

PHARM *Astuce*

Le Réseau Québécois des Pharmaciens GMF

Vol. 06 No. 04

Pas de *narcos* pour mon mal de dos !

La lombalgie est fréquente, affectant jusqu'à quatre personnes sur cinq, et serait même la première cause d'années vécues avec incapacité.^{1,2} Malheureusement, les traitements pharmacologiques présentent une efficacité limitée et de nombreux patients souffrant d'une lombalgie aiguë se font prescrire des opioïdes en première intention.² Des études récentes remettent toutefois en doute leur efficacité pour cette condition.

Étude OPAL : étude australienne randomisée contrôlée comparant une combinaison d'oxycodone/naloxone 5mg/2.5mg à libération prolongée deux fois par jour (titration possible jusqu'à une dose d'oxycodone de 10mg deux fois par jour) à un placebo chez 347 adultes se présentant à l'urgence ou dans une clinique de soins de première ligne pour une lombalgie et/ou une cervicologie aiguë (âge moyen 45 ans, 51% hommes, intensité moyenne de la douleur à 5,7/10). Le traitement était poursuivi jusqu'à trois jours d'absence de douleur ou six semaines maximum.²

- Issue primaire : intensité moyenne de la douleur sur une échelle de 0 à 10 à la sixième semaine.
 - Oxycodone 2,78 vs placebo 2,25 (différence de 0,53; IC95% -0,00 à 1,07).
- Intensité moyenne de la douleur à la sixième semaine chez les patients présentant une lombalgie (n=27)
 - Oxycodone 2,5 vs placebo 2,0 (différence de -0,54; IC95% -0,05 à 1,12).

Aucun avantage noté pour l'oxycodone sur le fonctionnement, l'absentéisme au travail, le temps de récupération, l'utilisation de ressources, la prise de traitements supplémentaires ou sur l'effet global perçu par les participants.

Étude SPACE : étude américaine randomisée contrôlée comparant l'utilisation d'opioïdes aux traitements non opioïdes durant 12 mois chez 240 adultes atteints de lombalgie chronique, de gonarthrose ou de coxarthrose d'intensité modérée ou sévère (âge moyen 58 ans, 87% hommes, douleur moyenne 5,5/10).³

- Issue primaire : score moyen d'interférence de la douleur sur une échelle de 0 à 10 à 12 mois (différence minimalement cliniquement significative = 1 point)
 - Opioïdes 3,4 vs non-opioïdes 3,3 (différence de -0,1; IC95% -0,5 à 0,7).
- Score moyen d'interférence de la douleur à 12 mois chez les participants présentant une lombalgie chronique (n=156)
 - Opioïdes 2,9 vs non-opioïdes 3,3 (différence de -0,4; IC95% -1,2 à 0,3).

Aucun avantage noté dans le groupe recevant des opioïdes sur l'intensité de la douleur ou sur la qualité de vie.

Les deux études ont rapporté plus d'effets indésirables liés aux opioïdes.^{2,3} Les plus fréquents étaient la constipation, les nausées et vomissements, les étourdissements et la somnolence.² L'étude OPAL a aussi identifié un risque de mésusage d'opioïdes plus important à un an (20% dans le groupe oxycodone vs 10% dans le groupe placebo).²

Notre avis

Les opioïdes ne semblent pas efficaces à six semaines en lombalgie aiguë en comparaison au placebo ou à 12 mois en lombalgie chronique en comparaison d'un traitement non narcotique. En plus de causer des effets indésirables, ceux-ci augmentent possiblement le risque de développer un trouble d'utilisation des opioïdes. Considérant que le pronostic d'une lombalgie aiguë est très bon et que la prise d'opioïdes semble apporter davantage de risques que de bénéfices, la prescription d'opioïdes pour cette indication devrait être évitée et une optimisation des traitements non narcotiques en première intention serait plus judicieuse.⁴

Références

1. Murphy KA, et coll. Statistiques Canada. Descriptions des états de santé au Canada : maladies musculo-squelettiques. Ottawa. 2006
2. Jones CMP, Day RO, Koes BW, et coll. Lancet. 2023;402(10398):304-12.
3. Krebs EE, Gravelly A, Nugent S, et coll. JAMA. 2018;319(9):872-82.
4. Deyo RA, Von Korff M, Dohrkoop D. BMJ. 2015;350

Rédigé par Julien Charles Prévost, PharmD MSc et Corina Ursu, BPharm