

THESIS / THÈSE

MASTER EN SCIENCES PHARMACEUTIQUES

Utilisation du Cymbalta® ou du CBD dans les douleurs chroniques de la fibromyalgie

Faignard, Gabrielle

Award date:
2022

Awarding institution:
Université de Namur
Université Catholique de Louvain

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Faculté de Médecine

Utilisation du Cymbalta® ou du CBD dans les douleurs chroniques de la fibromyalgie

Auteur : FAIGNARD Gabrielle
Promoteur(s): RAVEZ Laurent
Année académique 2021-2022
Intitulé du master et de la finalité : Master en sciences
pharmaceutiques à finalité spécialisée

ATTESTATION DE NON-PLAGIAT

Je soussigné(e)

FAIGNARD GABRIELLE

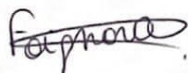
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sous toute forme de support, y compris internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire intitulé :

Utilisation du Gymbella ou du CBA dans les douleurs chroniques de la fibromyalgie.

Je suis conscient(e) que le fait de ne pas citer une source ou de ne pas la citer clairement et complètement est constitutif de plagiat, que le plagiat est considéré comme une faute grave au sein de l'Université et qu'il peut être sévèrement sanctionné.

Fait à Montigny 101 Sambre, le 26/01/2022

Signature de l'Etudiant,



Remerciements

Je souhaite adresser mes sincères remerciements à toutes les personnes qui par leurs paroles, leurs écrits, leurs conseils, leurs critiques m'ont guidée pour la réalisation de ce mémoire.

Je remercie mon promoteur monsieur Ravez Laurent pour ses conseils et remarques objectives et constructives qui ont contribué à alimenter ma réflexion. Je le remercie également pour sa patience et sa disponibilité.

Je remercie les personnes anonymes ainsi que les pharmaciens, ayant répondu à mes questions sur les traitements de la fibromyalgie. Ils m'ont permis d'étayer la discussion de ce mémoire.

Je remercie tout particulièrement madame Sandermans Anne-Sophie, pharmacienne, chez qui j'ai réalisé mon stage pour ses réponses à mes questions, pour le partage de son expérience professionnelle, pour avoir relu ce travail, ses conseils m'ont été très précieux.

Je remercie sincèrement ma maman pour son soutien constant, pour ses encouragements, pour sa présence et son réconfort lors des moments de doute.

Table des matières

Introduction	1
1. La fibromyalgie	3
1.1. Petit point d'histoire	3
1.2. La douleur dans la fibromyalgie	4
1.3. La prévalence	6
1.4. Symptômes	6
1.5. Les déclencheurs ou facteurs prédisposant à la fibromyalgie	7
1.5.1. D'ordre psychologique	7
1.5.2. D'ordre physique	8
1.5.3. Atteinte du système nerveux central.....	9
1.6. Diagnostic	10
1.6.1. Classification de l'ACR (1990)	11
1.7. Répercussion de la fibromyalgie dans la vie sociale des patients	13
2. Traitements.....	14
2.1. Le traitement médicamenteux	14
2.1.1. Les antidépresseurs (Collège national de pharmacologie médicale 2019).....	15
2.1.2. Autres médicaments	17
2.2. CYMBALTA®-duloxétine généralités	19
2.2.1. Propriétés pharmacologiques.....	19
2.2.2. Mécanisme d'action	19
2.2.3. Pharmacodynamiques.....	19
2.2.4. Pharmacocinétiques.....	19
2.2.5. Effets indésirables et contre-indications.....	20
2.2.6. Surdosage	20
2.2.7. Interactions médicamenteuses	21
2.3. Le Cymbalta® et la fibromyalgie	21
2.4. Traitements non-médicamenteux	22
2.4.1. La médecine alternative.....	22
2.4.2. Quelques exemples de thérapies non-médicamenteuses :	22
3. Les cannabinoïdes	23
3.1. Cannabinoïdes et douleurs chroniques	23
3.2. Caractéristiques pharmacologiques des cannabinoïdes médicaux dans les douleurs chroniques	23
3.2.1. Pharmacocinétique	25
3.2.2. Pharmacodynamique	25

3.3.	Le CBD	26
3.3.1.	Mode d'administration du CBD	27
3.3.2.	Des effets significatifs ?	28
4.	Discussion	29
5.	Conclusion.....	40
6.	Méthodologie	42
7.	Annexes.....	44
8.	Bibliographie.....	55

Liste des abréviations

THC	Tétrahydrocannabinol
CBD	Cannabidiol
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
OMS	Organisation mondiale de la santé
IASP	International Association Study of Pain
ACR	American college of rheumatology
SSS	Score de gravité des symptômes
WPI	Widespread pain index
FS	Fibromyalgia scale
EULAR	Ligue européenne contre le rhumatisme
IRSN	Inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
FDA	Food and drug administration
TCA	Antidépresseur tricyclique
IRS	Inhibiteur de la recapture de la sérotonine
AMM	Autorisation de mise sur le marché
5-HT	5-hydroxytryptamine
NA	Noradrénaline
IMAO	Inhibiteur de la mono-aminoxydase
Δ 9-THC	Delta9-tétrahydrocannabinol
CB1	Cannabinoïd receptor type 1
CB2	Cannabinoïd receptor type 2
CYP450	Cytochrome P450
AEA	N-arachidonoylethanolamide
AFMPS	Agence fédérale des médicaments et produits de santé
CMH	Commission pour les médicaments à usage humain
CO ₂	Dioxyde de carbone

Introduction

La fibromyalgie atteint environ 300 000 personnes en Belgique à des degrés différents, majoritairement des femmes. Les statistiques¹ indiquent que dans les pays industrialisés la fibromyalgie touche de 2 à 6% de la population, soit 2 à 4% de la population mondiale² (Payfa 2015). C'est une maladie chronique qui engendre des douleurs diffuses dans tout le corps et d'intensité variable. Ces douleurs s'accompagnent de : fatigue, de troubles du sommeil et/ou digestifs, de troubles de la mémoire et de la concentration entre-autres. La fibromyalgie a un impact important sur : la qualité de vie, les activités sociales et professionnelles des patients. Elle est un problème de santé publique et toujours sujette à controverse. Selon Nadine Chard'homme, infirmière algologue au centre contre les douleurs chroniques à la clinique Saint-Luc, les professionnels ont besoin de formations sur la douleur. De plus, une errance considérable est rapportée par les fibromyalgiques, tandis qu'un bon nombre de praticiens témoignent se sentir désarmés devant de tels patients³ (Inserm 2021).

Les traitements sont aussi complexes que la maladie. Bien qu'aucun médicament spécifique à la fibromyalgie n'existe aujourd'hui, plusieurs médications sont proposées : de l'antidouleur à l'antidépresseur et même l'antiépileptique ou encore l'analgésique. Celles-ci sont souvent consommées sur le long terme ou en sus d'autres médications. Depuis quelques années, une multitude d'études ont été menées quant à l'efficacité de tels traitements pour soulager les douleurs chroniques dans la fibromyalgie. Il en ressort que, les effets sont moyens ou peu significatifs. Nous nous sommes arrêtés sur le Cymbalta® comme moyen de traitement pour soulager les douleurs chroniques de la fibromyalgie, il est efficace pour un certain nombre, mais pas pour l'entièreté des douleurs, ni pour tous les symptômes. Les professionnels de la santé doivent s'orienter vers des approches qui soulagent les douleurs et améliorent le bien être du patient. Il doivent veiller à ce que le patient accepte la maladie et les limites physiques qu'elle lui impose. Une approche pluridisciplinaire doit être encouragée.

¹ Cité dans la proposition de résolution relative à la sensibilisation à la fibromyalgie, Parlement francophone bruxellois, le 26 mai 2015, B.d'Ursel de Lobkowicz, consulté le 13 décembre 2021

² Cité dans Inserm EC. 2020. « Fibromyalgie », disponible sur le site <https://www.inserm.fr/dossier/fibromyalgie>, consulté le 23 février 2021

³ Cité dans « Fibromyalgie, une douleur chronique et diffuse, enfin reconnue. » disponible sur le site <https://www.inserm.fr/dossier/fibromyalgie/>, consulté le 13 décembre 2021

Depuis quelques temps, le cannabis est souvent cité pour soulager les douleurs chroniques. Il est vrai qu'au 19^{ième} Siècle, le chanvre était utilisé pour soulager diverses douleurs (règles douloureuses, spasmes, crampes...). Mais, celui-ci a été retiré de la pharmacopée française en 1953 et est devenu selon les conventions internationales « stupéfiant sans intérêt médical » en 1961 (Sorin 2017). Les études réalisées jusqu'à aujourd'hui sont observationnelles et donc n'offrent pas de résultats scientifiques probants. Par ailleurs, plusieurs freins à la consommation de cannabis thérapeutique et ses dérivés le tétrahydrocannabinol (THC) et le cannabidiol (CBD) sont mis en exergue : la législation, le coût, les craintes, les préjugés, la méconnaissance des professionnels de la santé et du produit... A ce jour, aucune formation sur le cannabis médical et ses dérivés n'est proposée lors des cursus universitaires. Les patients demandeurs se tournent vers des shops ou des sites en ligne. Nous pensons que le CBD est une possibilité car il présente des propriétés efficaces contre les douleurs chroniques de la fibromyalgie et n'occasionne pas d'effets secondaires ni de dépendance.

Dès lors, suite à nos recherches et lectures, nous nous sommes interrogés : pourquoi tant de polémiques autour de la fibromyalgie ? Quelle prise en charge serait la plus profitable ? Le Cymbalta® ou autres médicaments sont-ils réellement essentiels pour soulager les douleurs chroniques de la fibromyalgie ? Est-il acceptable de prescrire et consommer un antidépresseur à long terme ? Et pourquoi ne pas se tourner vers les cannabinoïdes ?

Afin d'avoir le recul nécessaire et développer notre propre réflexion sur le sujet, nous avons dans un premier temps et pour mieux comprendre la maladie, défini la fibromyalgie. La prévalence, les symptômes, les éléments déclencheurs et le diagnostic. Dans un second temps, nous nous sommes informés sur les traitements médicaux proposés pour soulager les douleurs chroniques de la fibromyalgie. Nous avons réalisé une petite enquête auprès de patientes diagnostiquées fibromyalgiques et auprès de pharmaciens, afin de connaître les traitements les plus suivis. Nous nous sommes arrêtés sur le Cymbalta®, un antidépresseur, régulièrement prescrit. Dans un troisième temps, au vu de la demande croissante actuelle, nous avons réalisé quelques recherches sur les cannabinoïdes et le cannabidiol (CBD) pour soulager les douleurs chroniques. Nous avons interviewé une pharmacienne qui réalise des magistrales à base de CBD. Ensuite afin de rester objectifs nous avons ouvert une discussion éthique sur le sujet, espérant ainsi conscientiser un maximum au respect du patient et son choix de traitement.

1. La fibromyalgie

1.1. Petit point d'histoire

Le terme fibromyalgie est composé de : « fibro » provenant du latin « fibra » qui signifie « fibre », du grec « myo » qui signifie « muscle » et du grec « algie » qui signifie « douleur » (Dignat-George et al. 2017).

Selon l'expertise collective de l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)⁴, la première énonciation date de 1815 et est définie par la douleur généralisée d'un « rhumatisme musculaire » et est cliniquement défini par « *un syndrome constitué de symptômes chroniques d'intensité modérée à sévère incluant des douleurs chroniques diffuses sans cause apparente et une sensibilité à la pression, associées à de la fatigue, des troubles cognitifs et du sommeil et de nombreuses plaintes somatiques.* » (Inserm 2020)

Le terme « *fibrosite* » (terme choisi pour mettre en évidence le rôle de l'inflammation périphérique dans la pathogénèse, mais qui n'était finalement pas correct car la fibromyalgie n'est pas une maladie inflammatoire, telle que l'arthrite par exemple) (Leroux 2010; Maffei 2020) sera utilisé jusqu'à dans les années 1980 dans les pays britanniques. Ensuite, la pathologie sera renommée de différentes façons selon les années⁵ (Dignat-George et al. 2017):

- « rhumatisme musculaire (1901)
- myogelose (1919)
- induration musculaire (1921)
- myofasciite (1929)
- neurofibrosite (1929)
- rhumatisme psychogène (1960). »

⁴ Inserm. Fibromyalgie. Collection Expertise collective. Montrouge : EDP Sciences, 2020. Consulté le 27 mars 2021

⁵ DRIOUCHI Hanae, « *la fibromyalgie* » thèse faculté de pharmacie Aix Marseille 28/06/2017. Consulté le 10 novembre 2020

C'est en 1976 que le nom de « fibrosite » est remplacé par fibromyalgie grâce à Philip HENCH (Netgen 2007). La fibromyalgie est aujourd'hui un terme acquis internationalement (HAS 2010).

Bien que décrite comme syndrome fibromyalgique à cause de ses nombreux symptômes (les termes « syndrome fibromyalgique » et « fibromyalgie » ne sont pas différenciés dans les écrits), elle a été reconnue en tant que maladie par l'organisation mondiale de la santé (OMS) en 1990, sous le code ICO-10 M79-7, « *classifiée sous autres affections des tissus mous non classés ailleurs* » dans la version numéro 10 de la Classification internationale des maladies, puis comme maladie chronique en 2007 (Khattabi 2010; Inserm 2020). C'est dans le courant de l'année 2008 qu'une déclaration manuscrite sur la fibromyalgie est référencée avec le numéro 0069/2008 au Parlement européen afin que la fibromyalgie soit entièrement reconnue comme maladie. Les députés européens qui ont signé cette déclaration, le délégué de l'European Federation, of International Association Study of Pain Chapter (IASP) et les délégués de l'European Network of Fibromyalgia Associations ont certifié leur accord afin de conscientiser au niveau national et européen en attirant l'attention de l'opinion sur le « dossier fibromyalgie ».

Le 12 mai est reconnu « Journée internationale de la fibromyalgie »⁶ suite à la décision de l'association américaine RESCIND en regard de la date anniversaire de Florence Nightingale qui a quasiment créé le métier d'infirmière et qui a souffert de fibromyalgie et du syndrome de fatigue chronique (Khattabi 2010).

1.2. La douleur dans la fibromyalgie

Dans la fibromyalgie, il est question de douleurs chroniques diffuses qui persistent depuis plus de 3 mois. Des douleurs principalement au niveau musculo-squelettiques (muscles, tendons, articulations). Ces douleurs sont définies par les patients comme « diffuses, lancinantes, tendues, épuisantes » (Inserm 2020).

⁶ KHATTABI Zakia, « proposition de résolution visant à reconnaître le syndrome de la fibromyalgie et à améliorer la prise en charge globale des patients qui en sont atteints. » Sénat de Belgique 04/03/2010. Consulté le 27 mars 2021

« Selon la nouvelle nomenclature OMS de la douleur chronique ; la douleur chronique est classée en 2 catégories⁷ ;

- *Douleur chronique primaire : est une maladie en soi, caractérisée par une incapacité ou une détresse émotionnelle et ne s'explique pas mieux par un autre diagnostic de douleur chronique. Ces douleurs incluent notamment les douleurs chroniques généralisées (telles que la fibromyalgie, ...), les douleurs musculo-squelettiques chroniques, des maux de tête et affections primaires comme le syndrome du côlon irritable.*
- *Douleur chronique secondaire : qui est un symptôme d'une maladie sous-jacente, classée selon 6 catégories (cancer, post-traumatique, neuropathie chronique, céphalées chroniques, douleurs viscérales chroniques et douleurs musculo-squelettiques chroniques dues à une inflammation persistante) » (Fibromyalgiesos 2019).*

En fonction des patients, la douleur sera évoquée de différentes façons (sensation de brûlures, raideurs, picotements, décharges électriques, crampes, engourdissements), les douleurs musculaires, articulaires et tendineuses (hanches, genoux) sont ressenties par un grand nombre de fibromyalgiques. Mais la distinction entre la douleur articulaire et musculaire reste difficile sans marqueur objectif d'une atteinte articulaire ou musculaire (Perrot 2019).

En effet, la douleur perçue dans la fibromyalgie peut laisser penser que les tissus et les muscles sont atteints alors qu'elle n'est pas un syndrome dégénératif, le système nerveux n'est pas non plus atteint, même s'il dénote des dysfonctionnements. La fibromyalgie ne provoque pas de dommages aux tissus et organes du patient (Leroux 2010).

La persistance des douleurs diffuses n'est pas le symptôme le plus contraignant pour les patients. Il existe bien d'autres symptômes neurologiques plus invalidants tels que :

- une fatigue interne totale suite à des phases de douleurs plus exacerbées qu'à l'ordinaire déclenche un épuisement du patient qui ne peut plus fournir d'effort physique,
- une hypersensibilité à la lumière, aux bruits et aux odeurs ,
- des troubles digestifs,
- des paresthésies, dysesthésies (fourmillements, picotements, brûlures) (Inserm 2020; Marguin 2020, 100).

⁷ FibromyalgieSOS, « La douleur chronique figure enfin dans la classification internationale des maladies (CIM-11) de l'OMS (en 2 catégories) », publié le 07/07/2019. Consulté le 27/03/2021

1.3. La prévalence

La prévalence dans la population mondiale oscille entre 2 et 4% selon les critères de l' American college of Rheumatology (ACR). Selon différentes études, il semble que la prévalence varie en fonction de l'âge (Inserm 2020). En Belgique, 200 000 à 300 000 cas ont été recensés (Khattabi 2010).

Il semblerait que cette prévalence soit en augmentation même chez les hommes. Ce n'est pas une maladie grave mais elle est invalidante. Quelques rares cas auraient été décrits chez des enfants mais sans certitude (Commission de la santé 2015). La prédominance reste féminine dans 90% des cas (Dignat-George et al. 2017).

1.4. Symptômes

Les symptômes sont très nombreux et variables en intensité d'un patient à l'autre. La fibromyalgie n'a pas une évolution constante, en effet les symptômes sont fluctuants et ils peuvent s'accroître en présence de facteurs comme le stress, l'anxiété, une position de longue durée, le climat. Par contre, ils peuvent diminuer avec d'autres facteurs tels que le rythme et l'intensité des activités quotidiennes, la chaleur, la relaxation, une activité physique adaptée... (Korsia-Meffre 2016; Inserm 2020).

Une amélioration de certains facteurs peut être observée chez certains patients suite à un repos dans le calme ou à une activité physique, mentale, professionnelle ou sportive mais dans la limite de leurs capacités (Dignat-George et al. 2017).

Les symptômes souvent cités ;

- Douleurs musculaires permanentes
- fatigue chronique
- troubles du sommeil liés au syndrome des jambes sans repos
- troubles dépressifs ou anxiété
- incapacité à effectuer des tâches quotidiennes
- troubles cognitifs
- troubles intestinaux et vésiculaires

1.5. Les déclencheurs ou facteurs prédisposant à la fibromyalgie

1.5.1. D'ordre psychologique

Des travaux ont été réalisés en tenant compte de la dimension psychologique et bien que le lien causal ne soit pas établi, il est possible que des éléments psychologiques comme l'aspect de la personnalité ou les émotions du patient jouent un rôle dans le déclenchement des douleurs chroniques de la pathologie (Inserm 2020).

En 2014, une étude a été effectuée en France pour déterminer les causes de la fibromyalgie. Il s'avère que chez 72.6% des patients, il y a effectivement eu un élément déclencheur. Pour une partie de ces patients, celui-ci était brutal, accident, maladie, choc émotionnel, notamment pour ceux qui ont contracté les symptômes avant 30 ans ou après 60 ans, tandis que pour les autres, il était progressif (Laroche 2014).

Des facteurs psychologiques peuvent déclencher les douleurs chroniques, comme la vulnérabilité, la solitude, les facteurs sociaux (relationnels et de personnalité, mode de vie, isolement), la peur, le manque de confiance en soi, l'anxiété, la dépression mais aussi la tristesse ou la colère. Un niveau social économiquement instable, défavorisé, un « burnout » dû à une surcharge de travail peut être un facteur déclencheur de la fibromyalgie (Inserm 2020).

Figure 1: Facteurs psychologiques identifiés comme impliqués dans la survenue d'une fibromyalgie. (Inserm 2020)

Facteurs contextuels et relationnels	Événements de vie perçus comme plus négatifs
	Dysfonctionnements familiaux durant l'enfance (désorganisation, conflits, manque de cohésion)
	Styles parentaux anxieux ou autoritaires
	Style d'attachement <i>insecure</i>
Facteurs de personnalité	Modèle psychobiologique de Cloninger : Faible recherche de nouveauté Évitement du danger Faible auto-détermination
	Modèle du <i>Big Five</i> : Névrosisme Agréabilité Ouverture Psychoticisme
	Triade névrotique (hypocondrie, dépression, hystérie)
	Équilibre affectif (faible affectivité positive et affectivité négative élevée)
	Lieu de contrôle externalisé
Facteurs perceptifs et cognitifs	Hyperactivité représentationnelle prémorbide et hypoactivité représentationnelle actuelle
	Hypervigilance envers les stimuli négatifs
	Amplification somatosensorielle
	Alexithymie*
	Difficulté de représentation des états mentaux d'autrui

* Difficulté à identifier et à exprimer ses émotions.

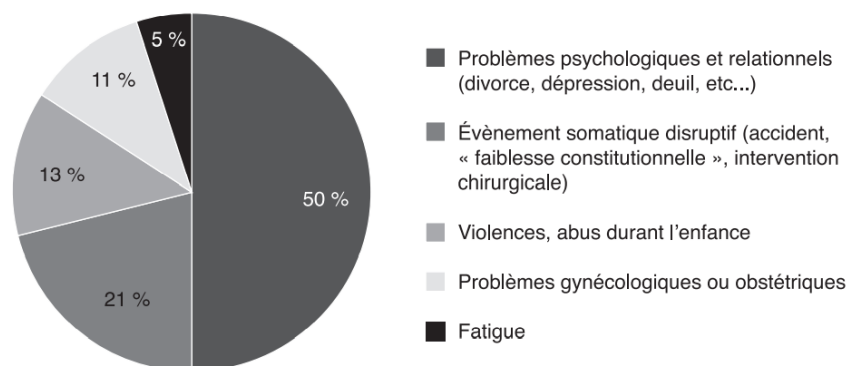
Les causes de la fibromyalgie ne sont pas exactement définies mais le diagnostic permet au patient de restreindre les craintes et les incertitudes face à ces symptômes, celles-ci peuvent augmenter les douleurs perçues. Aujourd'hui, l'évaluation et le diagnostic de la fibromyalgie font encore polémiques. Bien qu'il y ait une meilleure compréhension du processus pathologique, la fibromyalgie demeure non diagnostiquée dans 75% des cas (Maffei 2020).

1.5.2. D'ordre physique

Voici quelques éléments d'ordre physique qui peuvent déclencher la fibromyalgie (Leroux 2010).

- Accident
- Viol/inceste
- Chirurgie
- Infection virale
- Trouble hormonal
- Génétique (hérédité polygénétique)

Figure 2: Déclencheurs potentiels de la fibromyalgie selon les patients. (Inserm 2020)



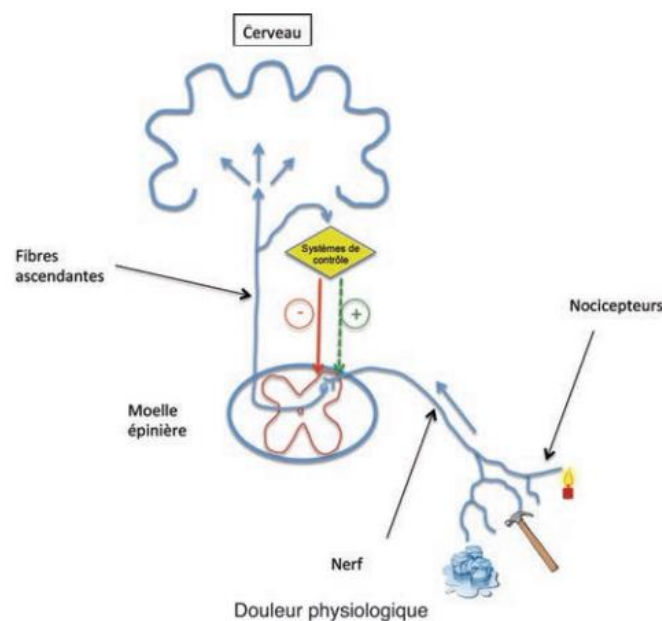
La fibromyalgie peut être secondaire si elle provient d'autres maladies comme la polymyalgie rhumatismale, l'arthrite rhumatoïde, l'hépatite virale...

1.5.3. Atteinte du système nerveux central

1.5.3.1. Perception de la douleur

Plusieurs structures nerveuses sont impliquées dans la perception de la douleur et l'intensité de celle-ci peut être augmentée par les émotions. Le corps possède des récepteurs sensitifs qui sont les nocicepteurs périphériques qui réagissent à des stimuli (chimiques, thermiques, sensoriels). Lorsque l'information arrive à la corne dorsale, puis au tronc cérébral, au thalamus et aux régions corticales (qui définissent les informations au niveau sensoriel ou émotionnel) elle peut être identifiée comme une douleur (Leroux 2010).

Figure 3: Mécanisme biologique des douleurs chroniques. (Inserm 2020)



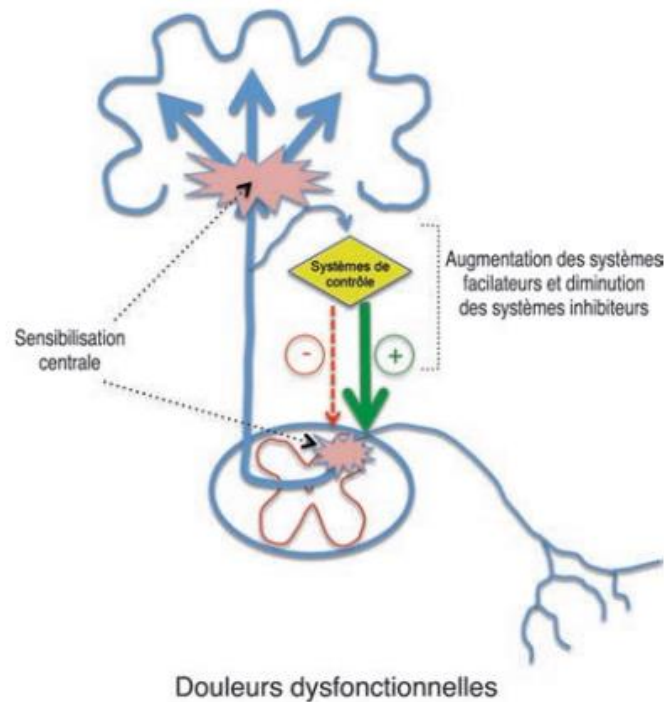
1.5.3.2. Inhibition de la douleur

A l'intérieur de notre corps, il y a des mécanismes qui permettent de diminuer la douleur. Ces mécanismes situés dans le système nerveux déterminent la région de la corne dorsale, de la moelle épinière, du tronc cérébral et les centres supérieurs (dans le cerveau). Chez les patients souffrant de douleurs chroniques, les contrôles inhibiteurs diffus impliqués par des stimuli nociceptifs (donc le mécanisme d'inhibition de la douleur en activité dans le tronc cérébral), sont reconnus comme dysfonctionnels. Chez les personnes fibromyalgiques, il a été constaté que la corne dorsale est sensibilisée et ce même s'il n'y a pas de stimulation externe. Celle-ci envoie des informations de douleur aux centres supérieurs.

Il y a deux phases neurophysiologiques prouvées qui peuvent expliquer la douleur dans la fibromyalgie.⁸

- Une hyperexcitabilité et une sensibilisation de la corne dorsale de la moelle épinière
- Un dysfonctionnement des stimulations nociceptives au niveau du tronc cérébral

Figure 4: Mécanisme biologique des douleurs chroniques dans le syndrome fibromyalgique. (Inserm 2020)



1.6. Diagnostic

Dans la fibromyalgie, il faut noter que le diagnostic se base essentiellement sur les plaintes liées aux douleurs car il n'y a pas de biomarqueur objectif, ainsi que sur les symptômes décrits cités ci-dessus (1.4 Symptômes). En général, le diagnostic est établi si la période de douleurs multiples et leurs symptômes s'étendent sur une période égale ou supérieure à 3 mois (Borchers et Gershwin 2015; Inserm 2020).

La fibromyalgie est la troisième pathologie la plus rencontrée en rhumatologie (1.3 à 8 %) et actuellement il n'y a pas de test significatif pour la fibromyalgie. Le marqueur majeur est l'indice de la douleur généralisée (Maffei 2020). Le diagnostic est établi par l'exclusion d'autres pathologies : rhumatismes, troubles endocriniens ou de la calcification, tumeur, etc.

⁸ Cité dans « la fibromyalgie : information sur la maladie » Leroux Diane, septembre 2010, consulté le 15 mai 2020

1.6.1. Classification de l'ACR (1990)

Il y a syndrome fibromyalgique certifié lorsque les 2 critères suivants sont établis (Maffei 2020) :

1. Douleurs diffuses $\geq$ à 3 mois
 - Des 2 côtés du corps
 - De la partie supérieure et inférieure à la taille
 - Douleurs du rachis cervical, thoracique et lombaire.
2. Points de Yunus douloureux. C'est-à-dire que le patient doit réagir à 11 points sur 18 sous une pression de 4kg/cm² donc que l'ongle doit devenir blanc à la pression.

Ces critères sont limités parce qu'ils ne tiennent pas compte des symptômes en sus de la douleur et les points ayant réagi à la pression varient en fonction de l'état physique (fatigue) ou émotionnel (anxiété, stress) du patient. Ce qui veut dire que cette méthode ne reconnaît que les formes les plus sévères et ne prend pas en compte les répercussions de la douleur, ni les autres symptômes sur la physiologie du patient.

Si le score est < 11 , le patient n'est pas reconnu fibromyalgique ; or, il est possible d'être fibromyalgique sans pour autant réagir aux points de pression (Maffei 2020).

Figure 5: indice de douleurs généralisé à partir des critères ACR 1990 pour la classification de la fibromyalgie et des régions associées (Maffei 2020).

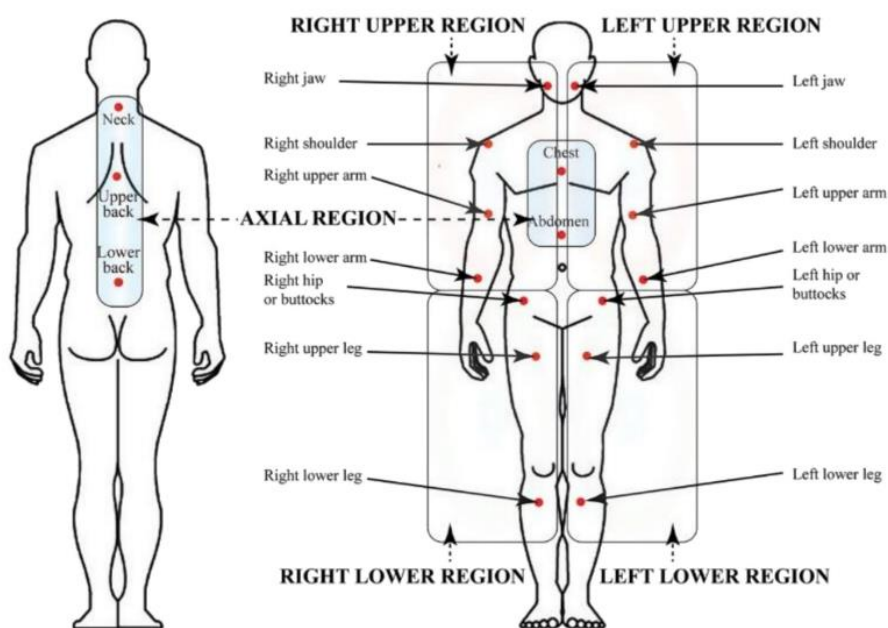


Figure 6: Critères de l'ACR modifié 2016 (Inserm 2020)

Critères Un patient satisfait les critères de SFM modifiés 2016 si les 3 conditions suivantes sont remplies : 1. Index de douleurs diffuses (IDD) ≥ 7 et échelle de sévérité des symptômes (SS) ≥ 5 ou IDD entre 4-6 et échelle SS ≥ 9 2. Douleurs généralisées définies par la présence de douleurs dans au moins 4 des 5 régions. Les douleurs des mâchoires, de la poitrine et de l'abdomen ne sont pas incluses dans la définition de douleur généralisée. 3. Les symptômes sont présents à ce niveau pendant au moins 3 mois. 4. Le diagnostic de fibromyalgie est validé indépendamment d'autres diagnostics. Un diagnostic de fibromyalgie n'exclut pas d'autres maladies cliniquement importantes.		
(1) Index de douleur diffuse : noter le nombre de zones où le patient a ressenti la douleur au cours de la dernière semaine. Dans combien de zones le patient a eu cette douleur ? Le score sera compris entre 0 et 19.		
<i>Région supérieure gauche</i> <i>(Région 1)</i>	<i>Région supérieure droite</i> <i>(Région 2)</i>	<i>Région axiale</i> <i>(Région 5)</i>
Mâchoire gauche*	Mâchoire droite*	Cou
Ceinture scapulaire gauche	Ceinture scapulaire droite	Bas du dos
Bras gauche	Bras droit	Haut du dos
Avant-bras gauche	Avant-bras droit	Poitrine*
		Abdomen*
<i>Région inférieure gauche</i> <i>(Région 3)</i>	<i>Région inférieure droite</i> <i>(Région 4)</i>	
Hanche (fesse, trochanter), gauche	Hanche (fesse, trochanter), droit	
Cuisse gauche	Cuisse droite	
Jambe gauche	Jambe droite	
* : non inclus dans la définition de douleur généralisée		

C'est pourquoi en 2010 l'ACR a défini une méthode alternative de diagnostic, qui prend en compte les nombreux symptômes décrits et leur sévérité (Frederick Wolfe et al. 2010; Dignat-George et al. 2017). Ces critères ont été réévalués en 2016 (Inserm 2020). Cette fois, les points douloureux ne sont plus comptés, un diagnostic préliminaire étant établi par le médecin généraliste, le diagnostic de la fibromyalgie repose sur une « échelle de gravité des symptômes » de 0 à 12, (symptom severity scale score (SSS)) comportant 3 symptômes les plus rencontrés comme la fatigue, la sensation de fatigue au levé et les symptômes cognitifs. Chacun de ces symptômes est quantifié de 0 à 3. Celle-ci est cumulée au Widespread Pain Index (WPI) dans une échelle de fibromyalgie (FS) allant de 0 à 31. Le score global doit être ≥ 13 .

Figure 7: Révision 2016 des critères diagnostiques de la fibromyalgie ACR 2010/2011 (Inserm 2020)

(2) Score de l'échelle de sévérité des symptômes

- Fatigue,
- Se réveiller fatigué (sommeil peu réparateur),
- Troubles cognitifs

Pour chacun des 3 symptômes, indiquer le niveau de gravité au cours de la dernière semaine selon le barème suivant :

- 0 – aucun problème
- 1 – problèmes mineurs ou légers ; habituellement légers ou intermittents
- 2 – modérés ; problèmes importants ; survenant fréquemment et/ou à un niveau modéré
- 3 – sévères ; problèmes continus qui ont un impact important sur la vie

Le score de l'échelle de sévérité des symptômes est la somme de chaque score de gravité des 3 symptômes (fatigue, réveillé fatigué, troubles cognitifs) (0-9) additionnée de la somme (0-3) du nombre des symptômes suivants que le patient a ressentis pendant les 6 derniers mois :

- (1) Maux de tête (0-1)
- (2) Douleurs ou crampes abdominales (0-1)
- (3) Dépression (0-1)

Le score final de sévérité des symptômes est entre 0 et 12.

L'échelle de sévérité de la fibromyalgie (FS) est la somme de l'index de douleur diffuse et du score de l'échelle de sévérité des symptômes (0-31).

Les critères de l'ACR de 2010 sont plus précis et permettent de discerner les fibromyalgiques sous-diagnostiqués (Maffei 2020).

Un patient est diagnostiqué fibromyalgique s'il obtient :

- un score $\geq$ à 7 à la WPI,
- un score $\geq$ à 5 à la SSS (ou un score entre 3 et 6 à la WPI)
- un score $\geq$ à 9 à la SSS
- présence des symptômes depuis 3 mois
- pas d'autres maladies susceptibles d'expliquer les douleurs

1.7. Répercussion de la fibromyalgie dans la vie sociale des patients

Les patients fibromyalgiques se plaignent souvent du manque d'empathie du corps médical. Souvent ballotés d'un service à un autre, ceux-ci se sentent démunis, abandonnés, incompris, ce qui peut augmenter l'état de stress et d'anxiété et favoriser la douleur. Il est vrai que la fibromyalgie est une maladie complexe à cause des symptômes multiples et du manque de biomarqueurs et que les médecins en sont parfois désorientés (Dignat-George et al. 2017).

Il est essentiel pour le patient d'être écouté, pris en considération tout autant que d'être reconnu comme « malade » (Dignat-George et al. 2017). Comme les douleurs ne sont ni visibles, ni perceptibles par les autres, les fibromyalgiques sont souvent mal à l'aise, se sentent considérés comme « fabulateurs » ce qui peut engendrer un repli sur soi et éventuellement un risque d'un syndrome dépressif à long terme.

Comme nous l'avons déjà précisé, la fibromyalgie n'est pas une maladie « mortelle » mais est invalidante au quotidien. En effet elle provoque une perte d'autonomie et fluctue de jour en jour, le patient peut, un jour au matin, ne pas pouvoir se lever et donc ne peut assumer son emploi (Schwob 2011; Dignat-George et al. 2017).

Une étude menée de 2001 à 2005, par le docteur Marie-Claire Jasson au centre hospitalier de Saint Germain-en-Laye, sur 1993 patients fibromyalgiques reconnus et diagnostiqués, constate que 63% des fibromyalgiques ont des difficultés pour concilier ménage quotidien, enfants et activités sociales ; la relation avec la famille et l'entourage est ébranlée. Quant aux sorties culturelles, les voyages, les festivités, 73% des patients y renoncent (Dignat-George et al. 2017). Le patient doit être bien encadré par les siens ou des amis proches ou encore d'autres patients souffrant de la même pathologie, pour accepter les diverses propositions thérapeutiques qui lui sont soumises par le corps médical et ne pas tomber dans le retrait social et l'isolement (Dignat-George et al. 2017).

2. Traitements

2.1. Le traitement médicamenteux

Actuellement, il n'existe aucun traitement spécifique pour la fibromyalgie. Les analgésiques ont un effet trop court et ne sont pas efficaces chez tous les patients. Les somnifères et les tranquillisants ne sont pas conseillés à cause de l'accoutumance qu'ils peuvent déclencher. Les antidépresseurs agissent principalement sur le sommeil et améliorent la relaxation physique mais pas pour tous les patients⁹.

En 2016, la ligue européenne contre les rhumatismes (EULAR) recommande une prise en charge personnalisée, multidisciplinaire, avec traitement pharmacologique ou non, adaptée aux différents symptômes et besoins du patient (Macfarlane et al. 2017; Dignat-George et al. 2017).

⁹ Ligue suisse contre le rhumatisme, « Recommandations de l'EULAR pour la prise en charge de la fibromyalgie » [Recommandations de l'EULAR pour la prise en charge de la fibromyalgie - Ligue suisse contre le rhumatisme \(ligues-rhumatisme.ch\)](https://www.ligue-rhumatisme.ch/fr/recommandations-de-l-eular-pour-la-prise-en-charge-de-la-fibromyalgie). Publié 02/2017. Consulté le 20 février 2021

Nous citons quelques exemples de thérapies non-médicamenteuses au point 2.4 (Traitements non-médicamenteux) qui sont proposées aux fibromyalgiques lors d'une prise en charge pluridisciplinaire et personnalisée.

2.1.1. Les antidépresseurs (Collège national de pharmacologie médicale 2019)

On propose souvent des antidépresseurs aux patients fibromyalgiques à faible dose (moindre que pour soigner une dépression), ceux-ci cherchent à diminuer la douleur par sollicitation des mécanismes d'inhibition descendante.¹⁰ Voici les antidépresseurs les plus souvent proposés.

Amitriptyline : un antidépresseur tricyclique, inhibiteur de la recapture de la sérotonine-noradrénaline, utilisé principalement pour la dépression, autorisé pour les patients fibromyalgiques, efficaces sur la douleur jusqu'à 30%, effets modérés sur la fatigue chronique et la qualité du sommeil. Effets secondaires fréquents : troubles visuels, prise de poids, céphalées, vertiges, tremblements, somnolence, sécheresse buccale, nausées, palpitations, sudation excessive¹¹...

Duloxétine¹² : un inhibiteur de la recapture de la sérotonine-noradrénaline (IRSN) approuvé par la Food And Drug Administration (FDA) en 2008, comme le **milnacipran**¹³ approuvé par la FDA en 2009 (Tzadok et Ablin 2020), sont des antidépresseurs qui permettent une meilleure circulation dans l'organisme de la sérotonine et de la noradrénaline. La duloxétine améliore 50% des symptômes de la fibromyalgie sur certains patients mais beaucoup abandonnent le traitement à cause de ses effets secondaires : maux de tête, nausées, sécheresse buccale, somnolence, vertiges. Ceux-ci peuvent s'arrêter en cours de traitement, mais d'autres effets secondaires fréquents sont identifiés : douleurs abdominales, troubles du système nerveux central, acouphènes, palpitations, douleurs musculaires, insuffisance hépatique...(Inserm 2020).

¹⁰ Cité dans Cité dans « la fibromyalgie : information sur la maladie » Leroux Diane, septembre 2010, consulté le 20 février 2021

¹¹ EMA, « Résumé des caractéristiques du produit Amitriptyline ». Consulté le 20 février 2021

¹² EMA, « Résumé des caractéristiques du produit Duloxétine ». Consulté le 20 février 2021

¹³ ANSM, « Notice milnacipran (chlorhydrate de) 50 mg ». Consulté le 20 février 2021

2.1.1.1. *Les antidépresseurs et la fibromyalgie*

Plusieurs études ont été menées¹⁴ sur des patients diagnostiqués fibromyalgiques de tout âge, selon des critères stricts. L'évaluation de symptômes tels que fatigue, douleur, sommeil et qualité de vie devaient être pris en compte pour que l'étude soit validée. Des comparaisons entre plusieurs antidépresseurs et placebo ont été faites, il en ressort que chez les patients sous IRSN la diminution de la douleur, de la fatigue et de la dépression était significative chez 40,2% des patients. Et 30% des patients sous placebo ont exprimé une diminution de la douleur. Il ressort de cette étude que l'amitriptyline (antidépresseurs tricycliques (TCA)) et les IRSN duloxétine et milnacipran sont des choix de premier traitement pour la fibromyalgie (Häuser et al. 2012).

D'autres études réalisées en utilisant les inhibiteurs de recapture de la sérotonine (IRS), notamment la fluoxétine d'une part, avec des doses similaires à celles prises pour une dépression, soit 20mg/jr n'ont cependant pas montré d'amélioration versus le placebo (F. Wolfe et al. 1990). Mais Goldenberg et Coll¹⁵ en employant les 2 médicaments, la fluoxétine et l'amitriptyline, ont décelé une amélioration à court terme sur le handicap, sur la douleur, le bien-être et les troubles du sommeil. Par contre le milnacipran et la duloxétine ont donné de bons résultats pour beaucoup de patients (Perrot 2007).

La duloxétine et le milnacipran ont eu un effet bénéfique dans le ressenti « global » du patient par rapport au placebo ; qualifié comme suit : « de bonne amélioration à une très bonne amélioration », cependant pas de bénéfice prouvé sur la fatigue par rapport au placebo (Welsch et al. 2018).

Ces antidépresseurs ne soulagent pas toutes les douleurs ressenties par les fibromyalgiques mais l'amitriptyline est utilisée en premier traitement depuis assez longtemps pour la fibromyalgie sans être cautionnée par des études cliniques (Perrot 2007; Moore 2015).

¹⁴ Winfried HäuserMD, Fredick Wolfe, ThomasTölle, Nurcan Uçeyler et Claudia Sommer, « The rôle of Antidepressants in the Management of Fibromyalgia Syndrome », [Le rôle des antidépresseurs dans la prise en charge du syndrome de fibromyalgie | SpringerLink \(en\)](#), publié le 29 août 2012, consulté le 15 mai 2021

¹⁵ S.PERROT, « Des médicaments pour traiter la fibromyalgie ? », revue médicale suisse, 2007. Volume 3, p.32384, consulté le 27 mars 2021

Selon Moore RA, Derry S et al. Juillet 2015, dans l'article « L'amitriptyline pour traiter la fibromyalgie chez l'adulte »¹⁶, la plupart des études réalisées sur l'efficacité de l'amitriptyline pour traiter la fibromyalgie étaient trop petites et dépassées, les méthodes et résultats surestimaient les effets bénéfiques du traitement. Cependant il est probable que l'amitriptyline soulage les douleurs de la fibromyalgie mais ce n'est pas certain, selon les chiffres et informations de cette étude, environ 1 personne sur 4 ressent une amélioration de la douleur, et 1 personne sur 3 dit avoir ressenti des effets indésirables non graves, mais assez inconfortables pour arrêter le traitement. Donc l'amitriptyline est une option pour traiter la fibromyalgie, mais il n'y a qu'une minorité de patients qui réagira positivement à ce traitement (Moore 2015).

2.1.2. Autres médicaments

➤ Les analgésiques

Le tramadol, un antalgique d'action centrale ayant un effet opioïdergique et monoaminergique qui a un rôle sur la douleur directe. Grâce à l'inhibition au niveau central et à la recapture de la noradrénaline et de la sérotonine, le tramadol permet leur augmentation dans le système nerveux central. L'avantage et l'action antalgique de cette molécule dans les douleurs chroniques (qui ne répondent pas bien aux opiacés comme celles de la fibromyalgie), sont le résultat de l'exécution du rôle de ces 2 neurotransmetteurs dans la gérance des informations au niveau des voies inhibitrices descendantes (Ogawa et al. 2014; Dignat-George et al. 2017).

➤ Les relaxants musculaires

Cyclobenzaprine ou Flexeril®, agissent sur les spasmes musculaires mais peuvent provoquer de la somnolence.

➤ Les hypnotiques

Ativan® ou Lorazépam, peuvent être prescrits pour améliorer le sommeil, leur utilisation doit être de courte durée.

¹⁶ MOORE RA, « *l'amitriptyline pour traiter la fibromyalgie chez l'adulte* », publié en juillet 2015, Consulté le 20/02/2021

➤ Les antiépileptiques

Prégabaline : de la famille des antiépileptiques (favorise la stabilisation spinale), mais aussi un analgésique, un anxiolytique (approuvée par la FDA en 2007), elle diminue efficacement la douleur chez les fibromyalgiques mais déclenche beaucoup d'effets secondaires, tels que somnolence, étourdissements, euphorie, confusion, irritabilité, troubles posturaux, troubles moteurs, troubles de la marche, tremblements, troubles de la mémoire, troubles du langage, vision floue ou double, vertiges, vomissements¹⁷ (EMA 2021).

➤ Les opiacés

La **morphine**, dérivée de l'opium, elle soulage les douleurs sévères en bloquant les signaux nerveux au niveau de la moelle épinière. Son usage est reconnu comme très efficace mais peut provoquer une dépendance ; c'est pour cela que les médecins sont réticents pour la prescrire aux fibromyalgiques.

En Europe, aucune autorisation de mise sur le marché (AMM) pour des médicaments traitant la fibromyalgie n'a été faite. Cependant, l'EULAR recommande comme médication pour la fibromyalgie notamment la prégabaline, la duloxétine, le milnacipran et l'amitrypiline. En France une mise en garde a été spécifiée en prévention du mésusage des antalgiques et co-antalgiques, il est recommandé de ne pas utiliser d'opioïdes puissants ou de morphiniques dans les douleurs chroniques telles que la fibromyalgie à cause de leurs effets indésirables importants et leurs inconstances dans la durée d'analgésie (Perrot 2007; Inserm 2020; Littlejohn, Guymer, et Ngian 2016).

Dans le cadre de la réalisation de ce travail, nous avons considéré un antidépresseur IRSN et son « efficacité » dans le traitement des douleurs chroniques de la fibromyalgie : la duloxétine (Cymbalta®) le plus fréquemment utilisé avec la prégabaline (Lyrica®), qui agit principalement sur l'amélioration de la douleur et la dépression (Tzadok et Ablin 2020).

¹⁷ Notice consultée sur <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=63897481&typedoc=N>, consulté le 20 février 2021

2.2. CYMBALTA®-duloxétine généralités

2.2.1. Propriétés pharmacologiques

Classe pharmacothérapeutique : autres antidépresseurs

Code ATC : N06AX21

2.2.2. Mécanisme d'action

La duloxétine est un inhibiteur de la recapture de la sérotonine (IRS, 5-hydroxytryptamine (5-HT)) mais aussi de la noradrénaline (NA). Elle bloque légèrement la recapture de la dopamine et ne possède pas d'attrait significatif pour « les récepteurs histaminiques, dopaminergiques, cholinergiques et adrénergiques » (EMA 2009).

Une diminution de la dégradation des amines (inhibiteur de la mono-aminoxydase (IMAOs)) est observée, un arrêt du « rétrocontrôle inhibiteur, une action au niveau du second messager et une action post synaptique » (Collège national de pharmacologie médicale 2019).

2.2.3. Pharmacodynamiques

La duloxétine normalise le seuil de la douleur, notamment la douleur neuropathique et inflammatoire et diminue la douleur persistante (EMA 2009).

2.2.4. Pharmacocinétiques

Un seul énantiomère de la duloxétine est délivré. La molécule subit une métabolisation de phase 1 à savoir l'oxydation (CYP1A2 et CYP2D6), suivie d'une métabolisation de phase 2 la conjugaison (EMA 2009).

- Absorption :

La duloxétine est administrée par voie orale et plutôt bien absorbée. La concentration maximale est rendue 6h après la prise du médicament. La prise alimentaire peut altérer l'arrivée du pic de concentration de 6 à 10h et diminuer l'absorption. La biodisponibilité de la voie orale diffère de 32% à 80%.

- Distribution :

La liaison aux protéines plasmatiques est d'environ 96%. La molécule peut s'allier à l'albumine mais aussi à l' α -1 glycoprotéine acide.

- Biotransformation :

La métabolisation est importante et se produit grâce aux CYP2D6 et 1A2, elle permet de former des métabolites excrétés dans les urines. Les deux métabolites principaux sont le glucuroconjugué 4-hydroxyduloxétine et le sulfoconjugué 5-hydroxy 6-méthoxyduloxétine. Suite à plusieurs études ces métabolites sont classifiés comme inactifs.

- Élimination :

Par voie orale, la clairance plasmatique de la duloxétine est en moyenne de 101 L/h, sa demi-vie d'élimination évolue de 8 à 17h.

2.2.5. Effets indésirables et contre-indications

Les patients prenant le Cymbalta® ont énuméré quelques effets indésirables : nausées, céphalées, sécheresse buccale, somnolence et sensations de vertiges. Ces effets varient de légers à modérés, ils apparaissent majoritairement en début de traitement et disparaissent par la suite (EMA 2009).

On remarque aussi de manière fréquente une diminution de l'appétit, de l'anxiété, de l'insomnie, une vision floue, des palpitations, de la constipation, un risque de chute,...

Lors de l'arrêt du traitement à la duloxétine, il est fréquent de voir apparaître des symptômes de sevrage légers à modérés ; il est donc requis d'arrêter progressivement le traitement en diminuant les doses, lorsque celui-ci n'est plus utile.

Le Cymbalta® est contre indiqué s'il est associé à un IMAO non sélectif, en cas de maladie hépatique induisant une insuffisance. Il est déconseillé si la personne souffre d'une insuffisance rénale sévère, ou d'une hypersensibilité à la substance active ou aux excipients présents (EMA 2009).

2.2.6. Surdosage

Des cas de surdosage poly-médicamenteux ont été répertoriés avec des doses de 5400 mg mais aussi avec la duloxétine seule avec une dose de 1gr. Les principaux symptômes sont ; la somnolence, le coma, des convulsions, de la tachycardie, un syndrome sérotoninergique... (EMA 2009).

Il n'existe pas d'antidote spécifique. Lors de la survenue d'un syndrome sérotoninergique, un traitement peut être proposé. Un lavage gastrique ainsi que la prise de charbon actif peuvent être recommandés dans un temps restreint après la prise du médicament.

2.2.7. Interactions médicamenteuses

Il ne faut pas associer la duloxétine avec des inhibiteurs de la monoamine oxydase (risque de syndrome sérotoninergique). Elle ne peut pas non plus être prise en même temps qu'un inhibiteur du CYP1A2 puisqu'il est concerné dans son métabolisme, le risque serait une augmentation de la concentration en duloxétine (EMA 2009).

2.3. Le Cymbalta® et la fibromyalgie

Une étude comparative¹⁸ entre la duloxétine et la prégabaline pour « le traitement de la douleur et de la dépression chez les femmes atteintes de fibromyalgie » appuie le fait que la duloxétine a une meilleure efficacité que la prégabaline en traitement de la douleur chez les fibromyalgiques en monothérapie (Bidari et al. 2019).

Dans la fibromyalgie, l'utilisation du Cymbalta® (60 mg) est reconnue notamment pour une optimisation des symptômes mentaux. Le traitement par duloxétine provoque des effets secondaires moindres. Les effets secondaires sévères sont extrêmement rares (Lunn, Hughes, et Wiffen 2014). Les effets secondaires légers sont principalement des nausées, de la somnolence excessive, des céphalées et une sensation de sécheresse dans la bouche, une constipation et des étourdissements (Lunn 2011).

Malgré les effets secondaires, une amélioration significative est constatée sur les symptômes et la douleur des fibromyalgiques testés grâce à un traitement par duloxétine 60 mg, deux fois par jour, pendant une durée de 12 semaines, indépendamment de l'effet sur l'anxiété ou l'humeur. Donc la duloxétine est un traitement efficace pour soulager les douleurs et certains symptômes de la fibromyalgie chez des patients dépressifs ou non (Arnold et al. 2004; Curran 2009). Par contre, il a été vérifié sur une période d'un an, que l'administration de 120 mg/jr de duloxétine ne modifie ni les symptômes ni la douleur par rapport à un traitement de 60 mg/jr. La tolérance de la duloxétine sur une durée d'un an est correcte, les nausées restent l'effet secondaire le plus fréquent et c'est en général ce qui détermine l'arrêt du traitement.

¹⁸ Ali BIDARI & al. « *Comparing duloxetine and pregabalin for treatment of pain and depression in women with fibromyalgia : an open-label randomized clinical trial.* », [Comparaison de la duloxétine et de la prégabaline pour le traitement de la douleur et de la dépression chez les femmes atteintes de fibromyalgie: un essai clinique randomisé ouvert - PubMed \(nih.gov\)](#), march 2019, consulté le 27 mars 2021.

Lors de nos lectures, un site¹⁹ (« *Prescrire, pour mieux soigner, des médicaments à écarter, bilan 2021* ») nous a interpellé. Ce site met à jour l'évaluation bénéfices-risques d'un médicament dans une situation donnée selon une formalité précise (recherches pertinentes et significatives, résultats classés selon des critères d'efficacité appropriés pour les patients, comparaison avec des traitements de référence, une classification des données et des preuves, les effets indésirables...). 112 médicaments ayant une AMM ont une balance bénéfices-risques défavorable pour les utilisations cliniques pour lesquelles ils sont autorisés.

La duloxétine (Cymbalta®) entre autres expose à des troubles cardiaques adhérent à leur activité noradrénergique, à de l'hypertension artérielle, à des tachycardies, à un risque sévère de crise cardiaque en cas de surdosage, également à des hépatites et à des hypersensibilités avec atteintes cutanées sévères (Le syndrome Stevens-Johnson) (Prescrire 2020).

2.4. Traitements non-médicamenteux

Des traitements autres classés comme médecine dite « complémentaire ou alternative » sont souvent proposés lors d'une prise en charge multidisciplinaire.

2.4.1. La médecine alternative

Selon l'OMS : « *les termes de médecine complémentaire ou alternative font référence à un vaste ensemble de pratiques de santé qui ne font pas partie de la tradition ni de la médecine conventionnelle du pays et ne sont pas pleinement intégrées à son système de santé prédominant.* » (Organisation mondiale de la santé 2013).

2.4.2. Quelques exemples de thérapies non-médicamenteuses :

- La phytothérapie
- L'aromathérapie
- L'acupuncture
- L'homéopathie
- La sophrologie
- La psychologie
- La kinésithérapie
- La balnéothérapie

¹⁹ “ *Pour mieux soigner, des médicaments à écarter-bilan 2021* », décembre 2020, <https://prescrire.org/Fr/077ECF4DA2C3AC96A639797D37B295A5/Download.aspx>, consulté le 21 mars 2021

Il semble qu'aujourd'hui le cannabis et ses dérivés (THC et CBD) peuvent être une alternative aux médications aux opiacées ou autres... Ils détiennent des propriétés attrayantes et peu d'effets secondaires (Kosecki 2019).

Parmi les traitements possibles pour soulager les douleurs chroniques de la fibromyalgie et améliorer la qualité de vie des patients, un traitement peu étudié de façon rigoureuse mais dont la molécule pourrait avoir un avenir prometteur est le cannabidiol (CBD), dérivé du cannabis.

3. Les cannabinoïdes

3.1. Cannabinoïdes et douleurs chroniques

Aujourd'hui, le cannabis à des fins médicales et ses dérivés semblent être de plus en plus utilisés pour soulager les douleurs chroniques. Une étude effectuée en 2019²⁰ a constaté que 80% de patients éprouvant des douleurs chroniques et ayant remplacé leur traitement médicamenteux (opioïdes et benzodiazépines) par du cannabis, ont ressenti peu d'effets indésirables et ont mieux géré leurs symptômes (Hexagone vert 2021; Kosecki 2019).

3.2. Caractéristiques pharmacologiques des cannabinoïdes médicaux dans les douleurs chroniques

Au 19^{ème} siècle la médecine en Europe découvre le chanvre « indien », prescrit alors pour soulager les douleurs menstruelles, les spasmes, la rage, les convulsions, le tétanos, l'asthme, les insomnies, la migraine, le manque d'appétit mais aussi comme cure de sevrage pour les alcooliques et les consommateurs d'héroïne. Administré par voie orale, il est obtenu par la macération de la plante dans l'alcool ; cependant son application est laborieuse médicalement parlant car son efficacité et les effets indésirables sont dépendants du principe actif qui est trop variable. Il est donc remplacé en médecine par la morphine qui se dissout dans l'eau et est donc injectable. Il est donc retiré de la pharmacopée française en 1953 et devient selon les conventions internationales « stupéfiant sans intérêt médical » en 1961 (Sorin 2017).

Dans le chanvre, les molécules les plus nombreuses sont le delta-9 tétrahydrocannabinol (Δ^9 -THC) plus communément connu sous le nom de tétrahydrocannabinol (THC) ou dronabinol qui est la forme synthétique et le CBD. C'est la préparation qui détermine leurs concentrations (haschish, marijuana).

²⁰ Danielle KOSECKI, « CBD for pain relief : what the science says-CNET », [https:// www.cnet.com/health/cbd-for-pain-relief-what-the-science-says/](https://www.cnet.com/health/cbd-for-pain-relief-what-the-science-says/), consulté le 21 mars 2021

Aux Etats-Unis et au Canada, une médication aux cannabinoïdes (le dronabinol, le nabilone et les nabiximols) est autorisée par la FDA. Le « cannabis médical » est utilisé comme thérapie médicinale grâce à ses feuilles et fleurs. Le dronabinol et le nabilone sont utilisés pour traiter les nausées et vomissements dus à une chimiothérapie contre un cancer et peuvent être aussi utilisés pour lutter contre l'anorexie.

Mais la recommandation est plus fréquente pour les spasmes et la douleur, certaines études démontrent une diminution réelle des différents types de douleurs et de la spasticité musculaire. Les effets secondaires décrits ne sont pas graves : le plus fréquent est l'étourdissement (Borgelt et al. 2013).

Le THC et le CBD peuvent aider à soulager la douleur, le THC améliore la sensation de douleur en diminuant l'anxiété et le stress tandis que le CBD lutte contre la douleur grâce à son action anti-inflammatoire. Les dérivés des cannabinoïdes peuvent être ingérés par la fumée (cigarette) par voie orale ou aérosol ou en capsule.

La dépendance au cannabis due au $\Delta 9$ -THC n'est pas nulle, mais faible si on la compare à d'autres drogues telles que le tabac, l'alcool, l'héroïne et la cocaïne. La persistance du THC dans l'organisme et son élimination lente expriment le peu de pharmacodépendance, ce qui permet d'éviter les troubles psychologiques en cas de manque (dépendance psychique) et protège des troubles physiques (dépendance physique) que l'on observe lors d'un manque d'apport de drogue dans le corps (Sorin 2017).

Dans les écrits qui lui sont dédiés²¹, il y a très peu d'informations négatives sur les éventuels effets secondaires du cannabis médical. Néanmoins, les effets indésirables notés sont le plus souvent soulevés lorsque le cannabis est utilisé à des fins récréatives. Il ressort que les effets indésirables sont associés à la personne elle-même et à la quantité absorbée. Ses effets thérapeutiques ne ciblent pas ce pourquoi ils sont utilisés, ils touchent l'ensemble de l'organisme par les récepteurs CB1 et CB2, c'est pourquoi il est nécessaire d'adapter la dose pour chaque individu et il est préférable de commencer par de petites doses et puis augmenter progressivement (Sorin 2017).

²¹ Charlotte SORIN, « *Place du cannabis thérapeutique dans le traitement des douleurs chroniques, en route vers sa reconnaissance médicale ?* », 2017, consulté le 21 mars 2021

3.2.1. Pharmacocinétique

La voie d'administration est orale, l'absorption est peu rapide et ambulatoire avec des concentrations au maximum après 1 à 6h pour le THC. Celui-ci est associé aux protéines plasmatiques (95-99%). Une administration régulière provoque un cumul dans le tissu adipeux à cause de son « caractère lipophile », cela devient donc un lieu de « stockage » comprenant une concentration en graisse. Le transfert du tissu adipeux vers le sang produit une élimination lente. Le CBD et le THC ont un « profil plasmatique » similaire. Un équilibre peut être obtenu après 4 jours ou plus. C'est dans le foie que le métabolisme du THC se produit, il est déclenché par les cytochromes P450 (CYP) 2C9 et 3A4, le métabolisme du CBD est activé par le CYP3A4²².

3.2.2. Pharmacodynamique

Les effets et les concentrations sont décalés, en effet les effets dépendent du système nerveux central et pas des concentrations plasmatiques. Il faut attendre 30-90 minutes pour le début des effets psychotropes, et entre 2 et 4 heures pour un effet au maximum. Outre la présence des récepteurs cannabinoïdes CB1 dans les neurones cérébraux, la moelle épinière et le système nerveux périphérique, on les retrouve dans différents organes périphériques comme la rate, les leucocytes, le cœur, les organes reproducteurs et gastro-intestinaux. Par contre les récepteurs CB2 se situent au niveau des cellules immunitaires. Les effets « marijuana-like » sont produits par l'activité du CB1. Les effets développés sont des hallucinations, de l'euphorie, le détachement, l'augmentation d'appétit, l'effet analgésique, un effet anti-inflammatoire, de l'hyposalivation.

Il n'y a pas d'effet psychoactif pour le CBD cependant des effets antiépileptiques, anti dystoniques, anti-inflammatoires, anxiolytiques et sédatifs ont été constatés. Un effet adverse sur les effets psychoactifs du THC est possible, il pourrait être un agoniste inverse. Aucune affinité avec les récepteurs CB1 et CB2 ne peut néanmoins intensifier l'action du cannabinoïde endogène anandamide. (N-arachidonylethanolamide (AEA), est un neurotransmetteur cannabinoïde endogène présent dans le cerveau animal et humain) (Netgen 2015).

²² Charlotte SORIN, « Place du cannabis thérapeutiques dans le traitement des douleurs chroniques, en route vers sa reconnaissance médicale ? », 2017, consulté le 20 février 2021

3.3. Le CBD

Jusqu'à fin 2018, aucune étude significative²³ testant principalement l'effet du CBD sur la douleur n'avait été réalisée. Les autorités concernées ayant répertorié le CBD comme « substance de l'annexe I comme la marijuana », les études sur l'efficacité de celui-ci étaient plus difficiles. Aujourd'hui légalisé sous certaines conditions (l'huile de CBD), l'avenir du CBD est en progression. Les chercheurs l'associent souvent au THC car ils estiment que combinés ils sont plus efficaces (Kosecki 2019).

Le CBD est un composant du cannabis comme le THC, il pourrait atténuer les douleurs provoquées par une inflammation ou un traumatisme sans produire les effets euphorisants du THC. Cela pourrait permettre aux patients atteints de douleurs chroniques d'alléger la prise d'opioïdes pour diminuer leurs douleurs (ASBL MCB 2020). En effet le CBD possède des effets anxiolytiques, analgésiques et anti convulsifs et ne permet pas de développer une dépendance (Anca 2018).

Aujourd'hui le CBD est disponible sous une gamme assez grande de produits²⁴, à fumer, (marijuana), en huile (attention les huiles sont interdites à la vente sauf sous obtention d'une dérogation du SPF Santé Publique), en produits consommables (bonbons), en crème... Le CBD est disponible sur des sites internet, dans des boutiques ayant pignon sur rue, en pharmacie... Il est plus facile de se procurer du CBD que certains médicaments sur ordonnance.

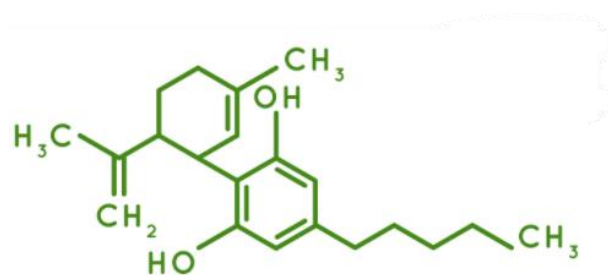
Néanmoins ces produits ne peuvent être vendus avec comme mention « produits thérapeutiques ou médicaux » sinon ils doivent être soumis aux dispositions de la loi sur les produits thérapeutiques (Zobel et al. 2019). Le CBD est souvent consommé en automédication, même si les risques sont faibles, il est préférable d'être conseillé, notamment si le CBD est pris en sus d'autres médications (Anca 2018).

²³ Danielle KOSECKI, “ *CBD for pain relief : what the science says-CNET*”, <https://www.cnet.com/health/cbd-for-pain-relief-what-the-science-says/>, 2019, consulté le 21 mars 2021

²⁴ CBD et « cannabis légal » Bruxelles-J, consulté sur le site [CBD et "Cannabis légal" - Bruxelles-J](#), consulté le 21 octobre 2021

Selon l'agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS), aucun médicament à base de CBD n'est autorisé en Belgique. Si le cannabidiol est utilisé pour traiter une maladie, il doit avoir une AMM délivrée par l'AFMPS. La commission pour les médicaments à usage humain (CMH)²⁵ a émis un avis et les autorités compétentes sont en étude pour une possible délivrance de cannabis médical (certaines parties de la plante sous forme de préparation magistrale) dans les pharmacies de Belgique, cela reste très complexe. Néanmoins depuis le 11 avril 2019, il est autorisé légalement de fumer du cannabis CBD en Belgique du moment que le THC présent dans le « joint » ne dépasse pas 0,2%, (deux millièmes) ; dans ce cas, il est repris en tant que tabac à fumer.

Figure 8 : la molécule du CBD (Maslow 2020)



Le CBD est différencié du cannabis récréatif (qui peut dépasser les 30%, soit trois cent millièmes) qui lui est bien entendu interdit à la vente et à la consommation en rue. En Belgique, il est strictement interdit de : fumer du cannabis, de consommer des tisanes ou autres boissons à base de cannabis ou encore d'ingérer des pilules (coupe-faim, diététique) comprenant du cannabis (CBD center 2019).

Il est à noter que la législation européenne déclare que les variétés de « chanvre cultivé » doivent posséder un taux de THC inférieur à 0,3%, texte de loi référencé dans l'article 5bis du règlement de la communauté européenne sous le numéro 1251/1999 (CBD center 2019).

3.3.1. Mode d'administration du CBD

En général, la forme utilisée la plus connue est la voie orale ou inhalée. Les effets se prolongent plus longtemps par voie orale. On peut l'acheter sous forme de fleurs ou de poudre de chanvre ou encore sous d'autres formes contenant des extraits de la plante. Des gélules, des lotions, des liquides pour cigarette électronique (le CBD est absorbé par les poumons et le sang instantanément) par exemple (Zobel et al. 2019). La pâte de CBD, plus onéreuse que l'huile, provient du dioxyde de carbone (CO₂) des trichomes (glandes à résine) des plants de chanvre ; c'est la forme la plus pure du CBD, avec une concentration plus élevée que les autres formes. Elle est consommée dans l'alimentation ou seule, dosée avec une seringue pour une précision parfaite.

²⁵ Cité sur le site [Correspondant\(e\) \(fagg-afmps.be\)](https://correspondant.fagg-afmps.be), consulté le 21 octobre 2021

3.3.2. Des effets significatifs ?

A ce jour, les études pertinentes, descriptives et significatives des effets positifs du CBD pour soulager les douleurs chroniques sont assez peu nombreuses²⁶. Il y a des études observationnelles avec des résultats peu précis, notamment en raison de la méthodologie utilisée, de l'absence de groupe contrôle ou du nombre réduit de participants. Mais selon quelques études menées sur les effets du CBD et ses propriétés thérapeutiques, il ressort qu'il peut diminuer les douleurs (ASBL MCB 2020) notamment chez des personnes ayant un cancer ou de l'arthrite, mais également les nausées (par administration de Sativex® un spray buccal comprenant du CBD et du THC avec un rapport 1:1, qui est fréquemment utilisé dans les études), conséquence des traitements de chimiothérapie et ce, sans altérer l'effet de la chimiothérapie (Zobel et al. 2019). Il possède aussi des effets anticonvulsifs ; des recherches à ce sujet affirment qu'une prise entre 25 et 50 mg/kg/jr sur une période de 3 mois, combinée à une médication classique en cas d'épilepsie diminue la fréquence des crises.

Il s'avère aussi que le CBD peut avoir des effets bénéfiques dans certaines maladies sévères où le système immunitaire est mis en cause²⁷ ; comme le cancer, Alzheimer, la sclérose en plaque, le diabète de type 1 et 2, la maladie de Parkinson et l'arthrite (Zobel et al. 2019). Ces études doivent être encore approfondies. Certaines études tendent à dire que le CBD peut entraîner une diminution du stress et de l'anxiété (Zobel et al. 2019), les effets anxiolytiques se remarquent après administration de petites doses, c'est-à-dire, moins de 5 mg/kg (Zobel et al. 2019).

Par contre les avis sont mitigés quant à son efficacité pour les troubles du sommeil, certaines études estiment que son efficacité se limiterait au sommeil paradoxal (Zobel et al. 2019). Russo, estime que le CBD ne possède pas d'effet sédatif (Russo 2017).

Ces études ont été pour la plupart réalisées sur des rats, de façon contrôlée avec des préparations médicamenteuses contenant du CBD ou encore couplées à d'autres molécules, mais il ressort effectivement que le CBD peut être utile pour une population variée ; amélioration du bien-être, insomnie, maladies chroniques, troubles et douleurs multiples. Des recherches sont encore en cours car cette molécule n'est pas sans intérêt. L'interdiction du cannabis reste cependant un obstacle dans les avancées cliniques.

²⁶ ASBL MCB, « *Les études sur les douleurs chroniques avec le cannabis.* », octobre 2020, <https://www.medicalcannabisbelgique.com/encyclopedia/les-etudes-sur-les-douleurs-chroniques-avec-le-cannabis/>, consulté le 28 mars 2021

²⁷ Frank ZOBEL & al. « *Cannabidiol (CBD) : analyse de situation.* », 2019, consulté le 20 mars 2021

Selon la littérature scientifique actuelle, il n'y a pas encore assez d'études cliniques qui permettent d'estimer les effets du CBD sur une population humaine (Zobel et al. 2019).

En choisissant ce sujet, nous pensions avoir assez de recul et de données scientifiques pertinentes pour démontrer que l'utilisation du CBD afin de soulager les douleurs chroniques de la fibromyalgie était aussi acceptable que la duloxétine, avec des effets secondaires moindres et pas de dépendance à long terme.

Cependant suite à nos recherches et lectures, nous avons notamment découvert que la législation constituait un frein sérieux à l'avancée des recherches en la matière. Ainsi, comme nous l'avons précisé ci-dessus (point 3.3.2 Des effets significatifs ?), les études cliniques concernant l'utilisation du CBD pour soulager les douleurs chroniques sont peu nombreuses et ne récoltent pas de données scientifiques significatives. En tenant compte de ces éléments, il nous a semblé intéressant d'ouvrir la discussion sur les aspects éthiques de ce sujet.

4. Discussion

Nous avons choisi ce sujet parce qu'il est très intéressant, en effet, la fibromyalgie comme la fatigue chronique, le syndrome du côlon irritable et bien d'autres, sont des maladies qui ne présentent pas de biomarqueurs et font face à des jugements moraux. Que faire ? Essayer d'encadrer et de diriger au mieux les patients vers une prise en charge adaptée ou les laisser avec leurs douleurs ? Les traitements proposés sont généralement médicamenteux mais ne soulagent pas tous les symptômes, ces traitements sont souvent consommés sur une trop longue période et peuvent provoquer une accoutumance et des conséquences plus importantes sur la santé. Est-il acceptable de prescrire et délivrer un médicament aux patients (dans ce travail nous avons ciblé un antidépresseur Cymbalta® voir 2.3 Cymbalta® et fibromyalgie) pour une utilisation sur le long terme avec des effets variables, plutôt qu'une thérapie complémentaire ou alternative ? Aujourd'hui le cannabis médical est évoqué dans la littérature scientifique pour soulager entre-autres les douleurs chroniques, cependant il est sujet à polémique et rencontre des barrières au point de vue législatif puisque c'est une drogue illégale. Par ailleurs, nous rencontrons en pharmacie une multitude de médicaments opiacés... En outre, le CBD, dérivé du cannabis peut être une solution pour soulager les douleurs chroniques car il ne présente pas d'effet secondaire et donc pas d'accoutumance ni de dépendance. Dès lors pourquoi ne pas inclure dans un trajet de soins, un traitement à base de CBD aux patients souffrant de douleurs chroniques comme dans la fibromyalgie ?

Dans notre future profession nous nous devons d'aider, de conseiller et suivre le patient en collaboration avec le médecin pour pouvoir porter à la connaissance du patient les effets positifs et négatifs des traitements médicamenteux et non médicamenteux afin que celui-ci puisse avoir un consentement éclairé.

Nous avons donc ciblé notre discussion sur les aspects éthiques de ce sujet. Nous développerons dans un premier temps notre réflexion éthique à propos de la prise en charge de la fibromyalgie, dans un second temps nous aborderons le traitement médicamenteux mais nous ne développerons pas l'aspect éthique de ce sujet car il a déjà fait l'objet de travaux antérieurs. Enfin nous nous attarderons sur le point de vue éthique de l'utilisation de cannabis médical afin de soulager les douleurs chroniques et nous terminerons par un dérivé prometteur, le CBD.

La fibromyalgie (point 1. Fibromyalgie) été reconnue officiellement comme une maladie. Elle constitue par ailleurs « un problème de santé publique » car les cas recensés en Belgique (environ 300 000) sont de plus en plus nombreux et les arrêts maladies sont de plus en plus fréquents et de plus en plus longs²⁸. Pourtant, nous constatons qu'elle est encore sujette à polémique actuellement par le corps médical mais également par la société.

En effet, la fibromyalgie est une maladie complexe qui ne possède aucun biomarqueur, aucune atteinte musculaire ou articulaire et ne touche aucun organe, elle évolue différemment d'un patient à l'autre. Les douleurs diffuses dont souffrent les patients fibromyalgiques sont pourtant bien réelles et entraînent d'autres symptômes comme par exemple des troubles du sommeil, des troubles de concentration, des céphalées, des troubles digestifs....

Face à cette maladie particulière, le corps médical peut se sentir démuni car les traitements ne soulagent pas totalement les douleurs et être dès lors amené à transférer les patients vers d'autres services, d'autres confrères.²⁹ Pour le patient qui ne possède plus une capacité physique normale et pour lequel aucune affection n'est réellement identifiée ou visible pour les autres, cela peut déclencher un sentiment d'insatisfaction, d'insécurité face aux spécialistes et aux traitements proposés (Nacu 2011).

²⁸ Cité dans le document parlementaire numéro 4-1695/1, disponible sur le site <https://www.senate.be/www/?MIval=/publications/viewPub&TID=67116207&LANG=fr>, consulté le 9 novembre 2021

²⁹ Nacu Alexandra, Benamouzig Daniel, « *La fibromyalgie : du problème public à l'expérience des patients.* », *Santé publique* 2010/5 (vol.22), p 551 à 562, consulté le 9 novembre 2021

Le service des maladies chroniques nous informe que les patients élaborent des stratégies pour faire face à la maladie³⁰ (HAS 2010). La première est dite « combative » : le patient lutte contre les douleurs et la fatigue, et privilégie son travail afin de réduire les absences maladies/invalidités ; il veut garder une bonne image de soi-même. La deuxième stratégie peut être qualifiée d'« adaptative » : le patient s'adapte aux douleurs et respecte les limites qu'elles lui imposent. La troisième stratégie possible est « désespérée » : le patient ne peut plus lutter contre la douleur et son état général, son image de soi en est diminuée. Arrive alors la capitulation : le patient abandonne, ne se sent plus capable de rien, sa situation générale est fortement dégradée.

Dans ces conditions ; « Que doit-on faire pour bien faire ? », se taire, prendre sur soi pour assurer son travail, faire bonne figure devant la famille, les collègues et amis, ou encore tout abandonner pour éviter le regard et le jugement des autres, mais dans ce cas le patient ne se nuit-il pas à lui-même ?

Dans les soins à la personne, pour aider et soigner un patient, il faut bien connaître la maladie (l'évolution, les conséquences) et le patient (son vécu, ses désirs, ses conditions et habitudes de vie...) et donc tenir compte de l'environnement, mais surtout prendre le temps de la réflexion, une réflexion collective de l'équipe multidisciplinaire afin de proposer plusieurs pistes de thérapie en fonction du patient. Selon la loi relative aux droits du patient³¹, chapitre III, article 5 ; *« le patient a droit, de la part du praticien professionnel, à des prestations de qualité répondant à ses besoins et ce, dans le respect de sa dignité humaine et de son autonomie et sans qu'une distinction d'aucune sorte ne soit faite. »*

Mais « Comment agir au mieux et dans le respect des personnes ? » Une bonne communication entre le patient et l'équipe de soignants est donc nécessaire afin que celui-ci se sente bien encadré et en confiance. Il serait bien de proposer aux patients plusieurs pistes de soins et d'aide avant toute médication, par exemple de la kinésithérapie, hydrothérapie, sophrologie (ceci n'est qu'un petit échantillon des possibilités) qui peuvent être regroupées dans un même hôpital afin de trouver celle(s) qui soulage(nt) au mieux le patient pour son bien-être.

³⁰ Cité dans le HAS, service des maladies chroniques et des dispositifs d'accompagnement des malades, juillet 2010, consulté le 18 octobre 2021

³¹ Cité dans « les droits du patients », disponible sur le site <https://www.erasme.ulb.ac.be/fr/enseignement-recherche/comite-d-ethique/legislation-belge-et-etudes-cliniques/droits-du-patient>, consulté le 18 octobre 2021

Le pharmacien peut également conseiller des pistes différentes au patient, par exemple ; pratiquer une activité physique douce, de la marche, de la relaxation, des diffuseurs d'huiles essentielles... Des moyens pas trop onéreux qui peuvent avoir des répercussions positives sur le bien-être du patient.

Nous nous rendons compte qu'il faut savoir prendre du recul par rapport aux traitements proposés, savoir accepter ce qui ne convient pas et en proposer d'autres et ne pas imposer un traitement parce qu'il est efficace pour un certain nombre. Chaque patient est différent et ce qui convient à un patient ne convient pas nécessairement à un autre. Il faut réfléchir, investiguer, tester avant d'aboutir à une prise en charge personnalisée dans le meilleur intérêt du patient. Ce n'est pas le médecin qui décide au final, c'est une décision qui résulte d'une réflexion commune de l'équipe médicale et du patient qui doit faire preuve d'autonomie.

Nous observons que : « *Le médecin respecte les droits du patient et agit avec empathie. Il accorde une place centrale au patient avec qui il construit une relation de confiance. Si nécessaire, il élabore avec le patient un plan de traitement, en tenant compte des besoins, valeurs, souhaits et expérience de celui-ci ainsi que du contexte socio-économique et des aspects psychologiques pertinents, ce plan de traitement est utile pour la communication avec les confrères et les autres professionnels de santé.*³² » (Ordre des pharmaciens 2020)

Aujourd'hui il existe des centres, des cliniques de la douleur où le patient est probablement mieux écouté, mieux encadré car pour toutes les maladies qui engendrent des douleurs chroniques il faut toujours tenir compte du contexte social et psychologique du patient et ne pas les sous-estimer.

Nous notons que la réflexion éthique dans le domaine de la santé nécessite l'humilité au même titre que la responsabilité dans l'acte de soins, c'est une démarche intentionnelle qui interpelle la pensée et l'agir, elle incite à l'engagement et aux échanges. D'ailleurs nous avons vu lors de notre cursus³³ que « la bioéthique désigne aujourd'hui la mise en œuvre d'une réflexion critique sur les valeurs en jeu dans les pratiques de soin et les recherches scientifiques touchant à la santé humaine. » (Ravez 2020). L'éthique de soin envisage le patient dans sa globalité et dans toutes ses composantes ; physiques, psychiques, sociales, culturelles et spirituelles.

³² Cité dans le code de déontologie médicale commenté, 5 juillet 2019, consulté le 15 octobre 2021

³³ Cité dans « *Introduction à l'éthique de la santé publique* » Montpellier : Sauramps médical p.51 2020, consulté le 12 février 2021

Nous observons donc qu'en tant que futurs pharmaciens nous nous devons également³⁴ « *d'être au service de la santé publique, d'exercer notre activité dans l'intérêt du patient avec compétence et dévouement.* » (Ordre des pharmaciens 2020)

Dans un second temps, nous avons constaté que les traitements de première intention sont souvent médicamenteux (voir 2.1 Traitement médicaux et 2.1.2 Autres médicaments); des antalgiques (pas vraiment efficaces), des antidépresseurs (avec un dosage moins important que pour une dépression), des analgésiques (qui peuvent provoquer des somnolences), des relaxants musculaires, des hypnotiques (qui ne peuvent être prescrits que pour une courte durée), des antiépileptiques (avec beaucoup d'effets secondaires) et des opiacés (assez peu recommandés pour les fibromyalgiques car ils provoquent une dépendance). Aujourd'hui encore, aucun médicament spécifique n'est attribué pour la fibromyalgie, la prégabaline (traitement de la douleur neuropathique) et la duloxétine (antidépresseur) n'ont pas d'AMM pour la fibromyalgie et sont pourtant recommandés par l'EULAR dans la prise en charge de la fibromyalgie³⁵ (HAS 2010).

Le Cymbalta® est souvent préconisé pour les fibromyalgiques ; c'est pourquoi nous avons arrêté notre choix sur cet antidépresseur. Cependant, nous avons constaté à travers nos lectures qu'il ne soulageait pas l'entièreté des douleurs ni des symptômes. Il est souvent prescrit pour les troubles du sommeil, l'anxiété et parce qu'il a des effets secondaires moins importants. Il joue donc plus un rôle sur l'état mental du patient, que sur les douleurs. Mais comme nous l'avons vu (au point 1.4 les symptômes), l'anxiété et les troubles du sommeil peuvent favoriser les douleurs chroniques de la fibromyalgie. Les médicaments généralement proposés agissent en partie sur un ou plusieurs symptômes mais ne les soulagent pas tous. Beaucoup d'études et de recherches ont été menées sur des patients diagnostiqués fibromyalgiques mais pas de découvertes significatives pour un traitement déterminé.

Nous avons posté un sondage anonyme. Il s'agit d'une enquête d'opinion non basée sur une analyse préalable pour désigner une représentation homogène et suffisante de la population, auprès de femmes diagnostiquées fibromyalgiques afin de connaître leur traitement, s'il était uniquement pharmacologique ou non ou mixte.

³⁴ Code de déontologie pharmaceutique, ordre des pharmaciens, consulté le 18 octobre 2021

³⁵ Cité dans le HAS, fibromyalgie de l'adulte, consulté le 18 octobre 2021

Nous avons obtenu 9 participations pour lesquelles nous constatons que 37% de femmes traitées au Cymbalta® sur des durées variées, obtiennent un résultat mitigé³⁶ (néant, pas de changement, une efficacité moyenne). De même nous avons réalisé un sondage³⁷ auprès de pharmaciens afin de connaître les traitements les plus délivrés pour les patients fibromyalgiques, il ressort que sur 17 pharmaciens qui ont répondu, 35% délivrent le Cymbalta®, 70% le Lyrica® et 82% des antidouleurs classiques.

Le Cymbalta® ou autres médicaments tels que les analgésiques, les relaxants musculaires, les hypnotiques, les antiépileptiques... Sont-ils essentiels dans la prise en charge de la fibromyalgie ? Il faut rester vigilant à la médication car elle peut être nocive pour l'organisme et le patient peut devenir dépendant s'il a une confiance aveugle (il se sent rassuré car il a un traitement) dans la thérapie par médicaments. La prescription médicale quelle qu'elle soit est le premier réflexe du médecin, la médication est quasi systématique. Selon Solidaris³⁸ plus de 80% des antidépresseurs sont prescrits par un généraliste et non par un psychiatre, alors que ces médicaments ne doivent être prescrits que lorsqu'il y a une dépression grave. De plus le traitement sous antidépresseur doit être limité dans le temps, ajusté et réévalué. De nos jours il est fréquent de voir des patients sous antidépresseur depuis des années. Il est temps de se rendre compte que l'augmentation des prescriptions pour les antidépresseurs peut être le résultat des publicités des compagnies pharmaceutiques (Saucier 2010).

Les patients se rendent chez le médecin dans le but d'être écoutés, pris en considération et soignés car le médecin se doit de « *respecter les personnes, leur autonomie et leur volonté.* »³⁹ (Conseil national de l'ordre des médecins 2019).

De même, le pharmacien en tant que conseiller de la santé⁴⁰ selon l'article 19 de l'ordre des pharmaciens ; « *s'efforce d'aider au mieux le patient. Il écoute celui-ci, l'informe et le conseille adéquatement dans les limites de sa compétence, sans formuler de diagnostic.* » (Ordre des pharmaciens 2020).

³⁶ Voir questionnaire et résultats du sondage en annexe numéro 1, page 46

³⁷ Voir questionnaire et résultats du sondage en annexe numéro 2, page 50

³⁸ Cité sur https://www.rtb.be/lapremiere/emissions/detail_tendances-premiere/accueil/article_comment-sortir-de-la-dependance-aux-antidepresseurs?id=10123964&programId=11090 Pasau.F ,jeudi 16 septembre 2021, consulté le 18 octobre 2021

³⁹ Serment d'Hippocrate, consulté sur le site, www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate, consulté le 18 octobre 2021

⁴⁰ Ordre des pharmaciens, article 19, consulté le 18 octobre 2021

Nous ne discuterons pas sur le point de vue éthique de l'acceptation de chroniciser le patient pour une médication qui à la base devrait être consommée sur le court terme, mais cela pourrait faire l'objet d'une autre réflexion éthique.

Nous nous sommes penchés sur une molécule prometteuse mais malheureusement encore en étude et en questionnement... En effet le CBD provenant du cannabis classé comme stupéfiant se révèle intéressant pour soulager les douleurs chroniques de par ses propriétés analgésiques et anxiolytiques entre-autres. Dans le but de savoir si le résultat de nos recherches théoriques quant à l'utilisation de CBD pour soulager les douleurs chroniques de la fibromyalgie se reflétait parmi nos fibromyalgiques sondées, nous leur avons demandé si elles avaient déjà essayé le cannabis ou du CBD ? Pour 22%⁴¹ d'entre-elles le cannabis et le CBD ont été consommés de leur propre initiative et il en résulte des effets positifs sur leurs douleurs, le stress et l'anxiété. Aucune ne stipule des effets indésirables ni un arrêt éventuel.

Néanmoins nous ne pouvons pas savoir la quantité de personnes souffrant de douleurs chroniques qui demandent la possibilité de consommer du cannabis en raison des effets positifs qu'elles estiment avoir de cette consommation. Après réflexion nous nous demandons quelles sont les raisons éthiques qui interdiraient la consommation de cannabis ou de l'un de ses dérivés pour soulager les douleurs chroniques ? Le comité éthique et cancer a publié dans un communiqué de presse à Paris le 27 novembre 2018 ⁴² ceci : « *Aucun des arguments possiblement en défaveur d'une telle consommation ne lui est apparu de nature à continuer de l'interdire.* » Ce qui ne peut être recommandé et qui est tout à fait compréhensible est la consommation par inhalation ou la consommation à but récréatif et ce dans tous les pays qui l'autorisent, bien que parfois la consommation de « joints » a un effet thérapeutique. Par ailleurs, un accès facilité au cannabis peut devenir un problème de santé publique, tout comme l'alcool ou le tabac.

Nous constatons que chaque pays possède une législation différente à l'égard du cannabis médical. Il est important de rappeler que le cannabis médical est légalisé en Belgique depuis 2001, mais aucun patient ne peut se fournir en pharmacie. L'unique médicament à base de cannabis disponible en Belgique est le Sativex® (un spray) essentiellement prescrit pour les patients atteints de sclérose en plaques.

⁴¹ Voir questionnaire annexe 1, page 44

⁴² Cité dans le communiqué de presse du comité éthique et cancer, le 27 novembre 2018, disponible sur le site <https://www.ethique-cancer.fr/> consulté le 28 octobre 2021

Il faut savoir que chaque praticien (quelle que soit la spécialité) jouit d'une liberté thérapeutique et est donc autorisé à prescrire du Sativex[®] sous sa propre responsabilité s'il en estime la nécessité pour un patient. Notons que : « *la loi belge sur les stupéfiants a presque 100 ans. Il est temps de la changer !* »⁴³ (ASBL DAWA 2018). Mais l'arrêté royal du 11 juin 2015⁴⁴ réglementant les produits comprenant un ou plusieurs tétrahydrocannabinols (THC) interdit strictement la délivrance de cannabis à des fins médicales.

Aux Etats-Unis⁴⁵ par exemple, un bon nombre d'Etats a légalisé la marijuana à des fins médicales bien que sa consommation reste un délit. Cela crée un réel dilemme pour les médecins dont les patients sont demandeurs à cause notamment de la controverse sur les avantages et les inconvénients d'un point de vue médical de la marijuana mais aussi sur le bien-fondé de la législation.

Nous comprenons que le médecin peut être éthiquement perturbé à la prescription de la marijuana à des fins thérapeutiques. Il se doit de rester objectif par rapport aux dires du patient et des prescriptions qu'il réalise. Celui-ci doit prendre conscience des exigences spécifiques de ses fonctions et réfléchir à ce qu'il estime moralement délictueux. Quelle que soit l'objection de conscience du médecin (refus d'accomplir certains actes qui entrent en conflit moral avec ses convictions intimes de nature religieuse, politiques...), elle ne doit pas mener à la discrimination (Redinger 2020). Que le médecin détienne des preuves scientifiques ou non des avantages d'une médication à base de cannabis, il a l'obligation éthique d'éduquer le patient sur les risques, les avantages et les conséquences éventuelles du traitement, mais aussi sur le manque de recul et de preuves scientifiques par rapport à un tel traitement pour un consentement éclairé. Le médecin se doit d'être toujours transparent avec le patient afin que celui-ci soit rassuré et sache que le médecin agit dans son meilleur intérêt.

⁴³ Cité dans « Usage thérapeutique du cannabis : Que fait la Belgique ? Quand l'idéologie répressive entrave le droit aux soins dans la dignité. Disponible sur le site <https://feditobxl.be/fr/evenement/usage-therapeutique-du-cannbis-que-fait-la-belgique-quand-lideologie-repressive-entrave-le-droit-aux-soins-dans-la-dignite/>, consulté le 28 octobre 2021

⁴⁴ Cité dans agence fédérale des médicaments et des produits de santé, [Omzendbrief \(afmps.be\)](https://afmps.be/omzendbrief), consulté le 20 novembre 2021

⁴⁵ Cité dans « an ethical framework to manage patient requests for medical marijuana. » Disponible sur le site Un cadre éthique pour gérer les demandes des patients pour la marijuana à des fins médicales - PubMed (nih.gov), consulté le 9 novembre 2021

« Les informations fournies au patient, en vue de la manifestation de son consentement concernant l'objectif, la nature, le degré d'urgence, la durée, la fréquence, les contre-indications, effets secondaires et risques inhérents pour le patients, les alternatives possibles et les répercussions financières⁴⁶. » (Nacu 2011).

Nous observons selon Louise Bogaerts⁴⁷ dans son mémoire intitulé ; « *Quels sont les freins à la disponibilité du cannabis thérapeutique en Belgique ? Le point de vue des professionnels de la santé.* » (Bogaerts 2020) : que l'illégalité du cannabis mais aussi le coût financier du produit sont des freins importants à la possibilité de produire des médicaments à base de cannabis ou de ses dérivés. L'opium dont la particularité est une activité analgésique due à la morphine (voir 2.1.2 autres médicaments) alcaloïde principal qui constitue une des molécules essentielles dans la lutte contre la douleur, est aussi illégal et pourtant beaucoup de médicaments opiacés sont disponibles sur prescription en pharmacie.

Madame Sandermans Anne-Sophie⁴⁸ pharmacienne réalisant une magistrale (gouttes) à base de CBD nous informe que : « *le CBD est l'alcaloïde qui procure l'analgésie et le bien-être, aucun rapport avec le THC qui a l'effet psychotrope. D'ailleurs, le CBD pharmaceutique doit contenir moins de 0,3% de THC selon la loi de l'UE.* » au point de vue réglementations législatives voici ce qu'elle dit : « *Il a été autorisé en août 2019, le CBD pharmaceutique, différent du CBD alimentaire que l'on trouve dans les shops, nécessite une prescription médicale. Il est exempt d'effets secondaires mais il est intéressant que le médecin suive tous les traitements des patients polymédiqués et chroniques.* » Cependant M'Zioi Djessica,⁴⁹ dans sa thèse ; « *Automédication pour les benzodiazépines et les dérivés de l'opium : Que faire face aux dérives et aux détournements ?* » (M'Zioi 2018) nous notifie que les effets indésirables les plus importants chez les opiacés sont la dépendance psychique et physique, ce qui entraîne le patient dans une surconsommation afin d'avoir une sensation de plénitude.

⁴⁶ Cité dans « les droits du patients », disponible sur le site <https://www.erasme.ulb.ac.be/fr/enseignement-recherche/comite-d-ethique/legislation-belge-et-etudes-cliniques/droits-du-patient>, consulté le 18 octobre 2021

⁴⁷ Cité dans le mémoire de Louise Bogaerts « *Quels sont les freins à la disponibilité du cannabis thérapeutique en Belgique ? Le point de vue des professionnels de la santé.* », UCLouvain, faculté de la santé publique, 2019/2020, consulté le 20 novembre 2021

⁴⁸ Voir interview de la pharmacienne, annexe 3, page 52

⁴⁹ Cité dans la thèse de M'Zioi Djessica, « *Automédication par les benzodiazépines et les dérivés de l'opium : Que faire face aux dérives et aux détournements ?* », faculté de pharmacie d'Aix, 2018, consulté le 20 novembre 2021

Pourquoi alors ne pas autoriser les médicaments à base de cannabis ? Toujours selon Louise Bogaerts⁵⁰ qui dans le cadre de son mémoire a interrogé plusieurs médecins sur le sujet et dont certains d'entre eux soulignent que : « *Les firmes pharmaceutiques n'ont pas d'intérêt à développer des médicaments à base de cannabinoïdes. Elles ne vont pas se faire de l'argent avec ça. Il n'y a que peu de patients qui en consomment. C'est plus intéressant pour elles de faire un gros commerce de médicaments largement consommés. D'autres estiment que ce n'est pas rentable car la plante n'est pas brevetable.* » (Bogaerts 2020)

Nous n'avons pas trouvé d'étude comparative entre l'utilisation du cannabis médical et un médicament opiacé, ou une comparaison des effets positifs et secondaires ; donc nous ne pouvons pas affirmer que l'un est meilleur que l'autre dans l'amélioration des douleurs chroniques mais il est plausible que le cannabis médical ou le CBD peut être un plus. Mais précédemment (dans le point 3. Cannabinoïdes) nous avons cité une étude de 2019⁵¹ selon laquelle des patients qui ont remplacé leur consommation d'opioïdes et de benzodiazépines par du cannabis, affirment avoir ressenti peu d'effets secondaires et avoir mieux géré leurs symptômes.

Nous retenons aussi que les drogues comme le tabac qui selon l'OMS⁵² fait plus de 8 millions de morts chaque année dont 1,2 millions de fumeurs passifs et l'alcool⁵³ toujours selon l'OMS qui est responsable de 3,3 millions de décès annuellement sont bien autorisées à la consommation. Pourquoi donc freiner le cannabis médical ? Est-ce une question de politique ? Une peur d'une consommation excessive, d'une consommation récréative chez les plus jeunes, d'une mauvaise image pour avoir légalisé un produit illicite en thérapie ... Ou est-ce un lobbying de l'industrie pharmaceutique ? Il est possible que financièrement cela ne soit pas rentable vu qu'il y a aujourd'hui peu de demande pour ce genre de médicament (probablement dû à une méconnaissance du produit et la peur du patient). Cela demande investigations et réflexions.

⁵⁰ Cité dans le mémoire de Louise Bogaerts « Quels sont les freins à la disponibilité du cannabis thérapeutique en Belgique ? Le point de vue des professionnels de la santé. », UCLouvain, faculté de la santé publique, 2019/2020, consulté le 20 novembre 2021

⁵¹ Danielle KOSECKI, « CBD for pain relief : what the science says-CNET », [https:// www.cnet.com/health/cbd-for-pain-relief-what-the-science-says/](https://www.cnet.com/health/cbd-for-pain-relief-what-the-science-says/), consulté le 21 mars 2021

⁵² Disponible sur le site <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>, consulté le 13 novembre 2021

⁵³ Disponible sur le site <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>, consulté le 13 novembre 2021

Nous nous questionnons également sur les limites du pharmacien, « que peut-il délivrer et sous quelles conditions ? ». En tant que futurs pharmaciens, nous observons⁵⁴ que « *le pharmacien peut seulement se servir des matières premières autorisées dans les préparations officinales et magistrales. Si ce n'est pas le cas, le pharmacien peut exclusivement les utiliser dans des préparations magistrales (uniquement sur prescription) et s'il y a un certificat d'analyse, délivré par un laboratoire agréé. Le pharmacien ne peut pas utiliser le cannabidiol pour préparer des compléments alimentaires, vu que le CBD a le statut de « novel food », la vente de compléments alimentaires à base de CBD est actuellement interdite.* » (EFSA Panel on Contaminants in the Food Chain (CONTAM) 2015).

En effet, nous constatons que le pharmacien⁵⁵ peut convertir la poudre pharmaceutique CBD en huile, pilules ou pommade. Cependant les matières premières (cannabidiol) risquent une contamination par le THC et celui-ci ne peut être utilisé dans les préparations de magistrales, l'AFMPS en août 2019 a établi les critères qui autorisent le pharmacien à utiliser ou non une matière première contaminée par du THC dans une magistrale, conformément à l'arrêté royal de 2015 (Gérardon 2019). Récemment des progrès ont facilité l'isolement des substances actives du cannabis et la conception de produits cannabinoïdes avec peu d'effets psychoactifs et améliorant la douleur. Nous nous interrogeons sur le fait que peu de prescriptions sont réalisées pour un médicament à base de CBD. « Le pharmacien a-t-il une bonne connaissance du produit, de la loi, de la façon de préparer la magistrale ? ». Comme le médecin, celui-ci est tenu de s'informer et d'informer le patient sur le produit (posologie, effets secondaires...) mais aussi de suivre son patient tout au long du traitement et de communiquer avec le médecin.

Le pharmacien peut conseiller ou proposer d'essayer une préparation magistrale à base de CBD à un patient s'il estime que ce traitement peut le soulager, tout en expliquant clairement à celui-ci les effets et la posologie à respecter, mais toujours sur prescription médicale. Le pharmacien contactera le médecin pour en débattre et celui-ci prescrira ou non. Le pharmacien ne peut en aucun cas délivrer un médicament à base de cannabinoïdes de sa propre initiative.

⁵⁴ Cité par l'agence fédérale des médicaments et des produits de santé, disponible sur le site [Omzendbrief \(afmps.be\)](https://afmps.be), consulté le 28 octobre 2021

⁵⁵ Cité dans « Le cannabidiol cbd autorisé en tant que médicament », disponible sur le site <https://valbiomag.labiomasseenwallonie.be/news/belgique-le-cannabidiol-cbd-autorise-en-tant-que-medicament>, consulté le 11 novembre 2021

Malgré tout, nous relevons qu'il reste encore beaucoup d'efforts à faire du côté législation pour permettre des études sur l'être humain plus qualitatives et significatives. La méthodologie n'est pas au point car la majorité des études publiées sont observationnelles. Pourtant nous constatons que dans le peu de données scientifiques à notre disposition les résultats sont intéressants au point de vue amélioration des douleurs, un meilleur état physique et mental du patient et pas d'effets secondaires.

Dans la fibromyalgie quelques essais randomisés existent mais avec peu de résultats objectifs/significatifs. Néanmoins des investigations réalisées auprès de patients pour lesquels il y a une amélioration significative de la douleur, du sommeil et un soulagement des symptômes associés existent. Des preuves de l'utilisation de cannabis afin de soulager les douleurs chroniques spécialement dans la fibromyalgie sont réunies en raison de l'augmentation de la demande avec la tendance mondiale actuelle (Berger et al. 2020).

Nous sommes en présence d'éléments scientifiques validés et pourtant il n'existe aucune formation approfondie lors des cursus universitaires sur la fibromyalgie et le cannabis médical. Comment faire pour être respectueux et à l'écoute de la fibromyalgie sans tabou, de l'usage des antidépresseurs à long terme ou des cannabinoïdes ? Cela mériterait qu'on s'y intéresse avec l'aide des spécialistes de la douleur.

5. Conclusion

La fibromyalgie fait face à un scepticisme constant et à des questionnements récidivants de la part de la société (patients, famille, corps médical, firmes pharmaceutiques, des experts). Pourtant les douleurs ressenties par les patients et leur perte de confiance en soi, sont bien réelles et doivent être prises en compte. Les professionnels de la santé doivent : s'informer et se former sur la pathologie et les traitements médicamenteux ou non les plus profitables pour les patients fibromyalgiques, mais aussi sur les nouvelles tendances thérapeutiques comme le cannabis médical et ses dérivés afin de pouvoir orienter, conseiller et accompagner au mieux le patient et lui permettre ainsi d'avoir une meilleure qualité de vie.

Car les traitements proposés (médicamenteux ou non) ne sont pas totalement efficaces pour tous les fibromyalgiques ce qui peut désorienter les médecins et provoquer une insatisfaction de la prise en charge par le patient. D'après nos lectures, nous constatons que le Cymbalta® est un antidépresseur souvent prescrit comme traitement pour soulager la fibromyalgie, mais celui-ci n'est pas performant et souvent consommé à trop long terme...

Le cannabis médical et/ou ses dérivés semblent être une possibilité d'avenir dans le traitement des douleurs chroniques. Cependant, la législation, le coût, les préjugés, et les peurs restent un frein sérieux à de nouvelles avancées dans la recherche. Bien que le peu d'études cliniques soient pertinentes, la tendance actuelle démontre une augmentation de la demande pour ce genre de traitement. Les patients en souffrance risquent de se tourner vers une consommation illégale mais surtout sans contrôle. C'est pourquoi l'information et la connaissance des médecins et des pharmaciens sur ce produit est primordiale pour un accompagnement thérapeutique en toute confiance.

Certaines limites se sont présentées lors de nos recherches, par exemple : le peu d'études scientifiques probantes quant à l'efficacité du cannabis médical et ses dérivés, notamment le CBD, ce qui ne nous a pas permis d'exploiter de façon détaillée et certificative le sujet. Après réflexion, nous aurions pu questionner les patients diagnostiqués fibromyalgiques sur leur ressenti par rapport à leur prise en charge, à leur(s) traitement(s), les questionner également sur les peurs ou stigmatisations éventuelles engendrées par la consommation de cannabis ou de ses dérivés. Et exploiter ces informations pour étayer notre discussion vers une toute autre réflexion éthique. De même, nous aurions également pu interroger des médecins sur la législation pour la prescription de cannabis ou dérivés afin de soulager les douleurs chroniques mais aussi les pharmaciens, pour connaître leur point de vue sur le sujet, et s'assurer de leurs connaissances et savoir pourquoi peu de pharmacien réalise des magistrales à base de CBD. Ceci dit, cela pourrait faire l'objet d'un travail ultérieur... Par ailleurs nous observons un manque de clarté et d'accès à la législation sur ce sujet.

Nous remarquons aussi qu'il y a un manque de formations et d'informations sur l'usage du cannabis médical et ses dérivés à des fins thérapeutiques, les professionnels de la santé ne le prescrivent sans doute pas, car ils n'ont pas assez de recul, ni les connaissances à long terme et ne connaissent pas les interactions que ce genre de traitement pourrait avoir avec d'autres médicaments. Les autorités compétentes pourraient revoir leurs positions et ouvrir un accès à ce genre de traitement qui nous semble-t-il, n'est certainement pas plus nocif pour le patient que les médications actuellement disponibles sur le marché, comme par exemple les opioïdes. Le CBD est exempt d'effets secondaires, ne provoque ni accoutumance ni dépendance et possède des propriétés efficaces pour soulager les douleurs chroniques. Il serait intéressant de « creuser » ce sujet. L'utilisation de cannabis thérapeutique est en évolution dans plusieurs pays comme le Canada, les Etats-Unis, espérons que dans un avenir proche ce sera le cas pour la Belgique.

6. Méthodologie

Nous avons consulté les sites Pubmed, Medline, Google Scholar afin de trouver un maximum d'informations sous forme d'articles sur la pathologie de la fibromyalgie, rechercher les causes, les explications des symptômes, et le diagnostic, nous avons pour cela entré les mots « fibromyalgia diagnostic », « fibromyalgia symptoms », « prise en charge de la fibromyalgie »...

Une thèse a attiré notre attention : (Dignat-George et al. 2017) et nous a fourni beaucoup d'informations utiles pour la rédaction de la première partie de notre travail car celle-ci reprend tous les critères qui nous étaient utiles pour définir les généralités de la pathologie (fibromyalgie). Cette thèse nous a aussi permis d'avoir d'autres sources pertinentes pour compléter mes connaissances.

Nous avons également consulté des études réalisées sur l'utilisation des antidépresseurs dans les douleurs chroniques, puis pour la fibromyalgie mais aussi des études concernant l'utilisation de cannabis ou cannabinoïdes pour soulager les douleurs chroniques et la fibromyalgie.

Nous n'avons pas tenu compte des études dont le nombre de participants n'étaient pas suffisant ou celles où la plupart des participants ont abandonnés. Nous n'avons pas sélectionné les études qui prouvent l'efficacité du Cymbalta® pour des douleurs chroniques dues à une pathologie plus sévère comme par exemple la sclérose en plaque.

De nouveau un document a attiré notre attention il concernait les cannabinoïdes. Ce PDF explique clairement les effets positifs et négatifs du THC et du CBD et relate les résultats de plusieurs études significatives pour plusieurs pathologies. (Zobel et al. 2019)

Nous avons entré dans le moteur de recherche les mots clés suivants : « antidépresseurs et douleurs chroniques », « antidépresseurs et fibromyalgie », « le Cymbalta® », « Cymbalta® et fibromyalgie » et « cannabis et douleurs chroniques », « cannabinoïdes », « utilisation de cannabinoïdes », « CBD », « CBD et douleurs chroniques » et « CBD et fibromyalgie ».

Nous avons effectué également des recherches électroniques sur KCE, MINERVA,...

Pour obtenir de données significatives et pertinentes afin d'étayer au mieux la discussion de notre travail, nous avons réalisé un questionnaire pour des patientes fibromyalgiques et un questionnaire pour les pharmaciens d'officine, afin d'obtenir des réponses « vraies » quant aux effets positifs et négatifs des antidépresseurs sur les douleurs chroniques engendrées par la

fibromyalgie mais aussi d'avoir un aperçu du nombre de patients en officine et des traitements délivrés le plus fréquemment. Nous avons interviewé madame Anne-Sophie Sandermans pharmacienne qui réalise des magistrales à base de CBD pour avoir des informations plus complètes et un regard professionnel sur le sujet.

7. Annexes

Annexe 1 : Questionnaire patients

Utilisation du Cymbalta ou du CBD dans les douleurs chroniques de la fibromyalgie

Ce questionnaire est réalisé en vue de l'obtention d'un mémoire en sciences pharmaceutiques.

Il me permettra de récolter des informations quant aux traitements proposés actuellement aux fibromyalgiques.

Ensuite de mettre en évidence un éventuel traitement dérivé du cannabis, substance consommée de longue date et pourtant toujours tabou en Belgique.

1. En quelle année avez-vous été diagnostiquée fibromyalgique ?

2. Avez-vous été "ballotée" d'un service à l'autre avant le diagnostic ?

3. Vous-êtes vous sentie écoutée ? comprise ?

4. Quel traitement médicamenteux prenez-vous ou avez-vous pris ?

Une seule réponse possible.

- ☐ Cymbalta
☐ Amitriptyline
☐ Lyrica
☐ Autres

5. Quelle a été/est la durée du traitement ?

6. Effets positifs/négatifs

7. Avez-vous essayé des mesures non-pharmacologiques ?

Une seule réponse possible.

- ☐ Acupuncture
- ☐ Homéopathie
- ☐ Phytothérapie
- ☐ Aromathérapie
- ☐ Kinésithérapie
- ☐ Kinésiologie
- ☐ Balnéothérapie
- ☐ Sophrologie
- ☐ Aquagym
- ☐ Hydrothérapie
- ☐ Psychologie
- ☐ Yoga
- ☐ Taïchi
- ☐ Autres

8. Effets positifs/négatifs

9. Avez-vous déjà essayé un traitement au cannabis ?

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non

10. Sous les conseils d'un spécialiste ou de votre propre initiative ?

Une seule réponse possible.

- ☐ Spécialiste
☐ Propre initiative

11. Effets positifs/négatifs

12. Et les produits à base de CBD ?

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
☐ Non

13. Effets positifs/négatifs

14. Quel traitement vous paraît le plus favorable pour soulager les douleurs chroniques engendrées par la fibromyalgie ?

15. Avez-vous un commentaire supplémentaire?

Merci pour votre participation

Gabrielle

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

Utilisation du Cymbalta ou du CBD dans les douleurs chroniques de la fibromyalgie

Ce questionnaire est réalisé en vue de l'obtention d'un mémoire en sciences pharmaceutiques.

Il me permettra de récolter des informations quant aux traitements proposés actuellement aux fibromyalgiques.

Ensuite de mettre en évidence un éventuel traitement dérivé du cannabis, substance consommée de longue date et pourtant toujours tabou en Belgique.

***Obligatoire**

1. Quel pourcentage de patients fibromyalgiques avez-vous en officine ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ - de 10%
- ☐ 10 à 20%
- ☐ 20 à 30%
- ☐ 30 à 40%
- ☐ 40 à 50%
- ☐ + de 50%

2. Quel traitement délivrez-vous le plus ? *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Cymbalta
- ☐ Amitriptyline
- ☐ Lyrica
- ☐ Antidouleurs
- ☐ Anti-inflammatoires
- ☐ Psychotropes

3. Proposez-vous des mesures non pharmacologiques ? Si oui lesquelles ?

4. Avez-vous déjà réalisé des préparations magistrales à base de cannabinoïde ou cannabidiol ? *

Une seule réponse possible.

☐ Oui

☐ Non

5. Si oui de quel type ?

6. A quel traitement les patients sont-ils le plus favorables ? *

Merci de votre participation

Faignard Gabrielle

Université de Namur, master sciences pharmaceutiques

Annexe 3 : Interview de la pharmacienne (madame Sandermans)

Faignard Gabrielle
Master 2 Unamur 2021-2022

Interview de madame Sandermans

Depuis combien de temps réalisez-vous des magistrales à base de CBD ?

OCTOBRE 2019.

Quels types de préparations ? Qu'elles sont les limites autorisées ?

préparations de gouttes orales
(CBD dans huile d'olive)

Suivez-vous la prescription ou en fonction de votre patient vous adaptez la préparation ? (ex : huile, gélule...)

la meilleure (~~option~~)
absorption se fait sous forme
huileuse.

En quelle quantité ?
Quelle posologie ? dosage ?

entre 2 et 5 %
à partir le soir après le dîner de 2 à
se gtt. & progressivement les doses
jusqu'à amélioration des symptômes

Quelle préparation est la plus souvent prescrite ?

CBD à 2% en denanage
et 4% si pas de réponse.

Pour quel type de patientèle ?
Pour des fibromyalgiques aussi ?

douleurs chroniques, neuro au
cancer, fibro aussi

Avez-vous de bon retour de la patientèle par rapport à l'efficacité de ces préparations ?

en général oui

Au point de vue éthique, ce genre de préparation vous pose-t-il un problème ?
En sachant que le CBD provient du chanvre qui est une drogue, cela peut être mal perçu.

pas du tout, le CBD est l'alcane qui procure l'analgésie et le bien-être, aucun rapport avec le THC qui a l'effet psychotrope/psychoactif
→ pas de dépendance.
D'ailleurs, le CBD pharmaceutique doit contenir $< 0,3\%$ de THC.

(loi de l'U.E

Au point de vue législation quelles sont les réglementations à suivre ?
Avez-vous une autorisation ? de qui ? sur quelle base se procure-t-elle ?

il a été autorisé en août 2019.
le CBD "pharmaceutique", différent du CBD alimentaire que l'on trouve dans les shops, nécessite une prescription médicale. Il est exempt d'ES mais il est intéressant que le médecin suive tous les traitements des patients polymédiqués et chroniques.

Quel est le coût d'une préparation à base de CBD ?
Pour vous ? et pour le patient ?
Est-ce qu'il y a une prise en charge de la mutuelle ?

37 € 10cc à 20%.

non pris en charge par la mutuelle.

le Chimique coûte 130 €/1g.
ce qui explique le prix très élevé de la préparation.

8. Bibliographie

- Anca, Paschoud. 2018. « Cannabinoïdes et douleurs au cabinet ». Consulté le 21 janvier 2021
- Arnold, Lesley M., Yili Lu, Leslie J. Crofford, Madelaine Wohlreich, Michael J. Detke, Smriti Iyengar, et David J. Goldstein. 2004. « A Double-Blind, Multicenter Trial Comparing Duloxetine with Placebo in the Treatment of Fibromyalgia Patients with or without Major Depressive Disorder ». *Arthritis and Rheumatism* 50 (9): 2974-84. <https://doi.org/10.1002/art.20485>. Consulté le 22 février 2021
- ASBL MCB. 2020. « Les études sur les douleurs chroniques avec le cannabis - ». octobre 2020. <https://www.medicalcannabisbelgique.com/encyclopedia/les-etudes-sur-les-douleurs-chroniques-avec-le-cannabis/>. Consulté le 28 mars 2021
- Berger, Amnon A., Joseph Keefe, Ariel Winnick, Elasa Gilbert, Jonathan P. Eskander, Cyrus Yazdi, Alan D. Kaye, Omar Viswanath, et Ivan Urits. 2020. « Cannabis and Cannabidiol (CBD) for the Treatment of Fibromyalgia ». *Best Practice & Research. Clinical Anaesthesiology* 34 (3): 617-31. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2020.08.010>. Consulté le 12 novembre 2021
- Bidari, Ali, Ehsan Moazen-Zadeh, Banafsheh Ghavidel-Parsa, Shahrzad Rahmani, Sajjad Hosseini, et Amir Hassankhani. 2019. « Comparing duloxetine and pregabalin for treatment of pain and depression in women with fibromyalgia: an open-label randomized clinical trial ». *DARU Journal of Pharmaceutical Sciences* 27 (1): 149-58. <https://doi.org/10.1007/s40199-019-00257-4>. Consulté le 27 mars 2021
- Bogaerts, Louise. 2020. « Quels sont les freins à la disponibilité du cannabis thérapeutique en Belgique? Le point de vue des professionnels de la santé ». Consulté le 01 décembre 2021
- Borchers, Andrea T., et M. Eric Gershwin. 2015. « Fibromyalgia: A Critical and Comprehensive Review ». *Clinical Reviews in Allergy & Immunology* 49 (2): 100-151. <https://doi.org/10.1007/s12016-015-8509-4>. Consulté le 15 février 2021
- Borgelt, Laura M., Kari L. Franson, Abraham M. Nussbaum, et George S. Wang. 2013. « The Pharmacologic and Clinical Effects of Medical Cannabis ». *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy* 33 (2): 195-209. <https://doi.org/10.1002/phar.1187>. Consulté le 10 février 2021
- CBD center. 2019. « Législation sur le CBD en Belgique - Le Guide du CBD par CBD Center ». 2019. <https://www.cbdcenter.be/guide/legislation-cbd-belgique/>. Consulté le 21 mars 2021
- Collège national de pharmacologie médicale. 2019. « *Antidépresseurs : Les points essentiels ». mai 2019. <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/antidepresseurs-les-points-essentiels>. Consulté le 10 février 2021
- Commission de la santé. 2015. « Parlement francophone ». Consulté le 10 février 2021
- Conseil national de l'ordre des médecins. 2019. « Le serment d'Hippocrate ». Conseil National de l'Ordre des Médecins. 22 mars 2019. <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>. Consulté le 24 octobre 2021
- Curran, Monique P. 2009. « Duloxetine: In Patients with Fibromyalgia ». *Drugs* 69 (9): 1217-27. <https://doi.org/10.2165/00003495-200969090-00006>. Consulté le 17 février 2021
- Dignat-George, Mme Françoise, M Jean-Paul Borg, M Philippe Charpiot, M Pascal Rathelot, et Mme Pascale Barbier. 2017. « DEPARTEMENT BIO-INGENIERIE PHARMACEUTIQUE », 104. Consulté le 12 février 2021
- EFSA Panel on Contaminants in the Food Chain (CONTAM). 2015. « Scientific Opinion on the risks for human health related to the presence of tetrahydrocannabinol (THC) in

- milk and other food of animal origin ». *EFSA Journal* 13 (6).
<https://doi.org/10.2903/j.efsa.2015.4141>. Consulté le 13 novembre 2021
- EMA. 2009. « Résumé des caractéristiques du produit CYMBALTA ». Consulté le 20 février 2021
- . 2021. « Résumé des caractéristiques du produit Prégabaline ». Consulté le 20 février 2021
- Fibromyalgiesos. 2019. « Douleur chronique et OMS juin 2019 ». Consulté le 24 octobre 2021
- Gérardon, Céline. 2019. « Belgique : Le Cannabidiol (CBD), autorisé en tant que médicament | valbiomag.labiomasseenwallonie.be ». 2019.
<https://valbiomag.labiomasseenwallonie.be/news/belgique-le-cannabidiol-cbd-autorise-en-tant-que-medicament>. Consulté le 31 janvier 2021
- HAS. 2010. « Syndrome fibromyalgique de l'adulte ». Consulté le 23 février 2021
- Häuser, Winfried, Frederick Wolfe, Thomas Tölle, Nurcan Uçeyler, et Claudia Sommer. 2012. « The Role of Antidepressants in the Management of Fibromyalgia Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis ». *CNS Drugs* 26 (4): 297-307.
<https://doi.org/10.2165/11598970-000000000-00000>. Consulté le 15 février 2021
- Hexagone vert, Jean-baptiste. 2021. « Le CBD pour soulager la douleur : ce que dit la science ». 2021. <https://www.hexagonevert.fr/le-cbd-pour-soulager-la-douleur-ce-que-dit-la-science/>. Consulté le 21 mars 2021
- Inserm. 2020. « Inserm EC 2020 fibromyalgie ». Consulté le 23 février 2021
- . 2021. « Fibromyalgie · Inserm, La science pour la santé ». Inserm. 2021.
<https://www.inserm.fr/dossier/fibromyalgie/>. Consulté le 16 décembre 2021
- Khattabi, Zakia. 2010. « Document parlementaire n° 4-1695/1 ». 2010.
<https://www.senate.be/www/?MIval=/publications/viewPub&TID=67116207&LANG=fr>. Consulté le 27 mars 2021
- Korsia-Meffre, Stéphane. 2016. « Prise en charge thérapeutique de la fibromyalgie : nouvelles recommandations européennes (Eular) ». VIDAL. 2016. <https://www.vidal.fr/>. Consulté le 27 mars 2021
- Kosecki, Danielle. 2019. « CBD for pain relief: What the science says - CNET ». 2019.
<https://www.cnet.com/health/cbd-for-pain-relief-what-the-science-says/>. Consulté le 21 mars 2021
- Laroche. 2014. « Grande Enquête Nationale du 12 mai au 15 septembre 2014 | Site de l'association FibromyalgieSOS ». 28 avril 2014.
<https://fibromyalgiesos.fr/rdv2/enquete-2/>. Consulté le 23 février 2021
- Leroux, Diane. 2010. « La fibromyalgie : informations sur la maladie ». Consulté le 15 mai 2021
- Littlejohn, Geoffrey O., Emma K. Guymer, et Gene-Siew Ngian. 2016. « Is There a Role for Opioids in the Treatment of Fibromyalgia? » *Pain Management* 6 (4): 347-55.
<https://doi.org/10.2217/pmt-2016-0012>. Consulté le 23 février 2021
- Lunn, Michael P. T. 2011. « Duloxétine pour le traitement de la douleur neuropathique ». 2011. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007115.pub2>. Consulté le 10 février 2021
- Lunn, Michael P. T., Richard A. C. Hughes, et Philip J. Wiffen. 2014. « Duloxetine for Treating Painful Neuropathy, Chronic Pain or Fibromyalgia ». *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 1 (janvier): CD007115.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD007115.pub3>. Consulté le 10 février 2021
- Macfarlane, G. J., C. Kronisch, L. E. Dean, F. Atzeni, W. Häuser, E. Fluß, E. Choy, et al. 2017. « EULAR Revised Recommendations for the Management of Fibromyalgia ». *Annals of the Rheumatic Diseases* 76 (2): 318-28.
<https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2016-209724>. Consulté le 20 février 2021

- Maffei, Massimo E. 2020. « Fibromyalgia: Recent Advances in Diagnosis, Classification, Pharmacotherapy and Alternative Remedies ». *International Journal of Molecular Sciences* 21 (21). <https://doi.org/10.3390/ijms21217877>. Consulté le 15 février 2021
- Marguin, André. 2020. « Les 100 symptômes de la fibromyalgie ». Consulté le 10 février 2021
- Maslow, Jacob. 2020. « What Is the Difference Between CBD and THC? » *The Collegian* (blog). 26 février 2020. <https://collegian.csufresno.edu/2020/02/what-is-the-difference-between-cbd-and-thc/>. Consulté le 28 janvier 2022
- Moore, R Andrew. 2015. « L'amitriptyline pour traiter la fibromyalgie chez l'adulte ». juillet 2015. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011824>. Consulté le 23 mai 2021
- M'Zioi, Djessica. 2018. « Automédication par les benzodiazépines et les dérivés de l'opium : Que faire face aux dérives et aux détournements ? » Consulté le 01 décembre 2021
- Nacu, Alexandra. 2011. « La fibromyalgie : du problème public à l'expérience des patients ». août 2011. <https://www.sfsp.fr/content-page/item/357-la-fibromyalgie-du-probleme-public-a-l-experience-des-patients>. Consulté le 12 novembre 2021
- Netgen. 2007. « «La fibromyalgie est d'abord un syndrome médical, ensuite une construction sociale» ». *Revue Médicale Suisse*. 2007. <https://www.revmed.ch/RMS/2007/RMS-116/32423>. Consulté le 23 février 2021
- . 2015. « Cannabinoïdes médicaux dans les douleurs chroniques : aspects pharmacologiques ». *Revue Médicale Suisse*. 2015. <https://www.revmed.ch/RMS/2015/RMS-N-480/Cannabinoides-medicaux-dans-les-douleurs-chroniques-aspects-pharmacologiques>. Consulté le 10 février 2021
- Ogawa, Kohei, Amane Tateno, Ryosuke Arakawa, Takeshi Sakayori, Yumiko Ikeda, Hidenori Suzuki, et Yoshiro Okubo. 2014. « Occupancy of serotonin transporter by tramadol: a positron emission tomography study with [11C]DASB ». *International Journal of Neuropsychopharmacology* 17 (6): 845-50. <https://doi.org/10.1017/S1461145713001764>. Consulté le 06 mars 2021
- Ordre des pharmaciens. 2020. « Code de déontologie ». Consulté le 24 octobre 2021
- Organisation mondiale de la santé. 2013. *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023*. Consulté le 17 mai 2021
- Payfa, Martine. 2015. « Proposition de résolution relative à la sensibilisation à la fibromyalgie ». Consulté le 16 décembre 2021
- Perrot, Serge. 2007. « Des médicaments pour traiter la fibromyalgie ? » *Revue Médicale Suisse*. 2007. <https://www.revmed.ch/RMS/2007/RMS-116/32384>. Consulté le 12 novembre 2021
- . 2019. « Fibromyalgie : épidémiologie, diagnostic et symptômes ». Consulté le 17 mai 2021
- Prescrire. 2020. « Pour mieux soigner, des médicaments à écarter-bilan 2021 », la revue prescrire, 40 (446): 929-1. Consulté le 21 mars 2021
- Ravez, Laurent. 2020. *Introduction à l'éthique de la santé publique*. Sauramps médical. Consulté le 03 janvier 2022
- Russo, Ethan B. 2017. « Cannabidiol Claims and Misconceptions: (Trends in Pharmacological Sciences 38, 198-201; 2017) ». *Trends in Pharmacological Sciences* 38 (5): 499. <https://doi.org/10.1016/j.tips.2017.03.006>. Consulté le 20 mars 2021
- Schwob, Marc. 2011. « Lutter contre la fibromyalgie - Association de la fibromyalgie - Région Montérégie (AFRM) ». 2011. <https://www.fibromyalgiemonteregie.ca/fibro-040>. Consulté le 27 mars 2021
- Sorin, Charlotte. 2017. « Place du cannabis thérapeutique dans le traitement des douleurs chroniques, en route vers sa reconnaissance médicale? », 121. Consulté le 21 mars 2021

- Tzadok, Roie, et Jacob N. Ablin. 2020. « Current and Emerging Pharmacotherapy for Fibromyalgia ». *Pain Research & Management* 2020: 6541798. <https://doi.org/10.1155/2020/6541798>. Consulté le 18 février 2021
- Welsch, Patrick, Nurcan Üçeyler, Petra Klose, Brian Walitt, et Winfried Häuser. 2018. « Serotonin and Noradrenaline Reuptake Inhibitors (SNRIs) for Fibromyalgia ». *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2 (février): CD010292. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010292.pub2>. Consulté le 14 février 2021
- Wolfe, F., H. A. Smythe, M. B. Yunus, R. M. Bennett, C. Bombardier, D. L. Goldenberg, P. Tugwell, S. M. Campbell, M. Abeles, et P. Clark. 1990. « The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee ». *Arthritis and Rheumatism* 33 (2): 160-72. <https://doi.org/10.1002/art.1780330203>. Consulté le 10 février 2021
- Wolfe, Frederick, Daniel J. Clauw, Mary-Ann Fitzcharles, Don L. Goldenberg, Robert S. Katz, Philip Mease, Anthony S. Russell, I. Jon Russell, John B. Winfield, et Muhammad B. Yunus. 2010. « The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity ». *Arthritis Care & Research* 62 (5): 600-610. <https://doi.org/10.1002/acr.20140>. Consulté le 11 février 2021
- Zobel, Frank, Luca Notari, Eva Schneider, et Ocyna Rudmann. 2019. « Cannabidiol (CBD) : analyse de situation », 56. Consulté le 20 mars 2021

Introduction : En Belgique environ 300 000 personnes sont atteintes de fibromyalgie, reconnue officiellement comme maladie par l'OMS en 1990 et pourtant encore sujette à polémiques de nos jours. Face aux nombreux symptômes et au manque de biomarqueurs les professionnels de la santé sont parfois désorientés et les patients se plaignent d'une errance médicale. Les traitements de premières intentions sont souvent médicamenteux, le Cymbalta® est souvent prescrit, mais ceux-ci ne soulagent pas totalement les douleurs et les symptômes de la fibromyalgie. Cependant l'EULAR recommande une prise en charge pluridisciplinaire dans le cadre de la fibromyalgie. Aujourd'hui le cannabis thérapeutique et ses dérivés (THC et CBD) font l'objet d'une demande croissante par les patients qui souffrent de douleurs chroniques. Par ailleurs les données scientifiques quant à l'efficacité des cannabinoïdes demeurent limitées mais il se peut que ces derniers possèdent des effets bénéfiques pour soulager les douleurs chroniques entre autres. Ce travail a pour objectif de conscientiser un maximum de personnes à la complexité de la fibromyalgie et ses traitements, de respecter le patient et ses choix de traitements et de mettre en avant une molécule prometteuse (CBD) mais encore peu exploitée car elle est un dérivé du cannabis, ce qui porte à controverse. Méthodologie : Recherches multiples dans la littérature scientifique pour définir la fibromyalgie, les traitements médicamenteux ou non. Sondages auprès de fibromyalgiques diagnostiquées et pharmaciens pour avoir des informations sur les traitements et leurs effets. Recherches d'articles et d'études sur l'efficacité des antidépresseurs notamment le Cymbalta® pour soulager les douleurs chroniques dans la fibromyalgie. Recherches également sur l'efficacité du cannabis et les cannabinoïdes (THC et CBD) dans les douleurs chroniques et la fibromyalgie. Interview d'une pharmacienne réalisant des magistrales à base de CBD. Discussion : résultats de nos recherches théoriques et ouverture d'une discussion éthique sur le sujet.

Introduction: In Belgium, approximately 300,000 people suffer from fibromyalgia, which was officially recognised as a disease by the WHO in 1990 and is still the subject of controversy today. Faced with the numerous symptoms and the lack of biomarkers, health professionals are sometimes disoriented and patients complain of medical wandering. The first line of treatment is often medication, Cymbalta® is often prescribed, but this does not fully relieve the pain and symptoms of fibromyalgia. However, EULAR recommends a multidisciplinary approach to the treatment of fibromyalgia. Today, therapeutic cannabis and its derivatives (THC and CBD) are increasingly in demand by patients suffering from chronic pain. Scientific data on the efficacy of cannabinoids are still limited, but they may have beneficial effects in relieving chronic pain, among others. The aim of this work is to make as many people as possible aware of the complexity of fibromyalgia and its treatments, to respect the patient and his or her treatment choices, and to highlight a promising molecule (CBD) that is still little exploited because it is a cannabis derivative, which is controversial. Methodology: Multiple searches in the scientific literature to define fibromyalgia and the treatments, both medicinal and otherwise. Surveys of diagnosed fibromyalgia sufferers and pharmacists to obtain information on treatments and their effects. Research into articles and studies on the effectiveness of antidepressants, particularly Cymbalta®, in relieving chronic pain in fibromyalgia. Research also on the effectiveness of cannabis and cannabinoids (THC and CBD) in chronic pain and fibromyalgia. Interview with a pharmacist who makes CBD-based magistral. Discussion: results of our theoretical research and opening of an ethical discussion on the subject.

Université de Namur | Faculté de Médecine | Département de Pharmacie
Rue de Bruxelles, 61 | 5000 Namur | Belgique

www.unamur.be/medecine/etudes-pharmacie