

UNE LEÇON GRATUITE DE FORMATION CONTINUE



**DONNE DROIT À
2 UNITÉS DE FC**

Le Conseil canadien de l'éducation permanente en pharmacie
a accordé 2 unités de FC à cette leçon.
N° de dossier: 752-0608. Valable jusqu'au 25 juin 2011.

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

Les pharmaciens qui auront suivi cette leçon pourront :

1. reconnaître de quelle façon les connaissances et les aptitudes d'un pharmacien communautaire peuvent contribuer de façon positive à la prise en charge des personnes souffrant de douleur chronique;
2. jouer un rôle plus actif et prendre plus de responsabilités dans la gestion de la pharmacothérapie et la surveillance de l'évolution de l'état des personnes concernées;
3. décrire en termes pratiques la complexité des traitements aux personnes qui souffrent de douleur chronique;
4. décrire les symptômes de façon générale et recommander des options de traitement multimodales aux personnes qui souffrent de lombalgie chronique ou d'arthrose.

INSTRUCTIONS

1. Après avoir attentivement lu cette leçon, étudiez chaque question, puis choisissez la réponse qui vous semble correcte. Encerchez la lettre sur la carte-réponse ci-jointe ou répondez en ligne sur www.monportailpharmacie.ca, dans la section FC en ligne.
2. La note minimale pour recevoir les UFC est de 70 % (ou 14 bonnes réponses sur 20). Si vous réussissez, vos UFC seront enregistrées auprès de l'Ordre provincial pertinent.
(Remarque: dans certaines provinces, il incombe aux pharmaciens eux-mêmes de notifier l'Ordre.)

COMMENT RÉPONDRE?

- A. Pour connaître instantanément vos résultats, répondez en ligne sur le site www.monportailpharmacie.ca.
- B. Faites-nous parvenir votre carte-réponse par courrier ou télécopier au 416-764-3937. Votre carte-réponse sera notée et les Éditions Rogers vous enverront vos résultats par la poste dans un délai de six à huit semaines

Cette leçon de FC est publiée par le Groupe des publications d'affaires et professionnelles Rogers Media, One Mount Pleasant Rd., Toronto (Ontario) M4Y 2Y5. Tél.: 416-764-3916 - Téléc.: 416-764-3931. Aucune partie de cette leçon de FC ne peut être reproduite partiellement ou intégralement sans autorisation écrite préalable de l'éditeur. ©2008

LE GROUPE PHARMACIE

Québec Pharmacie

L'actualité
pharmaceutique

pharmacy
practice PharmacyPost



Rôle des pharmaciens communautaires dans la prise en charge de la douleur chronique

Don McIntosh, B.S.P., pharmacien clinicien

AOÛT 2008

L'auteur et les Éditions Rogers déclarent ne pas être en conflit d'intérêts réel ou potentiel avec le commanditaire de cette leçon de formation continue. L'un des réviseurs est un conférencier rémunéré par le commanditaire.

INTRODUCTION

«La douleur est inévitable, pas la détresse.» Ces mots sont de Tim Hansel, un ancien alpiniste devenu écrivain, alors qu'il devait composer avec une douleur intense et permanente résultant d'un accident de montagne. Cette formule résume succinctement l'objectif de la prise en charge de la douleur chronique (DC), un état qui constitue bel et bien «une montagne à gravir» pour les personnes qui y sont confrontées. Pourtant, avec de la détermination et le soutien d'une équipe de soins de santé dévouée – incluant des pharmaciens communautaires –, ces personnes peuvent surmonter les défis et avoir une vie relativement satisfaisante.

On définit généralement la DC comme une douleur qui persiste au-delà de six mois. La recherche sur la douleur étudie comment une douleur aiguë se transforme en douleur chronique. Il faut bien comprendre que, chez certaines personnes, des signaux de douleur incessants peuvent provoquer des changements neurochimiques et structuraux des voies du système nerveux central¹. On utilise souvent, pour parler de ces changements, les expressions «sensibilisation centrale» ou «plasticité neuronale». De plus en plus de données permettent de penser qu'un soulagement adéquat de la douleur initiale, y compris par des interventions précoces des professionnels de la santé, peut limiter l'intensité d'une éventuelle douleur chronique plus tard.

On peut répartir la douleur en deux grandes sous-catégories. Les personnes qui souffrent de «douleur neuropathique» utiliseront généralement, pour décrire leurs symptômes, des termes comme «brûlure», «picotement», «en coup de poignard» ou «lancinante». Les maladies qui sont associées à une douleur neuropathique sont la fibromyalgie, l'algie postzostérienne, la névralgie faciale, la neuropathie diabétique et peut-être même certaines formes de maux de tête. Pour les traiter, on utilise souvent des antidépresseurs tricycliques (ATC) ou des inhibiteurs du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN) comme la venlafaxine ou la duloxétine, ainsi que des antiépileptiques comme la gabapentine, la carbamazépine ou le topiramate.

Les personnes qui souffrent de «douleur nociceptive» utiliseront des termes comme «douleur profonde» ou «douloureux» pour décrire leurs symptômes. La douleur nociceptive est le résultat d'une inflammation ou d'une pression comme on en rencontre dans les cas d'arthrose, de douleur lombaire, de fracture osseuse ou de douleur cicatricielle postopératoire. Les médicaments les plus souvent utilisés pour traiter ce type de douleurs sont les analgésiques ordinaires (p. ex., l'acétaminophène), les opiacés légers, les AINS ou les coxibs et les opiacés puissants.

Alors qu'il existe une documentation abondante sur le rôle que peuvent jouer les pharmaciens com-

LEÇON BÉNÉFICIAIRE D'UNE SUBVENTION À VISÉE ÉDUCATIVE DE :



« La douleur est un maître plus terrible que la mort. »

– Albert Schweitzer, 1931

ÉTUDES DE CAS

munautaires dans la prise en charge de maladies comme la dyslipidémie et le diabète, la prise en charge de la douleur chronique est trop souvent négligée. Bien qu'il n'y ait pas de lignes directrices pour la prise en charge de la DC par les pharmaciens, les pharmaciens communautaires sont bien placés, étant parmi les professionnels de la santé les plus faciles d'accès, pour apporter leur aide au traitement et au suivi des personnes concernées. Non seulement peuvent-ils évaluer si les médicaments sont bien ou mal utilisés, mais ils peuvent aussi surveiller l'amélioration de l'état fonctionnel global de la personne, ce qui est tout aussi important que la réduction de l'intensité de la douleur.

La prise en charge de la DC est complexe. Elle exige généralement de multiples interventions pharmacologiques et non pharmacologiques et, par conséquent, une surveillance régulière. Contrairement à d'autres maladies chroniques, peu de critères d'évaluation sont clairement définis. Il n'existe pas d'index équivalents à la « tension artérielle » ou au « taux de cholestérol » pour guider les décisions dans ce domaine. Il s'agit plutôt de gérer le bien-être global de la personne et pas seulement l'intensité de sa douleur².

Parmi les critères plus subjectifs, on compte l'amélioration de l'état fonctionnel ou de l'humeur, la possibilité de sortir plus souvent et une meilleure tolérance aux médicaments. Il n'existe pas d'algorithme précis couvrant toutes les situations cliniques à l'intention des praticiens. Les algorithmes existants, comme l'échelle d'évaluation de la douleur de l'Organisation mondiale de la Santé, ne s'utilisent pas isolément, mais ils sont accompagnés par des lignes directrices de pratique clinique basées sur des données probantes. En résumé, les cliniciens doivent s'en remettre à leur expérience clinique et à la réussite ou à l'échec d'une série d'interventions basées sur des données probantes (souvent menées en parallèle) pour traiter les personnes qui souffrent de DC.

En matière de DC, la gestion de la pharmacothérapie se caractérise souvent par une augmentation progressive des doses, la prise en charge des effets secondaires et l'alternance des médicaments. Elle dépend souvent du type de douleur rencontré et du choix des médicaments qui, à son tour, est déterminé par des facteurs biochimiques ou physiologiques ainsi que par des données cliniques probantes. On peut choisir un médicament pour tirer profit de certains de ses effets secondaires ou pour les éviter, de façon à permettre une meilleure prise en charge globale ou à obtenir une synergie analgésique.

Cette leçon vise à montrer aux pharmaciens communautaires le rôle qu'ils peuvent jouer dans la prise en charge de la douleur chronique. Elle s'appuie sur des études de cas pour illustrer ce rôle face à différents types de DC, mais son but n'est pas d'explorer à fond un type de DC en particulier. De même, des discussions approfondies sur les perturbations du sommeil, la pharmacologie comparative ou l'évaluation de la dépendance dépassent l'objet de cette leçon. L'ouvrage *The Pharmacotherapy of Chronic Pain*, de Lynch et Watson, constitue une référence utile en ce qui concerne la pharmacologie comparative¹.

Les études suivantes décrivent des cas qui peuvent se présenter dans la pratique communautaire et illustrent la prise en charge de la douleur chronique associée à la lombalgie et à l'arthrose. Elles n'ont pour but que d'illustrer le problème, d'explorer comment un pharmacien peut prendre en charge un client se présentant avec une douleur particulière. Il va de soi que tout le monde ne peut pas être traité de la même façon et la manière de faire présentée ici n'a pas la prétention d'être universelle.

CAS N° 1 : LOMBALGIE CHRONIQUE

Rose S. a 56 ans. Elle s'est peu à peu rendu compte que sa lombalgie ne disparaissait pas, même si elle prenait des analgésiques sans ordonnance et notamment de l'acétaminophène. Elle ne se souvient d'aucun événement déclencheur. Elle a consulté un médecin et, en 1994, elle a été opérée pour une décompression lombaire qui a assez bien réussi, mais dont elle a mis, selon sa propre estimation, « une ou deux années » à se remettre complètement.

À la fin de 2004, Rose a eu une poussée soudaine de lombalgie qui irradiait dans sa jambe gauche. On lui a diagnostiqué une sténose spinale et elle a subi, en décembre 2005, une deuxième opération du dos qui a donné de bons résultats chirurgicaux (selon son chirurgien), mais elle continue d'avoir mal.

Rose avait eu un rhumatisme articulaire aigu lorsqu'elle était enfant. Cette maladie a une composante inflammatoire susceptible d'entraîner des séquelles cardiaques à long terme, dont un dysfonctionnement de la valvule et de l'arythmie. Il est important de prendre en considération le risque d'endocardite en cas d'opération et l'éventuelle nécessité d'une couverture antibiotique prophylactique. Rose ne souffre actuellement d'aucune séquelle (elle est asymptomatique du point de vue cardiaque), mais il faut néanmoins garder ce risque à l'esprit.

Rose prend de la venlafaxine 225 mg die et du bupropion 300 mg contre la dépression ainsi que de l'atorvastatine 20 mg die pour son hyperlipidémie et des œstrogènes conjugués à raison de 0,3 mg die. Elle n'a pas d'autre problème médical.

En juillet 2008, elle se présente à la pharmacie avec une ordonnance de norriptyline 5 mg hs pour commencer, la dose devant être augmentée une fois par semaine. Elle ne sait pas très bien pourquoi le médecin lui a prescrit un autre antidépresseur pour la douleur violente en « coup de poignard » qu'elle ressent dans le dos. Vous vérifiez son dossier et elle vous confirme qu'elle continue à prendre du bupropion et de la venlafaxine. Elle est en train d'en diminuer les doses conformément aux instructions de son médecin. Elle sent que son humeur s'améliore, mais elle a encore du mal à dormir, ce qu'elle attribue à la douleur constante la nuit ainsi qu'à une nouvelle crise de lombalgie. Ultiment, le

plan qui lui est proposé est d'arrêter complètement le bupropion et de prendre une dose beaucoup plus faible de venlafaxine.

A. Que diriez-vous à Rose à propos de la norriptyline? Quels autres renseignements pouvez-vous lui donner sur la lombalgie chronique?

Vous rassurez Rose en lui expliquant qu'on associe souvent plusieurs médicaments pour traiter la douleur chronique, y compris dans les cas de lombalgie chronique. La norriptyline devrait l'aider à mieux dormir et réduire ses douleurs lombaires au bout de deux à trois semaines au fur et à mesure que la dose augmente. Vous lui expliquez que l'on doit commencer à prendre la norriptyline à faible dose et l'augmenter graduellement, pas plus d'une fois par semaine, afin qu'elle atteigne sa pleine efficacité sans entraîner trop d'effets secondaires. Vous lui demandez de se méfier tout particulièrement de la somnolence diurne. Vous lui proposez de faire un suivi pour vous assurer qu'elle supporte bien l'augmentation de la dose de norriptyline et qu'elle diminue effectivement les doses de bupropion et de venlafaxine. Vous la rassurez en lui disant qu'il est possible de soulager la lombalgie chronique et vous l'invitez à communiquer avec vous ou avec son médecin au cas où elle ressentirait de nouveaux symptômes ou autres.

La lombalgie est la cinquième cause la plus courante de visites chez le médecin³ et près des deux tiers des adultes en souffriront à un moment ou à un autre de leur vie⁴. Malgré divers essais de médicaments, cette affection constitue encore un important problème socioéconomique. Si la douleur persiste pendant plus de 12 semaines, on posera souvent un diagnostic provisoire de lombalgie chronique. Voici quelques signes et symptômes caractéristiques de cette affection :

- Absence de réponse à des mesures modérées sur une période de deux ou trois semaines;
- Douleurs lombaires durant plus de six semaines;
- Âge supérieur à 50 ans;
- Type de douleur ne correspondant pas à une lombalgie mécanique (résultant d'un effort excessif); déficit neurologique progressif (engourdissement, fourmillement, perte de sensation); nouvelles douleurs dans le dos ou dans les jambes; faiblesses dans les jambes; aggravation de la douleur la nuit non soulagée par un changement de position; fièvre supérieure à 38 °C (100 °F); arrêt du fonctionnement des intestins ou de la vessie (exige un examen médical d'urgence dans les 24 heures).
- En cas de perte rapide des fonctions de l'intestin ou de la vessie avec ou sans déficit neurologique, un examen médical d'urgence immédiat est nécessaire.

Les traitements sans ordonnance jouent aussi un rôle dans la prise en charge de la lombalgie chronique. Ce sont notamment :

- la poursuite, si possible, des activités quotidiennes habituelles et l'évitement des activités exigeant de se pencher, de soulever des poids ou de rester assis de façon prolongée ainsi que de celles impliquant des mouvements de torsion;
- le repos au lit n'est pas recommandé au-delà d'un jour ou deux (quatre au maximum);

- la modification des activités pour augmenter progressivement certaines formes d'exercice comme les exercices aérobiques à faible impact, la natation et le vélo;
- l'utilisation de compresses chaudes ou froides (au choix) pour réduire l'inflammation et la douleur; et
- l'utilisation d'analgésiques courants (p. ex., AAS, ibuprofène, acétaminophène).

Si le patient ne rapporte aucune amélioration des symptômes ou une aggravation de ceux-ci, ou si la douleur continue à être intense pendant plus d'une semaine, le pharmacien devrait lui recommander de prendre rendez-vous avec son médecin.

Rose se présente à nouveau à votre pharmacie au début de décembre 2008; elle vous indique qu'elle n'a pas supporté la norriptyline (30 mg hs), principalement à cause des étourdissements durant la journée. Elle a fait plusieurs essais, mais elle n'a tout simplement pas pu supporter le médicament, même s'il soulageait sa douleur de façon appréciable. Elle vous rappelle qu'elle avait déjà essayé l'amitriptyline par le passé et elle estime que c'était encore pire.

Rose est visiblement frustrée, elle craint d'être complètement abattue, surtout avec l'approche de Noël. Elle ajoute qu'elle ne pourra probablement pas aller voir son médecin prochainement, car elle est trop occupée par les préparatifs de Noël. Elle vous demande conseil. Vous répondez qu'il existe d'autres traitements, que vous allez en discuter avec son médecin et la recontacter par la suite.

B. Quels autres médicaments pourraient convenir à Rose?

Peu de données permettent d'affirmer qu'un AINS est supérieur à un autre ou que les AINS sont supérieurs aux ATC ou aux opiacés (voir le tableau 1) pour la lombalgie chronique. Par ailleurs, une revue de la littérature récente a trouvé peu de données sur l'innocuité à long terme des AINS dans cette indication³.

En réfléchissant aux autres choix possibles, le lecteur devrait garder en tête la bonne réponse analgésique de Rose aux ATC. Elle a essayé les analgésiques courants avec peu de résultats, elle a éprouvé des effets secondaires limitant le dosage des ATC, elle a des antécédents de rhumatisme articulaire aigu et les AINS pourraient ne pas être le meilleur choix à cause de son risque cardiovasculaire.

Le tramadol est une possibilité, mais, compte tenu de la faible tolérance de Rose aux ATC, il risque d'être mal toléré lui aussi puisque la majeure partie de son action consiste à inhiber le recaptage des neurotransmetteurs de la noradrénaline et de la sérotonine. Le tramadol fonctionne aussi comme un opiacé du fait qu'il se lie au récepteur opioïde μ , quoiqu'avec une faible affinité.

Cet agent est largement métabolisé en métabolite actif M1, qui se lie beaucoup plus étroitement au récepteur μ (jusqu'à 200 fois plus selon certains rapports) que le composé parent. Il est toutefois contre-indiqué dans les cas de dysfonctionnement hépatique ou de clairance rénale inférieure à 30 mL/min, car environ 30 % est excrété sans changement sous la forme du médicament parent.

La demi-vie du tramadol est de six à huit heures et celle du métabolite M1 est de sept à neuf heures.

TABLEAU 1 : Médicaments pour la lombalgie chronique – données probantes

Médicament	Avantage net	Niveau de preuve	Commentaires
Acétaminophène	Modéré	Bon	Fonction hépatique; AINS concomitants
Antidépresseurs	Faible à modéré	Bon	Seule l'efficacité des ATC a été démontrée contre la lombalgie. Il y a peu de données probantes sur la duloxétine et la venlafaxine.
Anticonvulsivants	Faible à modéré	Faible	Petits essais sur la gabapentine et le topiramate
AINS	Modéré	Bon	Risque d'événements cardiovasculaires Preuves insuffisantes en ce qui concerne le rapport risques-avantages pour le célécoxib
Opiacés	Modéré	Acceptable	Risque d'abus ou de dépendance
Tramadol	Modéré	Acceptable	Modéré

D'après Chou et Huffman. *Annals Int Med*, 2007³

Ces durées sont plus longues chez les personnes âgées ainsi que, bien entendu, en cas de dysfonctionnement hépatique ou rénal.

Le tramadol doit être utilisé avec prudence chez les personnes âgées (de plus de 75 ans). Étant donné que ses effets ressemblent à ceux des ATC, il faut en augmenter prudemment la dose jusqu'à un maximum recommandé de 300 mg par jour. Il faut faire particulièrement attention quand on utilise les formes à action prolongée chez les personnes âgées et dans les cas de dysfonctionnement hépatique.

Bien que cet agent comporte beaucoup moins de risques d'effets secondaires anticholinergiques que les ATC, les personnes qui le prennent peuvent néanmoins signaler des problèmes si elles ont déjà eu du mal à tolérer les ATC par le passé. Évidemment, un faible risque de syndrome sérotoninergique persiste. Ce syndrome résulte de l'accumulation de la sérotonine dans les synapses nerveuses et il peut provoquer des tremblements, de l'irritabilité, de la transpiration et même des convulsions. Il se produit généralement quand un sujet prend simultanément de fortes doses de deux ou plusieurs médicaments sérotoninergiques (p. ex., les ISRS et certains ATC ou IMAO) ou quand des problèmes de clairance sont associés à leur utilisation.

Mais la gabapentine sera peut-être mieux tolérée compte tenu des antécédents de Rose. Bien que l'on ne dispose pas de données très probantes sur l'usage de la gabapentine dans les cas de lombalgie chronique, il a été démontré qu'elle soulage activement la douleur³.

Vous parlez de ces possibilités avec le médecin de Rose. Vous êtes tous deux d'accord qu'à ce stade le principal objectif pour cette patiente est l'amélioration de la tolérance et vous décidez d'instaurer un traitement par la gabapentine, avec une lente augmentation de la dose. Un schéma posologique raisonnable consisterait à commencer à 100 mg bid et à augmenter de 100 mg par semaine en atteignant un schéma posologique à trois fois par jour et en surveillant l'effet de sédation, les habiletés cognitives, les étourdissements, le gain de poids et l'apparition d'œdème. Il serait également souhaitable d'évaluer la fonction rénale de base, mais il n'est pas nécessaire de le faire de façon continue.

En ne perdant pas de vue que la relation dose-réponse varie d'un individu à l'autre, on peut s'at-

tendre à ce que l'analgésie procurée par la gabapentine commence à se faire sentir à autour de 1000 mg à 1200 mg par jour^{1,2}.

Vous prévenez le médecin que vous ferez des appels téléphoniques de suivi toutes les semaines pour surveiller les effets indésirables, la réponse analgésique, l'ataxie, les fonctions cognitives et l'état fonctionnel global, et que vous le rappellerez au besoin.

Toutefois, le médecin dit qu'il aimerait voir Rose avant de lui prescrire de la gabapentine même si cela signifie qu'il faudra attendre après Noël. Après avoir vérifié que Rose a des réserves suffisantes de norriptyline, vous suggérez d'en ramener la dose à 20 mg par jour pour essayer de limiter la somnolence diurne sans trop perdre d'effet analgésique. Le médecin est d'accord avec cette approche et vous donne verbalement la consigne de réduire la dose à 20 mg hs pendant trois semaines. La posologie des ATC utilisés contre la plupart des types de douleurs chroniques commence généralement par une dose de 10 mg à 20 mg que l'on augmente chaque semaine. La dose efficace minimale est généralement de 40 mg à 50 mg par jour, la dose maximale habituellement rapportée étant de 150 mg par jour¹.

Le dosage des anticonvulsivants est plus variable, mais les doses sont généralement inférieures à celles qu'on utilise pour l'épilepsie. Il n'y a pas de bonne corrélation entre le niveau sérique et la réponse analgésique pour aucune des classes de médicaments. La seule corrélation est qu'un niveau sérique situé dans le haut de la fourchette thérapeutique pour l'épilepsie devrait apporter un maximum de soulagement, mais l'inverse n'est pas forcément vrai.

C. Comment allez-vous assurer la prise en charge de la douleur de Rose au jour le jour?

Vous allez continuer à faire des appels téléphoniques de suivi. La non-adhésion au traitement pharmacologique des maladies chroniques est un important problème avec toutes les personnes atteintes. Phatak et Thomas ont mené un sondage auprès de patients qui attendaient pour consulter un pharmacien dans une clinique de soins primaires. Les chercheurs étudiaient l'association entre les croyances des patients à propos de leurs médicaments et la non-adhésion aux traitements à long terme⁶. Les résultats

ont montré une faible corrélation entre la nécessité d'utiliser des médicaments à long terme et la non-adhésion au traitement ($p < 0,08$), mais une corrélation préoccupante entre :

- les craintes particulières des patients par rapport au traitement chronique et la non-adhésion ($p < 0,001$);
- l'impression générale que les médecins prescrivent trop de médicaments (prescription excessive) et la non-adhésion ($p < 0,0001$); et
- l'impression générale que les médicaments sont dangereux et la non-adhésion ($p < 0,001$).

À elles seules, les croyances sur les médicaments sont responsables de 22,4 % des variations dans l'adhésion au traitement.

Ce sondage corrobore une étude précédente de R. Horne et J. Weinman⁷. La plupart des sujets pensaient que leurs médicaments étaient nécessaires pour soigner leur problème, mais un tiers d'entre eux ont exprimé de vives craintes sur la base de croyances relatives au risque de dépendance ou aux effets à long terme.

On utilise souvent l'échelle visuelle analogique (EVA) comme outil normalisé d'évaluation de la douleur. Il s'agit d'une échelle numérique allant de 0 à 10, «0» représentant l'absence de douleur et «10» la douleur maximale imaginable. Une baisse de un à trois points sur l'EVA est considérée comme une réponse appréciable et bien acceptée. On met en garde les praticiens contre l'utilisation de l'EVA avec des personnes qui ne décrivent pas leur douleur de façon linéaire ou qui ont de la difficulté à utiliser un classement numérique (dans ce cas, une ligne non graduée ou une expression verbale peuvent être plus appropriées).

CAS N° 2 : ARTHROSE

Jean H. est un cadre à la retraite âgé de 58 ans. En plus de lutter contre l'arthrose depuis de nombreuses années, il souffre de multiples problèmes médicaux : diabète de type II, fonction rénale réduite, hypertension et tremblement essentiel. Il a un excès de poids et un problème sous-jacent d'algie myofasciale. Mais sa principale douleur résulte d'une gonarthrose bilatérale. Pour des raisons de mobilité, il vit maintenant dans une maison à deux niveaux dotée d'une grande cour pour ses deux chiens. Depuis son départ à la retraite, il mène une vie plutôt sédentaire. Sa liste de médicaments actuelle comprend les produits suivants :

- Venlafaxine – 150 mg am et 75 mg pm
- Insuline lispro – 7 unités tid
- Insuline glargine – 10 unités hs
- Allopurinol – 100 mg die
- Furosémide – 20 mg bid
- Oméprazole – 20 mg die
- AAS – 81 mg die
- Propranolol – 40 mg die
- Lisinopril – 10 mg die
- Rosuvastatine – 20 mg die

Jean prend aussi des multivitamines et il reçoit de temps à autre une injection d'hyaluronate.

L'arthrose, et surtout la gonarthrose, est la forme la plus courante d'arthrite dans les pays occidentaux développés. Il s'agit d'une maladie chronique qui s'aggrave généralement lorsqu'on soulève des poids.

Elle se caractérise par une perte de cartilage dans les articulations et son remplacement par une nouvelle formation osseuse. Elle s'accompagne souvent de raideur matinale et, en cas d'inactivité continue, d'une immobilisation de l'articulation affectée. La gonarthrose est aussi invalidante qu'une maladie cardiaque et plus fréquente que tout autre problème médical chez les personnes âgées⁸. Dans un récent rapport, l'Organisation mondiale de la Santé prédit qu'elle deviendra la quatrième des principales causes d'invalidité chez les femmes et la huitième chez les hommes. Il est clair que cela aura un énorme impact sur les dépenses de santé, l'économie et les coûts sociaux. Les principaux facteurs de risque sont l'âge, l'obésité, des traumatismes antérieurs (surtout chez les hommes) et les activités exigeant de plier les genoux à répétition.

Jean se présente à votre pharmacie en avril 2008 et vous demande si vous avez de la glucosamine pour ses genoux ou s'il y a quelque chose d'autre qu'il pourrait essayer. Vous profitez de l'occasion pour lui parler d'un plan de prise en charge globale de sa douleur. Vous lui expliquez que celle-ci comporte plusieurs aspects et que les médicaments d'ordonnance ne sont qu'une composante du traitement. On peut aussi utiliser d'autres moyens, comme les médicaments en vente libre, la physiothérapie et l'éducation.

Un des principes fondamentaux de la prise en charge de la DC, quel qu'en soit le type, est que l'amélioration globale de l'état fonctionnel est tout aussi importante qu'un abaissement absolu du niveau de douleur^{1,2}. Il arrive souvent qu'une augmentation notable de l'algésie (diminution du score sur l'EVA) s'accompagne d'effets secondaires limitant la dose de médicaments et qui ont un impact sur la qualité de vie. La méthode habituelle consiste à ajuster graduellement la dose, en ne faisant qu'un changement à la fois, en commençant à faible dose et en l'augmentant lentement pour minimiser les effets secondaires. Il est important d'informer Jean qu'une réduction de un à trois points sur l'EVA grâce au seul traitement pharmacologique est considérée comme un objectif acceptable et réaliste du point de vue clinique. Des essais cliniques ont montré des résultats similaires sur une échelle de 11 points⁹. En d'autres termes, il y a peu de chances que les médicaments puissent à eux seuls faire disparaître la douleur, mais ils peuvent la rendre plus «tolérable» ou «supportable»². Les modifications du mode de vie et les programmes de prise en charge des maladies chroniques sont aussi des composantes importantes du traitement de la douleur liée à l'arthrose et de la DC en général.

A. Quels sont les moyens autres que les médicaments d'ordonnance que vous pourriez suggérer?

C'est l'occasion de parler des moyens efficaces que Jean a à sa disposition pour prendre en charge lui-même son arthrose. Vous insistez sur le fait que certains de ces moyens pourraient aussi améliorer son diabète et son hypertension, en plus de son bien-être général. La glucosamine (accompagnée ou non de chondroïtine) est un médicament à action lente qui nécessite un essai d'au moins trois mois, mais qui a un profil d'effets secondaires favorable. Le sujet reste controversé dans la littérature médicale :

une méta-analyse permet de penser que la glucosamine (avec ou sans chondroïtine) est bénéfique, mais aucune étude individuelle n'a permis de le prouver. Il se pourrait que la glucosamine soit plus efficace dans les cas où la maladie est assez avancée que dans les cas moins graves¹⁰, mais d'autres références affirment le contraire. De plus, une récente méta-analyse sur la chondroïtine n'a montré que peu de bienfaits d'ensemble¹¹.

Un des aspects de l'arthrose est que toutes les personnes qui en souffrent n'ont pas conscience que les médicaments ne représentent qu'une partie du plan global de prise en charge de la douleur. Les traitements non pharmacologiques jouent aussi un rôle important et peuvent, dans certains cas, avoir leur propre efficacité (même si, le plus souvent, le traitement est multimodal). Les principales options non pharmacologiques que les pharmaciens communautaires peuvent suggérer sont l'éducation, les programmes d'exercice, la réduction du poids et le port de bonnes chaussures. Encouragez donc vos clients à s'inscrire à un programme d'autosoins ou à prendre contact avec un spécialiste des traitements physiques (physiothérapeute ou kinésithérapeute) pour protéger leurs articulations et conserver l'énergie. Un ergothérapeute peut aussi être utile pour donner des conseils sur les appareils d'aide à la locomotion ou l'évaluation des activités quotidiennes. Jean vous remercie du temps que vous lui avez consacré et dit qu'il va parler à son médecin au sujet de l'exercice. Il décide de ne pas essayer la glucosamine pour l'instant.

Jean revient à votre pharmacie en juin pour renouveler des ordonnances. Il vous indique que son médecin de famille et lui se sont mis d'accord sur un programme d'exercice et qu'il a perdu près de 5 lb. Il voudrait maintenant que vous l'aidiez à choisir un analgésique. En lui posant d'autres questions, vous apprenez que sa douleur a tendance à se réveiller au cours de ses marches, puis à se calmer avec le repos. Il n'a pas de douleurs aiguës, mais il décrit ses douleurs comme «profondes». Vous lui expliquez qu'on considère toujours l'acétaminophène comme le médicament de première intention pour l'arthrose, car c'est celui qui risque le moins d'entraîner des effets secondaires et qu'il est généralement assez efficace, même à long terme⁸. Vous lui rappelez également qu'il faut prendre ce médicament pendant plusieurs semaines à la dose maximale pour savoir s'il est efficace. Comme l'arthrose ne se guérit pas, le traitement vise essentiellement à réduire la douleur et à améliorer le fonctionnement des articulations. Le tableau 2 indique les différents traitements recommandés pour réduire la douleur dans les cas d'arthrose.

Environ six semaines plus tard, Jean revient vous voir avec une ordonnance de célécoxib 100 mg bid. Il a perdu 10 lb de plus, il se sent bien, mais ses genoux commencent vraiment à l'ennuyer et l'acétaminophène ne semble pas être très efficace, même à la dose maximale de huit comprimés de 500 mg par jour.

Il faut faire attention quand on prescrit des AINS à des personnes dont la fonction rénale est inférieure à 60 mL/min¹³. Tous les AINS et les coxibs peuvent faire monter la tension artérielle (de 3 à 7 mm Hg pour la tension systolique) chez les normotendus

comme chez les hypertendus. Il peut y avoir d'autres complications chez des sujets qui pourraient être en état d'hypovolémie (parce qu'ils prennent des diurétiques, par exemple). Ce phénomène serait dû à une diminution de la production de prostaglandines vasodilatatrices dans le tissu rénal, leur synthèse étant compromise par ces médicaments, ce qui détériore encore plus la fonction rénale. On doit donc utiliser la dose efficace la plus faible possible d'AINS ou de coxibs. Si on décide de prescrire des AINS à Jean, il faut lui assurer une gastroprotection complète avec, notamment, des doses programmées d'un inhibiteur de la pompe à protons. On peut aussi envisager d'augmenter la dose d'oméprazole à 20 mg bid, car il souffre de reflux gastro-œsophagien et prend de l'AAS à faible dose.

Le diabète, l'hypertension et l'excès de poids augmentent le risque cardiovasculaire de Jean. On pense que le risque cardiovasculaire associé aux AINS et aux coxibs est dû à un déséquilibre relatif entre la promotion (par les thromboxanes) et l'inhibition (par les prostacyclines) de l'agrégation plaquettaire, ce qui conduit à un déséquilibre favorisant les thromboses. On pense aussi que la prostacycline peut inhiber le développement de l'athé-

rosclérose. La sélectivité des AINS pour l'inhibition de la cyclo-oxygénase est variable et ceux-ci risquent donc plus ou moins de provoquer des déséquilibres de l'agrégation plaquettaire, de la tension artérielle et de la perfusion rénale. Il y a toutefois de plus en plus de preuves que, comparativement aux coxibs, les AINS non sélectifs apportent peu d'avantages en ce qui concerne le risque cardiovasculaire¹⁴.

La fonction rénale de Jean vous inquiète quelque peu et vous appelez son médecin pour parler de la pertinence de l'ordonnance de célécoxib. Jean est sur le point de partir en vacances et il n'aura pas le temps de faire faire des examens de laboratoire avant son retour. Vous décidez avec le médecin que, dans l'intervalle, la meilleure chose à faire est de prescrire un AINS topique, le diclofénac en gel à 5 %, deux fois par jour, avec trois renouvellements. Vous remettez le diclofénac topique à Jean et vous vous organisez avec lui pour l'appeler dans une semaine afin de parler de son efficacité et de ses effets secondaires.

En septembre, Jean vous informe que le gel de diclofénac ne semble plus aussi efficace. Il vous demande s'il est possible que le médicament se soit dégradé. Vous lui répondez qu'il est plus probable que ce soit l'effet de la préparation topique qui commence à diminuer¹⁵. Il demande si le célécoxib aurait été préférable. Vous appelez son médecin de famille. Ce dernier a reçu les analyses sanguines de Jean: la clairance de la créatinine et la filtration glomérulaire ont encore légèrement diminué (la clairance de la créatinine est maintenant de 57 mL/min). La discussion qui s'ensuit tourne autour des avantages et des inconvénients des AINS, et on prend finalement la décision d'abandonner les anti-inflammatoires et de passer aux opiacés légers. Le médecin de Jean vous remercie de votre aide et lui rédige une ordonnance d'acétaminophène 300 mg/caféine 15 mg/codéine 30 mg à raison de 1 ou 2 comprimés toutes les quatre heures au besoin (avec une réserve de 100 comprimés). Remarque: les opiacés ne sont pas recommandés comme traitement d'entretien de l'arthrose, mais ils peuvent être considérés comme un traitement approprié dans certaines circonstances particulières.

B. De quoi parlez-vous avec Jean en ce qui concerne sa nouvelle ordonnance et les risques de dépendance et de toxicomanie?

Le risque de dépendance est un problème quand on utilise des opiacés pour traiter une douleur chronique non cancéreuse, même si les cas de véritable toxicomanie sont relativement rares chez ce type de patients. Il est difficile d'évaluer la dépendance chez les personnes qui souffrent de DC. Les craintes des prestataires de soins de santé quant au risque de dépendance compliquent encore le problème, ce qui se traduit souvent par des doses insuffisantes de médicament.

Vous expliquez à Jean qu'il est important de faire la distinction entre la dépendance et la toxicomanie. Une **dépendance** risque de se produire lorsqu'un traitement par les opiacés se poursuit sur une longue période. On la définit souvent comme un état physiologique dans lequel le patient peut souffrir d'un symptôme de sevrage si on arrête brusquement le médicament, si on en diminue rapidement la dose

ou si on lui fait prendre un antagoniste. Par exemple, les personnes traitées par des antidépresseurs à action rapide (comme la venlafaxine ou un ISRS) ressentent souvent des symptômes de sevrage dus à la dépendance. Bien entendu, cela se produit aussi avec les opiacés.

La **toxicomanie** est une maladie neurobiologique chronique comportant des facteurs environnementaux et psychosociaux^{1,16} qui influencent le comportement, entraînant notamment:

- une détérioration du contrôle de l'usage de substances toxiques ou de médicaments;
- un usage compulsif;
- la poursuite de l'utilisation de la substance en dépit de conséquences nocives; et
- un état de manque.

Ces facteurs sont indépendants et ils diffèrent de la dépendance. On pose un diagnostic de toxicomanie en observant les comportements au fil du temps. On considère comme des comportements anormaux le fait de se disputer à propos des analgésiques, de consommer des substances illicites pour atténuer la douleur, d'utiliser les analgésiques d'une autre personne ou de lui donner les siens, de frauder les systèmes de contrôle de la distribution d'analgésiques, de se procurer des ordonnances de plusieurs sources et, bien entendu, d'avoir recours à plusieurs pharmacies.

Un trouble récemment identifié vient compliquer la prise en charge de la douleur: la « pseudotoxicomanie ». Celle-ci peut se manifester quand la douleur est mal maîtrisée et que le patient essaie d'obtenir plus d'analgésie. On comprend facilement pourquoi ce comportement peut être confondu avec la toxicomanie. Ce n'est que quand la prise en charge de la douleur s'améliore et que le comportement en question disparaît que l'on peut le distinguer de la véritable toxicomanie. Les « pseudotoxicomanes » peuvent se disputer à propos de leurs médicaments, mais ils continuent à essayer de prendre leur douleur en charge, tandis que les vrais toxicomanes peuvent être extrêmement passifs à cet égard.

Quant à l'**accoutumance**, c'est un phénomène physiologique dans lequel la réponse au médicament diminue avec le temps. Cela se traduit souvent par la nécessité d'adapter la posologie.

Jean se présente à nouveau à votre pharmacie en octobre avec une ordonnance de codéine à libération contrôlée à raison de 50 mg bid (100 comprimés). Vous lui demandez où en est sa douleur et il vous semble un peu sur la défensive. Il dit que la codéine ne fait pas grand effet et que son médecin lui a donné quelque chose de « plus fort ». Vous lui expliquez que c'est toujours de la codéine, mais sous une autre forme, à action prolongée, qui devrait assurer un meilleur contrôle de la douleur tout au long de la journée.

Il revient six semaines plus tard (plus tôt que prévu) avec une nouvelle ordonnance de codéine à libération contrôlée à raison de 50 mg tid. Il a un ton un peu plus sec que d'ordinaire et vous dit quelle dose il veut et qu'il en a « besoin ». Vous le mettez en garde contre l'abus de codéine et lui conseillez de surveiller ce qu'il prend réellement. Il vous parle du risque de toxicomanie et vous apaisez ses craintes en lui disant qu'il est improbable que cela se produise chez les personnes qui souffrent de DC.

TABLEAU 2 : Recommandations basées sur des données probantes et choix de traitements		
Intervention	Niveau de preuve	Force
Acétaminophène	1B	A
Opiacés	1B	B
Tramadol	1B	B
AINS classiques	1A	A
Coxibs	1B	A
Antidépresseurs	1B	B
AINS topiques	1A	A
Capsaïcine topique	1A	A
Glucosamine	1A	A
Chondroïtine	1A	A
Hyaluronate intra-articulaire	1B	B
Corticostéroïdes intra-articulaires	1B	A
Éducation	1A	A
Exercice	1B	A
Suivi téléphonique	1B	B
Perte de poids	1B	B
Semelles	1B	B
Orthèses	1B	B

D'après K. Jordan et coll. EULAR Knee Recommendations¹⁸.

Classification alphanumérique des « niveaux de preuve »:

Une preuve de niveau 1 est une preuve obtenue par le biais d'essais comparatifs aléatoires ou de méta-analyses, et sur lesquels il y a consensus. La lettre indique la quantité ou la taille des essais cliniques; une preuve de niveau 1A indiquerait un résultat reposant sur plusieurs essais comparatifs aléatoires, tandis qu'un niveau 1B peut ne reposer que sur un seul essai; une preuve de niveau 1A est donc plus fiable. La « force » fait référence aux autres facteurs, comme le profil d'effets secondaires, l'ampleur de l'effet, les aspects économiques, etc.

Il mentionne qu'il a conscience du fait qu'il prend de plus en plus de codéine, mais que c'est parce qu'il essaie de soulager sa douleur. Vous insistez pour qu'il tienne un journal afin de surveiller l'évolution de sa douleur.

Jean revient vous voir en janvier 2009. Il prend maintenant de la codéine à libération contrôlée à raison de 100 mg bid et il n'est plus autant sur la défensive. Il n'utilise plus autant de comprimés d'acétaminophène/caféine/codéine. Il souligne qu'il respecte le plan de traitement et que sa douleur est mieux maîtrisée. Il admet avoir essayé de sa propre initiative de prendre de la codéine à libération contrôlée à raison de 200 mg bid, mais il a ressenti plus d'effets secondaires et le soulagement ne semblait pas durer plus longtemps. Il se demande s'il y aurait un autre médicament qu'il pourrait essayer.

C. Quelles sont les autres possibilités qui s'offrent à Jean?

Qu'est-ce qui pourrait expliquer le changement de la réponse analgésique et du profil d'effets secondaires? Peut-être que Jean ne prenait pas une dose suffisante: il est possible qu'il en soit venu à prêter plus attention à sa douleur à cause de l'utilisation fréquente des comprimés d'acétaminophène/caféine/codéine; il peut avoir été victime d'un effet de fin de dose parce que la dose de 200 mg de codéine était trop importante, mais ne faisait pas effet assez longtemps; une posologie de 100 mg toutes les huit heures était peut-être nécessaire pour répondre à ses besoins. Il faut se souvenir que le plafond de l'effet analgésique de la codéine a été établi à une dose de 600 mg à 800 mg par jour.

Jean a déjà recours à des injections intra-articulaires d'hyaluronate et il a aussi utilisé des corticostéroïdes intra-articulaires par le passé. Il n'aime pas beaucoup les injections, car elles sont invasives et il ne peut plus faire d'exercice pendant au moins quelques jours par la suite. Il trouve que leur effet diminue.

Le risque de toxicomanie et de dépendance inquiète Jean, qui dit craindre aussi les effets secondaires de la codéine (comme la constipation). Le tramadol peut être une solution viable malgré les rapports mitigés sur son efficacité, dont le niveau a été ramené d'élevé à modéré par les lignes directrices de l'Eular (European League Against Rheumatism)⁸ conformément au rang attribué par une récente revue de la Collaboration Cochrane¹⁷. Cet agent est un analgésique de synthèse à action centrale qui agit en inhibant légèrement le recaptage de la sérotonine et de la norépinéphrine, d'une façon assez similaire aux ATC. Son métabolite actif M1 possède une affinité élevée pour les récepteurs opioïdes, mais n'a sur ceux-ci qu'une activité agoniste modérée. On utilise ce médicament en Europe depuis plus de 30 ans et les données de pharmacovigilance indiquent que le risque de toxicomanie qui y est associé est faible.

Le fait que le tramadol soit maintenant disponible sur le marché canadien représente un ajout utile à l'éventail des traitements de la douleur chronique. Dans le cas de Jean, il représente une solution intermédiaire avant de passer aux opiacés puissants.

TABLEAU 3 : Opiacés couramment utilisés pour la prise en charge de la douleur chronique

Médicament	Dose équivalente à la morphine	Rapport de la puissance par voie intramusculaire/ la puissance par voie orale
Morphine	20 à 30 mg	1:3
Oxycodone	10 à 15 mg	
Hydromorphone	4 à 6 mg	1:3 à 5
Codéine	200 mg	1:1,5
Fentanyl	Consulter la table de conversion dans le CPS	

D'après Lynch et Watson¹

NB: Ce tableau n'est donné qu'à titre indicatif et pour la prise en charge de la douleur chronique seulement. Les doses utilisées en cas de douleur aiguë diffèrent notablement de celles qui y sont indiquées: consulter une référence appropriée.

De nombreux prestataires de soins de santé ne comprennent pas bien l'utilisation optimale des opiacés puissants et lorsqu'ils les utilisent, ils le font souvent de façon inadéquate. Un avantage évident du tramadol est le faible risque de dépendance qui y est associé bien qu'il ait une légère action opioïde; il possède aussi certaines propriétés neuropathiques (semblables à celles des ATC). Ces deux mécanismes d'action pharmacologiques sont au cœur de son action sur la DC. On considère que le tramadol est aussi puissant que la codéine¹; par exemple, un comprimé de tramadol 37,5 mg/acétaminophène 325 mg serait de puissance comparable à un comprimé d'acétaminophène 300 mg/caféine 15 mg/codéine 30 mg.

Vous appelez le médecin de Jean pour lui parler du passage de la codéine à libération contrôlée au tramadol. Il convient que c'est une approche qui mérite qu'on y réfléchisse. Il prescrit du tramadol à raison de 100 mg par jour avec augmentation de la dose tous les quatre à cinq jours jusqu'à un maximum de 300 mg par jour. Vous donnez des conseils à Jean sur ce nouveau médicament en lui rappelant le principe consistant à commencer à faible dose et à l'augmenter lentement, et vous lui donnez des instructions pour réduire la dose de codéine à libération contrôlée.

Au début, Jean tolère bien le tramadol, mais il vous rappelle 12 jours après l'exécution de l'ordonnance parce qu'il se sent un peu étourdi, fatigué et « pas dans son assiette ». Il vous confirme qu'il prend maintenant du tramadol à raison de 300 mg par jour. Vous pensez que Jean a augmenté la dose trop rapidement dans l'espoir de mieux maîtriser sa douleur. Ignorez votre conseil de réduire la codéine à libération contrôlée, il en prend encore 100 mg bid. Il vous dit qu'il va arrêter « ce truc » et se contenter « d'endurer » et d'utiliser la codéine. Vous lui dites qu'il ne s'agit probablement que d'un problème de dosage et vous lui conseillez de ramener le tramadol à 200 mg par jour et de ne pas augmenter la dose plus d'une fois par semaine. Vous lui rappelez qu'il faut continuer à diminuer régulièrement sa dose de codéine à libération contrôlée et qu'il devrait passer à 50 mg bid. Il accepte de continuer le tramadol et de se conformer à cette approche. Vous prenez note de la discussion et du plan de traitement dans son dossier de santé.

Vous rappelez Jean deux semaines plus tard. Il est sur le point de porter la dose de tramadol à

300 mg par jour comme convenu. Vous lui rappelez qu'il n'est pas nécessaire d'augmenter la dose jusqu'à 300 mg si sa douleur est adéquatement maîtrisée avec 200 mg. Il remarque que, dans l'ensemble, il se sent effectivement mieux même s'il prend une dose inférieure. Il prend aussi de l'acétaminophène ordinaire à la dose la plus faible recommandée, soit 2000 mg par jour. Vous lui rappelez de nouveau que l'objectif est l'amélioration de son état fonctionnel et pas seulement la réduction de la douleur. Jean a aussi l'impression que son algie myofasciale a diminué. Vous lui dites que vous le rappellerez dans quelques semaines.

EN RÉSUMÉ

La douleur chronique est compliquée à traiter. Il faut souvent procéder à plusieurs changements de médicaments et prendre en charge les effets secondaires tout en assurant un suivi et une surveillance constants. La non-adhésion au traitement est un problème important dans la prise en charge des maladies chroniques et elle ne se limite pas aux médicaments; le patient doit agir en tant que partenaire dans la prise en charge de sa douleur.

En général, les médicaments permettent d'obtenir une réduction de un à trois points de la douleur sur l'EVA; il arrive qu'on obtienne de meilleurs résultats, mais c'est rare. La prise en charge complète de la douleur exige presque toujours un traitement multimodal qui est vraiment interdisciplinaire. Mais quelle que soit la modalité (médicaments, physiothérapie, éducation ou séances de conseil), le critère commun est finalement une amélioration du fonctionnement global. Le pharmacien communautaire est évidemment bien placé pour avoir un impact favorable sur les soins de ces patients.

RÉFÉRENCES

- Lynch ME, Watson CPN. The pharmacotherapy of chronic pain: A review. *Pain Res Manage*, 2006;11(1):11-38.
- Moulin D et coll. Pharmacological management of chronic neuropathic pain – Consensus Statement and guidelines from the Canadian Pain Society. *Pain Res Manage*, 2007;12(1):13-21
- Chou R, Huffman LH. Medications for acute and chronic low back pain: A review of the evidence for the American Pain Society/ American College of Surgeons Clinical Practice Guideline. *Ann Int Med*, 2007;147:505-15.
- Simon LS et coll. Preliminary Development of a responder index for chronic low back pain. *J Rheumatology*, 2007;34:1386-91.
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) Site Web: www.icsi.org. Consulté le 18 mars 2008.

6. Phatak HM, Thomas (IIIrd) J. Relationships between beliefs about medications and nonadherence to prescribed chronic medications. *Ann Pharmacother*, 2006;40:1737-42.
7. Horne R, Weiman J. Patient beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *J Psychosomatic Research*, 1999;47(6):555-67.
8. Jordan KM et coll. EULAR Recommendations 2003: An evidence based approach to the management of knee osteoarthritis: Report of a Task Force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT). *Ann Rheum Dis*, 2003;62:1145-55.
9. Farrar JT et coll. Clinical importance of changes in chronic pain intensity measured on an 11-point pain rating scale. *Pain* 94 (2001);149-58.
10. Clegg DO et coll. Glucosamine, chondroitin sulfate, and the two in combination for painful knee osteoarthritis. *N Engl J Med*, 2006;354:795-808.
11. Reichenbach S et coll. Meta-Analysis: Chondroitin for osteoarthritis of the knee or hip. *Annals Int Med*, 2007;146:580-90.
12. American College of Rheumatology Subcommittee on Osteoarthritis Guidelines. Recommendations for the Medical Management of Osteoarthritis of the Hip and Knee. 2000 Update. *Arthritis and Rheumatism*, 2000;43(9):1905-15.
13. Tannenbaum H et coll. An evidence-based approach to prescribing NSAIDs in the treatment of osteoarthritis and rheumatoid arthritis: The Second Canadian Consensus Conference. *Can J Clin Pharmacol*, 2000;7(Suppl A) 4A-16A.
14. Tannenbaum H et coll. An Evidence-Based Approach to Prescribing Nonsteroidal Antiinflammatory Drugs. Third Canadian Consensus Conference. *J Rheumatology*, 2006;33:140-57.
15. Lin J et coll. Efficacy of topical non-steroidal anti-inflammatory drugs in treatment of osteoarthritis: meta-analysis of randomized controlled trials. *BMJ*, 2004;329:324-29.
16. Lusher J. Analgesic addiction and pseudoaddiction in painful chronic illness. *Clin J Pain*, 2006; 22:316-24.
17. Cepeda MS et coll. Tramadol for osteoarthritis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3. Art. N°: CD005522. DOI: 10.1002/14651858. CD005522.pub2

QUESTIONS - Répondez en ligne sur www.monportailpharmacie.ca, dans la section FC en ligne.

1. **L'objectif général de la prise en charge de la douleur chronique est d'obtenir:**
 - a) une amélioration dans les six mois
 - b) une réduction du score de douleur
 - c) une amélioration de l'état fonctionnel
 - d) une amélioration de la gestion de la médication
 - e) b et c sont également importants
2. **Lequel des facteurs suivants ne devrait pas être considéré comme un facteur de risque de développement de l'arthrose?**
 - a) La participation à une gamme d'activités physiques
 - b) L'obésité
 - c) Le vieillissement
 - d) Un traumatisme antérieur
3. **Les antidépresseurs tricycliques (ATC) sont considérés comme des médicaments de premier choix contre la lombalgie. Lequel des facteurs suivants ne devrait pas être considéré comme en limitant la posologie?**
 - a) Effets proarythmiques
 - b) Rétention urinaire
 - c) Perte de poids
 - d) Prise de poids
4. **En cas de somnolence diurne, la meilleure solution de rechange à l'amitriptyline qui faciliterait néanmoins l'endormissement serait:**
 - a) la nortriptyline
 - b) la fluoxétine
 - c) l'imipramine
 - d) la venlafaxine
5. **Dans le cas n° 2 (arthrose), si le tramadol n'assure pas une analgésie adéquate et que la douleur n'est pas neuropathique, le meilleur choix pour traiter l'arthrose de Jean serait:**
 - a) la venlafaxine
 - b) un AINS classique
 - c) un opiacé puissant
 - d) des injections intra-articulaires hebdomadaires de corticostéroïdes
6. **Lequel des symptômes suivants n'est pas considéré comme un signal d'alerte pour la lombalgie?**
 - a) Le manque de réponse à un médicament antineuropathique
 - b) L'aggravation de la douleur la nuit non soulagée par un changement de position
 - c) Une douleur attribuable à un excès d'activité
 - d) Une faiblesse dans les jambes
7. **Quel médicament ou classe de médicaments ne devrait pas être considéré(e) comme un traitement de première intention pour la lombalgie chronique?**
 - a) Les antidépresseurs
 - b) Les AINS
 - c) L'acétaminophène
 - d) Les anticonvulsivants
8. **Lequel des objectifs suivants n'est pas compatible avec l'approche consistant à commencer le traitement à faible dose et à l'augmenter lentement?**
 - a) Maximiser l'analgésie.
 - b) Obtenir un niveau sérique adéquat de médicament.
 - c) Minimiser les effets secondaires.
 - d) Permettre au patient de gérer lui-même sa médication dans le cadre de limites prédéterminées.
9. **Dans le cas n° 1 (lombalgie chronique), Rose S. a obtenu une réponse analgésique aux ATC, mais elle a aussi ressenti certains effets secondaires qui en limitent le dosage. Si on lui prescrivait du tramadol et qu'elle en retirait des bienfaits appréciables, la principale raison serait que:**
 - a) le tramadol a aussi des effets de type opiacé équivalents à ceux de la codéine.
 - b) son organisme ne tolère pas le tramadol.
 - c) le tramadol a un double effet d'inhibition du recaptage des neurotransmetteurs.
 - d) il est plus puissant que les ATC.
10. **Selon l'étude de Phatak et Thomas, il y a une corrélation entre les croyances des patients sur les médicaments et leur adhésion au traitement. Lequel des énoncés suivants est FAUX?**
 - a) Il y a une corrélation positive entre les craintes des patients vis-à-vis du traitement pharmacologique de la douleur chronique et la non-adhésion au traitement.
 - b) Il y a une corrélation positive entre l'impression générale que l'on prescrit trop de médicaments et la non-adhésion.
 - c) Il y a une corrélation positive entre l'impression générale que les médicaments sont dangereux et la non-adhésion.
 - d) Il y a une forte corrélation entre le besoin de prendre des médicaments à long terme et la non-adhésion.
11. **L'échelle visuelle analogique (EVA) est un outil couramment utilisé pour la prise en charge de la douleur chronique. Tous les aspects suivants en limitent l'usage, SAUF:**
 - a) La douleur peut ne pas être linéaire.
 - b) Certains patients ont de la difficulté à assigner une valeur numérique à la douleur.
 - c) L'état fonctionnel global n'est pas pris en compte.
 - d) L'EVA est un outil normalisé.

12. Les tables de conversion des opiacés ne sont pas toujours un bon moyen de trouver les doses équivalentes d'un opiacé à l'autre parce que la plupart sont basées sur des études portant sur la douleur aiguë ou sur des traitements à dose unique, et pas sur la douleur chronique. Une façon sécuritaire de trouver la dose équivalente d'un opiacé par rapport à un autre est de supposer que le second entraînera une réponse plus forte et de diminuer de 25 % la dose cible. Si on considère que la morphine est 10 fois plus efficace que la codéine, quelle devrait être la dose approximative de morphine à suggérer pour une personne qui prend actuellement 400 mg par jour de codéine à libération prolongée? (La dose trouvée peut ensuite être augmentée si l'analgésie n'est pas totalement satisfaisante).
- 15 mg de morphine à libération prolongée tid
 - 15 mg de morphine à libération prolongée bid
 - 10 mg de morphine à libération prolongée qid
 - 15 mg de morphine à libération prolongée qid
13. Dans le cas n° 2 (arthrose), on n'a pas prescrit de célécoxib ni d'AINS non sélectifs à Jean à cause du déclin de sa fonction rénale; tous les éléments suivants peuvent exacerber son dysfonctionnement rénal SAUF:
- les diurétiques
 - les antihypertenseurs
 - l'AAS à faible dose
 - le diabète
14. Le tramadol est un analgésique à l'action mixte, car il a une affinité élevée pour le récepteur opioïde μ , mais il est peu actif sur celui-ci. Il a aussi une activité similaire à celle des ATC. Il faut être prudent lorsqu'on l'ajoute à un traitement par opiacés à forte dose préexistant. Pourquoi?
- Augmentation de la sédation
 - Hallucinations
 - Interactions médicamenteuses
 - Perte progressive de l'analgésie
15. La toxicomanie est une maladie neurobiologique chronique comportant des facteurs environnementaux et psychologiques qui culminent dans un ensemble particulier de comportements. La « pseudotoxicomanie » est un phénomène qui se produit lorsque la douleur d'une personne est mal maîtrisée et qu'elle tente d'en prendre le contrôle. Il a été établi qu'une condition déterminante distingue la véritable toxicomanie de la pseudotoxicomanie. Il s'agit:
- de l'utilisation de substances illicites pour augmenter l'effet analgésique.
 - du fait que les comportements anormaux disparaissent lorsque la prise en charge de la douleur s'améliore.
 - du fait de chercher à se procurer des produits pharmaceutiques auprès de différents prestataires de soins.
 - de l'apparition de symptômes de sevrage.
16. On peut envisager un diagnostic de toxicomanie si:
- le patient augmente ses doses sans autorisation.
 - le patient continue à utiliser un médicament même s'il en connaît la nocivité.
 - on voit se développer un ensemble de comportements anormaux au fil du temps dans un contexte d'augmentation de la douleur.
 - on sait que le patient fait exécuter ses ordonnances dans plusieurs pharmacies différentes.
17. Les traitements non pharmacologiques des maladies chroniques sont des options fondées sur des données probantes. Parmi les diverses réponses énumérées ci-dessous, laquelle correspond le mieux à un traitement non pharmacologique reconnu de l'arthrose?
- Une perte de poids ciblée
 - Des chaussures de sport
 - Un suivi téléphonique
 - a et b
 - a et c
18. Les anticonvulsivants sont fréquemment utilisés pour la prise en charge de divers types de douleurs (neuropathiques) chroniques. On les décrit souvent comme des médicaments à « fenêtre thérapeutique étroite ». Afin de déterminer le taux sérique d'anticonvulsivants, on peut demander des analyses de laboratoire pour toutes les raisons suivantes SAUF:
- pour « surveiller » le fonctionnement des organes.
 - pour s'assurer qu'un taux sérique thérapeutique prédéterminé est atteint.
 - pour surveiller l'observance.
 - pour améliorer la surveillance de la toxicité.
19. Les éruptions cutanées sont un effet secondaire courant de certaines classes d'anticonvulsivants. Supposons qu'un client qui a pris du topiramate pour traiter sa lombalgie développe par la suite une grave réaction cutanée. Une solution de rechange raisonnable serait:
- l'oxcarbazépine
 - la lamotrigine
 - la carbamazépine
 - la désipramine
20. Les énoncés suivants décrivent bien la douleur chronique SAUF:
- L'approche recommandée est la prise en charge par une équipe interdisciplinaire.
 - Certaines douleurs persistent après six mois.
 - La meilleure approche de traitement consiste à choisir une seule modalité thérapeutique et à l'appliquer énergiquement.
 - Ce problème médical est très mal connu dans la population en général.

COMITÉ DE RÉDACTION : RÔLE DES PHARMACIENS COMMUNAUTAIRES DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHRONIQUE

À PROPOS DE L'AUTEUR

Don McIntosh, B.S.P., pharmacien clinicien

Don McIntosh est pharmacien clinicien au Chronic Pain Centre de la Calgary Health Region, à Calgary, en Alberta. Il travaille aussi au Foothills Hospital, à Calgary. Il a obtenu son diplôme de pharmacien à l'Université de la Saskatchewan en 1987. Il a fait des travaux universitaires en neuroscience et il participe aujourd'hui à des recherches de troisième cycle.

Pendant de nombreuses années, Don McIntosh a été le pharmacien-chef de la clinique des douleurs malignes du Tom Baker Cancer Centre, à Calgary. Il participe activement à la formation continue en médecine et en pharmacie, et il a fait des exposés à plusieurs de ces occasions.

RÉVISION

Toutes les leçons sont révisées par des pharmaciens pour assurer la précision, l'intégralité et la pertinence du contenu conformément à l'exercice actuel de la pharmacie.

COORDONNATRICE DE LA FORMATION CONTINUE

Sheila McGovern, Toronto (Ontario)

Cette leçon est valable jusqu'au 25 juin 2011. Les informations disponibles sur la douleur chronique peuvent changer au cours de cette période. Il est de la responsabilité des lecteurs de s'informer sur les développements les plus récents dans ce domaine.

Pour connaître les barèmes de la FC, veuillez communiquer avec Mayra Ramos par téléphone au 416-764-3879, par photocopieur au 416-764-3937 ou par courriel à l'adresse mayra.ramos@rci.rogers.com

Cette information est publiée par Les Éditions Rogers Limitée, One Mount Pleasant Rd., Toronto, (Ontario) M4Y 2Y5. Tél.: 416-764-2000. Télécopieur: 416-764-3931.

Ce document ne peut être reproduit, en tout ou en partie, sans l'autorisation écrite de l'éditeur. ©2008

