

Lu pour vous

Patrick Colné^a, Jean-Louis Estrade^b, Jean-Luc Nephtali^c

^a21, rue Père-Corentin, 75014 Paris, France

^bChemin du Postillon, 36100 Issoudun, France

^c11, rue Bachelet, 75018 Paris, France

L'éducation thérapeutique du patient à la physiologie de la douleur est un moyen efficace pour améliorer la qualité de vie en cas de fibromyalgie

■ Van Oosterwijk J, Meus M, Paul Let al. Pain physiology education improves health status and endogenous pain inhibition in fibromyalgia. A double randomized controlled trial. Clin J Pain 2013;10:873–82.

Contexte

La fibromyalgie est une pathologie encore mal connue, caractérisée notamment par la présence d'une fatigue généralisée et des douleurs musculaires chroniques, diffuses étendues à l'ensemble du corps. Elle s'accompagne aussi de réactions douloureuses exagérées face à la stimulation tactile non douloureuse de tissus sans lésion (allodynie). Ces réactions douloureuses semblent liées à un dysfonctionnement des processus physiologiques d'inhibition centrale de la douleur, se traduisant par un phénomène « d'hypersensibilité centrale ». Parallèlement la fibromyalgie peut s'accompagner de modifications du comportement de type catastrophisme, peur, évitement et somatisation liées à l'incompréhension de douleurs persistant sans raison définie.

Objectif

L'objectif de cette étude est d'évaluer, chez des sujets atteints de fibromyalgie, si l'apport d'une éducation thérapeutique (information et explications) des patients à la physiologie de la douleur peut modifier leur comportement face à la douleur, leur état de santé et aussi agir sur les processus d'inhibition

endogène de la douleur. Il s'agit d'une étude randomisée et contrôlée menée en double insu.

Les critères d'inclusion dans l'étude sont d'être âgé entre 18 et 65 ans, d'être atteint de fibromyalgie selon les critères de l'American College of Rheumatology, et de posséder l'allemand comme langue naturelle. La population est composée de 30 patients répartis en 2 groupes (expérimental* et témoin**) par tirage au sort. Ils peuvent suivre leur traitement habituel pendant la durée de l'étude à l'exception de la prise d'antalgiques et d'antidépresseurs.

Procédure

Chaque patient du groupe expérimental reçoit, en tête-à-tête, 2 séances d'information sur la neurophysiologie de la douleur. Chaque patient du groupe témoin reçoit, en tête-à-tête, 2 séances d'information sur la façon de gérer au mieux sa pathologie et sa vie quotidienne. Chaque séance dure 30 minutes, la 1^{ère} se déroule dans la structure de soin, et la 2^{nde} une semaine après par téléphone.

Mesures

Les effets de l'éducation du patient sont mesurés avec le test Summation Spatial Pain (SSP^{***}) qui permet d'évaluer les mécanismes d'inhibition endogène de la douleur. C'est l'indicateur principal de l'étude. Les échelles suivantes sont utilisées comme indicateurs secondaires :

- Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ, score de 0 à 100, 50 correspondant à une atteinte moyenne et 70 à une atteinte sévère) ;
- Medical Outcomes Short Form 36 Health Status Survey (SF36, comportant 8 sous échelles, l'augmentation du score correspond à une amélioration de l'état) ;
- Pain Coping Inventory [PCI, comportant 3 échelles de « coping » (adaptation) actif et 3 autres de « coping » passif, un score plus élevé indiquant le recours à un type de compensation plus fréquent] ;

- Pain Catastrophizing Scale (PCS, un score élevé indiquant un comportement de type catastrophisme plus important) ;
- Pain Vigilance and Awareness Questionnaire (PVAQ, score de 0 à 80, un score élevé indiquant une plus grande vigilance quant à la douleur) ;
- Tampa Scale Kinesiophobia (TSK, score allant de 17 à 68, un score > 37 indiquant une grande peur du mouvement) ;
- Neurophysiology of Pain Test (NPT-patient version, score de 0 à 19, un score plus élevé correspondant à une meilleure connaissance de la neurophysiologie de la douleur).

Par ailleurs une évaluation clinique de la douleur est pratiquée avec un algomètre, utilisé pour mesurer le seuil de pression ressentie comme douloureuse (Pression Pain Threshold, moyenne des 2 valeurs les plus basses sur 3 essais). Cette évaluation est pratiquée de chaque côté de la colonne vertébrale (5 cm en dehors des processus épineux de T8 et de L3), en regard du trapèze supérieur (à mi-distance entre l'épineux de C7 et l'angle postéro-latéral de l'acromion), à un tiers distal du mollet et dans la région située entre l'index et le pouce. Tous ces indicateurs sont évalués avant l'intervention puis 2 semaines et 3 mois après l'intervention.

Résultats

Ils sont les suivants :

- les caractéristiques des sujets constituant les 2 groupes ne sont pas statistiquement différentes, tant du point de vue démographique (sexe, âge ..., ayant une activité professionnelle) que de celui de leur pathologie (début, traitement ...) ;
- le score de la douleur au SSP n'est pas statistiquement différent dans les 2 groupes, que ce soit avant ou 2 semaines après l'éducation thérapeutique. Mais après 3 mois, le score moyen de la douleur est plus bas dans le groupe expérimental, et la

Auteur correspondant :

P. Colné,

21, rue Père-Corentin, 75014 Paris, France.
Adresse e-mail : colne.patrick@wanadoo.fr

différence est significative. Ceci se traduit par une diminution du score moyen de la douleur au SSP (la douleur diminue lorsque l'immersion du membre supérieur dans l'eau chaude progresse, attestant que les processus d'inhibition endogène de la douleur sont devenus plus efficaces dans le groupe expérimental) ;

- les scores au NPT sont améliorés dans les 2 groupes après l'intervention, mais la différence n'est statistiquement significative que pour le groupe expérimental. Par ailleurs, le calcul de la taille de l'effet montre que l'effet obtenu dans le groupe expérimental est grand (taille de l'effet calculé avec le test de Cohen) ;
- les scores au SF36 montrent des changements dans les 2 groupes avec une amélioration statistiquement significative de l'état de santé des patients. Ces améliorations sont en faveur de l'intervention réalisée dans le groupe expérimental, car elles persistent après 3 mois, ce qui n'est pas le cas pour le groupe témoin ;
- pour le reste, il n'y a en général pas de changement significatif pour les autres indicateurs utilisés.

Conclusion

Les auteurs concluent sur le fait que des patients atteints de fibromyalgie sont capables, dans le cadre d'une éducation thérapeutique, de comprendre la physiologie de la douleur. Et que cette éducation est un moyen thérapeutique efficace pour améliorer leur qualité de vie.

***Groupe expérimental**, le traitement qu'il reçoit est basé sur une éducation et une information données sur la neurophysiologie de la douleur, et notamment sur la différence entre nociception et douleur, l'objectif est d'enseigner et de faire comprendre que le SNC a la capacité d'augmenter ou de diminuer les douleurs (sensibilité à la douleur, neuroplasticité) pour aider à s'adapter aux douleurs persistantes. Illustrations et séance d'information basée sur « Explain Pain ». En complément, fourniture de brochures sur la neurophysiologie de la douleur et la gestion des activités de la vie quotidienne.

****Groupe témoin**, le traitement qu'il reçoit est basé sur une information et une éducation sur la ou les meilleures façons de compenser et de gérer au mieux les douleurs et la fatigue, ainsi que les activités de la vie quotidienne. En complément fourniture de brochures

sur la neurophysiologie de la douleur et la gestion des activités de la vie quotidienne.

Pour les 2 groupes, 1^{ère} séance pratiquée sur place en vis-à-vis, 2^{nde} séance effectuée par téléphone, une semaine après la 1^{ère} séance avec vérification de la compréhension de l'information initiale, de l'usage des brochures données en complément de l'information, réponses aux questions, motivation des patients par l'expérimentateur. . .

***** Le SSP est une procédure décrite par Marchand et Arsenault pour étudier la perception de la douleur ainsi que les mécanismes physiologiques d'inhibition de la douleur chez des sujets sains. Elle consiste à immerger progressivement dans une eau chaude (46 °C) 8 zones préalablement délimitées sur le membre supérieur de distal à proximal. Chaque zone est immergée pendant 2 minutes en progressant de distal vers proximal. Entre 2 immersions le membre supérieur est sorti du bain et drapé dans une serviette pendant 5 minutes. Parallèlement le sujet doit décrire, toutes les 15 secondes, la douleur qu'il ressent pendant la durée de l'immersion, sur une échelle de la douleur cotée de 0 (pas de douleur) à 100 (douleur intolérable). Ce protocole a montré que la douleur décrite par les sujets sans pathologie diminuait progressivement au fur et à mesure de la progression de l'immersion. Cette diminution est liée à l'intervention des mécanismes physiologiques inhibiteurs de la douleur d'origine centrale (Diffuse Noxious Inhibitor Control). Le DNIC est mis en jeu à partir d'un stimulus nociceptif appliqué sur une partie du corps, il permet de diminuer la douleur notamment dans une autre partie du corps, et ainsi de rendre le stimulus douloureux initial pertinent pour déclencher des réactions dont l'objet est la conservation de l'intégrité du corps.**

Patrick Colné

Adresse e-mail : Colne.patrick@wanadoo.fr.

Effet de la faiblesse musculaire et de l'inflammation articulaire sur l'installation et la progression de la gonarthrose . . . chez le lapin

■ Egloff C, Sawatsky A, Leonard T, Hart DA, Valderrabano V, Herzog W. Effect of muscle weakness and joint inflammation on the onset and progression of

osteoarthritis in the rabbit knee. Osteoarthritis Cartilage. 2014. pii: S1063-4584(14)01199-6. [Epub ahead of print]. <http://dx.doi.org/10.1016/j.joca.2014.07.026>.

Contexte et objectif

Les facteurs de risque concernant l'apparition et la progression de l'arthrose peuvent être de nature mécanique ou non mécanique.

Les altérations mécaniques (rupture de ligaments croisés, déchirures méniscales, faiblesse musculaire, défaut d'alignement) ont été largement étudiées, en particulier au membre inférieur, sur modèle animal et chez l'homme. La faiblesse musculaire est un signe précoce accompagnant l'arthrose. Elle a été considérée comme un facteur de risque indépendant pour l'arthrose, entraînant des charges importantes sur le membre inférieur, alors que le réentraînement neuromusculaire aurait un effet protecteur sur l'apparition de l'arthrose et sa progression.

Les facteurs non mécaniques (génétique, obésité, âge, sexe, inflammation) sont moins faciles à mettre en évidence. Plus particulièrement, l'inflammation et la synovite qui en découle ont été étudiées dans la pathogenèse de l'arthrose. En effet, bien que s'agissant d'une pathologie non inflammatoire, les produits de la réaction inflammatoire (cytokines) ont été mis en cause dans la dégradation du cartilage. Cependant, il n'est toujours pas établi que l'inflammation articulaire soit une cause primaire de l'installation de l'arthrose, ou si elle est une conséquence des altérations mécaniques associées. Les interactions entre les facteurs de risque indépendants, mécaniques et non mécaniques, dans l'apparition et la progression de l'arthrose sont donc encore mal comprises.

L'objectif de ce travail était d'étudier les effets in vivo de la faiblesse musculaire, de l'inflammation articulaire et leur combinaison, sur l'apparition et la progression de l'arthrose sur un modèle animal de genou de lapin.

Méthode

Trente lapins Néo-Zélandais albinos âgés de 1 an ont été répartis en quatre groupes avec un membre postérieur assigné au hasard comme côté expérimental, le côté opposé servant de témoin :

- groupe 1 ($n = 6$) : les animaux ont subi une dénervation chirurgicale du

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2622555>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2622555>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)