

LE MESSAGE NE PASSE PAS... DU HAUT VERS LE BAS

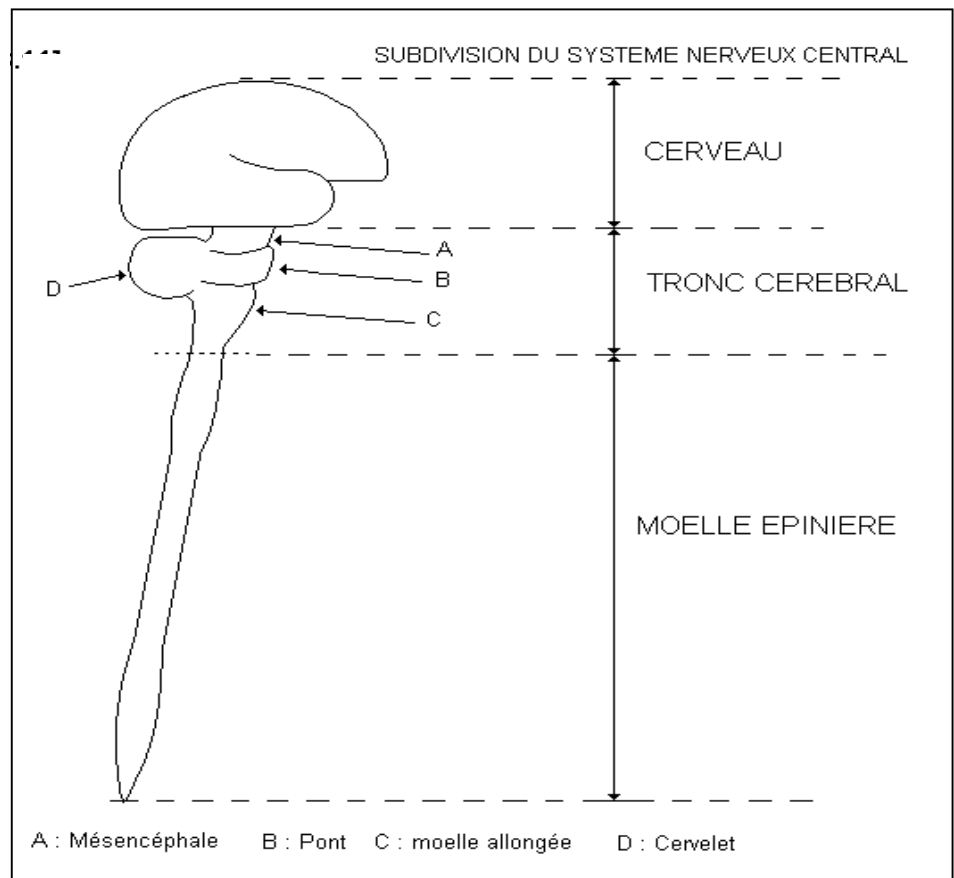
Une étude menée par le neurophysiologiste, Serge Marchand, visait à vérifier l'impact des attentes d'un sujet sain face à la douleur sur l'activité du contrôleur inhibiteur diffus nociceptif (CIDN).

Les sujets se faisaient dire qu'ils auraient plus ou moins de douleur en mettant leur bras dans de l'eau froide pendant qu'ils recevraient un stimuli douloureux ressemblant à un choc électrique à la cheville. Des mesures étaient prises via un électroencéphalogramme ou EEG (mesure de l'activité cérébrale) et une électromyographie ou EMG (mesure du réflexe musculaire de retrait).

Cette étude a démontré clairement que lorsque le sujet s'attendait à une diminution de la douleur, cette dernière baissait de 77%. Les sujets s'attendant à de la douleur n'ont eu aucune diminution de la douleur. Les mesures ont confirmé les dires des sujets.

Il n'y a qu'un pas à faire pour dire « Et bien, les personnes atteintes de FM n'ont qu'à changer leurs attentes face à leur douleur et elles seront guéries »!

Le Dr Marchand a donc voulu reproduire l'expérience avec des personnes atteintes de FM pour voir ce que cela donnerait. Le groupe s'attendant à un soulagement a senti 25% moins de douleur comme démontré par



l'EEG. L'autre groupe a ressenti 18% plus de douleur sans mesure notable à l'EEG. Toutefois, le signal de retrait mesuré à l'EMG a augmenté de quelque 45% chez les deux groupes. Cela dénote que le message provenant du cerveau n'arrive pas à se rendre à la moelle épinière. Cette dernière demeure hyperactive et, malgré l'effet psychologique des attentes des deux groupes sur leur niveau de douleur, le CIDN ne réussit pas à s'activer pour bloquer cette hyperactivité. On peut en conclure que la FM comporte réellement une composante neurogène.

Ces observations sont typiques des personnes atteintes de FM et on ne les a jamais vues chez des sujets sains. Le Dr Marchand affirme que « Ceci démontre qu'il y a un réel changement physiologique lors de la gestion des signaux douloureux de la moelle épinière. Les patients atteints de FM ne peuvent plus être classés comme souffrant d'un désordre psychologique ou pseudo-neurologique ou une croyance encore courante chez les professionnels de la santé.

(Suite page 5)

LE MESSAGE NE PASSE PAS... DU HAUT VERS LE BAS

(Suite de la page 4)

En effet, des patients souffrant d'un désordre pseudo-neurologique ne démontrent pas d'hyperexcitabilité spinale, d'autant plus lorsqu'il y a une attente d'analgésie. Par contre, l'hyperexcitabilité spinale peut tout à fait correspondre à la présence d'un réel problème neurologique ».

Mais est-ce que les facteurs psychologiques qui aident à réduire la douleur peuvent fonctionner quand même chez les personnes atteintes de FM? « Absolument, dit le D^r Marchand, du moins en ce qui en trait à la partie qui est contrôlée par le cerveau. Toutefois, cela ne sera pas aussi probant que chez les sujets sains puisque les messages ne se rendent pas à la moelle épinière ».

La dopamine aurait une influence importante sur le fonctionnement du CIDN lors des messages passant par le tronc cérébral pour se rendre à la moelle épinière. Lorsqu'elle est libérée par le cerveau, la dopamine agit sur les récepteurs de type 3 pour activer le CIDN. Le résultat est alors un soulagement de la douleur diffuse partout chez les sujets sains. Comme cette réponse n'est pas adéquate chez les personnes atteintes de FM, le D^r Marchand a décidé d'étudier s'il y avait des modifications génétiques au niveau des récepteurs de dopamine de type 3 (RD3). Il existe trois RD3 (on dirait qu'on

est dans Star Wars!) qui affectent le CIDN à des degrés différents (faible, modéré et fort). Il n'y

tiellement utile en FM. Toutefois, il faut encore faire de la recherche avant de conclure.

Le D^r Marchand affirme que « Ceci démontre qu'il y a un réel changement physiologique lors de la gestion des signaux douloureux de la moelle épinière. Les patients atteints de FM ne peuvent plus être classés comme souffrant d'un désordre psychologique ou pseudo-neurologique - une croyance encore courante chez les professionnels de la santé. »

avait pas de différence pour la prévalence des RD3 entre les sujets sains et les patients FM. C'est dans le fonctionnement des récepteurs qu'on a constaté une différence. En effet, pour les sujets sains, il importait peu quel récepteur était impliqué, leur seuil de douleur demeurait le même.

Chez les personnes atteintes de FM, le seuil de douleur était en directe corrélation avec le type de récepteur activé : plus le récepteur donnait un signal « fort », plus le seuil de perception de la douleur était élevé (donc moins de douleur était ressentie).

Toute approche qui vous garde sur le sentier positif, c'est-à-dire à penser que vous ressentirez moins de douleur ou pas de douleur peut être bénéfique pour vous. Par ailleurs, le D^r Marchand pense que le bupropion (Wellbutrin), qui est un antidépresseur agissant principalement sur l'activité de la dopamine pourrait constituer une approche thérapeutique poten-

Et le D^r Marchand continue ses recherches bon train. Il vise deux objectifs principaux :

1. Identifier des marqueurs qui distinguent la FM d'autres maladies chroniques.
2. Améliorer le choix des médicaments afin que les personnes atteintes de FM ne soient pas exposées à des composants non efficaces qui, éventuellement, diminuent leurs espoirs de trouver un soulagement.

Voilà bien un allié dans notre quête pour atteindre une meilleure qualité de vie! Heureusement que nous avons des chercheurs comme le docteur Marchand! Sinon, nous tomberions probablement dans l'oubli et rien n'avancerait.

Diane Leroux