

LA FIBROMYALGIE

Patrick Sichère, Paris-Saint-
Denis, DAX 2014

Première consultation « j'ai mal partout ! »

- Entendre et confirmer le diagnostic
- Quelques explications sur le mécanisme
- Déceler certains profils
- Orienter les thérapeutiques

CONTEXTE DE DOULEUR
PERSISTANTE BENIGNE...

CONSTAT : *ELLE* A UN PROBLEME DE COMMUNICATION

- Douleur est un symptôme subjectif
- Difficile à décrire
- Variable, capricieuse
- Envahissante, anxiété, dépression
- Expression fonction de son éducation, de son passé, sa religion
- Dimension émotionnelle

RESULTATS, *ELLE* DIT QU'ON LUI A DIT :

- VOUS NE GUERIREZ PAS
- VOUS ETES DEPRIMES
- APPRENEZ A VIVRE AVEC
- JE VOUS PLAINS
- N' Y PENSEZ PAS
- C' EST DANS LA TETE
- FAUTEUIL ROULANT



Expressions insultantes et douleurs

- « C'est dans la tête »
93%
- « Hystérique » 52%
- « Psychosomatique »
42 %

Stone, BMJ, 2004



A L'INTERROGATOIRE *ELLE CONFIRME*

- DOULEUR = signe constant, *sévère*
 - *Fatigue*, asthénie : 80%
 - Troubles du *sommeil* 75 à 80%
 - Raideur matinale subjective 90%
 - *Céphalées*, migraines, céphalées de tension 50%
 - Troubles digestifs fonctionnels 30%
 - Syndrome de Raynaud
 - Dysménorrhées
- = **COMORBIDITE**

FAUT-IL RECHERCHER

d'éventuels facteurs déclenchant

OU un contexte favorisant ?

- *Inconstants*
- Traumatismes physiques, ex : trauma cervical dans 20% des cas (*Buskela, 1997*)
- Traumatismes psychologiques (*sexuels*)
- Stress
- Deuil
- Changement de situation

L'EXAMINER POUR CONFIRMER LE DIAGNOSTIC

- DOULEURS DIFFUSES
DEPUIS PLUS DE 3
MOIS

- 11 POINTS SUR 18

Occiput, cervical bas,
trapèze, sus-épineux,
jonction chondro-sternale,
épicondyle, fessier, grand
trochanter, genou

- REPARTITION (ACR
90)



ANALYSER SON DOSSIER

- AGE
 - DYSTHYROÏDIÉS, HYPERPARATHYROIDIE
 - POLYMYOSITE
 - MYOPATHIE METABOLIQUE
 - HYPOCHOLESTEROLEMIANTS
 - CIMETIDINE, DPENICILLAMINE, ANTI-AROMATASES, enanthone
- = Nfs, vs, crp, iono, calcémie, CPK, transaminases, sérologie hépatite, TSH, T4, FAN, biopsies

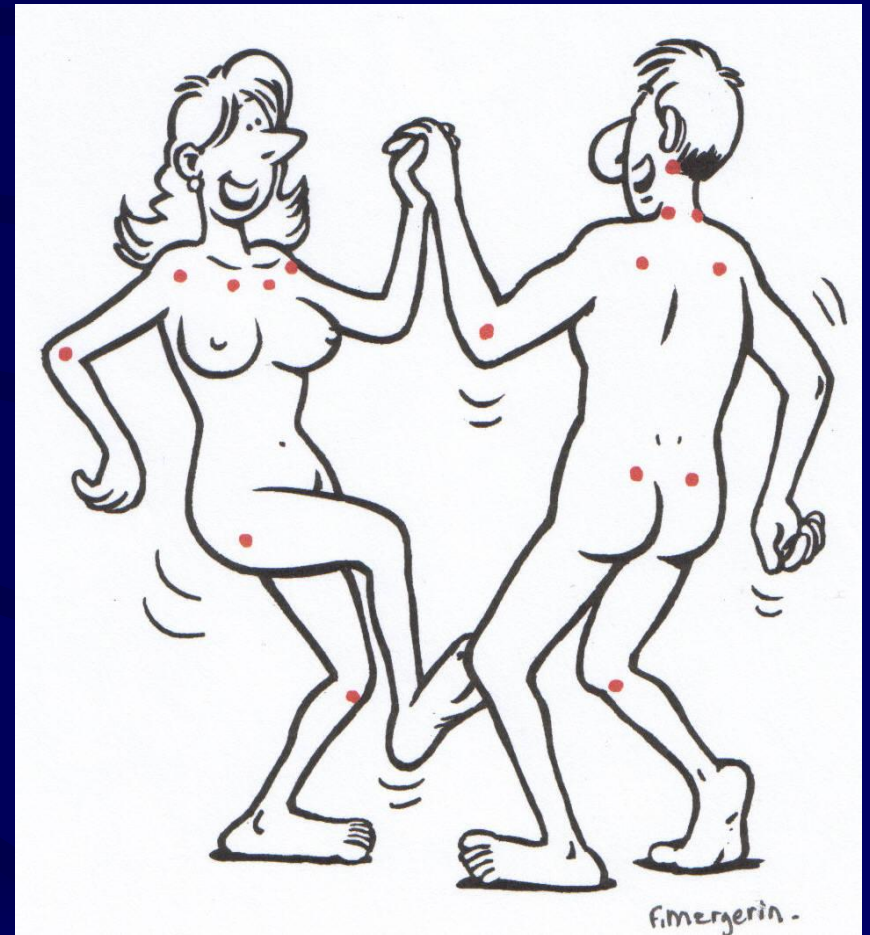
FIBROMYALGIE CONCOMITANTE

- Syndrome sec de Gougerot-Sjögren : 22% *Ostuni, 2002*
- Hypothyroïdie
- Lupus/sclérodémie
- Polyarthrite Rh : 10-20% *Lee.2011*
- Rhumatisme psoriasique : *Marchesoni, 2010*
- **Spondylarthrite : 6%** *Maugars 2010*
- Hépatites virales
- Parvovirus, Herpès, SIDA, leptospirose, HTL V1 (*Cruz, J.Rheumat.2006*)
- Iatrogénie (antiaromatases, hypocholestérolémiantes...)

Le syndrome fibromyalgique

- Interrogatoire et examen clinique
- Bilan biologique, radiologique et immunologique

= RAS



LA RASSURER

- *« un moyen d'adoucir les maladies, est souvent d'en adoucir le nom. » Montaigne*
- STOP à la multiplication des EXAMENS COMPLEMENTAIRES
- RASSUREZ SUR L'ETAT PHYSIQUE
- SUR L'EVOLUTION...

Elle demande s'il s'agit d'une maladie nouvelle ?

- Syndrome rhumatismal = état douloureux, musculaire évoluant de façon chronique associé à une fatigue, un dérouillage matinale, des troubles du sommeil.
- Début du 20 ème siècle, critère ACR (1990) (2005) Critères ACR(2010): stress, fatigue, sommeil, thymie, dépression.
- Fréquence : 2,2% (HAS 2010) Femmes : sup. 90%

IDIOPATHIC PAIN DISORDERS

« symptômes douloureux idiopathiques »

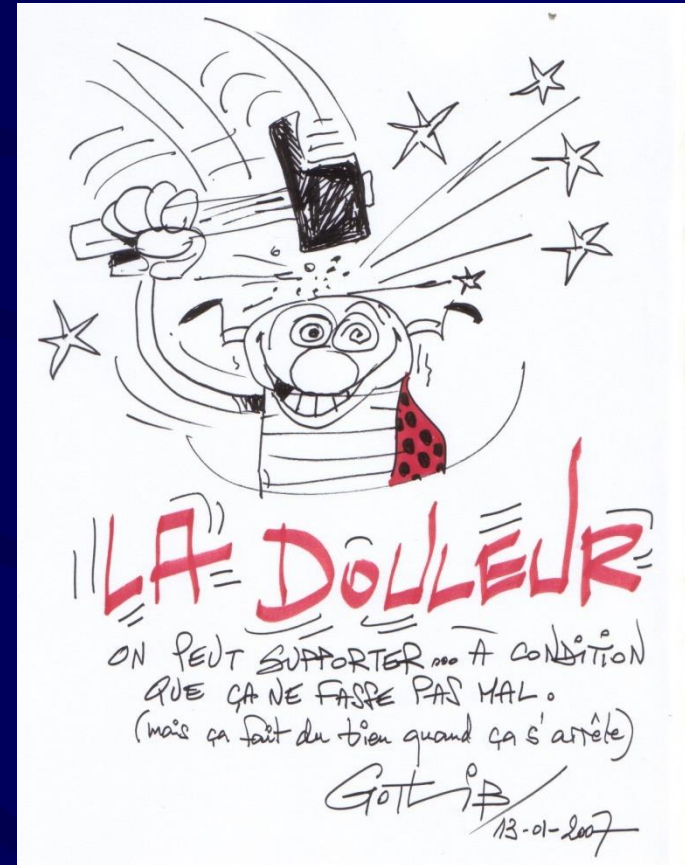
- SADAM
- SYNDROME FIBROMYALGIQUE
- SYNDROME DU COLON IRRITABLE
- CEPHALEES CHRONIQUES
- CYSTITES INTERSTITIELLES
- DOULEURS PELVIENNES CHRONIQUES
- ACOUPHENES CHRONIQUES
- SYNDROME POST COUP DE FOUET CERVICAL
- VULVODYNIE (*Diatchenko I et al. Pain 2006*)

Concept de dysfonctionnement du système nerveux

- Allodynie thermo-algique (*Desmeules 2003, Baglund 2002*)
- Douleur ressentie comme plus intense, s'accroît plus vite (*Staub, 2003*)
- Douleur dure plus longtemps (*Staub, 2003*)
- Activité cérébrale (des centres) plus importante (*Cook, 2004*)
- Diminution des contrôles inhibiteurs descendants (*Julien, 2005*)

Connait-on les causes du syndrome fibromyalgique ?

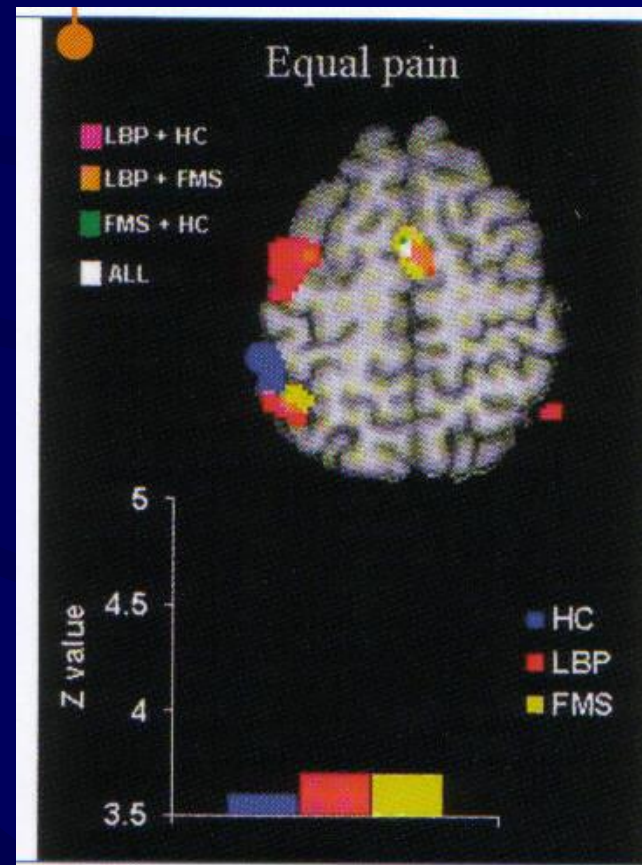
- **Dysfonctionnement des centres de la douleur**
 - Anomalies de la réponse au stress (troubles du métabolisme de cortisol)
 - Baisse du seuil douloureux
 - Troubles du sommeil
- (Les entretiens de Carla, 2005, 2006, 2007)



Dans la tête ? Oui, mais ...

- Au repos : REDUCTION DES FLUX SANGUINS DU THALAMUS ET NOYAU CAUDAL
- Activation lors de la stimulation musculotendineuse du cortex somato-sensoriel

(*Giesecke et al. Arthritis Rheumat.*
2003)



POURQUOI *ELLE* ET PAS *LUI* ?

- Déficit du système d'adaptation motrice des parties du corps endolories
 - Faible capacité à recruter les mécanismes inhibiteurs
 - Somme temporelle de la douleur et hyperexcitabilité douloureuse
 - Risque de chronicité plus importante
 - Seuil de la douleur plus bas et tolérance moindre
- (*SFETD, 2006*)

PARCE QUE : FACTEURS NEURO-HORMONAUX

**Dysfonctionnement de l'axe
hypothalamo-
hypophysaire**

Oestrogènes : activation de
circuits neuronaux,
favorisent la mémorisation
de la douleur donc le
risque de chronicité

- Favorisent l'inflammation
- immunomodulateurs

- Rôle de l'aromatase qui jouerait un rôle antinociceptif
- Source d'oestrogènes dans les voies nociceptives centrales (+neurostéroïdes)

= *oestrogènes* : rôle
nociceptif (SFETD, 2006)

DOUBLE RUPTURE

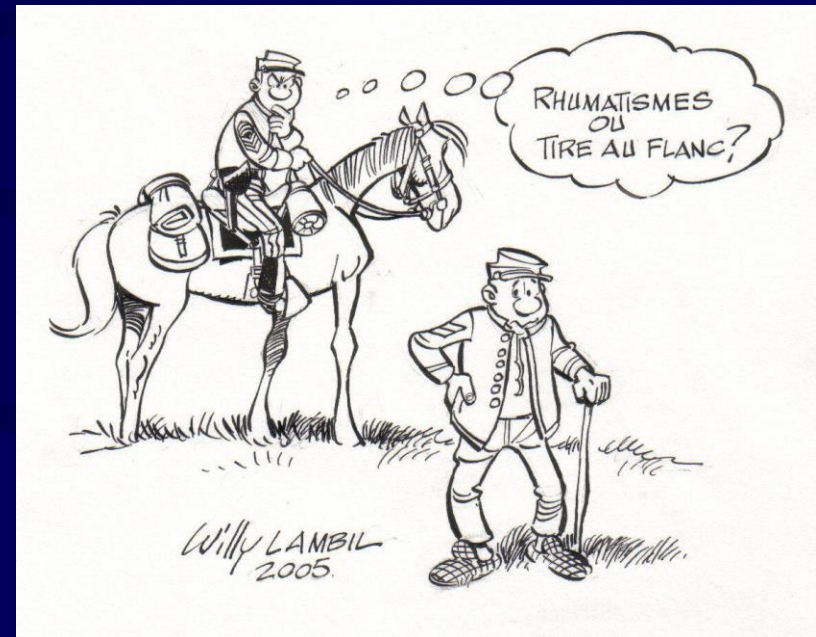
- RUPTURE entre la vie d'avant et après la douleur
- RUPTURE ADAPTATIVE
(*Brocq, 2007*)



DEPISTER

PRENDRE LE temps pour
dépister :

- **Litige** (*Académie de Médecine, 2007*)
- **Catastrophisme** :
*dépression, incapacité
fonctionnelle,
kinésiophobie, évitement*
(*Van Damme, Pain, 2004*)
- **Comorbidité mentale...**



On lui dit qu'elle EST DEPRESSIVE ?

- DOULEUR /FATIGUE/TROUBLES DU SOMMEIL = SYMPTOMES DE DEPRESSION
- DEPRESSION MASQUEE
- DEPRESSION/DSM4 (50% acdts)
- DEPRESSION : 30% / IRM fonctionnelle
- ANXIETE : 48%
- SOMATISATION
- CATASTROPHISME = sous-groupes

UNE DOULEUR CHRONIQUE A UN RETENTISSEMENT

- Physique
- Psychologique
- Socio-professionnel
- Familial, conjugal
- Comportemental (*F. Boureau*)

QU'EN DIT-*ELLE* ?

COMORBIDITE « MENTALE »

- Si dépression : plus de risque d'échec des antalgiques
- Si douleur : limite les effets des traitements de l'anxiété, de la dépression
- DONC EFFETS ALEATOIRES DES TRAITEMENTS QUAND S'ASSOCIENT DOULEURS ET TROUBLES PSYCHIQUES (*Nicholas MK, Pain 2007*)
- Suicides : 7 associations de patients, 180p, 16,7% = 1 à 3 tentatives (70% médic) douleur, mauvaise qualité du sommeil, anxiété et dépression (*Calandre, Rheum2011*)

PRENDRE le temps de l'évaluation

- DE LA DOULEUR (EVA, EN)
- DE LA FATIGUE/ QUALITE DE VIE/ CAPACITES
FONCTIONNELLES : FIQ
(Fibromyalgia Impact Questionnaire) / QIF
 - Autres questionnaires...
 - JOURNAL DE BORD (SEPIA)
 - DE LA MOTIVATION

*L'environnement psycho-social joue un rôle dans la douleur chronique
(Blyth FM and Al. Pain, 2007)*

NOUS PARLONS TRAITEMENTS...

- RELATION DE CONFIANCE
- EVALUATION
- EMPATHIE...
- « COPING » (Comment faire face)

Donc le traitement commence par

- DIAGNOSTIC
- PARTICIPATION
- *DILUER LES ANNONCES*
- JOURNAL DE BORD
(*Sensations, Émotions, Pensées, Images, Actions = SEPIA*)
- ACTIVITE PHYSIQUE
REGULIERE
- RASSURER
- *Rôle du conjoint et de la famille*
- BROCHURES
- Dépistage du catastrophisme



CONTRAT PATIENT PARTENAIRE (Coping)

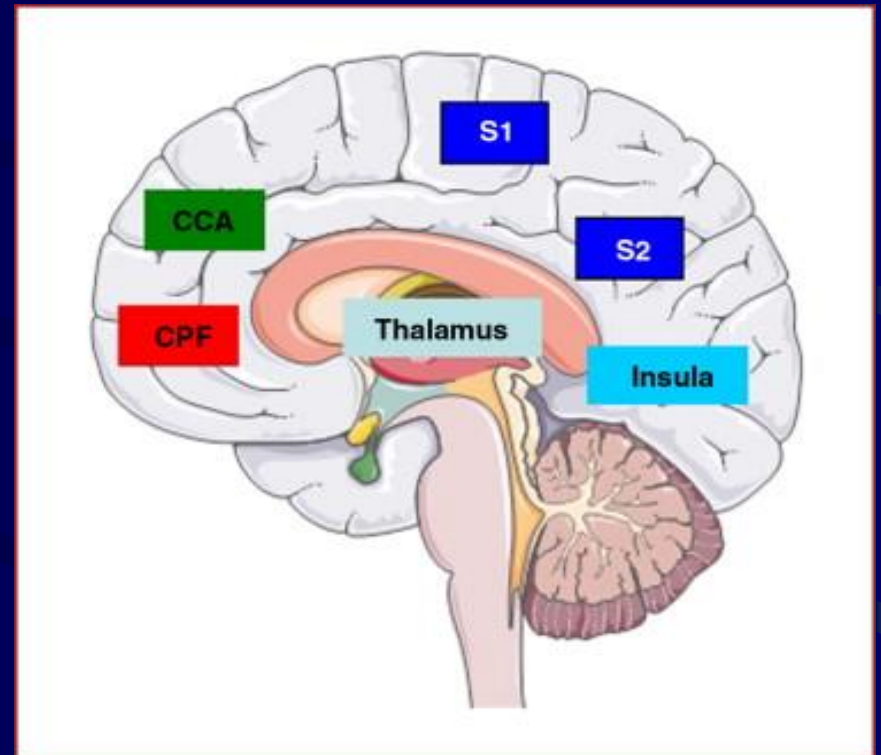
- *CHANGEMENTS DE COMPORTEMENT*
- Ce n'est pas dans la tête, pas responsable
- Il y a toujours quelque chose à faire (coping)
- Douleur fatigue, épuise, on ne peut pas toujours tout maîtriser, limites
- Organiser la vie malgré la douleur (coping)
- Penser autrement, agir différemment : ennemi = la sédentarité

APPROCHE COGNITIVO- COMPORTEMENTALE

- Acceptation de la douleur (*McCracken and al, Pain 2004*)
 - Efficacité personnelle à renforcer (coping) (*Meredith, Pain 2006*)
 - Ergomanie donc fragmenter (*Vlaeyen and al. Clinical J of Pain, 2005*)
 - Attentes : efficacité thérapeutique x 5 (*Kalauokalani and al. Spine 2001*)
 - Motivation dépend des croyances du patient et du médecin (*Poiraudeau et coll. Rheumatology, 2006*)
- = qualité de vie plus que intensité de la douleur et des symptômes anxio-dépressifs (*Lemaire et coll. SFETD, nov.2007*)

ANALYSE PSYCHOLOGIQUE

- CONFLIT INTRA-PSYCHIQUE ENTRE UN DESIR ET UN INTERDIT (*Lenglet, SFETD, 2009*)
- ALEXITHYMIE : difficulté à identifier ses émotions, à les décrire, tendance à se focaliser sur les événements extérieurs implique une moindre tolérance à la douleur (*Huber, 2009/Tuzer, 2011*)
- Troubles sexuels : 48% (*Bazzichi, ACR2011*)



TRAITEMENTS NON PHARMACOLOGIQUES

kinésithérapie/thermalisme

- **Objectifs : lutter contre la kinésiophobie, redonner confiance, planifier les activités physiques régulières**
- **Education thérapeutique**
 - TENS / neurostimulation C2 (*Thimineur, 2007*)
 - YOGA , PILATES, Tai-chi...
 - CURES THERMALES/Thalassothérapie
 - **RELAXATION (TCC)**
 - **HYPNOSE : stratégies individualisées** (*comparaison relaxation-hypnose, Castel A et al. European Journal of pain, 2006*)
 - Acupuncture (*5 essais randomisés, Mayhew E, Rheumatology, 2007*)



ANTALGIQUES

- Paracétamol : action periph et central, renforce les voies inhibitrices descendantes.
- Tramadol, effet antalgique central, dérivé de la morphine donc risque de dépendance, d'accoutumance
- Codéine,
- Morphiniques, importante biodisponibilité des récepteurs mu (*Wang, ACR 2012*)
- Anti-inflammatoires stéroïdiens et non stéroïdiens : non recommandés

COANTALGIQUES

■ Molécules: ANTIDEPRESSEURS

- Amitriptyline = **Laroxyl**[®] (AMM = douleurs rebelles)
- Imipramine = **Tofranil**[®] (AMM = douleurs rebelles)
- Clomipramine = **Anafranil**[®] (AMM = douleurs neuropathiques)
- paroxétine = Déroxat[®]
- vanlafaxine = Effexor[®]
- citalompram = Séropram[®] 20 à 40mg
- Fluoxétine = Prozac [®]
- Duloxetine[®] = Cymbalta [®] 60mgx2 (AMM : douleur neuropathique périphérique diabétique)
- Milnacipran = Ixel [®] 100 à 200mg

Molécules: ANTICONVULSIVANTS

- Clonazépam = Rivotril [®]
- gabapentine = Neurontin [®]
- Prégabaline = Lyrica

THERAPEUTIQUES EN COURS D'ÉVALUATION

- STIMULATION MAGNETIQUE TRANSCRANIENNE
(*Brasseur et coll., 2004*)
- SISMOTHERAPIE (Electroconvulsive therapy,
Usui et al. Pain, 2006)
- STIMULATION CORTICALE
- Education thérapeutique en cure thermale
- Association de patients

TRAVAUX EN COURS

- HORMONE DE CROISSANCE (0,0006mg/kg/j) 120 patients sur 12 mois (*Cuatrecasas, 2012*)
- CANNABIS (*Fiz, 2012*)
- OXYBATE DE SODIUM
- DOPAMINE (*Wood, 2007*) Pramipexole (*Holman*)
- NALTREXONE (*Younger, 2013*) : 31F, 4,5mg/j, 28,8%/18%, bonne tolérance
- KETAMINE agoniste des récepteurs NMDA, opioïdes, etc
- Fibromyalgie (reine des prés, camomille, vitC, gingembre, gelée royale, chiendent)*Baron (2013)*

9 RECOMMANDATIONS DE L'EULAR

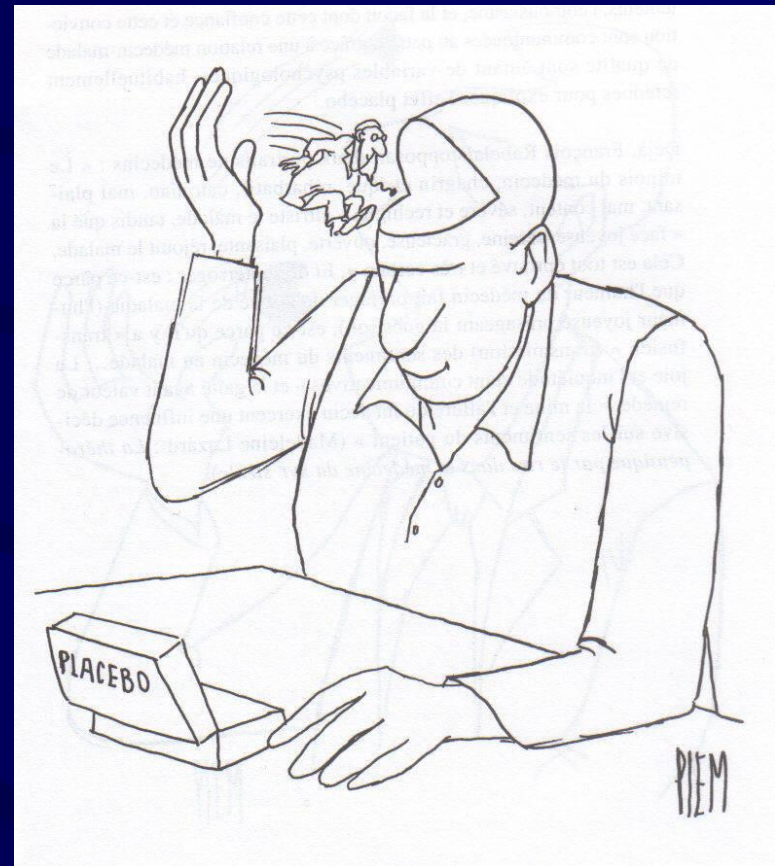
- *Conclusions* :
 - Nombreux essais randomisés, contrôlés
 - Traitements efficaces disponibles
 - Traitements nécessitant une adaptation individuelle aux besoins du patient

ATTENTE

- Attentes : efficacité thérapeutique x 5
(*Kalauokalani and al. Spine 2001*)

QU'ATTEND-ELLE?

- ECOUTER / ENTENDRE
- SE COMPRENDRE
- CLIMAT DE CONFIANCE
- RASSURER
- PRENDRE LE TEMPS
- EMPATHIE



CONFLIT D'INTERETS



CONFLITS D'INTERETS

PENIBILITE DE LA
CONSULTATION DU
RHUMATOLOGUE : 4,05/10 (IFOP,
2010)

= Susceptibilité à laisser des traces
durables, identifiables et irréversibles
sur la santé

Ou incapacité d'atteindre ses objectifs
en dépit de ses efforts

-douleurs et attentes du patient qui
demandent un diagnostic précis et un
soulagement immédiat

-système de santé privilégie l'acte
technique au détriment de l'acte global
(Hudry, 2013)

-Cs DOULEUR PERSISTANTE



CONCLUSION

- PLURIFACTORIEL
- PLUSIEURS TRAITEMENTS
- MULTI-DISCIPLINARITE
- ADAPTATION
- PARTENARIAT



« PORTES-TOI BIEN ! »

