

Presentatie 9.2

Geen toegevoegde waarde van duloxetine bij patiënten met chronische pijn door knie- of heupartrose (104)

Jacoline J. van den Driest¹, Dieuwke Schiphof¹, Aafke R. Koffeman², Marc A. Koopmanschap³, Patrick J.E. Bindels¹, Sita M.A. Bierma-Zeinstra^{1,4}

¹ Afdeling huisartsgeneeskunde, Erasmus MC, Universitair Medisch Centrum, Rotterdam

² Afdeling Ouderengeneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden

³ Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam

⁴ Afdeling Orthopedie, Erasmus MC, Universitair Medisch Centrum, Rotterdam

Inleiding

De huidige pijnstillers die worden voorgeschreven voor pijn door artrose zijn niet altijd voldoende effectief voor het verminderen van de pijnklachten en andere pijnstillers zijn daarom noodzakelijk. Een mogelijkheid is duloxetine, een serotonine- en noradrenaline-heropname remmer (SNRI). Duloxetine heeft mogelijk een effect op de verwerking van pijn in het centrale zenuwstelsel. In placebo-gecontroleerde studies werd een klein tot gemiddeld effect voor duloxetine gevonden. Het is onbekend wat de effectiviteit is van duloxetine in de eerste lijn en of de aanwezigheid van centraal gesensitiseerde pijn de effectiviteit van duloxetine beïnvloedt.

Onderzoeksvraag

Is duloxetine effectief en kosteneffectief wanneer deze wordt toegevoegd aan de *usual care* als derde keuze pijnmedicatie in vergelijking tot de *usual care* voor patiënten met chronische pijn bij heup- en knieartrose?

Methode

Een multicenter, open-label, cluster gerandomiseerde trial werd uitgevoerd. Patiënten met knie- en/of heupartrose met chronische pijn gedurende de meeste dagen in laatste drie maanden en bij wie NSAID's niet voldoende effect hadden werden geïnccludeerd. Patiënten werden geëxcludeerd wanneer een operatie voor knie- of heupprothese was gepland, antidepressiva of neuropathische pijnmedicatie werd gebruikt, er sprake was van reumatoïde artritis, wanneer er contra-indicaties voor duloxetine waren, of wanneer *informed consent* onmogelijk was. Huisartspraktijken werden gerandomiseerd naar duloxetine 60mg/dag naast *usual care* of *usual care*. De *usual care* werd verleend volgens de NHG richtlijnen. De primaire uitkomstmaat was de WOMAC pijn score (0-20) na 3 maanden. Secundaire uitkomstmaten waren WOMAC functie, kwaliteit van leven, bijwerkingen, kosteneffectiviteit, patiënttevredenheid, mate van herstel en OMERACT-OARSI responder criteria. Een lineair mixed model (continue uitkomstmaten) en GEE analyses (dichotome uitkomsten) werden gebruikt om de data te analyseren.

Resultaten

133 patiënten werden geïnccludeerd en 132 werden gerandomiseerd. 66 patiënten (31 praktijken) werden gerandomiseerd in de duloxetine groep en 66 patiënten (34 praktijken) in de *usual care* groep. Er was een klein, klinisch niet-relevant verschil in WOMAC pijn score na 3 maanden (geadjusteerd verschil -0.58 95% betrouwbaarheidsinterval (BI) [-1.80; 0.63]) en na 12 maanden (geadjusteerd verschil -0.26 95% BI [-1.86; 1.34]) tussen de twee groepen. Bij de secundaire uitkomsten WOMAC functie, kwaliteit van leven, patiënttevredenheid en OMERACT-OARSI responder criteria werden ook kleine, klinisch niet-relevante verschillen gevonden. Bij de subgroep analyse voor patiënten met centraal gesensitiseerde pijn werd ook een klein niet-relevant verschil gevonden (geadjusteerd verschil -0.32 95% CI [-2.32; 1.67]). Daarnaast was de interventie niet kosteneffectief; een niet-relevant positief verschil van 0.04 QALY's werd gevonden voor duloxetine.

Conclusie

Een klinisch relevant effect (1.9 punten op de WOMAC pijn score) van duloxetine toegevoegd aan *usual care* kan worden uitgesloten. Een groter effect van duloxetine bij patiënten centraal gesensitiseerde pijn kan ook worden uitgesloten (2.9 punten). Een kleiner effect van duloxetine kan in deze subgroep niet worden uitgesloten (1.9 punten) en de resultaten voor de subgroep moeten bevestigd worden in een andere klinische trial.