

L'OBSERVATOIRE
DU MOUVEMENT

LETTRE D'INFORMATION (3 numéros par an)

novembre 2003

N°09

Editorial

La fibromyalgie : mythe ou réalité ?

"Docteur, j'ai mal partout, depuis toujours et personne n'a voulu m'entendre et me comprendre". Cette phrase peut résumer en quelques mots la fibromyalgie. Cette entité, essentiellement clinique, est actuellement l'objet de controverses quant à sa définition nosologique et son intérêt réel. Son nom, même, a varié : fibrosite, polyenthésopathie, syndrome polyalgique idiopathique diffus. Il n'en est pas moins vrai que nous la rencontrons tous les jours dans nos cabinets de consultation. 4 à 5 % des patients consultant en médecine générale auraient ce diagnostic, 10 % en rhumatologie. La prévalence dans les pays occidentaux est estimée à 0,1 à 3,3 %, pouvant même atteindre 8 à 10,5 % des femmes de 20 à 49 ans dans une étude norvégienne (Forseth et Gran en 1992). Aucun pays n'est épargné : enquêtes au Pakistan ou en Israël. Les femmes sont plus affectées (1 à 4,9 %) que les hommes (0 à 1,6 %).

Grande fréquence mais aussi important retentissement sur la vie quotidienne : difficultés dans la vie de couple, arrêts de travail, invalidité.

Fréquence, gravité justifient de s'intéresser à cette pathologie, son diagnostic et son traitement. Le diagnostic, en lui-même, a, d'ailleurs, des vertus bénéfiques rassurant le malade et arrêtant des explorations inutiles et souvent redondantes.

Cette "lettre du mouvement" a pour but de vous donner, dans une optique essentiellement pragmatique, ce que l'on doit savoir en 2004 sur la fibromyalgie.

Pr. Francis Blotman

LA FIBROMYALGIE

1^{ÈRE} PARTIE

SOMMAIRE	Editorial : F. Blotman	1	Traitement : E. Thomas	6
	La fibromyalgie : diagnostic : F. Blotman	1	Fibromyalgie et psychiatrie : D. Capdevielle et J.-P. Boulenger	8
	Mécanisme physio pathologique : E. Thomas	4	Brèves	4, 6, 10

La fibromyalgie : diagnostic

La fibromyalgie est, essentiellement, une maladie de la femme (75 à 80% des cas) avec un âge moyen de début des troubles de 30 ans. Des formes de l'enfant ou de l'adolescent sont possibles. Le déclenchement des troubles est variable, succédant parfois à un stress, un traumatisme physique ou psychique (décès, licenciement, divorce). Ces fibromyalgies dites réactionnelles apparaissent particulièrement sévères.

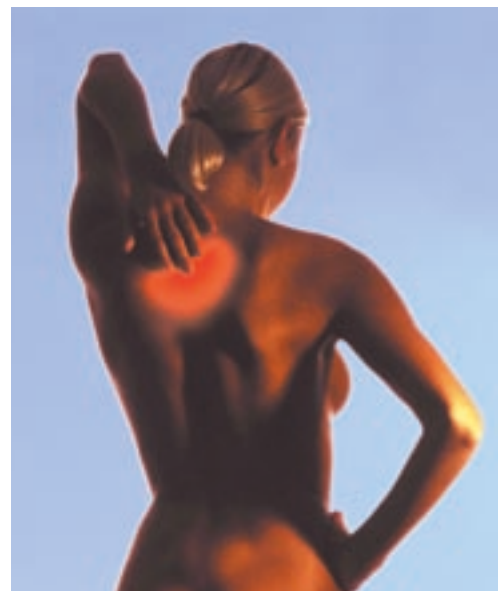
Les plaintes des malades :

La douleur est toujours au premier plan, mais deux grands tableaux cliniques s'opposent.

Le plus souvent, il s'agit de douleurs généralisées, diffuses, "mal partout, depuis toujours", pouvant faire croire à une maladie articulaire osseuse ou systémique. Les douleurs sont intenses, comparables à celles de la polyarthrite rhumatoïde, permanentes, très mal vécues. Plus rarement, ce sont des douleurs localisées, surtout rachidiennes (lombalgies ou cervicalgies chroniques, rebelles, coccygodynie rebelle) qui constituent l'essentiel de la symptomatologie. La malade a souvent subi, en vain plusieurs interventions rachidiennes.

Dans les deux cas, formes diffuses ou localisées, la chronicité et l'échec des différentes thérapeutiques (inefficacité habituelle des antalgiques et des anti-inflammatoires non stéroïdiens) attirent l'attention. Les douleurs diffuses ou localisées, sont majorées par l'effort, le surmenage, les différents stress, les variations météorologiques. Le repos, les vacances ont, en règle générale, à l'inverse, un effet bénéfique. Divers signes fonctionnels sont associés aux douleurs et contribuent souvent à faire errer le diagnostic. Un enraidissement matinal, de plusieurs heures

parfois, est fréquent (90%) et pose des problèmes de diagnostic difficiles, surtout qu'il s'accompagne souvent (30%) d'une tuméfaction subjective des doigts. La tuméfaction n'est par contre jamais constatée par le médecin. Un syndrome sec, des anoma-



Fibromyalgie en chiffre

- Surtout la femme (70% à 90%) d'âge moyen (43 ans)
- 6 à 20% des consultations rhumatologiques, 10% des consultations sur la douleur, 2% de la population générale : prévalence 3,4% femmes et 0,5% hommes (Wolfe 1996)
- La douleur est le symptôme dominant. Elle s'accompagne :
 - de troubles du sommeil 95%
 - d'asthénie 89%
 - syndrome anxio-dépressif 86,4%
 - troubles cognitifs 87,8%
 - troubles fonctionnels digestifs 32%
- 90% des patients FM ont consulté, au moins 1 fois, un rhumatologue, 72% un algologue, 67% un psychiatre, 67% un neurologue, 33% un chirurgien, 80% ont consulté 4 spécialistes (enquête Hôpital Saint Antoine)
- 4 ans en moyenne sont nécessaires pour affirmer le diagnostic
- 90% des patients FM ont eu recours à une médecine alternative (seulement 30% des arthrosiques)
- 26% reçoivent une indemnisation et 26% ont une pension d'invalidité
- Le taux d'incapacité professionnelle va de 30% à 50% - 60 à 70% poursuivent une activité professionnelle
- Aux Etats-Unis, le coût moyen annuel par malade est supérieur à 5945 dollars.

lies neuro-vasculaires, une impression de froid des extrémités, des paresthésies des doigts, un livedo réticulaire, un syndrome de Raynaud complètent souvent les plaintes des malades. Une composante musculaire est habituelle: myalgies spontanées ou à la pression, contracture musculaire (surtout sur les muscles cervicaux, trapèzes, sterno-cléido-mastoïdiens) avec impression caractéristique de "muscles noués".

La douleur de la Fibromyalgie

Elle est :

- Diffuse à prédominance axiale et rhizomélique
- Chronique
- Rebelle à tout traitement
- Spontanée, majorée par la mobilisation articulaire avec enraidissement matinal
- D'intensité variable
- Très diverse dans sa description
- Influencée par les événements de la vie courante (climat/humidité)
- Elle ne repose sur aucun signe objectif en dehors des points douloureux.

L'électromyogramme est toujours normal.

Le caractère désespérément chronique, la diffusion des douleurs, l'absence de localisation précise et d'anomalies aux examens neuro-radiologiques - souvent nombreux - déjà réalisés, orientent vers le diagnostic de fibromyalgie. Egaleme nt suggestifs sont les troubles du sommeil, spontanément signalés par les malades, avec une intense fatigue matinale. Cette asthénie matinale s'accompagne d'une fatigabilité anormale aux efforts répétitifs et/ou au maintien d'une attitude.

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

D'autres troubles y sont souvent associés. Céphalées chroniques ou migraineuses sont habituelles. La colite chronique est très fréquente (70% des fibromyalgies ont une colite chronique et 65% des colitiques chroniques souffrent également de fibromyalgie, contre 10% des témoins). Des cystalgies à urines claires complètent parfois le tableau clinique.

Facteurs influant sur la fibromyalgie

d'aggravation	d'amélioration
- Humidité et froid	- Temps sec et chaud
- Sommeil non réparateur	- Sommeil restaurateur
- Fatigue	- Activité modérée
- Surmenage	- Bains chauds
- Inactivité physique	
- Stress	
- Anxiété	

Le problème des troubles psychiatriques éventuellement associés (dépression) sera évoqué dans l'article consacré à la physiopathologie. Le retentissement familial et professionnel de la fibromyalgie est habituellement considérable.

Critères ACR 1990

- Douleur diffuse le plus souvent axiale (rachis) et rhizomélique évoluant depuis + de 3 mois.
- Douleur à la palpation digitale d'au moins 11 des 18 points sensibles définis par Yunus.

Pour certains 5 points douloureux associés à trois autres critères mineurs (sommeil, asthénie, céphalée, troubles neurovasculaires etc.).

Les données d'examen

L'examen est souvent difficile chez des malades exagérant leurs réponses avec des gémissements ou des plaintes disproportionnées. Il confirme l'intégrité des surfaces articulaires et des éléments musculaires. L'élément décisif est constitué par les points douloureux multiples. Ils sont très caractéristiques, remarquablement constants et fixes chez un sujet donné, siégeant soit dans une zone spontanément douloureuse, soit dans des zones non douloureuses. En règle générale, on retrouve un point douloureux cervical bas, trapézien moyen, à la jonction chondrocostale (1^{ère} côte), muscle supra-épineux, épicondyliens, lombaire bas et fessier, à la face interne des genoux. Le nombre exact de points nécessaires au diagnostic varie selon les auteurs mais les points classiques sont retrouvés dans la quasi-totalité des cas. Les critères de diagnostic actuellement retenus (American College of rheumatology) comportent la découverte de 11 points douloureux associés à une histoire de douleur diffuse.

Examens complémentaires de base (première intention)

- F.N., V.S., Plaquettes, CRP
- Electrophorèse des protéines - Facteur rhumatoïde.
- Ionogramme - Bilan phospho/calciq ue.
- Fonction rénale et hépatique.
- Glycémie
- Bilan thyroïdien
- Enzymes musculaires

A côté des points douloureux, la sensibilité du tissu cellulaire sous-cutané à la manœuvre du pincé-roulé est également caractéristique, comme la contracture musculaire, en particulier sur les trapèzes et sterno-cléido-mastoïdiens et la découverte de zones de cellulalgie. Le reste de l'examen ostéo-articulaire est normal. Il n'y



Les points de fibromyalgie

9 points x 2

Cervical bas : bilatéral à la partie antérieure des espaces intertransversaux C5C6.

Bilatéral à la jonction chondrocostale 2^{ème} cote.

Genou bilatéral : vers le paquet adipeux médian proche de l'interligne.

Occiput bilatéral à l'insertion des muscles sous occipitaux.

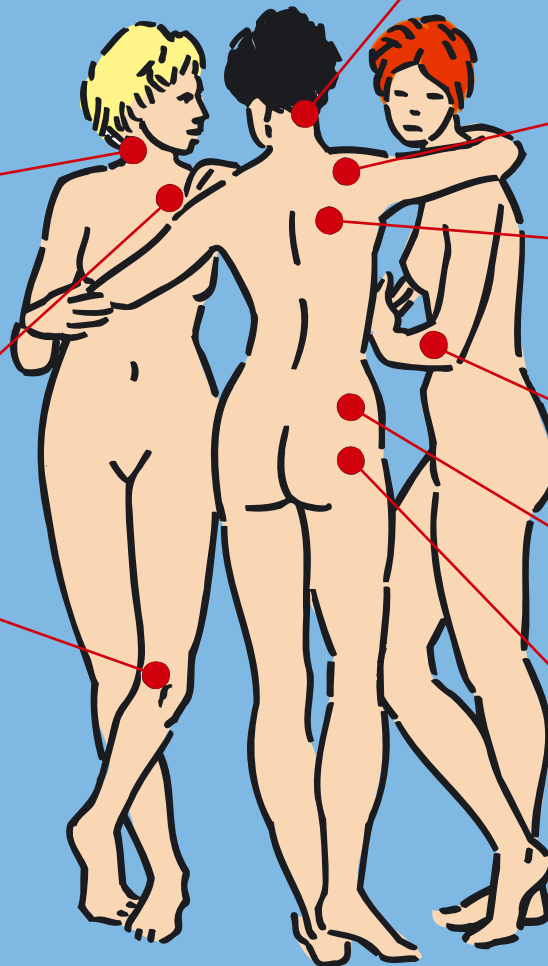
Trapézien : bilatéral à la partie moyenne du bord supérieur du muscle.

Sus-épineux : bilatéral à l'insertion de l'épine de l'omoplate près de son bord interne.

Epicondylien : 2 cm au-dessous de l'épicondyle.

Fessier bilatéral : quadrant supéro-externe de la fesse.

Trochantérien : bilatéral en arrière de la saillie du grand trochanter.



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



Diagnostic différentiel 1 de la fibromyalgie primitive

Tableaux diffus

Polyarthrite rhumatoïde
Connectivites
Syndrome de Gougerot-Sjogren
Pseudo-polyarthrite rhizomélique
Syndrome Parkinsonien
Hypothyroïdie
Myofasciite à macrophages
Etats psychiatriques (dépression, névrose)

a pas de tuméfaction articulaire objectivable : la malade a d'ailleurs conservé ses bagues... Des lésions banales, par exemple d'arthrose des doigts (nodosités d'Heberden et Bouchard) peuvent être retrouvées.

Les examens biologiques et radiologiques

Ils sont normaux ou peu perturbés (arthrose banale) et servent essentiellement à différencier les multiples affections qui peuvent simuler la fibromyalgie. Le bilan minimum à pratiquer doit, à notre sens, comporter, des tests d'inflammation (vitesse de sédimentation globulaire, C - Réactive protéine), la recherche de facteur rhumatoïde et d'anticorps anti-nucléaires et le dosage des hormones thyroïdiennes. *Il n'y a, actuellement, aucun test biologique spécifique de fibromyalgie.*

Les diagnostics à éliminer

De nombreux diagnostics doivent être éliminés avant de pouvoir évoquer la fibromyalgie. En dehors de la polyarthrite rhumatoïde au début, la maladie arthrosique, le syndrome de Gougerot-Sjogren, l'hypothyroïdie sont les éventualités les plus fréquentes. La myofasciite à macrophages simule la fibromyalgie. Les circonstances d'apparition, après une vaccination contre l'hépatite B et la biopsie musculaire orientent le diagnostic.

Fibromyalgie chez l'homme

Yunus et collaborateur

J. Rheumatol 2000, 27 : 485-90.

Elle est plus rare

Moins de douleurs (86,6% à 98,4%)

Moins d'asthénie (65,2% à 79,4%)

Moins de troubles du sommeil (73,1% à 75%)

Moins d'anxiété (53,7% à 68,8%)

Moins de colopathies fonctionnelles (13,8% à 38,9%)

La prise en charge habituelle donne dans l'ensemble de moins bons résultats.

La fibromyalgie est plus rare chez l'homme. La symptomatologie est légèrement différente, moins de douleur, moins de fatigue, moins de troubles du sommeil, moins d'anxiété.

Diagnostic différentiel 2

Tableaux localisés

Dérangement intervertébral mineur
Néuralgie d'Arnold
Périarthrites scapulo-humérales
Lombalgies et sciatiques
Dorsalgies
Néuralgies cervico-brachiales
Epicondylalgies
Dorsalgies posturales
Syndrome de Tietze
Périarthrites de hanche
Gonarthrose
Tendinite de la patte d'oie

Les fibromyalgies secondaires

Polyarthrite rhumatoïde
Arthrose diffuse
Syndrome de Gougerot-Sjogren
Hypothyroïdie

La situation est, d'ailleurs, plus complexe dans la pratique quotidienne car il existe des fibromyalgies secondaires à certaines maladies, notamment la polyarthrite rhumatoïde, le syndrome de Gougerot-Sjogren ou le lupus érythémateux. La maladie initiale est éteinte, il n'y a plus de syndrome inflammatoire, mais la malade continue à souffrir de façon souvent très intense, avec un tableau de fibromyalgie. Certains examens biologiques peuvent alors être perturbés : réaction de Waaler Rose... On peut regretter que les critères de l'ACR ne prennent pas en compte la différence entre fibromyalgie primitive et secondaire.

- *Professeur Francis Blotman, Service de Rhumatologie, Hôpital Lapeyronie, Montpellier*

Myofasciite : signes de début

<i>Douleurs musculaires</i>	66,0 %
<i>Fatigue</i>	60,4%
<i>Douleurs articulaires</i>	37,7%
<i>Céphalées</i>	28,3%
<i>Dyspnée</i>	26,4%
<i>Douleurs abdominales</i>	26,4%
<i>Atteintes oculaires</i>	17,0%
<i>Douleurs thoraciques</i>	15,1%
<i>Infections urinaires</i>	15,1%
<i>Fièvre</i>	11,3%
<i>Perte de poids</i>	9,4%
<i>Dysphagie</i>	9,4%
<i>Épisodes diarrhéiques</i>	5,7%

Myofasciite à macrophages

- Connue depuis 1997

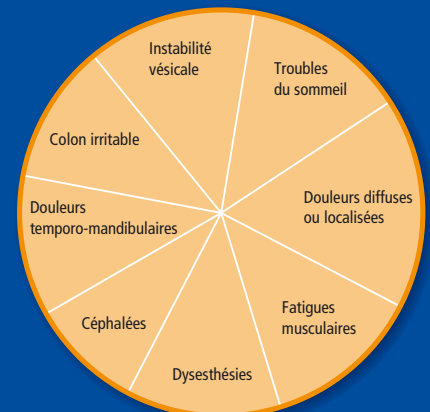
- Une centaine de cas recensés

- Une image particulière à la biopsie musculaire :

Myopathie inflammatoire à macrophages

- Survenant après vaccinations contre l'hépatite B (aluminium)

- Tableau comparable à la fibromyalgie



La roue symptomatique de la fibromyalgie

Brèves

Economic Cost and Epidemiological Characteristics of Patients with Fibromyalgia Claims

Rebecca L. Robinson, Howard G. Birnbaum, Melissa A. Morley, Tamar Sisitsky, Paul E. Greenberg, and Ami J. Claxton

Les coûts médicaux, les prescriptions et les coûts induits ou indirects sont significativement plus élevés chez les patients fibromyalgiques, que dans la population générale.

Les coûts totaux annuels des patients fibromyalgiques, sont de 5 945 US \$ versus 2 846 US \$ pour la population générale.

La prévalence de l'absentéisme est deux fois plus élevée chez les fibromyalgiques.

Pour chaque dollar dépensé par le fibromyalgique, l'employeur débourse entre 57 et 143 US \$ en coûts additionnels directs et indirects.

Diagnostic des algies diffuses

Thierry Cardon

Revue du rhumatisme 70 (2003) 288-291

Le diagnostic de FM est souvent difficile. Plusieurs cas de diagnostics sont évoqués

Atteintes musculaires toxiques ou iatrogènes.

Maladies musculaires douloureuses à l'âge adulte.

Le cheminement du diagnostic est souvent complexe, il doit s'appuyer sur des examens complémentaires précis.

Frontières entre fibromyalgie et syndrome de fatigue chronique

Frédéric Kochman et Coll.

Revue du Rhumatisme 70 (2003) 295-301

Résultats d'une enquête épidémiologique

L'enquête menée sur 68 sujets porteurs d'un syndrome de fatigue chronique et 107 fibromyalgiques rend compte de nombreuses similitudes entre ces deux syndromes et la complexité à la fois sémiologique et étiopathogénique de les séparer.

Mécanismes physio-pathologiques

Malgré de nombreux travaux de recherche, il n'est pas possible de formuler actuellement de schéma pathogénique uniciste de la fibromyalgie. Parmi les nombreuses hypothèses évoquées c'est la piste d'une anomalie du contrôle central de la douleur qui est la plus souvent évoquée. La fibromyalgie pourrait être considérée comme un trouble de la perception de la douleur avec une allodynie généralisée : douleur induite par des stimuli qui, à l'état normal n'entraînent pas de douleur.

Hypothèse périphérique

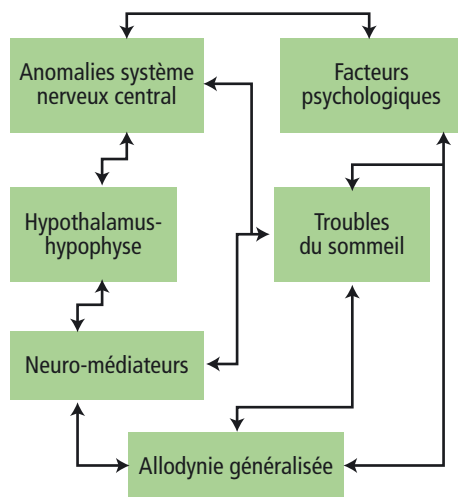
La plupart des patients se plaignant de fatigue et de douleurs musculaires, une atteinte primitive du muscle a été évoquée. Les anomalies qui ont été retrouvées concernent le métabolisme énergétique et la microcirculation musculaires. La biopsie musculaire permet d'éliminer toute atteinte inflammatoire ou fibrose. La spectrométrie par résonance magnétique a montré, à certains auteurs, une diminution de la teneur en phosphates énergétiques (ATP et phosphocréatine) dans le muscle. Une dysrégulation de la microcirculation musculaire a été suggérée devant la constatation d'un épaississement et d'une augmentation de surface de l'endothélium capillaire. Ces anomalies pourraient entraîner un défaut d'oxygénation musculaire. Les blocs sympathiques régionaux, qui augmentent le flux sanguin, permettent d'améliorer les manifestations musculaires. L'hypothèse musculaire reste cependant controversée car les capacités musculaires dynamiques et isométriques ne sont pas significativement différentes chez les fibromyalgiques par rapport aux témoins et les anomalies constatées en spectrométrie pourraient simplement correspondre à un muscle contracturé, anoxique.

Hypothèses centrales

Troubles du sommeil

Les troubles du sommeil sont toujours présents chez les patients fibromyalgiques, mais ne sont rapportés spontanément que dans 25% des cas. Les enregistrements polysomnographiques ont montré une diminution du pourcentage de sommeil lent-profond et de la durée du sommeil paradoxal. Ces modifications pourraient interférer avec le rôle restaurateur des phases de sommeil lent et expliquer certains symptômes de la fibromyalgie comme l'asthénie et les douleurs musculaires.

La responsabilité des troubles du sommeil dans le déclenchement de la fibromyalgie a été suggérée expérimentalement par la provocation de symptômes proches de ceux de la maladie par la privation de sommeil lent chez des volontaires sains. Ces anomalies, en fait, ne paraissent pas spécifiques, se rencontrant chez tous les douloureux chroniques.



Syndrome anxio-dépressif

Des symptômes de dépression évolutive sont souvent présents au cours de la fibromyalgie et des antécédents personnels de dépression sont retrouvés chez 50 à 70% des patients. La fibromyalgie n'est cependant pas une simple variante de la dépression. La dépression n'est pas toujours présente, pas toujours très importante et peut être guérie au moment du début de la

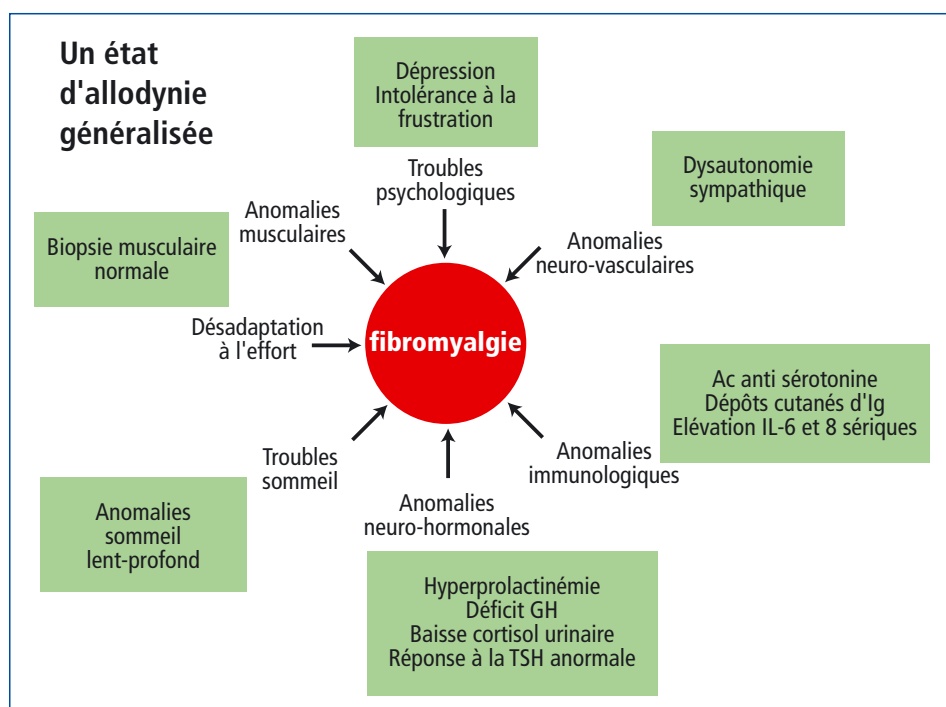
maladie. Les résultats des tests biologiques explorant l'axe corticotrope, utilisés dans la dépression majeure, ne sont pas perturbés de la même manière dans la fibromyalgie et dans la dépression. Le syndrome dépressif pourrait être, simplement, réactionnel à l'incapacité fonctionnelle et à l'isolement social provoqués par la maladie et à une prise de conscience plus importante de leur handicap chez certains patients.

Anomalies du contrôle central de la douleur

La diminution du seuil de perception de la douleur est un phénomène généralisé dans la fibromyalgie, n'affectant pas seulement les zones douloureuses à la pression. L'exploration par dolorimétrie a montré des anomalies quantitatives et aussi qualitatives de la réponse aux stimuli douloureux.

L'affection peut être définie comme un état d'allodynie généralisée ; c'est-à-dire qu'un stimulus mécanique, thermique ou électrique est ressenti de façon anormalement douloureuse par les patients, suggérant une aberration des mécanismes centraux de contrôle de la douleur. Ces anomalies peuvent être liées, au moins en partie, à une altération des mécanismes centraux d'intégration des stimuli nociceptifs. Il a été largement démontré que des stimulations nociceptives prolongées ou des lésions du système nerveux central peuvent entraîner un état d'hyperexcitabilité neuronale dans la moelle ou l'encéphale, créant un état de sensibilisation qui joue un rôle important dans le maintien de la douleur chronique.

Dans la fibromyalgie, il y a des preuves indirectes de la dysfonction du système de modulation de la nociception. Les techniques de



débitmétrie cérébrale (SPECT) ont montré une réduction du flux sanguin dans le thalamus et le noyau caudé, habituellement impliqués dans l'intégration des signaux douloureux. Les mêmes types de résultats ont été obtenus par l'IRM fonctionnelle. Des médiateurs intervenant dans les mécanismes de nociception et d'antinociception, comme la substance P et la sérotonine, sont modifiés de façon opposée. Le taux de substance P est élevé dans le liquide céphalo-rachidien, alors que la sérotonine et ses médiateurs y sont diminués. Des anomalies génétiques du promoteur du gène du transporteur de la sérotonine ont été récemment démontrées. L'activation des récepteurs NMDA est, en partie, à l'origine de l'allodynie comme le montre l'efficacité des inhibiteurs, comme la kétamine, chez certains patients. D'autres médiateurs participant au contrôle de la douleur comme la dynorphine A, le calcitonine gene-related peptide ou le nerve growth factor ont également été impliqués.

Autres hypothèses

Troubles endocriniens

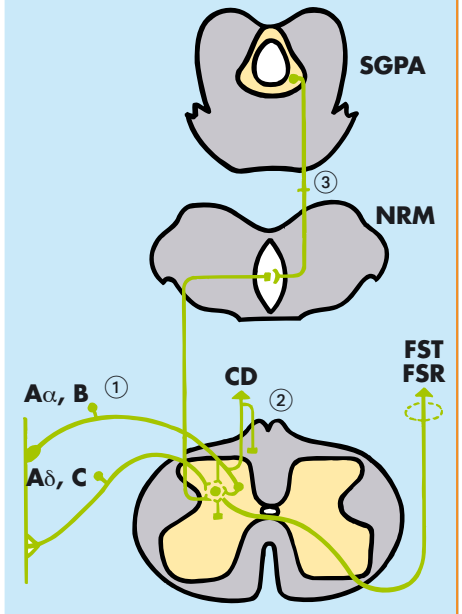
Un déficit en hormone de croissance est surtout significatif chez la femme ; il est probablement en relation avec les troubles du sommeil. Cette anomalie pourrait être responsable de l'absence de réparation des microlésions musculaires. D'autres anomalies sont fréquemment décrites : hyperprolactinémie, dysthyroïdies, baisse du cortisol urinaire, perturbations de la réponse aux tests de stimulation hypophysaire et surrénalienne. Le rôle des hormones sexuelles et de la mélatonine a également été évoqué.

Perturbations du système sympathique

Les altérations fonctionnelles du système nerveux autonome sont fréquentes dans la fibromyalgie. L'hypotension orthostatique est bien mise en évidence par le tilt test. La réponse sympathique



Contrôle de la transmission des messages nociceptifs au niveau médullaire



de microcirculation sanguine cutanée est diminuée lors des tests de stimulation. Ces anomalies pourraient expliquer, en partie, la sensibilité particulière des points caractéristiques de fibromyalgie, par le ralentissement significatif du flux sanguin, entraînant une hypoxie localisée.

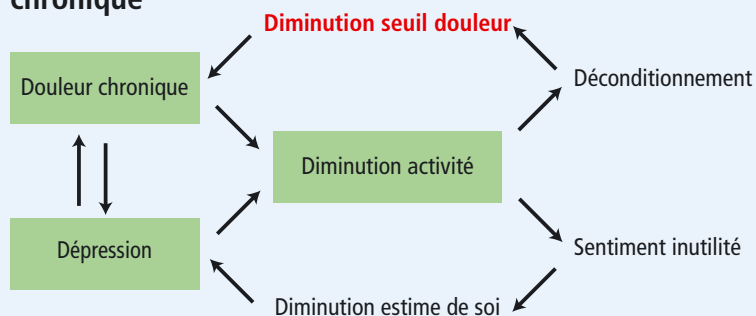
Plusieurs autres hypothèses physiopathologiques ont été évoquées : perturbations immunitaires (anticorps anti-sérotonine, dépôts cutanés d'immunoglobulines...), rôle de certains virus (Epstein Barr, borrelioses, etc.). Aucune preuve décisive n'a été apportée.

Les mécanismes impliqués dans la pathogénie de la fibromyalgie sont probablement complexes. L'hypothèse d'une anomalie du métabolisme de la sérotonine est séduisante puisque ce neuro-

médiateur intervient dans les mécanismes centraux de contrôle de la douleur, dans la régulation du sommeil lent et dans le déterminisme de certains syndromes anxio-dépressifs. Les médicaments inhibiteurs du recaptage de la sérotonine ne suffisent cependant pas à contrôler la totalité des symptômes de la fibromyalgie, ce qui suggère l'intervention d'autres anomalies dans la genèse de l'affection.

● Eric Thomas,
Service de Rhumatologie (Pr Blotman),
Hôpital Lapeyronie, Montpellier

Le cercle vicieux de la douleur chronique



Traitement

Les mécanismes physio-pathologiques de la fibromyalgie étant incomplètement élucidés, le traitement est d'une efficacité relative. Logiquement, les antidépresseurs sérotoninergiques occupent une place centrale dans la prise en charge, mais celle-ci, pour être complète, doit comporter également des soins de kinésithérapie et de la relaxation. Il est tout aussi important de bien informer le patient sur sa maladie et de favoriser une aide par l'entourage et les associations de malades.



Information du patient

C'est la première étape de la prise en charge. Il faut prendre le temps d'expliquer la maladie, les possibilités thérapeutiques, l'évolution et le pronostic. Les objectifs doivent être raisonnables et il est indispensable de préciser que l'évolution est chronique et fluctuante avec des phases d'amélioration, de stabilité, voire d'aggravation. La bénignité reste de règle, le maintien des activités domestiques et du poste de travail étant le plus souvent possible, sous réserve de quelques aménagements.

Associations de malades

Elles sont très actives et ont une organisation locale ou régionale. Ces instances sont elles-mêmes coordonnées par la fédération nationale des associations de fibromyalgiques. Information, aide et soutien moral peuvent être obtenus auprès des associations locales. La fédération nationale assure, quant à elle, la représentation des malades auprès des pouvoirs publics, des médias et des communautés étrangères. Les associations sont intervenues à plusieurs reprises auprès des pouvoirs publics pour que la fibromyalgie soit mieux reconnue et que la recherche, l'enseignement et la prise en charge de l'affection soient améliorés.

Médicaments

Psychotropes

Ces médicaments doivent être utilisés suffisamment longtemps pour être efficaces. Le cahier des charges comporte donc une bonne tolérance, l'absence d'effet de dépendance et le respect de l'architecture normale du sommeil.

Anxiolytiques

Les benzodiazépines sont bien tolérées et leur effet anxiolytique et myorelaxant est particulièrement intéressant dans la fibromyalgie. Leur utilisation reste cependant limitée car elles aggra-

vent les perturbations du sommeil lent et paradoxal. Il faut donc mieux s'orienter initialement vers des molécules type hydroxyzine, qui est également sédative, ou vers des antidépresseurs sérotoninergiques à petites doses. En cas d'anxiété liée au stress, les bêta-bloquants non sélectifs (propranolol) peuvent être intéressants.

Hypnotiques

L'insomnie caractérisée, par difficulté d'endormissement ou réveil précoce est rare dans la fibromyalgie, en dehors d'une participation dépressive. En cas d'insomnie de début de nuit, des molécules se fixant sur les récepteurs benzodiazépines, mais n'ayant pas les mêmes inconvénients, comme le zolpidem ou le zopiclone, sont indiqués. En cas de réveils multiples et prolongés, le choix peut s'orienter vers l'hydroxyzine, les neuroleptiques phénothiazidiques ou les antidépresseurs sédatifs.

Antidépresseurs

Les antidépresseurs sont efficaces à court terme pour traiter la plupart des symptômes de la fibromyalgie, notamment la douleur et le sommeil, mais leur action s'épuise avec le temps. Globalement, un patient sur quatre tire bénéfice de ce type de traitement. Il n'est pas certain que l'efficacité des antidépresseurs soit dépendante de leur action sur l'humeur. En effet, dans la plupart des cas, les doses nécessaires sont plus faibles que celles utilisées dans la dépression et le délai d'action est plus court. Les molécules les plus couramment utilisées sont les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine. Les antidépresseurs tricycliques, comme l'amitriptyline, sont moins bien tolérés, mais sont plus efficaces, notamment en cas de dépression patente. L'association de la fluoxétine et de l'amitriptyline paraît avoir un effet additif partiel.

Autres médicaments

Les corticoïdes et les anti-inflammatoires non stéroïdiens ne sont pas plus efficaces que le placebo dans la fibromyalgie. En pratique quotidienne cette inefficacité est un argument diagnostique important.

Parmi les antalgiques, le tramadol est intéressant car son mode d'action original combine un effet agoniste sur les récepteurs opioïdes μ et une inhibition du recaptage de la sérotonine et de la norépinéphrine. Comparativement au placebo, le tramadol, seul ou en association au paracétamol, contrôle significativement la

Traitement médicamenteux

- traitements antalgiques et anti inflammatoires
- traitements anti-dépresseurs
- traitements anxiolytiques
- traitements du sommeil
- traitements myo relaxants
- Autres traitements médicamenteux
 - Acide malique
 - Hormone de croissance
 - Corticoïdes
 - S – Adénosyl – Méthionine
 - 5 Hydroxytryptophane.

« 90 % des fibromyalgiques ont recours à la médecine alternative » (Bennett 1996).

douleur ressentie, améliore la qualité de vie, mais sans modifier le nombre de points douloureux à la pression.

Les myorelaxants, très utilisés en pratique, n'ont pas démontré d'efficacité dans les essais cliniques contrôlés. En cas de prescription, seules les molécules à action périphérique devront être utilisées, à l'exclusion de toutes les benzodiazépines.

L'hormone de croissance est sécrétée pendant le sommeil et il existe un déficit de production de son médiateur, l'IGF, dans la fibromyalgie. L'injection sous-cutanée quotidienne de GH améliore le sommeil et les scores de douleur chez les femmes fibromyalgiques. Le coût et les effets secondaires (syndrome du canal carpien) limitent cependant l'utilisation de l'hormone de croissance.

Traitement non pharmacologiques

Le traitement de la fibromyalgie ne peut se résumer à l'utilisation de médicaments sous peine d'échec thérapeutique. La rééducation occupe une place prépondérante dans l'arsenal thérapeutique. Les massages doux, la physiothérapie et la balnéothérapie améliorent la plupart des patients. Ces mesures permettent une mise en confiance qui est le préalable à un réentraînement à l'effort, seule méthode efficace à long terme sur l'asthénie, la faiblesse musculaire et les douleurs.

Avec les médicaments et la rééducation, la relaxation est le troisième pilier thérapeutique de la fibromyalgie. Quelle que soit la technique utilisée, la relaxation agit sur l'hyper-réactivité au stress, les troubles du sommeil, l'anxiété et la tension musculaire. Les techniques les plus utilisées sont le training autogène de Schultz, la sophrologie et le bio-feed back.

Le traitement de la fibromyalgie est difficile et ses objectifs doivent être réalistes. Les meilleurs résultats sont obtenus par l'association psychotropes, rééducation et relaxation. L'information du patient, l'aide apportée par l'entourage et les associations sont des mesures indispensables.

● Eric Thomas,
Service de Rhumatologie (Pr Blotman),
Hôpital Lapeyronie, Montpellier



Fibromyalgie et psychiatrie

La fibromyalgie, syndrome complexe et multidimensionnel, est définie par l'association de douleurs musculo-squelettiques diffuses chroniques et de douleurs à la palpation de points sensibles sélectifs. Actuellement il est reconnu qu'elle s'inscrit dans le cadre des syndromes douloureux chroniques diffus. A cette symptomatologie douloureuse sont associés, plus ou moins fréquemment, d'autres symptômes dont la place et l'importance ne sont pas négligeables, que ce soit pour le diagnostic, leur signification pathogénique potentielle et leur retentissement sur la qualité de vie des patients. Ces symptômes « secondaires » sont dominés par les troubles du sommeil, la fatigue musculaire, l'anxiété et la dépression, les déficits cognitifs, des troubles digestifs ou vasomoteurs. La prévalence de la fibromyalgie serait de 2 à 4% avec une très nette majorité de femme, caractéristique également rapportée dans les troubles anxieux et la dépression.

Depuis quelques années le nombre de consultants mettant en avant une asthénie chronique et des douleurs chroniques multiples et fluctuantes a significativement augmenté auprès des médecins internistes, des rhumatologues, des gastro-entérologues, des médecins généralistes mais aussi des psychiatres. En effet certains critiquent ces nouvelles entités pathologiques, mettant en avant le fait que l'ensemble des symptômes pourrait relever de manifestations psychosomatiques inhérentes à un trouble anxio-dépressif ou rentrant dans le cadre de troubles graves de la personnalité, par exemple de type histrionique.

Dès les premières descriptions de la fibromyalgie au début du XX^{ème} siècle l'existence de troubles psychiatriques associés a été évoquée « patients désespérément neurasthéniques » « patients tristes et anxieux ». Cependant les liens pouvant exister entre fibromyalgie et troubles psychiatriques sont toujours discutés : pathologie unique, lien de causalité, que ce soit dans un sens ou dans l'autre ou encore simple comorbidité. Plusieurs travaux ces dix dernières années se sont intéressés à ces questions et plus particulièrement aux relations entre fibromyalgie et dépression, fibromyalgie et somatisation et fibromyalgie et troubles anxieux.

Fibromyalgie et dépression

Devant un tableau clinique associant asthénie chronique, douleurs, troubles neurovégétatifs et troubles cognitifs il est tout à fait légitime d'évoquer le diagnostic d'épisode dépressif majeur. Il existe en effet un chevauchement de nombreux symptômes entre ces deux pathologies.

Les troubles du sommeil

Les troubles du sommeil seraient présents chez 95% des sujets souffrant de fibromyalgie. Les patients décrivent une impression, subjective de très mauvaise qualité de sommeil, avec une sensation de sommeil léger, agité et rempli de nombreux rêves. Au réveil, il peut exister des courbatures avec besoin de dérouillage matinal. Des enregistrements polysomnographiques du sommeil montrent que ces troubles sont liés à une carence chronique en sommeil lent profond (notamment absence de stade IV) associée à de multiples réveils nocturnes. Ces troubles du sommeil semblent donc, de part leur symptomatologie clinique mais aussi de part leur pathogénie différents de ceux rencontrés dans la dépression. En effet, dans la dépression les troubles du sommeil sont plutôt à type de réveil précoce ou, lors de manifestations anxieuses associées, à type de difficultés d'endormissement.

Les troubles cognitifs

Des troubles cognitifs sont retrouvés chez 87,5% des patients souffrant de fibromyalgie. Il s'agit essentiellement de troubles mnésiques invalidants et chroniques. Ce type de plainte est aussi assez fréquemment retrouvé chez les patients souffrant de dépression chez qui il s'agit le plus souvent de symptômes secondaires à des troubles importants de la concentration qui affectent la mémoire à court terme et donne au patient l'impression de « perdre la mémoire ».

L'asthénie

L'asthénie est aussi une des plaintes majeure retrouvée dans ces deux pathologies. Quatre vingt neuf pour cent des patients souffrant de fibromyalgie présentent une



asthénie évoluant depuis plus de 6 mois. Il s'agit d'une fatigabilité pathologique à l'effort qui ne cède pas au repos, même si celui-ci est prolongé (15 jours). Dans le cadre d'un syndrome dépressif l'asthénie est le plus souvent matinale, avec une amélioration progressive au cours de la journée, ou en fin d'après midi. Dans les deux cas l'asthénie est aggravée par les restrictions d'activité que s'imposent les patients, de manière analogue à la diminution des performances qui serait observée chez un sportif cessant de s'entraîner.

Une analyse sémiologique fine des symptômes trouble du sommeil, asthénie et troubles cognitifs semble donc montrer qu'il existe des différences cliniques qui pourraient orienter ou non vers un diagnostic de dépression, mais ces différences sont, il faut bien l'admettre, difficiles à mettre en évidence et non spécifiques. Un critère sémiologique plus pertinent pour différencier la fibromyalgie d'un épisode dépressif majeur serait la perte de l'élan vital, qui – lorsqu'elle est permanente – est avec la tristesse de l'humeur un des symptômes cardinaux du diagnostic d'épisode dépressif majeur. Or cette caractéristique clinique n'apparaît pas évidente dans la fibromyalgie. Au contraire il semble exister une envie d'entreprendre, de profiter des plaisirs de la vie intacte mais annihilée par l'asthénie.

Une pathologie distincte

Ces données cliniques et sémiologiques semblent donc montrer que la fibromyalgie est une pathologie distincte d'un trouble dépressif majeur. Ceci est aussi confirmé par les études de prévalence du trouble dépressif parmi les patients souffrant de fibromyalgie. Ces études retrouvent que 18 à 36% des patients atteints de fibromyalgie sont dépressifs et des antécédents de dépression sont retrouvés chez 50 à 70% d'entre eux. Ce chiffre est significativement supérieur à la prévalence en population générale, mais n'est pas de 100%, un patient pouvant souffrir de fibromyalgie sans présenter d'épisode dépressif majeur ni d'antécédent de dépression.

Il s'agit donc d'une association fréquente qui a fait évoquer à certains l'existence de mécanismes communs à l'origine de ces deux affections. Afin de vérifier cette hypothèse différents tests biologiques ont été réalisés mais leurs résultats ne sont pas concluants. Par exemple, le test à la dexaméthasone retrouve chez les patients déprimés un taux plus élevé de patients « non supprimeurs » que chez les sujets sains ce qui n'a pas été retrouvé dans le cadre de la fibromyalgie. D'autre part les taux de cortisol urinaire ont été comparés : normaux ou bas dans la fibromyalgie ils se sont avérés normaux ou élevés chez le patient déprimé.

Dans le cadre de ces recherches biologiques des auteurs se sont intéressés à l'implication possible du système sérotoninergique dans la fibromyalgie, système dont l'intervention dans la pathogénie des troubles dépressifs semble actuellement acquise même si les mécanismes n'en sont pas totalement élucidés. D'autre part le système sérotoninergique serait aussi impliqué dans la régulation du sommeil et de la douleur.



La parachloropheylalanine, inhibiteur de la synthèse de la sérotonine semble notamment pouvoir produire un syndrome douloureux. L'implication possible du système sérotoninergique dans la fibromyalgie est aussi suggérée par l'efficacité des médicaments antidépresseurs dans cette indication et plus particulièrement des molécules inhibitrices de la recapture de la sérotonine. Les résultats concernant les données biologiques ou thérapeutiques sont cependant peu nombreux et parfois contradictoires et ne permettent en aucune façon de conclure actuellement à l'existence de mécanismes étiopathogéniques communs entre ces deux troubles.

Le symptôme « douleur »

D'autres auteurs se sont aussi intéressés à la place du symptôme « douleur » dans la fibromyalgie, proposant que la dépression puisse être réactionnelle à la douleur. Mais une fois de plus les résultats sont peu concluants voire contradictoires. Certains auteurs retrouvent une corrélation entre score de dépression et nombre de points douloureux, tandis que d'autres ont montré l'absence de relation entre dépression, durée des symptômes et sévérité de la douleur rapportée.

Des éléments de susceptibilité à la dépression chez les patients souffrant de fibromyalgie ont aussi été recherchés. Dans une étude portant sur 69 patients souffrant de fibromyalgie, 56,5% avaient une dépression évolutive. Les caractéristiques des patients dépressifs étaient l'isolement social, un score élevé d'incapacité fonctionnelle et une prise de conscience plus importante des effets de la maladie. La dépression associée à la fibromyalgie pourrait donc être

essentiellement liée à une prise de conscience plus importante de la maladie, chez certains patients, indépendamment de la douleur ressentie.

Les discussions et les recherches concernant les liens entre dépression et fibromyalgie semblent donc encore très ouvertes. Plusieurs éléments semblent pourtant faire l'objet de consensus. Tout d'abord la fréquence plus élevée d'épisodes dépressifs majeurs et d'antécédents d'épisode dépressif majeur chez les patients souffrant de fibromyalgie par rapport à la population générale, ce qui fait que certains font entrer la fibromyalgie dans le cadre du « spectre des troubles de l'humeur ». D'autre part le fait que l'existence de symptômes de détresse morale chez les patients souffrant de fibromyalgie contribue de manière essentielle au comportement de recherche de soins et au handicap fonctionnel ; psychologique et social lié à la maladie.

Fibromyalgie et somatisation

La somatisation se définit comme l'expression d'une détresse intrapsychique et sociale dans un langage de plaintes corporelles donnant lieu à une recherche accrue de soins. Il s'agit donc d'un processus renvoyant à la recherche de soins comme manière pour un patient d'exprimer ses plaintes et sa souffrance.

Dans le cadre de la classification américaine des troubles mentaux (DSM IV) on décrit le trouble de somatisation et le trouble douloureux comme deux entités distinctes appartenant au cadre plus général des troubles somatoformes.



Le trouble de somatisation

Pour le diagnostic du trouble de somatisation il doit exister des plaintes somatiques multiples débutant avant l'âge de 30 ans, se manifestant pendant une période de plusieurs années et aboutissant à une demande de traitement ou bien à une altération significative du fonctionnement social. Il doit de plus exister au moins quatre symptômes douloureux, touchant quatre localisations : deux symptômes gastro-intestinaux, un symptôme sexuel et un symptôme pseudo-neurologique.

Le trouble douloureux

Le diagnostic de trouble douloureux est porté lorsqu'une douleur dans une ou plusieurs localisations anatomiques est au centre du tableau clinique et que cette douleur est d'une intensité suffisante pour justifier un examen clinique. Cette douleur est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel et on estime que des facteurs psychologiques jouent un rôle important dans son déclenchement, l'intensité, l'aggravation ou la persistance de la douleur.

Au vu de ces définitions nous voyons que certaines caractéristiques et certains symptômes de la fibromyalgie peuvent tout à fait entrer dans le cadre de ces troubles. Mais une fois de plus, même si certains patients peuvent remplir les critères du trouble de somatisation ou du trouble douloureux ce n'est pas le cas pour tous les patients. Par exemple les symptômes de fibromyalgie peuvent débuter à tout âge, chez la personne jeune comme chez la personne plus âgée et des facteurs psychologiques initiaux ou des facteurs psychologiques d'aggravation ou de maintien ne sont pas systématiquement retrouvés. Il semble alors, que – de la même façon que pour la dépression – la fibromyalgie ne puisse être simplement

décrite comme un trouble de somatisation ou un trouble douloureux.

Des douleurs bien réelles

Pourtant il n'est pas question de dénier l'existence de douleurs somatiques comme expression d'un processus anxieux dans la fibromyalgie. Des auteurs se sont posés la question de savoir si ces aspects du processus de "somatisation" ne seraient pas en fait une conséquence d'une douleur chronique diffuse. Une étude prospective dans une population ne souffrant pas de douleurs chroniques diffuses montre que les indicateurs de « somatisations », mesurés au début de l'étude, prédisent le développement de douleurs chroniques diffuses dans l'année suivante. Les meilleurs prédicteurs se sont avérés être une recherche accrue de soins médicaux ainsi que le fait de signaler un nombre plus important de plaintes somatiques. Si ces résultats étayaient l'hypothèse des douleurs chroniques diffuses comme étant une manifestation de l'expression d'une détresse intrapsychique, les auteurs relèvent que la relation n'est pas de causalité stricte : tous les sujets présentant des caractéristiques se rapportant au processus de "somatisation" ne développent pas des douleurs chroniques diffuses et inversement.

« Docteur, ne dites pas que je somatise ! »

Cette question de la "somatisation" sera souvent abordée spontanément par le patient et ceci souvent le plus souvent sur un mode revendicatif « Docteur, ne dites pas que je somatise ! ». Il est très important de noter que la notion de somatisation n'implique aucune remise en cause de la réalité de la douleur vécue par les patients et ce point doit être explicité aux patients si l'on veut ensuite pouvoir aborder les problèmes psychologiques présents ou passés du patient de façon sereine et en toute confiance.

Fibromyalgie et troubles anxieux

L'état de stress post-traumatique

L'un des premiers troubles anxieux à avoir été étudié dans la fibromyalgie est l'état de stress post-traumatique. En effet si certains patients décrivent une installation progressive de la symptomatologie de la fibromyalgie, d'autres font état d'une installation brutale, dans les suites d'un événement traumatique, qu'il soit de nature psychique ou physique.

La présence d'un état de stress post-traumatique ou de symptômes associés à ce type de syndrome a donc été envisagé chez les patients souffrant de fibromyalgie, tandis que pour d'autres les douleurs diffuses rencontrés dans le cadre d'un état de stress post-traumatique correspondraient en fait à une fibromyalgie non diagnostiquée. Une étude retrouve que 57% des patients souffrant de fibromyalgie ont un état de stress post-traumatique, il existe donc une relation claire entre ces deux troubles mais une fois de plus le lien de causalité reste difficile à définir.

Des travaux montrent qu'il existe une relation significative et forte entre une expérience d'agression à l'âge adulte et des douleurs inexplicables. Par contre aucun lien significatif n'a été mis en évidence entre le type de traumatisme et l'intensité de la douleur. Cependant il a été mis en évidence une association significative entre traumatisme émotionnel et recherche accrue de soins, comportement décrit comme nous l'avons déjà vu, chez les patients souffrant de fibromyalgie. L'événement traumatique serait impliqué dans le déclenchement



et lors d'exacerbation de la symptomatologie de la fibromyalgie.

Des auteurs se sont intéressés aux différences pouvant exister entre les patients souffrant de fibromyalgie sans état de stress post-traumatique et les patients souffrant de fibromyalgie ayant débuté avec un état de stress post-traumatique. Les patients ayant eu un début associé à un état de stress post-traumatique ont significativement plus de douleurs, d'incapacité fonctionnelle, de détresse affective et de difficultés d'adaptation aux symptômes chroniques liés à la fibromyalgie. De plus il existerait chez ces patients un taux plus élevé de comorbidité dépressive et anxieuse.

Des caractéristiques communes entre fibromyalgie et état de stress post-traumatique

Fibromyalgie et état de stress post-traumatique présenteraient eux aussi de nombreux symptômes et caractéristiques en commun.

- Premièrement, les symptômes dépressifs et anxieux sont habituels dans les deux.
- Deuxièmement, il s'agit de troubles associés à une augmentation du stress et à une augmentation de la perception d'éléments stressants potentiels externes. Dans ces deux pathologies la réponse physiologique au stress est éteinte (taux bas de cortisol excrété dans les urines des 24h).
- Troisièmement, ces deux troubles se caractérisent par un comportement lié à la maladie qui est perturbé, avec réduction des activités physiques et sensibilité à la douleur exagérée.
- Quatrièmement, les traitements antidépresseurs sérotoninergiques seraient efficaces dans la fibromyalgie comme dans l'état de stress post-traumatique, les deux entités pourraient donc relever d'un dysfonctionnement du système sérotoninergique, comme nous l'avons vu précédemment à propos de la dépression.

Dans ce cadre clinique comme dans celui comparant fibromyalgie et syndrome dépressif s'il est évident qu'il existe une association entre ces deux troubles la nature de cette association est encore incertaine. Mais comme dans la dépression, et ceci semble le point le plus important pour le praticien, l'association d'un état de stress post-traumatique à la fibromyalgie est un indice de gravité pour le patient et devra donc nécessiter une prise en charge spécifique.



Les autres troubles associés à la fibromyalgie

Les autres troubles anxieux associés à la fibromyalgie ont été très peu étudiés :

Les troubles anxieux

Des études retrouvent pour le trouble panique une prévalence vie entière de 16%, pour les phobies simples de 16% et pour l'anxiété généralisée de 9%, taux légèrement supérieurs à ceux observés en population générale. Néanmoins les patients souffrants de fibromyalgie présentent des symptômes à types d'évaluation négative des problèmes de la vie quotidienne, une hypervigilance aux signaux corporels, des troubles de sommeil et une tension musculaire qui peuvent faire évoquer le diagnostic de trouble anxieux généralisé.

Hyperactivité

D'autre part ils partagent aussi souvent avec ces patients un certain degré d'hyperactivité et d'intolérance à l'incertitude qui, par le biais d'un surcroît de tension, aggravent la symptomatologie propre à la fibromyalgie. Il n'est donc pas étonnant que les techniques de relaxation – dont l'efficacité dans l'anxiété généralisée est bien démontrée – puissent être utilisées avec profit dans cette affection.

Vulnérabilité psychologique

Enfin des études portant sur la vulnérabilité psychologique des patients souffrant de fibromyalgie montrent l'importance du « catastrophisme » sentiment caractérisé par des attentes et des croyances pessimistes vis à vis de soi-même des autres et de l'avenir et susceptible d'occasionner des doutes quant à la capacité de faire face aux évènements

de la réalité interne ou externe, une caractéristique qui rapproche également de l'inquiétude excessive et de l'intolérance face à l'incertitude observés dans le trouble anxieux généralisé.

Conclusion

La fibromyalgie est à l'heure actuelle une pathologie diagnostiquée par le rhumatologue ou le médecin interniste.

Cependant, cette rapide revue des données récentes de la littérature suggère que la place du psychiatre dans la prise en charge de ces patients est loin d'être négligeable. En effet même si les discussions concernant les liens de causalité, existants ou non, et la recherche du trouble princeps, ne permettent aujourd'hui aucune conclusion, un fait semble indéniable : il existe une comorbidité psychiatrique importante chez les patients souffrant de fibromyalgie.

Les deux pathologies psychiatriques les plus fréquemment retrouvées sont l'épisode dépressif majeur et l'état de stress post-traumatique. L'existence de ces troubles semble être un facteur corrélé à l'intensité des symptômes fibromyalgiques ainsi qu'à la gravité de l'évolution de cette pathologie ; ils nécessitent donc une prise en charge adaptée et spécifique afin de réduire leur conséquence en terme d'incapacité fonctionnelle et ainsi d'améliorer la qualité de vie des patients.

- Delphine CAPDEVIELLE et Jean-Philippe BOULENGER
Service Universitaire de Psychiatrie Adulte
Hôpital La Colombière - Montpellier

BIBLIOGRAPHIE

- Goldenberg DL : Fibromyalgia Syndrome a Decade Later. *Arch Intern Med* : vol 159, Apr 26, 1999.
- Williams DA : Psychological and behavioural therapies in fibromyalgia and related syndromes. *Best Pract Res Clin Rheumatol* : Aug;17(4):649-65, 2003.
- Simon GE et al. : An International Study of the Relation between Somatic Symptoms and Depression. *N Engl J Med* : vol 341(18), october 28, 1329-1335, 1999.
- Thomas E et Blotman F : Place et signification des symptômes non douloureux de la fibromyalgie. *Revue du rhumatisme*. 70 (2003) 306-309.
- Cedrashi C et al. : Aspects psychologiques de la fibromyalgie. *Revue du rhumatisme*. 70 (2003) 331-336.
- Cathébras P : La fibromyalgie : une affection psychosomatique ? : *Revue du rhumatisme*. 70 (2003) 337-339.



Prochain numéro de
L'Observatoire du Mouvement :

Lettre n°10 : Les prothèses articulaires

Parution Décembre 2003

L A L E T T R E



L'OBSERVATOIRE
DU MOUVEMENT

La lettre de l'Observatoire du Mouvement
est une publication de
L'Observatoire du Mouvement
Sud Radio - 4, place Alfonse-Jourdain
31071 Toulouse Cedex 7
Téléphone : 05 61 23 29 10

Directeur de la publication : Etienne André
Conception et réalisation : JB Conseil - 05 63 70 71 51
Impression : SIA
N° ISSN : 1628-6898
Dépôt légal : décembre 2003



L'OBSERVATOIRE
DU MOUVEMENT

Conseil d'administration
Président : Christian Mansat
Secrétaire Général : Michel Mudet
Conseil scientifique
Président : Michel Mansat
Secrétaire : Etienne André
Sciences fondamentales : H. Cousse, J. -P. Bali,
P. Valdiguié, J. -P. Pujol, D. Mitrovic
Traumatologie et sports : G. Saillant, F. Bonnel,
D. Rivière
Hématologie : R. Biermé
Rhumatologie : F. Blotman, M. Waldburger,
E. Vignon,
J. Rodineau, B. Mazières
Gériatrie : Y. Rolland, C. Jeandel
Podologie : C. Huertas
Kinésithérapie : A. Lapêtre
Psychiatrie : P. Most

Brèves

Intérêt d'une prise en charge plurimodale et pluridisciplinaire de la fibromyalgie.

F. Boureau et Collaborateurs
Revue de Rhumatologie. 70 (2003, 354-357)

- La FM est complexe sur le plan symptomatique et sa physiopathologie fait l'objet de nombreuses hypothèses.
- La prise en charge du FM, c'est à dire l'association traitement médicamenteux, traitement non médicamenteux nécessite des compétences multidisciplinaires (médical, physique, psychologique ou psychiatrique)

Critères d'évaluation de la fibromyalgie

Serge Perrot
Revue de rhumatisme. 70 (2003, 340-345)

Il n'existe pas de consensus actuellement sur les méthodes d'évaluation.

Sont évalués :

- Nombre de points douloureux
Concernant la douleur
- Le score myalgique
- Le Mc Gill Pain questionnaire
- Le QDSA (Score de Saint Antoine)
Concernant la qualité de vie
- le H.A.Q. (Health Assesment questionnaire)
- Le A.I.M.S et le S.I.Q :
- Surtout le FIQ (Fibromyalgia Impact Questionnaire)

Traitement non médicamenteux du syndrome fibromyalgique. Ligne de conduite clinique

Etienne Masquier
Revue de rhumatisme. 70 (2003, 346-353)

L'auteur de cet article insiste sur la nécessité d'associer le traitement médicamenteux au traitement non médicamenteux. Il insiste sur l'importance d'une prise en charge précoce globale comprenant en particulier la rééducation et la réadaptation des patients. Aux traitements médicamenteux doivent être associés des exercices physiques, des thérapeutiques cognitivo-comportementales et une adaptation du mode de vie et des activités professionnelles.

Fibromyalgie et déconditionnement musculaire déduction thérapeutique

Cécile Dongé
Revue de rhumatisme 70 (2003) 321 326

La physiopathologie du syndrome fibromyalgique n'est pas clairement définie. Cet article considère que les troubles musculaires sont induit par un déconditionnement physique lié à la douleur conduisant à l'inactivité. Le seuil de participation de la douleur lié à un trouble de la modulation d'origine centrale est certainement un élément essentiel.

Aspects psychologiques de la fibromyalgie

C. Cedraschi et Coll., *Revue de rhumatisme*, 70 (2003) 331-336.

Les auteurs abordent ce délicat et difficile problème des relations entre la fibromyalgie et les troubles psychologiques. Cet article traite de plusieurs liens fondamentaux : relation entre la maladie et le comportement, le vécu de la douleur, la dimension de l'individu et du cadre social.

Cette approche psychologique met en évidence de nombreux problèmes, en particulier ceux concernant les liens entre le somatique et le fonctionnel.

American College of Rheumatology, Orlando, 23 – 28 octobre 2003

The Impact of a Brief Multidisciplinary Fibromyalgia Treatment Program

Stéphanie M. Drach, Andrea L. Eickhoff, Connie A. Luedtke, Jeffrey M. Thompson, Christopher D. Sletten. Mayo Medical Center, Rochester, MN

La plupart des prises en charge proposée aux patients fibromyalgiques durent des semaines et des mois. Un programme d'intervention brève et multidisciplinaire a été testé avec succès pour favoriser une meilleure éducation pour la santé d'une part et une plus grande appropriation de la stratégie thérapeutique par le patients.

Les patients ayant suivi ce programme s'améliorent au plan physique et mental, consomment moins de soins médicaux, de visites chez leur médecin et sont moins souvent hospitalisés.

The Best Fibromyalgia Websites

Alexandra Katz, Nancy Holt-Daly, Lisa Dwyer, Robert S. Katz, Laurelle Gasich. Rush-Presbyterian-St. Luke's Medical Center, Chicago, IL

Une revue des sites web sur la fibromyalgie répertoriés par Google et Yahoo a été réalisée. Ils ont été analysés selon les critères suivants : qualité du contenu médical, actualisation des informations, quantité d'information, liens avec d'autres sites, convivialité, qualité scientifique, à l'intention des patients ou des professionnels de santé.

Les 3 sites retenus sont :

* The Oregon Fibromyalgia Foundation :
<http://www.myalgia.com>

* Fibromyalgia Information :
<http://www.ncf.carleton.ca/fibromyalgia/>

* National Fibromyalgia Association :
<http://fmaware.org>

Tous les trois apportent un réel soutien aux patients

