

Newsletter n° 10 de novembre et décembre 2016

Réseau Douleur Paca Ouest



Le mot du président

"Bonjour

En cette fin d'année 2016 la newsletter n° 10 du réseau nous offre un véritable tour d'horizon de la recherche et de l'innovation à propos de la prise en charge de la douleur, tant géographique que scientifique. Géographique car outre la France il est question des pays d'Asie de la Suisse...

Scientifique car l'ensemble des problématiques sont abordées, depuis le questionnement sur la qualité de l'évaluation de l'intensité de la douleur jusqu'à une réflexion sur l'organisation en passant par la recherche de pointe.

En cette période de fêtes je vous souhaite une "excellente dégustation" de cette newsletter concoctée par Philippe Roussel.

Bon bout d'an ! Et à l'an que ven "

Michaël LEJWI

Agenda 2016

Réunion Réseau : Jeudi 19 janvier à 14 heures - Hôpital Saint Joseph

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

Prise en charge de la douleur par l'infirmier libéral : douleurs chroniques et douleur aiguë générée par les soins Journées Nationales des Infirmiers Libéraux 30 & 31 mars 2017 Issy-les-Moulineaux Contact : 01 78 09 83 17 contact@jnif.fr

A lire, à voir sur les sites

Sites

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

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

Les points essentiels de la prise en charge des Accès Dououreux Paroxystique (ADP) par P. Assoune

Les points essentiels de la douleur neuropathique par R. DELEENS

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

Syndrome du piriforme Knudsen JS, Mei-Dan O, Brick MJ. Piriformis Syndrome and Endoscopic Sciatic Neurolysis. *Sports Med Arthrosc.* 2016 Mar;24

Le palmitoylethanolamide (PEA) dans la douleur du sujet âgé ? Maura Marcucci and al. *Trials.* 2016; 17: 369. Efficacy of ultra-micronized palmitoylethanolamide (um-PEA) in geriatric patients with chronic pain: study protocol for a series of N-of-1 randomized trials

La méthadone dans la douleur du cancer Poulain P and al. Efficacy and safety of two methadone titration methods for the treatment of cancer-related pain: The EQUIMETH2 trial (methadone for cancer-related pain). *J Pain Symptom Manage.* 2016 Sep 29.

Pas d'efficacité démontrée de l'efficacité des cannabinoïdes dans la fibromyalgie Walitt B and al. *Cannabinoids for fibromyalgia. Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Jul 18;7

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

Céphalées : l'essentiel du mois d'octobre 2016

- L'utilisation de triptans en présence de migraines et de facteurs de risque CV Monira Alwhaibi, Arijita Deb, and Usha Sambamoorthi Triptans Use for Migraine Headache among Nonelderly Adults with Cardiovascular Risk *Pain Research and Treatment Volume 2016, Article ID 8538101, 5 pages*

- Les comorbidités organiques plus fréquentes en cas de migraines chez les patients pédiatriques Eidlitz-Markus T and al. Comparison of comorbidities of migraine and tension headache in a pediatric headache clinic. *Cephalalgia.* 2016 Sep 1. pii: 0333102416665870. [Epub ahead of print]and al.

Site Rhumato.net

Les immanquables de Rhumato.net des congrès ACR de novembre 2016 et IASP septembre 2016

Site Info douleur modulation <http://infodouleurneuromodulation.com/>

Les stimulations corticales invasives ou non invasives Congrès IASP 2016 *D'après la communication de Youichi Saitoh - Stimulation therapy of the primary motor cortex for neuropathic pain*

Site Algoscoop.net <http://cr.iasp2016.algoscoop.net/>

Comptes rendus du Congrès IASP de septembre 2016 par le Pr F. Laroche

Evaluation de l'intensité de la douleur : quel est le message vraiment transmis par les patients ?

Connaissances sur les médicaments et la gestion de la douleur par les patients : nous ne savons pas ce qu'ils ne savent pas

Procédures après accident, aggravation de la douleur et renforcement des demandes de compensations

L'hypersensibilité à la douleur diminue la réponse à la rééducation chez les patients souffrant de gonarthrose

Douleur et polyarthrite rhumatoïde : quand l'inflammation part, que reste-t-il ?

Dysrégulation du système opioïde endogène au cours de la fibromyalgie ?

Évaluer le catastrophisme dans la PR est aussi important notamment avant de commencer un traitement de fond biologique (bDMARD)

Symptômes au cours de «l'algodystrophie» - Syndrome douloureux régional complexe

Classification CIM 11 des maladies douloureuses

Oxycodone versus tramadol dans l'arthrose. Étude pilote

Actualités

Sommaire des actualités du n°10

Questionnaire court de 10 items effectué par l'infirmier avant la consultation du médecin chez les patients lombalgiques, page 4

Classification des maladies douloureuses chroniques, pages 4 et 5

Les douleurs chroniques ne sont pas si rares après une césarienne, pages 5

Douleurs neuropathiques cinq ans après le diagnostic de cancer, page 6

« Update » sur les recommandations thérapeutiques des douleurs neuropathiques, pages 6 et 7

La toxine botulique de type A dans les douleurs neuropathiques réfractaires, page 7

De la prédictivité de la réponse à la rTMS dans le traitement des douleurs neuropathiques centrales par neurostimulation du cortex moteur, pages 7 et 8

Impact de l'alimentation sur la douleur, pages 8

Vers une reconnaissance de la fibromyalgie, page 9

Résumés des articles

Pour des résumés plus complets, demandes à adresser à Philippe Roussel :
rgauloise@gmail.com

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

Questionnaire court de 10 items effectué par l'infirmier avant la consultation du médecin chez les patients lombalgiques

Par le Pr Françoise Laroche (CETD, Hôpital Saint-Antoine - Paris) [Déclaration de liens d'intérêts]
D'après la communication : *One-sheet, 10-item questionnaire for spinal pain : an expert nurse intently listens to patients' complaints for ten minutes before physician consultation Kamogawa J, Japon. PW0038 IASP 2016, Yokohama (Japon), 26-30 septembre 2016*

« Les auteurs ont proposé de faciliter la consultation médicale des médecins recevant des patients lombalgiques. En effet, beaucoup de facteurs sont impliqués au cours de la lombalgie, notamment les facteurs prédictifs de chronicisation. De plus, on sait que les patients ont besoin d'être entendus. Cet entretien préalable permet à la fois d'évaluer mais aussi de prendre le temps d'entendre et d'accueillir les plaintes des patients. Dans ce questionnaire, ont été intégrées les peurs et attentes des patients. Ce sont des items importants à considérer lorsqu'on sait à quel point ils influencent le devenir des lombalgies.

Questionnaire proposé par les auteurs en préalable à la consultation médicale :

Sévérité de la douleur, fonction quotidienne

Histoire médicale antérieure (neuropathie diabétique)

ATCD opératoire(s)

Sommeil

Habitudes de vie – tabac, alcool

Habitudes de bonne santé (sport...)

Revenus

Situation de vie

Peur et espoirs vis-à-vis de la douleur

Attentes

Pour rappel, l'HAS dans sa recommandation en 1999, avait déjà proposé un questionnaire d'entretien semi-structuré pouvant aider les médecins lors de leurs consultations. (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. Recommandations pour la pratique clinique. Paris: ANAES; 1999.)

Classification des maladies douloureuses chroniques

Classification CIM11 des douleurs chroniques musculo-squelettiques Auteurs : S Perrot, Milton Cohen et Antonia Barke - IASP et OMS Rapporté par le Pr F. Laroche

- Pathologies chroniques douloureuses primitives (lombalgie, cervicalgie, dorsalgie, des membres, autres types de douleurs musculo-squelettiques).

- Pathologies chroniques douloureuses secondaires :

- à une inflammation persistante (suite à une infection, à des dépôts cristallins, à des maladies auto-immunes ou suite à une inflammation persistante non spécifique) ;
- pathologies chroniques douloureuses avec des modifications structurales (associées à l'arthrose, à la SPA, après traumatismes, et autres pathologies non spécifiques) ;
- pathologies chroniques douloureuses associées à une maladie du système nerveux (avec douleurs musculo-squelettiques secondaires, non spécifiques).

Classification CIM 11 proposée pour la douleur chronique primaire Auteurs : M Nicholas, J Vlaeyen et Antonia Barke – IASP et OMS

Douleur diffuse = fibromyalgie.

SDRC = type 1 et 2.

Céphalées et douleurs orofaciales (migraine, céphalées de tension, névralgie du trijumeau, syndromes temporomandibulaires, bouche brûlante, douleur orofaciale).

Douleur viscérale (douleur thoracique, épigastrique, côlon irritable, syndrome douloureux abdominal, douleurs vésicales). Les derniers articles scientifiques

Les douleurs chroniques ne sont pas si rares après une césarienne

Jin J et coll. : Prevalence and risk factors for chronic pain following cesarean section: a prospective study. BMC Anesthesiol., 2016; 16: 99. Article commenté par le Dr Bernard-Alex Gaüzère **Site JIM**

« La douleur post-chirurgicale chronique (DPCC) définie par l'International Association for the Study of Pain, comme une douleur persistante ou intermittente pendant plus de 3 mois après l'acte chirurgical est fréquente (10 à 50 %) ... En Chine, 10 millions de césariennes annuelles sont pratiquées, avec des taux de césarienne qui varient allègrement de 40 à 80 % selon les hôpitaux, bien loin du taux acceptable fixé par l'OMS qui est de 5 à 15 % ?

Une équipe chinoise s'est attachée dans une étude prospective mono-centrique à déterminer l'incidence de la DPCC à 3, 6 et 12 mois, ainsi que ses facteurs favorisants, tant physiques que psychologiques. De juillet à décembre 2014, les facteurs psychologiques préopératoires (Edinburgh Postnatal Depression Scale adaptée au pre-partum), les caractéristiques per-opératoires, et la douleur postopératoire aiguë ont été répertoriés chez 527 femmes césarisées (âge moyen 29 ± 4 ans, âge gestationnel 39,0 ± 1,0 semaines, IMC moyen 28,3 ± 1,6). Les femmes présentant des troubles psychiatriques ont été exclues. Les césariennes dont la durée et la perte sanguine ont été mesurées, ont été pratiquées par voie de Pfannenstiel, sauf contre-indication. L'anesthésie générale qui n'a été donnée qu'en cas d'échec ou de contre-indication à l'anesthésie péridurale (espaces L1-2 ou L2-3... L'analgésie postopératoire était contrôlée par la patiente (ACP) : tramadol IV, bolus 20 mg, période réfractaire 10 min, sans perfusion de base, dose maximale horaire 100 mg)... Les incidences de la douleur à 3 mois (taux de réponse 95,3 %), 6 mois (taux de réponse 92,4 %), et 12 mois (taux de réponse 89,6 %), ont été respectivement de 18,3 %, 11,3 % et 6,8 %. La plupart de femmes alléguant une douleur chronique avaient une douleur légère au repos. L'incidence des douleurs modérées et sévères était élevée à 3 mois avant de diminuer significativement à 6 et 12 mois. Dans tous les cas les femmes éprouvant des douleurs ont fait état d'une gêne dans les activités quotidiennes. Les facteurs prédictifs indépendants de la douleur à 3 et 6 mois ont été : une douleur plus intense à la mobilisation au cours des 24 heures postopératoires, la dépression préopératoire et la durée de la chirurgie. Le seul facteur prédictif indépendant de la douleur à 12 mois a été la douleur plus intense à la mobilisation au cours des 24 heures postopératoires... Cette étude confirme que la douleur chronique post-césarienne n'est pas rare et identifie ses facteurs prédictifs. »

Douleurs neuropathiques cinq ans après le diagnostic de cancer

Chronic neuropathic pain among 5-years cancer survivors: impact of age, gender and treatment French National survey VICAN5 Congrès Mondial du Cancer. Rapid Fire 6 - Scientific studies. 3 novembre 2016. Site Medscape Aude Lecrubier

« L'étude VICAN est une étude sur les conditions de vie des personnes deux ans (VICAN 2) et 5 ans (VICAN 5) après un diagnostic de cancer. Elle est réalisée par l'Institut national du cancer (INCa), en partenariat avec l'Inserm... Elle inclut 1886 personnes âgées de 20 à 85 ans au moment de l'enquête. Selon les résultats préliminaires de l'étude « Vie après un Cancer » VICAN 5 un quart des patients serait concerné, selon Marc-Karim Bendiane... Chez les patients cancéreux, ces lésions ou dysfonctionnements du système nerveux peuvent être provoquées aussi bien par la compression tumorale ou les métastases que par la chirurgie, la chimiothérapie ou la radiothérapie. En tout, les chercheurs ont interrogé 1.886 patients, **5 ans après leur diagnostic de cancer**, sur la présence de douleurs neuropathiques dans les deux semaines précédant l'entretien. Le questionnaire utilisé était le DN4 en 7 items. Il ressort de l'analyse des réponses qu'**un patient sur 4** (n=468) **a ressenti une douleur neuropathique dans les deux semaines précédant** la réalisation du **questionnaire**. Parmi eux, 48,9 % ont expliqué en être victime continuellement et 48,1 « très souvent ou souvent ». L'impact sur le sommeil était important puisqu'un patient sur deux a indiqué être perturbé par la douleur toutes les nuits et que 88,9% des participants à l'enquête ont indiqué avoir été perturbés par la douleur au moins une nuit dans les 15 derniers jours. Cancer du sein, le plus grand pourvoyeur de douleurs neuropathiques. L'analyse des douleurs neuropathiques en fonction des sites tumoraux montre que les cancers utérins, du sein et du poumon sont ceux qui sont le plus souvent associés à des douleurs neuropathiques chroniques (≥ 30%). Autres taux de douleurs neuropathiques chroniques : mélanome 23%, lymphome de Hodgkin 25%, thyroïde 21%, rein 19%, vessie 18%, digestif 26%, prostate 13%, colorectal 17%. Les données ajustées pour le site tumoral et l'évolution du cancer (2010-2015) indiquent que les douleurs neuropathiques chroniques sont significativement plus fréquentes chez les personnes de moins de 60 ans (p=0,01) et chez les femmes (p=0,02)... **Moins d'un quart des patients souffrant de douleurs neuropathiques a consulté**. Les douleurs neuropathiques sont vraiment pénalisantes en termes de réinsertion sociale et de réintégration professionnelle... »

« Update » sur les recommandations thérapeutiques des douleurs neuropathiques

Le traitement pharmacologique des douleurs neuropathiques : nouvelles recommandations thérapeutiques. D'après la communication de Nadine Attal (Ambroise Paré) : brève rédigée par Michel Lantéri-Minet Congrès SFETD 2016 Site [Infodouleurneuromodulation.com](http://infodouleurneuromodulation.com)

« Nadine Attal a présenté une mise au point sur l'actualisation des recommandations thérapeutiques des douleurs neuropathiques qui a été proposé récemment par le groupe d'intérêt spécifique sur les douleurs neuropathiques (NeuPSIG) de l'association Internationale d'Etude de la Douleur (IASP) à laquelle elle a activement participé. Cette actualisation ne bouleverse pas ces recommandations mais elle apporte des éléments de réflexion plus qu'intéressants. Elle fait état, au travers du nombre de patients nécessaire à traiter (number need to treat – NTT), d'une magnitude de l'effet des traitements de 1ère ligne (antidépresseurs tricycliques et/ou mixtes et gabapantionoïdes) moins importante que les précédentes recommandations avançaient. Ainsi les NTT avancées maintenant pour ces traitements de première ligne se situent aux alentours de 7. Cette correction est secondaire à l'introduction dans la méta-analyse permettant de calculer ces NTT, des résultats des études négatives qui sont maintenant disponibles, ce qui n'était pas le cas auparavant. Cette actualisation fait également apparaître la toxine botulique comme traitement pouvant être recommandé en seconde intention dans le cas de douleur neuropathique d'étendue limitée, sachant que ce traitement ne dispose toujours pas d'autorisation de mise sur le marché dans cette indication. Enfin, cette actualisation fait apparaître que la préférence des patients va vers les traitements utilisables en topique (lidocaïne, capsïcine, toxine botulique)

Les lecteurs intéressés pourront se référer à la publication officielle de cette actualisation des recommandations : *Finnerup et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. Lancet Neurol 2015; 14: 162-173.* »

Douleurs neuropathiques réfractaires: la toxine botulique de type A efficace?

Attal N, et coll. : Safety and efficacy of repeated injections of botulinum toxin A in peripheral neuropathic pain (BOTNEP): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet Neurol., 2016; 15: 555-65. doi: 10.1016/S1474-4422(16)00017-X. Article commenté par le Dr Claude Biéva
Site JIM.fr

« Les douleurs neuropathiques périphériques surviennent le plus souvent à la suite d'une lésion nerveuse chirurgicale ou traumatique ou associée à une maladie neurologique. Elles ne sont pas nécessairement soulagées par des traitements antalgiques conventionnels. Les antiépileptiques ou les antidépresseurs habituellement proposés peuvent se révéler inefficaces ou efficaces mais au prix d'effets secondaires rédhibitoires. Dans cette optique, de nouvelles options thérapeutiques sont à l'étude. Parmi elles, la toxine botulique de type A intéresse par le blocage de la transmission nerveuse provoquée au niveau de la jonction neuromusculaire. Depuis de nombreuses années, elle est utilisée dans la dystonie, les vessies neurologiques, la spasticité localisée et depuis peu, dans le traitement de la migraine chronique... Une étude multicentrique a inclus 152 patients âgés de 18 à 85 ans avec des douleurs neuropathiques périphériques, enrôlés entre octobre 2010 et août 2013. Ils ont été randomisés pour recevoir deux injections à 12 semaines d'intervalle en SC de toxine botulique (jusqu'à 300 unités) ou un placebo. Les résultats montrent une réduction de l'intensité de la douleur à 24 semaines versus placebo (- 0,77, $p < 0,0001$). Sur une échelle numérique de 0 à 10, l'évaluation de la douleur passe en moyenne de 6,5 à 4,6 sous toxine botulique, versus 6,4 à 5,8 sous placebo. Le seul effet secondaire rapporté est une douleur au site d'injection chez 56 % des participants sous toxine botulique et 53 % sous placebo. Une douleur sévère est rapportée par 29 % des participants sous toxine botulique et 34 % sous placebo. Une bonne réponse à la première injection est prédictive d'une bonne réponse à la seconde. La présence d'une allodynie et une sensibilité à la chaleur réduite pourraient être aussi des facteurs prédictifs de réponse au traitement... Ces données confirment l'efficacité antalgique de cette neurotoxine dans les douleurs neuropathiques telle que suggérée par d'autres études cliniques, mais aujourd'hui ce traitement n'a pas d'AMM dans cette indication et ne pourra être proposé qu'en cas d'échec des traitements conventionnels. À signaler que les injections doivent être réalisées à l'hôpital et sont souvent douloureuses. Dans la douleur neuropathique, ce n'est pas la première fois qu'on s'intéresse à cette toxine bien que l'on ne puisse aujourd'hui expliquer tout à fait les raisons de son efficacité. »

De la prédictivité de la réponse à la rTMS dans le traitement des douleurs neuropathiques centrales par neurostimulation du cortex moteur

Stimulation magnétique trans-crânienne répétitive (rTMS) du cortex moteur dans les douleurs centrales : étude prospective du devenir de 40 patients. D'après la communication de Peyron et al. (Saint-Etienne) : : brève rédigée par Michel Lantéri-Minet Congrès SFETD 2016 **Site Infodouleurneuromodulation.com**

« L'équipe stéphanoise dirigée par Roland Peyron a présenté une communication écrite rapportant les résultats d'un travail prospectif visant à évaluer la valeur prédictive de la stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS) dans le traitement par neurostimulation du cortex prémoteur des douleurs neuropathiques centrales. Cette étude a concerné 40 patients qui ont bénéficié d'une rTMS appliquée sur le cortex moteur primaire appliquée à raison d'une séance tous les 21 jours avec pour paramètres de stimulation : 20 Hz, 80 % du seuil moteur, 20 trains de 80 stimulations. La phase test comportait 4 séances de ce type. A l'issue de cette phase test, les patients pouvaient continuer indéfiniment la rTMS ou l'arrêter. Par ailleurs, sur demande des patients, et sans considération de

l'effet de la phase test, les patients pouvaient bénéficier d'une stimulation épidurale chronique du cortex moteur. Onze patients, 3 non-répondeurs et 8 répondeurs après la phase test, ont bénéficié d'une stimulation épidurale chronique du cortex moteur. Les 8 répondeurs à la rTMS ont présenté un soulagement moyen supérieur à 40 % (avec un pourcentage de soulagement moyen de 58,75 %) donnant une valeur prédictive positive de 100 %. Aucun des 3 non-répondeurs n'a présenté de soulagement supérieur à 10 % donnant une valeur prédictive négative de 100 %. Ce travail a permis de mettre en évidence une relation entre le soulagement aux 3e et 4e séances de rTMS et le soulagement moyen en stimulation épidurale chronique du cortex moteur (régression linéaire $R^2=0,73$ et $p=0,0007$). Ce travail est intéressant car, par rapport aux tests prédictifs réalisés sur une seule séance de rTMS, ce test sur 4 séances apparaît comme un bon compromis pour prédire l'efficacité de la stimulation épidurale chronique du cortex moteur. Les auteurs ont évoqué un effet de sommation pour expliquer cette supériorité. »

Impact de l'alimentation sur la douleur

Aude Lecrubier. Impact de l'alimentation sur la douleur : quels mécanismes en jeu ? Medscape, nov. 2016. **Site Medscape** Aude Lecrubier, Pauline Anderson

« La mauvaise alimentation est régulièrement incriminée dans l'apparition des maladies cardiovasculaires, du cancer et d'autres maladies. Selon l' American Academy of Pain Management (AAPM), elle jouerait également un rôle dans les processus douloureux. L'association a d'ailleurs annoncé la publication prochaine de nouvelles recommandations concernant l'hygiène alimentaire et la douleur... Le régime alimentaire peut jouer sur l'inflammation, changer le microbiome, moduler le système immunitaire, améliorer le fonctionnement des articulations, éliminer les stimuli de la douleur et limiter les carences », a indiqué le spécialiste de la douleur... Le régime alimentaire peut jouer sur l'inflammation, changer le microbiote, moduler le système immunitaire. Le régime alimentaire occidental manque de fruits frais, de légumes et de fibres... et ce type de régime pauvre est associé à des signes inflammatoires, et notamment à une augmentation de la protéine C réactive. « Plus la CRP est élevée, plus la douleur est intense et plus elle interfère avec les activités du quotidien. Une CRP élevée peut augmenter le risque de douleur lombaire, par exemple, avec un effet dose-réponse direct ». Certains nutriments présents dans notre alimentation semblent agir sur l'inflammation et ce par des mécanismes très divers et pas toujours très bien connus... Les acides gras oméga 3 seraient actifs par leur transformation en médiateurs anti-inflammation (resolvines E1 et D1 et protectine) par les enzymes cyclooxygénase-2 et des lipooxygénase-5 et lipooxygénase-15. Deux polyphénols (antioxydants naturels), la quercétine, un des flavonoïdes les plus consommés dans le régime alimentaire humain, et le resvératrol, présent dans les baies et la peau des raisins noirs atténueraient l'inflammation médiée par le $TNF\alpha$... Le Dr Boris Hansel (endocrinologue-diabétologue et nutritionniste, MCU-PH Nutrition, Université Paris-Diderot, Hôpital Bichat Claude-Bernard, Paris, France) confirme qu'il existe bien des données suggérant une association entre certaines catégories d'aliments et l'inflammation. « Mais attention, on parle ici d'inflammation de bas grade, infraclinique, et pas de l'inflammation clinique que l'on rencontre en situation de douleur aiguë ».

Le régime alimentaire de type occidental, riche en sucres et en graisses, entraîne également des changements au niveau du microbiome, ce qui peut avoir un impact sur la digestion et des effets à long terme sur la diversité de la flore intestinale, a commenté l'orateur. Alors qu'un régime riche en fruits et en légumes semble augmenter la diversité du microbiote, à l'inverse la nourriture transformée l'appauvrit... Or, le manque de diversité du microbiote semble lié à plusieurs états de douleur, notamment à la douleur pelvienne chronique et au syndrome de l'intestin irritable... La nourriture hautement transformée peut également rendre les mastocytes hyper-excitables et inducteurs de douleurs. Plusieurs troubles ont des mécanismes de nociception médiés par les mastocytes, notamment la migraine, la fibromyalgie et les douleurs neuropathiques... »

Vers une reconnaissance de la fibromyalgie

Pourquoi Docteur - 14 octobre 2016; Le Quotidien du Médecin - 13 octobre 2016; Le Généraliste - 12 octobre 2016 Site Univadis

« La commission d'enquête de l'Assemblée nationale sur la fibromyalgie vient de présenter son rapport, annonce Pourquoi Docteur. Elle reconnaît comme une "maladie" ce "problème de santé publique" qui touche entre 1,2 et 2 millions de personnes. Et émet vingt propositions, parmi lesquelles le renforcement de la recherche, la formation des médecins (en faisant de la médecine de la douleur une spécialité universitaire ou une formation transverse commune à plusieurs DES et en incluant un enseignement sur la fibromyalgie dans le DPC), la diffusion de tests de diagnostic et de programmes d'éducation thérapeutique du patient, une reconnaissance de l'ALD pour les cas sévères, ou encore la relance du 4e plan national de lutte contre la douleur. La Haute Autorité de santé (HAS) est chargée d'élaborer un référentiel de bonnes pratiques et de définir un panier de soins complémentaires (balnéothérapie, psychologue, activités de retour à l'effort, compléments alimentaires, hypnose). La fibromyalgie pourrait être incluse dans la liste des pathologies complexes ouvrant droit à une majoration de tarification pour les consultations des généralistes. L'Inserm mène une expertise sur la fibromyalgie, qui sera restituée en 2018. »