



*Le mot de la présidente :*

*Le dernier Colloque des Actualités de la Douleur a été un véritable succès tant par la qualité des interventions que par l'organisation ; vos retours le prouvent...Ceci a été possible par le travail et l'investissement du Dr Daniel Francon, qui, malgré un travail clinique lourd, s'est investi afin de nous satisfaire.*

*Nous le remercions très sincèrement de nous avoir permis d'enrichir nos connaissances dans un si beau cadre...*

*Rendez-vous maintenant le 21 avril pour la soirée des CLUD, où nous vous attendons nombreux...*

*Enfin, les Audits seront bientôt envoyés aux 2 représentants que vous avez désignés, par la Cellule d'Evaluation et sous forme de 2 liens. Soyez vigilants : nous comptons sur vos réponses...*

*A très bientôt*

## **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>**

## A lire, à voir

### Sur le site sparadrap : vacciner sans douleur

<http://www.sparadrap.org>

Les premières recommandations de l'OMS pour réduire la douleur et la peur des vaccins janvier 2016

Comment s'installer lors d'un soin : 21 fiches numériques à télécharger

### Sur le site Change Pain

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

Trousse à outils pour une meilleure gestion de la douleur (chronique)

Diaporama : outil de dépistage de la douleur neuropathique localisée

### Sur le site du CNRD

<http://www.cnrdr.fr/-Les-vidéos-diffusées-par-le-CNRD-.html>

Une vidéo : l'utilisation du MEOPA à domicile

Une vidéo : douleur provoquée par les soins et moyens relevant du rôle infirmier autonome

### Sur le site Univadis : comment identifier et prendre en charge les céphalées.

<http://www.univadis.fr>

Une vidéo du Dr Michel LANTERI MINET (CHU Nice) qui aborde les points suivants :

- Comment distinguer les céphalées secondaires des céphalées primaires ?
- L'impact des migraines primaires
- Différencier la migraine des céphalées de tension
- Mécanismes physiopathologiques responsables de la migraine et des céphalées de tension
- Prendre en charge la migraine et les céphalées de tension
- Céphalées provoquées par les médicaments

### Sur le site ActuDouleurs.com

<http://www.actudouleurs.com/>

La toxine botulique : dans les articulations aussi ?

La toxine botulique (TB) est utilisée depuis près de 20 ans dans la prise en charge de la douleur, d'abord pour des douleurs myofasciales [...]

Morphine, a-t-on trouvé mieux que la boule de cristal pour prédire son efficacité chez un patient donné ?

Lors d'une primo prescription d'opioïde, 30 à 50% des patients présentent une réponse thérapeutique insuffisante voire absente à la molécule initialement choisit par le prescripte

Ne nous laissons pas fasciner par les belles promesses des opioïdes forts

La douleur est le maître symptôme en Rhumatologie. Au cours des siècles, le rapport de l'homme face à la douleur a changé

## Sur le site Info Douleur Neuromodulation

[infodouleurneuromodulation.com](http://infodouleurneuromodulation.com)

**Efficacité de la stimulation médullaire dans la douleur chronique : une revue systématique**

**La stimulation haute fréquence est-elle supérieure à la stimulation traditionnelle médullaire dans le traitement des douleurs lombaire et radiculaire ?**

## Sur le site ResCLUD Champagne Ardenne

[http://www.reseaupic.info/meetings/2014\\_Strasbourg/Interventions/RESCLUD%20Champagne%20Ardenne.pdf](http://www.reseaupic.info/meetings/2014_Strasbourg/Interventions/RESCLUD%20Champagne%20Ardenne.pdf)

**Le livret douleur en psychiatrie**

## Actualités

### Sommaire des actualités du n°4

*Douleur chronique: elle dévaste le cerveau et le système immunitaire page 4*

*Douleur chronique: l'espoir d'amadouer nos capteurs de douleur page 4*

*Accepter la douleur pour l'amadouer page 5*

*Méditer ou écouter de la musique lors d'une biopsie de sein +++ page 5 et 6*

*Oxycontin LP, Oxynorm et Oxynormoro (oxycodone) : remboursement étendu en rhumatologie, sous conditions page 6*

*La prise d'opioïdes à long terme peut conduire à la dépression page 6 et 7*

*Les opioïdes contribuent à soulager la douleur, mais n'améliorent pas la fonction physique dans les douleurs neuropathiques page 7*

*La prégabaline pour les douleurs neuropathiques, même après 65 ans ! page 7*

*Les migraines s'aggravent à la ménopause page 7 et 8*

*Botox dans les céphalées médicamenteuses et les migraines chroniques page 8*

*Où les douleurs articulaires mènent à la chute (sujet âgé) page 8 et 9*

*Traitement de la gonarthrose par l'association chondroïtine sulfate / glucosamine ou par le celecoxib page 9*

*Ondes de choc extra-corporelles focales dans l'épicondylite page 9*

*L'exercice peut atténuer les douleurs lombaires page 9 et 10*

*Evolution de la lombalgie aiguë sur 3 mois dans une population australienne de médecine générale page 10*

*Lombalgie: faire de l'exercice, le moyen le plus efficace pour conjurer le mal de dos page 10 et 11*

*Prévalence des douleurs chroniques diffuses dans la population générale page 11*

*Fibromyalgie: des exercices de résistance pour retrouver une qualité de vie* page 11

*Le caisson hyperbare dans le traitement de la fibromyalgie* page 11 et 12

## **Résumés des articles**

### **Douleur chronique: elle dévaste le cerveau et le système immunitaire**

*Scientific Reports* 28 January 2016 doi:10.1038 /srep19615 *Overlapping signatures of chronic pain in the DNA methylation landscape of prefrontal cortex and peripheral T cells* Moshe Szyf and al. **Site Santé Log**

« ... Ces travaux de l'Université McGill révèlent la capacité de la douleur chronique à reprogrammer l'expression des gènes dans le système immunitaire... L'étude constate en effet que la douleur chronique modifie la façon dont l'ADN est exprimé non seulement dans le cerveau mais aussi dans les cellules T du système immunitaire... La douleur modifie l'expression de centaines de milliers de gènes : l'équipe de McGill, en examinant l'ADN de cerveaux et de globules blancs de rats, modèles de douleur chronique, et précisément ses modifications épigénétiques ou "méthylation", constate que des centaines de milliers de gènes sont « marqués », dans leur expression, par la douleur. De premiers résultats qui suggèrent les effets épigénétiques de la douleur chronique sur d'autres systèmes du corps, normalement non associés à la douleur... De nouvelles données, précisent les chercheurs, qui pourraient ouvrir de nouvelles voies pour le diagnostic et le traitement de la douleur chronique chez les humains, car certains des gènes modifiés par la douleur chronique peuvent constituer de nouvelles cibles prometteuses pour de nouveaux médicaments. »

### **Douleur chronique: l'espoir d'amadouer nos capteurs de douleur**

*Nature Structural and Molecular Biology* 18 January 2016 doi:10.1038/nsm.3159 *Cryo-electron microscopy structure of the TRPV2 ion channel* Seok-Yong Lee and al. (Visuel@Mark A. Herzik Jr., Scripps Research Institute) **Site santé log**

« Décrypter la structure du canal ionique TRPV2 noyé dans la membrane cellulaire est peut-être la clé de la voie la perception de la douleur. Ce canal ionique est un capteur de température impliqué dans la chaleur et la douleur. En parvenant à cibler TRPV2, c'est l'espoir de développer de nouvelles thérapies de prise en charge de la douleur chronique, « l'espoir d'amadouer un jour cet interrupteur de la douleur ». Les canaux ioniques sont dispersés à travers les membranes cellulaires et jouent le rôle de gardiens de l'information circulant vers et hors des cellules. Dans le cas des TRPV (Transient Receptor Potential Vanilloid), cette information prend la forme d'ions calcium. Comme de petites vannes, les récepteurs de TRPV s'ouvrent en réponse à la chaleur ou à d'autres stimuli nocifs, ce qui déclenche un afflux d'ions calcium qui transmettent un signal via le système nerveux jusqu'au cerveau. L'idée est de pouvoir contrôler l'ouverture et la fermeture de ces vannes, et pour y parvenir, il s'agit de comprendre et reconstituer leur structure et leur fonctionnement. Comprendre ce mécanisme pourra en effet permettre la conception de médicaments qui ciblent les canaux ioniques. Récemment, des chercheurs ont résolu le problème de la structure de la première protéine de la famille des TRPV, TRPV1. Leurs travaux ont apporté une image de la protéine dans les 2 états, ouvert à la circulation des ions et fermé.

Après TRPV1, TRPV2 : dans cette étude, les chercheurs se sont attaqués à la seconde protéine de la famille, TRPV2. Contrairement à TRPV1, présente seulement dans le système nerveux, TRPV2 est présente dans tout l'organisme... Les chercheurs ont pu découvrir la structure de la protéine... Contrairement à TRPV1, **TRPV2 passe par un 3<sup>e</sup> « état » entre ouvert et fermé, où ce canal devient insensible aux stimuli répétés, un peu comme si l'on s'habitue à ces stimuli. Cet état de désensibilisation suggère, bien sûr, l'espoir de soulager la douleur chronique.** Ces récepteurs sont essentiels à la façon dont nous percevons et réagissons à notre environnement... Actuellement, l'équipe tente de créer des conditions biochimiques capables « d'amadouer » TRPV2... »

## Accepter la douleur pour l'amadouer

*Jensen MP, Smith AE, Alschuler KN, Gillanders DT, Amtmann D, Molton IR. The role of pain acceptance on function in individuals with disabilities: a longitudinal study. Pain 2016;157:247–254.*

Article commenté par Franck Henry **Site ActuDouleurs**

« L'acceptation (A) concerne l'aptitude à accueillir l'expérience douloureuse et interne aversive avec bienveillance pour soi-même (sans autocritiques) tout en maintenant l'engagement dans des activités valorisées (actions engagées vers les valeurs) indépendamment du niveau d'intensité douloureuse (ID). Concernant les patients douloureux chroniques (PDC), la littérature montre des corrélations significativement négatives entre l'A et l'ID, l'algophobie, la dépression et le retentissement fonctionnel de la douleur. Elle donne à l'A le statut de variable modératrice entre deux relations, celles existant entre le catastrophisme et l'anxiété, la dépression et l'incapacité perçue d'une part et celles unissant l'ID et le fonctionnement au quotidien... Les auteurs ont construits une étude observationnelle auprès de 392 PDC... Cet échantillon était à 62 % féminin, d'un âge moyen de 55 ans. Les participants rapportaient des myopathies (15%), des blessures médullaires (31%), des scléroses en plaques (26%) et des syndromes post poliomyélite (28%). A leur inclusion dans l'étude ils étaient évalués, par auto-questionnaires, sur les variables suivantes : A d'une part et ID, retentissement fonctionnel, incapacité perçue, dépression et troubles du sommeil d'autre part (fonctionnement initial). Le fonctionnement initial était réévalué 3 ans ½ plus tard. Les résultats ... confirment et précisent ceux des travaux antérieurs, avec une taille d'effet de faible niveau. L'A jouerait bien un rôle significativement modérateur dans les interactions à long terme entre l'ID et la dépression. Un haut niveau initial d'A prédirait de façon significative, 3 ans ½ plus tard, un maintien du fonctionnement initial voire une amélioration de ce dernier. Cette étude s'avère remarquable sur le plan méthodologique... **Pour les auteurs, il est essentiel de faciliter l'accès des PDC aux approches psychologiques favorisant l'A :** méditation de pleine conscience, thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT, Acceptance and Commitment Therapy) notamment. Ils souhaitent que cet accès dépasse celui des unités spécialisées dans la prise en charge des douleurs chroniques (sites internet de self-help, formation des professionnels de santé de premier recours, etc.). Enfin ils recommandent l'évaluation, en pratique clinique courante comme en recherche clinique, de l'A dans sa traduction comportementale et observable... »

## Méditer ou écouter de la musique lors d'une biopsie de sein +++

*Soo MS, Jarosz JA, Wren AA et coll. Imaging-Guided Core-Needle Breast Biopsy: Impact of Meditation and Music Interventions on Patient Anxiety, Pain, and Fatigue . J Am Coll Radiol. Article commenté par Vincent Bargoin **Site Medscape***

« Durham, Etats-Unis – Lors d'une biopsie du sein, les femmes qui écoutent un enregistrement de méditation guidée ou la musique de leur choix, sortent de l'intervention moins anxieuses et moins fatiguées que les femmes qui ont simplement pu parler avec l'équipe de soins. Ces résultats publiés dans le Journal de l'American College of Radiology ont été obtenus chez 121 femmes, qui, pour commencer, ont donné leur consentement éclairé. Cet aspect, toujours important, est en outre potentiellement signifiant ici, puisqu'il est concevable qu'une certaine capacité, ou qualité d'écoute ait été sélectionnée. Ces femmes ont donc été randomisées en 3 groupes : écoute d'un enregistrement guidant une méditation durant la biopsie, écoute de morceaux de musique choisis, ou prise en charge standard, c'est-à-dire échanges verbaux avec l'équipe de soins. On note que le service de radiologie interventionnelle de la Duke University (Durham, Etats-Unis) qui a mené l'étude, est manifestement très impliqué dans le soutien psychologique aux patientes. Les radiologues, médecins, et techniciens sont donc formés à engager le dialogue, et attentifs à délivrer des messages positifs. En d'autres termes, la prise en charge dite « standard », qui sert de contrôle, se situe certainement à un niveau déjà élevé de qualité. Le tiercé est : méditation > musique > dialogue. Juste avant et juste après l'intervention, les patientes ont évalué leur propre anxiété (State-Trait Anxiety Inventory Scale), leur

fatigue (modified Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue), et la douleur ressentie lors de la biopsie (Brief Pain Inventory).

Résultat : sur l'anxiété, la méditation et la musique ont significativement plus d'effet que l'échange de paroles avec l'équipe de soins. De même pour la fatigue : elle est plus importante après biopsie qu'avant dans le groupe « soins standard », alors qu'elle diminue dans le groupe « méditation » et dans le groupe « musique ». Enfin, s'agissant de la douleur ressentie en cours de biopsie, elle est significativement moins importante dans le groupe méditation que dans les deux autres groupes.

Un fait curieux mérite par ailleurs d'être relevé : la communication entre radiologue et patiente, évaluée à la fin de l'intervention (modified Questionnaire on the Quality of Physician–Patient Interaction), obtient les mêmes scores d'un groupe à l'autre, comme si une sorte de mieux-être dans les groupes méditation et musique venait compenser des échanges certainement moins soutenus avec l'équipe soignante que dans le groupe standard. En tout cas, comme le soulignent les auteurs, la communication entre patiente et radiologue « n'est pas compromise » par la diffusion d'une bande-son pertinente. Les auteurs concluent en rappelant que la réalisation de biopsies en hôpital de jour, exclut les sédations IV lourdes. La musique ou la méditation, interventions simples, peu coûteuses et radicalement dépourvues d'effet secondaire, se prêtent donc particulièrement bien au contexte. Par comparaison, les anxiolytiques ou l'hypnose, qui ont également été évalués dans l'indication – et également avec succès – sont un peu plus complexes à mettre en œuvre. Par ailleurs, ce qui vaut pour une biopsie du sein vaut aussi, très vraisemblablement, pour un certain nombre de situations anxiogènes et potentiellement douloureuses : depuis les biopsies du foie ou de la prostate, à l'IRM chez un sujet claustrophobe, en passant par l'angiographie. L'équipe de la Duke University annonce son intention de reproduire maintenant ses résultats dans un contexte multicentrique... »

### **Oxycontin LP, Oxynorm et Oxynormoro (oxycodone) : remboursement étendu en rhumatologie, sous conditions**

Par David Paitraud **Site Vidal**

"La prise en charge par l'Assurance maladie des spécialités opioïdes d'oxycodone est étendue au traitement de dernier recours des douleurs intenses et/ou rebelles rencontrées dans l'arthrose du genou ou de la hanche et dans la lombalgie chronique, à un stade où les solutions chirurgicales sont envisagées et chez des patients non candidats à une chirurgie de remplacement prothétique... De nouvelles données issues de méta-analyses, ainsi que plusieurs recommandations nationales et internationales préconisant l'utilisation des opioïdes forts dans le cadre des douleurs arthrosiques, ont été prises en compte par la Commission de la transparence pour recommander cette extension de prise en charge... Les spécialités opioïdes d'oxycodone OXYNORM, OXYNORMORO et OXYCONTIN LP sont désormais remboursables dans le traitement des douleurs intenses et/ou rebelles rencontrées dans l'arthrose du genou ou de la hanche et dans la lombalgie chronique (Journal officiel du 13 janvier 2016 - texte 27 et texte 28), comme traitement de dernier recours :

- à un stade où les solutions chirurgicales sont envisagées et chez des patients non candidats (refus ou contre-indication) à une chirurgie de remplacement prothétique (coxarthrose ou gonarthrose)
- **pour une durée la plus courte possible** du fait du risque d'effet indésirable grave et de l'absence de données d'efficacité et de tolérance à long terme.

... Des recommandations en faveur de l'utilisation des opioïdes forts malgré un manque de données de haut niveau de preuve »

### **La prise d'opioïdes à long terme peut conduire à la dépression**

*Prescription Opioid Duration, Dose, and Increased Risk of Depression in 3 Large Patient Populations*  
Jeffrey F. Scherrer, Joanne Salas and al *ANNALS OF FAMILY MEDICINE* ♦  
WWW.ANNFAMMED.ORG ♦ VOL. 14, NO. 1 ♦ JANUARY/FEBRUARY 2016 Site Univadis

« Prendre des opioïdes pendant plus de 30 jours pour soulager des douleurs peut augmenter le risque de dépression. Selon les résultats publiés dans la revue « Annals of Family Medicine », le lien est indépendant de la posologie du médicament et de l'intensité de la douleur... **Lorsque des patients traités par opioïdes souffrent de dépression, les cliniciens doivent prendre en considération le fait que le médicament pourrait en fait avoir causé la maladie, surtout s'il est administré depuis plus de 30 jours.** »

### **Les opioïdes contribuent à soulager la douleur, mais n'améliorent pas la fonction physique dans les douleurs neuropathiques**

*Physical Functioning and Opioid use in Patients with Neuropathic Pain, Geoff P. Bostick PhD, Cory Toth MD and al. Pain Medicine Volume 16, Issue 7, pages 1361–1368, July 2015 Site Univadis*

« ... Prendre des opioïdes permet de soulager la douleur neuropathique, mais ne conduit pas à une amélioration de la fonction physique. C'est la conclusion d'une étude canadienne publiée dans la revue Pain Medicine. Les chercheurs de l'Université de l'Alberta, à Edmonton, ont analysé des données portant sur 789 patients à travers le Canada. Ils ont comparé les mesures de la fonction physique et de la douleur déclarées par les patients au début de l'étude, puis de nouveau six et douze mois après le début de l'étude. Après correction pour prendre en compte l'intensité de la douleur, les résultats ont montré que **les patients qui avaient pris des opioïdes pour soulager une douleur neuropathique** (causée par une neuropathie diabétique ou une compression) **ont éprouvé moins de douleur, mais présentaient une fonction physique amoindrie** par rapport aux participants qui avaient pris d'autres analgésiques... la fonctionnalité n'est pas uniquement déterminée par la douleur... »

### **La prégabaline pour les douleurs neuropathiques, même après 65 ans !**

*Sakai Y et coll. : Neuropathic pain in elderly patients with chronic low back pain and effects of pregabalin: a preliminary study. Asian Spine J. 2015; 9: 254–262. doi: 10.4184/asj.2015.9.2.254. Dr Claude BIEVA Site JIM*

« Dans une étude menée sur 7 772 patients avec comme critère le "Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs Pain Scale", c'est près d'un patient sur deux (**47 %**) souffrant de douleurs lombaires chroniques qui présente aussi une composante neuropathique...

L'étude de Y Sakai et coll. a inclus 32 patients (âge moyen : 72 ans) présentant des douleurs lombaires chroniques, suivis depuis 2012 dans un centre de gériatrie. Ces patients ont été traités sans succès pendant 1 mois par des AINS... En conclusion, **la prégabaline est efficace pour le traitement des lombalgies de la personne âgée lorsqu'une composante neuropathique est identifiée**, ce qui est le cas chez près d'un patient sur deux de plus de 65 ans. Pour les auteurs, elle peut s'utiliser en monothérapie mais l'effet est plus important lorsqu'elle est associée à un inhibiteur de COX 2. Les auteurs tiennent toutefois à souligner les limitations de cette étude, dont le petit nombre de patients inclus et la courte période de suivi, mais elle a cet intérêt qu'elle présente pour la première fois des données sur l'effet de la prégabaline chez la personne âgée. »

### **Les migraines s'aggravent à la ménopause**

*Perimenopause and Menopause Are Associated With High Frequency Headache in Women With Migraine: Results of the American Migraine Prevalence and Prevention Study Vincent T. Martin MD and al.,4 DOI: 10.1111/head.12763 © 2016 American Headache Society Site Univadis*

« La probabilité de céphalées fréquentes augmente de façon significative pendant la périménopause et la ménopause. Les migraines et les céphalées sévères pourraient s'aggraver à l'approche de la ménopause... Les auteurs ont analysé des données portant sur 3 664 femmes, âgées de 35 à 65 ans, qui ont participé à l'étude AMPP (American Migraine Prevalence and Prevention) sur la prévalence et la prévention de la migraine aux États-Unis, et ont été suivies pendant environ six ans. Les participantes ont été réparties en trois groupes en fonction de leurs cycles menstruels : préménopause (cycles normaux), périménopause (cycles irréguliers) et ménopause (absence de cycles). Les résultats ont montré une augmentation de 60 % des céphalées fréquentes (plus de dix par mois) pendant la périménopause et un risque accru de 76 % pendant la ménopause. Les céphalées pourraient être déclenchées par l'évolution des taux d'œstrogène et de progestérone, déclare l'auteur de l'étude, Richard Lipton. Mais elles pourraient aussi être dues à une surconsommation de médicaments pendant cette période, car les femmes éprouvent souvent des douleurs ainsi que des problèmes articulaires et des maux de dos, explique-t-il. »

### **Botox dans les céphalées médicamenteuses et les migraines chroniques**

*Springerplus. 2015 Dec 30;4:826. doi: 10.1186/s40064-015-1636-9. eCollection 2015.*

*OnabotulinumtoxinA 155 U in medication overuse headache: a two years prospective study. Negro A, Curto M, Lionetto L, Cialesi D, Martelletti P. Site Univadis*

« Les auteurs ont évalué de manière prospective 155 patients souffrant de migraine chronique (MC) réfractaires à plusieurs thérapies préventives antérieures et de céphalées dues à une surutilisation de médicaments qui avaient commencé un traitement par injections d'onabotulinumtoxin A 155U entre octobre 2010 et novembre 2011 et avaient été suivis pendant 2 ans avec une évaluation tous les 3 mois au moment de l'injection.

L'onabotulinumtoxinA 155U a significativement réduit le nombre de jours avec céphalées et migraine ( $P < 0,001$ ), de jours avec prise de médicament pour une douleur aiguë ( $P < 0,001$ ) et le score au test de l'impact des céphalées à 6 éléments ( $P < 0,001$ ) par rapport à l'entrée dans l'étude. Les améliorations sont survenues après la première injection ( $P < 0,001$ ) et ont augmenté progressivement au cours des 2 ans de traitement. Les événements indésirables liés au traitement (céphalées, douleur au niveau du site d'injection, ptôse, faiblesse musculo-squelettique) étaient transitoires et légers à modérés... L'onabotulinumtoxinA est non seulement efficace pour la prophylaxie de la MC mais également pour la comorbidité des céphalées dues à une surutilisation de médicaments, qui complique souvent le traitement des patients souffrant de MC.

Limites : absence de placebo, de groupe témoin ou de randomisation. »

### **Où les douleurs articulaires mènent à la chute**

*Munch T et coll. : Pain and falls and fractures in community-dwelling older men. Age Ageing 2015; 44: 973-9. Site JIM*

« Le sujet âgé est exposé à des chutes dont les déterminants sont à la fois divers et variés. L'état neurologique, la diminution de l'autonomie, certains médicaments sont quelques exemples des facteurs qui contribuent à le faire tomber. Il est une autre cause potentielle : ce sont les douleurs, surtout quand elles affectent les membres inférieurs, en retentissant sur la marche et l'équilibre, mais les membres supérieurs ne sont pour autant pas à innocenter, selon le degré d'autonomie. Il suffit en fait de peu pour amener un sujet âgé plus ou moins vulnérable à chuter, par exemple, quand il s'aide d'un déambulateur. Le rôle de la douleur articulaire dans la genèse des chutes est illustré par une étude de cohorte dans laquelle ont été inclus 5 993 sujets âgés ( $\geq 65$  ans) issus de la MrOS cohort (Osteoporotic Fractures in Men), tous de sexe masculin, vivant au sein de la communauté... Dans l'année qui a suivi l'examen clinique initial, 25 % des participants ( $n = 1 519$ ) ont été victimes d'au moins une chute, et 11 % ( $n = 710$ ) d'au moins deux. Les analyses multivariées ont révélé que les douleurs des hanches, des

genoux et de toute autre région articulaire augmentaient le risque de chutes, quelle que soit leur fréquence, dans l'année qui a suivi le bilan initial. **Les douleurs articulaires, qu'elles touchent le genou, la hanche ou d'autres sites semblent bien être un facteur de chutes chez le sujet âgé** (de sexe masculin/ composition de la cohorte MrOS), **mais sans pour autant majorer le risque de fracture.** »

### **Traitement de la gonarthrose par l'association chondroïtine sulfate / glucosamine ou par le celecoxib**

*Combined chondroitin sulfate and glucosamine for painful knee osteoarthritis : a multicentre randomised, double-blind, non inferiority trial versus celecoxib Hochberg MC, Martel-Pelletier J, Monfort J et coll. Ann. Rheum. Dis. 2016 ; 75 : 37-44 Article commenté par le Dr Véra Lemaire Site **Rhumato.net***

« Dans une étude en double aveugle, 606 patients qui avaient une gonarthrose de stade Kellgren Lawrence 2 ou 3 avec une douleur modérée à sévère (score WOMAC supérieur à 300 sur une échelle de 0 à 500) ont été inclus dans une étude du traitement par 400mg de chondroïtine sulfate et 500mg de glucosamine 3/j **ou** de 200mg/j de celecoxib pendant 6 mois. L'âge moyen était de 62,7 ans. 84% étaient des femmes... Les deux groupes de traitement étaient comparables... Dans les deux groupes, il y avait la même fréquence de diminution de 50% ou plus du gonflement articulaire, de l'épanchement. Il n'y avait pas de différence pour les critères de jugement secondaire : score WOMAC de fonction, raideur qui était diminuée de moitié, douleur sur une échelle visuelle analogue, médicaments de secours ni pour les différents composants de la qualité de vie. A 1-4 mois, le celecoxib était supérieur pour le score WOMAC de douleur, supériorité qui disparaissait après 6 mois. Les effets secondaires ont été similaires dans les deux groupes (les patients qui avaient un risque cardio-vasculaire élevé ou gastro-intestinal étaient exclus) : 2 à 3% d'effets secondaires sérieux. Les arrêts de traitement ont eu la même fréquence.

Analyse de l'article

**Six mois de traitement de l'association chondroïtine sulfate / glucosamine ont une efficacité comparable au celecoxib dans le traitement de la gonarthrose douloureuse.** Pour les patients ayant un risque cardio-vasculaire ou digestif élevé, il s'agit d'une alternative thérapeutique intéressante. »

### **Ondes de choc extra-corporelles focales dans l'épicondylite**

*Schemoul J et coll. : Efficacité des ondes de choc extra-corporelles focales dans les épicondylites : données de la vraie vie. Congrès de la société française de rhumatologie (Paris) : 13-15 décembre 2015 par le Dr Patricia Thelliez*

Les ondes de choc extra-corporelles focales sont de plus en plus utilisées, bien que les données de la littérature ne soient pas très favorables. Une équipe lyonnaise s'est donné pour tâche d'évaluer l'efficacité de cette technique dans « la vraie vie » chez des patients souffrant d'épicondylite. Parmi les 554 malades ayant eu en moyenne 2,6 séances, 47 % ont été améliorés et, pour 38 %, dès la première séance. Ces résultats apparaissent donc très encourageants. »

### **L'exercice peut atténuer les douleurs lombaires**

*Motor control exercise for chronic non-specific low-back pain Bruno T Saragiotto, Christopher G Maher, Tiê P Yamato, Leonardo OP Costa, Luciola C Menezes Costa, Raymond WJG Ostelo, Luciana G Macedo **Cochran Review** 7 January 2016 Site **Univadis***

« L'analyse réalisée par l'Université de Sydney, en Australie, a inclus **29 études** randomisées regroupant **2 431 participants** lombalgiques (âgés de 22 à 55 ans). Les études ont examiné l'effet d'exercices de contrôle moteur, ciblant les muscles qui soutiennent et contrôlent la colonne vertébrale,

en le comparant avec d'autres types d'exercice ou l'absence d'exercice. Les résultats ont montré que les participants qui pratiquaient des exercices de contrôle moteur ont présenté des améliorations en comparaison avec le groupe témoin, qui n'avait pas fait d'exercice, en particulier en termes de douleur et de degré d'invalidité. Après 3 mois et 12 mois, respectivement, les personnes qui pratiquaient d'autres types d'exercice ont signalé des résultats similaires pour ce qui est de la réduction de la douleur et du handicap, en comparaison avec les personnes effectuant les exercices ciblés... **Les exercices de contrôle moteur sont manifestement aussi efficaces que d'autres types d'exercice**, ce qui permet de prendre en compte les préférences individuelles, le coût et la disponibilité. »

### **Evolution de la lombalgie aiguë sur 3 mois dans une population australienne de médecine générale**

*Trajectories of acute low back pain: a latent class growth analysis. Downie AS, Hancock MJ, Rzewuska M et al. Pain. 2016 ; 157(1):225-34* Article commenté par le Pr Françoise Laroche **Site Medisoop.net**

« Evolution de la douleur sur 12 semaines au cours de la lombalgie aiguë dans une population australienne de 1.585 patients en médecine générale. Cinq clusters de patients : 567 (35,8%) guérison à 2 semaines, 543 (34,3%) guérison à 12 semaines, 222 (14,0%) amélioration sans guérison, 167 (10,5%) amélioration puis aggravation à 12 semaines (douleur fluctuante), 86 (5,4%) douleurs intenses pendant 12 semaines. Les croyances en un risque élevé de persistance de la douleur étaient associées à une absence de guérison mais pas à une lenteur de guérison. Une intensité élevée de la douleur et des compensations professionnelles étaient associées à une douleur persistante intense. L'âge élevé et l'importance du nombre d'épisodes étaient associés à une douleur fluctuante.

Commentaires

Ces chiffres récents correspondent à ceux connus et montrent qu'environ **5,4% des patients sont à risque de chronicisation**. En outre, ce sont ceux dont les croyances sont les plus pessimistes !... A méditer ! »

### **Lombalgie: faire de l'exercice, le moyen le plus efficace pour conjurer le mal de dos**

*Prevention of Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. Steffens D, Maher CG, Pereira LS, Stevens ML, Oliveira VC, Chapple M, Teixeira-Salmela LF, Hancock MJ. JAMA Intern Med. 2016 Jan 11:1-10. doi: 10.1001/jamainternmed.2015.7431. Epub ahead of print] PMID: 26752509* **Site Santé Log**

« La lombalgie ou les douleurs au bas du dos peuvent décourager de la pratique de l'exercice, et pourtant. **Cette méta-analyse australienne** montre que **l'exercice est très probablement le traitement et le mode de prévention le plus efficace contre les douleurs lombaires**, même si les preuves d'efficacité restent aujourd'hui de qualité modérée. Ces données, présentées dans le JAMA Internal Medicine encouragent ainsi la reprise progressive de l'exercice, au départ sous la surveillance d'un professionnel, et sans négliger la formation et les adaptations ergonomiques pour réduire le risque d'aggravation.

Cet examen, de finalement 21 essais contrôlés randomisés portant au total sur **30.850 participants** de différents secteurs (armée, compagnies aériennes, la Poste, hôpitaux, bureaux...) révèle que **l'exercice avec ou sans éducation thérapeutique s'avère l'intervention la plus efficace pour prévenir ou réduire les douleurs du bas du dos...** L'éducation, le port de semelles, la ceinture lombaire ne font pas leurs preuves, mais les études manquent ou sont de faibles qualité sur ce point, précisent les auteurs...En conclusion, l'exercice semble être la meilleure option, basée sur les preuves disponibles. Mais il s'agit de pratiquer « le bon exercice », en particulier de renforcement musculaire

(abdominaux, région lombaires, et jambes), d'étirement et de cardio-training, effectués sur une période d'environ 3 à 18 mois . »

### **Prévalence des douleurs chroniques diffuses dans la population générale**

*A systematic review and meta-analysis of the prevalence of chronic widespread pain in the general population. Mansfield KE, Sim J, Jordan JL, Jordan KP Pain. 2015 Aug 6. [Epub ahead of print].*

Article commenté par le Pr Françoise Laroche **Site Algoscoop.net**

« De nombreux chiffres circulent dans la littérature concernant la prévalence de la fibromyalgie et des « douleurs chroniques diffuses... Sa prévalence semble variable selon les pays et les études publiées. En France, elle serait de 1,6%, selon l'étude DEFI réalisée en 2009 et publiée en 2011 par Serge Perrot... Vingt-cinq études ont été sélectionnées. L'estimation de la prévalence de ces douleurs variait de 0 à 24%, avec une majorité se situant entre 10 et 15%. Les études ayant le moins de biais rapportaient une prévalence de **11,8%** (95% CI 10,3, 13,3) avec une hétérogénéité importante. Cette prévalence était supérieure chez les femmes de plus de 40 ans. Il y avait peu de différences géographiques.

#### Commentaires

Ces chiffres semblent très importants et ne cessent d'augmenter avec les années. Ils sont donc à prendre avec un maximum de précautions selon les critères diagnostiques utilisés. De plus, l'origine des auteurs publiant ces chiffres semble nécessaire à considérer (venant de CHU, d'études financées par l'industrie pharmaceutique...). A suivre... »

### **Fibromyalgie: des exercices de résistance pour retrouver une qualité de vie**

*Cochrane Database Syst Rev DOI: 10.1002/14651858.CD010884 Resistance exercise training for fibromyalgia Site Santé Log*

« Cette méta-analyse Cochrane a regardé comment l'entraînement de résistance qui comprend la manipulation de poids, l'utilisation d'appareils ou de résistances élastiques, supervisé par un professionnel qualifié, pouvait soulager les symptômes de fibromyalgie par rapport à d'autres formes d'exercice physique. L'analyse montre, mais sur un petit échantillon que des exercices de résistance, d'intensité progressive, visant à améliorer la force, l'endurance ou la puissance musculaire contribuent à réduire la douleur chronique et à améliorer la qualité de vie.

Cet examen de la littérature et précisément de 1.865 publications, a permis de sélectionner 5 études portant au total sur 219 femmes, dont 95 invitées à suivre un programme d'entraînement de résistance Ces études comparent les effets d'un entraînement de résistance supervisé, pratiqué durant 16 à 21 semaines, sur le bien-être, les symptômes et la forme physique chez ces participantes atteintes de fibromyalgie par rapport à l'absence d'exercice physique.... L'entraînement de résistance améliore très probablement la capacité à exécuter les activités de la vie quotidienne, réduit la douleur, la sensibilité, la fatigue et augmente la force musculaire. Cependant, des recherches sur un échantillon plus large restent nécessaires non seulement pour confirmer ces résultats mais aussi pour préciser les effets secondaires possibles de tels programmes, chez ces patients. Il est rappelé néanmoins que l'exercice est souvent recommandé dans la prise en charge des symptômes de la fibromyalgie et que dans ce cas, le programme doit être adapté et surveillé par un professionnel de santé. »

### **Le caisson hyperbare dans le traitement de la fibromyalgie**

MédiTech Recherche 19 June 2015 Dr S. Cohen-Wiesenfeld

« Des chercheurs de l'Université de Tel-Aviv, en collaboration avec une équipe de l'Université Rice aux Etats-Unis ainsi que de plusieurs centres médicaux en Israël, ont réussi à améliorer considérablement l'état de patientes souffrant de fibromyalgie... en utilisant la médecine hyperbare...

L'étude a porté sur 60 femmes âgées de 21 à 67 ans, chez qui on avait diagnostiqué une fibromyalgie il y a plus de deux ans. Au début du traitement, une cartographie du cerveau à haute résolution, montrant l'activité cérébrale au moyen d'outils d'analyse développés en son temps par le Prof. Ben-Jacob, a été réalisée pour chaque participante. Puis les patientes ont été réparties en deux groupes, la moitié devant recevoir le traitement, l'autre servant de groupe de contrôle. Les patientes traitées ont subi cinq traitements par semaine sur une période de deux mois en chambre de pression... Elles ont été exposées à une concentration en oxygène de 100% à une pression de deux atmosphères (2 fois la pression normale), pendant une heure et demie à chaque visite. Selon le Dr. Efrati, le résultat est très encourageant: "l'état de 70% des femmes traitées s'est amélioré à tel point qu'on ne peut plus les définir comme atteintes de fibromyalgie." »

**La revue qui rapporte cette étude ne précise pas les résultats de cette amélioration par traitement hyperbare tant sur le plan clinique que cartographique.**

**Des études complémentaires paraissent nécessaires pour valider cette voie thérapeutique.**