxman A, éditeurs. *GRADE handbook: introduction to GRADE handbook*. GRADE Working Group; 2013. Accessible à : guidelinedevelopment.org/handbook. Réf. du 26 mars 2021.
4. Moe S, Allan GM. *What is the incidence of iatrogenic opioid use disorder? Tools for Practice #240*. Edmonton, AB: Alberta College of Family Physicians; 2019. Accessible à : https://go-mainpro.ca/wp-content/uploads/tools-for-practice/1563807207_incidenceoutftp240fv.pdf. Réf. du 26 mars 2021.
5. Allan GM, Ramji J, Perry D, Ton J, Beahm NP, Crisp N et coll. Simplified guideline for prescribing medical cannabinoids in primary care. *Can Fam Physician* 2018;64:111-20 (Eng), e64-75 (Fr).

Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifiés Mainpro+ Pour obtenir des crédits, rendez-vous à www.cfp.ca et cliquez sur le lien vers Mainpro.

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.
Can Fam Physician 2021;67:e111-4. DOI: 10.46747/cfp.6705e111

The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the **May 2021** issue on **page 347**.