

MISE AU POINT

Rhumatologie La composante somatique de la maladie est enfin reconnue. Il n'y a pas de guérison de symptômes de la fibromyalgie mais différentes thérapeutiques associées et adaptées à la personne doivent permettre de réduire l'invalidité.

TRA T ! R " N ! F # R \$ M % A L & !

Dr Catherine Freydt (fmc@legeneraliste.fr), d'après un entretien avec le Pr Marcel-Francis Kahn (rhumatologue, professeur émérite à la Faculté Xavier Bichat – 46, rue Henri Huchard – 75018 Paris. Courriel : marcel_francis.kahn@club-internet.fr)

La fibromyalgie existe, bien que sa réalité comme maladie reste parfois contestée. Elle est reconnue par l'OMS dans sa classification internationale des maladies (CIM) et vient de faire, en janvier 2007, l'objet d'un excellent rapport de l'Académie nationale de médecine (6).

RAPPEL DIAGNOSTIQUE

La fibromyalgie touche environ 1 à 3% de la population des pays européens (5), essentiellement les femmes (90% des patients) d'âge moyen de 40 ans. Son diagnostic repose sur l'association de douleurs diffuses d'un certain nombre de points douloureux à la pression (*voir schémas ci-contre*), d'une fatigabilité générale et musculaire et de troubles du sommeil. Il n'existe aucune anomalie, biologique, immunologique, radiographique ou histologique(8). Cette maladie réelle, fréquente, bien que largement sous-diagnostiquée, correspond à une pathologie fonctionnelle du système nerveux.

Sa physiopathologie précise est inconnue, mais on a de plus en plus tendance à considérer la fibromyalgie comme un syndrome pouvant être lié à des anomalies diverses de la fonction douleur, sur laquelle les recherches se concentrent.

Il existe souvent un état anxio-dépressif dont on peut discuter le caractère primitif ou réactionnel. La fibromyalgie est habituellement attribuée à une anomalie complexe, dont l'origine centrale a été évoquée, en raison notamment de la mise en évidence d'anomalies de l'imagerie fonctionnelle cérébrale (6). En fait, la perception, la transmission, la modulation et l'intégration du phénomène « douleur » sont en cause. Marcel-Francis Kahn précise que le concept d'« allodynie généralisée » est souvent proposé.

L ! ' (\$ N T ') \$ " L \$ " R ! " * + L A (R ! ' ' \$ N



La pression exercée correspond au blanchiment de la pulpe de l'ongle de l'examineur. En moyenne, onze points douloureux sont nécessaires au diagnostic.

INFORMER SA PATIENTE, TEMPS CAPITAL DE LA PRISE EN CHARGE

Le rapport de l'Académie souligne, à juste titre, certains problèmes non ou mal résolus : les éventuelles formes infantiles, le rôle des traumatismes et les rapports de la fibromyalgie avec les autres syndromes douloureux diffus. Les patientes ont, pour la plupart, une histoire douloureuse ancienne, alternant accalmies et exacerbations. La méconnaissance du diagnostic, des consultations multiples souvent itératives, l'absence d'efficacité thérapeutique peuvent engendrer ou majorer des symptômes anxio-dépressifs et des crises d'angoisse aiguës souvent cataloguées « spasmophilie ».

> Identifier et croire les plaintes de sa patiente- C'est une première étape, capitale et indispensable, de la prise en charge. Ces femmes ont besoin que leur souffrance soit enfin reconnue et leur affection identifiée. Trop souvent, leurs troubles n'ont pas été pris au sérieux et mis sur le compte d'une maladie imaginaire ou, pire, simulée. A noter qu'un index spécifique mesurant l'impact de la fibromyalgie a été élaboré, le FIQ (voir rubrique « Echelle d'évaluation », p. 6).

> Une fois le diagnostic posé, l'information sur la maladie conditionne l'efficacité de la prise en charge. Il est utile et important de nommer l'affection (Barthes a dit : « Nommer, c'est soulager... »). Quelques explications sont utiles à donner aux patientes : la cause de la fibromyalgie n'est pas connue, cette maladie ne peut actuellement être guérie mais des traitements doivent permettre de les soulager. Elle n'entraînera jamais de handicap majeur ou de lésions définitives (2). Cette compréhension de la maladie est fondamentale. Le nombre de fibromyalgiques ayant recours à des médecines alternatives par manque d'identification de leur affection ou manque d'efficacité des traitements est élevé et leur échec va contribuer à la désespérance des patientes.

> Le soulagement de la douleur, maître symptôme de la maladie est capital, les patientes ayant souvent essayé de nombreux antalgiques en automédication. Les troubles du sommeil et ceux de l'humeur sont aussi à prendre en compte...

> « Il n'y a pas de traitement unique, spécifiquement actif dans le fibromyalgie » souligne le Pr Kahn (4).

LES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX

Certains ont fait la preuve d'une efficacité thérapeutique, d'autres pas (7) :

Les antalgiques

Leur usage est logique dans cette affection dont la douleur est le principal symptôme. Le paracétamol, souvent insuffisamment actif, doit être prescrit à la dose de 1 gramme toutes les six heures en permanence, et non à la demande. L'association paracétamol-dextropropoxyphène est bien tolérée, mais moins efficace que le tramadol dont la tolérance est malheureusement médiocre. L'association paracétamol-tramadol a prouvé son efficacité lors d'une récente étude. Les analgésiques morphiniques majeurs de niveau III sont peu efficaces, ont des effets secondaires notables et ils sont donc formellement déconseillés dans cette indication.

Les antidépresseurs

Ce sont les médicaments actuellement les plus utilisés et ils sont prescrits à des doses plus faibles que celles données dans la dépression. Il est indispensable d'expliquer à ses patientes que ces médicaments ne leur sont pas proposés pour leur action antidépressive mais pour leurs effets antalgiques et leur action favorable sur la qualité du sommeil, la fatigue et les troubles de l'humeur. Il n'existe d'ailleurs pas d'arguments permettant d'affirmer la présence d'une dépression vraie dans la fibromyalgie.

> Les antidépresseurs tricycliques. L'amitriptyline (type Laroxyl®, Elavil®...) est prescrite au coucher, à dose progressive, en commençant par 1 goutte (= 1 mg) et en augmentant progressivement (ce que la patiente peut gérer) jusqu'à un maximum de 40 à 50 mg, doses inférieures à celles utilisées dans les symptômes dépressifs.

> Si le rapport efficacité/tolérance n'est pas satisfaisant (persistance des douleurs, somnolence diurne...) et si la note dépressive est importante, on peut utiliser les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine. Plusieurs IRS ont fait l'objet d'études dans la fibromyalgie. Certains sont crédités d'une certaine efficacité (duloxétine, venlafaxine, milnacipan...). Pour certains auteurs, une meilleure efficacité est obtenue en associant de petites doses vespérales d'amitriptyline et un IRS.

Les traitements anti-épileptiques

Parmi les divers anti-épileptiques, volontiers choisis quand il existe des symptômes associés (céphalées de tension, syndrome des jambes sans repos...), la gabapantine, et surtout la prégabiline à la dose de 450 mg/jour, ont été crédités d'une certaine efficacité mais au prix parfois de somnolence et de vertiges. Ces anti-épileptiques agiraient sur la douleur et aussi sur la fatigue et la qualité du sommeil.

Les traitements n'ayant pas fait la preuve de leur efficacité

Les anti-inflammatoires, les corticostéroïdes, les myorelaxants n'ont pas démontré de réelle efficacité et

n'ont actuellement pas d'indication dans la fibromyalgie. Les benzodiazépines et les hypnotiques, à risque de dépendance, ne sont pas à conseiller, sauf pour certains cas particuliers.

LES TRAITEMENTS NON MÉDICAMENTEUX

Les traitements médicamenteux sont généralement insuffisants à eux seuls ; et l'accent est mis aujourd'hui sur l'importance d'une prise en charge multidisciplinaire, avec des stratégies individualisées.

Les techniques de relaxation

> L'acupuncture- Elle a fait l'objet d'études dont les résultats sont actuellement contradictoires, mais plutôt positifs. Il ne faut pas hésiter à la proposer, dans cette pathologie de cause obscure ; toute voie thérapeutique qui peut soulager n'est pas à négliger même si l'efficacité résulte peut-être aussi d'un effet placebo et de celui d'une relation positive et empathique avec le médecin.

> "ne rééducation, avec l'usage de l'entraînement des exercices physiques de type aérobie (utilisation de tapis roulant, de bicyclette, rameur, step...) ou en milieu aquatique, des étirements musculaires ont démontré une efficacité incontestable sur la douleur, la pression des points douloureux et les performances à l'effort (3). Cette amélioration porte aussi sur le sommeil, la fatigue et le bien-être général. La difficulté consiste souvent à trouver des kinésithérapeutes bien au fait de l'affection. Le yoga, l'aquagym, avec un bon abord relationnel, font partie des aides possibles. Le tai-chi et les méthodes voisines sont bien acceptées.

> La prise en charge psychosociale- Elle ne doit jamais être proposée d'emblée car la patiente va en déduire que « tout est dans sa tête », que c'est « psychosomatique » et qu'en fait, on ne la croit pas. En revanche, si cette prise en charge est présentée comme justifiée par la pénibilité des symptômes et les difficultés de vie familiale, sexuelle et sociale, elle sera mieux acceptée. Diverses approches sont possibles, depuis la simple prise en charge dialoguée jusqu'aux méthodes cognitivo-comportementales. Certaines ont essayé l'hypnose avec succès.

PRONOSTIC ET ÉVOLUTION

Des travaux se sont attachés à l'avenir des patientes au long cours. Leurs conclusions sont en partie optimistes. Hormis les cas très invalidants, on note en revoyant les patientes 5 à 10 ans plus tard que si leurs symptômes persistent, identiques ou atténués, elles savent « faire avec ». Le fait qu'elles ne se soient pas aggravées et ne soient pas devenues de grandes invalides, les rassure ; ce qui induit un cercle vertueux qui va favoriser cette évolution favorable. □□

PRENDRE EN CHARGE LE CONTEXTE FAMILIAL

« La prise en charge du contexte familial amène souvent à faire le point des difficultés pas toujours exprimées spontanément (vie à la maison, vie sexuelle, etc.) et il peut être utile d'avoir une consultation de couple pendant laquelle, notamment, on précisera au conjoint qu'il ne faut pas penser que son épouse « n'a rien », comme, malheureusement, elle et lui ont pu l'entendre de la part de soignants sceptiques et/ou mal informés ! », explique le Pr Kahn. Cette prise en charge permettra de trouver des aménagements domestiques : allègement de certains travaux, aide du conjoint pour les tâches ménagères...

Commentaires
sur [888](#) - legeneraliste-2r

N°2404 | 23 mars 2007 | La FMC du spécialiste en médecine générale | 9

LES DIFFICULTÉS PROFESSIONNELLES

• 50 à 70% des fibromyalgiques ont une activité professionnelle, mais nombre d'entre eux ont des difficultés à y faire face alors que le maintien de cette activité est souhaitable. Un aménagement des horaires ou des conditions de travail s'avèrent souvent nécessaires. Un mi-temps thérapeutique transitoire peut donner le temps de trouver une solution adaptée. Dans certains cas, une invalidité de type 1 permet de garder une activité professionnelle réduite, mais il faut éviter l'invalidité totale qui risque d'aggraver le cercle vicieux par inactivité et déconditionnement musculaire (4). Quant aux conséquences professionnelles, et le rapport de l'Académie le précise bien, il n'y a pas une position de principe, sauf vis-à-vis d'une ALD, mais en ce qui concerne les arrêts de travail et la mise en invalidité, c'est au cas par cas. Pour certains patients, la Cotorep peut aider à un reclassement professionnel.

• Une collaboration médecin traitant, rhumatologue, médecin du travail et médecin de la Sécurité sociale est nécessaire pour aider ces patients, dont l'affection mal reconnue ne donne droit, en principe, ni à l'obtention d'une mise en invalidité, ni au statut d'affection de longue durée.

Le QIF est la version française validée du FIQ (Fibromyalgia Impact Questionnaire). C'est un outil multidimensionnel reflétant la qualité de vie chez la femme fibromyalgique.

: ;AL " !R LA <"AL T:) ! ; !
)AN' LA F #R\$M%AL& !

Dr Catherine Freydt

DATE
 SCORE

ÉCHELLE D'ÉVALUATION

! nt, ure= le numér , . ui décrit le mieu5 llétat général dans le. uel 3, us 3, us tr, u3e= actuellement (0 = toujours ; 1 = la plupart du temps ; 2 = de temps en temps ; 3 = jamais)

1- Etes-vous capable de Faire les courses > 0 1 2 3 Faire la lessive en machine > 0 1 2 3 (réparer 6 manger > 0 1 2 3

Faire la vaisselle 6 la main > 0 1 2 3 (passer l'aspirateur > 0 1 2 3 Faire les lits > 0 1 2 3

Marc4er plusieurs centaines de mètres > 0 1 2 3 Aller 3, ir des amis , u de la famille > 0 1 2 3

Faire du jardinage > 0 1 2 3 C, nduire une 3, iture > 0 1 2 3 M, nter les escaliers > 0 1 2 3

Au cours des sept derniers jours,

2 - Combien de jours vous êtes-vous senti(e) bien ? 0 1 2 3 4 5 6 7

(Si vous n'avez pas d'activité professionnelle, passez à la question 5)

Au cours des sept derniers jours,

3 - Combien de jours de travail avez-vous manqué à cause de la fibromyalgie ? 0 1 2 3 4 5 6 7

4 - Les jours où vous avez travaillé, les douleurs ou d'autres problèmes liés à votre fibromyalgie vous ont-ils gêné(e) dans votre

travail ? aucune gêne 0 B0 gAne tr?s imp, rtante

(indiquez d'un trait l'endroit de la ligne où vous vous situez entre les deux positions extrêmes)

Au cours des sept derniers jours,

(indiquez d'un trait l'endroit de la ligne où vous vous situez entre les deux positions extrêmes)

5 - Avez-vous eu des douleurs ? aucune douleur 0 B0 douleurs tr?s imp, rtantes

6 - Avez-vous été fatigué(e) ? pas du tout fatigué(e) 0 B0 e5trAmement 2atigué(e)

7 - Comment vous êtes-vous senti(e) le matin au réveil ? t, ut 6 2ait rep, sé(e) au ré3eil 0 B0 e5trAmement 2atigué(e) au ré3eil

8 - Vous êtes-vous senti(e) raide ? pas du tout raide 0 B0 e5trAmement raide

9 - Vous êtes-vous senti(e) tendu(e) ou inquiet(e) ? pas du tout tendu(e) 0 B0 e5trAmement tendu(e)

10 - Vous êtes-vous senti(e) déprimé(e) ? pas du tout déprimé(e) 0 B0 e5trAmement déprimé(e)

M, de d'empl, i E di5 . uesti, ns- La premi?re c, mp, rte di5 items et é3alue l'incapacité 2, ncti, nnelleF la deu5i?me . uesti, n teste le Gien/Atre F la tr, isi?me apprécie le retentissement de la 2igr, m1algie sur llacti3ité pr, 2essi, nnelle F les . uesti, ns 4 6 B0 utilisent une éc4elle 3isuelle anal, gi. ue E ll'aGsence de s1mptHme 6 gauc4e de lléc4elle est c, tée l OJ7 tandis . ue des s1mptHmes au ma5imum de leur intensité s, nt c, tés l B0 J-

Calcul des scores. uesti, n B E calculer la somme des scores, Gtenus au5 B0 s, us. uesti, ns7 et di3iser par 3 p, ur , Gtenir un résultat sur B0 F . uesti, ns 2 et 3 E calculer 7 K le résultat du patient 5 B7437 . ui d, nne également un c4i22re sur B0 F . uesti, ns 4 6 B0 E le résultat est e5primé directement sur B0- Le score total, obtenu en additionnant les scores correspond aux 10 questions, est exprimé sur 100.



BIBLIOGRAPHIE

Académie nationale de médecine-
La fibromyalgie. Rapport. 16 janvier 2007.
URL : <http://www.destination-sante.com/IMG/pdf/Fibromyalgie-rapport-Academie.pdf>.
(En accès direct sur legeneraliste.fr)
Ferr, t ' -7) um, nt) -7 & uillemin F-7 (, uc4 , t L-7 C , ste A- and T4e l Frenc4 & r , up F , r < ualit1 \$2 Li2e Researc4 J- Quality Of Life In Women With Fibromyalgia Syndrom
Validation Of The Qif, French Version Of The Fibromyalgia Impact Questionnaire. J Rheumatol. 2003; 30:1054-9.

BIBLIOGRAPHIE

B/ #l, tman F-7 #ranc , L-
La Fibromyalgie.
Privat, Toulouse 2006.
2/ Carli (7 & ra22in #7 Landais C-
Traitement de la fibromyalgie.
Le Concours Médical, 2005,
tome 127-38 : 2174-2179.
3/ & , ldenGerg) -L-7
#urcM4ardt C-7 Cr , 22 , rd L-
Management of Fibromyalgia
Syndrome. Jama 2004,
292, 2388-2395.
4/ Na4n M-/F- Fibromyalgie :
où en est-on. La Revue du
Praticien ; 2003, 53 : 1865-1872.
9/ Lindell L-7 #ergman ' -7
(eterss , n -/F- et al- Prevalence
of Fibromyalgia and Chronic
Widespread Pain. Scand J Prim
Health Care 2000, 18, 149-153.
0/ MenMes C-/L-7 & , deau (-
La fibromyalgie. Académie
nationale de médecine,
16 janvier 2007.
<http://www.academiemedecine.fr/actualites/rapports.asp> (en accès direct sur legeneraliste.fr).
7/ (err , t ' - Des médicaments
pour traiter la fibromyalgie ?
Revue et analyse de la littérature.
Rev Rhum 2003, 70 : 340-345.
P/ Q , l2e F-7 ' m1t4e R-/A7
%unus M-/#- et al- The American
College of Rheumatology 1990
Criteria for the Classification
of Fibromyalgia. Arthritis
Rheum, 1990, 33(2), 160-172.