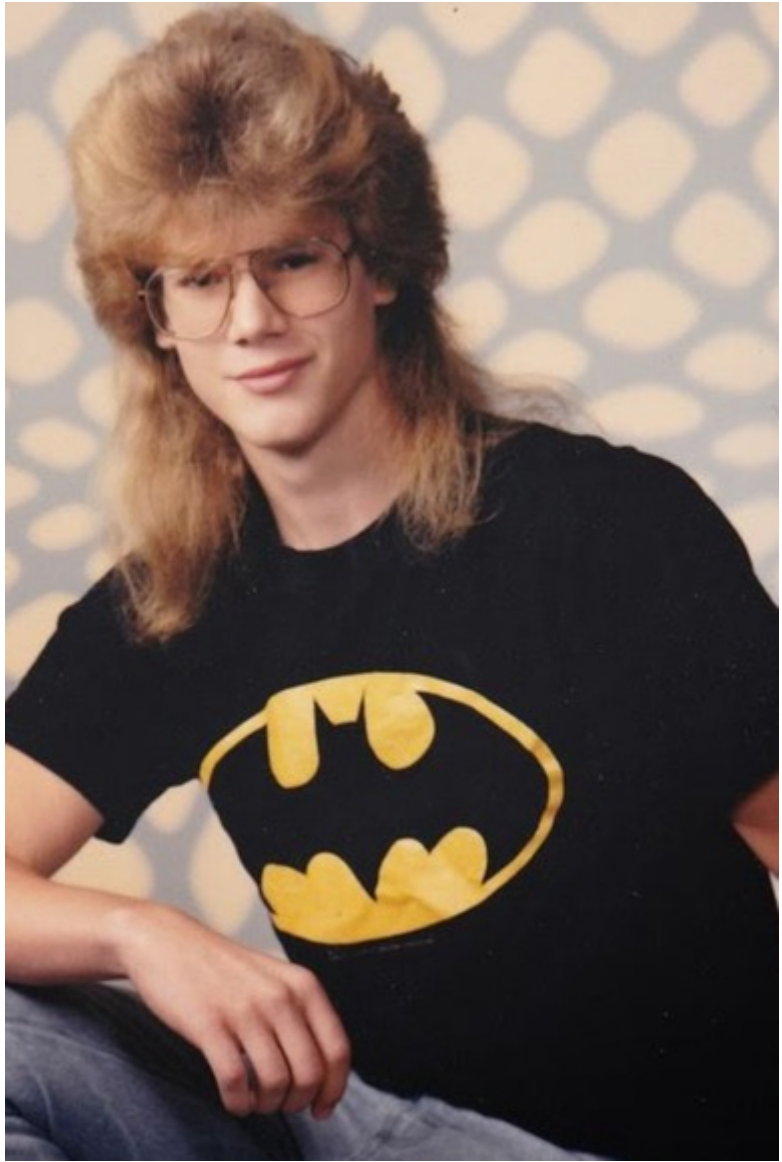




# TRAITEMENTS

« IN » ou

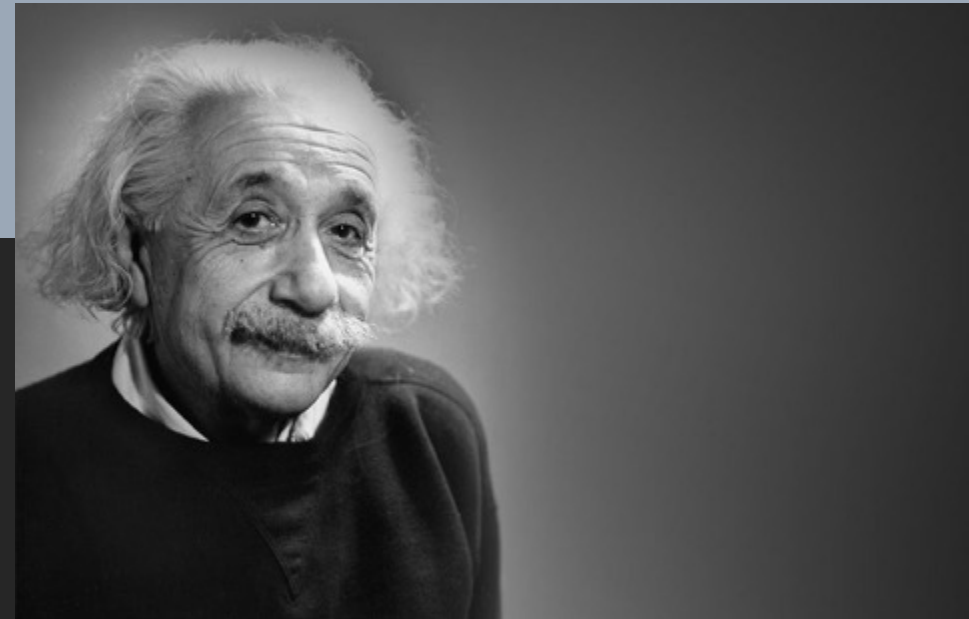
« OUT » en  
1ère ligne

---

FRÉDÉRIC PICOTTE, MD

**« La folie, c'est de faire toujours la même chose et de s'attendre à un résultat différent »**

**- ALBERT EINSTEIN**



# CONFLITS d'INTERET

---

- éditeur Top Médecine et membre du CA
- aucune rémunération par industrie pharmaceutique

# 1<sup>er</sup> cas – asthme léger

---

Jeune femme de 32 ans active

Rhinite allergique saisonnière

Asthme léger depuis enfance

Dernière exacerbation automne 2020, traitée DEXA et clarithromycine (COVID-19 nég)

Salbutamol 3 fois par semaine environ, avant jogging

Flovent 250 mg BID prescrit de longue date, mais pris surtout per exacerbation ou lors des allergies

Dit d'entrée de jeu que son asthme est « bien contrôlé »...

# IN ou OUT

salbutamol PRN en première intention pour asthme léger ?

---

- OUT ????



COMME TX D'ENTRETIEN DE PREMIÈRE INTENTION POUR L'ASTHME LÉGER



# Salbutamol - OUT ?

## CSI-formotérol PRN - IN?

---

### UN CHANGEMENT MAJEUR DANS LES RECOMMANDATIONS DE 2019 DE LA GINA POUR L'ASTHME LÉGER

À compter de 2019, pour des raisons de sécurité, la GINA ne recommande plus les BACA utilisés seuls comme traitement initial. La GINA recommande maintenant que tous les adultes et les adolescents souffrant d'asthme reçoivent un traitement de contrôle contenant des CSI pour réduire le risque d'exacerbation grave et maîtriser les symptômes.

L'encadré 7 (p. 18) indique les nouveaux traitements de contrôle aux CSI :

- (pour l'asthme léger) CSI-formotérol\* à faible dose au besoin; si non disponible, un CSI à faible dose à chaque administration de BACA†;
- administration régulière de CSI ou de CSI-BALA tous les jours, et de BACA au besoin; ou
- thérapie d'entretien et de secours au CSI-formotérol, le traitement de secours étant une association budésonide-formotérol ou DPB-formotérol à faible dose.

\* Non conforme; données probantes uniquement avec le budésonide-formotérol; † non conforme, combinaison ou inhalateurs séparés. Voir l'encadré 8 (p. 20) pour connaître les marges posologiques des CSI.

**Si le patient a besoin de son BACA:  
il doit prendre une dose de cortico inhalée (CSI)  
après chaque inhalation**

# IN – CSI formotérol PRN

ADAPTÉ DU GUIDE DE POCHE POUR LE TRAITEMENT ET LA PRÉVENTION DE L'ASTHME GINA 2019. (P.18,ENCADRÉ 7)

| TRAITEMENT DE CONTRÔLE PRIVILÉGIÉ                          |                                          | STADE 1                                           | STADE 2                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pour prévenir les exacerbations et maîtriser les symptômes |                                          | CSI/formotérol* à faible dose au besoin           | Corticostéroïde inhalé à faible dose quotidienne (CSI) ou, au besoin, CSI/formotérol à faible dose       |
| Autres options de traitement de contrôle                   |                                          | CSI à faible dose à chaque administration de BAAR | Antagonistes des récepteurs des leucotriènes (ARL) ou CSI à faible dose, à chaque administration de BAAR |
| TRAITEMENT DE SECOURS PRIVILÉGIÉ                           | Autre option de traitement de secours... | CSI/formotérol* à faible dose au besoin           |                                                                                                          |
|                                                            |                                          | Béta-2 agoniste à action brève au besoin (BAAR)   |                                                                                                          |

\*Non conforme: données uniquement avec le budésonide/formotérol (bud/form)



# Présentation de l'article: GINA 2019

VOIR pour détails capsule Top Truc « Changement majeur lignes directrices asthme »

The NEW ENGLAND  
JOURNAL of MEDICINE

Inhaled Combined Budesonide–Formoterol as Needed  
in Mild Asthma



## L'ÉTUDE SYGMA Cortico–formoterol PRN

DIMINUTION DU 2/3 EXACERBATIONS SÉVÈRES

(PAR RAPPORT AU BACA PRN)

RÉDUCTION DE

75%

DOSE DE CORTICO GLOBALE



# Controverse...

---

- BACA PRN encore une option...
  - Si moins de 2 doses par semaine
  - Et si pas de facteurs de risques d'exacerbations (hx d'H, visite urgence ou cortico PO, mauvais contrôle selon CTS ou plus de 2 bouteille de BACA par an)
- Intro cortico régulier alors ou formotérol-budesonide de PRN.

## 2021 Canadian Thoracic Society Guideline – A focused update on the management of very mild and mild asthma

Connie L. Yang<sup>a</sup>, Elizabeth Anne Hicks<sup>b</sup>, Patrick Mitchell<sup>c</sup>, Joe Reisman<sup>d</sup>, Delanya Podgers<sup>e</sup>, Kathleen M. Hayward<sup>f</sup>, Mark Waite<sup>g</sup>, and Clare D. Ramsey<sup>h</sup>

<sup>a</sup>Department of Pediatrics, British Columbia Children's Hospital, University of British Columbia, Vancouver, British Columbia, Canada; <sup>b</sup>Pediatric Department, University of Alberta, Edmonton, Alberta, Canada; <sup>c</sup>University of Calgary, Department of Medicine, Calgary, Alberta, Canada; <sup>d</sup>Pediatric Department, University of Ottawa, Children's Hospital of Eastern Ontario, Ottawa, Ontario, Canada; <sup>e</sup>Kingston Health Sciences Centre, Kingston, Ontario, Canada; <sup>f</sup>Calgary COPD & Asthma Program, Alberta Health Services, Calgary, Alberta, Canada; <sup>g</sup>Department of Family Medicine, The Moncton Hospital, Moncton, New Brunswick, Canada; <sup>h</sup>Department of Medicine, Rady Faculty of Health Sciences, University of Manitoba, Winnipeg, Manitoba, Canada

### ABSTRACT

**Background:** This asthma guideline update focuses on the management of individuals with asthma at the mild end of the spectrum. It applies to children 1 year of age and over and adults. This update was initiated to address new clinical trials in this patient group as well as changes in the recommendations from the Global Initiative for Asthma (GINA) asthma strategy group. This guideline applies the current evidence to the Canadian context.

**Methods:** A representative multidisciplinary panel of experts undertook a formal clinical practice guideline development process. A total of 9 key clinical questions were defined according to the Patient/problem, Intervention, Comparison, Outcome (PICO) approach. The panel performed an evidence-based, systematic literature review, assessed and graded the relevant evidence to synthesize 11 key recommendations. These recommendations were reviewed in the context of the existing Canadian Asthma Guidelines and changes from previous guidelines are highlighted.

**Results:** The updated evidence demonstrated that daily inhaled corticosteroids (ICS) + PRN short-acting beta-agonist (SABA) decrease exacerbations and improve asthma control compared to PRN SABA in individuals with very mild and mild asthma. There is new evidence in children  $\geq 12$  years of age and adults that PRN budesonide/formoterol (bud/form) decreases exacerbations in comparison to PRN SABA, with different levels of evidence in those with very mild versus mild asthma. Individuals with very mild asthma at higher risk of exacerbation should be given the option of switching from PRN SABA to daily ICS + PRN SABA (all ages) or PRN bud/form ( $\geq 12$  years of age). In individuals with mild asthma, daily ICS + PRN SABA are still recommended as first line controller therapy. However, in

# OUT

(salbutamol PRN ?)



# IN

(CSI-formotérol PRN) ?



Vs cortico inh  
rég DIE?  
Choix patient?  
Observance?  
Coût?

# Télé-travail: IN ?

---



# 2<sup>e</sup> cas - HTA résistante

---

Femme 68 ans diabétique 2 insuline bien contrôlée, HTA, DLDP, obésité, sédentaire, TA moyenne au MAPA 145/95. Pas HTO. Connue K limite 4.8-5.

## Meds TA actif :

- HCTZ 25 mg die
- ramipril 10 mg HS
- Caduet 10 mg / 40 mg HS

Optimiser tx TA ?



# Tx HTA résistante: quel prochain agent prescrire? IN ou OUT ?

---



- ajouter clonidine ?
- ajouter doxazosin ?
- spironolactone ?
- majorer HCTZ ?
- remplacer HCTZ par chlorthalidone ?
- changer ramipril ?

# Première question:

---

Avant 4<sup>e</sup> molécule, peut-on optimiser ?

Quel médicament dans chaque classe choisir?

# Étude ALLHAT 2002

---

Clinical Trial > JAMA. 2002 Dec 18;288(23):2981-97. doi: 10.1001/jama.288.23.2981.

Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic: The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT)

ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group. The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial

PMID: 12479763 DOI: 10.1001/jama.288.23.2981

- doxazosin : interruption tx vu augmentation du risque AVC et insuffisance cardiaque

chlorthalidone 12.5-25 mg DIE:

- Bien toléré, pas cher, plus efficace pour prévenir IC qu'amlodipine et lisinopril

- plus hypo K (NNH 25) et de nouveau diabète (NNH 29)

- Diurétique le meilleur pour la prévention d'événements cardiovasculaires !!





## Comparative antihypertensive effects of hydrochlorothiazide and chlorthalidone on ambulatory and office blood pressure

---

Michael E Ernst <sup>1</sup>, Barry L Carter, Chris J Goerd, Jennifer J G Steffensmeier, Beth Bryles Phillips, M Bridget Zimmerman, George R Bergus

Affiliations + expand

PMID: 16432050 DOI: 10.1161/01.HYP.0000203309.07140.d3

Baisse de 5 mm de Hg TA systolique supplémentaire versus HCTZ !

“Week 8 ambulatory BPs indicated a greater reduction from baseline in systolic BP with chlorthalidone 25 mg/day compared with hydrochlorothiazide 50 mg/day (24-hour mean = -12.4+/-1.8 mm Hg versus -7.4+/-1.7 mm Hg”

# HCTZ versus pseudothiazidique

---

Review > Hypertension. 2015 May;65(5):1033-40. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.114.05122.

Epub 2015 Mar 2.

## Effects of thiazide-type and thiazide-like diuretics on cardiovascular events and mortality: systematic review and meta-analysis

Rik H G Olde Engberink <sup>1</sup>, Wijnanda J Frenkel <sup>1</sup>, Bas van den Bogaard <sup>1</sup>, Lizzy M Brewster <sup>1</sup>, Liffert Vogt <sup>1</sup>, Bert-Jan H van den Born <sup>2</sup>

Affiliations + expand

PMID: 25733241 DOI: [10.1161/HYPERTENSIONAHA.114.05122](https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.114.05122)

“ Les diurétiques pseudothiazidiques tel chlorthalidone versus HTCZ après ajustement pour les differences de tension :

- 12 % réduction risque cardiovasculaire (P=0.049)
- 21 % réduction IC (P=0.023)
- Incidence comparable d'effets secondaires

# Étude observationnelle 2020

---

Of 730 225 individuals (mean [SD] age, 51.5 [13.3] years; 450 100 women [61.6%]), 36 918 were dispensed or prescribed chlorthalidone and had 149 composite outcome events, and 693 337 were dispensed or prescribed hydrochlorothiazide and had 3089 composite outcome events. No significant difference was found in the associated risk of myocardial infarction, hospitalized heart failure, or stroke, with a calibrated hazard ratio for the composite cardiovascular outcome of 1.00 for chlorthalidone compared with hydrochlorothiazide (95% CI, 0.85-1.17).

Journal List > JAMA Network > PMC7042845



JAMA Internal Medicine

[View Article](#)

[JAMA Intern Med.](#) 2020 Apr; 180(4): 542–551.

Published online 2020 Feb 17. doi: [10.1001/jamainternmed.2019.7454](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.7454)

PMCID: PMC7042845

PMID: [32065600](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32065600/)

## Comparison of Cardiovascular and Safety Outcomes of Chlorthalidone vs Hydrochlorothiazide to Treat Hypertension

[George Hripcsak](#), MD, MS,<sup>1,2,3</sup> [Marc A. Suchard](#), MD, PhD,<sup>3,4,5</sup> [Steven Shea](#), MD,<sup>1,3,6</sup> [RuiJun Chen](#), MD,<sup>1,3,7</sup> [Seng Chan You](#), MD,<sup>3,8</sup> [Nicole Pratt](#), PhD,<sup>3,9</sup> [David Madigan](#), PhD,<sup>3,10</sup> [Harlan M. Krumholz](#), MD, SM,<sup>3,11,12,13</sup> [Patrick B. Ryan](#), PhD,<sup>1,3,14</sup> and [Martijn J. Schuemie](#), PhD<sup>3,4,14</sup>

# ... Effets secondaires ? HypoK... HypoNa

---

Sous-groupe : 12.5 mg of chlorthalidone vs 25 mg of hydrochlorothiazide

HR calibré hypokaliémie = HR, 1.57 (95% CI, 1.25-2.01).

Changement dans le potassium mesuré:

Plus grande réduction du K<sup>+</sup> sanguin :

- chlorthalidone, 0.22 mEq/L versus hydrochlorothiazide, 0.12 mEq/L;  $P = .03$ ; 95% CI, 0.01-0.18)

Hyponatrémie (HR, 1.31; 95% CI, 1.16-1.47)

# Conclusion – HCTZ versus chlorthalidone

---

- ratio 2 HCTZ = 1 chlorthalidone pour comparatif (HCTZ 25 mg = chlorthalidone 12.5 mg)
- probablement peu de différence comme premier antihypertenseur
- possiblement plus hypo K et plus hypo Na avec chlorthalidone?
- plus efficace pour baisser la tension artérielle en hypertension résistante
- meilleures données probantes chlorthalidone pour appuyer prévention cardiovasculaire que HCTZ.

Avant de prescrire 4<sup>e</sup> agent, considérer changer HCTZ pour chlorthalidone !

# Étude HOPE (NEJM 2000)- ramipril

---

- ramipril 10 mg donné HS en prévention secondaire MCAS
- Ramipril réduit le risque de décès cardiovasculaire de 2% absolu ( NNT 50) sur 4.5 ans en prévention secondaire
- lecture TA du matin – diminution TA 3 mm Hg systolique et TA 2 mm Hg diastolique avec tx versus placebo!





# Remplacer ramipril ?

---

En HTA résistante, données semblent indiquer que périndopril (étude PREFER) et trandolapril seraient probablement plus puissants.

Dans les ARA, l'olmésartan et l'azilsartan seraient à privilégier.



# Autres stratégies ?

---



TRANSFERT OPTIMISÉ DES PUBLICATIONS EN MÉDECINE FAMILIALE



Hypertension artérielle et chronothérapie

# Spironolactone - puissant pour baisse TA comme 4<sup>e</sup> agent

---

Meta-Analysis > Medicine (Baltimore). 2020 Aug 21;99(34):e21694.

doi: 10.1097/MD.00000000000021694.

## Clinical efficacy and safety of spironolactone in patients with resistant hypertension: A systematic review and meta-analysis

Cong Chen <sup>1</sup>, Xue-Ying Zhu <sup>2</sup>, Dong Li <sup>3</sup>, Qian Lin <sup>1</sup>, Kun Zhou <sup>3</sup>

Baisse de la TA systolique au MAPA  
-10 mm Hg ; en cabinet -20 mm Hg

Affiliations + expand

PMID: 32846786 PMCID: [PMC7447418](#) DOI: [10.1097/MD.00000000000021694](#)

[Free PMC article](#)

# Tx HTA résistante: IN ou

---

# OUT

- chlorthalidone
- ramipril (peut-être pas #1 pour TA) périndopril?
- sprinolactone (meilleur 4<sup>e</sup> agent)



- clonidine
- HCTZ?
- doxazosin



« Life is what happens while you are busy making other plans »

**-John Lennon**



# Lombalgie chronique

---

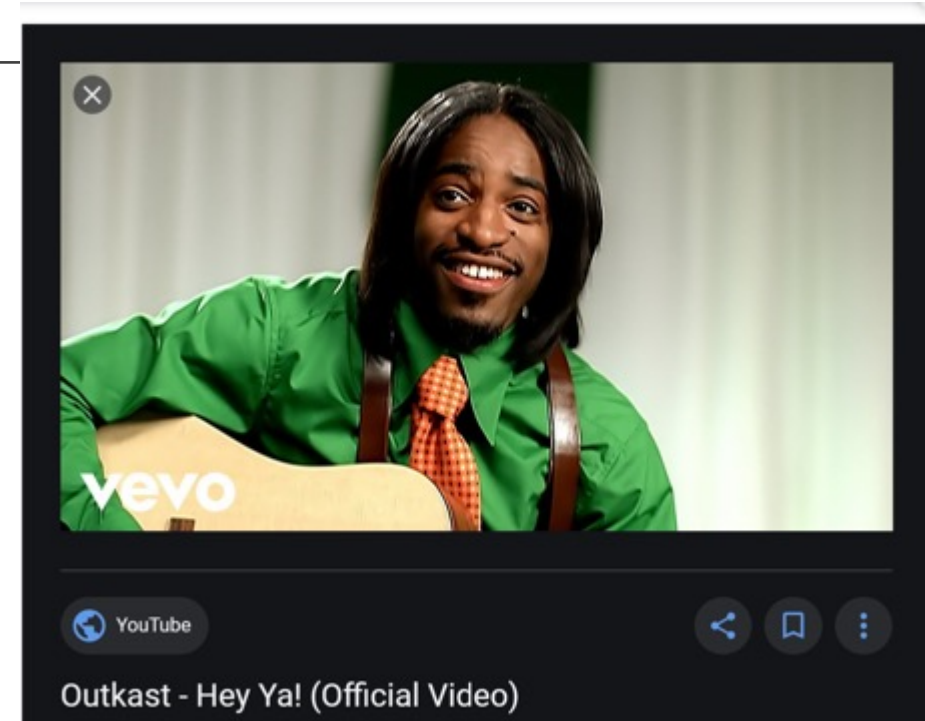
46 ans homme, CSST, lombalgie chronique et sciatalgie D depuis entorse lombaire en juin 2020.

- petite hernie discale qui comprime L4 D. Pas effet infiltration foraminale. En attente neurochx.
- demeure symptomatique avec naprosyn 500 mg bid, flexiril 5 mg tid, Tylenol 1 g QID et ne tolère pas bouche sèche de **Nortriptyline** 25 mg HS.
- Résidente vous propose prégabalin ?



# Gabapentinoïdes lombalgie : in ou out ?

- pregabalin (2004)
- gabapentin (1993)



## The Top 200 Drugs of 2021

| Rank | Drug Name                                             | Total Prescriptions (2018) | Annual Change |
|------|-------------------------------------------------------|----------------------------|---------------|
| 1    | <a href="#">Atorvastatin</a>                          | 112,474,023                | ↑ 1           |
| 2    | <a href="#">Levothyroxine</a>                         | 105,773,990                | ↑ 1           |
| 3    | <a href="#">Lisinopril</a>                            | 97,608,879                 | ↓ 2           |
| 4    | <a href="#">Metformin Hydrochloride</a>               | 83,762,981                 | 0             |
| 5    | <a href="#">Amlodipine</a>                            | 75,811,947                 | 0             |
| 6    | <a href="#">Metoprolol</a>                            | 71,581,961                 | 0             |
| 7    | <a href="#">Albuterol</a>                             | 60,526,457                 | ↑ 3           |
| 8    | <a href="#">Omeprazole</a>                            | 58,364,556                 | ↓ 1           |
| 9    | <a href="#">Losartan Potassium</a>                    | 50,479,750                 | 0             |
| 10   | <a href="#">Simvastatin</a>                           | 48,007,043                 | ↓ 2           |
| 11   | <a href="#">Gabapentin</a>                            | 45,586,654                 | 0             |
| 12   | <a href="#">Acetaminophen; Hydrocodone Bitartrate</a> | 42,073,176                 | ↑ 1           |
| 13   | <a href="#">Hydrochlorothiazide</a>                   | 40,575,075                 | ↓ 1           |
| 14   | <a href="#">Sertraline Hydrochloride</a>              | 38,383,042                 | 0             |

# Gabapentinoïdes: en lombalgie chronique

---

- Aucun bénéfice noté pour le soulagement la lombalgie chronique ou la sciatalgie dans des études RC et 2 méta-analyses récentes
- Aucun guide de pratique en lombalgie ne les recommande
- Effets secondaires statistiquement significatifs associés.



Cigarette, douleur,  
cannabis et  
gabapentinoïdes



## Gabapentinoïdes et douleur lombaire

FONT-ILS RÉELLEMENT BON MÉNAGE ?

Samuel Boudreault et France Poirier | 2020-10-02

**TABEAU I** | INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES DES GABAPENTINOÏDES<sup>5,6</sup>

| Indication                                                              | Avantages de la gabapentine (en absolu)                                                               | Avantages de la prégabaline (en absolu)                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Douleur post-herpétique                                                 | Dose > 1800 mg/j : NNT = 7 (IC à 95 % : 5,5–9,4)<br>pour une diminution d'au moins 50 % de la douleur | Dose de 300 mg/j : NNT = 5 (IC à 95 % : 3,9–8,1)<br>pour une diminution d'au moins 50 % de la douleur<br>Dose de 600 mg : NNT = 4 (IC à 95 % : 3,1–5,5)<br>pour une diminution d'au moins 50 % de la douleur   |
| Neuropathie diabétique                                                  | NNT = 7 (IC à 95 % : 5–9,7)* pour une diminution<br>d'au moins 50 % de la douleur                     | Dose de 300 mg/j : NNT = 14 (IC à 95 % : 9,7–26)<br>pour une diminution d'au moins 50 % de la douleur<br>Dose de 600 mg/j : NNT = 6 (IC à 95 % : 4,7–8,8)<br>pour une diminution d'au moins 50 % de la douleur |
| Fibromyalgie                                                            | Aucune différence statistiquement significative                                                       | NNT = 10 (IC à 95 % : 7,2–15)*                                                                                                                                                                                 |
| Douleur neuropathique<br>centrale (ex. : après un<br>trauma médullaire) | Aucune différence statistiquement significative                                                       | NNT = 9 (IC à 95 % : 5,6–20)*                                                                                                                                                                                  |
| Douleur lombaire<br>importante (avec ou<br>sans sciatalgie)             | Aucune différence statistiquement significative                                                       | Aucune différence statistiquement significative                                                                                                                                                                |

NNT = Nombre nécessaire de patients à traiter pour avoir une issue clinique favorable de plus par rapport au groupe témoin.

\*Toutes doses confondues



TABLEAU II

EFFETS INDÉSIRABLES DES GABAPENTINOÏDES<sup>5,6</sup>

## Effets indésirables

## Gabapentine (Neurontin)

## Prégabaline (Lyrica)

Au moins un effet indésirable  
(tous types confondus)

Dose > 1800 mg/j : NNN\* = 7  
(IC à 95 % : 6,1–9,6)

Dose de 300 mg/j : NNN = 11 (IC à 95 % : 8–16)  
Dose de 600 mg/j : NNN = 8 (IC à 95 % : 6,5–11)

Interruption du traitement  
dû à un effet indésirable

NNN = 30 (IC à 95 % : 20–66)

Dose de 300 mg/j : NNN = 11 (IC à 95 % : 7,8–19)  
Dose de 600 mg/j : NNN = 7 (IC à 95 % : 5,3–11)

Somnolence

NNN = 11 (IC à 95 % : 9,4–14)

Dose de 300 mg/j : NNN = 10 (IC à 95 % : 7–15)  
Dose de 600 mg/j : NNN = 5 (IC à 95 % : 4,1–7)

Étourdissements

NNN = 8 (IC à 95 % : 7–9,4)

Dose de 300 mg/j : NNN = 5 (IC à 95 % : 3,9–6,2)  
Dose de 600 mg/j : NNN = 4 (IC à 95 % : 3,2–4,9)

Ataxie

NNN = 8 (IC à 95 % : 6,1–14)

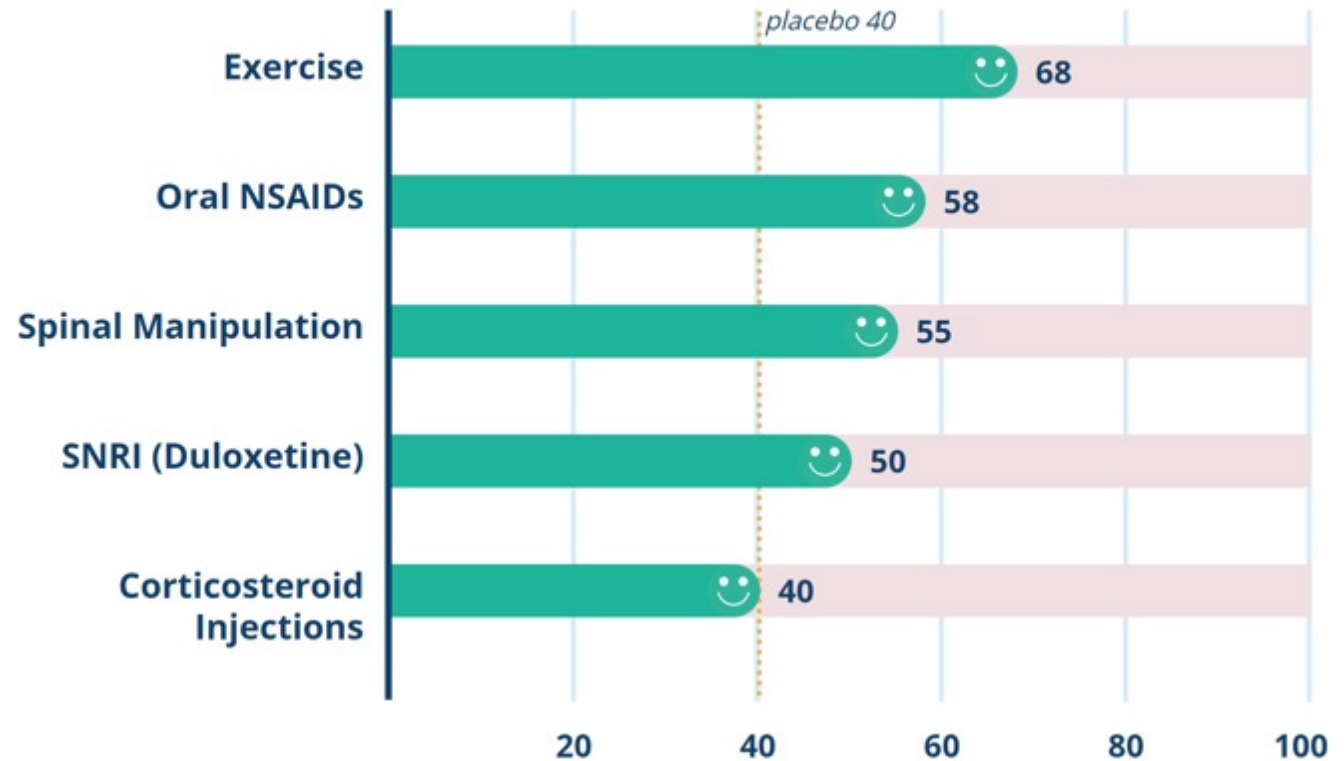
Non signalé

NNN = nombre nécessaire pour nuire (en anglais = *number needed to harm* ou NNH), c'est-à-dire nombre nécessaire de patients à traiter pour obtenir un effet indésirable de plus par rapport au groupe témoin.

# Comment soulager lombalgie alors?

---

How many people will improve?



<https://pain-calculator.com/>



Select Pain Calculator: **Back Pain Calculator** ▼

Select Option: **All Treatments** ▼

**Exercise**



**Oral NSAIDs**



**Spinal Manipulation**



**SNRI (Duloxetine)**



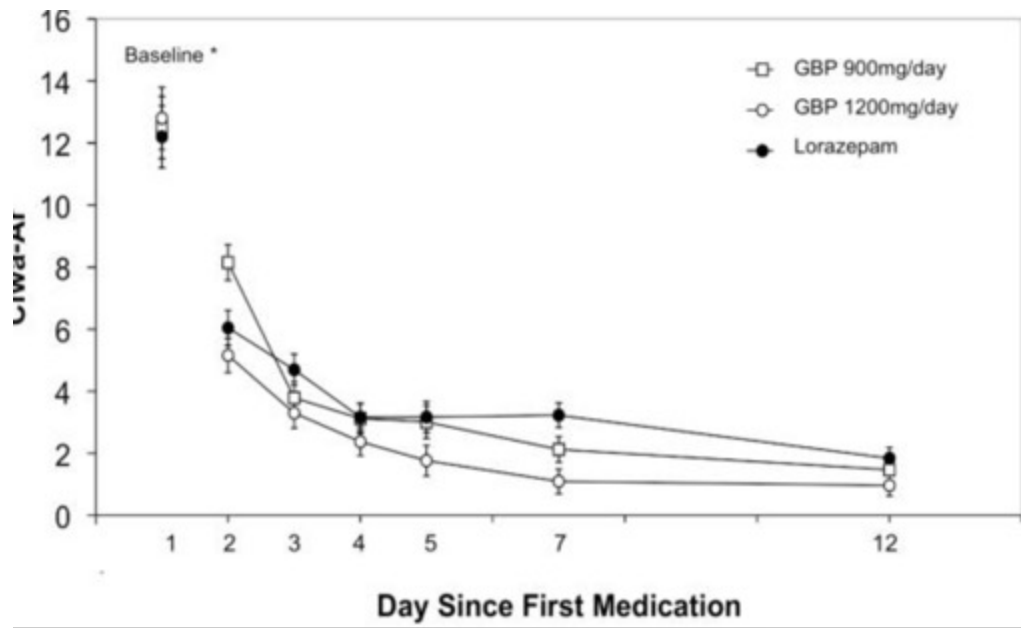
**Corticosteroid Injections**



# Gabapentin : IN en TLU ROH?

- en sevrage aigu de TLU ROH en externe :

gabapentin 300 mg tid – qid x 4 jours (non-inférieur versus lorazepam 2 mg tid )



Randomized Controlled Trial > Alcohol Clin Exp Res. 2009 Sep;33(9):1582-8.

doi: 10.1111/j.1530-0277.2009.00986.x. Epub 2009 May 26.

## A double-blind trial of gabapentin versus lorazepam in the treatment of alcohol withdrawal

Hugh Myrick<sup>1</sup>, Robert Malcolm, Patrick K Randall, Elizabeth Boyle, Raymond F Anton, Howard C Becker, Carrie L Randall

# Gabapentin pour prévenir rechute?

---

- Étude récente RC du JAMA : Consommateurs de 18-70 ans, TLU ROH ET qui rencontraient critère de dépendance du DSM-V avec au moins 5 consommations par jour et SXM de sevrage du DSM-5.

Prescription : dose étudiée – 300 mg HS jour 1, 300 mg BID jour 2, puis 300 mg tid jour 3-4, puis la dose finale de 300 mg am, midi et 600 mg souper.

NNT en bas de 5 pour prévenir rechute !

**Nouveau**



- **Trois publications** *qui peuvent modifier votre pratique.*
- **Deux experts** *qui en parlent ensemble.*
- **Une discussion** *droit au but.*

# Gabapentinoïdes – IN et OUT

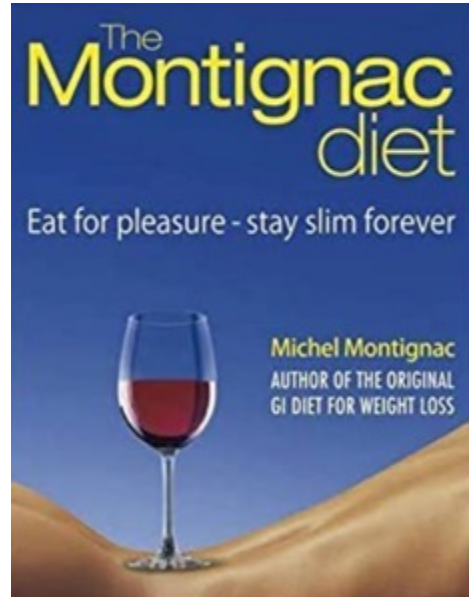
---

## OUT

- lombalgie et sciatalgie

Tenter plutôt :

- Exercice avec renforcement et stabilité (diminue douleur 10-13 points et diminue récidence NNT 4)
- Tai chi
- AINS
- amitriptyline 25-50 mg HS
- duloxetine



## IN

## TLU ROH

- En sevrage aigu:
  - Gabapentin 300 mg tid à qid x 4 jours
- En maintien pour prévenir rechute:
  - Gabapentin 300 mg 1 co AM, 1 co midi et 2 co HS

\* Données + en neuropathie db (off-label)

# Acétaminophène en gonarthrose : IN ou OUT ?

---



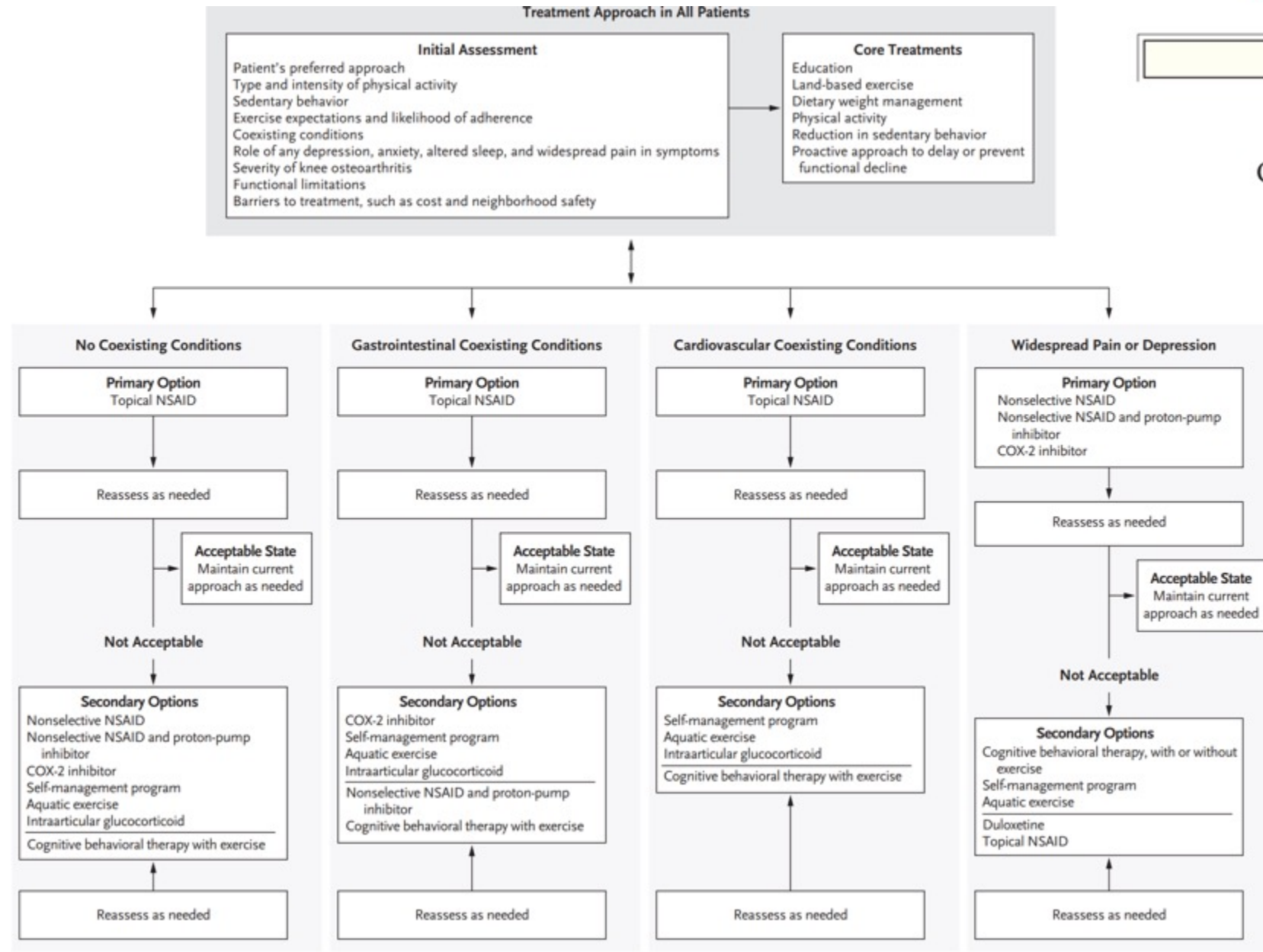


## CLINICAL PRACTICE

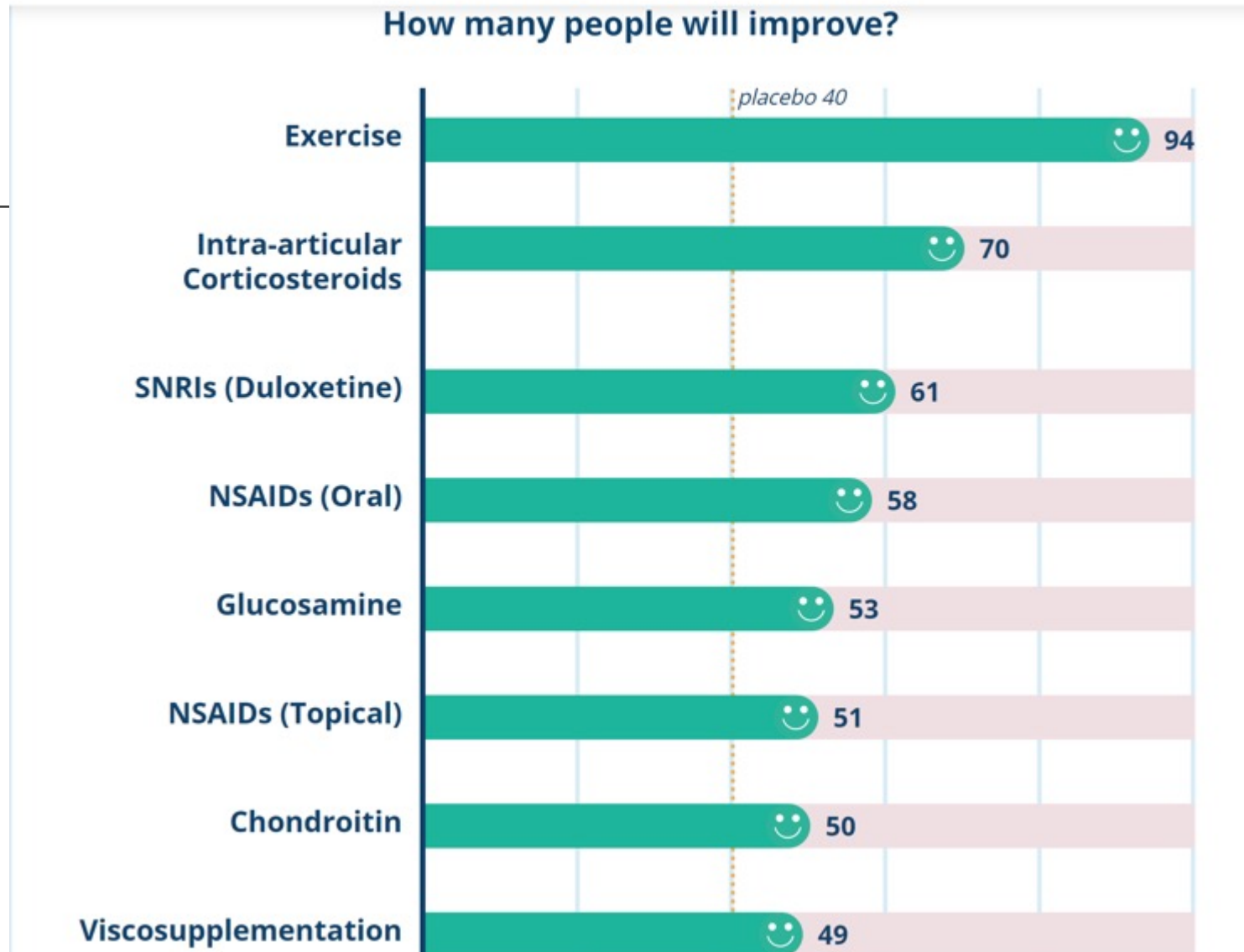
Caren G. Solomon, M.D., M.P.H., Editor

## Osteoarthritis of the Knee

Leena Sharma, M.D.

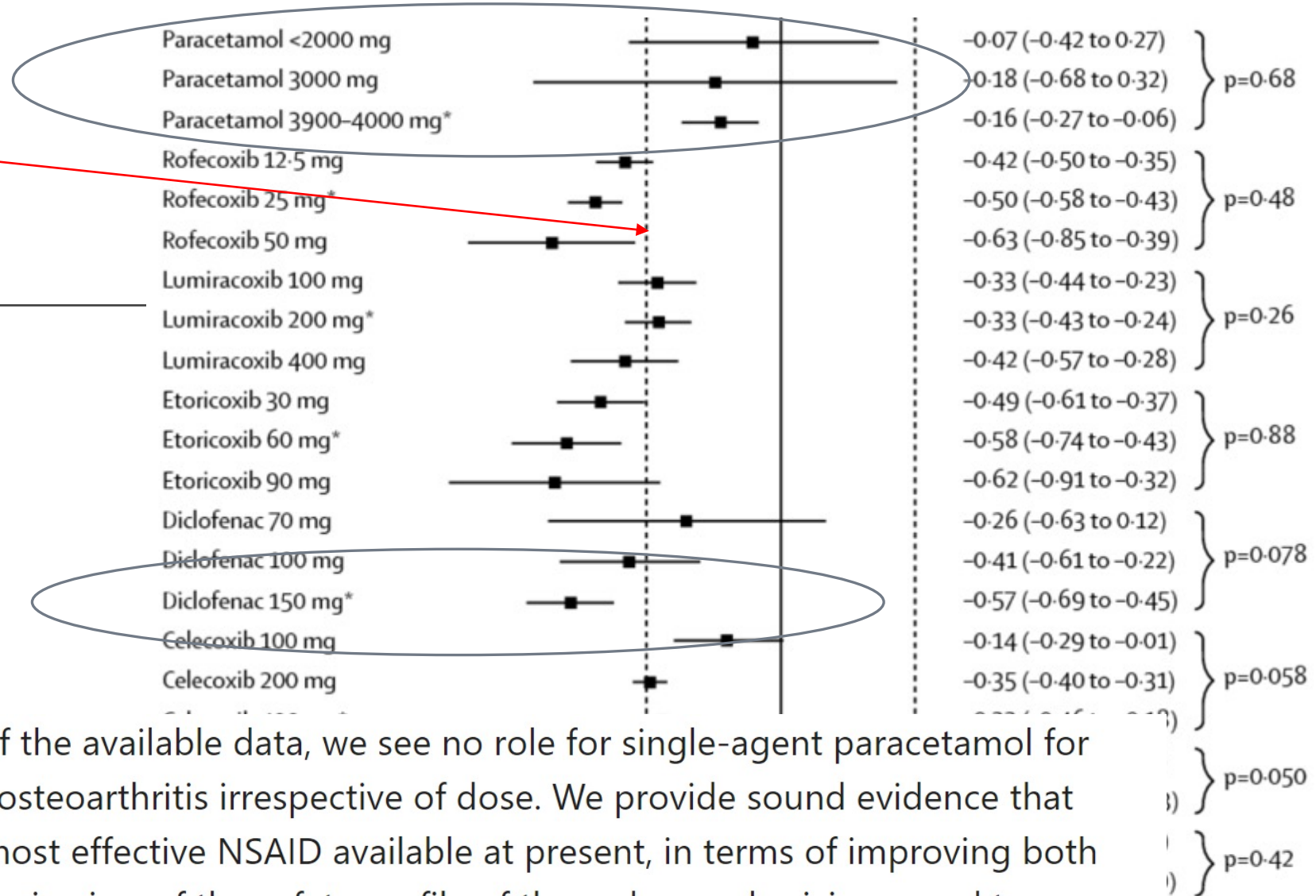




Select Option: **All Treatments** ▼

SEUIL effet  
clinique minimal

## Lancet 2017 - Effectiveness of non-steroidal anti-inflammatory drugs for the treatment of pain in knee and hip osteoarthritis: a network meta-analysis



**Interpretation:** On the basis of the available data, we see no role for single-agent paracetamol for the treatment of patients with osteoarthritis irrespective of dose. We provide sound evidence that diclofenac 150 mg/day is the most effective NSAID available at present, in terms of improving both pain and function. Nevertheless, in view of the safety profile of these drugs, physicians need to consider our results together with all known safety information when selecting the preparation and dose for individual patients.

---

## Paracetamol versus placebo for knee and hip osteoarthritis

Monitoring Editor: [Amanda O Leopoldino](#), [Gustavo C Machado](#), [Paulo H Ferreira](#), [Marina B Pinheiro](#), [Richard Day](#),

Based on high-quality evidence this review confirms that paracetamol provides only minimal improvements in pain and function for people with hip or knee osteoarthritis, with no increased risk of adverse events overall. Subgroup analysis indicates that the effects on pain and function do not differ according to the dose of paracetamol. Due to the small number of events, we are less certain if paracetamol use increases the risk of serious adverse events, withdrawals due to adverse events, and rate of abnormal liver function tests.

Current clinical guidelines consistently recommend paracetamol as the first-line analgesic medication for hip or knee osteoarthritis, given its low absolute frequency of substantive harm. However, our results call for reconsideration of these recommendations.



# NSAIDs (Topical) Harms

## Withdrawal due to Adverse Events



## Gastrointestinal Adverse Events



## Local Site Reactions



## Other Considerations

- Data unavailable to support one formulation or concentration over another.
- Approximate cost (CAD) for over-the-counter Diclofenac 1.12% , 100g for ~\$15

# Glucosamine et chondroïtin ?

---

- NNT 9-11 selon les méta-analyses, avec une réduction de la douleur de 12 points supérieure au placebo, sur une échelle de 100.
- Pas de bénéfice de la glucosamine ou de la chondroïtine versus placebo dans les études financées par des fonds publiques, ou dans les grandes études randomisées-contrôlées de bonne qualité.

« OUT »? ou pas très IN ?



November 2, 2020

ALBERTA COLLEGE of  
FAMILY PHYSICIANS

THE COLLEGE OF  
FAMILY PHYSICIANS  
OF CANADA

LA COLLEGE DES  
MEDECINS DE FAMILLE  
DU CANADA

PEER



**Glucosamine & Chondroitin: Natural remedies for osteoarthritis?**

**Clinical Question: Does glucosamine and/or chondroitin improve pain for patients with osteoarthritis?**

# Acétaminophène et gonarthrose ?

## In ou OUT ?

---

IN:

- Activité physique !!!!!
- AINS topique ?





# Insuffisance veineuse - qu'est-ce qui IN ou OUT ?

---



# MPFF (Daflon ou Venixxa)

- flavonoïdes: « [veinotoniques](#) » car on peut montrer qu'ils sont capables de diminuer la « perméabilité des capillaires et de renforcer leur résistance » et effet anti-inflammatoires via inhibition expression prostaglandines et des radicaux libres
- avec traitement compressif ou tx compressif contre-indiqué ou non-toléré
- posologie recommandée 1 co de 500 mg BID
- environ 27 \$ environ pour 30 co (54 \$ par mois)
- la plupart des tx montrent effet après 2-4 semaines



## Chronic Venous Disease

Do not use Venixxa if you are pregnant or breastfeeding. Consult a healthcare professional if you are taking any prescription medications or if you suffer or experience inflammation of the skin, thrombophlebitis or subcutaneous induration, severe pain, ulcers, sudden swelling of one or both legs, cardiac or renal insufficiency or disorder. Consult a healthcare practitioner if symptoms persist or worsen.

# Niveau évidence – modéré

TABLE II.—Summary of findings table per GRADE methodology.

| Evidence grading                                                  |                                         |                                                                                                                        |                          |                              |                                 |                            |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
| Patient or population: patients with symptoms and/or signs of CVD |                                         |                                                                                                                        |                          |                              |                                 |                            |
| Intervention: MPFF                                                |                                         |                                                                                                                        |                          |                              |                                 |                            |
| Outcomes                                                          | Illustrative comparative risks (95% CI) |                                                                                                                        | Relative effect (95% CI) | N. of participants (studies) | Quality of the evidence (GRADE) | Comments                   |
|                                                                   | Assumed risk                            | Corresponding risk                                                                                                     |                          |                              |                                 |                            |
|                                                                   | Control                                 | Symptoms                                                                                                               |                          |                              |                                 |                            |
| Pain (continuous variable)                                        |                                         | The mean pain (continuous variable) in the intervention groups was 0.25 standard deviations lower (0.38 to 0.11 lower) |                          | 839 (3 studies)              | ⊕⊕⊕⊕ high                       | SMD -0.25 (-0.38 to -0.11) |
| Pain (categorical variable)                                       | 504 per 1000                            | 267 per 1000 (191 to 368)                                                                                              | RR 0.53 (0.38 to 0.73)   | 271 (3 studies)              | ⊕⊕⊕⊖ moderate <sup>1</sup>      |                            |
| Heaviness (categorical variable)                                  | 525 per 1000                            | 184 per 1000 (126 to 268)                                                                                              | RR 0.35 (0.24 to 0.51)   | 283 (3 studies)              | ⊕⊕⊕⊕ high <sup>1,2</sup>        |                            |
| Feeling of swelling (categorical variable)                        | 526 per 1000                            | 205 per 1000 (142 to 295)                                                                                              | RR 0.39 (0.27 to 0.56)   | 267 (3 studies)              | ⊕⊕⊕⊕ high <sup>1,2</sup>        |                            |
| Global symptoms (categorical variable)                            | 531 per 1000                            | 191 per 1000 (48 to 813)                                                                                               | RR 0.36 (0.09 to 1.53)   | 189 (3 studies)              | ⊕⊕⊕⊖ moderate <sup>1,2</sup>    |                            |
| Ankle circumference (cm)                                          |                                         | The mean ankle circumference (cm) in the intervention groups was 0.59 standard deviations lower (1.15 to 0.02 lower)   |                          | 282 (3 studies)              | ⊕⊕⊕⊖ moderate <sup>4</sup>      | SMD -0.59 (-1.15 to -0.02) |
| Objective improvement                                             | 517 per 1000                            | 160 per 1000 (98 to 253)                                                                                               | RR 0.31 (0.19 to 0.49)   | 231 (4 studies)              | ⊕⊕⊕⊖ moderate <sup>1</sup>      |                            |

The corresponding risk (and its 95% confidence interval) is based on the assumed risk in the comparison group and the relative effect of the intervention (and its 95% CI). CI: Confidence interval; RR: Risk ratio;

NNT entre 2 – 4.5 selon sxm.

Amélioration clinique notée par  
MD: RR 0.28, P<0.00001,  
NNT=2.5

# Que disent les guides de pratique?

---

1) International European Society for Vascular Surgery : recommande en 2015 l'utilisation du MPFF pour la réduction des sxm d'insuffisance veineuse.

2) International guidelines for the management of CVD: recommande en 2018 l'utilisation du MPFF

## 3) **Chronic Venous Insufficiency 2014 AHA:**

- “In general, venoactive drugs, which provide relief of pain and swelling or accelerate venous ulcer healing, carry a moderate recommendation in the CPG (grade 2B) when used in conjunction with compression therapy but are not approved by the US Food and Drug Administration
- A micronized purified flavonoid fraction has been shown to reduce edema-related symptoms as either primary treatment or in conjunction with surgical therapy.”



**Table 9.** US and European Guideline Recommendations that include flavonoids and MPFF.<sup>3,26–28</sup>

| Guidelines for management of CVI/CVD                                                                                                | Level of recommendation | Description                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2008 International Angiography                                                                                                      | A                       | MPFF for healing of venous ulcers and for symptoms of CVD                                                                                                                       |
| Antithrombotic and thrombotic therapy:<br>American Academy of Chest Physicians—2008                                                 | 2B                      | MPFF for healing of persistent venous ulcers                                                                                                                                    |
| Management of venous leg ulcers: Clinical practice guidelines of the Society of Vascular Surgery and the American Venous Forum 2014 | 1B                      | MPFF for long standing or large venous ulcer, in combination with compression therapy                                                                                           |
| Clinical Practice Guidelines for the European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2015                                              | 2A                      | MPFF was most effective in reducing symptoms of edema and restless legs.<br>MPFF helped in healing of venous ulcerations and was useful in the treatment of cramps and swelling |

<https://www.vasculera.com/assets/pdfs/phlebology-guidelines.pdf>

# OMI – d'abord éviter cascade meds

---

Médicaments à risque d'OMI:

- BCC (ou servir HS, 90% moins OMI alors)
- Gabapentinoides
- AINS
- Cortico
- Hormones





# Résumé

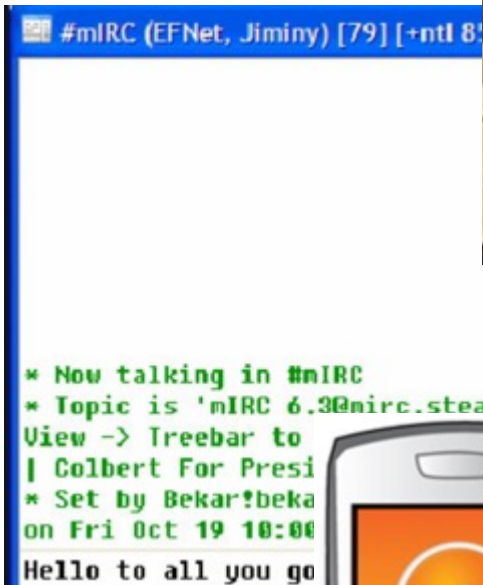
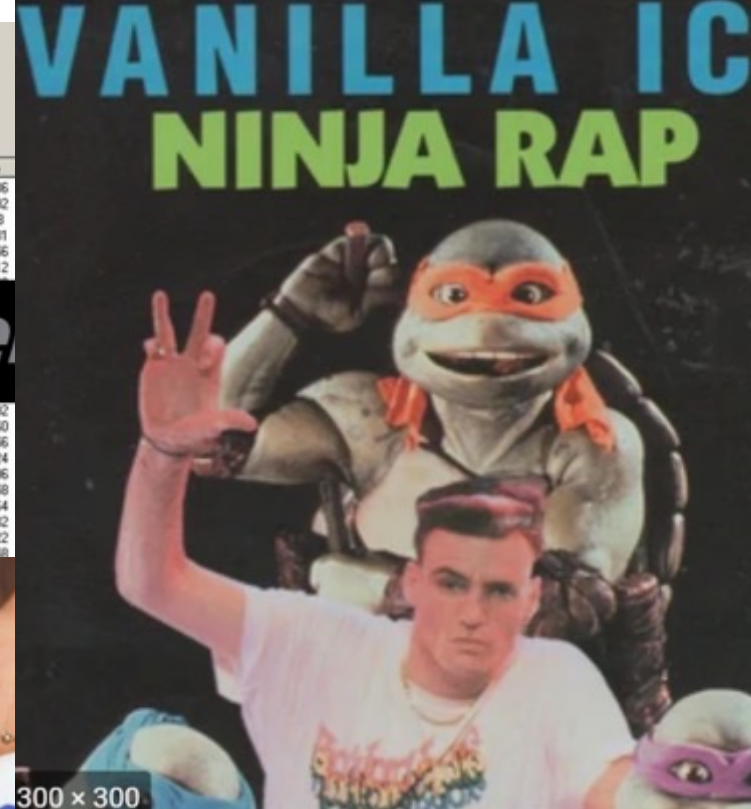
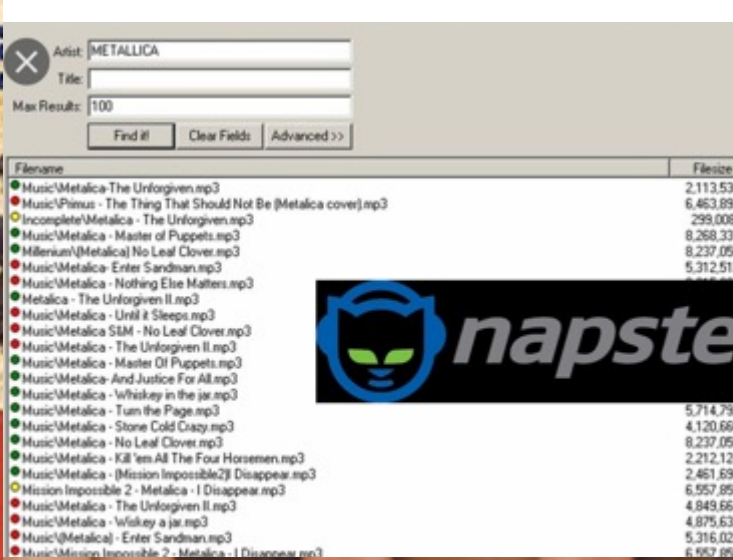
## Tendances en fin de route...

---

- Salbutamol en asthme léger... de + en + rare.
- HCTZ en HTA résistante – favoriser les pseudothiazidiques
- Clonidine et alpha-bloquants – belle TA oui, mais le reste !!
- Ramipril - toujours IN, sauf peut-être en HTA résistante
- Gabapentinoides - fini en lombalgie, prometteur en TLU ROH
- Acétaminophène – pas premier choix en gonarthrose!
- Furosemide pour insuffisance veineuse... évitons plutôt cascade. Bas, MPFF...



# OUT



# Avez-vous fait votre 20 min cette semaine ? IN !!!



TRANSFERT OPTIMISÉ DES PUBLICATIONS EN MÉDECINE FAMILIALE



Bienvenue Frédéric Picotte  
Médecin

## Baladodiffusion (podcasts) Instruction pour l'abonnement à

- Avoir un abonnement en vigueur
- Ouvrez l'application Balados
- Cliquez sur l'icône Bibliothèque au bas de l'écran





# Références

---

<https://lemedecinduquebec.org/archives/2020/10/gabapentinoides-et-douleur-lombaire-font-ils-reellement-bon-menage/>

<https://lemedecinduquebec.org/archives/2020/12/5-faire-face-a-l-hypertension-resistante/>

<https://ginasthma.org/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25733241/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16432050/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32846786/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7042845/>

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)31744-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)31744-0/fulltext)

<https://www.rxfiles.ca/rxfiles/uploads/documents/HTNLandmarkHypertensionTrials.pdf>

ALLHAT- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12479763/>

HOPE- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10639539/>

# Merci !!

---

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013273/full>

<https://pain-calculator.com/>

[https://gomainpro.ca/wp-content/uploads/tools-for-practice/1604004778\\_tfp276glucosamineandchondroitin.pdf](https://gomainpro.ca/wp-content/uploads/tools-for-practice/1604004778_tfp276glucosamineandchondroitin.pdf)

<https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMcp1903768?listPDF=true>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2769515/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32150232/>

Et plusieurs capsules sur TopmF.ca !!