

Comment interpréter les résultats des études sur l'efficacité de l'acupuncture dans les lombalgies et les cervicalgies selon les critères de l'Evidence-Based-Medicine en 2013 ?

Dr Olivier Cuignet, anesthésiologie, acupuncture

## Introduction

Trois questions :

Résultats médiocres de l'acupuncture dans l'EBM, une fatalité ?

Suis-je entouré d'incapables et suis-je le seul bon acupuncteur ?

L'effet placebo : ami ou ennemi ?

Parler du traitement des lombalgies et des cervicalgies par l'acupuncture n'est pas anodin puisque qu'il s'agit des deux motifs les plus fréquents de consultation en médecine alternative en Belgique, respectivement de 47% et 26% (1).

Parler de l'efficacité de l'acupuncture pour ces deux pathologies selon les critères de l'EBM est une gageure puisque trop souvent les résultats en sont au mieux inexploitable, au pire en défaveur d'aucun effet spécifique de l'acupuncture, ainsi que le reportaient les revues critiques et méta-analyses du début du XXIème siècle (2).

Le premier objectif de cet exposé est de démontrer que ce n'est plus vrai : **les revues actuelles concluent à un effet thérapeutique statistiquement significatif de l'acupuncture**, en particulier dans le traitement des lombalgies et des cervicalgies. Ceci est lié à l'amélioration constante de la qualité des études contrôlées randomisées (ECR) des dix dernières années.

Malgré cette avancée, trop peu d'instances nationales incluent l'acupuncture dans leurs guidelines de prise en charge des douleurs chroniques non-spécifiques du dos. C'est particulièrement le cas en Belgique où les experts reconnaissent à contre-cœur la vérité statistique mais en minimisent la portée clinique (1). Ils invoquent une efficacité trop petite pour être satisfaisante en pratique mais surtout l'absence d'effet spécifique en soulignant le manque de différences significatives entre les effets de l'acupuncture vraie et factice (sham). Ceci discréditerait, selon eux, l'acupuncture en remettant ses bases en question.

Force est pourtant de constater que cette « Evidence-Based Medicine » (EBM) s'oppose à la réalité de terrain observée au cabinet, à la fois par les patients satisfaits et par leur acupuncteur.

Le deuxième objectif de cet travail est de démontrer que cette apparente contradiction vient du fait que la démarche scientifique ne peut être valable car elle se base sur **trois conceptions inexactes: celle d'une acupuncture univoque, celle de l'acupuncture factice et celle de ce que doit être un traitement clinique efficace des lombalgies et cervicalgies.**

Enfin, le troisième objectif de cet exposé est de **redéfinir la notion de placebo**, qui est utilisée souvent à tort par une mauvaise compréhension de ce qu'il représente. Ainsi selon ses détracteurs, l'expectative du patient (effet placebo) pour l'acupuncture serait ce qui en explique son mode d'action. Cette expectative serait d'autant plus grande que le patient est déçu par le peu d'efficacité des traitements conventionnels reconnus (sic !)(1).

L'effet placebo, l'ami ou l'ennemi de l'acupuncteur ?

## I. Résultats médiocres de l'acupuncture selon l'EBM: une fatalité ?

Les traitements médicaux actuels doivent répondre à des critères statistiques et cliniques définis par l'EBM pour être validés. Pour évaluer la validité d'un traitement, les différentes ECR de la littérature internationale sont analysées dans des revues critiques et des méta-analyses. Les conclusions de ces dernières sont la base des recommandations et des guidelines qui incluent le traitement ainsi validé. Le nombre des ECR étudiant les effets de l'acupuncture est énorme depuis de nombreuses années. Jusqu'à la fin du XXème siècle, la qualité de ces ECR était trop médiocre pour permettre de tirer des conclusions statistiquement significatives. Heureusement, la dernière décennie a vu leur qualité s'accroître significativement. Ceci permet à des méta-analyses comme celles de la COCHRANE LIBRARY, des revues comme celle des ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE de donner des conclusions positives lorsqu'elles étudient l'effet de l'acupuncture dans les lombalgies et les cervicalgies.

### 1. LOMBALGIES

#### A. Cochrane 2003, actualisée en 2011 (3)

S'adresse à deux types de traitements :

- l'acupuncture selon la théorie des méridiens et
- la désactivation des trigger points myofasciaux.

Trente-cinq ECR représentant 2861 patients, dont

- 20 en anglais,
- 5 en chinois,
- 7 en japonais,
- 1 en allemand, 1 en norvégien et 1 en polonais.

Conclusions :

- lombalgies aiguës : seules 3 ECR de qualité médiocre donc pas de conclusions
- lombalgies chroniques : 32 ECR qualité médiocre donc faiblesse statistique
  - o acupuncture diminue la douleur jusqu'à 3 mois post-traitement significativement plus (32%) que le contrôle sans acupuncture (6%) et plus -quoi qu'en moindre mesure- que l'acupuncture factice (23%)
  - o acupuncture améliore la fonction à court terme significativement plus que le contrôle sans acupuncture, pas plus que l'acupuncture factice
  - o acupuncture pas plus efficace que les traitements conventionnels
  - o acupuncture en complément d'autres traitements conventionnels améliore la douleur et la fonction significativement plus jusqu'à 3 à 6 mois post-traitement, quoi que dans une amplitude clinique faible.
  - o Pas de recommandations claires quant à une technique d'acupuncture particulière ni à un protocole de prise en charge optimal
  - o Cinq % d'effets indésirables pour l'acupuncture contre 10% pour les traitements conventionnels, selon 2 ECR avec 0,2% d'effets majeurs (HTA aiguë, crise d'asthme associée à ischémie myocardique, pneumothorax)

Remarques :

- sont exclus de l'analyse les causes infectieuses, néoplasiques, arthrosiques, inflammatoires (PCE, Sp Ank), traumatiques, péri-partum ainsi que les irradiations radiculaires sciatiques associées
- Les traitements conventionnels consistent en :
  - o Exercices de mobilisation

- AINS, paracétamol, analgésiques morphiniques
- Physiothérapie (infra-rouges, argile, etc...)
- Injection de corticoïdes et/ ou d'anesthésiques locaux des trigger points
- L'adéquation des traitements d'acupuncture sont évalués selon
  - Choix des points
  - Nombre de sessions
  - Techniques d'aiguilles
  - Expérience de l'acupuncteur
- Puissance statistique limitée de la méta-analyse, due aux ECR trop hétérogènes
  - Populations étudiées différentes
  - Types d'acupuncture différents
  - Types de groupes contrôle différents (avec ou sans traitements conventionnels, acupunctures factices)
  - Type de critères primaires d'efficacité différents
  - Durées de suivi post-traitement différentes
  - Présentations des données différentes

B. Revue systématique de l'acupuncture pour traiter les douleurs aiguës des lombalgies non-spécifiques, 2013 (4)

Une analyse récente de la littérature qui met en avant les ECR de meilleure qualité de ces dernières années mais aux conclusions statistiquement encore trop faibles pour être significatives.

Onze ECR, représentant 1139 patients.

Conclusions :

- acupuncture pourrait être plus efficace que les AINS pour diminuer les symptômes de la lombalgie aiguë
- des résultats contradictoires empêchent de conclure que l'acupuncture diminue la douleur des lombalgies aiguës plus que les AINS
- acupuncture réelle pourrait être plus efficace que l'acupuncture factice pour diminuer la douleur des lombalgies aiguës

## 2. CERVICALGIES

### A. Cochrane 2006, actualisée en 2010 (5)

Effets de l'acupuncture pour des douleurs de plus de 3 mois, avec ou sans brachialgies  
Dix ECR représentant 661 patients, pas de ECR chinoise

Conclusions :

- l'acupuncture réelle est plus efficace que la factice pour diminuer les douleurs mais pas l'incapacité fonctionnelle, et ce jusqu'à 3 mois post-traitement. Quatre ECR de puissance statistique modérée (sham laser, sham TENS, sham EA)
- L'acupuncture diminue la douleur de cervico-brachialgie significativement plus que les contrôles sans acupuncture (listes d'attente) jusqu'à 3 mois post-traitement. Un ECR de 30 patients de faible qualité méthodologique donc puissance statistique très faible
- l'acupuncture est plus efficace que le massage pour diminuer les douleurs jusqu'à 3 mois post-traitement. Puissance statistique faible car 1 ECR de 177 patients
- l'acupuncture n'est pas plus efficace que la manipulation pour diminuer les douleurs. Une ECR de faible qualité méthodologique.
- l'acupuncture est plus efficace que la traction pour diminuer les douleurs immédiatement post-traitement. Un ECR de faible qualité méthodologique.
- Pas d'effets secondaires majeurs dans aucune ECR. Effets secondaires mineurs consistent en douleur au point de puncture, hématomes, malaise passager.

Remarques :

- sont exclus de l'analyse les causes infectieuses, néoplasiques, arthrosiques, inflammatoires (PCE), traumatiques.
- Le nombre de sessions doit être supérieur à 6, selon une revue critique parue en 2000 dans Pain et incluse dans la méta-analyse
- Les traitements conventionnels n'ont pas d'efficacité plus grande que l'acupuncture:
  - o Exercices de mobilisation
  - o AINS, paracétamol, analgésiques morphiniques
  - o Physiothérapie (infra-rouges, argile, etc...)
  - o Injection de corticoïdes et/ ou d'anesthésiques locaux
- Limite de la puissance statistique de la méta-analyse due aux ECR trop hétérogènes
  - o Populations
  - o Type d'acupuncture
  - o Type de groupes contrôle (avec ou sans traitements conventionnels, acupunctures factices)
  - o Type de critères primaires d'efficacité
  - o Durées de suivi post-traitement
  - o Présentation des données

B. Méta-analyse financée par le National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) en octobre 2010 (6)

Etudie l'efficacité, le coût-bénéfice et les effets adverses potentiels de l'acupuncture, des manipulations, de la mobilisation et du massage pour les douleurs lombaires, cervicales et thoraciques.

Cervicalgies chroniques et (sub)aiguës: 52 ECR pour un total de 8515 patients.

Beaucoup d'ECR chinoises avec des fréquences de traitement inadaptées au monde occidental (1X/j pendant 3 séries de 15 jours)

Conclusion générale : pas de différences de réduction de la douleur entre acupuncture réelle et factice pour les cervicalgies chroniques.

Les conclusions des comparaisons avec les groupes contrôles associés ou non à d'autres traitements conventionnels sont impossibles à tirer.

Cervicalgies (sub)/aiguës : 1 ECR portant sur le whiplash (coup du lapin)

Conclusion : l'acupuncture associée au paracétamol, AINS, collier est plus efficace que ces traitements sans acupuncture pour diminuer la douleur, l'incapacité et le nombre de jours d'absence pour raison de santé.

### 3. LOMBALGIES ET CERVICALGIES.

A. Méta-analyse de Vickers parue en octobre 2012 étudiant l'efficacité de l'acupuncture pour soigner la douleur chronique (7)

Etudie la douleur chronique des lombalgies et cervicalgies, de la gonarthrose, des céphalées et de la scapulalgie.

Vingt-neuf ECR représentant 17922 patients.

L'ampleur d'effet de l'acupuncture est supérieure aux contrôles sans acupuncture et à l'acupuncture factice, quoi qu'en moindre mesure, pour réduire la douleur des lombalgies et des cervicalgies.

La conclusion est en faveur d'un effet spécifique de l'acupuncture même si un effet lié à l'expectative du patient (placebo) joue certainement un rôle important.

Cette méta-analyse sera discutée plus en détail dans le chapitre suivant.

## II. Suis-je entouré d'incapables et suis-je le seul bon acupuncteur ?

Devant les résultats statistiques en faveur de l'acupuncture démontrés par les dernières méta-analyses, devant son amplitude d'effet équivalente à celle des traitements conventionnels reconnus (exercices de mobilisation, AINS, thérapies comportementales), devant l'absence d'effets secondaires majeurs et le rapport coût-bénéfice favorable, on pourrait s'attendre à ce que l'acupuncture soit incluse dans les guidelines pour traiter les lombalgies non-spécifiques chroniques, comme le préconisait une des dernière revue critique sur le sujet (8).

Si le pragmatisme anglo-saxon a effectivement contribué à inclure l'acupuncture dans les guidelines nationaux dès 2009 au Royaume-Uni et dès 2010 aux USA, nous verrons qu'il n'en est pas de même en Europe et plus particulièrement en Belgique.

Les dernières recommandations en défaveur de l'utilisation de l'acupuncture publiées par le site belge d'EBM à l'usage des médecins généralistes (Minerva) vont nous permettre de développer les raisons qui expliquent le peu d'amplitude d'effet mis en évidence par l'EBM et dont se justifient les experts pour la rejeter.

Ceci nous permettra de comprendre la différence qui existe entre la satisfaction de nos patients, observée en cabinet, et les résultats décevants rapportés dans l'EBM. Ceux-ci ne sont donc pas dus à la mauvaise acupuncture des thérapeutes participants aux différentes ECR analysées depuis maintenant plus de 50 ans.

### 1. ETAT DE LA SITUATION AUX USA, 2010 (9)

En 2010 paraissent les guidelines de la Société Américaine des Anesthésistes pour la prise en charge de la douleur chronique (9). Destinés à l'usage des médecins et des patients, ils ont comme objectifs de diminuer la douleur sans forcément la faire disparaître, d'améliorer les capacités fonctionnelles, le bien-être physique et psychologique et de minimiser les effets secondaires. Dans ce but, ils recommandent une prise en charge multidisciplinaire dès que c'est possible.

Tout en reconnaissant les faiblesses statistiques de l'effet spécifique de l'acupuncture dans la prise en charge des lombalgies non-spécifiques (réelle vs. factice), de l'absence de différence d'effet avec les traitements conventionnels ou électro-acupuncture à 6 mois post-traitement pour le traitement des lombalgies non-spécifiques, les experts reconnaissent que l'acupuncture peut amener un soulagement de ces douleurs dans une période allant de 1 semaine à 6 mois.

Ils recommandent donc de considérer l'acupuncture come un adjuvant aux thérapies conventionnelles reconnues dans le traitement des lombalgies non-spécifiques et non-inflammatoires.

## 2. ETAT DE LA SITUATION AU ROYAUME-UNI (10)

Dès 2009 paraissent des guidelines pour la prise en charge précoce des lombalgies persistantes non-spécifiques à l'usage des médecins généralistes anglais, dans le cadre du NICE (National Institute for Clinical Excellence). Le NICE est l'organisation anglaise qui édite les recommandations nationales sensées améliorer la prise en charge de tous les secteurs/ acteurs de la santé et des services sociaux. Depuis 1999, elle a pour but de réduire la trop grande variabilité de l'offre de soins au Royaume-Uni.

Il reconnaît donc la multiplication de ECR de bonne qualité méthodologique ces dix dernières années qui lui permettent d'intégrer l'acupuncture dans ces guidelines. Le NICE reconnaît l'acupuncture manuelle au même titre que d'autres options thérapeutiques comme les manipulations du rachis ou un programme d'exercices (école du dos). Il recommande de proposer au patient une de ces options à la fois. Si elle échoue à améliorer la situation du patient, ce dernier s'en verra proposer une autre.

L'acupuncture manuelle est différenciée de l'électro-thérapie (PENS : percutaneous electrical nerve stimulation) et des neuro-réflexothérapies (auriculothérapie) qui ne sont, elles, pas recommandées au vu de l'absence de robustesse statistique actuelle.

Le NICE recommande d'effectuer un maximum de 10 séances en moins de 12 semaines car ce serait le rapport coûts-bénéfices optimal sur une période de temps allant jusqu'à 2 ans.

## 3. ETAT DE LA SITUATION EN EUROPE (11)

Les guidelines européens pour la prise en charge des lombalgies non-spécifiques sont parus en 2006 et non pas encore été renouvelés (11).

Dans le cadre des lombalgies aiguës, ils ne discutent pas de l'acupuncture car les experts affirment ne pas avoir trouvé de ECR dans la littérature...

Dans le cadre des lombalgies chroniques, les guidelines ne recommandent pas l'acupuncture par faute d'ECR de bonne qualité méthodologique.

A remarquer que ces guidelines ne recommandent pas non plus d'autres techniques invasives d'injection de corticoïdes et/ou de d'anesthésiques locaux par voie périodurale, facettaire, ou de la radiofréquence sur les racines et la stimulation cordonale postérieure pour les mêmes raisons.

Cependant, les techniques de neuro-réflexothérapie (auriculothérapie) sont différenciées de l'acupuncture manuelle et recommandées par les experts. Ces derniers invoquent les résultats de 3 ECR et d'une méta-analyse. Il est cependant à souligner qu'aussi bien ces 3 ECR que la méta-analyse sont le produit de la même équipe espagnole dont l'auteur principal est le seul acupuncteur présent du panel d'experts...

#### 4. ETAT DE LA SITUATION EN Belgique

##### a. Rapport du KCE (1)

A la question « l'acupuncture est-elle cliniquement efficace ? », les experts belges considèrent que dans le cas des lombalgies et des cervicalgies, la réponse est non. Même s'ils reconnaissent que : « *des preuves plus puissantes (!) indiquent que l'effet à court terme pourrait (!) être cliniquement pertinent* ».

Mais selon eux, la localisation exacte des aiguilles n'est pas importante car l'efficacité de l'acupuncture factice est tout aussi marquée que celle de l'acupuncture réelle.

L'effet dans les lombalgies et les cervicalgies est lié à l'effet placebo. Ce dernier est d'autant plus utile que « *la médecine conventionnelle n'offre que des traitements à l'efficacité établie mais limitée (!), ce qui explique que les attentes du patient envers l'acupuncture n'en sont que plus augmentées et que son effet placebo en est renforcé* ».

De plus, la littérature ne reporterait pas d'études quant aux effets secondaires éventuels et le principe de précaution empêche donc de recommander la technique.

Pour les lombalgies, ces 'non-recommandations' s'appuient sur une revue d'efficacité des médecines alternatives, parue en 2010 dans un journal européen (12).

Les effets de l'acupuncture sur la douleur et l'incapacité y sont pourtant rapportés comme plus efficaces que les contrôles sans acupuncture jusqu'à 3 mois post-traitement.

La différence d'effet entre acupunctures réelle et factice y est rapportée comme significative jusqu'à 12 mois post-traitement mais l'amplitude des différences est considérée comme trop faible par les experts belges.

Pour les cervicalgies, ces 'non-recommandations' s'appuient sur une revue d'efficacité des médecines alternatives, parue en 2006 (13) qui là aussi conclut à l'absence de robustesse statistique pour aboutir à des recommandations cliniques.

##### b. Recommandations de Minerva, revue belge d'EBM à l'usage des médecins et pharmaciens (14)

L'article paru dans Minerva en octobre dernier rapporte et commente les résultats de la méta-analyse récente de Vickers et collaborateurs au sujet de l'utilisation de l'acupuncture dans le traitement de la douleur chronique (7).

Après en avoir analysé les aspects négatifs et positifs de la méthodologie, le commentateur en rapporte les conclusions favorables à l'acupuncture, les nuance en soulignant leur faible puissance statistique et en minimisant leur impact clinique et conclut ne pas pouvoir tirer des recommandations quant à l'utilisation de l'acupuncture dans la douleur chronique.

Ainsi, l'article de Minerva déplore l'absence d'identification des patients (n=17922) inclus dans les 29 études contrôlées randomisées (ECR), une définition des douleurs chroniques limitée à des symptômes d'une durée de 4 semaines au moins, et ne portant que sur des douleurs de dos, de nuque, de gonarthrose, de céphalée et de scapulalgie. Par contre, il souligne l'intérêt d'utiliser la notion d'ampleur d'effet (effect size) qui permet de surmonter un obstacle majeur à une analyse statistique robuste rencontré par les précédentes méta-analyses : la trop grande disparité des critères d'efficacité pour les différentes ECR.

Les conclusions de Vickers mettent en avant une plus grande amplitude d'effet de l'acupuncture réelle (0,5) par rapport à un traitement placebo n'incluant pas d'acupuncture (0,3) et, bien qu'en moindre mesure, par rapport avec de l'acupuncture



factice (0,42). Cependant, outre la faiblesse statistique de ces comparaisons corroborée par les précédentes méta-analyses et revues citées par le commentateur, ce dernier en minimise l'effet clinique. En considérant qu'une diminution de 50% de la douleur est une réponse positive à un traitement, le placebo est efficace pour 3 patients sur 10, l'acupuncture pour 5 patients sur 10, l'acupuncture factice pour 4 patients sur 10. Selon ce raisonnement, l'acupuncture ne serait efficace de par elle-même que chez 2 patients sur 10. Bien plus, l'effet spécifique de l'acupuncture réelle serait encore plus faible : moins d'1 patient sur 10 ! Ce qui justifie aux yeux du commentateur la non recommandation d'utiliser l'acupuncture de manière systématique pour traiter la douleur chronique.

#### 5. MAUVAISES COMPREHENSIONS DE L'ACUPUNCTURE COMME TRAITEMENT, DE L'ACUPUNCTURE FACTICE ET DE L'EFFICACITE D'UN TRAITEMENT DE DOULEURS CHRONIQUES DU DOS

Cet article de Minerva mérite plusieurs remarques.

La faiblesse de la comparaison statistique rapportée par le commentateur ne doit pas faire oublier que, contrairement à ce qui était l'habitude des précédentes revues, cette comparaison devient statistiquement significative et en faveur de l'acupuncture. Une explication à cette amélioration vient certainement de la plus grande qualité méthodologique des ECR actuelles, comme le reconnaissent unanimement les auteurs des méta-analyses les plus récentes comparant l'efficacité de l'acupuncture dans les lombalgies (3) ou les cervicalgies (5).

##### a. mauvaise compréhension de l'acupuncture comme thérapie univoque

Il n'en reste pas moins que l'hétérogénéité des ECR reste importante et demeure un frein à des analyses statistiques plus robustes. Une des explications de cette hétérogénéité est liée à ce que l'acupuncture est considérée comme une thérapie univoque alors qu'en clinique, elle se divise en pratiques différentes selon qu'on stimule les aiguilles manuellement, électriquement, à basse ou haute fréquence, qu'on chauffe l'extrémité des aiguilles ou qu'on utilise le laser à la place des aiguilles. Or, les voies nerveuses stimulées et les neuro-modulateurs sécrétés par ces différentes thérapies sont souvent différents (15). La profondeur de stimulation est également déterminante car selon que l'aiguille soit sous-cutanée ou intramusculaire, les récepteurs nerveux intradermiques ou ceux des fuseaux neuromusculaires stimulés n'activent pas les mêmes zones de la substance grise de la moelle épinière (16). Dans une revue extensive des ECR étudiant l'efficacité de l'acupuncture dans les lombalgies et cervicalgies, les auteurs comparent d'ailleurs différentes techniques d'acupuncture entre-elles par rapport à des traitements contrôles ou à de l'acupuncture factice (6), ce qui leur permet d'augmenter la robustesse de leur analyse statistique.

##### b. mauvaise compréhension de l'acupuncture factice

Outre l'hétérogénéité, cette simplification peut aussi expliquer le peu de différence d'ampleur d'effet entre acupuncture vraie et factice. Car il existe autant d'acupuncture factices que réelles. Que ce soit la piqûre superficielle de points d'acupuncture ou d'une zone à proximité, la non-puncture avec aiguilles factices, l'utilisation de TENS, de laser réels ou factices, ils provoquent tous de la douleur, des sensations de tact, ou de pression

et peuvent ainsi aussi contribuer à moduler les voies d'activation et/ou de désactivation neuronale et l'interaction entre le corps et l'esprit (17). Depuis les travaux de Le Bars dans les années septante, on sait en outre que toute stimulation douloureuse entraîne une analgésie non spécifique contribuant à limiter l'amplitude d'effet entre acupuncture réelle et factice (18).

Doit-on pour autant douter de l'effet spécifique de l'acupuncture?

Les études de résonance magnétique fonctionnelle ont démontré que l'acupuncture réelle est associée à des voies d'activation et/ou de désactivation neuronale distinctes de celles associées d'une part à l'acupuncture factice et d'autre part à l'administration d'un placebo (19). Ces voies impliquent les cortex somato-sensitifs, le système limbique, les ganglions de la base, le tronc cérébral et le cervelet. On ne peut qu'espérer voir se développer à l'avenir des études comparant une technique précise d'acupuncture à sa contrepartie factice précise sur un grand nombre de patient, pour constater une amplitude d'effet plus importante.

c. mauvaise compréhension de ce qu'est un traitement efficace des douleurs chroniques du dos

Enfin, il faut replacer les résultats modestes de l'acupuncture dans la perspective des résultats d'autres modalités de traitement de la douleur chronique (20). Ainsi un des traitements les souvent utilisés s'appuie sur la prescription d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). Dans une revue Cochrane portant sur 65 ECR traitant de l'utilisation d'AINS dans les douleurs de dos, l'ampleur d'effet est rapportée comme étant petite (21). Ceci n'est pas étonnant pour le clinicien car la douleur chronique est une entité difficile à soigner en pratique courante. Dans ce contexte, les résultats même modestes de toute forme de traitement, dont l'acupuncture, sont les bienvenus à la fois par les cliniciens mais aussi par les patients.

d. Conclusions : une démarche scientifique rigoureuse doit s'appuyer sur des pré-requis corrects pour tirer des conclusions pertinentes

En conclusion, quoi que modeste, l'efficacité de l'acupuncture dans le traitement de la douleur chronique est significative. En reprenant le raisonnement de l'auteur du commentaire de l'article de Minerva, un patient sur deux y répondra en effet positivement. Pour le patient comme pour le clinicien, que l'effet soit partiellement lié à une expectative positive du premier envers le charisme du second importe peu. C'est pourquoi, comme cité dans l'article de Minerva, des recommandations de bonne pratique recommandent déjà d'utiliser l'acupuncture dans le cadre de la prise en charge multidisciplinaire de la douleur chronique aux USA et au Royaume-Uni. Restera à l'avenir la nécessité de produire des ECR dont la méthodologie permettra d'affiner mieux les résultats et de rendre les méta-analyses plus robustes en se focalisant sur des techniques précises d'acupuncture et leur contrepartie factice.

### III. L'effet placebo : ami ou ennemi ?

Bien que le commentaire de Minerva reconnaisse que l'acupuncture réelle soit supérieure aux contrôles sans acupuncture, il souligne qu'aussi bien l'acupuncture réelle que factice est associée à de puissants effets d'expectation. Ces effets non spécifiques contribueraient grandement au résultat total expérimenté par le patient en pratique clinique courante et remettrait en question l'utilité de l'acupuncture.

#### 1. LE MYTHE DU PLACEBO

L'effet placebo est le plus souvent considéré comme négatif ou positif selon que l'expérimentateur détermine l'effet d'un traitement en conditions de laboratoire ou selon que l'on se trouve dans des conditions cliniques.

Cependant, la notion de placebo repose sur un mythe qui semble paradoxalement accepté par les scientifiques sans être remis en question.

Le terme placebo est dérivé du latin *placere* (plaire). Il est utilisé dans le contexte médical depuis 1811 pour décrire une quelconque substance médicale administrée plus pour satisfaire le patient que pour les bénéfices attendus (22).

Dans les articles et les livres de référence, il est très souvent cité qu'un pourcentage constant des patients répond au placebo, avec le nombre mythique de 33 % le plus souvent cité (23).

Les origines de ce mythe remontent aux années 1950, quand Beecher rapporte le chiffres de 35,2 % (24). Cependant, si on lit l'article en entier, on s'aperçoit que le chiffre est une moyenne des résultats des 11 études précédentes de l'auteur et que ces valeurs varient fortement par rapport à la moyenne de 35,2%. Quand on étudie un grand nombre de ECR, on se rend compte que le pourcentage de répondeurs au placebo varie de proche de zéro (25) jusqu'à presque 100% (26) selon les conditions de l'expérimentation. Sans compter que les douleurs cliniques sont associées à un plus grand nombre de répondeurs au placebo que les douleurs expérimentales. Il n'y a donc pas de pourcentage fixe de la population qui répond au placebo !

Enfin, si l'effet placebo est le plus souvent expliqué par l'expectation du patient, ce dernier est lié à un ensemble de prédispositions psychologiques à anticiper un effet, analgésique dans le cas qui nous intéresse (27).

L'expectation est lié à l'apprentissage et donc les enfants n'y répondent pas de la même manière que les adultes. Par ailleurs, les adultes auront un effet d'expectation qui dépendra de leur culture, leurs antécédents personnels et leur personnalité.

Bien entendu, une partie de l'expectation des patients sera liée à l'enthousiasme et au charisme du thérapeute. Les taux de réponse au placebo en laboratoire seront donc plus faibles que ceux dans les conditions cliniques.

#### 2. L'EFFET ANALGESIQUE DU PLACEBO

Un des plus grands obstacles pour prouver que l'analgésie produite par l'acupuncture est ou n'est pas qu'un effet lié au placebo est qu'actuellement on a bien documenté que l'effet placebo lui-même est analgésique. Il est lié à la production de substances opiacées endogènes et à ce titre, il est antagonisé par la naloxone (28). Ceci est confirmé en clinique courante, depuis que des auteurs ont démontré la présence de dérivés opiacés endogènes dans le liquide céphalo-rachidien de patients douloureux chroniques après que leur score de douleur soit diminué en réponse à un traitement placebo (29).

A la lumière de tout ceci, la préoccupation actuelle d'essayer de trouver un placebo dans le but de comparer son effet analgésique avec celui de l'acupuncture pourrait ne pas être adéquate scientifiquement. A la place, ce pourrait être plus opportun de se focaliser sur les ECR qui comparent l'acupuncture à d'autres traitements antalgiques reconnus ou qui en comparent l'analgésie produite en combinaison ou non avec ces thérapies.

### 3. EN CONCLUSION

En pratique, l'acupuncture, comme toute procédure clinique, voit son résultat influencé par la confiance que le patient éprouve envers celle-ci. Une approche holistique qui prend non seulement en compte la plainte principale du patient mais aussi les symptômes satellites pour les inclure dans un plan de traitement personnalisé peut certainement contribuer à améliorer la condition globale du patient (30).

Ainsi, une petite ECR centrée sur des patients souffrant de gonarthrose démontre une meilleure perception d'amélioration globale de leur santé chez ceux bénéficiant d'une acupuncture qui inclut le traitement des troubles du sommeil et de la douleur chronique (31). Ces deux symptômes sont des facteurs importants de comorbidité associés à la gonarthrose. Par ailleurs, acupunctures factice ou réelle centrées uniquement sur le genou démontrent un même effet d'expectative, inférieur à celui du protocole élargi.

## Références bibliographiques

1. Etat des lieux de l'acupuncture en Belgique. KCE Reports 153B, 2011
2. van Tulder MW, Cherkin DC, Berman B, Lao L, Koes BW. The effectiveness of acupuncture in the management of acute and chronic low back pain. *Spine*. 1999 ; Jun 1;24(11):1113-23
3. Furlan AD, van Tulder MW, Cherkin DC, et al. Acupuncture and dry-needling for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005 Jan 25;(1):CD001351. Updated 2011
4. Lee JH. Acupuncture for acute low back pain : a systemic review. *Clin J Pain*. 2013. Feb ; 29 (2) : 172-185
5. Kien Trinh, Nadine Graham, Anita Gross, et al. Acupuncture for neck disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006, Issue 3. Art. No.: CD004870. Updated March 2010
6. Furlan AD, Yazdi,F, TsertsvadzeA, et al. Complementary and Alternative Therapies for Back Pain II Evidence Reports/Technology Assessments, No. 194 Agency for Healthcare Research and Quality (US); October 2010.Report No.: 10(11)-E007
7. Vickers AJ et al. Acupuncture for chronic pain : individual patient data meta-analysis. *Arch Intern Med* 2012 ; 172 (19) : 1444-1453
8. Yuan J, Purepong NN, Kerr DP et al. Effectiveness of acupuncture for low back pain. *Spine*. 2008. Vol 3 (23) : E887-900
9. Am Soc Reg Anesth & Pain Med. Practice guidelines for chronic pain management. *Anesthesiology*. 2010 ; 112 : 810-33
10. National Collaborating Centre for Primary Care. Low back pain: early management of persistent non-specific low back pain. Full guideline. May 2009. [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)
11. Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C et al. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J*. 2006 Mar;15 Suppl 2:S192-300.
- van Tulder M, Becker A, Bekkering T. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur Spine J*. 2006 Mar;15 Suppl 2:S169-91.
12. Rubinstein SM, van Middelkoop M, Kuijpers T et al. A systematic review on the effectiveness of complementary and alternative medicine for chronic non-specific low-back pain. *Eur Spine J*. 2010 Aug;19(8):1213-28
13. Trinh K, Graham N, Gross A, Goldsmith C, Wang E, Cameron I, Kay T. Acupuncture for neck disorders. *Spine*. 2007 Jan 15;32(2):236-43. Review.
14. Belche JL. Acupuncture pour les douleurs chroniques ? *Minerva* 2013; 12(5): 58-59.
15. Leung L. Neurophysiological basis of acupuncture-induced analgesia--an updated review.*J Acupunct Meridian Stud*. 2012 Dec; 5(6):261-70.
16. Tough EA; White AR, Cummings TM, Richards SH, Campbell JL. Acupuncture and dry needling in the management of myofascial trigger point pain: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *European Journal of Pain*. 2009;13(1): 3-
17. Huang W,Kutner N, Bliwise D. Complexity of sham acupuncture. *JAMA Intern Med*. Apr 2013 ; 173 (8) : 713
18. Le Bars D., Dickenson A.H., Besson J.M. - Diffuse noxious inhibitory controls (DNIC). II.Lack of effect on non-convergent neurones,supraspinal involvement and theoretical implications. *Pain*, 6, 305-327 (1979).
19. Huang W. Pach D. Napadow V et al. Characterizing acupuncture stimuli using brain imaging with FMRI. A systematic review and meta-analysis of the literature. *PLoS One*. 2012 ; 7 (4) : e32960
20. Zigelstein C. Placing acupuncture in perspective. *JAMA Intern Med*. Apr 2013 ; 173 (8) : 713 -14
21. Roelofs PD, Deyo RA, Koes BW, Scholten RJ, van Tulder MW. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Jan 23;(1):CD000396.
22. Baldry PE. 2005. Chapter 11: Scientific evaluation of acupuncture's ability to relieve nociceptive pain. In : *Acupuncture, trigger points and musculo-skeletal pain*. 3d Ed. Churchill Livingstone, Edinburgh: 150 -151
23. Wall PD 1994. The placebo and the placebo response. In: Wall PD. Melzack R/ *Textbook of pain*, 3d Ed Churchill Livingstone, Edinburgh: 1301- 1304
24. Beecher HK. The powerful placebo. *J AM Med Assoc* 1955; 159: 1602-1606
25. Tyler DB. The influence of a placebo and medication on motion sickness. *Am J of Physiol*. 1946; 146: 458-466
- 26.Lberman R. An experimental study of the placebo under three different conditions of pain. *J Psychiatr Res*. 1964; 2: 233-46
27. Bootzin RR. The role of expectancy in behaviour change. In : White LP. 1996. *Placebo: theory, research and mechanism*. Guildford Press, New york
28. Levin JD, Gordon NC. Influence of the method of drug administration on analgesic response. *Nature*. 1984; 312: 755-756
29. LipmanJ, Miller BE, Mays KC et all. Peak beta endorphin concentration in cerebrospinal fluid: reduced in chronic pain patients and increased during the placebo response. *Psychopharmacol*. 1990; 102: 112-116
30. Roelofs PD, Deyo RA, Koes BW, et al. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for low back pain: an updated Cochrane review. *Spine*. 2008 Jul 15; 33(16):1766-74.
31. Huang W. Acupuncture for pain and sleep in knee osteoarthritis. *J Am Geriatr Soc*. 2010 ; 58 (6) : 1218-20