



Rédacteur(s)	Valideur(s)
✓ Dr François JEDRYKA - PH CETD ✓ Laure SEGURA - IDE Coordinatrice du CLuD	✓ Pr Eric VIEL - chef de service CETD et Président du CLuD

## 1. Définition

Selon la définition de l'*International Association for the Study of Pain (IASP)*, la douleur nociplastique est une douleur qui résulte d'une altération de la nociception, malgré l'absence d'évidence claire de lésion de tissu ou de menace de lésion causant l'activation des nocicepteurs périphériques ou d'évidence de maladie ou de lésion du système nerveux somatosensoriel causant la douleur.

Le mécanisme sous-tendant cette douleur est celui de la sensibilisation centrale. (Altérations dans le traitement des signaux de douleur par le système nerveux central (cerveau et moelle épinière) entraînant une amplification de la perception de la douleur, une hypersensibilité sensorielle ainsi que d'autres symptômes.

**Ce modèle de douleurs est quasiment toujours chronique du fait du temps nécessaire à la sensibilisation.**

Des présentations aiguës doivent faire poser la question du diagnostic étiologique et celle d'un évènement psycho-social défavorable qui amène à une exacerbation de la gêne ressentie.

Le modèle type des douleurs nociplastiques est celui de la fibromyalgie dont la physiopathologie n'est pas encore tout à fait élucidée.

On considère que la douleur est liée à une perte de la régulation des systèmes inhibiteurs (« diminution du seuil de résistance de la douleur ») amenant à la chronicisation des sensations douloureuses et aux conséquences de désadaptation physique et émotionnelle.

Néanmoins des équivalents sont le colon irritable, les glossodynies et d'autres présentations anciennement considérées comme « fonctionnelles ».

Cette définition n'exclue donc pas de facto d'autres conditions douloureuses nociceptives ou neuropathiques surajoutées qui peuvent à la fois servir de facteurs causaux ou d'épines irritatives à la sensibilisation.

## 2. Modalité de prise en charge d'une douleur nociplastique :

### Exemple de la fibromyalgie

Le diagnostic de fibromyalgie est souvent difficile et ne doit être évoqué qu'après un bilan somatique exhaustif éliminant d'autres pathologies douloureuses devant la variété des symptômes étendus.

Les points de pression de Yunus SONT A PROSCRIRE car non spécifique.

Le symptôme clé est celui de la douleur décrite comme constante, migrante à type de courbature, brulures, contusions non localisées et sans rapport avec une cause organique locale (tendinopathies ou arthropathies).

La douleur est aggravée par les émotions, le stress, les contrariétés ou les efforts physiques

Il s'y associe également un trouble du sommeil non récupérateur, une fatigue intense généralisée et un trouble cognitif (perte de mémoire, difficulté à se concentrer).

Un test rapide de dépistage existe intitulé le **Fibromyalgia Rapid Screening Tool (First)**.

- Vous souffrez de douleurs articulaires, musculaires ou tendineuses depuis au moins 3 mois. Merci de répondre à ce questionnaire, pour aider votre médecin à mieux analyser votre douleur et vos symptômes.
- Complétez ce questionnaire en répondant par oui ou par non (1 seule réponse OUI ou NON) à chacune des questions suivantes : mettez une croix dans la case correspondant à votre réponse.

QUE RÉPONDEZ-VOUS	OUI	NON
Mes douleurs sont localisés partout dans tout mon cours.		
Mes douleurs s'accompagnent d'une fatigue générale permanente.		
Mes douleurs sont comme des brûlures, des décharges électriques ou des crampes.		
Mes douleurs s'accompagnent d'autres sensations anormales, comme des fourmillements, des picotements ou des sensations d'engourdissements dans tout le corps.		
Mes douleurs s'accompagnent d'autres problèmes de santé comme des problèmes digestifs, des problèmes urinaires, des maux de tête ou des impatiences dans les jambes.		
Mes douleurs ont un retentissement important dans ma vie : en particulier, sur mon sommeil, ma capacité à me concentrer avec une impression de fonctionner au ralenti.		

Une score de 5 items sur 6 permet de détecter la fibromyalgie avec une sensibilité de 90,5% et une spécificité de 85,7%.

### Bilan étiologique de la fibromyalgie

Il n'existe aucune recommandation quant à des investigations particulières.

Des tests sanguins, et des examens radiologiques RAISONNABLES initialement pour le bilan de la douleur chronique ont pour objectifs d'éliminer d'autres étiologies (néoplasie, rhumatismes, hypothyroïdie, troubles ioniques,...) et d'éliminer des signes de gravité.

L'un des éléments à mesurer est le retentissement quotidien sur la qualité de vie qui permet d'apprécier la sévérité, l'évolution et l'efficacité des interventions thérapeutiques. Le plus utilisé est le Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). (Confère doc en annexe)

### Prise en charge de la fibromyalgie :

En raison du caractère poly symptomatique, la prise en charge doit être adaptée aux besoins du patient et multidisciplinaire.

Le traitement médicamenteux est souvent insuffisant, la prise en charge vise essentiellement à réduire les symptômes et restaurer la capacité fonctionnelle.

L'objectif principal est l'amélioration de la qualité de vie et de la fonctionnalité

Le programme doit associer relaxation, thérapie cognitive-comportementale et renforcement musculaire

L'éducation thérapeutique est essentielle :

Elle contribue à la reconnaissance des plaintes et des souffrances réelles du patient

Elle permet de comprendre l'absence de thérapeutiques dédiées et que l'évolution de la pathologie et faite d'alternances entre accalmie et exacerbation douloureuse.

Elle renforce l'adhésion aux prises en charge de long cours.

## Prise en charge des symptômes :

SYMPTÔME	RX SUGGÉRÉ	POSOLOGIE
<b>(F) Fatigue</b>	Duloxétine (pas couvert par la RAMQ pour ce symptôme, mais possibilité d'en faire la demande)	30 mg die (si intolérance, considérer 15 mg die – préparation magistrale) à 60 mg die : 120 mg par jour pas démontré supérieur
	Venlafaxine XR	Débuter 37,5 mg die : augmenter ad 300 mg die
<b>(I) Insomnie (sommeil)</b>	Prégabaline (préserve bonne architecture du sommeil)	Voir ci-dessous
	Amitriptyline, nortriptyline	Débuter à 5-10 mg hs, augmenter ad 75 mg si requis
	Cyclobenzaprine	5-20 mg hs
	Mirtazapine (2 <sup>e</sup> intention, peu d'efficacité pour douleur)	7,5-15 mg hs
<b>(B) Humeur (blues)</b>	Venlafaxine XR	Débuter 37,5 mg die : augmenter ad 300 mg die
	Duloxétine	30 mg die (si intolérance, considérer 15 mg die – préparation magistrale) à 60 mg die; 120 mg par jour pas démontré supérieur)
	Mirtazapine	Débuter 7,5 mg augmenter ad 30 mg hs (selon réponse)
<b>(R) Raideur</b>	Cyclobenzaprine	5-10 mg le soir, peut être augmenté ad 20 mg die ou en dose fractionnée
	Pregabaline	Débuter 25-50 mg le soir, 12h avant l'éveil, augmenter de 25-50 mg chaque 1-2 semaines selon tolérance ad 150 mg, puis ajouter dose matinale progressivement, dose max 300 mg bid
<b>(O) Douleur (ouch)</b>	Amitriptyline : (nortriptyline, si risques cholinergiques élevés)	5 à 75 mg en pm
	Duloxétine (médicament d'exception, si échec/intolérance à l'amitriptyline)	30 mg die (si intolérance, considérer 15 mg die – préparation magistrale) à 60 mg die : 120 mg par jour pas démontré supérieur
	Tramadol (pas couvert par la RAMQ, sauf patient d'exception)	Longue action : débuter 50 mg die : augmenter à 300 mg die selon tolérance/efficacité
	Gabapentin (2 <sup>e</sup> ligne car posologie tid;qid)	100-300 mg hs et accroître progressivement ad 80 mg tid, au besoin (alternative à la prégabaline)
<b>Apnée du sommeil</b>	Évaluer en pneumologie	
<b>Syndrome des jambes sans repos (attention, les antidépresseurs peuvent augmenter les symptômes)</b>	Agoniste dopaminergique : Pramipexole	0,125mg die, augmenter ad 1 mg die, par pallier de 1 semaine
	Ropinirole	0,25 mg hs, augmenter au semaine, prn ad max 4 mg
Éviter les benzodiazépines: potentiel addictif et n'aident pas la qualité du sommeil		
Éviter opioïdes, peu efficaces pour douleur chronique et potentiel de Sd hyperalgique secondaire aux opioïdes		