

Newsletter n° 15 de novembre et décembre 2017

Réseau Douleur Paca Ouest



Agenda 2017

Réunion du Réseau Douleur Paca Ouest jeudi 17 janvier 2018

Salle de Conférence Hôpital Sainte Musse TOULON

Assemblée Générale du Réseau Douleur Paca Ouest jeudi 7 juin 2018

Amphi HA1 RDC Hôpital Adultes de la Timone MARSEILLE

Bonjour

Du plus petit au plus grand, de la douleur aiguë aux douleurs chroniques et aux soins de support, des solutions pour mieux prescrire...

La newsletter proposée par Philippe explore encore une fois de nombreuses facettes de notre activité

Bonne année!

Michaël LEJWI

A lire, à voir sur les sites

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

AP-HM

« Minopain : une roulette pour évaluer la douleur des nouveaux-nés

Trois disques qui tournent sur leur centre et trois critères évalués : l'expression du visage de l'enfant, ses pleurs et ses mouvements. Un format compact, une évaluation pratique à laquelle peuvent participer les parents. Pour sa diffusion s'adresser à Romaine Bigonville ou Danielle Citrate-Haberlay, Maternité de la Conception »

Sparadrap <https://www.sparadrap.org/>

Enfants : les clés pour suivre un traitement au long cours

Il n'est pas toujours facile pour un enfant ou un adolescent de prendre régulièrement ses médicaments lorsqu'il est atteint d'une maladie chronique. Les parents jouent alors un rôle primordial mais ne doivent pas hésiter à se faire aider... « Un enfant qui a des problèmes de thyroïde se sent en bonne santé et peut ne pas comprendre pourquoi il doit prendre des médicaments tous les jours... S'il souffre d'épilepsie, il peut ne pas se souvenir de ses crises. Et s'il est adolescent et diabétique, il peut douter de la réalité de sa maladie et arrêter ses injections... Alors, comment faire ? Avant de se fâcher avec son enfant, il faut lui parler pour comprendre l'origine de cette opposition. Il est ensuite plus facile d'y répondre en réexpliquant la raison du traitement ou en envisageant des stratégies pour répondre au problème... Si cela ne suffit pas, sollicitez le médecin traitant qui peut lui aussi apporter des réponses. Si le refus est lié à la douleur, des techniques non médicamenteuses peuvent aider à la maîtriser... Enfin, valoriser la force et le courage de son enfant qui, grâce à son traitement, peut mener sa vie d'enfant : un enfant asthmatique qui se soigne est ainsi capable de jouer au foot avec ses copains... »

Actu Douleur

Faudrait-il finalement laisser les chirurgiens opérer nos douloureux ?

P Costantini R, Affaitati G, Wesselmann U, Czakanski P, Giamberardino MA. Visceral pain as a triggering factor for fibromyalgia symptoms in comorbid patients. Pain. 2017 Oct;158(10):1925-1937. The Journal of Pain Article commenté par Amélie Levesque

« Une attitude fréquente des algologues vis-à-vis des patients sensibilisés à la douleur est de prôner la plus grande vigilance vis-à-vis de tout geste invasif, à fortiori de la chirurgie. Cette étude, à la méthodologie irréprochable, confirme l'intérêt du traitement même invasif des co-occurrences douloureuses viscérales dans le cas de syndrome d'hypersensibilisation centrale. En fait cette étude montre que la prise en charge de ces douleurs est un traitement en soi de l'hypersensibilisation ! »

Surfer sur la douleur chronique avec la TCC de 3^{ème} vague : « And the winner is... »

Gilpin HR, Keyes A, Stahl DR, Greig R and McCracken LM. Predictors of Treatment Outcome in Contextual Cognitive and Behavioral Therapies for Chronic Pain: A Systematic Review. J Pain 2017;18:1153-1164. Article commenté par Franck Henry Psychologue

« Avec le développement des thérapies comportementales et cognitives orientées vers la gestion de la douleur chronique (TCC-D), certains auteurs demandent une orientation de la recherche vers les facteurs prédictifs (propres aux patients) et/ou modérateurs (intrinsèques aux interventions) d'une réponse positive... Pourquoi ça marche ? Pour qui ? Quel est l'effet de chaque technique, prise isolément, sur l'évolution du patient ? Quelle(s) technique(s) privilégiée(s) en fonction des patients rencontrés ... »

Marie-Jeanne, une algologue en herbe ?!

Douleurs neuropathiques

Aviram J, Samuelly-Leichtag G. Efficacy of Cannabis-Based Medicines for Pain Management: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Pain Physician. 2017 Sep; 20(6):E755-E796 Article commenté par Bich Dang-Vu Médecin algologue

Les premières utilisations médicinales du cannabis (chanvre) sont attribuées à l'empereur chinois Shen Nung vers 2 700 avant JC... D'après cette méta-analyse, on peut conclure que les cannabinoïdes sont antalgiques (surtout dans la douleur neuropathique), mais cet effet est très modéré au prix d'effets secondaires évidents comparé au placebo... Il est donc plus que jamais nécessaire de disposer d'études rigoureuses sur le sujet ... au risque de se faire enfumer ... »

JAMA Original Investigation

Effect of a Single Dose of Oral Opioid and Nonopioid Analgesics on Acute Extremity Pain in the Emergency Department *Andrew K. Chang, MD, MS1; Polly E. Bijur, PhD2; David Esses, MD2; et al Douglas P. Barnaby, MD, MS2; Jesse Baer, MD2 JAMA. 2017 ;318(17) :1661-1667. Doi :10.1001/jama.2017.16190*

« *Conclusions and Relevance For patients presenting to the ED with acute extremity pain, there were no statistically significant or clinically important differences in pain reduction at 2 hours among single-dose treatment with ibuprofen and acetaminophen or with 3 different opioid and acetaminophen combination analgesics. Further research to assess adverse events and other dosing may be warranted.* » ... Bonne nouvelle qui permettrait de réduire la prescription des opioïdes en aigu, pourvoyeuse de nombreuses dépendances aux EU...

Résumés d'articles et communications

Pour des compléments d'information concernant ces communications ou articles adresser vos demandes au Dr Roussel rgauloise@gmail.com

Sommaire

Décider de passer aux « soins de fin de vie » page 4 et 5

Douleur et obstétrique page 5 et 6

- *Gérer la douleur post-césarienne*
- *Comment accoucher sans douleur et sans péridurale*

Prescriptions d'opioïdes pour les douleurs chroniques non cancéreuses pages 6 et 7

Douleurs oro-faciales pages 7, 8 et 9

- *Douleur oro-faciale : une mise à jour sur le diagnostic et la gestion*
- *Les possibilités du traitement médical dans la névralgie trigéminal*
- *Névralgies du trijumeau : traitement neurochirurgical*
- *Douleur faciale idiopathique persistante.*
- *Douleur faciale idiopathique persistante*

Migraine pages 9 et 10

- *Migraine chronique : elle vient parfois de la mâchoire*
- *Stimulation magnétique trans-crânienne (rTMS) et migraine*
- *Prévention de la migraine : mieux vaut une activité physique intensive que modérée*

Lombalgie pages 10 et 11

- *Campagne de l'Assurance Maladie contre la lombalgie chronique*
- *Médecins généralistes : êtes-vous kinésiophobes ?*
- *Mal de dos : un traitement révolutionnaire et peu invasif par radiofréquences*

Fibromyalgie pages 11, 12, 13 et 14

- *Fibromyalgie : pourquoi la plupart des patients abandonnent les médicaments ?*
- *Critères diagnostiques ACR 2010/2011 révisés*
- *Supplémentation vitaminique D et fibromyalgie*
- *Le Taichi classé dans les "meditative movement" par les Anglo-Saxons tout comme d'autres exercices physiques, est recommandé au cours de la FM*
- *Efficacité des médicaments de la FM selon l'expérience des patients*
- *Intérêt de la thérapie cognitivo-comportementale par internet dans la fibromyalgie*

Résumés des articles et communications

Décider de passer aux « soins de fin de vie »

Brooks LA, Manias E et Nicholson P : *Communication and Decision-Making About End-of-Life Care in the Intensive Care Unit. Am J Crit Care* 2017; 26: 336–341. 2017 Article commenté par Cécile Michaud Site JIM

« Les probabilités de mourir dans une unité de soins intensifs (USI) varient de 13 % (Australie) à 22 % (USA). Par conséquent, le personnel soignant des USIs fait fréquemment face à des décisions concernant le maintien ou l'arrêt des thérapeutiques essentielles à la vie. Celles –ci posent des défis cliniques et éthiques, notamment pour la transition des traitements actifs vers les soins de fin de vie. Une étude australienne a exploré les expériences et points de vue d'infirmières et de médecins lorsqu'ils amorcent les soins de fin de vie auprès de patients d'une USI. Dix-sept infirmières et 11 médecins ont formé cinq groupes de discussion dont les interventions ont été enregistrées puis analysées... Les différents intervenants estimaient que les discussions à propos du moment de débiter les soins de fin de vie devraient commencer plus tôt, c'est à dire avant que l'état du patient se détériore... La prise de décision partagée peut être facilitée par un plan de soins de fin de vie standardisé, relativement prescriptif, facilitant le travail en collaboration. Toutefois, ce type de plan n'a été mis en œuvre que récemment et les infirmières réclament davantage de formation... La prise de décision partagée demeure un défi... Bien qu'ils désirent que les décisions de fin de vie soient discutées plus tôt, les participants de cette étude semblent toujours se conformer à un modèle qui tranche les soins en deux : d'un côté les soins intensifs, de l'autre, les soins palliatifs. Hawley propose un modèle « *Nœud Papillon* » constitué de deux triangles (gestion de la maladie et soins palliatifs) qui se superposent, s'enrichissant mutuellement et assurant le maintien de l'espoir sans qu'il soit nécessaire de « tracer une ligne » entre ces derniers. »

Douleur et obstétrique

Gérer la douleur post-césarienne

- *Enquête nationale périnatale. Rapport 2016. Les naissances et les établissements : Situation et évolution depuis 2010. INSERM / DRESS. Octobre 2017.*
- *Schoenwald A et coll., : Nurse practitioner led pain management the day after caesarean section : A randomised controlled trial and follow-up study. Int J Nurs Stud., 2017* Article commenté par Maxime Sassalle

« Le recours à la césarienne en France concerne aujourd'hui environ 20 % des naissances. La gestion de la douleur post-césarienne des patientes concernées est primordiale afin de leur apporter des conditions optimales d'appropriation et de gestion de leur nouveau rôle de mère. Une équipe australienne s'est interrogée sur la plus-value apportée par l'intervention d'une infirmière praticienne au moment où l'analgésie péridurale cesse son action. Pour cela, elle a mis en place une étude randomisée impliquant une cohorte de 122 patientes réparties en deux groupes, le groupe contrôle (61) et le groupe intervention (61)... L'étude s'est déroulée au sein du service de maternité de 34 lits d'un hôpital public australien où la problématique de la gestion de la douleur postopératoire des femmes accouchées est gérée par un **groupe de 3 infirmières**... Les auteurs sont parvenus à affirmer que les antécédents de césariennes et l'appréhension de la douleur étaient associés de manière nette à une plus grande intensité douloureuse dans les 24h (antécédent de césarienne : +7,3 mm ENV, p = 0,004, intervalle de confiance à 95 % [IC]2,4, 12,0 // appréhension : +0,4 mm ENV, p = 0,023, IC 0,1,0,8). Cette étude n'apporte donc pas d'éléments révolutionnant la prise en charge de la douleur de la femme accouchée ayant eu une césarienne mais rappelle néanmoins l'importance de cette problématique à l'heure où la durée d'hospitalisation des jeunes mamans tend à se réduire de plus en plus. »

Comment accoucher sans douleur et sans péridurale

Fleet JA, Jones M, Belan I : Taking the alternative route : Women's experience of intranasal fentanyl, subcutaneous fentanyl or intramuscular pethidine for labour analgesia. Midwifery 2017 ; 53 : e15-19.
Article commenté par Marie Gélébart **Site JIM**

« De nombreux facteurs affectent le vécu de la naissance, en particulier la réaction face à la douleur. D'où l'importance du choix du mode d'analgésie. Des chercheurs d'Australie, pays où le recours à la péridurale est bien moins fréquent qu'en France, ont profité d'une large étude randomisée pour interroger des patientes quant à leurs impressions vis-à-vis de différentes méthodes d'analgésie utilisées lors de l'accouchement. A la sixième semaine du post-partum, 41 femmes ayant reçu du fentanyl administré en nasal, 37 du fentanyl en sous-cutané et 38 de la péthidine en intramusculaire, ont été interrogées par téléphone. Le fentanyl, en particulier intra nasal, est plébiscité puisque plus de 80 % des femmes seraient prêtes à le réutiliser tandis que seules 44 % seraient de nouveau tentées par la péthidine ($p < 0,01$). Les contractions leur sont apparues plus courtes et plus faciles à gérer, elles se sentaient plus détendues tandis que celles qui ont reçu la péthidine tendaient à mettre en avant les effets désagréables du type sédation sans effet sur la douleur et l'impossibilité de se mouvoir. Bien que cette étude ne soit en rien une analyse scientifique de l'efficacité réelle des deux molécules, elle est l'occasion de rappeler qu'il existe des alternatives pharmacologiques à la péridurale. Certaines d'entre elles semblent satisfaire pleinement les femmes, à défaut d'être d'un usage simple pour les équipes, du fait des effets secondaires potentiels sur la mère et le fœtus qui impliquent une surveillance rapprochée. »

Prescriptions d'opioïdes pour les douleurs chroniques non cancéreuses : nouvelles recommandations pratiques

Responsible, Safe, and Effective Prescription of Opioids for Chronic Non-Cancer Pain: American Society of Interventional Pain Physicians (ASIPP) Guidelines. Manchikanti L, Kaye AM, Knezevic NN et al. Pain Physician. 2017 ; 20(2S):S3-S92. Article commenté par le Pr Françoise Laroche **Site Mediscoop.net**

« Depuis les années 90, on observe une recrudescence de l'utilisation, de l'abus et des incidents/accidents (décès x3 en 15 ans) sous opioïdes. De nombreuses mises en garde et recommandations surtout aux USA fleurissent. Pourtant, les prescriptions augmentent encore à ce jour... Les auteurs ont revu la littérature et se sont regroupés en experts de différentes spécialités prenant en compte les conflits d'intérêts de ceux-ci. Le grade des recommandations a été pris selon les modalités préconisées par : « Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) ».

Recommandation lors de l'introduction des opioïdes (*ne sont reprises que les recos « fortes » /Ph Roussel*) :

1. Diagnostic documenté clair. (Preuve : niveau I ; force de la recommandation : forte)

3. Programme de monitoring proposé par les experts à suivre – augmentation progressive des posologies avec surveillance (PDMPs). (Preuve : niveau I ; force de la recommandation : modérée à forte)

5. Diagnostic physique et psychique approprié. (Preuve : niveau I ; force de la recommandation : forte)

7. Evaluation de la douleur et de la fonction. (Preuve : niveau II ; force de la recommandation : forte)

13. Éviter les formes à libération prolongée en initiation. (Preuve : niveau I ; force de la recommandation : forte)

14. Recommander la méthadone uniquement en rotation et gestion par des médecins expérimentés, utilisant les recommandations de la FDA (Preuve : niveau I ; force de la recommandation : forte)

15. Expliquer au patient l'efficacité et les risques. (Preuve : niveau I ; force de la recommandation : forte)

16. Expliquer au patient le fonctionnement des formes : libération immédiate et libération prolongée (Preuve : niveau I-II ; force de la recommandation : modérée, forte)

18. Utiliser les formes à libération immédiate ou des fortes doses dans des circonstances particulières de douleurs sévères rebelles. (Preuve : niveau I ; force de la recommandation : forte)

19. Monitoring de l'observance et des abus. (Preuve : niveau I-II ; force de la recommandation : modérée à forte)

20. Monitoring des patients sous méthadone par ECG régulier (Preuve : niveau I ; force de la recommandation : forte).

21. Monitoring des effets indésirables avec adaptation des traitements (constipation) et arrêt des opioïdes en cas de nécessité. (Preuve : niveau I ; force de la recommandation : forte)

Ces recommandations sont une aide à la pratique de type "standard of care." Elles ont leurs limites et se rapprochent des recommandations déjà proposées en France en 1999 et 2009 pour les douleurs en rhumatologie non cancéreuses par le CEDR (Cercle d'Etude de la Douleur en Rhumatologie).

Les experts recommandent ici de diminuer ou d'arrêter les opioïdes au long court lorsque les risques deviennent supérieurs au bénéfice. Il faut souligner cette attitude car malheureusement, les traitements ne sont pas toujours arrêtés lorsqu'ils n'apportent plus d'avantages aux patients.

C'est en général la conséquence de l'absence de contrat clairement défini lors de l'introduction des opioïdes (ici les auteurs recommandent : >30% d'efficacité avec une bonne tolérance). Le partage des objectifs entre médecin et patient est une nécessité ! ... »

Douleurs oro-faciales

Douleur orofaciale : une mise à jour sur le diagnostic et la gestion.

Ghurye S, McMillan R. « Br Dent J. 2017 oct 27. doi: 10.1038 / sj.bdj.2017.879

« Le diagnostic et la prise en charge de la douleur bucco-faciale peuvent être difficiles en raison des antécédents complexes, de la physiopathologie et des comorbidités psychosociales associées telles que la dépression et l'anxiété. Les conditions de douleur faciale neuropathique telles que le syndrome de la bouche brûlante, la douleur faciale idiopathique persistante, l'odontalgie atypique et la névralgie du trijumeau nécessitent une reconnaissance précoce par les cliniciens de soins primaires et l'orientation vers des soins secondaires... Le trouble temporo-mandibulaire apparenté (DMT) peut être géré dans le cadre des soins primaires, l'identification des personnes à risque de développer un DMT chronique recevant une référence précoce vers les soins secondaires. L'adoption d'une approche biopsychosociale, comprenant des thérapies physiques, une pharmacothérapie et un soutien psychologique, peut mener à une prise en charge efficace et peut limiter l'impact négatif de la douleur faciale sur la qualité de vie et le fonctionnement quotidien. »

Les possibilités du traitement médical dans la névralgie trigéminal

Ducros A : The medical treatment of trigeminal neuralgia. Douleur analg., 2017 ; 30:60-63, DOI 10.1007/s11724-017-0490-7. Article commenté par le Dr Claude Biéva Site JIM

« La névralgie trigéminal (NT) est une maladie rare, pouvant apparaître pour la première fois à tout âge, mais le plus souvent après 40 ans. L'anxiété et la dépression sont des comorbidités fréquentes. L'avis actuel est que la NT est provoquée par une compression proximale de la racine du nerf trigéminal située près du tronc cérébral, par un vaisseau sanguin tortueux ou ectasique, entraînant la torsion mécanique des fibres nerveuses et une démyélinisation secondaire, probablement médiées par des lésions microvasculaires ischémiques. La NT a un retentissement considérable sur la vie du patient. Elle est caractérisée par des douleurs paroxystiques, intermittentes, unilatérales, similaires à des décharges électriques, dont l'apparition et la disparition sont soudaines et strictement localisées au territoire du trijumeau. Le traitement est médical mais aussi chirurgical.

La carbamazépine en première intention. Le traitement médical repose sur la carbamazépine 400 à 1 600 mg/j selon les cas, qui entraîne un soulagement complet initial chez au moins 70 % des patients traités selon les résultats de 4 études randomisées contrôlées. C'est le traitement pharmacologique de première intention en l'absence de contre-indications... La posologie doit être augmentée progressivement, avec deux ou trois prises par jour.

L'oxcarbazépine est également utilisée après intolérance ou échec à la carbamazépine. Quatre études randomisées en double insu contrôlées vs la carbamazépine ont démontré son efficacité (grade B). Les effets indésirables sur le SNC (sommolence, instabilité et vertige) sont trois fois moins fréquents que sous carbamazépine. La

lamotrigine est potentiellement efficace mais moins que la carbamazépine.

La phénytoïne orale est aussi une option mais au prix d'effets indésirables. D'autres anti-épileptiques ont été évalués dans cette indication avec des fortunes diverses (gabapentine, prégabaline, topiramate, lévétiracétam). Le

baclofène est aussi efficace en monothérapie en cas d'intolérance à la carbamazépine ou à l'oxcarbazépine.

Une approche non médicamenteuse de la NT a été également proposée : ce sont les techniques d'analgésie locorégionale pour le traitement de la douleur en sachant que le niveau de preuve quant à l'intérêt des blocs périphériques réalisés sur les branches terminales des nerfs V1 V2 V3 est faible. Enfin, l'efficacité de la toxine botulinique est à ce jour très controversée. »

Névralgies du trijumeau : traitement neurochirurgical

Congrès de la SFNC 2017 Site infoneuromodulation

« Le Dr. S. Raoul a présenté étude rétrospective de 2000 à 2016 sur 600 patients souffrants de névralgies du trijumeau qui ont bénéficié d'une prise en charge chirurgicale... Si les traitements médicamenteux restent en première ligne, la chirurgie par différentes techniques permet une amélioration significative de la qualité de vie. Les résultats immédiats sont bons avec 88% de disparition des douleurs immédiatement. En fonction de la technique choisie le taux de récurrence à 5 ans est variable ; 2% pour les décompressions vasculaires, 12% pour les micocompressions par ballon et 7.8% pour les thermocoagulations. Les douleurs de déafférentation sont de l'ordre de 2% et dans ce cas la stimulation corticale est proposée au patient. Les traitements médicamenteux ont été arrêtés dans 88% des cas... Lorsque le malade est âgé ou que son état général est précaire, il est bien évident qu'une méthode percutanée s'impose même au prix d'un déficit sensitif dans le territoire initialement douloureux. La méthode percutanée reste par ailleurs le meilleur traitement chirurgical à proposer chez des patients atteints d'une SEP et présentant une névralgie faciale rebelle aux traitements médicaux. Lorsque le patient est jeune et qu'il existe un conflit sur l'IRM la décompression vasculaire est préférable. La radio chirurgie n'a pas été évaluée dans cette communication mais elle reste un

traitement efficace sur la névralgie essentielle et de première intention lors de contre-indication chirurgicale, mais compte tenu de son délai d'action long il est difficile de la proposer chez les patients en crise. »

Douleur faciale idiopathique persistante.

Céphalée. 2017 juin; 37 (7): 680-691. doi: 10.1177 / 0333102417706349. Epub 2017 avr 20. Benoliel R, Gaule C.

« Contexte La douleur faciale idiopathique persistante (PIFP) est une maladie chronique qui récidive quotidiennement pendant plus de deux heures par jour pendant plus de trois mois, en l'absence de déficit neurologique clinique. Le PIFP est la terminologie actuelle pour la douleur faciale atypique et l'odontalgie atypique... Le PIFP est souvent un diagnostic différentiel difficile mais important parmi les affections faciales chroniques syndromes de douleur... La pathophysiologie sous-jacente dans le PIFP est encore énigmatique, mais les mécanismes neuropathiques peuvent être pertinents. Le PIFP a besoin d'une collaboration interdisciplinaire pour écarter et gérer les causes secondaires, les comorbidités psychiatriques et autres douleurs faciales syndromes, en particulier la névralgie du trijumeau. Le fardeau de la maladie et le dépistage de la comorbidité psychiatrique sont recommandés à un stade précoce de la maladie et devraient être pris en compte dans le plan de gestion. Des recherches futures sont nécessaires pour établir des critères de diagnostic clairs et des stratégies de traitement fondées sur les résultats cliniques et la physiopathologie individuelle. »

Migraine

Migraine chronique : elle vient parfois de la mâchoire

*Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics DOI: 10.1016/j.jmpt.2017.02.006
Association Between Severity of Temporomandibular Disorders and the Frequency of Headache Attacks in Women With Migraine: A Cross-Sectional Study Site santélog*

« 15% de la population générale souffrent de migraine, 100% des migraineux sévères souffrent de trouble temporo-mandibulaire. La sévérité de la migraine chronique associée au trouble de l'articulation temporo-mandibulaire, c'est la confirmation de cette étude brésilienne qui révèle que les patients atteints de migraine chronique sont 3 fois plus susceptibles de souffrir de ce dysfonctionnement articulaire... Cette étude menée chez 84 femmes jeunes dont 21 atteintes de migraine chronique, 32 de migraine épisodique et 32 sans antécédents de migraine montre que : les patientes souffrant de migraine chronique, c'est-à-dire de crises au moins 1 jour sur 2, sont 3 fois plus susceptibles de signaler des symptômes plus sévères de désordres temporo-mandibulaires. Des signes et des symptômes de DTM sont observés chez 54% des participantes sans migraine, 80% des participantes atteintes de migraine épisodique, 100% des participantes atteintes de migraine chronique. 100% des participantes atteintes de migraine chronique présentent des signes/symptômes de désordres temporo-mandibulaires. Une sensibilité centrale pourrait expliquer l'association entre la fréquence des crises de migraine et la gravité des DTM. La répétition des crises de migraine peut augmenter la sensibilité à la douleur. Selon les auteurs, c'est à la fois la migraine qui agit comme un facteur qui prédispose les patients au DTM et les DTM qui sont facteur de migraine tel un agent nociceptif continu qui va exacerber une sensibilité nerveuse centrale. Migraine et DTM, des mécanismes pathologiques très similaires : la prévalence de la migraine est estimée à 15% en population générale et sa progression vers la forme chronique intervient chez environ 2,5% des migraineux. Comme la migraine, les DTM sont liés au stress – tout autant qu'à la tension musculaire. Les 2 conditions ont également des symptômes communs, des symptômes articulaires bien sûr, musculaires aussi, mais aussi la fatigue et / ou des douleurs au visage et au cou. DTM et migraine sont des comorbidités.

Enfin, les patients atteints de migraine sévère sont plus susceptibles d'avoir des signes et des symptômes de DTM, mais l'inverse n'est pas vrai. Il existe des cas de DTM sévère exempts de migraine... »

rTMS et migraine

Lan L, Zhang X, Li X, Rong X, Peng Y The efficacy of transcranial magnetic stimulation on migraine: a meta-analysis of randomized controlled trails. J Headache Pain. 2017 Aug 22;18(1):86. Article commenté par Rodrigue Deleens **Site Actu Douleur**

«La stimulation magnétique répétitive transcrânienne (rTMS) dans la migraine. Si les recherches se développent dans cette indication, c'est que la migraine est maintenant la plus commune des maladies neurologiques. Concernant les mécanismes physiopathologiques, on connaît le lien avec l'excitabilité du cortex, or la rTMS peut activer ou diminuer l'excitabilité du cortex... Les auteurs ont voulu mettre en évidence l'intérêt de la rTMS dans ce contexte, en réalisant une méta-analyse... Seules 5 études répondaient aux critères, études randomisées contrôlées (ERC), 4 portant sur les migraines chroniques et 1 sur la migraine avec aura. Soit au total, 313 patients inclus... 4 études ont étudié la rTMS versus sham, la cinquième a comparé la rTMS à l'utilisation de la Toxine Botulinique. Il ressort de cette méta-analyse qu'il semble y avoir une efficacité de la rTMS dans la gestion prophylactique des migraines (traitement de fond), avec des résultats significatifs malgré l'hétérogénéité des protocoles. Par contre, cette technique n'apporte pas de résultats positifs dans la migraine chronique... En conclusion, cette méta-analyse reste discutable quant à son interprétation du fait des différents biais précédemment cités. Malgré tout, elle apporte des pistes pour l'avenir, en proposant la rTMS comme une alternative efficace, non invasive et sécurisée aux traitements de fond des migraines avec aura. Il reste maintenant à le prouver sur les populations plus larges, à l'aide d'études randomisées en double aveugle bien menées. Une fois de plus, la rTMS semble être une arme intéressante dans la douleur chronique, mais en pratique courante, l'accessibilité aux machines reste encore trop souvent un facteur limitant ! »

Prévention de la migraine : mieux vaut une activité physique intensive que modérée

Site Medscape Aude Lecrubier, Daniel M. Keller

« Vancouver, Canada — On sait que l'activité physique peut aider à contrôler les migraines (quand elle ne les déclenche pas). Mais à quelle intensité ? Légère, modérée, intense ? C'est ce qu'ont voulu préciser des chercheurs suisses en comparant l'effet d'un programme d'exercice physique intensif versus modéré chez des patients migraineux. Leur petite étude, présentée sous forme de poster lors du congrès annuel de l'International Headache Society (IHS), confirme, d'une part, que des séances d'aérobic deux fois par semaine préviennent plusieurs crises de migraine mensuelles. Mais, elle montre, également, que pour le même nombre de séances d'aérobic hebdomadaires, les plus intensives sur le plan physique sont plus bénéfiques que celles d'intensité modéré

« Et nous avons exactement cet effet sur la dilatation des artères et la constriction des veinules dans le groupe du programme d'activité physique intense », explique Alice Minghetti. « Nous avons aussi observé cet effet dans le groupe qui avait suivi le programme d'intensité physique plus modéré mais pas aussi fortement, ce qui signifie que l'effet sur la circulation est un stimulus différent de celui lié à l'activité physique continue modérée », précise-t-elle... Les chercheurs attribuent les bénéfices de l'activité d'intensité élevée à un effet « afterburn », qui correspond à une forte consommation d'oxygène post-exercice pour compenser le déficit important au cours de l'effort intensif (EPOC).

« Le programme d'activité physique intensive est sûr et a plus d'effet sur la réduction du nombre de crises de migraines, les indices de santé cérébrovasculaire et la consommation maximale d'oxygène que le programme d'activité physique d'intensité modéré », concluent les chercheurs.

Pour le Dr Silberstein, « il faut accorder beaucoup plus d'attention à la physiologie de l'exercice physique. Il s'agit d'une nouvelle très importante parce qu'il a été recommandé aux gens de pratiquer une activité physique modérée plusieurs fois par semaine alors que je pense que les études les plus récentes ont clairement montré que lorsqu'on y regarde de près, l'exercice intensif, même plus court, est meilleur sur le long terme »

Lombalgie

Campagne de l'Assurance Maladie contre la lombalgie chronique

par le Dr Jean-Paul Marre - Site Fréquence médicale

« Organisée en partenariat avec les principales sociétés savantes françaises impliquées dans le traitement du mal de dos (médecins généralistes, rhumatologues, médecins rééducateurs, médecins du travail et kinésithérapeutes) l'Assurance Maladie lance une campagne nationale pour combattre les fausses croyances sur le mal de dos et aider les Français à éviter que cette « lombalgie » ne se complique et ne devienne chronique. Déclinée à la télévision, sur internet, dans une application et dans des brochures d'information, le thème de la campagne est : « Mal de dos ? Le bon traitement c'est le mouvement »... La lombalgie ne doit pas empêcher le mouvement et le maintien d'une activité physique est primordial... Une « appli » gratuite, « Activ'dos » est mise à disposition par l'Assurance Maladie afin d'avoir des conseils pratiques sur une série d'exercices, de postures... et il y a même la possibilité de suivre l'évolution de son mal de dos... »

Médecins généralistes : êtes-vous kinésiophobes ?

Perrot S et al. Kinésiophobie et douleur induite par la kinésithérapie dans la prise en charge des douleurs d'origine musculo-squelettique : étude d'une cohorte nationale multicentrique de patients et leur médecin généraliste. Revue du rhumatisme (2017) <https://doi.org/10.1016/j.rhum.2017.09.010>
Site Rhumato.net

« ... À retenir : selon l'étude ALTO, les sujets kinésiophobes souffrant de DMS sont moins satisfaits de la prise en charge par kinésithérapie que les autres. Elle illustre aussi, comme d'autres avant elle, que les propres orientations du médecin vis-à-vis de la douleur influencent sa conduite de soins. Enfin, la prescription d'antalgiques à visée préventive ne concernerait qu'une minorité de ces patients algiques. Les auteurs rappellent que la prise en charge individualisée de ces patients est indispensable. »

Mal de dos : un traitement révolutionnaire et peu invasif par radiofréquences

RSNA 2017 103rd Scientific Assembly and Annual Meeting 29-Nov-2017 Minimally invasive treatment provides relief from back pain **Site Santélog**

« Cette étude teste avec des résultats extrêmement positifs, un nouveau traitement révolutionnaire contre la lombalgie ou le mal de dos. L'étude révèle que la majorité des patients sont débarrassés de leur douleur après avoir bénéficié d'1 seule séance de ce traitement mini-invasif, par radiofréquences, pulsé et guidé par imagerie... Un disque lombaire compressé et hernié est une cause majeure de lombalgie, dont la douleur peut irradier jusqu'aux jambes. « Cette racine nerveuse est une structure sensible qui, lorsqu'elle est pincée, devient enflammée et entraîne la douleur »... Ces patients ont subi une procédure de radiologie interventionnelle, minimalement invasive et sous imagerie, qui consiste via une sonde insérée à travers la pointe d'une aiguille ciblée sur la racine nerveuse, à envoyer une radiofréquence pulsée sur une période de 10 minutes. Sans toucher le disque, la radiofréquence peut réduire la hernie... Des résultats qualifiés « d'extraordinaires » : en effet, les patients sont soulagés et capables de reprendre le cours normal de leurs activités en 24 heures : ainsi, sur les 80 participants, 81% restent sans douleur un an après une seule séance de traitement de 10 minutes ; 6 patients ont eu besoin d'une seconde séance de radiofréquence pulsée. 90% des patients ont pu éviter la chirurgie.

Suite à ce traitement, l'inflammation et la douleur disparaissent. Avec la relaxation des muscles, la distance entre les vertèbres se rétablit... De plus, aucun patient n'a éprouvé d'effets secondaires après avoir reçu ce traitement ambulatoire peu invasif. »

Fibromyalgie

Fibromyalgie : pourquoi la plupart des patients abandonnent les médicaments ?

The Journal of Rheumatology Nov, 2017 Doi: 10.3899/jrheum.170098 Adherence and Persistence with Drug Therapy among Fibromyalgia Patients: Data from a Large Health Maintenance Organization **Site Santélog**

« Plus de 60% des patients, quel que soit le traitement prescrit, adhèrent moins de 20% du temps de traitement. Très peu de patients atteints de fibromyalgie vont suivre correctement leur traitement pharmacologique, révèle cette étude israélienne, menée en contexte réel. Est-ce en raison de la durée et d'un schéma de prise quotidienne des traitements, de leur nature et de leurs effets secondaires, de la stigmatisation sociale, de l'incrédulité des patients et du manque d'efficacité, d'une insuffisance de communication entre le patient et le médecin ? Ces conclusions, présentées dans le Journal of Rheumatology associent ce manque d'observance au fait que seule une petite minorité de patients obtiennent un vrai bénéfice thérapeutique et restent disposés à poursuivre leur traitement au-delà d'un an... Seuls 9,3% adhèrent plus de 80% du temps de traitement... Ces données renforcent évidemment l'importance du besoin urgent de nouvelles thérapies avec une efficacité améliorée et une bonne tolérance des patients et incitent aussi à recourir aux thérapies alternatives dont l'efficacité a déjà été démontrée. »

Critères diagnostiques ACR 2010/2011 révisés

Revisions to the 2010/2011 Fibromyalgia Diagnostic Criteria Frederick Wolfe et al. American College of Rheumatology 2017, San Diego, 3-8 novembre 2017 Article commenté par le Pr F. Laroche

Un rappel, en 2016, Frederick Wolfe a identifié les problèmes rencontrés par les critères ACR 2010 et 2011 révisés afin de proposer des recommandations diagnostiques affinées... Critères ACR

2010

1) Widespread pain index (WPI) ≥ 7 et symptom severity scale (SSS) score ≥ 5 OU WPI 4-6 et SSS score ≥ 9 . 2) Douleurs généralisées sur au moins 4 à 5 zones 3) Symptômes depuis au moins 3 mois 4) Un diagnostic de FM n'est pas validé selon que le diagnostic d'une autre maladie grave n'est pas encore validé mais le diagnostic de FM n'exclut pas une autre maladie importante associée. La révision propose les changements suivants :

1) Changement du critère N°1 : de "Widespread pain index (WPI) ≥ 7 et Symptom Severity Scale (SSS) score ≥ 5 OU WPI 4-6 et SSS score ≥ 9 ." (WPI minimum ≥ 4 à la place de ≥ 3) 2) Critère N°2 : douleurs de la mâchoire, du thorax et abdominale n'étaient pas évaluées précédemment (ajoutées).

3) Critère N°3 : inchangé

4) Critère N° 4 : inchangé

5) Addition de l'échelle : the Fibromyalgia Symptom (FS) ou polysymptomatic distress (PSD) scale comme un composant à part entière des critères de FM 6)

Création d'un set de critères (2016). Antérieurement, on séparait

l'évaluation patient et l'évaluation médecin. Il est proposé ici de renforcer l'estimation par le médecin du poids des symptômes avec la présence de céphalées, de douleurs ou crampes abdominales et de dépression dans les 6 mois précédents...

Les critères médecins sont validés pour la clinique et les critères patients le sont pour la recherche uniquement. Ce qui est dommage car les PRO (Patient Outcome Report) sont de plus en plus mis en avant car les patients seraient peut être meilleurs juges : la fibromyalgie et les neuropathies périphériques affectent plus de 2% de la population.

Supplémentation vitaminique D et fibromyalgie

Effect of Vitamin D Supplementation in Chronic Widespread Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis Wai Chung Yong et al. ACR 2017, San Diego, 3-8 novembre 2017 Article commenté par le Pr F. Laroche

La vitamine D... semble jouer un rôle non négligeable dans la nociception. Certains auteurs ont rapporté des douleurs diffuses avec raideur qui ressemblent à la fibromyalgie lors des carences vitaminique D (Atherto, 2008)... De nombreuses études sur de petits effectifs ont montré un bénéfice clinique de la Vitamine D au cours de la FM. Les auteurs ont fait une méta-analyse et les résultats montrent une diminution de la douleur dans le groupe supplémenté versus placebo... Celle-ci est cependant non significative de faible amplitude. Et l'analyse en régression logistique n'a pas révélé de corrélation entre les variations du taux de VitD et la Douleur... Des résultats faibles mais il serait souhaitable à l'avenir de ne pas se focaliser seulement sur la douleur mais aussi sur la fonction, la qualité de vie etc... Une étude autrichienne publiée en 2014 dans Pain avait choisi de prendre le problème dans l'autre sens en regardant si la correction d'une hypovitaminose D pourrait améliorer les symptômes de la fibromyalgie... »

Le Taichi classé dans les “meditative movement” par les Anglo-Saxons tout comme d'autres exercices physiques, est recommandé au cours de la FM (Recommandations EULAR 2016, MacFarlane, AnnRheum Dis 2016).

RSNA 2017 103rd Scientific Assembly and Annual Meeting 29-Nov-2017 Minimally invasive treatment provides relief from back pain Article commenté par le Pr F. Laroche

« Les recommandations EULAR leur donnent un niveau faible car peu de preuves selon les normes “EBM” sont à ce jour disponibles (mais avec un niveau d'accord entre les experts est de 71 à 93%). Le mécanisme d'action du Taichi n'est pas connu... Au plan clinique, les exercices physiques ont montré leur efficacité au cours de la FM dans 20 revues incluant 34 études (n= 2494). 47 types d'exercices ont été répertoriés. Les exercices aérobie semblent les plus intéressants avec une amélioration de la douleur (0.65; -0.09, 1.39), de la fonction (0.66; 0.41, 0.92), du bien-être (0.49; 0.23, 0.75) et des points douloureux (0.23; -0.18, 0.65). Les exercices « aérobie » et de renforcement semblent plus efficaces et les exercices à sec sont équivalents aux exercices en milieu aquatique... »

Efficacité des médicaments de la FM selon l'expérience des patients

RSNA 2017 103rd Scientific Assembly and Annual Meeting 29-Nov-2017 Minimally invasive treatment provides relief from back pain Article commenté par le Pr F. Laroche

« 95 patients (âge moyen: 50.5, 88 femmes et 7 hommes) souffrant de FM ont classé les médicaments reçus par ordre décroissant d'efficacité (échelle à 4 classes : de peu utile à très utile). Les 3 médicaments considérés comme les plus utiles étaient les opioïdes (moyenne=2.8), les hypnotiques (moyenne= 2.8), et les psychostimulants pour le “fibrofog” (moyenne=2.6). Le fibrofog est cette

impression de brouillard cognitif avec troubles de l'attention, de concentration et de mémoire. Les autres médicaments habituellement recommandés avaient des moyennes d'utilité très faibles. » *Ces résultats montrent la différence entre le ressenti des patients et les études "EBM". La vraie vie diffère donc beaucoup des études sur lesquelles se basent pourtant les experts. Revenir aux évaluations centrées sur les patients semble donc impératif. Il s'agit des PRO (Patient Outcome Report).*

Intérêt de la thérapie cognitivo-comportementale par internet dans la fibromyalgie

Friesen LN, Hadjistavropoulos HD, Schneider LH, Alberts NM, Titov N, Dear BF. Examination of an internet-delivered cognitive behavioural pain management course for adults with fibromyalgia: a randomized controlled trial. Pain 158 (4) : 593–604 Article commenté par Anne-Priscille Trouvin

« La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) semble apporter un bénéfice aux patients souffrant de FM. Un programme de TCC par internet « Pain Course » ayant déjà montré son intérêt dans d'autres tableaux douloureux chroniques, l'objectif de cette étude est donc de montrer l'intérêt du « Pain Course » dans une population de patients fibromyalgiques, par le biais d'un essai randomisé contrôlé... Les patients ayant eu la TCC ont eu une amélioration significative à 8 semaines de l'impact de leur FM, FIQ révisé ($p < 0,001$), amélioration de l'anxiété à travers le GAD ($p = 0,016$) et de la dépression à travers le PHQ ($p < 0,001$). Il n'est retrouvé aucune amélioration significative de ces paramètres dans le groupe témoin. La majorité des critères secondaires sont améliorés de façon significative dans le groupe TCC (échelle HADS, échelle Pain Self-Efficacy Questionnaire, SF-12). Dans le groupe TCC ; 86% des patients sont très satisfait ou satisfait du programme. Cette étude montre l'intérêt potentiel d'une TCC par internet chez les patients fibromyalgique. Cette méthode permettrait de diminuer les coûts de prise en charge ainsi que les délais d'attente pour les patients. Dans les recommandations de européennes de 2016 la thérapie cognitivo-comportementale fait partie des propositions de prise en charge de la FM. Cette technique est citée en deuxième intention dans la stratégie thérapeutique... Malgré des réserves sur le contenu du programme, sur un plan pratique en revanche, tout comme pour l'étude de la TCC dans la polyarthrite, l'intérêt de la TCC par internet est aussi de limiter les coûts liés à cette prise en charge. De même une TCC par internet permettrait de proposer cette prise en charge à un plus grand nombre de patients. »