

Syndrome fibromyalgique: nouvelles connaissances relatives au diagnostic et au traitement

Partie 2: approches pratiques pour le diagnostic et le traitement

André G. Aeschlimann^a, Stefan Bachmann^b, Christine Cedraschi^c, Michele Curatolo^d, Niklaus Egloff^e, Peter J. Keel^f, Petra Thomas^g

Quintessence

- Le diagnostic repose sur un examen physique complet, sur une anamnèse médicamenteuse, sur des analyses de laboratoire et en cas de suspicion de causes somatiques, sur des examens supplémentaires plus ciblés.
- Les approches thérapeutiques incluent l'éducation du patient, l'amélioration de la mobilité, de la force et de l'endurance, l'apprentissage de stratégies de «coping», le traitement médicamenteux, ainsi que le conseil et l'accompagnement par rapport aux répercussions sociales de la maladie.
- Diverses options sont envisageables dans le cadre du traitement médicamenteux. En Suisse, aucun de ces médicaments n'est toutefois officiellement approuvé pour le traitement du syndrome fibromyalgique.

Etablissement du diagnostic

Le diagnostic est établi en fonction des nouveaux critères basés sur les symptômes (tab. 1 ↩, partie 1). Il est recommandé de déterminer la localisation et l'étendue des douleurs à l'aide d'une échelle d'évaluation de la douleur remplie par le patient. En se basant sur les recommandations actuelles de l'AWMF (*Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften*, réseau des sociétés scientifiques et médicales allemandes) [22], le groupe de travail préconise les analyses supplémentaires suivantes:

- Examen physique complet
- Anamnèse médicamenteuse complète
- Analyses de laboratoire (tab. 4 ↩, partie 1)
- Examens supplémentaires ciblés, tels qu'examen d'imagerie, biopsies, etc. en cas de suspicion de causes (partiellement) somatiques de la symptomatologie.



Peter Keel

L'auteur ne déclare aucun soutien financier ni d'autre conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Le syndrome fibromyalgique (SFM) ayant un impact considérable sur la vie quotidienne des patients, l'anamnèse doit être complétée par une anamnèse sociale soigneuse ainsi que par une recherche des facteurs de stress (insatisfaction ou tensions émotionnelles sur le lieu de travail, vie de famille, loisirs, relations de couple). Comme chez tous les patients souffrant de douleurs chroniques, la question des théories subjectives de la maladie, des ressources et des stratégies de résolution se doit d'être posée, afin que celles-ci puissent être prises en considération dans le cadre d'un concept d'information et de traitement individuel et adapté au patient [10, 22, 33].

Traitement

Les approches thérapeutiques sont orientées vers le patient et de préférence pluridisciplinaires [22, 33]. Elles incluent:

- Information sur la maladie principale
- Amélioration de la mobilité, de la force et de l'endurance
- Apprentissage des stratégies de «coping»
- Traitements médicamenteux
- Conseil et accompagnement par rapport aux répercussions sociales de la maladie.

Information du patient

L'expérience montre qu'informer les patients sur les symptômes et le contexte de survenue du SFM (corrélations physiologiques entre la symptomatologie somatique et psychologique) facilite l'initiation du processus thérapeutique et contribue à réduire la peur et les tendances au catastrophisme.

Amélioration de la force et de l'endurance par approche physiothérapeutique

Les patients atteints de SFM sont physiquement moins résistants en raison des douleurs chroniques dont ils souffrent. Avec les années, cela conduit à un déconditionnement associé à une diminution de la force et de l'endurance physique. Une activité physique stimulante et adaptée, réalisée en milieu aquatique et en-dehors, de préférence en groupe, est généralement considérée comme une approche pertinente [7, 8]. Certains résultats d'études ont ainsi démontré que la marche nordique ou le tai chi sont, entre autres activités, bénéfiques pour le patient [41]. Il est vraisemblable que le type de mouvement choisi revête une importance moindre que le fait de pratiquer un mouvement qui ne soit pas trop exi-

Recommandations du «Groupe d'intérêt fibromyalgie et syndrome de sensibilité centrale» de la Société suisse pour l'étude de la douleur (SSED), sous la direction de Peter Keel

^a CMO und Ärztlicher Direktor Rheumatologie, RehaClinic, Bad Zurzach

^b Chefarzt Klinik für Rheumatologie und internistische Rehabilitation, Rehabilitationszentrum Valens

^c Psychologue, Service de Médecine Interne de Réhabilitation & Centre de la douleur, Service de Pharmacologie et Toxicologie cliniques, Hôpitaux Universitaires, Genève

^d Leitender Arzt, Universitätsklinik für Anästhesiologie und Schmerztherapie, Inselspital, Bern

^e Oberarzt, Psychosomatik, Inselspital, Bern

^f Chefarzt, Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik, Bethesda-Spital, Basel

^g Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik, Bethesda-Spital, Basel


geant sur le plan physique et qui soit adapté aux besoins personnels. A cet égard, même la thérapie par le jardinage a prouvé son efficacité dans la réduction de la douleur et de la consommation d'analgésiques, ainsi que dans l'amélioration de la qualité de vie [40]. Ainsi, la Ligue suisse contre le rhumatisme propose une vaste

offre de cours d'activités physiques adaptées aux patients (www.ligues-rhumatisme.ch).

Apprentissage de stratégies de coping

Le SFM, en tant que trouble fonctionnel, est l'indicateur d'une tension physique et/ou psychique. Dès lors, il est pertinent de recourir à des approches thérapeutiques permettant d'améliorer la gestion de cette tension, telles que l'apprentissage de stratégies de coping. De tels facteurs de tension doivent être recherchés au cours de la phase de diagnostic, laquelle permet également d'établir une relation de confiance. La compréhension des contraintes psychosociales (situation relationnelle et professionnelle) et la motivation à aborder ces problèmes sous l'angle de la psychothérapie ne sont souvent pas présentes d'emblée, mais doivent tout d'abord être développées. L'efficacité des programmes d'éducation des patients est considérée comme avérée [16] lorsque ceux-ci sont réalisés dans le cadre d'une thérapie multimodale (combinaison de thérapies informatives, psychologiques et physiothérapeutiques) [3, 7, 8, 17, 26]. Les objectifs de tels programmes d'éducation sont les suivants:

- Informer sur les symptômes et le contexte de survenue du SFM
- Identifier les corrélations entre symptômes et charges émotionnelles
- Apprendre les techniques de gestion de la douleur et du stress
- Réduire les charges émotionnelles en initiant des changements comportementaux
- Maintenir ou améliorer la fonction physique et les performances physiques (résistance) à l'aide d'exercices physiothérapeutiques
- Maintenir ou améliorer la qualité de vie (capacité à jouir de la vie, joie de vivre, détente).

Dans la pratique, les programmes d'éducation des patients sont structurés de manière modulaire (tab. 5 ). Comme indiqué précédemment, la psychothérapie est généralement recommandée dans le cadre d'une thérapie de groupe, multimodale et ambulatoire. Un accompagnement individuel ciblé peut toutefois s'avérer approprié (en particulier parce que les offres de thérapies collectives font souvent défaut) et aboutir à des résultats surprenants en quelques heures seulement. Idéalement, en maîtrisant mieux le quotidien et les problèmes qui lui sont liés, le patient peut s'adapter à ses symptômes et bénéficier ainsi d'une vie satisfaisante avec ou malgré les symptômes qui subsistent. Un grand nombre d'études, dont des méta-analyses, ont évalué des procédés psychothérapeutiques [16]. Les procédés de thérapie cognitivo-comportementale, qui ont été bien évalués en termes d'efficacité, sont le plus souvent réalisés en groupe et combinés à d'autres approches thérapeutiques. Les résultats de ces études sont en grande majorité positifs, même si une méta-analyse publiée en 2000 par la Cochrane Library a émis certaines réserves vis-à-vis de la thérapie cognitivo-comportementale [25].

Médicaments

Les analgésiques ou les antidépresseurs modulateurs de la douleur sont utilisés en priorité dans la prise en

Tableau 5

Contenus des programmes d'éducation des patients.

Module	Contenus
Modèle biopsychosocial	Résultats actuels de la recherche concernant les causes et la physiopathologie Interaction entre état de santé physique et psychique Douleur aiguë vs douleur chronique, différence entre douleur lésionnelle et hyperalgésie
Symptômes du SFM	Symptômes principaux Troubles additionnels possibles (pathologies musculo-squelettiques, autres syndromes fonctionnels, mode de comportement ou troubles psychiques typiques) Pathologies avec troubles similaires, devant être distinguées du SFM Facteurs modulateurs (influences extérieures, comportements) Aspects médico-sociaux Aspects familiaux et psycho-dynamiques
Options thérapeutiques, dont l'efficacité est considérée comme démontrée	Autogestion: entraînement à l'endurance physique et procédures psychothérapeutiques, ainsi qu'application de ces procédures au quotidien Médicaments: mode d'action et utilisation Méthodes complémentaires y compris méthodes de détente (relaxation musculaire progressive, training autogène)
Remarques complémentaires	Groupes d'entraide: www.fibromyalgieforum.ch (membre de la Ligue suisse contre le rhumatisme, www.ligues-rhumatisme.ch) Options thérapeutiques, dont l'efficacité n'est pas considérée comme démontrée

Tableau 6

Options thérapeutiques médicamenteuses en cas de SFM (modifié d'après [36]).

- **Aucun de ces médicaments n'est explicitement autorisé en Suisse pour le traitement du SFM!**
- **Les informations relatives aux effets, effets indésirables, dosages, contre-indications, etc. de chacun des médicaments sont indiquées sur les notices.**

Médicament	Commentaire
Amitriptyline 10–50 mg/j	Efficacité largement documentée. Avantage allant à la formulation à libération immédiate car la formulation à libération prolongée est responsable d'une fatigue diurne accrue*
Fluoxétine 20–60 mg/j	Peu d'effet sur la douleur. Avantages: absence de sédation et bonne tolérance (tab. 7)
Paroxétine 20 mg/j	Comparable à la fluoxétine
Duloxétine 60–120 mg/j (venlafaxine 150–300 mg/j)	En raison des effets indésirables initiaux, augmenter le dosage de manière progressive (30 mg ou 37,5 mg avec le repas du soir); en raison du risque de phénomènes de sevrage importants, diminuer progressivement la dose en fin de traitement.
Tramadol 50–400 mg/j ou en association avec du paracétamol (1300 mg/j)	Le tramadol a en outre un effet inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline; en raison d'une efficacité trop peu démontrée, une utilisation limitée dans le temps n'est pas clairement recommandée; attention: interaction avec la venlafaxine
Prégabaline 25–450 mg/j par voie orale	Son efficacité est encore controversée; toutefois, même de faibles doses administrées le soir peuvent avoir un effet positif sur la douleur et sur la qualité du sommeil; lorsque le traitement par amitriptyline n'est pas toléré, une initiation lente est recommandée afin d'en améliorer la tolérance

* Tryptizol n'est plus commercialisé en Suisse; il a été remplacé notamment par la nortriptyline (Nortrilen), principal métabolite actif de l'amitriptyline.

Tableau 7

Efficacité des antidépresseurs dans le traitement du SFM [35].

	Douleur	Fatigue	Troubles du sommeil	Dépression	Qualité de vie	Remarques
Tricycliques (ATC) (en autres, amitriptyline)	+++	++	+++	+/O	+	Nombreuses études (de bonne qualité) avec petites populations de patients
SSRI: en particulier, fluoxétine, paroxétine	+	O	O	++	++	Peu d'études de qualité
SNRI: duloxétine (venlafaxine)	++	O	++	++	++	Peu d'études avec grandes populations de patients
Inhibiteur sélectif de la MAO (moclobémide)	+	O	+/O	O	(non évalué)	Efficacité contestée dans les recommandations de l'AWMF

charge de la douleur (tab. 6 ☹️). Le paracétamol, à une dose quotidienne maximale de quatre fois 1000 mg, montre une bonne efficacité contre la douleur mais cette efficacité n'a pas été démontrée scientifiquement en cas de SFM (efficacité non supérieure au placebo). Il en va de même pour les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) dont l'utilisation est de plus en plus déconseillée en raison du risque accru d'effets indésirables gastro-intestinaux et cardiovasculaires.

La prise sur une durée limitée d'un AINS bien toléré par le patient, avec prise concomitante éventuelle d'un inhibiteur de la pompe à protons, peut être considérée comme pertinente à l'échelle individuelle en cas d'expériences préalables positives.

Parmi les analgésiques, seule l'efficacité du tramadol (éventuellement en association fixe avec du paracétamol) a été démontrée dans des études contrôlées contre placebo. La valeur de ces études est toutefois limitée en raison du taux élevé de sorties d'étude. C'est la raison pour laquelle aucune recommandation claire n'est faite dans les nouvelles directives de l'AWMF [22] contrairement à celles de l'EULAR (Ligue européenne contre le rhumatisme) [10].

En ce qui concerne l'efficacité des antidépresseurs, une méta-analyse détaillée est disponible, dont les résultats sont résumés dans le tableau 7 ☹️ [36]. En cas de SFM, les antidépresseurs ont souvent une action non seulement antidépressive mais également modulatrice de la douleur, anxiolytique et régulatrice du sommeil, et ce déjà à faible dosage. Les antidépresseurs les plus étudiés sont les antidépresseurs tricycliques (en particulier l'amitriptyline) ainsi que la duloxétine (inhibiteur sélectif de la recapture de la noradrénaline et de la sérotonine, double action sélective). Il n'existe aucune étude contrôlée pour la venlafaxine, qui a un spectre d'action similaire: seules des études ouvertes sont disponibles. Aucun de ces médicaments n'est toutefois autorisé en Suisse pour le traitement du SFM.

Approches complémentaires et alternatives

Les études de grande qualité sont rares pour ces méthodes de traitement très hétérogènes car les populations d'étude sont souvent petites et des études de suivi, et en

particulier de réplication, font souvent défaut. Généralement, ces méthodes (par ex. l'acupuncture) ne sont guère supérieures au placebo ou montrent uniquement une très légère supériorité. Les procédures actives telles que le tai chi ou le qi gong semblent efficaces [41, 19]. Les méthodes de détente, qui constituent un élément important du programme multimodal, ne sont cependant pas efficaces lorsqu'elles sont mises en place de manière isolée [22]. Des mesures diététiques (par ex. renoncer aux produits contenant du lactose ou du gluten) sont souvent recommandées en raison d'expériences individuelles positives, mais leur efficacité n'est pas prouvée. Une méta-analyse récente, également critique, est disponible en ce qui concerne l'homéopathie dans le traitement de différents troubles psychiques (y compris en cas de fibromyalgie) [12].

Correspondance:

Prof. Peter Keel
Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik
Bethesda-Spital
CH-4020 Basel
[peter.keel\[at\]junibas.ch](mailto:peter.keel[at]junibas.ch)

Références complémentaires

- AWMF-Leitlinie: www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/041-004.html.
- Aeschlimann A, Witte S. Fibromyalgie. Broschüre der Rheumaliga Schweiz, 2012.
- Bachmann S. Neue Diagnosekriterien für die Fibromyalgie. Rheuma-Schweiz. 2011;1:16–9.
- Cathébras P. Troubles fonctionnels et somatisation. Comment aborder les symptômes médicalement inexpliqués, Paris, Masson, 2006.
- Eich W, Hauser W, Arnold B, et al. Das Fibromyalgiesyndrom: Definition, Klassifikation, klinische Diagnose und Prognose. Schmerz. 2012; 26(3):247–58.
- Häuser W, Thieme K, Turk DC. Guidelines on the management of fibromyalgia syndrome – a systematic review. Eur J Pain. 2010;14: 5–10.
- Jäckel WH, Genth E. Fibromyalgie. Z Rheumatol. 2007;66:579–90.
- Perocheau D, Perrot S. Éducation thérapeutique et fibromyalgie. Douleur Analg. 2011;24:189–96.
- Sommer C, Häuser W, Alten R, et al. Medikamentöse Therapie des Fibromyalgiesyndroms. Systematische Übersicht und Metaanalyse. Schmerz. 2012;26(3):297–310.
- Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. Arthritis Care Res. 2010;62: 600–10.

La liste complète des références numérotées est disponible sous www.medicalforum.ch.