

## Newsletter n° 1 de juillet - août 2015 du Réseau Douleur Paca Ouest

### *Le mot de la présidente*

*La disparition annoncée du site se concrétise par la première newsletter, qui reprend des actualités récentes autour de la douleur.*

*Nous espérons qu'elle correspondra à vos attentes et que chacun pourra enrichir ses connaissances*

*Merci à Philippe Roussel, rédacteur*

*Bonne lecture*



**Réunion du Réseau 15 octobre  
2015 à 14 heures**

**Centre Hospitalier**

**La Ciotat**

## Agenda

**Diplôme d'Etudes Supérieures Universitaires de Formation des Professionnels de Santé à la prise en charge de la douleur Marseille**

**Début des cours le vendredi 09 octobre 2015**

**Renseignements Michèle LUMINI - CHU TIMONE – Tél. 91 38 44 48 - Fax 91 38 69 57**

**10/10/2015 : symposium Douleur éthique et soins palliatifs du Pays d'Aix et de la CHT du Pays Provençal**

**19/10/2015 : Journée Mondiale de la Douleur au CH Henri Guérin de Pierrefeu**

## Actualités

### Sommaire

<i>L'analgésie contrôlée supérieure à l'anesthésie péridurale en chirurgie colorectale coelioscopique</i>	<i>p. 2</i>
<i>Retenir son souffle pour avoir moins mal!</i>	<i>p. 2</i>
<i>Un logiciel de reconnaissance faciale de la douleur de l'enfant</i>	<i>p. 3</i>
<i>Migraine chez l'enfant: pourquoi les maux de tête augmentent à la rentrée</i>	<i>p. 3-4</i>
<i>L'hyperalgésie induite par la morphine : enfin une étude en douleur chronique</i>	<i>p. 4</i>
<i>Syndrome de l'intestin irritable : les traitements «complémentaires» au banc d'essai</i>	<i>p. 5-6</i>
<i>Prévalence de la fibromyalgie : des critères ACR 1990 aux critères 2010 modifiés</i>	<i>p. 6</i>
<i>La diminution du catastrophisme lié à la douleur. Une histoire de neurones</i>	<i>p. 6-7</i>
<i>Variables psychologiques positives et douleur chronique</i>	<i>p. 7-8</i>
<i>Fibromyalgie : le chemin vers la récompense serait-il court-circuité ?</i>	<i>p. 8</i>

## Douleur aiguë

### **L'analgésie contrôlée semble supérieure à l'anesthésie péridurale en chirurgie colorectale coelioscopique**

*Hübner M. et coll. Randomized clinical trial on epidural versus patient-controlled analgesia for laparoscopic colorectal surgery within an enhanced recovery pathway. Annals of Surgery 2015;261:648-653.*

Site JIM Dr Jean-Fred Warlin

« L'optimisation de la quantité des perfusions, la voie coelioscopique et l'anesthésie péridurale (AP) ont démontré qu'elles facilitaient les suites opératoires et diminuaient donc la durée de séjour et les coûts. Toutefois, l'avantage de l'AP a été récemment remis en cause. Aussi ces auteurs vaudois ont-ils entrepris une étude prospective randomisée comparant les effets de l'AP avec ceux de l'antalgie morphinique contrôlée par le patient (PCA), lors de la chirurgie colorectale coelioscopique (CCRC)... Les 3 critères de jugement retenus ont été le contrôle de la douleur par voie orale pure, la mobilisation complète des opérés (avec retour à l'état préopératoire), et la reprise d'une alimentation normale. Une récupération plus lente avec l'anesthésie péridurale, surtout la reprise de l'alimentation. Le taux de complications a été significativement plus élevé avec l'anesthésie péridurale (46 vs 33%), de même que la durée de séjour et le nombre de réadmissions. La douleur a été contrôlée de façon similaire, mais les malades du groupe anesthésie péridurale ont eu plus besoin d'amines pressives dans les premières 24 h. L'anesthésie péridurale semble donc ralentir la récupération après chirurgie colorectale coelioscopique et ne pourrait donc pas être préconisée. »

### **Retenir son souffle pour avoir moins mal!**

Site Santé Log Newsletter

*Pain Medicine April 30 2015 DOI: 10.1111/pme.12764 Breath-Holding During Exhalation as a Simple Manipulation to Reduce Pain Perception*

« Se concentrer sur sa respiration, un des principes de la méditation, permet de réduire son stress et son anxiété. Cette étude espagnole a regardé si le contrôle de la respiration pouvait également rendre la douleur plus supportable. Les conclusions, présentées dans la revue Pain Medicine montrent que retenir son souffle, en cas de douleur aiguë de courte durée, présente ou prévue peut permettre de la mieux gérer... Les chercheurs ont comparé les évaluations de la douleur (autoévaluée sur l'échelle de Likert) avec les deux modes de respiration pour 3 niveaux d'intensité de douleur, personnalisés en fonction de la sensibilité de chaque participant. L'analyse montre que

- l'intensité de la douleur est toujours plus élevée dans le groupe respiration lente vs « retenir sa respiration »,
- ces résultats valent pour les 3 seuils de douleur testés,
- les 2 exercices de respiration ralentissent le rythme cardiaque.

Retenir son souffle, avant un événement douloureux, permet de réduire la perception de la douleur, et mieux qu'en ralentissant sa respiration. L'effet semble ici indépendant du niveau de douleur testé.

Bref, une méthode simple pour réduire la douleur, mais efficace uniquement en cas de douleur aiguë de courte durée, présente ou prévue. Comme une injection par exemple. »

## Douleurs de l'enfant

### **Un logiciel de reconnaissance faciale**

*Pediatrics (In Press) et UC San Diego Staring Pain in the Face – Software “Reads” Kids’ Expressions to Measure Pain Levels (Visuel@ Courtesy of the UC San Diego School of Medicine)*  
Site santé log Newsletter du 01 06 2015

« Un logiciel de reconnaissance faciale, capable, en analysant l’expression du visage de l’enfant, d’évaluer son niveau de douleur, c’est l’alternative aux échelles d’évaluation déclaratives, proposée par une équipe de l’Université de Californie - San Diego. Un développement, présenté dans la revue *Pediatrics*, qui s’avère ici valide et plus objectif et précis que les échelles existantes et qui permet, désormais, de la «regarder en face»... Les difficultés de communication liées à l’âge vont rendre les méthodes d’évaluation de la douleur pédiatrique existante problématique. La norme de référence actuelle est basée sur l’auto-déclaration, les jeunes patients étant invités à préciser leur douleur sur une échelle de 0 à 10. Mais en pédiatrie, seule une minorité d’enfants peuvent répondre avec la précision nécessaire. Les plus jeunes n’ont pas encore développé les capacités cognitives et conceptuelles nécessaires...Les chercheurs ont testé le logiciel de vidéo en analysant les expressions faciales de 50 jeunes, âgés de 5 à 18 ans, qui avaient subi une appendicectomie laparoscopique à l’hôpital. Les chercheurs ont filmé les participants lors de 3 visites post-chirurgie, dans les 24 heures, suivant l’intervention, puis 1 jour plus tard, puis 2 à 4 semaines plus tard. L’équipe de recherche a déterminé la précision du logiciel vidéo par rapport à l’auto-déclaration par l’enfant et par rapport aux estimations par les parents et les infirmières. L’analyse en comparaison des autres évaluations, en particulier des données cliniques apportées par l’équipe de soin, montre que le logiciel apporte les « bons » niveaux de douleur pour chaque participant : « Dans l’ensemble, la technologie aboutit à des mesures cohérentes avec l’évaluation des parents et meilleures que les évaluations des infirmières. Elle montre aussi de fortes corrélations avec les scores auto-déclarés. Au-delà de la précision, une mesure en continu le logiciel permet d’exploiter les données en temps réel et en continu permettant d’intervenir de manière plus cohérente et adaptée, et, en particulier, lorsque les parents ne sont pas disponibles pour alerter le personnel médical... »

### **Migraine chez l'enfant: pourquoi les maux de tête augmentent à la rentrée**

*Annual Scientific Meeting of the American Headache Society - More evidence supports that kids’ headaches increase at back-to-school time*

« Augmentation du stress de l’enfant, changements de routines et des heures de sommeil, de nombreux facteurs sont évoqués par ces médecins du Nationwide Children's Hospital qui confirment une « recrudescence » des maux de tête chez les jeunes patients à la rentrée et durant l’automne. Ces conclusions, présentées lors de la 57<sup>e</sup> Réunion annuelle de l’American Headache Society montrent toute l’importance des facteurs de mode de vie et des facteurs de stress dans l’incidence la fréquence des migraines dont céphalées chez l’enfant... Ces observations de pédiatres, basées sur l’analyse de 1.300 dossiers de visite d’enfants aux urgences, sur la période 2010-2014, pour « maux de tête », pourront peut permettre à certains médecins comme aux parents d’y voir un peu plus clair sur les facteurs possibles de migraine et le risque de récurrence plus tard dans la vie.

Sur les tendances observées au cours de l’année scolaire, les chercheurs notent un pic à l’automne chez les enfants âgés de 5 à 18 ans, puis une augmentation de l’incidence des cas tout au long de l’année scolaire.

Sur les facteurs suggérés : l’augmentation du stress, le changement de routines et de sommeil, la reprise des activités parascolaires, tout simplement la réticence à sortir des vacances pour retourner à l’école, pour les migraines de la rentrée, et plus généralement, tout au long de l’année, un temps d’écran prolongé, la diminution de l’exercice. le manque de sommeil, l’irrégularité ou les changements d’horaires des repas, la consommation de certaines boissons avec caféine, une mauvaise hydratation

Sur l'évolution des migraines : chez les jeunes garçons, avec apparition aux âges de 5 à 9 ans, les migraines ont tendance à s'effacer à l'adolescence, et chez les adolescentes, avec apparition à l'époque de la puberté, les migraines ont malheureusement tendance à persister à l'âge adulte.

Les deux types observés le plus souvent chez l'enfant : les maux de tête ou céphalées de tension, qui entraînent un inconfort (sensation d'avoir la tête comprimée) mais n'empêchent pas l'enfant de poursuivre leur journée normalement et les migraines, moins fréquentes, mais qui entraînent des douleurs beaucoup plus sévères. Elles sont généralement associées à des nausées et des vomissements, et à une sensibilité à la lumière, au son et aux odeurs.

Ainsi, tout particulièrement à la rentrée, s'il s'agit de minimiser le stress de la rentrée, les facteurs de mode de vie sont tout importants dans la gestion des maux de tête et des migraines chez l'enfant.

Quelques conseils des auteurs pour éviter les maux de tête chez l'enfant : veiller aux 3 repas par jour, à une durée suffisante de sommeil, à une hydratation suffisante de l'enfant, en particulier avant le départ pour l'école et ne pas abuser des analgésiques qui peuvent favoriser le développement des maux de tête si pris trop souvent.

Quand faut-il consulter ? Des maux de tête intenses et soudains ou un changement important de sensation par rapport aux épisodes précédents doivent être évalués par le médecin. L'autre règle de base est de consulter dès que les maux de tête interfèrent avec la routine normale de l'enfant. »

## Douleurs chroniques

### **L'hyperalgésie induite par la morphine : enfin une étude en douleur chronique**

*Opioid-induced hyperalgesia in community-dwelling adults with chronic pain. Hooten WM, Lamer TJ, Twyner C. Pain 2015 ; 156(6):1145-52.*

Article commenté par le Pr Serge PERROT Hôtel Dieu Paris

« L'effet hyperalgésiant de la morphine est évoqué depuis de nombreuses années en administration aiguë, et notamment en anesthésie. Souvent évoqué, il n'a jamais été véritablement confirmé chez les patients douloureux chroniques traités par opioïdes au long cours. Cette étude s'est directement attaquée à cette question, pour évaluer les liens entre l'utilisation d'opioïdes au long cours et de sensibilité à la chaleur douloureuse.

#### Résumé

Il s'agit d'une étude prospective de cohorte de 187 patients douloureux chroniques, 85 traités par opioïdes et 102 par non opioïdes, suivis dans le cadre d'un programme ambulatoire de prise en charge multidisciplinaire de la douleur. La perception de la douleur à la chaleur était réalisée par une évaluation sensorielle quantitative (QST) selon la méthode des seuils. Un effet de la morphine a été observé pour les valeurs de la sensibilité à la chaleur douloureuse, avec des seuils plus bas, donc une hyperalgésie, chez les patients sous opioïdes. Les auteurs ont pris la courbe de la ligne reliant les seuils de douleur et de tolérance. Dans une analyse en régression, en ajustant sur différents facteurs tels que l'âge, le sexe, l'indice de masse corporelle, le statut professionnel et le diagnostic de la pathologie douloureuse, les auteurs ont montré que l'usage des opioïdes était associé à des valeurs plus basses de seuil de sensibilité à la chaleur douloureuse, donc en faveur d'une hypersensibilité. Ces observations suggèrent que l'usage des opioïdes au long cours est associé à une hyperalgésie, indépendante des autres facteurs pouvant influencer sa perception.

#### Commentaires

Il s'agit d'une des premières études en faveur d'une action d'hypersensibilisation à la douleur induite par la morphine. L'étude montre qu'il existe une sensibilité augmentée à la chaleur douloureuse chez les patients traités par opioïdes. Il reste à savoir si la présence d'une hypersensibilité à la douleur est associée à plus de comorbidités, à plus de difficultés thérapeutiques, ou encore à plus de douleurs elles-mêmes. »

## **Syndrome de l'intestin irritable : les traitements «complémentaires» au banc d'essai**

*Jouet P, les traitements alternatifs dans le syndrome du traitement irritable, JFHOD, 20 mars 2015.*

Vincent Richeux Site Medscape.

« Dû à une hypersensibilité du colon, en lien ou non à un trouble de motricité intestinale, le syndrome de l'intestin irritable, ou colopathie fonctionnelle, se manifeste par des douleurs abdominales, une constipation, une diarrhée ou des ballonnements. Ces symptômes peuvent être chroniques ou apparaître par poussées. En plus des traitements habituels, près d'un tiers des patients utilisent des traitements non conventionnels, « le plus souvent de manière inappropriée, en passant d'une méthode à une autre », souligne le Dr Jouet. D'où la nécessité, selon elle, de mieux les accompagner dans leur choix. Selon une enquête menée en 2013 par l'association des patients souffrant du syndrome de l'intestin irritable (APSSII), 33% des personnes touchées suivent aussi un traitement par homéopathie, 27% choisissent l'ostéopathie, 15% l'hypnose, 30% la relaxation et 27% l'acupuncture.

### ***Ostéopathie: un bénéfice à confirmer***

Dans une étude hollandaise, 20 patients ont vu leur qualité de vie s'améliorer de manière significative, après cinq séances d'ostéopathie. Les symptômes étaient davantage atténués avec cette prise en charge, comparativement au traitement standard. Une autre étude a confirmé ce bénéfice, en comparant, chez 31 patients, trois séances d'ostéopathie à des séances comprenant uniquement de légers massages. « A un an, l'effet est significatif sur la diarrhée, les distensions, les douleurs et même sur la sensibilité rectale... L'ostéopathie aurait une répercussion sur le tonus sympathique ou sur les flux lymphatiques... et les essais sont encourageants, mais les bénéfices doivent être confirmés par de plus larges études précise le Dr JOUET ».

### ***Acupuncture et réflexologie: pas d'effet majeur***

En ce qui concerne l'acupuncture, plusieurs études ont évalué ses effets sur le SII, avec des méthodes et des durées variables, en se focalisant sur différents points, via une stimulation manuelle ou électrique. Publiée en 2012, une étude Cochrane a colligé 17 essais randomisés évaluant l'acupuncture sur un total de 1800 patients. Dans cinq études, des applications d'aiguilles hors des points d'acupuncture ont servi de contrôle. Conclusion: « l'acupuncture n'a aucun effet » sur le SII.

La réflexologie ne s'est pas montrée plus satisfaisante... Dans une étude anglaise randomisée, les effets de six séances de massage des pieds, avec pression sur des zones précises, ont été comparés à ceux obtenus avec des massages sans pression. « Aucune différence n'a été observée sur les symptômes ».

### ***Hypnose: une nette amélioration des symptômes***

Dans le cas de l'hypnose, les études ont rapporté « une amélioration des symptômes dans 50 à 80% des cas ». Selon le Dr Jouet, « le traitement doit être réalisé par un thérapeute ayant une expérience dans l'hypnose dirigée sur l'intestin »... Une étude menée par une équipe anglaise a ainsi rapporté une diminution significative des douleurs et de la distension abdominale, ainsi qu'une amélioration du transit, en comparaison avec le traitement standard. D'autres travaux ont également montré un effet positif sur les ballonnements, ainsi que sur les troubles de l'humeur. « Les bénéfices persistent avec le temps, avec moins de consommation de soins et moins d'arrêts de travail, à un an, voire plus si le patient pratique l'autohypnose ». « L'hypnose semble normaliser la sensibilité viscérale, a un effet sur les contractions intestinales, sur les activations cérébrales anormales », avance le Dr Jouet. Cette thérapie est désormais recommandée dans cette indication aux Etats-Unis, en Angleterre et en France.

### ***Thérapie comportementale (TCC) et méditation: des résultats positifs***

Les autres thérapies comportementales « reposent sur le fait que les symptômes entraînent une peur, une anxiété, à l'origine d'une hypersensibilité aux sensations viscérales. Ce qui peut amener à des conduites d'évitement, qui aggravent les symptômes ». Pour rompre ce cercle vicieux, des thérapies comportementales cognitives, menées en groupe ou en séance individuelle, « peuvent aider les patients à mettre en place de meilleures stratégies d'adaptation aux symptômes », précise le Dr Jouet. Une trentaine d'études randomisées concernant ce type de séance sont recensées. Dans la majorité des cas,

les effets des thérapies cognitives se sont avérés supérieurs au contrôle, « avec une amélioration du score symptomatique de plus de 60% ».

Autre thérapie potentiellement efficace : la méditation en pleine conscience (en anglais, "Mindfulness training"). Inspirée de techniques bouddhistes, « elle permet de se focaliser sur l'instant présent, sur ses sensations internes et ses perceptions », souligne le Dr Jouet. Une récente étude [7] a pu évaluer l'effet de la méditation sur les troubles de la fonction digestive. Résultat: « les symptômes et la qualité de vie en général se sont améliorés après huit semaines de pratique ».

***Les effets de l'hypnose et des TCC posent la question du ou des processus psychologiques que ciblent ces thérapies : conditionnement répondant/ opérant, évitement, attention sélective, anticipation, hypervigilance, peur de la douleur, cognitions dysfonctionnelles, catastrophisme... Il serait judicieux que les études repèrent ces processus et vérifient leur modification par la thérapie ?***

### **Prévalence de la fibromyalgie : des critères ACR 1990 aux critères 2010 modifiés – Une prévalence qui varie de près de 1 à plus de 5% de la population !**

*The prevalence of fibromyalgia in the general population. A comparison of the American College of Rheumatology 1990, 2010, and modified 2010 classification criteria. Jones GT et coll. Arthritis Rheum 2015 ; 67:568-75* Article commenté par le Pr René-Marc Flipo (CHRU - Lille) Site Rhumato.net

« Ce travail réalisé en population générale avait pour objectif principal d'évaluer la prévalence de la fibromyalgie selon le type de critères utilisés : ACR 1990, ACR 2010 ou ACR 2010 modifiés. L'étude a été conduite entre la fin de l'année 2012 et le début de l'année 2013... Après questionnaire de dépistage, un examen clinique était proposé aux sujets. L'échantillon initial au hasard est de 4 600 sujets âgés de plus de 25 ans. 1 604 ont répondu (36,3%)... 269 sujets ont été « présélectionnés » et 104 (39%) ont fait l'objet d'une évaluation clinique. Au total, 32 patients (soit 31% des patients examinés) vont remplir au moins 1 jeu de critères pour la fibromyalgie (11 pour les critères ACR 1990, 7 pour les critères ACR 2010 et 27 pour les critères ACR 2010 modifiés / 4 sujets seulement remplissant les 3 jeux de critères). Au total, les auteurs calculent une prévalence de la fibromyalgie sur les critères ACR 1990 à 1,7% (0,7 – 2,8). Pour les critères ACR 2010, la prévalence est de 1,2% (0,3 – 2,1). Par contre, cette prévalence est beaucoup plus élevée avec les critères ACR 2010 modifiés : 5,4% (4,7 – 6,1). Si on considère les critères ACR 1990 comme étant les critères de référence, alors les critères modifiés 2010 ont une sensibilité de 64% et une spécificité de 78%. Lorsque les auteurs comparent les sujets retenus sur les critères 2010 modifiés comparativement aux critères ACR 1990, alors on se rend compte notamment d'une variation importante du sex-ratio (sex-ratio F/H qui passe de 13,7 pour 1 sur les critères ACR 1990 à 2,3 F/H sur les critères 2010 modifiés). »

Nous pourrions en conclure que le diagnostic positif de fibromyalgie nécessite la présence des critères 2010 révisés mais aussi les critères 1990...

### **Douleur et Psychologie**

#### **La diminution du catastrophisme lié à la douleur. Une histoire de neurones**

*Experimental reduction of pain catastrophizing modulates pain report but not spinal nociception as verified by mediation analyses. Terry EL, Thompson KA, Rhudy JL Pain. 2015 Apr 15. [Epub ahead of print] Site Rhumato.net*

Article commenté par le Pr Françoise LAROCHE – CETD Hôpital Saint Antoine AP - HP

« Le catastrophisme au cours de la douleur est associé à une augmentation de l'intensité de celle-ci et du vécu péjoratif de cette douleur. Cependant, les mécanismes par lesquels le catastrophisme aggrave la douleur ne sont pas élucidés.

Le NFR ou nociceptive flexion reflex (NFR) est un réflexe polysynaptique de retrait utilisé expérimentalement et au cours des études cliniques pour évaluer la nociception spinale. Ce réflexe permet d'observer la modulation au niveau médullaire de la transmission nociceptive et est bien corrélé au seuil subjectif de la douleur.

C'est pourquoi, les auteurs ont tenté de discriminer les réponses au réflexe de retrait chez des volontaires sains répartis en 2 groupes ; ceux ayant reçu au préalable à toute stimulation douloureuse, des instructions visant à diminuer le catastrophisme, et ceux ayant reçu une information simple sur la douleur pendant 30 minutes... Les résultats montrent que le groupe ayant eu une « manipulation » cognitive préalable visant à diminuer le catastrophisme étaient moins douloureux et moins inconfortables que ceux n'ayant pas eu cette procédure. Les auteurs avaient bien vérifié, au préalable, que le catastrophisme dans ce groupe avait bien diminué après l'expérience. Cependant, le niveau du réflexe de retrait n'était pas affecté par le catastrophisme lorsqu'une seule stimulation avait été envoyée, le niveau du réflexe ayant diminué dans le groupe avec plusieurs stimulations répétées. Ces résultats suggèrent que la modulation nociceptive associée au catastrophisme ne s'effectue pas au niveau spinal mais plutôt au niveau supraspinal.

#### Commentaires

... Il est en effet difficile de parler de catastrophisme sur seulement quelques stimulations douloureuses faites en laboratoire... Les voies de la douleur sont complexes et font appel à des mécanismes majeurs de régulation émotionnelle et cognitive. On pourrait l'énoncer comme suit : « Ce qui compte, ce n'est pas la douleur en elle-même mais plutôt ce que j'en pense et comment je la vis ! »

#### **Variables psychologiques positives et douleur chronique**

*Site Actu Douleurs Article commenté par M. Franck Henry Psychologue hospitalier Consultation pluridisciplinaire de la douleur, équipe mobile de soins palliatifs Centre hospitalier de Châteauroux"*

*Flink IK, Smeets E, Bergbom S, et al. Happy despite pain: Pilot study of a positive psychology intervention for patients with chronic pain. Scand J Pain 2015;7:71-79.*

« La psychologie de la santé (à orientation cognitivo-comportementale, TCC) s'est beaucoup intéressée aux liens unissant les variables dites « négatives » (émotions, psychopathologies, croyances erronées, évitements comportementaux, etc.) aux syndromes douloureux chroniques. Plus récemment, elle étudie ces mêmes interactions mais cette fois en mettant le focus sur des variables dites « positives » telles que l'acceptation, l'optimisme ou l'auto-compassion (bienveillance active, non-jugement et acceptation en pleine conscience de sa propre détresse). La psychologie positive cherche à mieux comprendre le maintien et/ou le développement de fonctionnements psychologiques optimaux malgré la douleur (facteurs de résilience)... Les auteurs de cette publication ont ainsi proposé une psychothérapie positive (PP, validée auprès de sujets sans affection(s) somatique(s) et/ou souffrant(s) de troubles anxieux ou de l'humeur) à 5 PDC, recrutés via une petite annonce parue dans un journal, afin d'en évaluer l'efficacité... Les participants furent tous évalués deux semaines avant la PP, pendant, au terme de la dernière séance puis 3 mois après sur les variables suivantes : incapacité perçue, satisfaction globale, anxiété/dépression, auto-compassion, orientation de l'attention vers les expériences émotionnellement positives (actuelles, anticipées et passées), optimisme, flexibilité psychologique (maintien ou arrêt d'un comportement donné en réaction à des événements internes) et ruminations. Ils furent aussi évalués (deux semaines avant et pendant la PP) sur l'état émotionnel, le catastrophisme, l'intensité douloureuse, l'incapacité perçue et le bien-être. Les résultats montrent pour 3 à 4 sujets... une progression plus importante pour le catastrophisme et l'incapacité perçue. Cependant

le niveau moyen d'optimisme n'a suivi aucune augmentation significative au cours de la PP... A ce jour, la PP ne peut se suffire à elle-même mais présente un effet co-analgésique certain. »

### **Fibromyalgie : le chemin vers la récompense serait-il court-circuité ?**

*Loggia ML, Berna C, Kim J, Cahalan CM, Gollub RL, Wasan AD, et al. Disrupted brain circuitry for pain-related reward/punishment in Fibromyalgia. Arthritis Rheumatology 2014;66:203-12.*

Site Actu douleurs Dr Etienne Dahan Membre du CLUD Service de Rhumatologie-Médecine Interne  
Centre hospitalier de Selestia

« Il existe plusieurs mécanismes de modulation de la perception de la douleur... L'une des grandes caractéristiques de la fibromyalgie (FM) est une altération de ces mécanismes au profit d'une augmentation des perceptions nociceptives à l'origine d'un catastrophisme, de douleurs chroniques, d'une perturbation de la sensibilité et d'une diminution de la réponse affective et émotionnelle de la douleur. Ce mode de fonctionnement semble aussi modifier la façon d'anticiper la douleur, ainsi que celle d'anticiper son soulagement. Autrement dit, au cours de la FM, la gestion d'une douleur subjective semble elle aussi perturbée, ce qui suggère un changement des composantes cognitives et hédoniques de la douleur. À la lumière de ces données, les auteurs de cet article ont cherché à préciser s'il existait en IRM fonctionnelle, entre sujets FM et sujets sains, des différences d'activation de réseaux neuronaux du système hédonique. Ce système fait partie du système limbique (ou « cerveau des émotions ») et comprend l'aire tegmentale ventrale (ATV) et le noyau accumbens (NA) où les neurones à dopamine et GABAergique de l'ATV se projettent. Trente-et-une patientes FM et 14 sujets sains ont été recrutés pour cette étude. La douleur était générée par le gonflement du brassard du tensiomètre (tension manométrique). Avant chaque gonflement, un signal lumineux passait du noir au vert (anticipation à la douleur) et le passage du noir au bleu signalait que le brassard allait être dégonflé (anticipation au soulagement). Les résultats portent sur analyse de l'effet BLOD en IRM fonctionnelle (c'est-à-dire l'activation des aires cérébrales durant une condition : 1) l'anticipation à la douleur, 2) la période de douleur et 3) l'anticipation au soulagement), au niveau cérébral, de l'ATV et du NA de chaque hémisphère. Dans cette expérience, il existe une différence statistiquement significative d'activation de l'ATV droite entre les deux groupes. Quelles que soient les conditions, chez les sujets FM la réponse de l'ATV droite est fortement diminuée voire absente. Or, rappelons-nous que cette zone est riche en neurones à dopamine et en GABA ; deux systèmes apparaissant dysrégulés dans la FM. Rappelons-nous aussi que l'ATV fait partie du système hédonique, lequel semble altéré dans la FM avec perturbation du concept de récompense/punition. Enfin, n'oublions pas que le système hédonique fait partie du système limbique, siège du catastrophisme et de l'hypersensibilité à la douleur. C'est à la lumière des neurosciences que semble s'éclairer la compréhension scientifique de la fibromyalgie. L'émotion pourrait être le lien entre le corps et l'esprit. « L'âme est l'esprit du corps » disait Spinoza... »