

**Newsletter n° 12 de mars, avril et mai 2017**

**Réseau Douleur Paca Ouest**



*Le mot du président*

« *Bonjour*

*Les péripéties de la vie politique française n'auront pas eu d'influence sur l'adhésion des établissements membres du Réseau à l'audit sur les Douleurs Induites par les Soins. Le taux de participation est d'ores et déjà en hausse par rapport à 2016. Les résultats de l'audit seront présentés comme prévu le 08 juin lors de l'Assemblée Générale du Réseau.*

*Mais pour l'heure, savourez la 12° newsletter concoctée par Philippe Roussel. Vous y trouverez entre autres lombalgie Chronique et placebo « honnête », douleur neuropathique du sujet âgé et activité physique, migraine de l'enfant et traitement innovant, fibromyalgie et « vrai traitement efficace », TCC en ligne...*

*Bonne lecture »*

*Michaël LEJWI*

## Agenda 2017

**Assemblée générale du Réseau DPO jeudi 8 juin 2017 à 14 h 30**

**Centre Hospitalier Henry GUERIN Quartier Barnenq 83390 PIERREFEU du VAR**

**Congrès de la SFETD à NICE du 16 au 18 novembre 2017**

**Le 17ème congrès de la SFETD se tiendra du 16 au 18 novembre 2017 au Palais Acropolis à Nice. Organisation du Congrès : SFETD 2017 C/O COLLOQUIUM  
Tél : + 33 1 44 64 15 01 Fax : + 33 1 44 64 15 16 [douleur@clq-group.com](mailto:douleur@clq-group.com)**

## A lire, à voir sur les sites

*Pour des résumés de ces communications ou articles adresser vos demandes au Dr Roussel [rgauloise@gmail.com](mailto:rgauloise@gmail.com)*

**Site Algoscoop.net**

**Les recommandations de la SFETD: Utilisation des opioïdes forts dans la douleur non cancéreuse Pr Françoise Laroche (CETD, Hôpital Saint-Antoine – Paris)**

**Site Fréquence médicale : [newsletter@frequencem.com](mailto:newsletter@frequencem.com)**

**Migraines, savoir explorer les céphalées**

Parmi les causes de céphalées, la migraine occupe une place prépondérante. Altération de la qualité de vie, arrêts de travail à répétition, les malades souffrent et sont en demande de solutions. Comment faire le bon diagnostic face à des céphalées ? Quelle prise en charge et quel suivi ? Dr Caroline ROOS, neurologue, Paris

**Site Vidal [actualites.vidal@vidal.fr](mailto:actualites.vidal@vidal.fr)**

**Deux questions pour un dépistage rapide et efficace de la dépression chez les personnes âgées**

Demander au patient ces symptômes au cours du mois écoulé :

- Vous êtes-vous senti triste, déprimé ou désespéré ?
- Avez-vous souffert de manque d'intérêt ou de plaisir à faire des choses ?

Les auteurs concluent sur la nécessité de prendre l'habitude d'intégrer ces deux questions dans la consultation de la personne âgée.

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

**Pour les enfants, les médicaments ne sont pas des bonbons... quels antalgiques ? Pourquoi ? Comment ? Et les effets indésirables ! [Pain Research & Management](#)**

**L'acupuncture face à la douleur induite par la biopsie rénale en pédiatrie : Laser 1 – Aiguille 0 ! Pain**

**L'algo-neuro-dystro...Psy ? Vers la fin d'une polémique... [European Journal of Pain](#)**

**Migraine de l'enfant. Une étude du New England interrompue suite à une analyse intermédiaire ... tous les résultats. [New England Journal of Medicine](#)**

**Remettre en cause les idées reçues : l'utilisation de corticoïdes lors des infiltrations n'est pas utile dans les syndromes canalaire... du nerf pudendal. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology***

**Site Actualités Mediscoop.net [Horizons-Douleurs@mediscoop.net](mailto:Horizons-Douleurs@mediscoop.net)**

**Travailler léger, à la demande et sans stress, il fallait y penser, enfin la solution ? *Par le Pr Serge Perrot (Hôtel-Dieu, Paris)***

Quels sont les facteurs protecteurs d'arrêt maladie en cas de douleurs diffuses ? Un grand nombre d'études se sont penchées sur les facteurs de risque d'arrêt de travail ou d'arrêt maladie dans les douleurs aiguës ou chroniques. Par contre, très peu d'études s'intéressent aux facteurs protecteurs qui limiteraient les absences pour arrêt maladie...

*Protective determinants of sickness absence among employees with multisite pain. A 7-year follow-up. Haukka E, Ojajärvi A, Kaila-Kangas L, Leino-Arjas P. Pain 2017 ; 158(2): 220-229.*

**En cas de douleur neuropathique, testez votre profil sensoriel ! *Par le Pr Serge Perrot (Hôtel-Dieu, Paris)***

Classer les douleurs neuropathiques par Quantitative Sensory Testing pour mieux traiter ? Les douleurs neuropathiques sont des douleurs présentant des caractéristiques sensorielles multiples qui peuvent associer des sensations désagréables, douloureuses, une perte de la sensibilité, une allodynie, une hyperesthésie...

*Peripheral neuropathic pain: a mechanism-related organizing principle based on sensory profiles. Baron R, Maier C, Attal N et al. Pain. 2017 ; 158(2):261-272.*

**Traitements non médicamenteux de la lombalgie - analyse de la littérature. *Par le Pr Françoise Laroche (CETD, Hôpital Saint-Antoine, Paris)***

Le collègue américain des médecins généralistes a proposé une recommandation sur les traitements non médicamenteux de la lombalgie en 2017. La bibliographie s'est faite sur Ovid MEDLINE entre 2008 et février 2016. Neuf essais randomisés ont été analysés. Les groupes contrôles étaient un traitement « sham » (équivalent du placebo)...

*Non pharmacologic Therapies for Low Back Pain: A Systematic Review for an American College of Physicians Clinical Practice Guideline. Chou R, Deyo R, Friedly J et al. Ann Intern Med. 2017 Feb 14. doi: 10.7326/M16-2459*

**Traitements médicamenteux de la lombalgie - analyse de la littérature. *Par le Pr Françoise Laroche (CETD, Hôpital Saint-Antoine, Paris)***

Le collègue américain des médecins généralistes a proposé une recommandation sur les traitements médicamenteux de la lombalgie en 2017. La bibliographie s'est faite sur Ovid MEDLINE entre 2008 et février 2016. Neuf études avec les benzodiazépines et 70 avec les AINS ont été recensées. Les auteurs concluent que le paracétamol...

*Systemic Pharmacologic Therapies for Low Back Pain: A Systematic Review for an American College of Physicians Clinical Practice Guideline. Chou R, Deyo R, Friedly J et al. Ann Intern Med. 2017 Feb 14. doi: 10.7326/M16-2458.*

**Traitements non invasifs de la lombalgie. *Par le Pr Françoise Laroche (CETD, Hôpital Saint-Antoine, Paris)***

Le collègue des médecins américains a proposé en 2017 des recommandations de pratiques sur le traitement de la lombalgie. Les études et revues publiées entre avril 2015 et novembre 2016 ont été

retenues. Les paramètres évalués étaient la douleur, la fonction, la qualité de vie, le retour au travail, l'amélioration globale, le nombre d'épisodes douloureux...

*Non Invasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM et al. Ann Intern Med. 2017 Feb 14. doi: 10.7326/M16-2367*

**Site Infoneuromodulation** <http://infodouleurneuromodulation.com/>

### **Essai clinique de la prégabaline dans la sciatique aiguë et chronique**

*New England Journal of Medicine* Analyse rédigée par Marc Lévêque

« ... Cette étude très intéressante vient donc relancer le débat sur la nécessité d'imposer, comme préalable à l'implantation d'une stimulation médullaire dans une douleur neuropathique de type sciatique, un traitement – souvent mal toléré – par prégabaline. »

## **Actualités**

### **Sommaire des actualités du n°12**

*Neuropathie périphérique : bloquer la voie de signalisation pour bloquer la douleur.* Pages 4 et 5

*Âge et douleur neuropathique : faut-il pratiquer une activité physique ?* Pages 5 et 6

*La prégabaline, inefficace sur la sciatique.* Page 6

*Acide hyaluronique ou corticoïdes intra-articulaires : quelle stratégie est la plus avantageuse dans la gonarthrose ?* Pages 6 et 7

*Brûlures : le gel de curcumine réduit la douleur, l'inflammation, la cicatrice.* Page 7

*Thérapies cognitives et comportementales en ligne : ça marche ?* Pages 7 et 8

*A propos des lombalgies.* Page 8, 9 et 10

*A propos de la migraine (enfant, adultes)* Pages 10, 11 et 12

*A propos de la fibromyalgie* Pages 12, 13, 14, 15 et 16

### **Résumés des articles**

#### **Neuropathie périphérique : bloquer la voie de signalisation pour bloquer la douleur**

*Journal of Clinical Investigation January 17, 2017 Selective antagonism of muscarinic receptors is neuroprotective in peripheral neuropathy (Visuel@Thomas Deerinck, National Center for Microscopy and Imaging Research, UC San Diego)*

« Ces chercheurs américains viennent d'identifier la voie de signalisation moléculaire qui en régulant la croissance des neurones sensoriels, empêche ou « inverse » la neuropathie périphérique induite par la chimiothérapie et le VIH. Des travaux présentés dans le Journal of Clinical Investigation qui suggèrent que des médicaments existants, les « agents anti-muscariniques » déjà approuvés pour d'autres conditions médicales pourraient trouver leur efficacité aussi dans la prise en charge de la neuropathie périphérique.

La neuropathie périphérique est une affection causée par une lésion du système nerveux périphérique, qui transmet l'information entre le système nerveux central (cerveau et moelle épinière) et le reste du corps. Ses symptômes comprennent l'engourdissement, des picotements, la faiblesse musculaire, une douleur parfois sévère, la paralysie et le dysfonctionnement de certains organes. Enfin, la neuropathie périphérique peut être le symptôme de nombreuses maladies, du diabète et du VIH, ou un effet secondaire lié à certaines chimiothérapies. Enfin, de précédentes recherches ont décrit quelques-uns des processus fondamentaux impliqués dans la régénération saine de la croissance nerveuse périphérique avec le rôle critique joué par les mitochondries -des mini-centrales cellulaires qui produisent l'adénosine triphosphate (ATP), la molécule porteuse d'énergie dans toutes les cellules.

Les chercheurs de l'École de médecine de l'Université de Californie à San Diego, du National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDKD/NIH), de l'Université de Manitoba et de l'hôpital Saint-Boniface (Canada) ont mené cette étude *in vitro* sur des lignées cellulaires et *in vivo* sur des rongeurs modèles de diabète de type 1 et 2. Ils ont cherché à identifier les molécules et les mécanismes clés utilisés dans la régénération et la croissance des neurones sensoriels. Ils constatent ainsi que l'excroissance des dendrites, les prolongements des neurones qui font le lien avec d'autres neurones, est contrainte par l'activation des récepteurs muscariniques du neurotransmetteur acétylcholine. Un résultat surprenant alors que l'acétylcholine est un neurotransmetteur généralement associé à l'activation des cellules.

La promesse des antagonistes anti-muscariniques : en identifiant cette voie de signalisation, les scientifiques suggèrent qu'il serait intéressant d'étudier l'efficacité des médicaments anti-muscariniques déjà approuvés pour utilisation dans d'autres conditions médicales, cette fois dans la prise en charge de la neuropathie périphérique. Ces médicaments ont, en effet, un profil de sécurité bien caractérisé, avec plus de 20 ans d'utilisation clinique, explique l'auteur principal de l'étude, le Dr Paul Fernyhough, professeur de pharmacologie à l'Université du Manitoba au Canada. »

### **Âge et douleur neuropathique : faut-il pratiquer une activité physique ?**

*Pain March, 2017 doi: 10.1097/j.pain.0000000000000769 Physical activity behavior predicts endogenous pain modulation in older adults. Site Santé log*

« Rester actif à l'âge mûr peut-il contribuer à prévenir la douleur chronique ? Faut-il développer des programmes d'activité physique pour réduire et prévenir la douleur chez les personnes âgées ? Oui, l'activité physique permet bien aux personnes âgées de mieux gérer la douleur, confirme cette étude de l'Indiana University. Les conclusions, présentées dans la revue *Pain*, montrent en effet que les adultes âgés ayant des niveaux d'activité physique plus élevés ont des modèles de réponse à la douleur qui permettent de réduire le risque de passer à la douleur chronique. Être plus actif et moins sédentaire au grand âge réduit la perception de la douleur...

Cette nouvelle étude qui porte précisément sur la gestion de la douleur chez les personnes âgées, montre que rester physiquement actif, permet une perception moins aiguë de la douleur neuropathique et que l'exercice permet de mieux gérer leurs réponses aux stimuli douloureux : « Cette étude fournit la première preuve objective que l'activité physique est liée au fonctionnement des systèmes endogènes de modulation de la douleur chez les personnes âgées », explique l'auteur principal, le Dr Kelly M. Naugle, de l'Indiana University. L'équipe a mené une série d'expériences chez 51 adultes en bonne santé, âgés de 60 à 77 ans. Tous les participants ont porté un moniteur d'activité pendant une semaine pour mesurer leur niveau d'activité physique, puis ont subi 2 tests de modulation de la douleur : ces 2 tests montrent que la gestion de la douleur est significativement liée au niveau d'activité physique quotidien... L'activité physique prévient le passage à la douleur chronique... Alors que les personnes âgées sont plus susceptibles d'être physiquement inactives, elles sont aussi vulnérables à la douleur chronique. L'étude suggère qu'une réduction des comportements sédentaires et une plus

grande pratique de l'activité physique peuvent donc être critiques dans le maintien de la fonction endogène d'inhibition, chez ces personnes âgées. »

### **La prégabaline, inefficace sur la sciatique**

*Mathieson S et al. Trial of pregabalin for acute and chronic sciatica. N Engl J Med 2017; 376:1111-20. DOI: 10.1056/NEJMoa1614292* Site **Univadis** Résumés Cliniques par Caroline Guignot

« Il a été établi que le gabapentine n'est pas efficace dans ce contexte... PRECISE (Pregabalin in Addition to Usual Care for Sciatica) est une étude randomisée multicentrique conduite en double aveugle et contrôlée versus placebo, réalisée entre septembre 2013 et mars 2015.

Les patients inclus étaient des adultes présentant une sciatique modérée à sévère chez lesquels un épisode contemporain de sciatique était installé depuis au moins 1 semaine et 1 an au plus. La douleur associée devait être modérée et se traduire par une gêne modérée ou importante dans les activités quotidiennes (selon le questionnaire de qualité de vie SF-36)... Le critère principal d'évaluation était l'intensité de la douleur sciatique dans la jambe sur 24 heures. Elle était considérée comme cliniquement différente à partir d'une évolution du score d'au moins 1,5 points entre l'inclusion et la semaine 8. La douleur ressentie à 52 semaines était également évaluée...

À huit semaines, l'intensité de la douleur était identique chez les personnes traitées par prégabaline ou par placebo...La sévérité de l'incapacité, la durée des arrêts de travail, l'intensité de la lombalgie et l'effet global perçu n'étaient pas statistiquement différents entre les deux groupes, à 8 comme à 52 semaines. De la même façon, la qualité de vie moyenne était identique dans les deux groupes... »

### **Association benzodiazépines et opiacés : quelles précautions ?**

**Site medscape** 21 février 2017. *Dr. Patrick Lemoine* Les opinions exprimées dans cet article ou cette vidéo n'engagent que leur(s) auteur(s) et ne reflètent pas nécessairement celles de WebMD ou Medscape.

« Les benzodiazépines et les opiacés sont deux séries de molécules qui ont deux points communs :

- elles peuvent être détournées de leur usage à des fins récréatives, chacune des deux séries de molécules renforçant l'autre.

- elles sont toutes les deux capables d'être des déprimeurs respiratoires. Insistons sur ce point-là

De très nombreux sujets souffrent d'insuffisance respiratoire, soit dans le cadre d'une bronchopneumopathie chronique obstructive, soit de façon plus préoccupante, dans le cadre du syndrome d'apnée du sommeil (SAS), une pathologie particulièrement fréquente souvent oubliée.

Un tiers des hypertensions artérielles normales et deux tiers des hypertensions instables sont liées à un SAS. Deux tiers des fibrillations auriculaires sont dues à un SAS et 46 % des patients ayant un trouble bipolaire ont également un SAS. Parfois, il n'existe pas de signe d'appel.

Avant de prescrire une de ces deux molécules, dans les cas par exemple de soins palliatifs extrêmes, on doit systématiquement interroger l'entourage pour savoir s'il y a des ronflements, des pauses respiratoires, des reprises suffocatoires et, en l'absence de conjoint, il faut également rechercher s'il y a des sueurs nocturnes et une nycturie. Dans ce cas, la plus extrême prudence est recommandée. Lorsqu'on veut donner un anxiolytique en dehors du cadre de soins palliatifs, prescrire un anxiolytique sans interroger le sujet sur ses ronflements me paraît de l'ordre de la faute médicale qui peut mener tout droit à l'infarctus, à l'accident vasculaire cérébral, voire à l'Alzheimer. »

### **Acide hyaluronique ou corticoïdes intra-articulaires : quelle stratégie est la plus avantageuse dans la gonarthrose ?**



*Wei-wei H et al. Efficacy and safety of intraarticular hyaluronic acid and corticosteroid for knee osteoarthritis: A meta-analysis. International journal of surgery, first online, january 27, 2017. Site Univadis Résumés Cliniques par Nathalie Barrès*

« Les injections intra-articulaires d'acide hyaluronique et de corticoïdes sont couramment utilisées dans l'arthrose du genou. Cependant, la comparaison de leur efficacité et de leur tolérance reste contradictoire. D'où l'absence de cohérence entre les recommandations existantes : l'Osteoarthritis Research Society International préconise indifféremment l'usage des deux, alors que l'American College of Rheumatology et le National Institute for Health and Care recommandent seulement les injections intra-articulaires de corticoïdes. Une méta-analyse menée par une équipe chinoise tente de faire le point sur l'efficacité et la tolérance des deux approches chez des patients présentant une gonarthrose.

À retenir

Les résultats de cette étude montrent la supériorité des injections intra-articulaires de corticoïdes vs l'acide hyaluronique sur le soulagement de la douleur à court terme (jusqu'à 1 mois). En revanche, l'acide hyaluronique s'est montré plus efficace sur ce même critère à long terme (jusqu'à 6 mois). Les deux traitements se sont avérés similaires sur l'amélioration des capacités de flexion du genou. Bien que les deux traitements aient été globalement bien tolérés, les injections intra-articulaires d'acide hyaluronique ont cependant causé plus d'effets indésirables que celles de corticoïdes. »

*Et en France le déremboursement de l'acide hyaluronique prendra effet au 01 06 2017...*

### **Brûlures : le gel de curcumine réduit la douleur, l'inflammation, la cicatrice**

*BioDiscovery 2017 DOI: 10.3897/biodiscovery.20.e11207 Phosphorylase Kinase Inhibition Therapy in Burns and Scalds Site santé log Actualité publiée le 17-03-2017*

« Ses bénéfices anticancéreux, antioxydants et cognitifs ont déjà été évoqués, cette fois c'est dans la cicatrisation des brûlures que la curcumine ou safran des Indes trouve son efficacité. Cette équipe de l'École de médecine David Geffen (UCLA) montre ainsi qu'après juste quelques jours d'application sur la plaie, un gel de curcumine accélère de manière remarquable la cicatrisation de la brûlure et ne laisse qu'une zone cicatricielle imperceptible.

Cette petite étude de cas, menée chez 3 patients atteints de brûlures, montre que le gel à base de curcumine réduit la sévérité de la plaie, atténue la douleur et l'inflammation, et accélère la cicatrisation avec moins de cicatrices voire aucune cicatrice. L'auteur de l'étude estime que l'efficacité du gel est liée à sa puissante activité anti-inflammatoire. Les expériences in vitro et in vivo chez l'animal et chez ces patients confirment la curcumine comme un inhibiteur naturel d'une enzyme appelée phosphorylase kinase... »

### **Thérapies cognitives et comportementales en ligne : ça marche ?**

*Examination of an Internet-Delivered Cognitive Behavioural Pain Management Course for Adults with Fibromyalgia: A Randomized Controlled Trial. Friesen LN, Hadjistavropoulos HD, Schneider LH et al. Pain. 2016 Dec 15. doi: 10.1097/j.pain.0000000000000802 Article commenté par le Pr Françoise Laroche (CETD, Hôpital Saint-Antoine – Paris*

« Les thérapies cognitives et comportementales (TCC) ont montré leur efficacité dans la prise en charge de la fibromyalgie. Elles agissent sur la douleur, la fonction, la fatigue et l'humeur dans des études randomisées et contrôlées, d'une durée variant de 6 à 30 mois.

Cinq revues de 30 études (n= 2031) dont une bonne revue au plan méthodologique (23 études incluant plus de 2000 patients) ont été rapportées dans les dernières recommandations EULAR 2016 de la FM. Les TCC ont un niveau de recommandation faible mais un accord de 100% entre les experts. Les

résultats montrent qu'elles diminuent la douleur (-0.29 ; -0.49, -0.17), le handicap (-0.30 ; -0.51, -0.08) et les affects négatifs (-0.33 ; -0.49, -0.17) à la fin de la thérapie avec des groupes contrôles variés et des résultats maintenus à long terme. Mais les effets sont modestes.

Cette étude sur Internet a porté sur des patients ne se déplaçant pas afin de voir si ce type de TCC à distance peut améliorer les patients. Cinq sessions ont été délivrées sur une période de 8 semaines par téléphone et par email sécurisés avec un guide tout au long du programme. Les participants ont été randomisés en groupe actif (n = 30) versus une liste d'attente (n = 30). Les symptômes ont été évalués juste après le programme et après 4 semaines de suivi. 87% des participants ont suivi le programme avec un taux élevé de satisfaction chez 86% d'entre eux. L'amélioration était significativement supérieure dans le groupe actif sur les symptômes de la FM, la dépression, la douleur et la peur de la douleur. Des effets moindres étaient observés sur l'anxiété et la santé physique. Les résultats étaient maintenus à 4 semaines de suivi.

#### Commentaires

Cette étude préliminaire est intéressante car elle tente d'évaluer des traitements à distance. De nombreuses interventions thérapeutiques sont déjà proposées en ligne pour la gestion de la douleur et du stress avec des tutoriels. La plateforme Doctoconsult existe en France pour organiser des TCC visio-sécurisées. Elle est accréditée au titre de télémedecine par l'ARS Ile-de-France et a obtenu le remboursement des actes (Sécurité sociale et mutuelles). Mais lorsqu'on parle d'un programme, l'accompagnement individualisé est important surtout en cas de difficultés et de rechutes. Les patients sont très friands des approches à distance mais les programmes proposés nécessitent d'être bien codifiés. Il semble important qu'un contact présentiel soit institué au moins au départ avec mise en place de règles et évaluant les attentes et objectifs définis avec les patients. Le contenu est important mais on connaît aussi l'impact du contenant notamment l'alliance thérapeutique qui est forcément différente lorsque l'interlocuteur est à distance. »

### **A propos de la lombalgie**

#### **Un traitement prometteur contre la lombalgie chronique : es corticoïdes en injection intra-discale**

**Sites Univadis et JIM** Univadis Résumés Cliniques

« La lombalgie chronique est la première cause de handicap chez les plus de 40 ans dans le monde. La France n'échappe pas à cette règle et compte plusieurs millions de personnes touchées, sans réelle solution de traitement puisque la prise en charge de cette affection se limite pour l'instant à une rééducation physique pour se reconditionner à l'effort. Aussi l'espoir d'avoir trouvé une solution médicamenteuse à ce problème suscite-t-elle un grand enthousiasme. Une équipe française composée de chercheurs de l'Inserm et de l'Université Paris Descartes ont testé l'infiltration de corticoïdes directement dans le disque intervertébral lombaire de 135 patients lombalgiques. Les premiers résultats de cet essai clinique ont été dévoilés dans la revue médicale *Annals of Internal Medicine*. Le Pr François Rannou, rhumatologue à l'hôpital Cochin à Paris et co-directeur de l'étude, indique que les participants avaient des niveaux de douleur très élevés, aux alentours de 7/10 sur l'échelle visuelle de la douleur. « Quand vous mettez le médicament dans le disque, en un mois, vous passez à 3,5/10. On divise donc la douleur par deux, ce qui est énorme pour des patients qui ont mal au dos depuis, en moyenne, quatre, cinq, six ans », explique le spécialiste. L'infiltration de corticoïdes directement a permis de diminuer la douleur à court terme, sur une durée d'un mois seulement. « Le prochain challenge réside dans un nouvel essai visant à obtenir un effet symptomatique à long terme et peut être structural sur la discopathie, c'est l'objet d'un essai européen H2020 qui débute », a révélé le Pr Rannou. »

**Mal de dos : contre la douleur, Valium ou placebo, c'est « idem »**



*Annals of Emergency Medicine Feb, 2017 DOI: 10.1016/j.annemergmed.2016.10.002 Diazepam Is No Better Than Placebo When Added to Naproxen for Acute Low Back Pain (Visuel@American College of Emergency Physicians) Site santélog*

« Valium ou placebo, en combinaison avec un AINS\*, le naproxène, ont finalement la même efficacité à soulager pour les douleurs aiguës du bas du dos. Autrement dit, le diazépam (Valium®) n'est pas plus efficace qu'un placebo lorsqu'il est combiné à l'AINS Naproxène, à réduire la douleur lombalgique aiguë. C'est ce que démontre cette étude de l'Albert Einstein College of Medicine (Bronx, New York), présentée dans les *Annals of Emergency Medicine*.

Des conclusions qui devraient être suivies d'effets, alors que des millions de patients qui arrivent aux urgences chaque année en raison de douleurs de dos sont « sur-médiqués ». Ces patients qui arrivent aux urgences en raison de lombalgies sont généralement traités par naproxène, un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS\*) souvent utilisé pour prendre en charge les douleurs faibles à modérées. En cas de douleur plus sévère, ces patients reçoivent du diazépam, en combinaison avec l'AINS... D'autres études ont montré l'inefficacité du paracétamol, de certains analgésiques à base d'opiacés, tels que le tramadol et l'oxycodone... En revanche, la pratique d'un exercice adapté, du yoga, de la méditation... ont fait leurs preuves. »

### **Le placebo « honnête » est-il actif dans la lombalgie chronique ?**

*Open-label placebo treatment in chronic low back pain: a randomized controlled trial. Carvalho C, Caetano JM, Cunha L et al. Pain. 2016 ; 157(12):2766-2772. [Horizons-Douleurs@mediscoop.net](mailto:Horizons-Douleurs@mediscoop.net)*  
Article commenté par le Pr Serge Perrot (Hôtel-Dieu - Paris)

« La lombalgie chronique est une pathologie très fréquente, dans laquelle les médicaments sont peu efficaces et pour lesquels on suggère que l'efficacité de la plupart d'un grand nombre de médicaments antalgiques soit proche de celle du placebo.

Les auteurs font partie de l'équipe de Ted Kaptchuk, chercheur renommé dans le domaine du placebo, à l'Université de Harvard. Cette équipe travaille depuis des années sur le placebo et notamment la notion de placebo honnête, c'est-à-dire un placebo donné intentionnellement, en toute connaissance du patient, en ouvert... Les auteurs ont étudié l'efficacité d'un placebo honnête (des comprimés inertes) chez des patients atteints de lombalgie chronique traités dans un centre de Rhumatologie de Lisbonne. Les patients participaient à un programme de réhabilitation, pouvaient continuer à prendre leur traitement médicamenteux de façon habituelle sans les modifier. Les patients étaient informés qu'ils testeraient des comprimés de placebo pendant 3 semaines dans un premier temps puis ensuite seulement les soins courants et dans un 2ème groupe l'inverse, en cross-over. Tous les patients étaient des patients adultes, avec une lombalgie supérieure à 4 sur une échelle de douleur, évoluant depuis plus de 3 mois, sans traitement opioïde ni autre maladie douloureuse pouvant interférer avec la lombalgie. Au total, 121 patients ont été inclus puis 97 randomisés en 2 groupes : 31 patients ont été évalués dans le groupe placebo honnête contre 41 dans le groupe soins courants. Concernant l'effet sur la douleur, il existe une différence significative sur la douleur de -1,5 entre le groupe soins courants et le groupe placebo. Cet effet est également retrouvé sur la fonction évaluée par le questionnaire Roland et Morris, améliorée de -2,9 mais pas sur la gêne liée à la douleur.

En conclusion/discussion : cette étude est donc la première à montrer l'effet cliniquement significatif d'un placebo honnête/ouvert dans le traitement de la lombalgie chronique. Cette étude montre également qu'ajouter un placebo à une prise en charge physique classique augmente l'effet de la prise en charge classique. Cette addition du placebo ouvert permet une réduction supplémentaire de 30% de la douleur par rapport à l'effet de la rééducation seule.

Commentaire et limitations de l'étude : il s'agit d'une étude de courte durée sur 3 semaines impliquant un nombre faible de patients avec un taux non négligeable de patients perdus de vue. Malgré tout,

l'étude est cliniquement et statistiquement significative, autant sur la douleur que la fonction, dans une pathologie où il est souvent difficile de mettre en évidence un effet antalgique. L'amélioration de la douleur par le placebo honnête pourrait permettre de diminuer la prescription des traitements concomitants anti-inflammatoires ou antalgiques pris par les patients lombalgiques chroniques. Le placebo honnête pourrait faire partie de la prise en charge classique des lombalgies chroniques, mais on peut se demander s'il n'en fait déjà pas partie. »

### **Dépression et risque de lombalgie : étude prospective chez des jumeaux**

*Symptoms of Depression and Risk of Low Back Pain: A Prospective Co-twin Study. Pinheiro MB, Ferreira ML, Refshauge K et al. Clin J Pain. 2016 Dec 13. [Epub ahead of print]* Article commenté par le Pr Françoise Laroche (CETD, Hôpital Saint-Antoine - Paris) **Horizons-**

**Douleurs@mediscoop.net**

« Les données de 1607 jumeaux d'un registre espagnol (de 2009 à 2013) ont été analysées afin de comparer les réponses données en termes de lien entre dépression et de lombalgie. Les participants souffrant de lombalgie chronique depuis plus de 6 mois ont été retenus... La dépression n'augmentait pas le risque de lombalgie chronique, de prise en charge pour lombalgie ni de limitation par lombalgie. Mais l'état de l'humeur actuel était significativement lié à la demande future de soins et de limitation par lombalgie... »

Commentaires : la recherche des composantes innées et acquises au cours de la douleur chronique est à la mode actuellement. Il s'agirait de facteurs de terrain ou de facteurs précipitants. Ici, l'inné ne semble pas apporter beaucoup d'élément prédictif de lombalgie chronique... »

### **A propos de la migraine**

#### **Obésité ou maigreur, le poids semble un facteur majeur de la migraine**

*Neurology April 12 2017 DOI: 10.1212/WNL.0000000000003919 Body composition status and the risk of migraine - A meta-analysis*

« Être trop mince ou être en surpoids, dans ces 2 cas, le poids, en dehors de la norme, est associé au risque de migraine. Cette méta-analyse internationale, la première à faire une association entre le poids corporel et le risque de migraine, appelle maintenant à d'autres recherches pour comprendre le processus en cause et regarder si les interventions visant à retrouver un poids de santé diminuent le risque de migraine... »

#### **Migraine : un patch à électrodes sans fil s'avère aussi efficace que des médicaments**

**Site Univadis** Actualités médicales par Mary Corcoran

« Les auteurs d'une nouvelle étude publiée dans la revue Neurology sont arrivés à la conclusion que la stimulation cutanée à distance peut réduire de façon significative la douleur due à la migraine et représente une option thérapeutique non pharmacologique intéressante et peu onéreuse. L'essai prospectif, en double aveugle, randomisé, transversal et contrôlé contre placebo a impliqué 71 patients atteints d'une migraine épisodique qui avaient subi entre deux et huit crises par mois et qui n'avaient pris aucun médicament préventif contre la migraine pendant au moins deux mois. Les patients ont été invités à apposer un patch doté d'électrodes cutanées sur la partie supérieure du bras peu après l'apparition d'une crise, pendant 20 minutes, et à éviter de prendre des médicaments pendant deux heures. Les dispositifs ont été programmés pour administrer de manière aléatoire une stimulation placebo, ou stimulation factice, à très faible fréquence ou une stimulation active à l'un des quatre niveaux prévus. Sur

les 299 traitements pour lesquels des données étaient disponibles, une réduction de la douleur de 50 % a été obtenue pour 64 % des participants durant la stimulation active aux trois niveaux les plus élevés, contre 26 % durant la stimulation factice. Les auteurs ont émis l'hypothèse que ce phénomène était probablement dû à l'activation des voies d'inhibition descendantes via l'effet de modulation conditionnée de la douleur. Les chercheurs ont également découvert que le fait de commencer la stimulation dans les 20 minutes suivant l'apparition de la migraine s'avérait le plus efficace. »

### Références

*American Academy of Neurology. Study: Wireless Stimulation May Ease Migraine Pain as Well as Drugs. American Academy of Neurology. 2017 March 1 [Cited 2017 March 1] Available from: <https://www.aan.com/PressRoom/Home/PressRelease/1530>*

*Yarnitsky, D et al. Nonpainful remote electrical stimulation alleviates episodic migraine pain. Neurology. 2017 March 1 [Cited 2017 March 1] doi: <http://dx.doi.org/10.1212/WNL.0000000000003760> Available from: <http://www.neurology.org/content/early/2017/03/01/WNL.0000000000003760.short>*

### Prévention secondaire de la migraine de l'enfant : quelle approche privilégier ?

*Powers SW, Coffey CS, Chamberlin LA, Ecklund DJ, Klingner EA, Yankey JW, Korbee LL, Porter LL, Hershey AD, et al. « Trial of Amitriptyline, Topiramate, and Placebo for Pediatric Migraine. » N Engl J Med. 12 Janv 2017 ; 376 (2) : 115-124. Site Vidal News Article commenté par Claire LEWANDOWSKI*

Chez les enfants, les migraines ont des conséquences importantes sur le développement, la scolarité et la socialisation. Mais aucun médicament n'a pour le moment fait ses preuves pour empêcher la survenue des crises, d'où l'absence de recommandation officielle.

L'amitriptyline et le topiramate sont cependant utilisés en dehors des recommandations aux USA dans cette indication. C'est pourquoi l'équipe de l'étude CHAMP a cherché à comparer leurs effets à celui d'un placebo sur le nombre de jours avec migraine...

L'étude a été arrêtée prématurément, pour "futility" (futilité, manque d'intérêt), disent les auteurs, probablement en raison de ces effets secondaires faisant courir des risques aux participants et de l'absence d'efficacité supérieure au placebo dans les premières semaines. Selon ces résultats, le modèle adulte ne peut donc pas s'appliquer aux enfants de moins de 17 ans... La même inefficacité a été constatée dans trois études antérieures sur le propranolol, le topiramate et le valproate (méta-analyse, JAMA Pediatr 2013)... En revanche, l'effet placebo est très souvent substantiel. Dans l'essai CHAMP publié dans le NEJM, ce dernier a réduit la fréquence des céphalées de 11 à 5 épisodes par mois à la semaine 24. Ce résultat corrobore les résultats de nombreux autres essais, encourageant le recours à des études de cas ... ?

Par contre, il existe aussi des preuves cliniques sur l'efficacité du réconfort, de l'empathie et de la prise en compte des préoccupations des patients pour réduire les symptômes et améliorer le fonctionnement. Le biofeedback et la thérapie de relaxation apportent également une amélioration limitée qui peut s'apparenter à une réponse placebo...

Une bonne communication et une écoute attentive des parents et des enfants, associée ou non à l'utilisation du placebo ou d'un traitement "le plus bénin possible" (NDLR : ni la place

éventuelle de la phytothérapie, voire de l'homéopathie, n'ont été évoquées par ces auteurs) serait donc, pour l'instant, plus efficace qu'aucun autre traitement médicamenteux dans la prévention des migraines pédiatriques. Enfin, les auteurs de l'étude comme le Pr Jackson soulignent que davantage de recherches sur les approches non pharmacologiques chez les enfants sont nécessaires. »

### **Le traitement innovant qui offre un soulagement aux enfants migraineux**

*Society of Interventional Radiology's 2017 Annual Scientific Meeting March 2017 Abstract 10: "Safety and efficacy of sphenopalatine ganglion blockade in children - initial experience (Visuel@James Silberzweig, MD) Site Santé log*

« Ce traitement innovant, minimalement invasif et sous forme d'une intervention de quelques minutes, offre un soulagement aux enfants souffrant de migraines fréquentes, montre cette recherche présentée à la Réunion annuelle de la Society of Interventional Radiology. Déjà utilisée chez l'adulte, cette thérapie montre des résultats sûrs et efficaces également chez les enfants et les adolescents. Les migraines sont une affection médicale courante chez les jeunes comme les adultes, touchant 12% des personnes âgées de 12 ans et plus. Elles peuvent être particulièrement handicapantes chez les adolescents, car perturbant leurs activités quotidiennes, en particulier l'apprentissage scolaire, la pratique de la musique ou d'un sport.

Ce traitement innovant cible sans aiguille mais avec un cathéter, le ganglion sphéno-palatinal, un faisceau de nerfs associé aux migraines et situé à l'arrière du nez, dans la joue près du nerf trijumeau. Le cathéter est inséré dans chaque narine et un anesthésique local est administré au ganglion sphéno-palatinal. L'anesthésique permet de désactiver le ganglion sphéno-palatinal, de réinitialiser le circuit en cause dans les maux de tête, d'interrompre ainsi le cycle de crises sévères de migraines et de réduire le besoin de médicaments. La technique, peu invasive entraîne un effet presque immédiat et permet un soulagement durable durant des mois. Bien évidemment, ce n'est pas un traitement de première ligne, en particulier pour les patients pédiatriques, qui ne sont admissibles à la thérapie qu'en cas de diagnostic avec migraine sévère ne répondant pas aux traitements standards.

Le traitement peut être dispensé en ambulatoire par un radiologue interventionnel et soulager ainsi rapidement la migraine d'un enfant, explique le Dr Robin Kaye, responsable du Service de radiologie interventionnelle du Phoenix Children's Hospital. Il permet de réduire la nécessité de médicaments qui peuvent entraîner des effets secondaires graves ou de thérapies intraveineuses qui nécessitent un séjour à l'hôpital. Ainsi, cet essai clinique portant sur 310 traitements menés chez 200 patients âgés de 7 à 18 ans confirme une baisse des niveaux de douleur 10 minutes après le traitement avec une réduction moyenne du score de douleur de plus de 2 points sur une échelle de 10 points.

En bref, le traitement permet d'améliorer la qualité de vie de beaucoup d'enfants, est réalisable facilement, sans complications, et apporte un soulagement rapide de la douleur. Il peut être répété en cas de récurrence des crises. »

### **A propos de la fibromyalgie**

#### **Fibromyalgie : les symptômes qui doivent inciter vos patients à consulter**

*Fibromyalgia Symptoms National Institutes of Health (NIH) 2014 Questions and Answers about Fibromyalgia Site Santé log*

La multiplicité et la complexité des symptômes de la fibromyalgie, parfois communs à d'autres pathologies, contribuent à expliquer la tardive reconnaissance de la maladie, la difficulté de son diagnostic et les hésitations souvent prolongées des patients à aller consulter. De longs mois voire années peuvent s'écouler avant de comprendre que les symptômes

éprouvés sont liés à la fibromyalgie. Pourtant, au fil des études, des symptômes et des combinaisons de symptômes émergent comme caractéristiques de la fibromyalgie. Une première étape vers la reconnaissance avant le diagnostic clinique de la maladie...

Quelques symptômes courants et caractéristiques :

- La douleur musculo-squelettique généralisée...
- Une fatigue chronique non réparable par le sommeil et présente dès le réveil...
- Une grande faiblesse musculaire chronique...
- Une rigidité musculaire...
- Les maux de tête, de modérés à la migraine sévère...
- Un sommeil jamais réparateur ...
- Le « brain ou fibrofog »: il s'agit d'une sorte de déficience cognitive globale...
- Une sensibilité extrême...
- Le syndrome du côlon irritable (SCI). ..

D'autres symptômes, moins fréquents ont également été documentés, dont les vertiges, la maladresse, la sensation d'avoir toujours trop chaud ou trop froid, le syndrome des jambes sans repos, des picotements et des engourdissements dans les mains et dans les pieds, des règles anormalement douloureuses, l'anxiété et la dépression. Ainsi, de nombreuses études ont montré que la fibromyalgie peut conduire à la dépression. En cause, les handicaps, la douleur, la difficulté de prise en charge, et les faibles niveaux de certaines hormones. En conclusion, un tel tableau symptomatique doit inciter à consulter son médecin généraliste ou un professionnel de santé spécialisé. »

### **Fibromyalgie et chirurgie orthopédique : un couple infernal**

*Site santé Log PLoS ONE 2015 doi: 10.1371/journal.pone.0138024 The Prevalence and Characteristics of Fibromyalgia in the 2012 National Health Interview Survey (Visuel@Laser Spine Institute) 2016 Annual Meeting of the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine (abstract 2886) HIGH INCIDENCE OF FIBROMYALGIA IN PATIENTS WITH FAILED BACK SURGERY SYNDROME*

« On estime que le syndrome post-laminectomie ou FBSS (Failed Back Surgery Syndrome) touche environ 40% des patients souffrant de lombalgie et ayant subi une chirurgie de la colonne vertébrale. Cette étude de l'Université du Vermont, montre l'association considérable entre le FBSS et la fibromyalgie : environ un patient sur 4 souffrant de ce syndrome post-chirurgie rachidienne reçoit un diagnostic de fibromyalgie. Et ces patients doublement atteints sont en général ceux qui ont subi le plus grand nombre d'interventions. Un appel aussi à bien évaluer l'option chirurgicale chez les patients fibromyalgiques... L'analyse montre également une association significative entre le nombre de chirurgies et le diagnostic de fibromyalgie : 49% des patients atteints de fibromyalgie et de FBSS avaient subi au moins 4 interventions, un taux réduit à 30% pour les patients sans diagnostic de fibromyalgie. L'hypothèse d'une hypersensibilité centrale et d'un trop grand nombre de procédures : certains patients présentent une hypersensibilité à la douleur plus centrale que périphérique, peuvent être enclins à subir un plus grand nombre d'interventions, cependant ces chirurgies sont moins susceptibles de résoudre leurs problèmes, et a contrario, peuvent même conduire à une aggravation de



la douleur. Ainsi, selon les auteurs, les symptômes de la fibromyalgie peuvent donc être un bon prédicteur de la réponse à la chirurgie contre la douleur chronique. »

### **Fibromyalgie : réduire l'inflammation dans le cerveau**

*Journal of Pain Research 3 March 2017 DOI: 10.2147/JPR.S128508 Evidence of both systemic inflammation and neuroinflammation in fibromyalgia patients, as assessed by a multiplex protein panel applied to the cerebrospinal fluid and to plasma*

« C'est une nouvelle cible proposée et documentée par cette équipe suédoise : réduire l'inflammation dans le cerveau. Car en plus de l'hyperexcitabilité centrale et des petites fibres nerveuses (nociception), l'inflammation chronique est ici documentée comme jouant probablement un rôle clé dans la pathophysiologie de la fibromyalgie.

Un profil inflammatoire typique de la fibromyalgie : les scientifiques suédois sont ici parvenus à analyser les niveaux d'inflammation dans le cerveau, en échantillonnant le liquide céphalo-rachidien (LCR) qui entoure le cerveau et la moelle épinière. Ils constatent que le LCR présente des niveaux de 92 protéines liées à l'inflammation beaucoup plus élevés chez 40 sujets atteints de fibromyalgie vs 10 témoins en bonne santé. 2 groupes de protéines (un pour le LCR et un pour le plasma) s'avèrent très discriminants entre les patients et les témoins, ce qui suggère « un profil inflammatoire » typique de la fibromyalgie... Les traitements contre la neuro-inflammation peuvent réduire les symptômes de la fibromyalgie : si de nombreux anti-inflammatoires (ibuprofène ou autres AINS) ne fonctionnent pas de manière efficace sur l'inflammation du cerveau, d'autres médicaments sur prescription (dont la naltrexone à faible dose- indiquée dans le sevrage de l'alcool-dépendance notamment) pourraient être efficaces contre la douleur fibromyalgique.

En conclusion, la fibromyalgie semble être caractérisable par des altérations biochimiques objectives, ici des marqueurs inflammatoires. Non seulement ces données ouvrent de nouvelles voies thérapeutiques qui vont aller cibler la neuro-inflammation mais elles contribuent à exclure définitivement le caractère idiopathique ou psychogène de la maladie. »

### **Fibromyalgie : quel rôle pour le psychiatre ?**

*Fibromyalgie : quel est le rôle du psychiatre ? 15ème Congrès de l'Encéphale. Paris, 2017 18 - 20 janvier 2017 ; Palais des Congrès, Porte Maillot, Paris Site Medscape par Vincent Bargoin*

Quel est le rôle du psychiatre dans la fibromyalgie ? La question a été posée lors du congrès de l'Encéphale 2017 [1]. La réponse n'est pas simple, comme tout ce qui touche à cette affection. Mais il est au moins clair que le psychiatre peut avoir un rôle à jouer dans la prise en charge d'un certain nombre comorbidités.

Ainsi, parmi les sujets diagnostiqués comme fibromyalgiques, la prévalence des troubles dépressifs irait de 20 à 80% des cas selon les études. Parmi les sujets diagnostiqués comme fibromyalgiques, la prévalence des troubles dépressifs irait de 20 à 80% des cas selon les études. On constate également des troubles anxieux (13 à 64%), des états de stress post-traumatique (20 à 50%), avec des antécédents de maltraitance physique dans l'enfance 2,5 fois plus fréquents que dans la population générale, et de maltraitance sexuelle, deux fois plus fréquents, des TOC (10 à 20%), des troubles bipolaires (20%), des troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité (32% dans une seule étude), des addictions (30% aux morphiniques, et des interrogations sur l'alcool et le cannabis), ainsi que divers troubles de la personnalité (10 à 40% : hyperactivité, alexithymie, intolérance, incertitude, faible estime de soi). Enfin, les conduites suicidaires sont 10 fois plus fréquentes que dans la population générale, et la mortalité par suicide, trois fois plus élevée.



Il ne s'agit toutefois que de comorbidités... On trouve d'ailleurs également des prévalences accrues d'anxiété et de dépression dans les autres syndromes douloureux chroniques (comparativement aux contrôles sains), et il n'y a pas de trait psychopathologique spécifiquement associé à la fibromyalgie...

Tout est question de présentation. « Si l'on veut se débarrasser d'un patient fibromyalgique, il suffit de lui dire d'aller voir un psychiatre. Il n'ira pas, et ne reviendra pas », plaisante le Dr Perrot. Il ne s'agit pas de rajouter un maillon à une histoire d'errance médicale généralement déjà fort longue.

Avec le psychiatre aussi, il y a une manière de procéder : il n'est pas une ressource par défaut. Le Dr Corentin Rabu (psychiatre, Hôpital Henri-Mondor, Créteil) semble ainsi regretter que « le patient soit adressé au psychiatre par l'interniste lorsque celui-ci n'a rien trouvé ». La fibromyalgie n'est pas une maladie psychiatrique, mais ses comorbidités psychiatriques sont une réalité. Nommer, c'est (un peu) connaître « Le patient a d'abord besoin de reconnaissance », souligne le Pr Perrot... C'est pourquoi les mots sont importants. Le Dr Perrot souligne qu'il faut donner le diagnostic chez l'adulte, avec pour premier effet de stopper l'errance médicale, et qu'à l'inverse, chez l'adolescent, il est « tout aussi important de ne pas prononcer le mot, pour ne pas enfermer dans une catégorie ». Le diagnostic de fibromyalgie serait notamment un motif pour arrêter le sport, ce qui serait une catastrophe », faisant le lit des comportements d'évitement associés à la douleur, et qui chronicisent cette douleur. Quant à l'appellation « syndrome d'hypersensibilité centrale », si elle n'apprend pas grand-chose de l'étiologie de la maladie, elle a au moins le mérite de permettre d'ouvrir la discussion. »

### **Fibromyalgie : bientôt un vrai médicament efficace ?**

*Journal of Pain Research Feb 22, 2017 doi: 10.2147/JPR.S127288 A famciclovir + celecoxib combination treatment is safe and efficacious in the treatment of fibromyalgia (Visuel Innovative Med Concepts) Volume 30, Issue 1, March 2017 ISSN: 1011-288X (Print) 1951-6398 (Online) Site Santé log*

« Ce traitement antiviral, IMC-1 vient de passer le pas, avec succès de l'essai clinique de Phase II. Il s'agit d'une combinaison de 2 médicaments l'un ciblant le virus de l'herpès (et d'autres), l'autre un inhibiteur de COX2, qui pourrait se révéler un traitement sûr et efficace pour les patients atteints de fibromyalgie. C'est donc un nouvel espoir pour les 2 à 6% de la population générale qui souffrent de fibromyalgie, avec des symptômes très divers mais toujours de douleur, et qui n'ont pas trouvé de thérapie permettant de préserver leur qualité de vie... L'hypothèse de départ est que l'infection et d'autres facteurs de stress ont déjà été impliqués dans le développement de la fibromyalgie et ces facteurs de stress pourraient bien entraîner une réactivation récurrente des infections herpétiques latentes, ce qui pourrait conduire au développement de la fibromyalgie. L'étude PRID-201 est menée chez 143 patients atteints de fibromyalgie suivis dans 12 centres de recherche américains. Elle évalue les effets de la combinaison IMC-1. L'analyse des résultats montre que :

-après 16 semaines de traitement, les patients recevant IMC-1 présentent une réduction de la douleur associée à la fibromyalgie vs placebo.

-La moitié des patients assignés à recevoir IMC-1 voient leurs niveaux de douleur réduits d'au moins 30%, 38%, d'au moins 50%.

-les scores de fonctionnement et de fatigue (PROMIS fatigue inventory) sont améliorés,

-idem pour l'évaluation des symptômes de fibromyalgie (Le Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ-R) et le Patient's Global Impression of Change (PGIC) questionnaire).

IMC-1 est bien toléré par les patients : les effets indésirables les plus fréquents sont gastro-intestinaux (29% vs 42,5% dans le groupe placebo) et nerveux (17,4% vs 23,3%). L'adhésion (observance) au traitement s'avère meilleure qu'au placebo (82,6% contre 60,8%) !

La Food and Drug Administration (FDA) américaine vient d'ailleurs d'accorder la désignation « Fast Track » (AMM rapide) à l'IMC-1 pour soutenir et accélérer le développement de la thérapie. Innovative Med Concepts, le laboratoire fabricant du médicament prévoit un essai de phase 3 courant 2017. »