

*Le mot de la présidente*

*Tous les Membres du Comité de Coordination et du Conseil Scientifique vous souhaitent une très belle Année de Santé, de Paix et d'Accomplissement personnel et professionnel.*

*Que 2016 permette la poursuite active de notre collaboration afin que la prise en charge de la douleur dans nos établissements s'améliore encore.*

*Que toutes les personnes qui se sont investies soient sincèrement remerciées...*

*En comptant toujours sur votre présence et vos suggestions, à très bientôt !*



## Agenda 2016 du Réseau

**Le 28 janvier 2016 à 14 h**

**Réunion du Réseau**

**Clinique de l'Etoile à PUYRICARD**

**Le 25 février 2016**

**Sixième Journée des Actualités de la Douleur**

**La douleur en questions**

**Villa Massalia Marseille**

**[smeyer@divine-id.com](mailto:smeyer@divine-id.com)**

**[www.divine-id.com](http://www.divine-id.com)**

**Le 21 avril 2016 à 19 h**

**Soirée des CLUDS**

**Hôpital de la Timone Marseille**

## A lire, à voir

### Sur le site sparadrap

<http://www.sparadrap.org/Professionnels/Nos-conseils-pratiques>

#### Les conseils du mois

- Quelle place, quel rôle pour les parents lors d'un soin ? (Tous les textes officiels encouragent la présence des parents lors du soin ou de l'examen de l'enfant)
- Distraire les enfants lors des soins
- Réaliser un audit en soins infirmiers

### Sur le site Change Pain

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

**Une prise en charge insuffisante de la douleur cancéreuse : quelles perspectives ? Un patient sur trois ne reçoit pas de traitement pertinent avec l'intensité de la douleur : la voie intrathécale une solution à développer ?**

### Sur le site du CNRD

<http://www.cnrdr.fr/Quels-sont-les-besoins-des.html>

Deux vidéos sur les besoins, les missions, les pratiques des infirmières ressources douleur

### Sur le site Medscape

<http://francais.medscape.com/features/public/recherche?sstr=placebo>

Le dossier placebo est de grande qualité et passionnant

### Sur le site Univadis la vidéo du Pr David WALSH

**Compréhension des douleurs liées à l'arthrite : une solution pour améliorer le traitement**

[http://www.univadis.fr/e-learning/367/Comprehension-des-douleurs-liees-a-l-arthrite-une-solution-pour-ameliorer-le-traitement?utm\\_source=newsletter+email&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=medical+updates+-+daily&utm\\_content=489307&utm\\_term=automated\\_daily](http://www.univadis.fr/e-learning/367/Comprehension-des-douleurs-liees-a-l-arthrite-une-solution-pour-ameliorer-le-traitement?utm_source=newsletter+email&utm_medium=email&utm_campaign=medical+updates+-+daily&utm_content=489307&utm_term=automated_daily)

## Actualités

### *Sommaire des actualités du n°4*

*Lorsque les douleurs persistent après l'accouchement* Page 3

*Idées reçues sur la prise en charge de la douleur en réanimation* Page 3 et 4

*Douleur chronique : vers le secret d'une vie sans douleur* Page 4 et 5

*Migraine : et si tout se résumait au stress oxydatif ?* Page 5

*Fibromyalgie et hypersensibilité aux évènements non douloureux* Page 5 et 6

*Polyarthrite rhumatoïde : la mauvaise observance des patients* Page 6

*Prothèse totale de genou et douleur* Page 6

*Gonarthrose : les AINS au long cours et évolution de la chondrolyse* Page 6 et 7

*Kétamine orale : pour qui, pourquoi, comment ?* Page 7

*Traitement antalgique par oxycodone-naloxone et douleur des patients parkinsoniens* Page 7 et 8

*Méditation de pleine conscience plus efficace qu'un placebo sur la douleur : décryptage* Page 8

*Douleur chronique et insomnie: pourquoi la thérapie cognitive ?* Page 8

*Anxiété et douleurs péri-opératoires : intérêt confirmé de la musique* Page 8 et 9

*L'acupuncture ferait ses preuves contre la douleur dans la fibromyalgie* Page 9 et 10

## Résumés des articles

### **Lorsque les douleurs persistent après l'accouchement**

*Wuytack F et coll. : The health-seeking behaviours of first-time mothers with persistent pelvic girdle pain after childbirth in Ireland: A descriptive qualitative study. Midwifery 2015 : 31 ; e1004-1009.*

Article commenté par Marie Gélébart **Site JIM**

« Les douleurs de la ceinture pelvienne concerneraient 23 % à 65 % des femmes enceintes et 8 à 10 % d'entre elles en restent affectées 18 à 24 mois après l'accouchement. Le post-partum tardif est une période de la grossesse relativement délaissée et les comportements en matière de soins qu'adoptent les femmes touchées par cette gêne sont mal connus. Vingt-trois primipares irlandaises souffrant de douleurs de la ceinture pelvienne plus de trois mois après leur accouchement ont été interrogées sur leur parcours. Trois attitudes principales émergent de leurs déclarations : l'absence de plainte en l'absence d'interrogation de la part des équipes soignantes, la recherche d'aide et de conseils et l'élaboration de stratégies d'adaptation. « **On ne m'a rien demandé, je n'ai rien dit** »... Des stratégies pour éviter la douleur. La plupart des femmes sentent qu'elles peuvent vivre avec ces douleurs persistantes mais elles préféreraient en être libérées. Elles mettent en place toute sorte de stratégies pour combattre les douleurs : éviter certains mouvements, porter des chaussures confortables, ranger les choses à la bonne hauteur, perdre du poids. Certaines essayent de ne pas y penser, d'autres de faire des étirements ou de se masser. Beaucoup ont pris des antalgiques et certaines ont consulté un physiothérapeute, soit à l'hôpital soit en privé. »

### **Trois idées reçues sur la prise en charge de la douleur en réanimation**

*Sigakis M et coll. : Ten Myths and Misconceptions Regarding Pain Management in the ICU. Critical Care Med., 2015; 43: 2468-2478.* Article commenté le Dr Béatrice Jourdain **Site JIM**

« La douleur est fréquente et souvent sous-traitée chez les patients en soins intensifs. Une revue a listé dix idées reçues sur la douleur en réanimation, dont 3 préjugés ou faux concepts évoqués ici.

**La majorité des patients admis en réanimation reçoivent un traitement analgésique adéquat.**

On pense ainsi souvent que la majorité des patients admis en réanimation reçoivent un traitement analgésique adéquat. En réalité, **près de 50 % des malades interrogés après leur séjour en unité de soins intensifs (USI) rapportent une douleur d'intensité modérée à sévère**, ressentie soit au repos, soit pendant des gestes couramment effectués... Le ressenti des douleurs est de plus majoré par la manque de sommeil, les problèmes de communication ou une confusion.

### **La douleur n'affecte pas le pronostic à court ou long terme**

La douleur non calmée a des effets physiologiques : elle active le système nerveux autonome, élevant les catécholamines circulantes et les hormones de stress, ce qui peut provoquer une vasoconstriction et nuire à la perfusion tissulaire. **Des études réalisées dans des USI prouvent qu'une approche active du traitement de la douleur est associée à une meilleure évolution à court et à long terme**, tels qu'une diminution de la durée de la ventilation mécanique, du taux d'infection, de la durée du séjour et de la mortalité à 30 jours. Ces bénéfices sont également attribués à la réduction de l'administration de médicaments sédatifs ou hypnotiques. Au plan psychologique, la mémoire de la douleur pendant un séjour en USI est un facteur prédictif indépendant du développement d'un syndrome de stress post-traumatique...

### **Sédation = analgésie**

... Historiquement, la sédation continue avec des benzodiazépines ou du propofol a été la thérapeutique de choix utilisée pour offrir un confort aux patients sous assistance ventilatoire. Sous ce traitement, la survenue d'une agitation induite par la douleur se trouvait contrôlée de manière inappropriée par une majoration de la sédation. **On recommande actuellement avant d'introduire une sédation, de commencer par contrôler la douleur**. Malgré cette démarche, on ne peut se passer des traitements sédatifs : selon les études, après une analgésie initiale bien conduite, entre 18 et 70 % des patients selon les séries nécessiteront l'ajout d'agents sédatifs. Pour éviter les ambiguïtés, on parle alors **d'analgo-sédation**.

D'autres données récentes sont développées dans cet article pour permettre de progresser dans le traitement de la douleur dans ce domaine particulier. »

### **Douleur chronique : vers le secret d'une vie sans douleur**

#### **Site Santé Log Nature Communications**

« Cette recherche de l'University College London (UCL) révèle les clés d'un secret... caché chez certaines personnes nées avec une mutation génétique rare et qui sont incapables de ressentir la douleur. L'idée est donc de tenter de recréer ce trait d'«analgésie absolue» -même si de précédentes tentatives n'ont pas été couronnées de succès... Des chercheurs de l'Université d'Oxford avaient déjà suggéré, dans la même revue, que les seuils de tolérance de la douleur sont liés à des modifications épigénétiques c'est-à-dire au mode d'expression de certains gènes. En identifiant ces gènes, on identifierait de nouvelles cibles pour de nouveaux analgésiques. Ici, les chercheurs de l'UCL et du Wellcome Trust marquent une étape vers un médicament de l'analgésie absolue. En cause, ces canaux qui permettent aux signaux de passer le long des membranes des cellules nerveuses. Les auteurs rappellent qu'en 2006, un canal sodique « Nav1.7 » a été identifié comme particulièrement important pour la signalisation dans les voies de la douleur. Les personnes privées de Nav1.7 ne ressentent pas la douleur. Des médicaments qui bloquent Nav1.7 ont depuis été développés, mais ils n'ont montré que peu d'effets... En revanche, les personnes nées sans Nav1.7 ressentent encore mais pas la douleur ! La nouvelle étude révèle que les souris et les humains qui manquent de Nav1.7 produisent également des niveaux de peptides opioïdes naturels plus élevés. Lorsque les chercheurs

donnent de la naloxone à des souris dépourvues de Nav1.7, ils constatent qu'elles ressentent à nouveau la douleur. Lorsqu'ils donnent la naloxone à une femme, âgée de 39 ans présentant cette mutation rare, la patiente ressent la douleur pour la première fois de sa vie. C'est la confirmation du rôle clé de Nav1.7 dans la douleur humaine, explique le Pr John Wood, auteur principal de l'étude. Son idée, combiner de faibles doses d'opioïdes avec des inhibiteurs de Nav1.7., afin de reproduire l'insensibilité à la douleur des personnes atteintes de ces mutations rares. Et le test se montre déjà concluant sur des souris non modifiées. « Utilisé en combinaison avec des inhibiteurs de Nav1.7, la dose d'opioïde nécessaire pour prévenir la douleur est très faible », explique l'auteur qui espère de premiers essais cliniques dès 2017. Un immense espoir pour les millions de patients souffrant de douleurs chroniques dans le monde. »

### **Migraine: et si tout se résumait au stress oxydatif?**

*Headache December 7 2015 DOI: 10.1111/head.12725 Migraine Triggers and Oxidative Stress: A Narrative Review and Synthesis (Visuel Achelios)*

« 22 facteurs pouvant déclencher des migraines, c'est ce que ces chercheurs de l'Université du Maine (US) ont regardé à la loupe, à travers leur méta-analyse de 261 études. Ils aboutissent à une cause majeure, le stress oxydatif, auquel semblent également contribuer tous ces facteurs de migraine. Une toute nouvelle théorie donc sur le développement des migraines, exposée dans la revue *Headache* et non sans implications pour leur prise en charge. Avec des antioxydants, par exemple. Le stress oxydatif, un processus déjà documenté dans de nombreuses maladies et associé au vieillissement: les radicaux libres qui vont interagir avec une série d'autres molécules à l'intérieur des cellules vont entraîner une « sorte d'usure et finalement des dommages à l'ADN, aux protéines, puis aux membranes et autres structures cellulaires... Leur examen de la littérature sur le sujet a porté en effet sur les déclencheurs de migraine et de stress oxydatifs, pondérés par un score (de 1 à 3) en fonction de la force de la preuve les reliant au stress oxydatif dans le cerveau... Cette méta-analyse confirme la propension des déclencheurs de migraine à générer du stress oxydatif : l'alcool, l'aspartame, l'infection, le stress, la déshydratation, le glutamate monosodique, le bruit, certaines conditions météorologiques, la pollution, la privation d'oxygène, un sommeil perturbé, les soucis quotidiens, le médicament nitroglycérine (vasodilatateur), certains composés chimiques alimentaires (tyramine, bêta-phényléthylamine, flavonoïdes, nitrates), la réduction des niveaux d'œstrogène, une hypoglycémie, le surmenage mental... Cette méta-analyse contribue aussi à expliquer la multiplicité des facteurs de migraine. Enfin, cette hypothèse, qui reste encore à valider par d'autres études **ouvre la possibilité de recourir aux antioxydants** pour prévenir la migraine. En conclusion, une théorie intéressante et biologiquement plausible qui doit encore être validée par l'expérimentation sur le rôle potentiel du stress oxydatif dans le déclenchement des migraines. »

### **Fibromyalgie: l'hypersensibilité aux événements non-douloureux fait partie aussi de la pathologie**

*Arthritis & Rheumatology DOI : 10.1002/art.38781 Altered Fmri Responses to Non-Painful Sensory Stimulation in Fibromyalgia Patients Site rhumato.net*

« Cette recherche par imagerie de l'Université du Colorado à Boulder montre que les patients souffrant de fibromyalgie ont une hypersensibilité à des événements non-douloureux... Les patients atteints de fibromyalgie ressentent ainsi une hypersensibilité et un désagrément accrus en réponse à une stimulation négative, visuelle, auditive et/ou tactile. Des conclusions à prendre en compte dans le diagnostic et l'évaluation de la maladie... De précédentes études ont déjà suggéré, en plus de la sensibilité à la douleur, une tolérance réduite aux stimuli sensoriels, chez les patients atteints de

fibromyalgie. Cette étude confirme, via IRM, cette hypersensibilité aux événements non-dououreux... Les observations de l'activation corticale anormale associée à la douleur auto-déclarée du patient suggèrent de nouvelles cibles pour les traitements par neurostimulation chez les patients fibromyalgiques.

### **Polyarthrite rhumatoïde : nouvelle étude illustrant la mauvaise observance de nos patients...**

*High degree of nonadherence to disease-modifying antirheumatic drugs in patients with rheumatoid arthritis. Rauscher V et coll. J Rheumatol 2015 ; 42:386-90* Article commenté par le Pr René-Marc Flipo (CHRU - Lille). **Site rhumato.net**

L'observance des traitements dans la PR fait l'objet actuellement de nombreuses études en raison de l'importance des coûts directs et indirects secondaires à la mauvaise observance. Le pourcentage de patients considérés avec bonne observance varie considérablement en fonction des études et de la méthodologie : de 20 à 70% des patients... Ce travail repose sur une étude monocentrique. Deux-cent-quarante patients PR ont été interpellés et 78 ont répondu... Sur la compliance globale, le pourcentage de patients considérés comme ayant **une bonne observance n'est que de 14,1%**. Sur l'exactitude des prises posologiques, le chiffre n'est que de 3,8% de bonne observance... Cette étude retrouve à nouveau l'absence de relation significative avec les paramètres d'activité de la maladie et/ou la survenue d'effets secondaires.

### **Essai contrôlé de la prothèse totale de genou**

*A randomized, controlled trial of total knee replacement Skou ST, Roos EM, Laursen MB N. Engl. Med. 2015 ; 373 :1597-606* Article commenté par le Dr Véra Lemaire (CHU Lariboisière - Paris) **Site Rhumato.net**

Dans une étude contrôlée (ce qui n'avait jamais été fait antérieurement), 100 patients qui avaient une gonarthrose modérée à sévère éligible pour une prothèse totale du genou, ont été inclus dans une étude comparant l'intervention chirurgicale suivie de 12 semaines de traitement non chirurgical avec 12 semaines de traitement non chirurgical associant exercices, conseils diététiques, semelles et médicaments en 5 séances. L'objectif principal était les modifications d'un score composite après 12 mois.

Analyse de l'article

Après un an la mise en place d'une prothèse totale de genou permet d'obtenir une plus grande amélioration de la douleur et de la fonction que le traitement médical de la gonarthrose. Les patients opérés avaient cependant un plus grand nombre de complications sérieuses. Il faut remarquer aussi que la plupart des patients recevant le traitement médical n'ont pas été opérés dans l'année. »

### **Gonarthrose : le traitement AINS au long cours est-il oui ou non associé à un risque de majoration de la chondrolyse ?**

*Effects of prescription nonsteroidal anti-inflammatory drugs on symptoms and disease progression among patients with knee osteoarthritis. Lapane KL et coll. Arthritis Rheum 2015 ; 67:724-32* Résultats **de l'étude OAI** (Osteo Arthritis Initiative). Article commenté par le Pr René-Marc Flipo (CHRU - Lille) **Site Rhumto.net**

«La prescription au long cours des AINS expose à certains effets secondaires, notamment digestifs, rénaux et/ou cardiovasculaires. Quelques études ont mis en avant l'effet soit potentiellement protecteur, soit délétère de la prescription des AINS au long cours dans l'arthrose. L'étude OAI, de

cohorte mise en place entre 2004 et 2006, a inclus initialement 4 796 patients avec gonarthrose documentée ou sujets à risque de développer une gonarthrose. Le suivi porte sur 4 ans. En fin d'étude, 2 539 avaient une gonarthrose radiologiquement confirmée (Kellgren-Lawrence  $\geq 2$ ). Les auteurs ont sélectionné les 2 070 sujets qui n'avaient pas de prescription d'AINS à l'inclusion... Après 1 an de suivi, 6% des sujets ont eu recours à un traitement AINS (1 fois sur 2 de façon régulière / le plus souvent : naproxène, celecoxib et meloxicam)... Les auteurs vont retrouver un impact clinique significatif chez les sujets traités par AINS au long cours (sur les 3 évaluations : l'amélioration moyenne est alors supérieure par rapport aux non consommateurs d'AINS...Les auteurs ne vont **pas** retrouver **de différence significative entre la consommation d'AINS et l'évolution du pincement radiographique.**

### **Kétamine orale : pour qui ? Pour quoi ? Comment ? (efficacité, sécurité : à propos d'une étude rétrospective) Site Actu Douleurs**

*Marchetti F, Coutaux A, Bellanger A, et al. Efficacy and safety of oral ketamine for the relief of intractable chronic pain: A retrospective 5-year study of 51 patients. Eur J Pain 2015;19:984-93.*

Article commenté par Dr Rodrigue Deleens **Site Actu Douleurs**

« ... De nombreuses publications ont porté sur l'utilisation de la kétamine dans la prise en charge des douleurs chroniques rebelles (DCR), lors de pathologies cancéreuses ou non cancéreuses, avec des conclusions parfois contradictoires et il n'existe pas encore de consensus clair quant à son utilisation, **sa voie d'administration** (orale, parentérale, en séquence...) ou les posologies dans ces contextes... Ces patients étaient suivis dans un centre d'évaluation et de traitement de la douleur, hors cancer, et présentaient des douleurs rebelles aux traitements, notamment opioïdes, avec peu d'efficacité ou des effets indésirables. Il s'agissait de douleur neuropathiques (périphériques, post-opératoires, ou centrales), de fibromyalgies, de douleurs rhumatologiques, myalgies ou syndromes régionaux complexes. Trois modes d'introduction de la kétamine ont été proposés ... Cinquante et un patients ont bénéficié de ces traitements : 17 hommes pour 34 femmes, âgés de 46 +/- 12 ans...En résumé, près de 44 % des patients ont vu leurs douleurs s'améliorer, 62 % ont pu diminuer les doses d'opioïdes forts et 22 % n'ont eu aucun bénéfice. Compte tenu du type d'étude (rétrospective), il y a des limites à prendre en compte : l'effet placebo, le manque de groupe contrôle notamment, le nombre de patients inclus... Il n'en demeure pas moins que ce type de données nous pousse à réfléchir sur l'utilisation de cette molécule : pour qui, comment, quelle voie d'administration ? quelles, posologies ? De nombreuses questions auxquelles nous aimerions avoir des réponses et pour lesquelles **des travaux et des recommandations sont attendus pour proposer un consensus...** »

### **Un traitement antalgique par oxycodone-naloxone peut-il améliorer la douleur des patients parkinsoniens ?**

*Prolonged-release oxycodone–naloxone for treatment of severe pain in patients with Parkinson's disease (PANDA): a double-blind, randomised, placebo-controlled trial. Trenkwalder C, Chaudhuri KR, Martinez-Martin P et al. Lancet Neurol. 2015 ; 14(12):1161-70.* Article commenté par le Dr Olivier Colin (CHU Poitiers) **Site neurocoop.net**

« ... Dans cet essai de phase 2 international conduit contre placebo, l'oxycodone-naloxone a été évaluée pendant 16 semaines chez des patients parkinsoniens aux stades 2 à 4 de Hoehn et Yahr de la maladie de Parkinson, et ayant au moins un type de douleur sévère ( $\geq 6$ )... Deux-cent-deux patients, 109 sous placebo et 93 sous OXN-PR, ont été inclus. Le critère de jugement principal était la moyenne journalière sur le score de douleur à la même échelle... Les résultats à 16 semaines

montraient un score de 5,0 dans le groupe oxycodone-naloxone contre 5,0 dans le groupe placebo, cette différence n'étant pas significative. Les nausées liées au traitement étaient de manière attendue plus fréquentes dans le groupe oxycodone-naloxone que dans le groupe placebo, tout comme la constipation... Même si le **critère principal d'évaluation**, basé sur la population complète de l'analyse, **n'était pas significatif**, (les auteurs dixit) les résultats de cette étude peuvent tout de même suggérer une possible efficacité de l'oxycodone-naloxone pour les patients atteints de douleurs en lien avec leur maladie de Parkinson. D'autres travaux vont ainsi probablement voir le jour sous peu du fait de la nécessité de soulager ces symptômes douloureux invalidants. Ils seront notamment facilités par la création récente d'une échelle d'évaluation de la douleur spécifique à la maladie de Parkinson. »

### **La méditation de pleine conscience serait plus efficace qu'un placebo sur la douleur : décryptage**

*Zeidan F, Emerson NM, Farris SR, et al. Mindfulness Meditation-Based Pain Relief Employs Different Neural Mechanisms Than Placebo and Sham Mindfulness Meditation-Induced Analgesia. The Journal of Neuroscience, November 18, 2015 : 35(46):15307–15325.* Article commenté par Stéphanie Lavaud  
**Site Medscape**

« Winston-Salem, Etats-Unis – Une étude américaine, parue dans Journal of Neuroscience, montre que la pratique de la méditation de pleine conscience entraîne un soulagement de la douleur supérieur à celui obtenu par un placebo]. Plus intéressant, les examens d'imagerie (angio-IRM anatomique et fonctionnelle) indiquent pour la première fois que la méditation active des zones cérébrales très différentes de celles stimulées par un placebo dans le soulagement de la douleur, ce qui indiquerait qu'il s'agit d'un processus cognitif distinct... Mais si l'idée de s'intéresser en termes d'imagerie à la neuroplasticité cérébrale en réponse à la méditation versus effet placebo est séduisante, l'analyse du protocole de l'étude et la connaissance de la pratique méditative incitent à émettre quelques réserves quant aux résultats obtenus et à l'interprétation qui en est faite.

### **Douleur chronique et insomnie: pourquoi la thérapie cognitive ?**

*Sleep (In Press) et PLoS ONE 2015 DOI: 10.1371/journal.pone.0092158 Better Quality Sleep Promotes Daytime Physical Activity in Patients with Chronic Pain? A Multilevel Analysis of the Within-Person Relationship* **Site Santé Log**

« Quel peut être le mode de prise en charge des patients souffrant de douleurs chroniques, donc d'insomnie, de fatigue et finalement, en raison de cet ensemble de facteurs, à risque accru de dépression ? On sait aujourd'hui que les somnifères ne doivent pas être pris sur une trop longue durée. Cette étude de l'Université de Warwick revient sur la thérapie cognitive et conclut, dans la revue Sleep, à ses bénéfices à long terme, à la fois sur la qualité et la durée du sommeil mais aussi sur la perception de la douleur. Une thérapie donc autant que possible, à privilégier. »

### **Anxiété et douleurs péri-opératoires : intérêt confirmé de la musique**

*Music as an aid for postoperative recovery in adults: a systematic review and meta-analysis, Hole J, Hirsch M, Ball E, Meads C., The Lancet, octobre 2015* **Article commenté par Stéphane KORSIA-MEFFRE - Site Vidal**

« Publiée dans The Lancet, une analyse croisée de 73 études randomisées confirme l'intérêt de la musique en péri-opératoire pour diminuer la douleur, l'anxiété et l'usage d'antalgiques... Les bienfaits périopératoires de la musique, une idée proposée dès 1914 par Evan Kane dans un article du JAMA intitulé "The phonograph in the operating room". Depuis, plus de 4 000 publications ont

porté sur le sujet. Parmi celles-ci, 73 études randomisées ont été jugées dignes de méta-analyse par une équipe de la London School of Medicine and Dentistry et du Barts Health NHS Trust au Royaume-Uni. Ces études portaient sur l'écoute de musique avant, pendant et après une intervention chirurgicale, et non pas sur les interventions de musicothérapie, une pratique cognitive active... » La méta-analyse de Hole J et coll. met clairement en relief des bénéfices statistiquement significatifs de la musique péri-opératoire sur les douleurs post-opératoires, l'anxiété pré et postopératoire, la consommation d'antalgiques, la satisfaction des patients... en particulier lorsque celle-ci est écoutée en phase préopératoire, plutôt que pendant ou après l'intervention (différence non significative mais suggérée par les résultats). Un corpus d'études neuropsychologiques émet l'hypothèse que ces effets soient liés à la fois à la relaxation (ralentissement des rythmes cardiaque et respiratoire, diminution de la pression sanguine, voir Am J Crit. Care, 1999) et à la sollicitation des capacités cognitives qui sont capables de diminuer la sensibilité à la douleur (l'effet "distraction"). Les auteurs signalent également plusieurs études effectuées sur des patients sous anesthésie générale qui montrent que les effets positifs de la musique persistent même dans ce contexte, quoiqu'à un degré moindre. Ils rapprochent cette observation des études qui ont montré que, malgré une anesthésie générale, la conscience per-opératoire n'est pas exceptionnelle et engendre du stress pendant la période de convalescence (par exemple, Br J Anæsth 2013). Une analyse qui suggère une prise en charge originale et peu coûteuse. »

### **L'acupuncture ferait ses preuves contre la douleur dans la fibromyalgie**

*Journal of NeuroImage DOI: 10.1016/j.neuroimage.2009.05.083 Traditional Chinese acupuncture and placebo (sham) acupuncture are differentiated by their effects on  $\mu$ -opioid receptors (MORs). Site Santé Log*

« L'acupuncture, utilisée depuis plus de 2 millénaires en médecine chinoise pour prendre en charge la douleur, permet de renforcer la capacité du cerveau à la réguler à long terme. En utilisant l'imagerie ces chercheurs de l'Université du Michigan ont apporté des preuves que l'acupuncture, peut être efficace pour réduire les symptômes de fatigue et de douleur chez des patients diagnostiqués avec la fibromyalgie durant au moins un an. Ces données publiées dans le Journal of NeuroImage, montrent, avec 8 séances d'acupuncture une réduction de 50% de la douleur chronique chez ces patientes atteintes de fibromyalgie... Cette étude confirme, via IRM, cette hypersensibilité aux événements non-douloureux... L'explication majeure de ces effets est que l'acupuncture induit l'activation du système opioïde endogène et les récepteurs  $\mu$ -opioïdes (MOR), un système de neurotransmission qui médie les effets de l'analgésie... Par scanner, (PET), au cours de la première séance de traitement et puis un mois plus tard, après la 8<sup>e</sup> séance, les chercheurs constatent, avec l'acupuncture, et non avec le traitement placebo,

- l'augmentation de la voie de signalisation MOR dans plusieurs zones du cerveau, le cortex cingulaire, l'insula, le noyau caudé, le thalamus, et l'amygdale.
- Cette augmentation persiste à long terme.
- Les patients traités déclarent des réductions importantes de la douleur clinique, d'au moins 50%
- Tout au long de l'étude, ces patients ont convenu de ne plus prendre de médicaments analgésiques.
- Ces résultats suggèrent que l'acupuncture en agissant sur la voie de signalisation MOR contribue à amortir les signaux de douleur et à l'apaiser dans la fibromyalgie.

Mais ce n'est pas tout : alors que les analgésiques opioïdes, comme la morphine, la codéine et d'autres médicaments, travaillent aussi en se liant à ces récepteurs opioïdes dans le cerveau et dans la moelle épinière, l'acupuncture, en augmentant la disponibilité de liaison de ces récepteurs est également associée à une meilleure efficacité de ces médicaments. » **Cette étude sur 20 patientes est à confirmer**