

Newsletter n° 11 de janvier et février 2017

Réseau Douleur Paca Ouest



Le mot du président

Bonjour,

Deuxième tour de roue de l'EPP sur les douleurs induites par les soins,

Soirée des Clud

Journée douleur du réseau

La 15e année du réseau s'annonce riche!

*Mais pour l'heure, voici la 11ème webletter concoctée cette fois encore
par Philippe Roussel*

Je vous en souhaite bonne lecture

À bientôt

Michaël LEJWI

Agenda 2017

Soirée des CLUD jeudi 23 mars 2017 19 heures à : les 15 ans du Réseau - Hôpital de la Timone Enfants

Addiction au sexe, addiction aux opioïdes sous la Présidence du Dr V. Tuzzolino Jeudi 30 mars 2017 à 20 heures Novotel Vieux Port Marseille Confirmation présence avant le 27 mars au 06 19 75 66 31

Journée Journée « Démarche palliative et périnatalité » Jeudi 30 mars 2017- Novotel Pont-de-l'Arc à Aix-en-Provence Inscription gratuite et obligatoire au 04 91 92 95 21

A lire, à voir sur les sites

Pour des résumés de ces communications ou articles adresser vos demandes au Dr Roussel rgauloise@gmail.com

Association Sparadrap : quoi de neuf à l'association Sparadrap

Un poster récapitulatif des solutions antalgiques "Prévenir la douleur provoquée par les soins chez l'enfant : quel médicament, à quel moment ?"

Ce poster à télécharger gratuitement liste les médicaments et moyens antalgiques efficaces pour éviter et soulager la douleur provoquée par les soins en pédiatrie. Il permet de repérer le pic d'action et la période optimale pour réaliser le soin.

Réalisé grâce au soutien de la Fondation APICIL et de la Fondation Stavros Niarchos

Un film de formation sur la méthode du peau à peau : "Que du bonheur... Le peau à peau en néonatalogie et en maternité"

Ce film, destiné aux professionnels de santé, sera disponible en mars 2017.

Une offre gratuite de lancement est proposée aux instituts de formation, aux services de néonatalogie, de maternité et aux associations concernées, dans la limite des stocks et d'1 DVD par service.

Réalisé grâce à la Fondation de France, la Fondation Stavros Niarchos, les Femmes Chefs d'Entreprises du Val-d'Oise, Medela et la Mutuelle Familial

Rhumato.net <http://www.rhumato.net/>

Le Diaporama consacré à la douleur et à la fibromyalgie rédigé par les Professeurs F. Laroche, S. Perrot et R. Trèves

A ne pas manquer ***

Actu Douleur et ses excellentes analyses d'articles <http://www.actudouleurs.com/>

L'Ecole du dos : une « old school » toujours d'actualité en 2016 ?

Vivre Mieux avec programme d'éducation thérapeutique AFVD pour les douleurs chroniques écrit par des professionnels de la santé et des patients experts.

(Avec les limites de l'ET, c'est-à-dire les résistances multiples au changement : une évaluation préalable à l'ET me paraît indispensable sinon le « J'ai tout essayé et rien ne marche » s'appliquera aussi à cette louable entreprise Ph Roussel)

- Sciatique : AINS ou pas ?

- La stimulation médullaire dans l'angor : info ou intox ?

Springer : Douleur et Analgésie vol. 29 n° 4 <http://www.springer.com>

Numéro presque entièrement consacré aux canaux ioniques mais à noter aussi un article sur la place de l'oxycodone en oncologie

Univadis <https://www.univadis.fr>

Diaporama de FMC : la fibromyalgie par le Pr Francis Blotman

Céphalées, l'essentiel du mois de janvier 2017 :

- céphalées de tension ; l'efficacité de 1000 mg d'aspirine

- céphalées d'intensité légère : pas de traitement pour éviter les céphalées médicamenteuses

- la migraine est associée à n risque accru d'AVC post-opératoires

Site Medscape www.medscape.com

Sur le long terme, AINS et paracétamol entraîneraient une perte d'audition

Douleurs rhumatismales : les cannabinoïdes peuvent-ils les soulager ?

Migraine : 6 études qui éclairent sur les causes et les comorbidités

Actualités

Sommaire des actualités du n°11

Syndrome douloureux régional complexe: la seule vision de la douleur peut faire très mal!
Page 4

Réduction de la douleur liée aux vaccins chez le nourrisson : comparaison de trois approches
Pages 4 et 5

Intégration des soins palliatifs dans la prise en charge standard en oncologie : actualisation des recommandations de la Société américaine d'oncologie Page 5

Un risque d'AVC post-opératoire augmenté chez les migraineux Pages 5 et 6

Recours aux traitements opioïdes dans la polyarthrite rhumatoïde : quelle évolution dans le temps ? Pages 6 et 7

Douleur chronique : les opioïdes mènent aux troubles mentaux mais c'est vice et versa Pages 7 et 8

Résultats d'un essai avec la prégabaline ou la duloxétine dans la douleur de l'arthrose digitale Page 8

A propos de la fibromyalgie Pages 8 et 9

Résumés des articles

Syndrome douloureux régional complexe: la seule vision de la douleur peut faire très mal!

Site Santé Log : *Journal of Pain* Nov, 2016 DOI : 10.1016/j.jpain.2016.10.017 Abnormal brain responses to action observation in complex regional pain syndrome (Visuel@Jaakko Hotta / Université d'Aalto)

« Parfois, juste regarder une blessure ou une plaie peut faire presque aussi mal que d'en être soi-même victime. Et pour cause, ces visions laissent aussi leurs traces, visibles dans le cerveau, et tout particulièrement chez les patients souffrant de syndrome de douleur régional complexe (SDRC), un trouble de la douleur chronique invalidante dans un membre. Chez ces patients, le simple fait d'observer les mouvements d'autres personnes peut même aggraver la douleur. Les chercheurs de l'Université d'Aalto (Finlande) nous expliquent pourquoi dans le *Journal of Pain*.

En cas de blessure, les récepteurs de la douleur dans le corps envoient des signaux à différentes zones du cerveau, ce qui entraîne la sensation de douleur. Cette étude constate que lorsque les patients atteints de SDRC éprouvent de la douleur à la seule observation des mouvements d'autres personnes, leur cerveau présente une activité anormale dans de nombreuses zones qui réagissent en cas de douleur physique directe. Les chercheurs finlandais ont analysé des images IRM de 13 patients atteints de SDRC et de 13 témoins en bonne santé qui ont visionné de courtes vidéos montrant un geste douloureux pour les patients atteints. Par exemple une main serrant une boule avec un maximum de force. Chez les patients atteints, les chercheurs constatent des modèles d'activation cérébrale anormaux et bien différents, vs témoins sains. Le SDRC semble affecter les zones cérébrales liées à la fois au traitement de la douleur et au contrôle moteur.

Cet exemple, du SDRC éclaire sur des **stratégies thérapeutiques possibles, cognitives par exemple**, non seulement pour les patients atteints, mais plus largement pour tous ceux qui présentent une hypersensibilité à la douleur ou à ses stimuli, comme les patients fibromyalgiques. »

Réduction de la douleur liée aux vaccins chez le nourrisson : comparaison de trois approches

Site Vidal *Relative effectiveness of additive pain interventions during vaccination in infants. Anna Taddio, Rebecca Pillai Riddell, Moshe Ipp, et al. CMAJ 2016. DOI:10.1503 /cmaj.160542* Article commenté par Sophie DUMERY

« La réduction de la douleur des injections vaccinales chez le nourrisson, par exemple avec une crème anesthésiante, pourrait permettre de réduire l'appréhension, voire la réticence des parents et enfants face à cet acte.

Mais quelle est l'approche optimale ? Est-il possible de la systématiser ?

Anna Taddio* (Toronto, Canada) a réalisé, avec ses collaborateurs, une étude randomisée, en double aveugle contre placebo et multicentrique incluant 352 enfants et comparant à 3 approches placebo les effets de 3 approches différentes, seules ou en combinaison : crème à base de lidocaïne, apaisement par les parents après formation vidéo, prise d'une boisson sucrée avant la piqûre.

Les résultats montrent que les câlins des parents et la solution sucrée n'ont pas d'effets suffisants à eux seuls. **Seule l'application d'une crème contenant de la lidocaïne réduit significativement la douleur** des injections vaccinales dans la première année de vie.

Les auteurs notent aussi que la douleur varie selon l'âge de l'enfant, avec une baisse à l'âge de 6 mois, puis une remontée à 12 mois.

Ils préconisent, malgré la brièveté de cet acte, de recourir davantage à ce type de crème, afin notamment de diminuer les risques de réticence à la vaccination. »

Les recommandations d'A Taddio et coll. publiées en 2015 dans la même revue

Reducing pain during vaccine injections: clinical practice guideline. Anna Taddio, C. Meghan McMurtry, Vibhuti Shah, Rebecca Pillai Riddell et al. CMAJ 2015. DOI:10.1503 /cmaj.150391

Intégration des soins palliatifs dans la prise en charge standard en oncologie : actualisation des recommandations de la Société américaine d'oncologie

Site Héματο.net *Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care : American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update* Article commenté par le Pr Vincent Levy (Hôpital Avicenne - Bobigny) [Déclaration de liens d'intérêts]

La Société américaine d'oncologie avait publié, en 2012, les premières recommandations visant à l'intégration des soins palliatifs dans la prise en charge des patients atteints de cancer. Elle actualise dans le dernier numéro du Journal of Clinical Oncology ces recommandations.

Il s'agit de recommandations essentiellement fondées sur les preuves (Evidence Based) et sur un panel d'experts membres de l'ASCO et de spécialistes des soins palliatifs.

Les auteurs se sont fondés sur les essais randomisés, les revues systématiques et méta-analyses, ainsi que sur les analyses secondaires des essais publiés entre 2010 et 2016.

Les recommandations de 2012 avaient montré l'intérêt de l'introduction des soins palliatifs aux soins courants des patients atteints de cancer en phase avancée (définie comme les cancers présentant des métastases à distance, les phases avancées de la maladie, avec un pronostic vital engagé à 6 – 24 mois). Il est naturellement impossible de résumer de façon correcte les recommandations qui tiennent sur un article de 16 pages sans compter les suppléments. Neuf nouveaux essais randomisés, un essai quasi-expérimental, 5 analyses secondaires, ont été analysés en complément de ceux déjà inclus dans l'analyse de 2012 afin de répondre à 6 questions principales :

- quel est le meilleur moyen de prendre en charge un patient en phase avancée symptomatique (avec ou sans soins palliatifs) ?
- quelles sont les meilleures modalités de prise en charge palliative (consultations internes/externes ; praticiens dédiés ou non ?)
- comment le soin palliatif est défini et conceptualisé en oncologie ?
- comment se positionnent les soins palliatifs par rapport à des modalités de soins de supports autres (infirmières, oncologie gériatrique, psycho-oncologie) ?
- quelles sont les interventions utiles pour les familles ?
- quels sont les patients à qui il est légitime de proposer une unité de soins palliatifs ?

La lecture de ce papier paraît absolument cruciale pour tous les hématologues cliniciens en charge de patients atteints d'hémopathies malignes. »

Un risque d'AVC post-opératoire augmenté chez les migraineux

Site Univadis *Timm FP et al. Migraine and risk of perioperative ischemic stroke and hospital readmission: hospital based registry study. BMJ published online 10 January 2017;356:i6635 doi: 10.1136/bmj.i6635.* Article résumé par Agnès Lara

« Un patient sur 1.000 est concerné par un AVC ischémique dans les 30 jours suivant une intervention chirurgicale. Et ce risque est fortement augmenté en cas d'intervention cardiovasculaire majeure. Plusieurs études ont suggéré qu'il existait un lien entre antécédents de migraine et risque d'AVC ischémique. Mais jusqu'ici, l'impact de la migraine sur le risque d'AVC ischémique n'avait encore jamais été évalué en période post-opératoire. Une étude de registre portant sur une large cohorte de patients opérés dans des hôpitaux américains apporte de premières données...

Résultats

124.558 patients opérés ont été inclus dans l'étude. L'âge moyen était de 52,6 ans et 54,5% étaient des femmes. 10.179 patients (8,2%) ont reçu un diagnostic de migraine (sur la base de l'ICD-9), dont 1.278 (12,6%) avec aura et 8.901 (87,4%) sans aura.

Les patients ayant reçu un diagnostic de migraine étaient plus souvent des femmes, avaient tendance à être plus jeunes et présentaient moins fréquemment des facteurs de risque cardiovasculaire (diabète, hypertension, maladies coronariennes et fibrillation atriale).

771 AVC d'origine ischémique se sont produits au cours des 30 jours suivant l'intervention chirurgicale (0,6% des patients). Parmi ces patients, 89 (11,5%) avaient un diagnostic de migraine, dont 18 (2,3%) une migraine avec aura et 71 (9,2%) une migraine sans aura. Comme attendu, le risque d'AVC ischémique était plus élevé en cas de chirurgie vasculaire (4%), cardiaque (3,5%) ou d'intervention neurochirurgicale (11,5%).

Le risque d'AVC ischémique s'est révélé supérieur chez les patients migraineux par comparaison aux patients non migraineux (odds ratio (OR) ajusté 1,75).

Ce risque était plus important chez les patients souffrant de migraine avec aura que chez ceux souffrant de migraine sans aura, par comparaison aux patients opérés sans diagnostic de migraine.

Le risque absolu d'AVC ischémique au cours de la période post-opératoire était de 2,4 pour 1.000 patients opérés.

Ce risque était majoré chez les patients disposant d'un diagnostic de migraine (4,3 pour 100 patients opérés), tous types de migraine confondus.

Il pesait davantage sur les patients présentant une migraine avec aura (6,3) que chez ceux présentant une migraine sans aura (3,9).

Les patients qui souffraient de migraine avaient aussi des taux plus élevés de réadmission à l'hôpital dans les 30 jours suivant leur sortie (OR ajusté : 1,31), ainsi qu'un risque plus important d'AVC ischémique après la sortie de l'hôpital (OR ajusté sur l'âge : 1,94)...

À retenir

L'existence d'antécédents de migraine augmente de façon significative le risque d'AVC ischémique dans les 30 jours suivant une intervention chirurgicale, ainsi que le risque de réadmission à l'hôpital dans les 30 jours suivant la sortie. Ces résultats désignent la migraine comme un facteur de risque d'AVC en période post-opératoire qui doit donc être prise en compte pour évaluer ce dernier en pratique clinique. »

Recours aux traitements opioïdes dans la polyarthrite rhumatoïde : quelle évolution dans le temps ?

Site Rhumato.net *Opioid use in patients with rheumatoid arthritis 2005-2014 : a population-based comparative study. Zamora-Legoff J et al. Clin Rheumatol 2016 ; 35:1137-44* Article commenté par le Pr René-Marc Flipo (CHRU - Lille)

« Le traitement symptomatique de la PR comporte la possible introduction d'antalgiques, d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, mais aussi d'antalgiques majeurs de type opioïdes ou d'anti-inflammatoires stéroïdiens.

De façon très générale, on observe en Europe et en Amérique du Nord une augmentation progressive de la prescription des antalgiques opioïdes. Les auteurs se sont interrogés sur l'évolution de ce type de prescription dans la PR. Il s'agit de la cohorte de la Mayo Clinic. Les patients vérifient les critères ACR 1987. Ils sont comparés à une cohorte de référence n'ayant pas de PR. La période d'analyse va de Janvier 2005 à Décembre 2014. La consommation prolongée d'opioïdes est retenue pour toute durée de prescription ≥ 60 jours sur une période de 6 mois.

Les résultats portent sur 501 sujets PR et 532 témoins. Dans la PR, il s'agit d'une femme dans 71% des cas. L'âge moyen est de $61,3 \pm 14,5$ ans. Les auteurs disposent d'un suivi moyen de $8,5 \pm 2,7$ ans. Les molécules les plus utilisées sont l'oxycodone (29%), l'hydrocodone (18%), le tramadol (22%), puis le propoxyphène (4%) et la codéine (5%).

Sur une décennie, 40% des sujets PR vont recourir à un traitement opioïde versus 24% dans la population témoin : HR = 1,58 (1,37 – 1,82). Pour les traitements au long cours, le chiffre est de 12% dans la PR versus 4% dans la population contrôle : le HR ajusté notamment pour la dépression et la fibromyalgie concomitante est de 1,92 (1,33 – 2,78).

Dans la PR, la prescription d'opioïdes s'observe principalement chez les femmes entre 50 et 64 ans : HR = 3,35 (1,47 – 9,37). Le recours aux opioïdes est de même plus élevé chez les sujets qui sont aussi traités par corticoïdes : HR = 2,48 (1,51 – 4,06). Par contre, les auteurs ne retrouvent pas d'association significative en fonction notamment de certaines caractéristiques de la maladie au diagnostic, la présence d'ACPA ou d'érosions, mais aussi la prescription ou pas de biomédicaments. »

Douleur chronique : les opioïdes mènent aux troubles mentaux mais c'est vice et versa

Site Santé Log d'après *Pain Dec, 2016 doi: 10.1097/j.pain.0000000000000730 Incident and long-term opioid therapy among patients with psychiatric conditions and medications: a national study of commercial health care claims.*

« Cette étude suggère un double « phénomène » associé à l'utilisation de médicaments opioïdes, non seulement des effets nocifs comme certains troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives, dont la dépression, les comportements suicidaires ou auto-mutilants et certains accidents. Mais elle suggère également que ces mêmes troubles sont des facteurs prédictifs de la prescription d'opioïdes à long terme. Des données présentées dans la revue Pain rappellent les dangers de l'utilisation à long terme et inconsidérée de cette famille de médicaments... Couramment utilisés pour le traitement de la douleur, en oncologie notamment, leur utilisation croissante est aujourd'hui remise en cause pour le traitement de la douleur chronique non liée aux cancers. Ici, « la nouveauté » est que certaines conditions psychiatriques préexistantes sont liées à un risque accru d'utilisation à long terme d'opioïdes et que tant une utilisation de départ de ces médicaments que ces troubles psychiatriques et comportementaux préexistants peuvent être des facteurs majeurs d'utilisation à long terme de ces médicaments contre la douleur. Il y a également et enfin, les risques de décès associés à ce type de médicaments.

Ce sont les conclusions d'une analyse des données de pas moins de **10,3 millions de patients** ayant fait des demandes de remboursement d'Assurance maladie pour des prescriptions d'opioïdes entre 2004 et 2013. Les chercheurs de l'Université de l'Indiana ont regardé si certains troubles psychiatriques et du comportement, préexistants, étaient prédictifs d'une utilisation ultérieure et prolongée de ces opioïdes. L'analyse confirme que ces troubles préexistants et les médicaments psychoactifs eux-mêmes sont bien associés à des demandes successives et de nouvelles prescriptions

d'opioïdes. Cette association apparaît particulièrement forte chez les patients à antécédents de toxicomanie ou trouble d'usage de substances.

Effets nocifs ou facteurs prédictifs ? C'est probablement le principal résultat de cette large recherche. Ces troubles psychiatriques et du comportement peuvent être à la fois la conséquence de l'utilisation d'opioïdes et prédicteurs d'une utilisation/prescription à long terme de ces médicaments. Les résultats sont clairs, ils montrent une augmentation des taux de prescription d'opioïdes chez les personnes atteintes de troubles mentaux (troubles dépressifs ou anxieux, autres troubles liés à la consommation de drogues, tentatives de suicide ou d'automutilation) :

Environ 1,7% des patients recevant une prescription d'opioïdes devient utilisateur à long terme. Le risque grimpe encore chez les patients souffrant de problèmes de santé mentale : les taux d'utilisation d'opioïdes à long terme sont multipliés par 1,5 chez les patients prenant des médicaments pour le trouble de déficit de l'attention / hyperactivité (TDAH) et par 3 en cas de troubles de toxicomanie.

En pleine épidémie d'opioïdes, il reste important de comprendre quels patients prennent ces médicaments contre la douleur. De précédentes études ont suggéré un modèle de « sélection défavorable », c'est-à-dire de patients à risque élevé d'effets nocifs. Ces résultats ajoutent à la preuve que les opioïdes sont plus susceptibles d'être prescrits à certains groupes de patients à risque élevé de résultats indésirables. **Un appel à la vigilance.** »

Résultats d'un essai avec la prégabaline ou la duloxétine dans la douleur de l'arthrose digitale

Site Rhumato.net *Pregabalin is more effective in treating hand osteoarthritis pain than duloxetine or placebo: a double-blind randomized controlled trial* Nidhi Sofat et al ACR 2016, Washington, 11-16 novembre 2016 Communication commentée par le Pr Jérémie Sellam (Hôpital Saint-Antoine - Paris)

« La douleur centrale est de plus en plus étudiée dans l'arthrose. La duloxétine est d'ailleurs mentionnée dans les recommandations de prise en charge médicale de la gonarthrose par l'OARSI (mais n'a pas l'AMM dans cette indication).

Il s'agit ici d'une étude double aveugle contre placebo ayant inclus 65 patients ayant une arthrose digitale. Les patients ont reçu soit la duloxétine (jusqu'à 60 mg/j), soit la prégabaline (jusqu'à 300 mg/j) soit le placebo. La douleur a diminué dans les 3 groupes mais de manière plus importante avec la prégabaline puis avec la duloxétine puis le placebo. Comparativement au placebo, la prégabaline améliore significativement plus les symptômes douloureux (Australian Canadian Osteoarthritis Hand Index / AUSCAN douleur et EVA douleur). La duloxétine est également supérieure au placebo sur l'EVA douleur.

De manière intéressante, ces effets antalgiques s'observent sans impact sur les scores d'anxiété ou de dépression, avec quelques effets secondaires un peu plus fréquents sous prégabaline ou duloxétine (vertige, bouche sèche, somnolence et perte d'équilibre). Cette étude montre donc que la prégabaline et dans une moindre mesure la duloxétine améliorent les symptômes comparativement au placebo à 12 semaines dans l'arthrose digitale. »

A propos de la fibromyalgie

Les 4 stades de fibromyalgie : un espoir pour améliorer l'approche thérapeutique

Site Rhumato.net *The Four Stages of Fibromyalgia: Potential for More Precise Treatment Approaches* Mark Gostine et al. ACR 2016, Washington, 11-16 novembre 2016 Communication commentée par le Pr Pascale Vergne-Salle (CHU Dupuytren - Limoges)

« La fibromyalgie est une pathologie hétérogène. L'objectif de cette étude était de séparer les patients en différents stades de maladie, basés sur la sévérité de la pathologie et sur l'évolution dans le temps. 2529 patients fibromyalgiques (FM) avec au total plus de 79 000 visites ont été inclus entre janvier 1999 et février 2014. Les patients ont été séparés selon les comorbidités, les zones douloureuses, les différentes prises en charge thérapeutiques.

Résultats : 4 stades ont été identifiés :

- 1) Stades 1-3 : FM régionale avec des symptômes classiques ;
- 2) Stades 4-5 : FM généralisée avec une diffusion des douleurs et des symptômes supplémentaires ;
- 3) Stades 6-8 : FM avec des comorbidités associées et évoluées ;
- 4) Stade 9 : FM secondaire associée à une maladie.

Le clustering incluant le temps permet de séparer 9 clusters avec un taux de mauvaises classifications de 11,2%. Si l'on supprime la contrainte de temps, 45% des patients sont reclassés. Les erreurs de classification chutent de 11,2% à 4,4%. Ainsi, les stades de la maladie sont mieux définis par la sévérité et sont moins dépendants du temps.

Conclusion : globalement, **la sévérité et la diffusion des douleurs augmentent avec les stades**. Il apparaît des parallèles entre stades de la maladie et comorbidités sous-jacentes. Cette classification en stade pourrait permettre une meilleure adaptation des prises en charge thérapeutiques. »

Observance et fibromyalgie

Site Rhumato.net *Adherence to Drug Therapy in Patients with Fibromyalgia Guillermo Bennasar Sr. et al. ACR 2016, Washington, 11-16 novembre 2016* Communication commentée par le Pr Pascale Vergne-Salle (CHU Dupuytren - Limoges)

« L'observance aux traitements dans la fibromyalgie (FM) est faible entre 30 et 80% en fonction de la définition de l'observance et de la méthodologie utilisée dans les études. L'objectif de cette étude était de déterminer le niveau d'observance aux thérapeutiques médicamenteuses dans la FM et de dégager les facteurs associés à une mauvaise observance...*Moins de la moitié des patients FM sont observant*. Les facteurs associés à la mauvaise observance sont l'anxiété, la dépression et une altération de la qualité de vie. »

Maltraitance dans l'enfance et événements traumatiques dans la fibromyalgie et la polyarthrite rhumatoïde

Site Rhumato.net *Self-Reported Childhood Maltreatment and Traumatic Events Among Israeli Patients Suffering from Fibromyalgia and Rheumatoid Arthritis Raneen Hellou et al. ACR 2016, Washington, 11-16 novembre 2016* Communication commentée par le Pr Pascale Vergne-Salle (CHU Dupuytren - Limoges)

L'association fibromyalgie (FM) et maltraitance dans l'enfance a souvent été rapportée. Cependant, elle n'a pas été comparée aux autres douleurs chroniques rhumatologiques. L'objectif de cette étude était donc de comparer ces événements dans une population de FM et une population de polyarthrite rhumatoïde (PR). Selon cette étude il existe donc bien une association FM et maltraitance dans l'enfance, ainsi que la présence d'un syndrome de stress post-traumatique. Dans ce domaine, il existe des différences significatives entre les patients FM et les patients souffrant de PR. »