



Le mot de la présidente

Le mois d'avril est celui de notre Audit ; il est difficile de réaliser ce type de travail avec une cohérence identique pour toutes les structures adhérentes au Réseau et il est évident que nous avons, en réunion, choisi 30 dossiers afin qu'il soit représentatif pour la majorité des ES.

Cette année encore, nous comptons sur vos réponses nombreuses et dans les délais ; la Cellule d'Evaluation nous apporte son aide pour la mise en forme et le traitement des données, ce qui nous permettra aussi de pouvoir croiser les résultats.

Sans la Cellule d'Evaluation, nous ne pourrions mener à bien ce travail et le Comité de Coordination remercie sincèrement le service du Pr Gentile, notamment Mesdames Pasqualini et Jouve.

Les résultats seront communiqués à l'AG de juin..

A très bientôt et...bon travail !!

Agenda 2016 du Réseau

Le 21 avril 2016 à 19 h

Soirée des « CLUD »

Hôpital de la Timone Marseille

22, 23 et 24 mai 2016

Universités Infirmières 2016 - Alliance Hôtel Paris - Porte de Saint-Ouen

Thématique : « Méthodes non médicamenteuses : quelle autonomie pour l'infirmière en consultation douleur ? »

Nombre de places disponibles : 36 - Dossier de candidature sur le site de la SFETD

<http://www.sfetd-douleur.org/universites-infirmieres-2016>

Jeudi 9 juin 2016 à 14 heures +++

AG du Réseau Douleur Paca Ouest

Hôpital Européen Rue Désirée Clary Marseille

16-18 juin 2016 - Dijon

22ème congrès de la SFAP

A lire, à voir

Sur le site sparadrap : vacciner sans douleur

<http://www.sparadrap.org>

Les pratiques soignantes : mon enfant va être opéré, évaluer l'anxiété des enfants avant une opération, mon enfant va chez le dentiste, distraire les enfants lors des soins

Sur le site Change Pain

<http://www.change-pain.fr/>

Optimisons la communication médecin-patient pour une prise en charge personnalisée et adaptée de la douleur chronique

Sur le site du CNRD

<http://www.cnrdr.fr/>

Douleur provoquée par les soins - La Lettre n° 8 du CNRD est parue

Sur le site Univadis :

<http://www.univadis.fr>

Douleur de l'arthrose : une FMC complète et concise. Le Professeur Philip Conaghan, rhumatologue à l'Université de Leeds, décrit les stratégies recommandées concernant la prise en charge de la douleur induite par l'arthrose

Sur le site ActuDouleurs.com

<http://www.actudouleurs.com/> **Moisset X, de Andrade DC, Bouhassira D.**

Les mécanismes des effets anagésiques de la rTMS : *From pulses to pain relief: an update on the mechanisms of rTMS-induced analgesic effects. Eur J Pain 2015 ;doi: 10.1002/ejp.811 Charrua A, Pinto R, Birder LA, et al.*

Système nerveux sympathique et douleur vésicale chronique *Sympathetic nervous system and chronic bladder pain: a new tune for an old song. Transl Androl Urol 2015;4:534-42.*

Actualités

Sommaire des actualités du n°4

Douleurs neuropathiques en gériatrie: mal connues, mal reconnues et mal traitées. p. 3 et 4

La douleur et les troubles du sommeil associés aux ulcères de jambe ont une forte prévalence chez les personnes d'un âge avancé. p. 4

Vitamine D et traitement de la neuropathie diabétique p. 4

La toxine botulique de type A (BTX-A) réduit la douleur pendant 8 semaines au maximum après injection chez les patients souffrant de lésions médullaires p. 4 et 5

Douleur chez l'enfant : quelles alternatives à la codéine ? p. 5

La musique et des photographies pourraient diminuer l'anxiété préopératoire p. 5 et 6

Le diclofénac plutôt que le paracétamol pour soulager les douleurs liées à l'arthrose p. 6

Que de douleurs malgré le méthotrexate ! p. 6 et 7

Des injections de Botox associées à la physiothérapie sont utiles pour soulager les douleurs au genou chez les athlètes p. 7

« 30 neurones vaillants soldats contre la douleur » p. 7 et 8

Le placebo est-il "légal" ? p. 8

Une douleur chronique généralisée pourrait être liée à des fractures p. 8 et 9

Réponse au traitement des « PR fibromyalgiques » p.9

Fibromyalgie: une pathologie, multimodale et multisensorielle p. 9 et 10

Fibromyalgie et fatigue chronique: des troubles de l'épuisement immunitaire? p. 10

Résumés des articles

Douleurs neuropathiques en gériatrie : mal connues, mal reconnues et mal traitées...

Rapo-Pylkkö S et coll. : Neuropathic Pain Among Community-Dwelling Older People: A Clinical Study in Finland. Drugs Aging 2015; 32: 737-42. Article commenté par le Dr Claude Biéva Site JIM

« Les résultats de cette étude finlandaise sont sans appel : à peine un patient sur 5 est correctement traité pour une douleur neuropathique. Cette frilosité trouve sans doute son origine dans le risque lié à l'usage d'antidépresseurs et anti-épileptiques chez un patient fragile, polymédiqué et exposé à des interactions médicamenteuses et des effets secondaires majorés... De façon générale, les objectifs thérapeutiques en gériatrie doivent être réalistes ; une réduction des douleurs de l'ordre de 30 à 50 % couplée à une amélioration de la qualité de vie et du sommeil constitue déjà un franc succès...

Cette étude finlandaise a inclus 106 patients âgés de 75 ans et plus, se plaignant de douleurs chroniques. Les examens ont objectivé une douleur neuropathique chez 48 % des patients, bien définie dans trois quarts des cas et probable dans le quart restant. L'étiologie la plus souvent rencontrée est une radiculopathie. A l'examen du dossier, il s'avère **que 22 % seulement des patients avec une douleur**

neuropathique reçoivent un traitement en rapport avec leur diagnostic. Chez 17 patients sur 106, le clinicien recommande un changement de médicament en raison de la persistance des symptômes et 6 patients continuent à recevoir le traitement initialement prescrit... Bien traiter et par le bon médicament est encore un défi lié à la présence des co-morbidités, des risques d'effets secondaires et de la fragilité de la personne âgée. »

La douleur et les troubles du sommeil associés aux ulcères de jambe ont une forte prévalence chez les personnes d'un âge avancé.

Source : *BMC Geriatrics Résumé PubMed*

« Principaux résultats

- 34,8 % des patients qui présentaient des ulcères de jambes ont signalé une intensité de la douleur ≥ 5 sur l'échelle d'évaluation numérique (EN).
- L'intensité de la douleur était associée au nombre d'ulcères ($P = 0,003$).
- Des troubles du sommeil ont été signalés par 34,8 % des patients de l'échantillon ; ils étaient associés à la douleur ($P < 0,001$), mais ne variaient pas en fonction du sexe.
- Les scores EN ne variaient pas en fonction du type d'ulcère, mais les ulcères artériels et les ulcères veineux augmentaient le risque de troubles du sommeil.

Conception de l'étude

Des données sur la douleur, les types d'ulcères de jambe, et les troubles du sommeil concernant 1 824 patients, d'un âge moyen de 83,4 ans, ont été recueillies à partir du registre suédois du traitement des ulcères (2009–2013). La douleur a été évaluée à l'aide de l'échelle d'évaluation numérique et les troubles du sommeil ont été évalués de manière dichotomique. Une analyse de la variance et de la régression logistique unilatérale à l'aide du chi carré, et du test U de Mann-Whitney a été utilisée pour analyser les données.

Pourquoi est-ce important ? Les ulcères difficiles à guérir affectent 0,3 à 6 % des adultes d'un âge avancé, et entraînent une souffrance pour les patients et des traitements coûteux. »

Vitamine D et traitement de la neuropathie diabétique

Vitamin D for the treatment of painful diabetic neuropathy Basit A, Basit KA, Fawwad A et al. BMJ Open Diab Res Care 2016 ; 4:e000148. Article commenté par le Dr Raja Moukhlis (Paris) **Site Algoscoop.net**

« La vitamine D est de plus en plus utilisée chez les sujets à risque notamment le risque ostéoporotique. Les sujets diabétiques reçoivent donc souvent de la vitamine D. Les auteurs de cette étude ont évalué la relation entre la substitution en fortes doses de vitamine D et l'évolution de la neuropathie diabétique notamment chez les patients ayant des douleurs neuropathiques.. L'étude a porté sur 143 patients diabétiques de type 2, âgés de 52 ans en moyenne. Les sujets avaient une douleur neuropathique selon le DN4 et 58 (40,5%) patients présentaient un déficit en vitamine D... Au total, cette étude montre qu'une injection intramusculaire de 600.000 UI de vitamine D chez les patients diabétiques présentant une neuropathie diabétique est associée à une amélioration des symptômes et douleurs de neuropathie à 20 semaines de suivi. »

La toxine botulique de type A (BTX-A) réduit la douleur pendant 8 semaines au maximum après injection chez les patients souffrant de lésions médullaires

Source : *Ann Neurol Résumé PubMed*

« ... Le soulagement de la douleur a été associé au maintien de la fonction motrice ou sensorielle en dessous du niveau neurologique des lésions. Parmi les répondants dans le groupe du BTX-A, 55 % des

patients ont signalé un soulagement de la douleur de 20 % ou supérieur au bout de 4 semaines et 45 % des patients ont signalé un soulagement de 20 % ou supérieur au bout de 8 semaines, alors que seuls 15 % et 10 % des patients, respectivement, du groupe du placebo ont signalé un degré de soulagement de la douleur similaire.

Pourquoi est-ce important ? On compte 40 nouveaux cas de lésions médullaires par million d'habitants soit environ 12 000 nouveaux cas chaque année aux États-Unis. Les patients souffrent de douleurs extrêmes et d'invalidité. Le coût de leurs traitements est par ailleurs très élevé. »

Douleur chez l'enfant : quelles alternatives à la codéine ?

Par David PAITRAUD - Date de publication : 03 Mars 2016 Site Vidal

«... Pour accompagner les professionnels de santé dans la prise en charge de la douleur aiguë et prolongée en pédiatrie, la Haute Autorité de santé (HAS) a établi des recommandations de bonne pratique où elle propose des alternatives médicamenteuses à la codéine, dans les situations cliniques problématiques les plus fréquentes.

Suite à une réévaluation européenne, le périmètre d'utilisation de la codéine en pédiatrie a été restreint, comme suit : contre-indication chez les enfants de moins de 12 ans, utilisation comme antalgique de seconde intention chez les enfants à partir de 12 ans, après échec du paracétamol et/ou d'un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS), contre-indication après amygdalectomie ou adénoïdectomie, contre-indication chez la femme qui allaite... La codéine est contre-indiquée, quel que soit l'âge, chez tous les patients connus comme métaboliseurs ultra-rapides CYP2D6.

En 1^{re} intention la HAS recommande paracétamol et ibuprofène, seuls ou associés ; douleur faible à modérée : paracétamol ; douleur aiguë modérée à intense : ibuprofène. En cas d'efficacité insuffisante en monothérapie, ces principes actifs peuvent être associés : la HAS recommande l'association, et non l'alternance.

Des précautions d'utilisation de l'ibuprofène sont toutefois nécessaires : en cas de varicelle l'ibuprofène (et les AINS) ne doit pas être utilisé, évité en cas d'infection pulmonaire ou ORL sévère, d'infection bactérienne sévère, d'infection cutanée ou des tissus mous, évalué avant prescription en cas de risque hémorragique ou trouble de la coagulation, différé en cas de risque de déshydratation (pouvant favoriser une insuffisance rénale).

Les AINS, dont l'ibuprofène, sont contre-indiqués dans les situations suivantes : insuffisance rénale, hépatique ou cardiaque sévère ; antécédents d'hémorragie ou de perforation digestive au cours d'un précédent traitement par AINS ; hémorragie gastro-intestinale, hémorragie cérébro-vasculaire ou autre hémorragie en évolution ; ulcération gastro-duodénale.

Deux autres alternatives antalgiques sont citées par la HAS en cas de douleurs intenses ou aux échecs des antalgiques de palier 1 : le tramadol, chez l'enfant de plus de 3 ans, mais son métabolisme fait intervenir le CYP2D6 comme la codéine ; la morphine orale, antalgique de palier 3, en cas de douleurs intenses ou d'échec des autres antalgiques. Ce traitement nécessite une surveillance médicale (1 heure), en particulier après la première administration.

Nalbuphine et oxycodone sont des alternatives à étudier en pédiatrie. »

La musique et des photographies pourraient diminuer l'anxiété préopératoire

A randomized controlled trial of the effect of a photographic display with and without music on pre-operative anxiety Journal of Advanced Nursing Jose L. Gómez-Urquiza and al., Article first published online: 16 FEB 2016 DOI: 10.1111/jan.12937 © 2016 John Wiley & Sons Ltd Issue Cover image for Vol. 72 Issue 4 Site Univadis

« ... Regarder des photographies tout en écoutant de la musique pourrait diminuer le niveau d'anxiété d'un patient avant une opération. C'est la conclusion d'une étude espagnole publiée dans la revue « Journal of Advanced Nursing ». Cela améliore également le bien-être physique du patient. Menée par l'Université de Grenade, entre mai et décembre 2013, l'étude a porté sur 180 patients pris en charge dans une unité de chirurgie ambulatoire ORL. Les participants ont été répartis en trois groupes comptant chacun 60 patients. Les patients d'un groupe ont servi de témoins, un autre groupe a regardé des photographies pendant le délai d'attente avant l'intervention chirurgicale et le troisième groupe a regardé des photographies tout en écoutant de la musique. Les chercheurs ont mesuré le niveau d'anxiété, le rythme cardiaque, la fréquence respiratoire et la tension artérielle des patients. Après l'intervention, les résultats ont montré que toutes les mesures avaient diminué dans le groupe qui avait visualisé des photographies par rapport au groupe témoin. Cependant, une réduction significative n'a été constatée que pour la fréquence respiratoire. En revanche, si l'on compare le groupe ayant visualisé des photographies tout en écoutant de la musique avec le groupe témoin, toutes les valeurs moyennes étaient nettement plus faibles dans le groupe d'intervention, à l'exception de la tension artérielle diastolique. « Créer différents types de listes de musique et de recueils de photographies, à partir desquels le patient peut choisir en fonction de ses préférences, pourrait présenter une option de traitement abordable et à faible risque de l'anxiété préopératoire » déclare Jose Gomez-Urquiza. »

Le diclofénac plutôt que le paracétamol pour soulager les douleurs liées à l'arthrose

1) da Costa BR et coll. : *Effectiveness of non-steroidal anti-inflammatory drugs for the treatment of pain in knee and hip osteoarthritis: a network meta-analysis. Lancet, 2016 ; publication avancée en ligne le 17 mars. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30002-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30002-2).*

2) Moore N et coll. : *Does paracetamol still have a future in osteoarthritis ? Lancet, 2016 ; publication avancée en ligne le 17 mars.* Catherine Albertini, pharmacienne, PhD **Site Santé Log**

« ... Une méta-analyse publiée dans The Lancet a pour principal résultat de montrer que le paracétamol, quelle que soit sa dose d'administration - entre 1 et 4 grammes/jour -, est à peine plus efficace que le placebo pour soulager les douleurs liées à l'arthrose. Le paracétamol présente de plus d'importants risques hépatotoxiques à fortes doses. L'autre résultat majeur est que le diclofénac (Voltarène®), pris à la dose de 150 mg/jour, est le plus efficace à soulager les douleurs. .. Au total cette méta-analyse porte sur près de 60 000 malades d'âge compris entre 58 et 71 ans dont une large majorité de femmes. La durée des traitements varie entre quelques mois et un an. Les AINS, naproxène mis à part, sont pratiquement tous susceptibles d'augmenter le risque d'infarctus et ont, de plus, de nombreux autres effets secondaires (saignements gastro-intestinaux, réactions cutanées etc.). Ils ne devraient pas être administrés en continu mais uniquement lors des épisodes douloureux ce qui correspond d'ailleurs à ce que font les malades dans la vie réelle. Il faut noter que cette méta-analyse intègre des essais cliniques avec des AINS déjà retirés du marché depuis une décennie voire plus en raison de leurs risques élevés de provoquer des infarctus tels que le Vioxx® (rofecoxib) et le Prexige® (lumiracoxib). » ...

Que de douleurs malgré le méthotrexate !

Altawil R et coll. *Remaining pain is common in early rheumatoid arthritis patients treated with methotrexate. Arthritis Care Res., 2016 ; publication avancée en ligne le 19 janvier. doi: 10.1002/acr.22790.* Dr Juliette Lasoudris Laloux **Site JIM**

Au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR) récente active, l'inflammation articulaire est responsable de phénomènes douloureux. Mais il a aussi été rapporté à plusieurs reprises que les douleurs pouvaient persister chez des malades avec une PR jugée en rémission sous traitement... Au total 1 241 sujets atteints de PR récente et débutant un traitement par MTX ont été inclus. Le critère principal d'évaluation était les douleurs articulaires résiduelles (EVA > 20/100) après 3 mois de traitement... Au total, des douleurs résiduelles après 3 mois de traitement par MTX sont fréquentes et concernent

plus de la moitié des malades atteints de PR récente. Elles touchent près d'un tiers des malades ayant une bonne réponse au MTX. La persistance de douleurs en dépit d'une bonne réponse clinique peut être prédite par un haut degré de handicap et une inflammation basse au départ. »

Des injections de Botox associées à la physiothérapie sont utiles pour soulager les douleurs au genou chez les athlètes

The Use of Sonographically Guided Botulinum Toxin Type A (Dysport) Injections Into the Tensor Fasciae Latae for the Treatment of Lateral Patellofemoral Overload Syndrome - Joanna M. Stephen, David W.J. Urquhart and al. Published online before print February 22, 2016, doi: 10.1177/0363546516629432 **Site Univadis**

« ... Le traitement classique du syndrome de surcharge fémoro-patellaire comprend la physiothérapie, l'administration d'anti-inflammatoires, des injections de stéroïdes et parfois une intervention chirurgicale. Cependant, même après un tel traitement, 80 % des patients continuent d'éprouver des douleurs et de devoir limiter leurs activités... 45 patients ont reçu un type de toxine botulique, appelée Dysport, dans leur muscle tenseur du fascia lata en utilisant des ultrasons. De précédentes études menées par l'équipe avaient démontré que les patients atteints du syndrome de surcharge fémoro-patellaire surutilisaient fréquemment ce muscle plutôt que leurs muscles fessiers. L'injection a contribué à détendre le muscle sur-sollicité et la physiothérapie qui suivait a permis ensuite de renforcer les muscles fessiers. Chez 69% des participants, aucune autre intervention médicale n'a été nécessaire. Ils continuaient de ne ressentir aucune douleur même cinq ans après le traitement. « Des patients sont venus de tout le pays pour participer à cette étude, ce qui témoigne de leur désir de trouver une solution à cette gêne » déclare le co-auteur, David Urquhart, de l'Hôpital de Chelsea et Westminster. « Tous éprouvaient une douleur de longue date qui n'avait pas répondu à la physiothérapie et au traitement classique. Nos résultats montrent que la toxine botulique a révolutionné la prise en charge de ces patients. »

« 30 neurones vaillants soldats contre la douleur »

Sylvie Riou-Milliot Sciences et Avenir mars 2016 **Site Rhumato.net**

« Sylvie Riou-Milliot indique dans Sciences et Avenir qu'« un centre de contrôle de la douleur composé de neurones, situé dans une zone du cerveau, vient d'être identifié par une équipe internationale de chercheurs ». La journaliste note que « cette découverte, annoncée [...] dans la prestigieuse revue Neuron, est le fruit d'une équipe internationale (France, Allemagne, Chine, États Unis, Italie, Suisse) coordonnée à Strasbourg par Alexandre Charlet, de l'Institut des neurosciences cellulaires et intégratives du CNRS ». « Les chercheurs savaient que l'ocytocine, hormone impliquée dans de multiples mécanismes (accouchement, allaitement, interactions sociales, anxiété, douleur...), joue un rôle dans la modulation de la réponse douloureuse. Mais les processus précis aboutissant à la libération de ce peptide dans l'organisme restaient méconnus », relève Sylvie Riou-Milliot. La journaliste explique donc que « l'équipe s'est intéressée à la façon dont elle est libérée dès qu'une sensation douloureuse est perçue. Elle a ainsi identifié un nouveau centre de contrôle situé dans une zone du cerveau (l'hypothalamus) et constitué d'à peine... 30 petits neurones ». « Dès que ces cellules reçoivent un message douloureux via les nerfs périphériques, ils passent aussitôt à l'offensive à deux niveaux : dans le sang et dans la moelle épinière », note Sylvie Riou-Milliot, indiquant que « dans le sang, les petits neurones appellent à l'aide des neurones plus volumineux (magnocellulaires) - en les activant. Situés dans une autre région de l'hypothalamus, ceux-ci secrètent aussitôt de l'ocytocine directement dans le sang pour "endormir" les neurones périphériques situés près de la zone douloureuse. Objectif : faire cesser l'envoi au cerveau du message douloureux. Et atténuer ainsi la sensation perçue ». La journaliste ajoute qu'« au niveau médullaire, les petits neurones plongent leurs très longs axones - pouvant atteindre 1 mètre - dans la plus profonde des dix couches de fibres diverses

qui constituent la moelle épinière. Pour y libérer là aussi de l'ocytocine salvatrice qui atténue la perception douloureuse ».

Le placebo est-il "légal" ?

Charles Haroche – Avocat (charlesharoche@gmail.com)

« L'efficacité du « sérum américain » dans le traitement de douleurs d'origine inconnue n'est plus à démontrer. Mais en dépit de son succès et de son efficacité, force est de constater que le fameux sérum ne fait l'objet d'aucune autorisation de mise sur le marché, aussi bien par l'ANSES que par la FDA... Peut-on alors le prescrire ? L'effet placebo peut-il être utilisé par le médecin lorsque celui-ci souhaite (ou pense) éviter au patient une prescription inutile ? Question proche, le médecin peut-il faire preuve d'un optimisme débordant pour rassurer un patient ?

Dans un rapport de 2010, l'Ordre des Médecins, tout en rappelant que l'effet placebo était « un moyen thérapeutique qui ne devait pas être négligé » indiquait que son utilisation « imposait un comportement éthique ». Mais une utilisation "éthique" du placebo peut-elle être conforme à la loi ?

Il apparaît rapidement que la prescription d'un placebo est clairement incompatible avec les principes gouvernant le droit de la santé, et plus particulièrement l'obligation d'information du patient. En effet, en vertu de l'article L.1111-2 du Code de la Santé Publique, l'obligation d'information doit porter non seulement sur l'état de santé du patient mais aussi sur les traitements prescrits. Le médecin doit informer le patient sur l'utilité des traitements, mais aussi leurs conséquences ainsi que leurs effets secondaires graves ou normalement prévisibles. Or, il est clair que si le patient est informé de l'inefficacité de la prescription, l'effet du placebo (sauf surprise !) est réduit à néant. L'exigence d'une information simple, intelligible et surtout loyale s'oppose donc à toute prescription d'un placebo en droit français.

Le médecin peut-il jouer d'un optimisme débordant pour faire jouer l'effet placebo ? Ainsi, dans un arrêt rendu par la Cour d'Appel de Metz le 17 avril 2003, un médecin suivait une patiente en raison de l'apparition répétée de kystes ovariens. Il a pratiqué une intervention chirurgicale pour mettre un terme aux problèmes gynécologiques de sa patiente. Le médecin avait indiqué à sa patiente à la suite de l'opération qu'elle n'aurait « plus de soucis à se faire », alors qu'en réalité, tel ne pouvait être le cas. Malheureusement, de nouvelles opérations se sont révélées indispensables par la suite et la patiente assigna le médecin devant les juridictions. .. La Cour a estimé « qu'en donnant une indication exagérément optimiste à sa patiente, le Docteur X. faisait miroiter à celle-ci de fausses perspectives d'amélioration de son état de santé »... Sur cette question, le standard doit être celui de la loyauté de l'information. Ainsi, il est possible de dire que l'optimisme devient "exagéré" lorsqu'une affirmation est tenue dans l'intention de tromper le patient sur son état, à l'image d'une manœuvre dolosive dans la formation d'un contrat... »

Une douleur chronique généralisée pourrait être liée à des fractures

Archives of Osteoporosis December 2016, 11:1 Chronic widespread bodily pain is increased among individuals with history of fracture: findings from UK Biobank Karen Walker-Bone, Nicholas C. Harvey, Georgia Ntani, Tannaze Tinati, Gareth T. Jones, Blair H. Smith, Gary J. Macfarlane, Cyrus Cooper
Site Univadis

« Les patients ayant subi des fractures de la hanche ou de la colonne vertébrale sont plus susceptibles d'éprouver des douleurs chroniques. L'apparition d'une douleur chronique généralisée pourrait présenter un lien avec des fractures osseuses passées. C'est la conclusion d'une étude britannique publiée dans la revue « Archives of Osteoporosis ». Le risque est particulièrement élevé en lien avec des fractures de la colonne vertébrale ou de la hanche. Les chercheurs de l'Université de Southampton ont analysé des données portant sur 500 000 adultes, âgés de 40 à 69 ans. Ils ont recherché des liens

entre des fractures des membres supérieurs ou inférieurs, de la colonne vertébrale ou de la hanche, et une douleur chronique généralisée. Ils ont également pris en compte une série de facteurs supplémentaires, dont la nutrition, le mode de vie, la corpulence et la santé psychologique. Les résultats ont montré une augmentation du risque de douleur chronique si les patients avaient subi une fracture par le passé. La corrélation était particulièrement élevée en lien avec des fractures de la hanche ou de la colonne vertébrale. « Les causes de la douleur chronique généralisée sont mal caractérisées et cette étude est la première à démontrer un lien avec une fracture passée. S'ils sont confirmés par d'autres études, ces résultats pourraient nous aider à réduire la charge de morbidité associée à la douleur chronique à la suite de ces fractures » déclare l'auteur de l'étude, Nicholas Harvey. »

Réponse au traitement des « PR fibromyalgiques »

The effect on treatment response of fibromyalgic symptoms in early rheumatoid arthritis patients : results from the ESPOIR cohort Duran J, Combe B, Niu J et coll. Rheumatology 2015 ; 54 : 2166-70
Article commenté par le Dr Véra Lemaire (CHU Lariboisière - Paris) Tirée de la Réunion de Bibliographie en date du 29 janvier 2016 **Site Rhumato.net**

« Sur les 813 patients de la cohorte ESPOIR (ayant une polyarthrite de moins de 6 mois d'évolution) 697 répondaient à la classification PR. 120 avaient une fibromyalgie associée, 548 n'en avaient pas. L'âge moyen était de 48 ans, il y avait 76% de femmes, 14% étaient obèses et la moitié était fumeurs. 50% était séropositif pour le facteur rhumatoïde ou/et anti CCP. Il n'y avait pas de différence démographique entre les deux groupes. Les PR fibromyalgiques avaient des scores d'activité plus élevés : DAS28 (16,02 versus 5,16), SDAI (39,78 versus 29,09), CDAI (37,94 versus 26,76) et HAQ (1,25 versus 0,98). Vs et score radiologiques étaient plus bas. Elles étaient améliorées de façon comparable aux PR non fibromyalgiques et leurs scores restaient de ce fait plus élevés que les PR sans fibromyalgies. Il n'y avait pas de différence pour les articulations gonflées, les scores radiologiques ou les paramètres d'inflammation. Il y avait moins souvent une maladie de faible activité (à 0,77) ou une rémission (0,61 pour la rémission DAS28). Il n'y avait pas de différence entre les 2 groupes des différentes thérapeutiques.

Analyse de l'article

Les scores d'activité de la PR surestiment l'activité des PR fibromyalgiques, ce qui peut conduire à renforcer de façon inappropriée les thérapeutiques. Dans ces situations (douleur articulaire à la pression sans gonflement), l'échographie qui montre ou ne montre pas une synovite a un grand intérêt. »

Fibromyalgie: une pathologie, multimodale et multisensorielle

*Arthritis and Rheumatology DOI: 10.1002/art.38781 Altered Functional Magnetic Resonance Imaging Responses to Nonpainful Sensory Stimulation in Fibromyalgia Patients***Site Santé Log**

Cette recherche de l'Université du Colorado, Boulder, non seulement contribue à confirmer la fibromyalgie comme une pathologie réelle mais révèle que les personnes souffrant de fibromyalgie sont hypersensibles à la stimulation sensorielle quotidienne... Ici, en utilisant l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf), les chercheurs montrent, chez 35 patientes atteintes de fibromyalgie, âgées de 47 ans en moyenne, vs 25 témoins exempts de la maladie, appariés pour l'âge, une réponse réduite dans les zones visuelles et auditives du cerveau- alors qu'on aurait pu imaginer une augmentation. La recherche montre donc une réponse centrale altérée à la stimulation multisensorielle, qui, selon les auteurs, fait partie intégrante des symptômes de la pathologie, car cette activation corticale réduite dans les zones cérébrales visuelle et auditives sont associées à des plaintes de douleur des patients.... Quelle explication, quelles implications ? Le cerveau des personnes souffrant de fibromyalgie ne reconnaît pas les signaux sensoriels au départ et ne les traiterait pas dans les zones

appropriées du cerveau ce qui amplifierait ces signaux, au lieu de juste les « traiter en routine » comme c'est le cas chez les sujets en bonne santé. L'auteur explique : lorsque qu'on rentre dans une maison pour la première fois, on identifie un certain parfum. La deuxième fois, on le reconnaît. La troisième fois, on n'y prête plus attention. Ce n'est pas le cas chez les personnes atteintes de fibromyalgie. Finalement, chez les patients atteints de fibromyalgie, chaque stimulus sensoriel est traité comme nouveau et unique.... Une découverte qui incite les auteurs à réfléchir à des thérapies par neurostimulation des zones sensorielles du cerveau, des thérapies encore peu évoquées dans le traitement de la maladie.

Fibromyalgie et fatigue chronique: des troubles de l'épuisement immunitaire?

Site Santé Log

Le syndrome de fatigue chronique (SFC) et la fibromyalgie sont de plus en plus associés à un épuisement immunitaire chronique, suggérant la thèse de l'auto-inflammation ou de l'infection chronique. Plusieurs études récentes documentent ainsi, chez les patients atteints, la baisse des niveaux de plusieurs facteurs immunitaires, tant dans le plasma que le liquide céphalo-rachidien, démontrant ainsi par d'autres voies le caractère systémique de ces deux troubles qui affectent l'ensemble du corps et le système nerveux central. Une inflammation chronique qui semble même entraîner un vieillissement précoce, tant physique que cognitif... De récentes études suggèrent que l'épuisement immunitaire pourrait faire partie des causes ou des effets du SFC et de la fibromyalgie chez un grand nombre de patients atteints... Les chercheurs font référence à l'épuisement immunitaire, un concept proche du déficit immunitaire rencontré chez des patients souffrant d'infections chroniques ou de maladies auto-inflammatoires. D'autres études ont suivi, documentant le même processus, suggérant que l'épuisement immunitaire pourrait même être un facteur majeur de syndrome de fatigue chronique et de fibromyalgie chroniques : un déficit immunitaire, dans le liquide céphalo-rachidien (LCR) comme dans le sang, confirmant évidemment l'implication du système nerveux central dans ces troubles mais suggérant cet affaiblissement du système immunitaire.... Plusieurs études récentes suggèrent une tendance générale à l'épuisement immunitaire à la fois dans le syndrome de fatigue chronique et la fibromyalgie. Un épuisement qui serait causé par ce que les scientifiques appellent une « stimulation exubérante » du système immunitaire en raison d'un processus d'auto-inflammation ou d'infection chronique. L'identification des facteurs immunitaires "à la baisse" non seulement permet de mieux comprendre le processus moléculaires sous-jacents mais pourrait offrir de nouvelles cibles de traitement, pour ces deux maladies encore largement méconnues. »

Sources :

Molecular Psychiatry 2016 Feb doi: 10.1038/mp.2015.29 Cytokine network analysis of cerebrospinal fluid in myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome.

Mediators Inflamm. 2015 Cytokines in the cerebrospinal fluids of patients with chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis

Cytokine 2016 Feb doi: 10.1016/j.cyto.2015.11.018 Reductions in circulating levels of IL-16, IL-7 and VEGF-A in myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome