



Aide décisionnelle simplifiée de PEER: options pour le traitement de l'arthrose en première ligne

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

Cette aide décisionnelle a été créée à l'intention des cliniciens dans le but de les aider à discuter des options thérapeutiques non chirurgicales avec les patients qui souffrent de douleur arthrosique. Elle découle d'une revue systématique de revues systématiques¹. Les données d'efficacité sont tirées d'études à répartition aléatoire et contrôlées ayant comparé le traitement actif à un témoin inerte, souvent un placebo¹. Les données probantes se concentrent sur la proportion de patients ayant obtenu un soulagement pertinent de la douleur, généralement défini comme un soulagement de 30% ou plus, mais la définition de cliniquement pertinent varie d'une étude à l'autre.

Comment cet outil a-t-il été créé?

Des tableaux de pictogrammes ont été créés à partir d'estimations de rapports de risque tirés de méta-analyses portant sur des patients ayant obtenu un soulagement cliniquement significatif de la douleur (page e89)¹. Le taux de réponse a été normalisé à 40%, soit la moyenne du taux approximatif de réponse calculée pour toutes les études incluses. Le ratio des taux de chaque intervention a été appliqué au taux moyen de contrôle de 40% pour estimer le bienfait de l'intervention. Les taux de réponse de contrôle normalisés facilitent la comparaison des bienfaits estimés des différentes interventions. Il faut noter cependant que les estimations sont tirées d'études contrôlées contre témoin inerte et non de comparaisons directes; les différences entre les produits sont donc des approximations comportant un certain degré d'incertitude.

Les études financées par des fonds publics (à but non lucratif) concluent parfois que les interventions sont moins efficaces que ne le concluent les études financées par l'industrie². Nous avons indiqué les études financées par le gouvernement qui n'ont pas conclu à un bienfait significatif par rapport au placebo (glucosamine, chondroïtine et viscosupplémentation). Les revues systématiques incluses dans notre revue systématique¹ traitaient peu des événements indésirables; ils sont donc inadéquatement rapportés ici. Il convient de consulter les ressources courantes de prescription ou d'autres études pour obtenir plus de détails sur les événements indésirables potentiels.

L'aide décisionnelle

L'aide décisionnelle (Figure 1)³⁻⁶ est un résumé de 1 page (recto-verso) de l'efficacité estimée des options thérapeutiques contre la douleur arthrosique. Le verso présente la classification des traitements (selon les bienfaits et les torts), les abandons en raison d'événements indésirables, les événements indésirables habituels, les conseils de base liés à la prescription et l'estimation des coûts. Une version

interactive en anglais des options thérapeutiques se trouve à www.pain-calculator.com. Vous trouverez une version facile à imprimer de l'outil sur **CFPlus**.*

Cette aide décisionnelle ne constitue pas des lignes directrices, et les données probantes n'ont pas été évaluées par un comité indépendant des lignes directrices aux fins d'application clinique. L'information présentée ici sera combinée à celle de revues systématiques et d'outils comparables traitant d'autres types de douleurs afin d'éclairer la rédaction de futures lignes directrices.

La **D^r Lindblad** est pharmacienne et coordonnatrice du transfert des connaissances et des données probantes au Collège des médecins de famille de l'Alberta et professeure clinique agrégée au département de médecine familiale de l'Université de l'Alberta, à Edmonton. Le **D^r McCormack** est professeur à la faculté de sciences pharmaceutiques de l'Université de la Colombie-Britannique à Vancouver. La **D^r Korownyk** est médecin de famille et professeure agrégée au département de médecine familiale de l'Université de l'Alberta. Le **D^r Kolber** est médecin de famille et professeur au département de médecine familiale de l'Université de l'Alberta. Le **D^r Ton** est pharmacien et spécialiste des données probantes cliniques au Collège des médecins de famille du Canada à Edmonton. **M^{me} Perry** est infirmière et spécialiste des données probantes cliniques au Collège des médecins de famille de l'Alberta. **M^{me} Thomas** est pharmacienne; chef de projet, Formation et transfert des connaissances au Collège des médecins de famille de l'Alberta. La **D^r Moe** est pharmacienne et spécialiste des données probantes cliniques au Collège des médecins de famille du Canada à Mississauga, en Ontario. Le **D^r Garrison** est médecin de famille et professeur agrégé au département de médecine familiale de l'Université de l'Alberta. Le **D^r 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, au Québec. La **D^r Chan** est gérontologue et professeure adjointe au département de médecine familiale à l'Université de l'Alberta. Le **D^r Allan** est médecin de famille et directeur des programmes et soutien à la pratique au Collège des médecins de famille du Canada, et professeur au département de médecine familiale de l'Université de l'Alberta.

Remerciements

L'outil a été révisé par des patients et par le Comité sur l'éducation des patients du Collège des médecins de famille du Canada. Cet outil a été financé par Alberta Health par l'entremise de la Primary Health Care Opioid Response Initiative, de même que par le Collège des médecins de famille du Canada et du Collège des médecins de famille de l'Alberta.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Références

1. Ton J, Perry D, Thomas B, Allan GM, Lindblad AJ, McCormack J et coll. PEER umbrella systematic review of systematic reviews. Management of osteoarthritis in primary care. *Can Fam Physician* 2020;66:e89-98.
2. Lundh A, Lexchin J, Mintzes B, Schroll JB, Bero L. Industry sponsorship and research outcome: systematic review with meta-analysis. *Intensive Care Med* 2018;44(10):1603-12. Publ. en ligne du 21 août 2018.
3. Korownyk C, Allan GM. Motivating patients to activity. A light at the end of the couch? *Can Fam Physician* 2010;56:e887.
4. Jamieson J, Allan GM. Corticosteroid shots and knees: a match made in osteoarthritis heaven? Tools for Practice #135. Edmonton, AB: Alberta College of Family Physicians; 2015. Accessible à: https://gomainpro.ca/wp-content/uploads/tools-for-practice/142727062_tfp135Steroidsforkneeo.pdf. Réf. du 2 janv. 2020.
5. Allan GM, Turner R. Topical NSAIDs: do they top placebo or oral NSAIDs? Tools for Practice #40. Edmonton, AB: Alberta College of Family Physicians; 2015. Accessible à: https://gomainpro.ca/wp-content/uploads/tools-for-practice/1427230512_40Updated-topicalnsaids.pdf. Réf. du 15 janv. 2020.
6. Turgeon R, Allan GM, Harbin M, Kolber MR. NSAIDs and cardiovascular safety: the truth makes my heart hurt. Tools for Practice #101. Edmonton, AB: Alberta College of Family Physicians; 2018. Accessible à: https://gomainpro.ca/wp-content/uploads/tools-for-practice/1530897150_updatedtfp101nsaidscvrisk.pdf. Réf. du 2 janv. 2020.

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

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs. *Can Fam Physician* 2020;66:e86-8

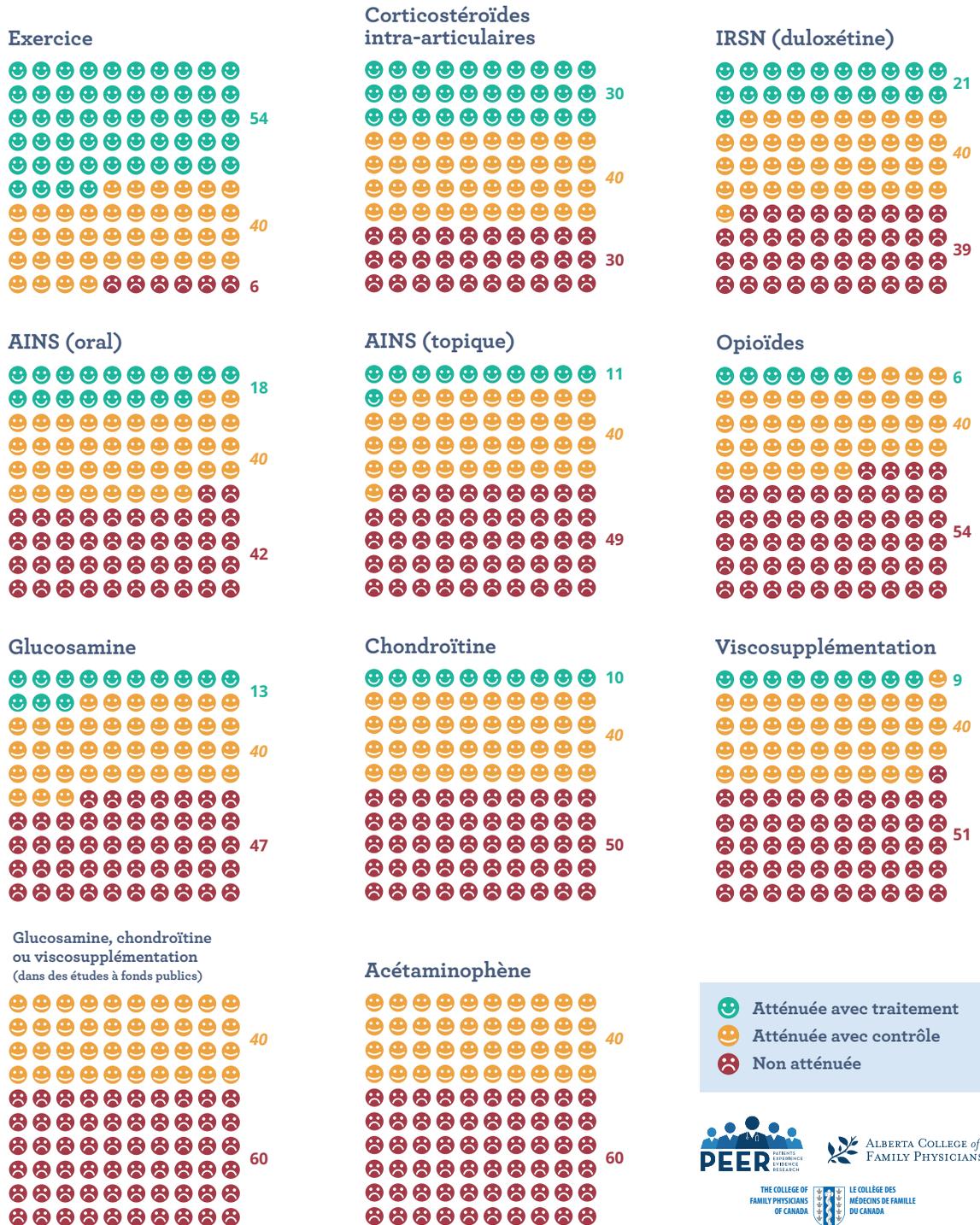
The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the **March 2020** issue on **page 191**.

*Une version facile à imprimer de l'aide à la décision est accessible à www.cfp.ca. Rendez-vous au texte intégral de l'article en ligne et cliquez sur l'onglet **CFPlus**.

Figure 1

AIDE DÉCISIONNELLE SIMPLIFIÉE DE PEER : ARTHROSE

Combien de personnes verront leur douleur arthrosique significativement atténuée (~30 %) par différents traitements?



- Atténuée avec traitement
- Atténuée avec contrôle
- Non atténuée



AIDE DÉCISIONNELLE SIMPLIFIÉE DE PEER : ARTHROSE

Options thérapeutiques contre la douleur arthrosique

BIENFAITS ET TORTS	TRAITEMENT	ABANDONS EN RAISON D'ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES*	ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES POTENTIELS	COMMENTAIRES LIÉS À LA PRESCRIPTION	COÛT
😊 Les bienfaits surpassent probablement les torts	Exercice	Semblables aux témoins	Blessures	Envisager un podomètre avec objectifs précis d'exercice ³ . Le type d'activité n'a pas d'importance ¹ .	\$ à \$\$\$\$
	Corticostéroïdes intra-articulaires	Semblables au placebo	Infection	L'efficacité contre la gonarthrose culmine à 1 à 2 semaines. Peuvent être injectés 4 fois par année ⁴ .	\$
	AINS topiques	5 % contre 4 %	Réactions au point d'application	Les données ne permettent de soutenir aucune formulation ou concentration plutôt qu'une autre ⁵ .	\$ à \$\$
😊 Les bienfaits ne surpassent pas les torts chez certains patients	AINS oral	Semblables au placebo	Effets gastro-intestinaux, rénaux et cardiovasculaires indésirables	Envisager le naproxène ou l'ibuprofène. Le diclofénac et les inhibiteurs de la COX-2 augmentent le risque cardiovasculaire ⁶ .	\$
	IRSN (duloxétine)	12 % contre 6 %	Céphalée, somnolence, gastro-intestinaux, perte pondérale	La plupart des études portaient sur la duloxétine à 60 mg une fois par jour.	\$\$
😞 Aucun bienfait	Acétaminophène	Semblables au placebo	Anomalie de la fonction hépatique	La plupart des études portaient sur l'acétaminophène à 1000 mg toutes les 6 heures.	\$
😞 Les torts surpassent probablement les bienfaits	Opioides	21 % contre 7 %	Dépendance, constipation, surdose, effets cognitifs, fractures	Efficacité semblable à celle du placebo dans les études de plus de 12 semaines.	\$\$ à \$\$\$
😐 Bienfaits incertains	Glucosamine	Semblables au placebo	Aucun rapporté	Efficacité semblable à celle du placebo dans des études à fonds publics.	\$
	Chondroïtine		Aucun rapporté		\$
	Viscosupplémentation (acide hyaluronique)	Pourcentages non rapportés	Réactions au point d'injection		\$\$\$ à \$\$\$\$

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

AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens IRSN : inhibiteurs de la recapture de la sérotonine-noradrénaline

Note : Les données sur les rubéfiants, le plasma riche en plaquettes, les cannabinoïdes, les antidépresseurs tricycliques et le counseling sont insuffisantes pour préciser l'ampleur de l'effet

*Les pourcentages rapportés sont statistiquement significatifs comparativement au placebo

