



Fibromyalgie

**Centre Douleur Chronique
Hôpital de la Timone
Cycle de conférences 2007**



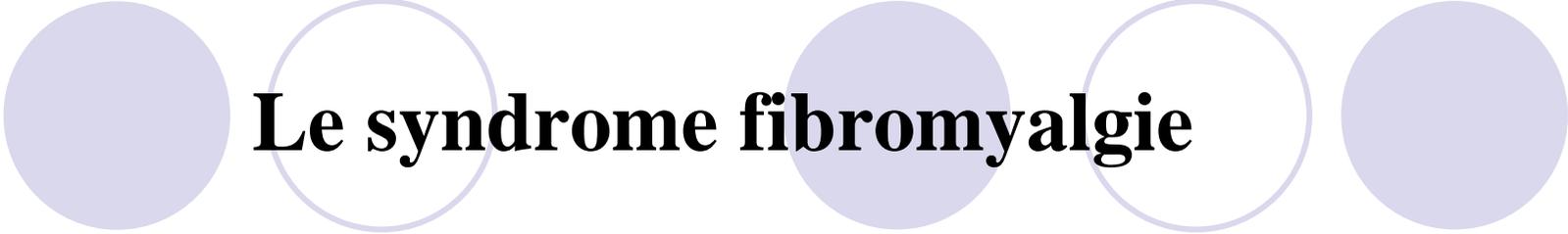
www.douleurpaca.ap-hm.fr



fnaff.free.fr

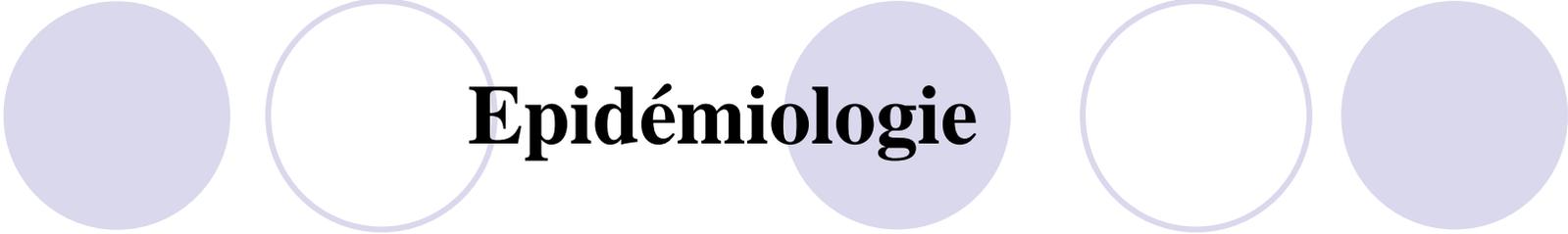
Plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques.

- un plan présenté le 24 avril 2007 par le Ministre de la Santé en quatre axes et quinze mesures.
- la douleur chronique fait partie des maladies chroniques intéressées par ce plan dont
- les quatre objectifs principaux sont :
 - aider chaque patient à mieux connaître la maladie pour mieux la gérer
 - élargir la pratique médicale vers la prévention,
 - faciliter la vie quotidienne des malades
 - mieux connaître les conséquences de la maladie sur leur qualité de vie.



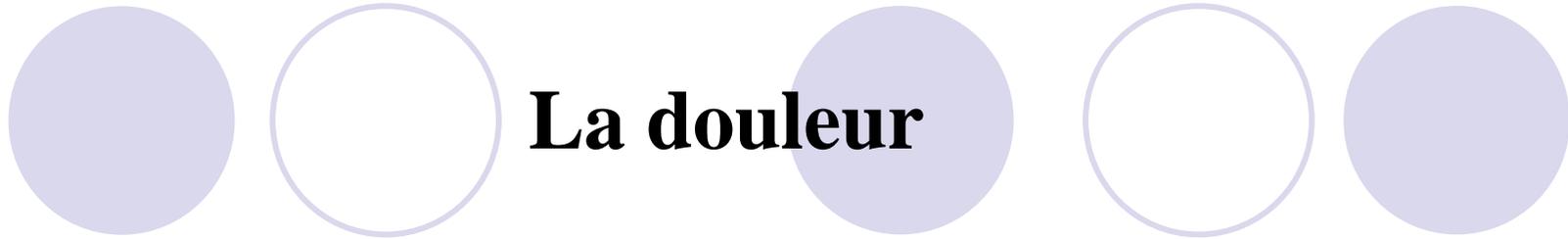
Le syndrome fibromyalgie

- **La symptomatologie est assez univoque, dominée par des**
 - douleurs musculaires diffuses accompagnées d'une
 - fatigue souvent intense et de
 - troubles du sommeil, dans un contexte d'
 - anxiété et de dépression.
- **Elle concerne dans la majorité des cas les femmes entre 30 et 50 ans, mais l'homme, l'enfant (?) et l'adolescent peuvent également être touchés.**



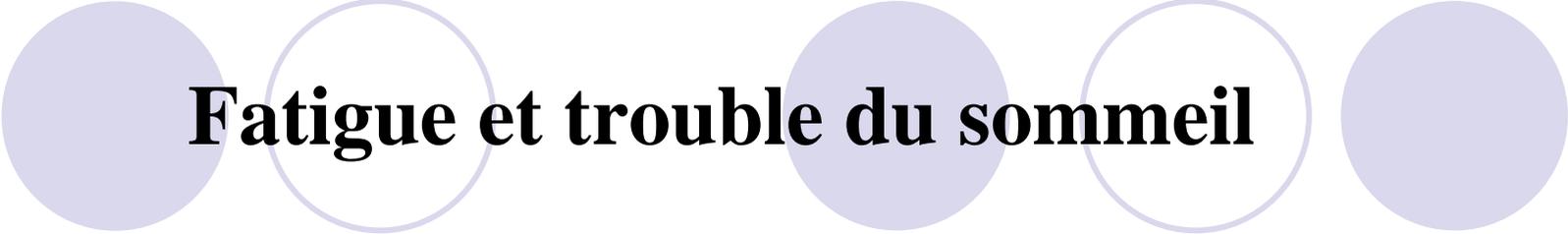
Epidémiologie

- **On a avancé les taux de 2% dans la population adulte américaine et de 1,3% en Europe .**
- **La grande prédominance féminine (plus de 80% des cas) fait que la prévalence chez la femme est nettement plus importante.**
- **Fondée sur l'application stricte des critères de classification, une enquête canadienne évalue la prévalence à 1,1%.**



La douleur

- **Toujours étendue et diffuse,**
- **Peut débuter au cou et aux épaules, pour s'étendre ensuite au reste du corps, notamment, au dos, au thorax, aux bras et aux jambes.**
- **Elle est permanente mais aggravée par les efforts, le froid, l'humidité, les émotions et le manque de sommeil, et s'accompagne de raideur matinale.**
- **La distinction entre douleur articulaire et musculaire est d'autant plus difficile que les patients ont l'impression d'un gonflement des zones douloureuses et de paresthésies des extrémités en l'absence de tout signe objectif d'atteinte articulaire ou neurologique .**



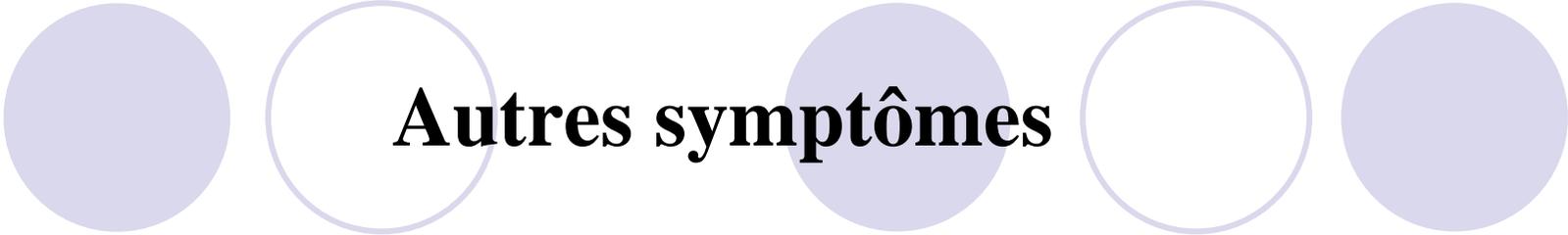
Fatigue et trouble du sommeil

- *Une fatigue chronique*

- 9 patients sur 10,
- prédominant le matin,
- peu sensible au repos et en apparence inexplicée .

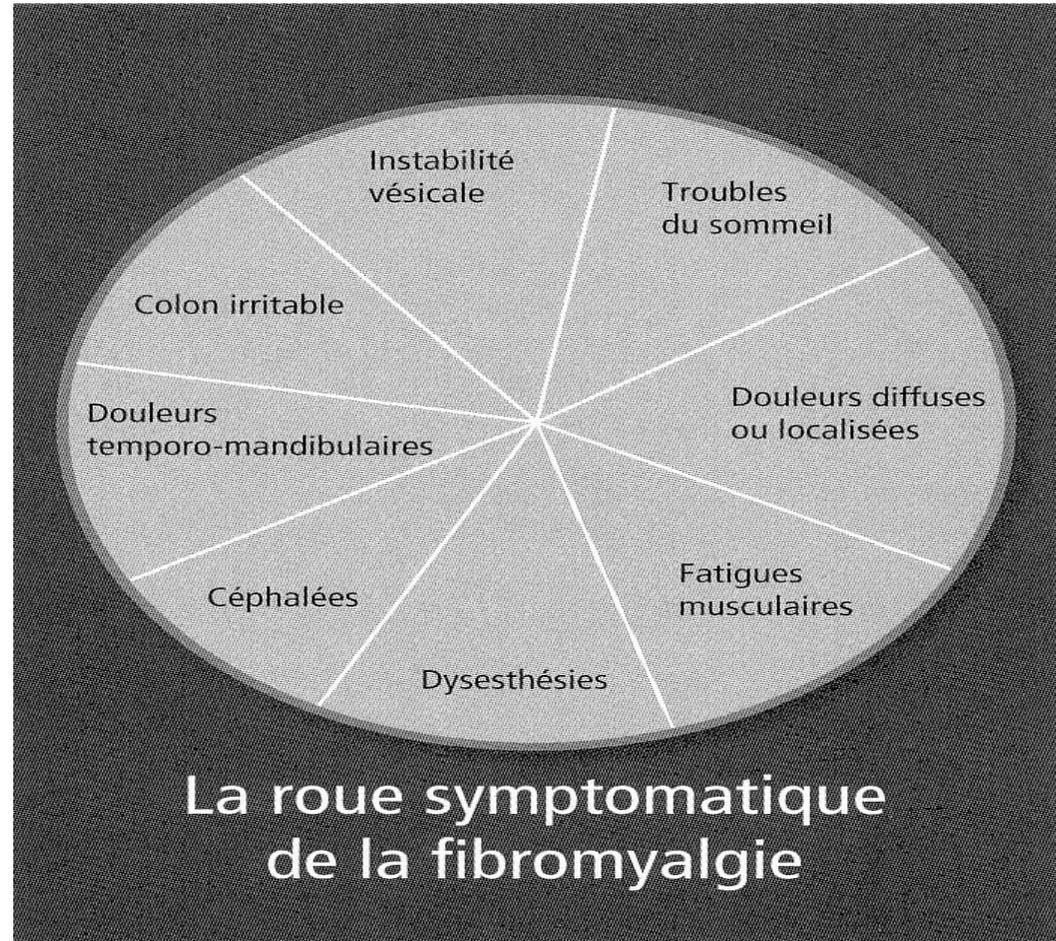
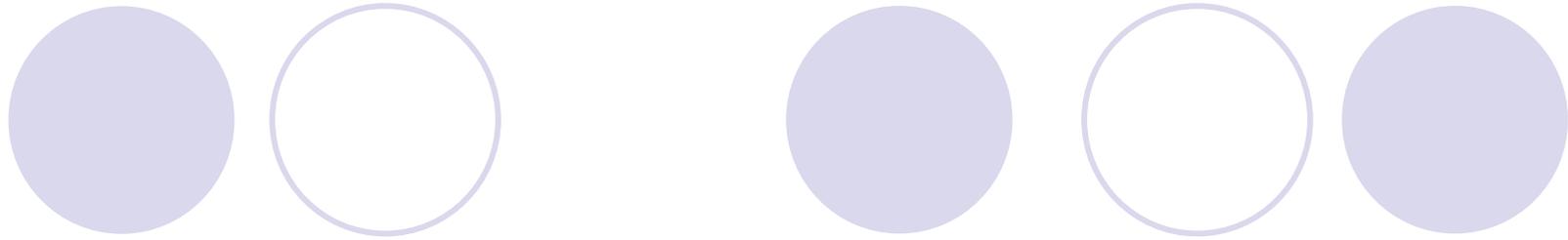
- *Les troubles du sommeil*

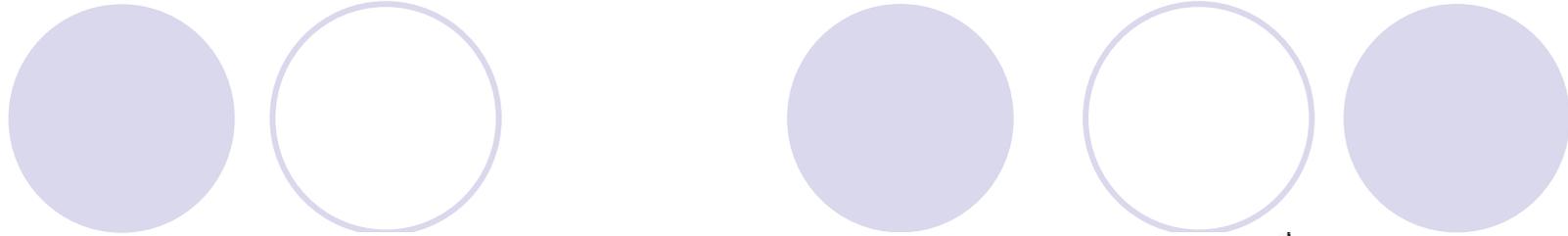
- dans 90% des cas le sommeil est perçu comme léger et non réparateur, quelle que soit sa durée.
- peuvent s'ajouter un syndrome des jambes sans repos et des périodes d'apnée.
- La somnolence diurne compensatrice qui s'en suit peut perturber la vie sociale et professionnelle .



Autres symptômes

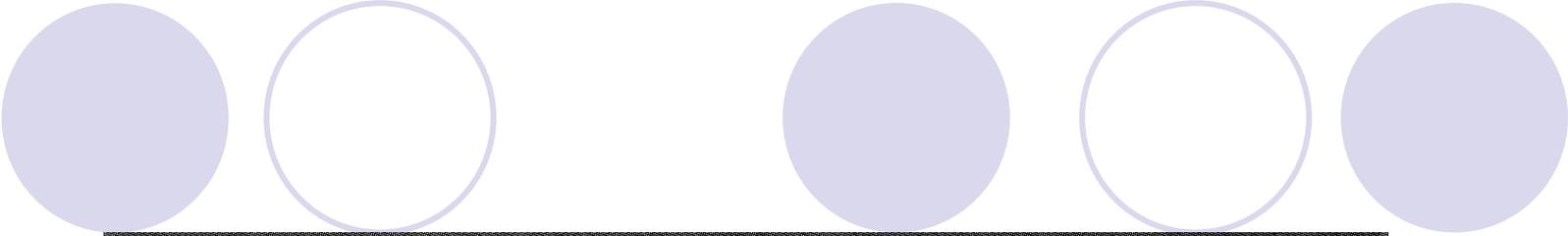
- **colopathie fonctionnelle,**
- **céphalée à type de migraine ou de céphalée de tension,**
- **douleurs pelviennes,**
- **cystalgies à urines claires,**
- **dystonie temporo-mandibulaire,**
- **dysautonomie avec hypotension orthostatique,**
- **anxiété, dépression,**
- **troubles cognitifs**





La douleur de la Fibromyalgie est souvent associée :

- *Troubles du sommeil* 85 à 90%
- *Fatigue matinale* 55 à 100%
- *Céphalées, migraines* 40 à 50%
- *Engourdissement des doigts* 16%
- *Colite chronique*
- *Vessie irritable*
- *Troubles temporo-maxillaires*
- *Troubles neuro-vasculaires :*
 - *extrémités refroidies* 27%
 - *fourmillement des extrémités* 36 à 86%
 - *livedo réticulaire*
 - *Syndrome de Raynaud*
 - *hypotension orthostatique*

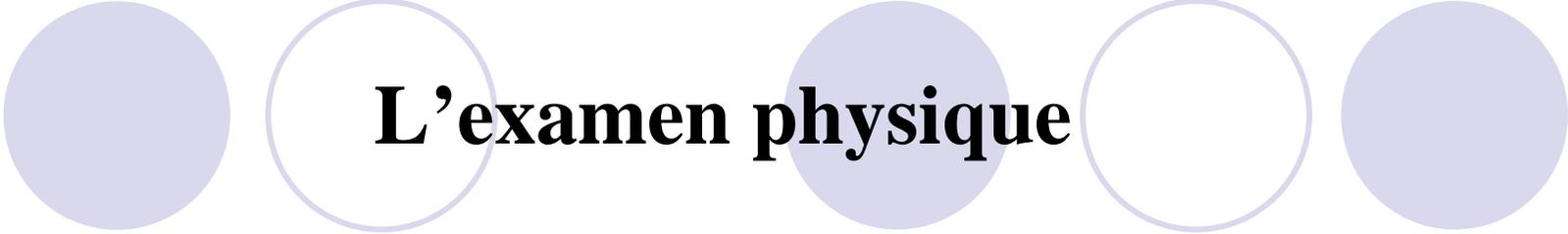


A PART VOS DOULEURS

10 Bonnes questions.

- Avez-vous des troubles du sommeil ?
- Etes-vous fatigué ?
- Etes-vous anxieux ou dépressif ?
- Avez-vous des troubles digestifs ?
- Avez-vous des problèmes de vessie ?
- Quel est l'effet des antalgiques habituels sur vos douleurs ?
nul - léger - modéré - efficace - très efficace
- Avez-vous mal à la tête ?
- Avez-vous des fourmillements des extrémités ?
- Avez-vous des sensations de gonflement ?
- Avez-vous déjà consulté des médecins ?

1 - 2 - 3 - 4 et plus



L'examen physique

- **est pauvre**
- **contrastant avec cette riche symptomatologie fonctionnelle**
- **ne met en évidence aucune anomalie articulaire, musculaire ni neurologique hormis une éventuelle pathologie associée.**
- **la seule anomalie, à laquelle on accorde une grande importance diagnostique, est la *douleur provoquée par la pression*, modérée, de certaines zones corporelles, principalement dans les régions proches de la colonne vertébrale et de la racine des membres.**
- **il peut exister aussi une sensibilité au pincement cutané.**



Examens biologiques

- **aucun signe inflammatoire**
 - vitesse de sédimentation
 - C-réactive protéine normales)
- **ni immunologique**
 - anticorps anti-noyaux,
 - sérologie rhumatoïde,
- **ni autre anomalie:**
 - musculaire: CPK..
 - hépatiques, calciques, thyroïdiennes, surrénaliennes ...

Critères de classification A.C.R.

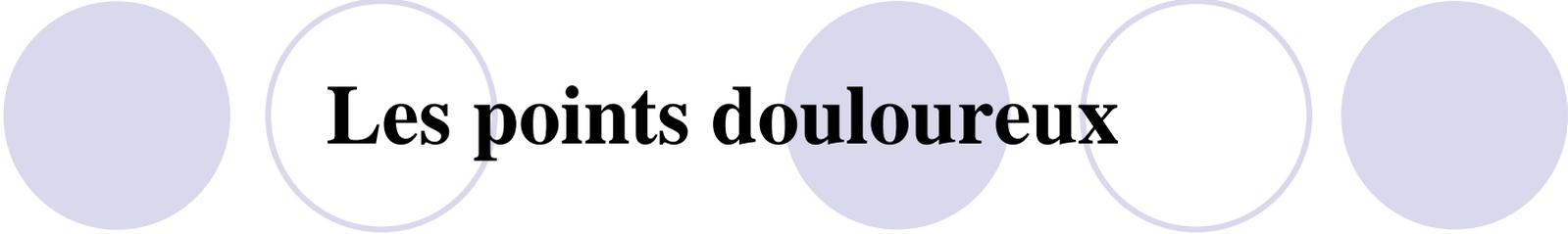
- *une douleur généralisée*
 - Une douleur est considérée comme généralisée si tous les éléments suivants sont présents
 - douleur du côté gauche du corps, douleur du côté droit du corps,
 - une douleur au-dessus de la ceinture et une douleur au-dessous de la ceinture
 - de plus une douleur du squelette axial (rachis cervical, ou partie antérieure du thorax ou rachis dorsal, ou rachis lombaire) doit être présente
 - dans cette définition, la lombalgie représente le segment inférieur, une douleur de l'épaule et de la fesse correspond à une douleur d'un côté du corps

Critères de classification **A.C.R.**

- *des points douloureux à la pression :*
 - la pression exercée doit être de 4 kg/cm² ce qui, en l'absence d'un algésimètre, correspond au blanchiment de la pulpe de l'ongle de l'examineur ;
 - 18 points sensibles ont été retenus
 - 11 au moins sont nécessaires pour que le diagnostic puisse être admis,
- **chez un patient souffrant depuis plus de 3 mois.**

Critères de diagnostic de l'ACR

- **1- Histoire de douleur diffuse**
-
- **2- 11 points douloureux sur 18 sites: - occiput - rachis cervical bas - trapèze - muscle sus-épineux - 2ème cartilage chondrocostal - fesse - épicondyle - genou**
- **Le diagnostic est retenu sur l'association de ces deux critères**



Les points douloureux

- **Occiput à l'insertion des muscles sous occipitaux (base du crâne)**
- **Bord supérieur du muscle trapèze**
- **Zone située entre la cinquième et sixième côte (en avant)**
- **Omoplate (bord interne)**
- **Articulation entre la deuxième côte et le sternum**
- **Coude**
- **Fesse (partie supérieure et externe de la fesse)**
- **Hanche (trochanter)**
- **Intérieur du genou**

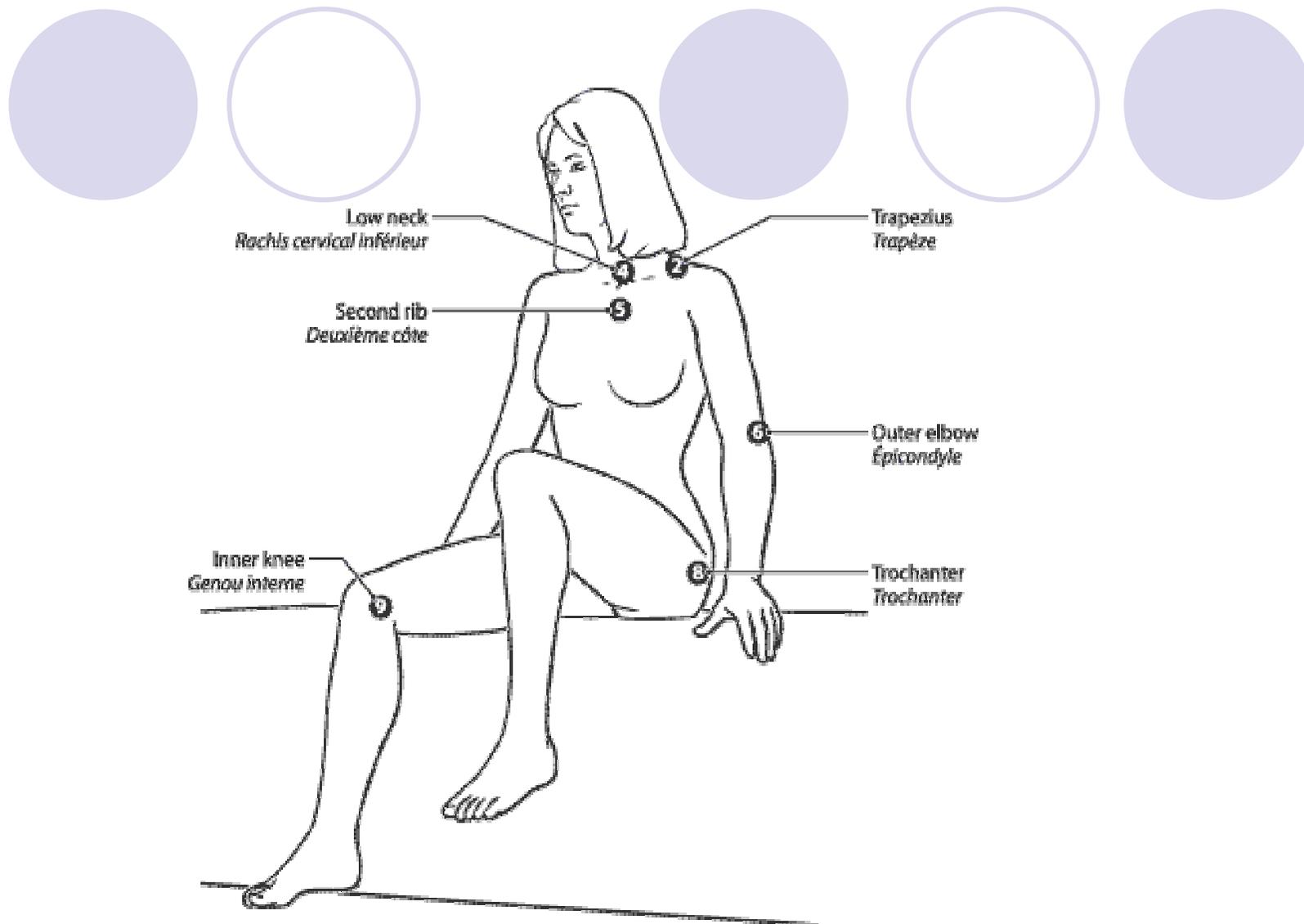


Figure 1. Fibrositic tender points (anterior)
Figure 1. Points douloureux de la fibromyalgie (Région antérieure)

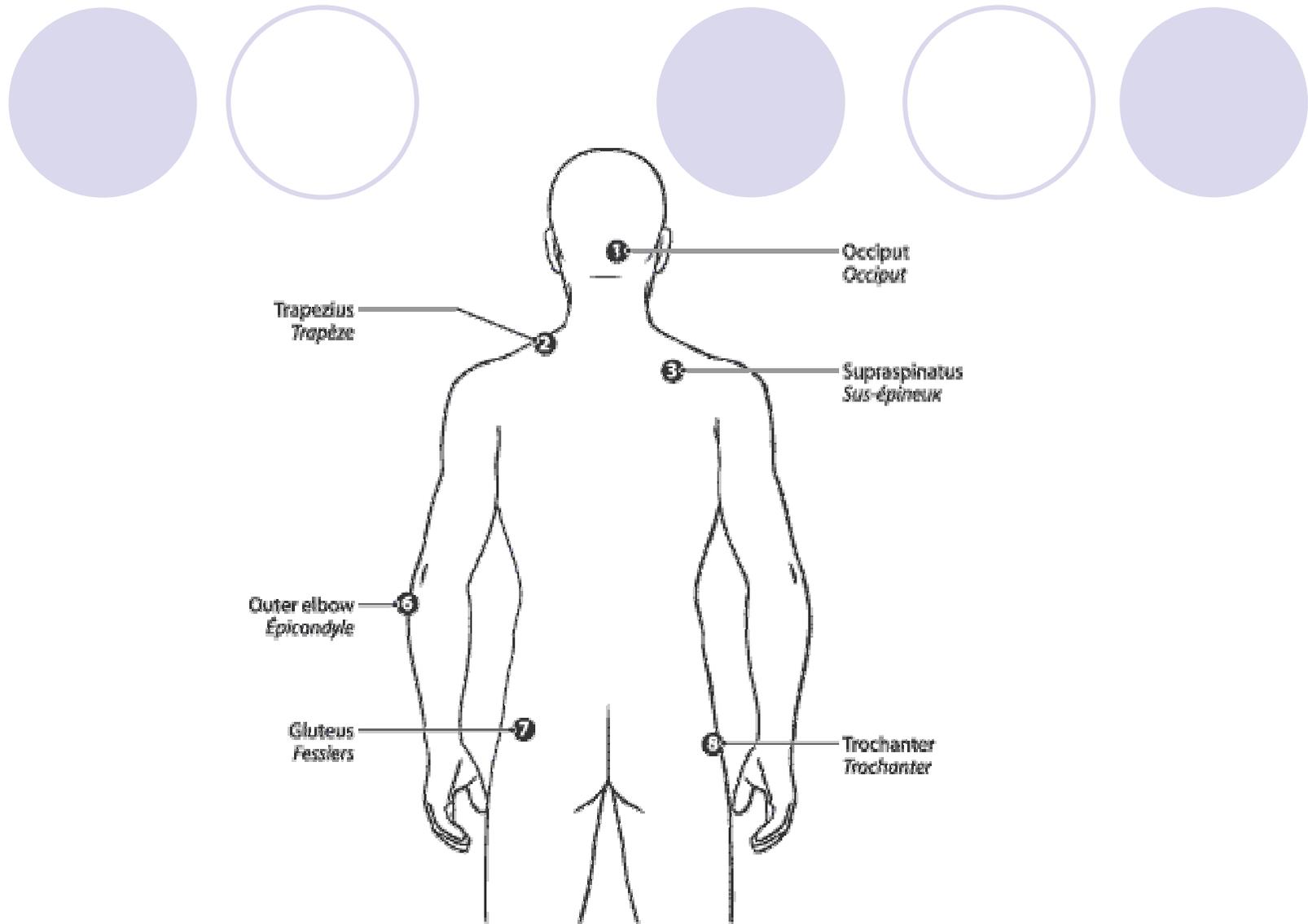
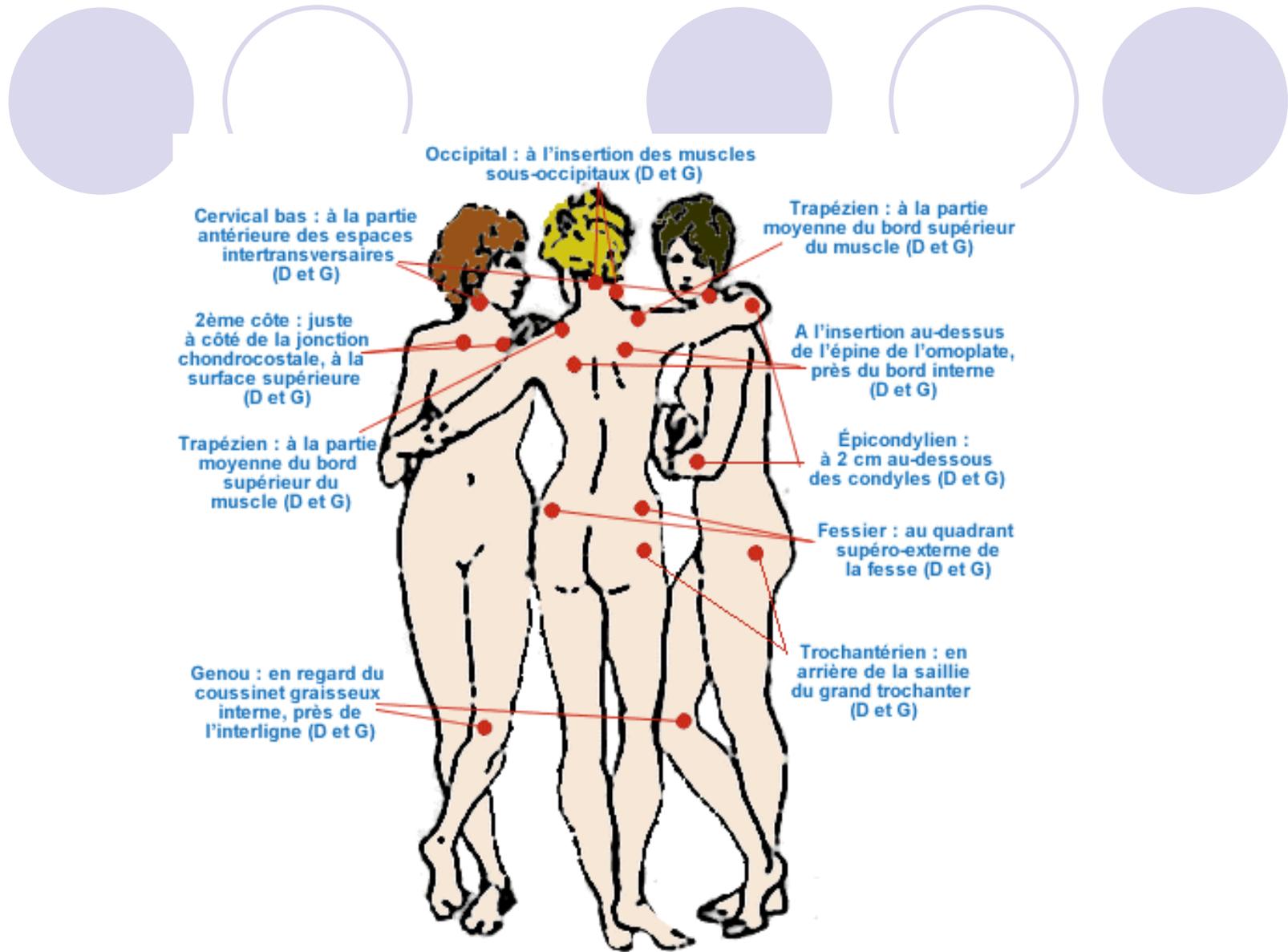
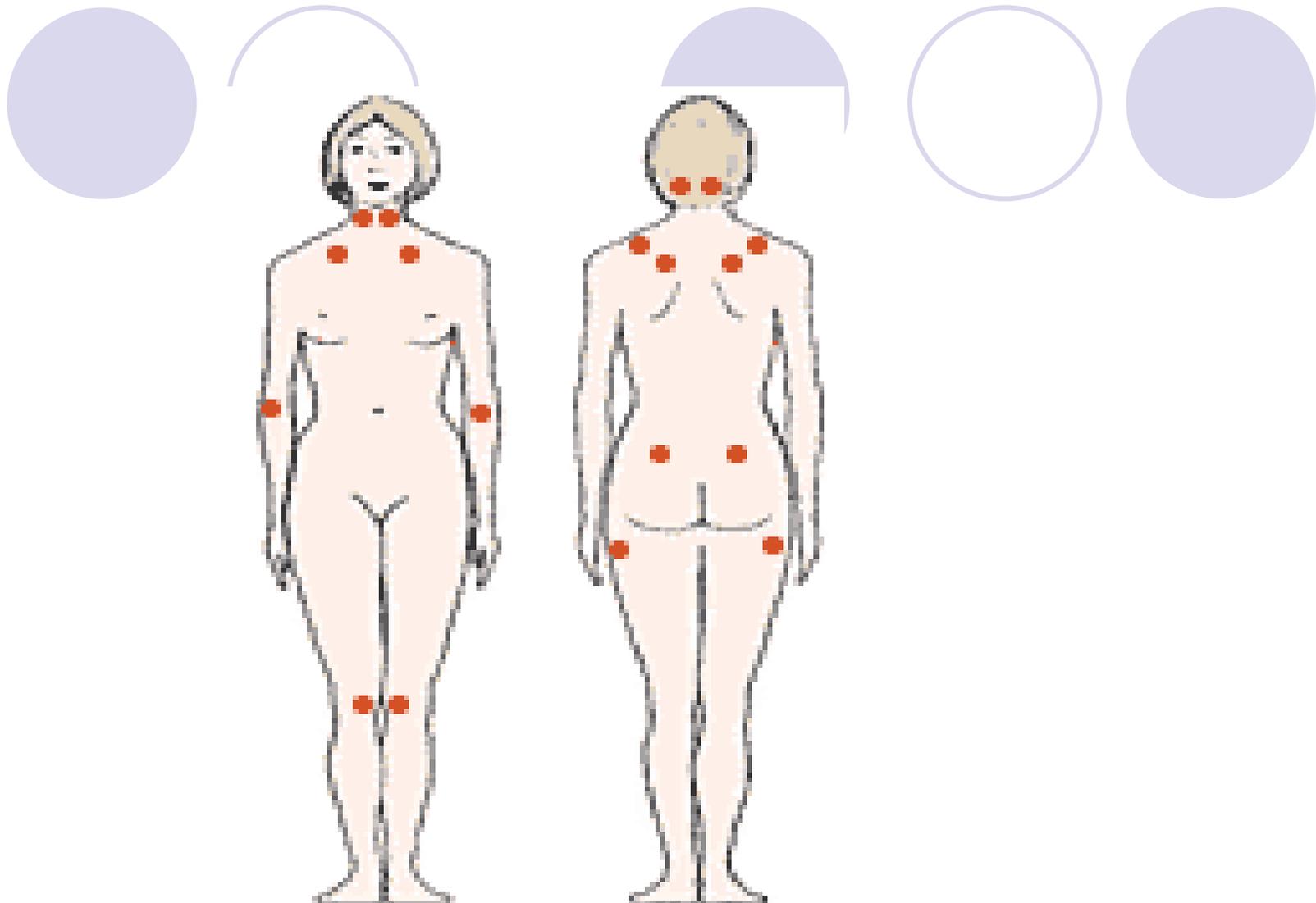


Figure 2. Fibrositis tender points (posterior)
Figure 2. Points douloureux de la fibromyalgie (Région postérieure)





Les points sensibles
du corps



Critères majeurs (M.F. Kahn 1981)

- **Douleur diffuse depuis plus de trois mois sans diagnostic précis -**
- **Points nombreux et multiples retrouvés à la pression manuelle exercée par l'examineur atteignant un score de 50 -**
- **Absence de pathologie sous-jacente ou de signes biologiques d'inflammation -**
- **Consultation sans conclusion d'au moins cinq médecins**

Critères mineurs (M.F. Kahn 1981)

- **Sommeil non réparateur -**
- **Réveil avec raideur et contracture -**
- **Fatigue dans la journée à prédominance matinale -**
- **Augmentation par le stress, l'activité -**
- **Diminution par le repos et le chaud -**
- **Migraine, céphalées, côlon irritable**

Limites des points douloureux à la pression

- **Ce sont des critères *de classification* et non de diagnostic**
- **Ils ne fixent pas les limites de la maladie.**
- **Sensibilité imparfaite, encore qu'excellente, laisse place notamment à des patients considérés comme souffrant de la maladie et qui ne les remplissent pas parce qu'on leur trouve moins de 11 points douloureux.**
- **L'appréciation des points douloureux demande des examinateurs entraînés , et, même évalués par le même examinateur, ils sont variables d'un jour à l'autre, et sensibles notamment au degré d'anxiété.**

Formes particulières et limites de la fibromyalgie

- ***La FM de l'homme est peu fréquente.***
 - 536 cas, examinés de façon consécutive: 469 femmes et 67 hommes
 - **Hommes: symptômes moins nombreux, moins de points douloureux, moins de douleur diffuse à tout le corps, moins de fatigue, en particulier au lever, et moins de colopathie fonctionnelle.**
 - pas de différence entre les sexes pour l'évaluation globale de l'état de santé, de la gêne fonctionnelle et de l'intensité de la douleur.
- ***La FM de l'enfant***
 - comme pour l'adulte, une approche biologique complexe et psychosociale combinée est actuellement en faveur.
 - l'évolution à distance est moins favorable chez les enfants qui accusent de multiples symptômes et une dépression importante, dès le début
 - dans les autres cas, l'évolution est plutôt plus favorable que celle des adultes.



Fibromyalgie associée

- **étude épidémiologique de cohorte**
 - échantillon de la population générale de 62.000 sujets,
 - 2595 patients atteints de FM ont été détectés (4,18%)
 - les principales affections associées étaient
 - la polyarthrite rhumatoïde (PR)
 - lupus érythémateux systémique (LES)
 - avec un risque relatif respectivement de 7,05 et 2,14% par rapport à la population générale.
- **autre étude regroupant 11.866 polyarthritiques**
 - la FM était présente chez 1731 (14,58%)
 - PR était plus sévère, plus difficile à contrôler, et plus souvent associée à un diabète et un syndrome dépressif.
- **concernant le LES**
 - prévalence de 17,3% de la FM
 - affectant la qualité de vie des patients. Dans une population mexicaine (où la FM est relativement peu fréquente), une prévalence de 9,5% a été signalée au cours du LES .



Fibromyalgie associée

- **le syndrome de Sjögren (SGS)**
 - **affection souvent associée.**
 - **une équipe italienne a étudié la prévalence et les signes distinctifs de la FM dans une étude contrôlée appariant sujets sains, patients diabétiques, patients atteints de SGS et patients souffrant de FM primitive.**
 - **le diagnostic de FM a été porté dans 22% des cas de SGS, chez 12,2% des diabétiques et 3,3% des contrôles sains. Les patients atteints d'un SGS primitif associé à une FM avaient une maladie moins sévère que ceux n'ayant pas cette association.**
- **tableau de FM signalé**
 - **chez des porteurs chroniques du virus de l'hépatite C,**
 - **chez les porteurs d'anticorps anti-thyroïdiens et au cours d'insuffisances thyroïdiennes.**



Fibromyalgie associée

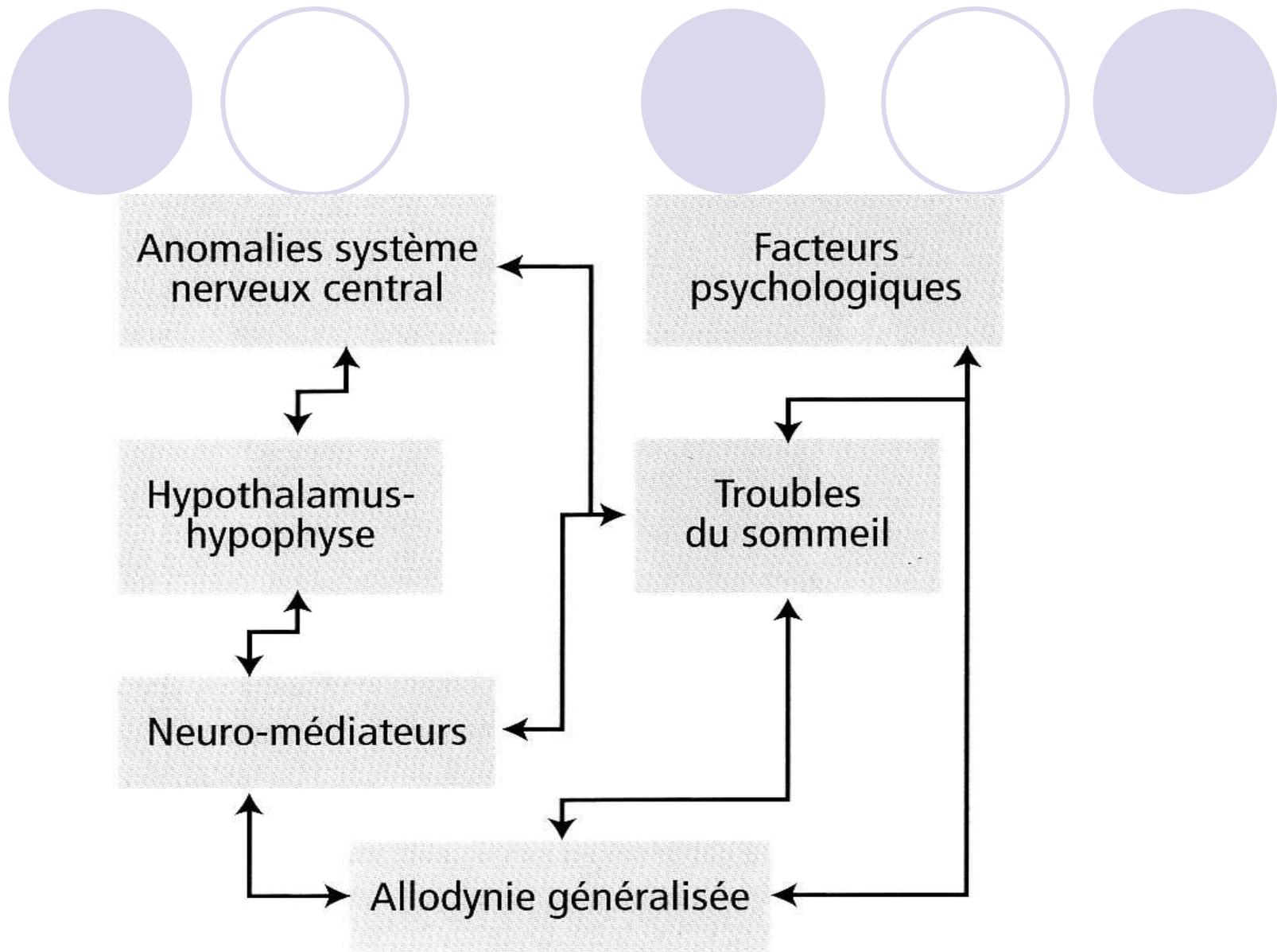
- **Faut-il considérer ces formes associées comme distinctes de la FM « primitive » ?**
- **Dans l'état actuel des connaissances, la signification du lien entre ces maladies ou états pathologiques parfaitement définis et la FM qui les accompagne nous échappe.**
- **De ce fait, et parce que rien ne distinguait à l'analyse ces formes associées de la FM isolée, ou primitive, WOLFE et *al.*, lors de l'établissement des critères de classification de l'ACR, avaient pris le parti de les désigner « FM secondaires-concomitantes » et de ne pas en faire des critères d'exclusion.**
- **Rien n'est venu, lors des 15 dernières années, éclairer le débat. Tout au plus peut-on remarquer qu'aucun exemple n'a été publié de guérison du syndrome de FM par un traitement efficace de la maladie associée, ce qui plaide plutôt pour la classification de ces formes associées comme authentiques FM.**

Le syndrome de fatigue chronique

- **Le syndrome de fatigue chronique (SFC)**
 - un état d'asthénie datant d'au moins six mois, sans cause,
 - non atténué par le repos et entraînant une baisse de plus de 50% de l'activité quotidienne.
 - Symptôme dominant, la fatigue s'accompagne de douleurs articulaires et musculaires, de troubles du sommeil, de céphalée, de troubles cognitifs, de fébricule, de douleur pharyngée et d'adénopathies cervicales.
- **Le SFC a beaucoup de ressemblance avec la FM**
 - chronicité et la faible sensibilité aux traitements
 - différence principal: le premier symptôme mis en avant, fatigue dans le SFC, douleur dans la FM.
- **En l'absence d'indications sur la nature et l'origine du SFC, cette proximité n'apporte pas d'éclairage nouveau sur la FM.**

Physiopathologie: un désordre central de la modulation douloureuse

- **La constatation clinique essentielle dans la FM**
 - qui justifie le choix en tant que critère de classification des points douloureux à la pression,
 - est qu'il existe chez les patients qui en sont atteints un abaissement du seuil de perception douloureuse, avec induction de douleur par un stimulus qui n'en induit pas à l'état normal (allodynie).
 - Cet abaissement du seuil douloureux a été abondamment démontré, non seulement pour la pression, mais aussi pour des stimuli thermiques et électriques, et on a même signalé une amplification sensorielle, comportant hyperacousie et hypersensibilité vestibulaire.
- **Ces anomalies sont imputées à une exacerbation de phénomène de sensibilisation du deuxième neurone**
- **Les récepteurs NMDA (N-méthyl-D-aspartate) sont impliqués à ce niveau et l'effet favorable de leur antagoniste, la kétamine, sur la douleur des fibromyalgiques apporte un argument à ce mécanisme.**



Physiopathologie: un désordre central de la modulation douloureuse

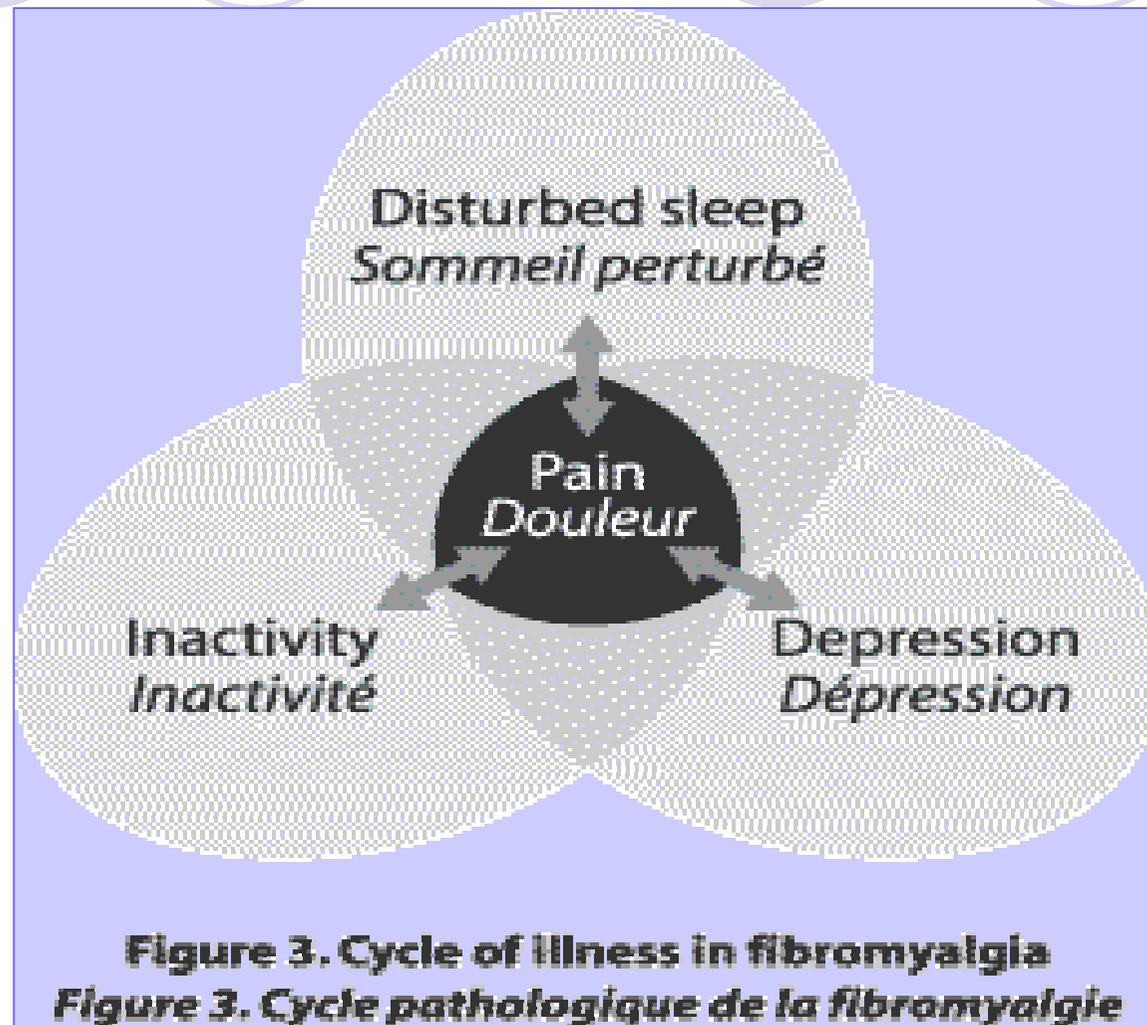
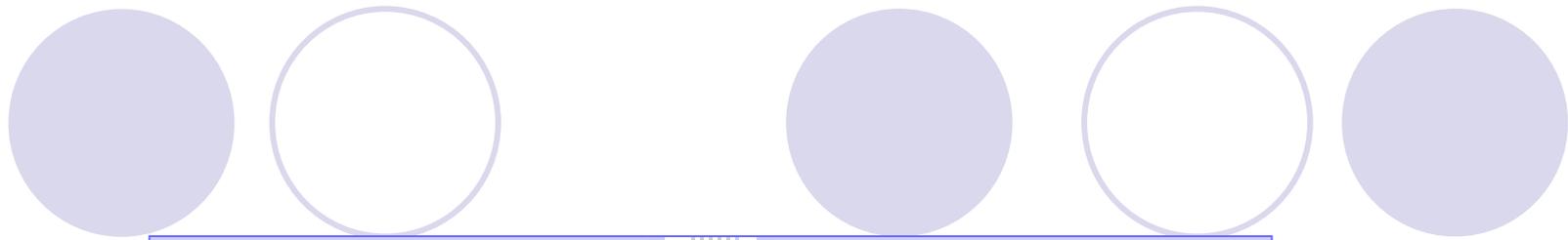
- **Une diminution du taux sérique de sérotonine et du taux de son métabolite, l'acide 5HIA, dans le LCR.**
- **La sérotonine intervient dans la modulation douloureuse en diminuant la nociception, par une action dans la corne postérieure de la moelle et à l'étage supraspinal et intervient aussi dans la régulation du sommeil.**
- **Trouble du métabolisme de la sérotonine invoqué pour expliquer la céphalée, la dépression et la colopathie fonctionnelle.**
- **Taux élevé dans le LCR de la substance P, rôle dans la sensibilisation médullaire**
- **Les fibromyalgiques montrent, par rapport aux sujets normaux, un déficit des contrôles inhibiteurs de la douleur.**

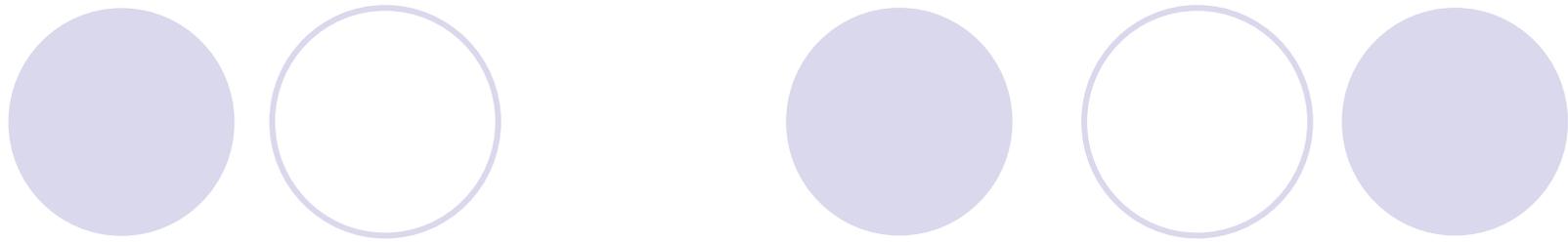
Physiopathologie: un désordre central de la modulation douloureuse

- **La débimétrie cérébrale, par tomographie par émission de positons (TEP), a montré chez les FM par rapport aux témoins, une réduction des flux sanguins cérébraux dans des zones impliquées dans la réduction des processus centraux d'inhibition de la transmission douloureuse.**
- **L'IRM fonctionnelle: la stimulation par une pression telle qu'elle provoque une douleur identique chez les malades et les témoins entraînait, chez les uns et les autres, une répartition similaire des régions activées, alors qu'une pression identique entraînait l'activation de régions plus nombreuses chez les patients. La FM serait caractérisée par une augmentation du traitement cortical et sous-cortical de la douleur.**
- **Ces anomalies de l'imagerie cérébrale complètent le syndrome clinique par un élément objectif, permettent de concevoir les centres nerveux supraspinaux comme origine commune aux anomalies de la perception douloureuse, troubles du sommeil, fatigue, troubles cognitifs, anxiété, dépression.**

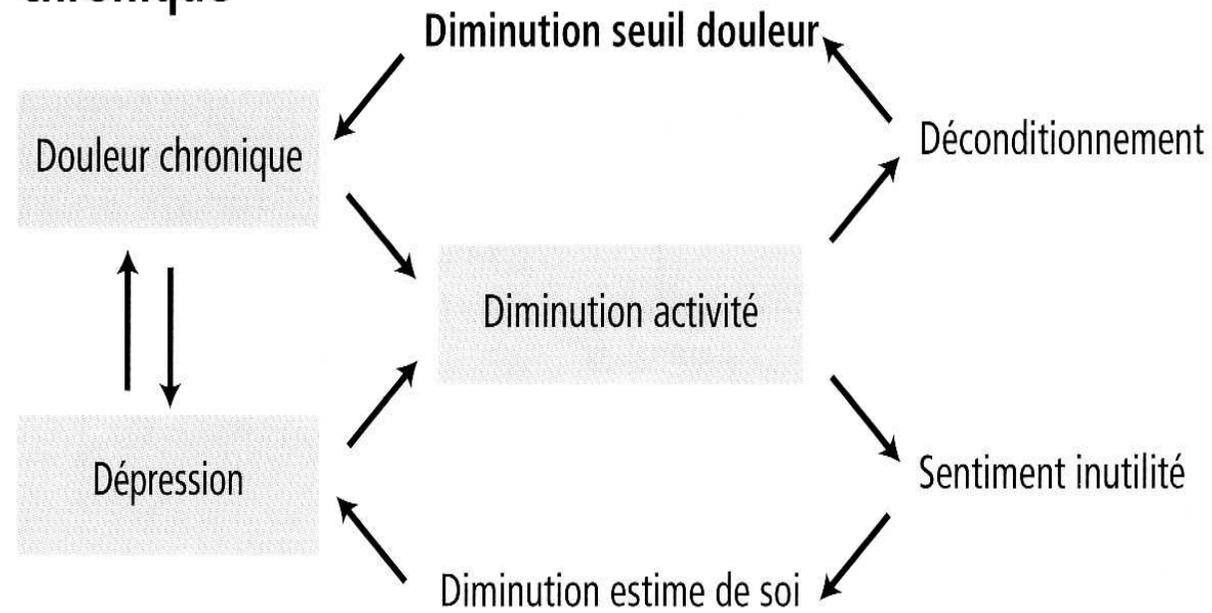
Physiopathologie: des anomalies neuro-endocriniennes

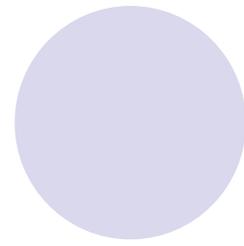
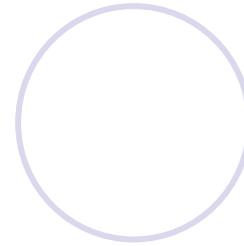
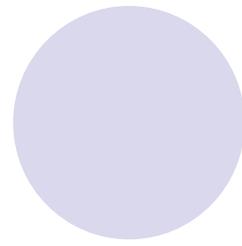
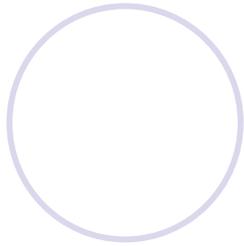
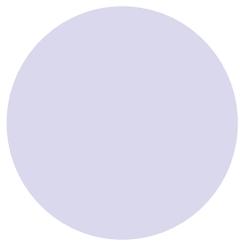
- **Paraissent aujourd'hui dépassées.**
- **Le dysfonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophysaire et du système nerveux autonome au cours de la fibromyalgie, serait expliqué par des traumatismes psychiques, intenses et/ou prolongés et expliquerait les douleurs chroniques, la fatigue, les troubles de l'humeur, du sommeil, les troubles digestifs et le déconditionnement physique. Ces travaux relatifs au système hypothalamo-hypophyso-surrénalien dans la FM sont contradictoires, ambigus, et ne peuvent fonder une hypothèse physiopathologique générale.**





Le cercle vicieux de la douleur chronique





Évolution, pronostic et conséquences sociales de la fibromyalgie

- *L'évolution* de la FM est chronique, et peu sensible aux mesures mises en œuvre pour la combattre. La patiente consulte généralement alors que les troubles sont installés depuis des mois ou années, et son état n'est souvent guère modifié après plusieurs années d'observation. Les points douloureux restent notamment assez constants alors que les autres symptômes peuvent se modifier [11].
- La douleur chronique, la raideur et la fatigue limitent les *capacités fonctionnelles* des patients qu'il s'agisse des activités quotidiennes ou professionnelles. Les tâches impliquant des efforts musculaires répétés ou en élévation des bras sont difficilement supportées. Le maintien au travail est souhaitable, surtout si l'on a pu adapter le poste aux capacités physiques de la patiente [35]. Une étude suédoise a montré que parmi 176 femmes souffrant de FM, 15 % travaillaient à temps complet et 35 % à mi-temps. Pour 99 % de celles qui travaillaient la capacité de travail était réduite mais maintenue grâce à la compréhension de l'employeur et l'aménagement du poste, en fonction de l'état individuel. S'agissant des patientes qui ne travaillaient pas, la FM était en cause selon les intéressées dans 23 % des cas.
- Il importe de remarquer que les études sur le retentissement social et professionnel de la FM ont été généralement faites sur des formes sévères du syndrome, chez des patients qui consultent dans des centres de prise en charge de la douleur. Elles ne concernent pas toutes les personnes qui répondent aux critères de classification, lesquelles peuvent à l'extrême n'exprimer aucune plainte spontanée [14].
- La présentation clinique et la capacité fonctionnelle sont en fait très variables d'un patient à l'autre et d'un jour à l'autre, en fonction des facteurs d'environnement, de l'état psychologique, des problèmes sociaux. On n'observe pas d'aggravation avec les années mais une stabilisation, voir même une légère amélioration à long terme [16, 25].
- Pour évaluer l'aspect pluridimensionnel où s'associent, douleur, fatigue, perturbation du sommeil, et perturbations fonctionnelles, de nombreux instruments ont été proposés ayant chacun ses inconvénients. La recherche s'oriente vers la mise au point d'un *index composite*, prenant en compte les différents paramètres et permettant un diagnostic et le suivi [36].
- Le « Fibromyalgia Impact Questionnaire » (FIQ) [37] est un instrument auto administré et qui mesure la fonction physique, les possibilités de travail, la dépression, l'anxiété, le sommeil, la douleur, la raideur, la fatigue et la sensation de bien-être. Ce questionnaire d'évaluation a le mérite d'avoir été traduit, validé et adapté en français sous le nom de « Questionnaire de mesure d'Impact de la Fibromyalgie » (QIF) [38] (annexe 2).
-