

Quelle efficacité des opioïdes forts dans les douleurs chroniques non cancéreuses ?

Bibliomed

Les Analyses du Centre de Documentation de l'UNAFORMEC

Numéro 797 du 13 Décembre 2015

Contexte

Pour l'Afssaps en 2004 sur 6 opioïdes forts à visée antalgique (buprénorphine, fentanyl, hydromorphone, morphine, oxycodone et péthidine) seule la morphine est indiquée pour les douleurs dans le traitement des douleurs chroniques non cancéreuses (DCNC) persistantes, intenses ou rebelles aux antalgiques de niveau plus faible [1]. La commission de transparence de la HAS a accordé en octobre 2014 un SMR important à trois spécialités à base d'oxycodone [2] puis en 2015 à deux spécialités à base de morphine [3] dans l'indication « *douleurs intenses et chroniques de l'arthrose de hanche, du genou et de la lombalgie chronique* » mais elle ne recommande pas leurs prescriptions dans les douleurs de maladies inflammatoires. Quelle est l'efficacité antalgique à long terme (plus de 6 semaines) d'une thérapie antalgique par opioïdes forts dans certains cas de DCNC ?

Données de la littérature.

Une efficacité à court terme sur la douleur et les capacités fonctionnelles dans l'arthrose du genou et de la hanche. Une méta-analyse de la Cochrane, publiée en septembre 2014 [4], étudie l'effet antalgique des opioïdes forts oraux ou transdermiques comparés au placebo ou à l'abstention thérapeutique, chez des personnes souffrants d'arthrose du genou ou de la hanche. Pour pouvoir regrouper les résultats de mesures de la douleur qui ont été faites avec des instruments différents, les auteurs ont calculé pour chaque étude la différence moyenne standardisée (DMS)¹. Sur 22 essais en double aveugle contrôlés randomisés (8275 participants) les groupes de patients traités par opioïdes forts ont une baisse de la douleur plus importante que dans le groupe contrôle (GC) (DMS : - 0,28 ; IC 95% - 0,35 à - 0,20), ce qui correspond sur une échelle analogique visuelle de 10 cm à 0,7 cm et une amélioration de 12% (opioïdes 41%, GC 29%) et à un nombre de personnes nécessaire de traiter (NNT) de 10. La fonction motrice est plus améliorée chez les patients traités : DMS - 0,26 (IC 95% - 0,35 à -0,17), ce qui correspond à une amélioration de 11% par rapport au groupe contrôle (opioïdes 32%, GC 21%) avec un NNT de 11. Cette Méta-analyse ne montre pas de différence importante suivant le type d'opioïdes, le mode d'administration, la dose journalière, la qualité méthodologique des essais et leur type de financement. Les essais avec des traitements durant quatre semaines ou moins, montraient plus de soulagement sur la douleur que les essais avec des traitements plus longs.

¹ DMS : pour chaque étude, on divise la différence moyenne du score sur l'échelle de douleur utilisée entre le groupe intervention et le groupe témoin par la déviation standard du score. On obtient un nombre multiple de la déviation standard, indépendant des scores utilisés. Il s'interprète comme une mesure de l'importance de l'effet : effet considéré comme faible (0,2 à < 0,3), modéré (0,3 à < 0,8) ou important (> 0,8).

Une efficacité modérée à court terme sur les lombalgies chroniques. Une méta-analyse [5] a comparé l'efficacité des thérapeutiques opioïdes par rapport au placebo dans les douleurs chroniques lombaires avec une inclusion de 12 essais randomisés contrôlés (4375 participants et 17 bras de traitements) sur une durée moyenne de 12 semaines (4 à 16 semaines). Les opioïdes sont supérieurs au placebo pour réduire l'intensité de la douleur : DMS - 0,29 (IC 95% - 0,37 - 0,21 ; p< 0,001). Dans 6 études les opioïdes étaient supérieurs au placebo en réduisant la douleur de 50%.

Une revue Cochrane 2013 [6] sur le traitement de la douleur d'adultes souffrant de lombalgies chroniques depuis plus de 3 mois, reprend plusieurs méta-analyses avec une sélection d'essais contrôlés randomisés comparant versus placebo, ou autre traitement antalgique, les effets d'opioïdes non injectables utilisés pendant au moins 4 semaines, seuls ou associés avec d'autres médicaments. A partir de 5 essais (1378 personnes) le Tramadol est plus efficace sur la douleur que le placebo (DMS - 0,55 ; IC 95% - 0,66 à - 0,44 ; qualité de la preuve faible), ainsi que sur les capacités fonctionnelles (DMS - 0,18 ; IC 95% -0,29 à -0,07 ; qualité de la preuve modérée). La Buprénorphine transdermique (2 essais, 653 participants) est un peu supérieure au placebo sur la douleur (DMS - 2,49 ; IC 95% - 2,69 à -2,25 ; qualité de la preuve très faible), mais ne présente pas de supériorité sur les capacités fonctionnelles (DMS - 0,14 ; IC 95% - 0,53 à - 0,25 ; qualité de la preuve très faible). Les opioïdes forts (Tapendol, Morphine, Oxymorphone, Hydromorphone, les doses étant converties en équivalent mg morphine) sont meilleurs que le placebo pour diminuer la douleur (DMS - 0,43 ; IC 95% -0,52 à - 0,33), ainsi que pour les résultats fonctionnels (DMS - 0,26 ; IC 95% - 0,37 à - 0,15) avec une qualité de la preuve modérée pour les deux. Un seul essai comparait le Tramadol au Celecoxib avec une petite supériorité de l'effet antalgique pour le premier : RR 0,82 (IC 95% 0,76 - 0,90 ; qualité de la preuve très faible). Deux essais (272 participants) ne montrent aucune différence entre opioïdes et antidépresseurs ni sur la douleur ni sur les résultats fonctionnels avec une qualité de la preuve très faible. Pour ces auteurs il existe une preuve de qualité modérée de l'efficacité sur un temps court pour à la fois la douleur et la fonction motrice du traitement opioïde pour les lombalgies chroniques. Mais ces auteurs ainsi que d'autres [7] n'ont pas retrouvé d'essais contrôlés randomisés contre placebo mesurant l'efficacité et la sécurité des thérapeutiques opioïdes sur des longues durées.

Qu'en retenir pour la pratique ?

Devant toute DCNC, après une analyse globale de la plainte du patient (somatique, psychologique et socioprofessionnelle) [8] le choix peut être fait d'une thérapeutique opioïde par voie orale après échec des antalgiques de niveau 1 et 2.

Le bénéfice antalgique du traitement par opioïdes présente une qualité de preuve modérée aussi bien pour les lombalgies chroniques hyperalgiques que pour les douleurs d'arthrose du genou et de la hanche.

L'incidence des effets secondaires et leur niveau de gravité nécessitent une information du patient pour partager la décision.

Nous y reviendrons dans un prochain numéro.

Références.

[1] Afssaps. Mise au point sur le bon usage des opioïdes forts dans le traitement des douleurs chroniques non cancéreuses. Paris ; 2004

[2] HAS. Commission de la transparence, oxycontin, oxynorme ,oxynormoro. Octobre 2014.

[3] HAS. Commission de la transparence - ACTISKENAN – SKENAN. Juin 2015.

- [4] Da Costa BR, Nüesch E, Kasteler R, Husni E, Welch V, Rutjes AW, et al. Oral or transdermal opioids for osteoarthritis of the knee or hip. In: Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014.
- [5] Petzke F, Welsch P, Klose P, Schaefert R, Sommer C, Häuser W. Opioids in chronic low back pain. A systematic review and meta-analysis of efficacy, tolerability and safety in randomized placebo-controlled studies of at least 4 weeks duration. *Schmerz*. 2015;29(1):60–72.
- [6] Chaparro LE, Furlan AD, Deshpande A, Mailis-Gagnon A, Atlas S, Turk DC. Opioids compared with placebo or other treatments for chronic low back pain: an update of the Cochrane Review. *Spine*. 2014;39(7):556–63.
- [7] Miller M, Barber CW, Leatherman S, Fonda J, Hermos JA, Cho K, et al. Prescription opioid duration of action and the risk of unintentional overdose among patients receiving opioid therapy. *JAMA Intern Med*. 2015;175(4):608–15.
- [8] HAS. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer, et orienter le patient. 2008
-

Mots clés :

Lombalgie – genou – douleur – analgésiques morphiniques [*low back pain – knee – pain - analgesics, opioid*].

Par qui et comment est écrit Bibliomed ?

Bibliomed est une revue d'analyse critique de la SFDRMG et du Centre de Documentation de l'UNAFORMEC. Cette publication est disponible uniquement sur abonnement. La diffusion se fait par courrier électronique.

[Bibliomed : une revue dédiée médecine générale. Pour en savoir plus ...](#)

Pour contacter les auteurs et pour toute suggestion : sfdrmg@gmail.com

Pour s'abonner à Bibliomed :

<http://www.unaformec.org/Abonnement-a-Bibliomed-et-anciens.html>