

PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE DE LA FIBROMYALGIE

Dr Julien NIZARD

Centre de Traitement de la Douleur CHU Nantes

EPIDEMIOLOGIE

- 7 % des pathologies générant l'utilisation d'antalgiques (IASP 99)
- 15 % des consultations de rhumatologie et 10 % des consultations de la douleur
- 2 % de la population générale
- **Essentiellement féminine** : 80 % de femmes
- **Survenant entre 30 et 50 ans** (Atteinte du sujet âgé exceptionnelle)
- Composante familiale ?
- Rebelle aux traitements habituels, notamment antalgiques et anti-inflammatoires :
 - **Quête médicale**: nomadisme, examens complémentaires multiples, voire techniques lourdes
 - **Dépendance médicamenteuse**
- Conséquences psycho-sociales souvent importantes ++

Mais **grande hétérogénéité des formes cliniques+++**: “ **fourre-tout nosologique** ”?

DIAGNOSTIC

- Les critères actuels ne sont que positifs, permettant de poser le diagnostic de fibromyalgie **sans préjuger** du caractère primitif ou secondaire.

- Distinction possible avec les simulateurs dans 70% cas (Khostanteen 2000)

1. Diagnostic de fibromyalgie : Critères ACR 1990

- Histoire de **douleurs diffuses** depuis au **moins trois mois**

- **Onze points douloureux** sur dix huit à la pression, **fixes** chez un sujet donné

Pression digitale modérée, habituellement non douloureuse (environ 4 kg/cm² sur dix huit points)

8 cervico-trapézo-scapulaires, 4 fessiers ; 2 chondrocostaux, 2 épicondyles et deux pattes d'oie

2. Éliminer une fibromyalgie secondaire +++ : la FM et un diagnostic d'élimination

- d'autant plus qu'il s'agit d'un homme ++

Importante à considérer dans la prise en charge thérapeutique :

- Maladie **inflammatoire** ++ : Polyarthrite Rhumatoïde, syndrome de Gougerot,

- Arthrose diffuse ++

- Endocrinopathies notamment hypothyroïdie ; Hystérectomie ; Neoplasie +

➔ Un bilan clinique, radiologique (voire scintigraphique)

et biologique minimal : VS CRP, CPK, calcémie-EPP; Latex Waaler-Rose et Anticorps antinucléaire, T4, TSH,

vérifie l'absence de **syndrome inflammatoire**, d'anomalies métaboliques ou enzymatiques musculaires.

Ne pas hésiter à renouveler ce bilan au bout de quelques mois d'évolution

PHYSIOPATHOLOGIE de la FIBROMYALGIE

Hypothèses nombreuses, et sous-groupes de patients encore mal identifiés

I - DYSFONCTIONNEMENT DE LA BALANCE FACILITATRICE ET INHIBITRICE DE LA DOULEUR +++

1. Hyper-activité des voies nociceptives (Hyperalgésie et allodynie diffuses ++): **amplification message douloureux**

Les **seuils de douleur, cliniques et électrophysiologiques sont diminués** chez de nombreux fibromyalgiques (hyperalgésie).

- Sensibilisation des récepteurs périphériques : **muscles**, tendons, ligaments, peau (Wolfe 1990)

Taux anormaux de substances impliquées dans la douleur (« soupe inflammatoire ») ++

- Substance P (augmentée dans le LCR des patients fibromyalgiques (Russel 1993), dynorphine A, NO, Nerve Growth Factor)

- Sensibilisation centrale à l'échelon spinal (neurones nociceptifs spinaux)

Activation des récepteurs NMDA : production excessive NO : hyperalgésie et allodynie : efficacité des inhibiteurs NMDA

2. Systèmes de contrôle inhibiteurs insuffisamment efficaces ++

- Contrôle Inhibiteur Diffus Nociceptif moins efficient en réponse à douleur expérimentale (Kozek, 1997)
- Central : voies inhibitrices descendantes : système sérotoninergique et adrénérgique (hyporéactivité +/- hypertonie nocturne)

→ Hypothèse : **sensibilisation périphérique, amplifiée et généralisée** par **dysfonctionnement central** (Kosek 1996).

II – PERURBATIONS DU SOMMEIL ++ DE LA RESISTANCE AU STRESS, DE L’HUMEUR

1. Les fibromyalgiques se plaignent **constamment de troubles du sommeil**

-Asthénie, sommeil non réparateur, amélioration des symptômes en fin de journée

-Même lorsque le patient ne se plaint pas de son sommeil, celui-ci est profondément perturbé ++ :

EEG : sommeil **instable** (nombreux changements de stades) et **fragmenté** par **nombreux éveils**, avec

Altérations quantitatives et qualitatives (ondes alpha) du **sommeil lent profond** (stades 3 et 4) : **récupération physique/psy.**

® **Privation stade 4 sommeil lent-profond** chez **volontaires sains** P syndrome polymyalgique (Moldofsky 76).

- Pas de franche corrélation avec la douleur : % FM identique chez femmes avec ou sans trouble du sommeil

2. Altérations de la résistance au stress, antécédents de traumatismes physiques (coup du lapin), et psychiques ++
violences, carences affectives...

3. Dépression : antécédents personnels ou familiaux dans 2/3 cas, syndrome dépressif actuel dans 1/3 cas

Pas d’avantage de dépression et troubles personnalité que dans d’autres pathologies chroniques

4. Environnement : familial (conjoint ; enfants), socio-professionnel : quête de reconnaissance

III- PERTURBATIONS MUSCULAIRES / CONJONCTIVES

1. Constat

- **Tension musculaire** permanente, contractures, hypertonie musculaire avec douleurs à la palpation et à l'effort
- Développement d'une FM à partir d'un syndrome myofacial local, de rachialgies initiales
- Diminution **force musculaire** (Grip Test) et **endurance à l'effort** +++ (marche rapide) : 80% cas (Bennet 1989),

Déconditionnement à l'effort

- Examens complémentaires : EMG souvent normal, (biopsie musculaire non spécifique : collagène/ fibroblastes anormaux)

2. Hypothèses : causes ou conséquences ?

- troubles de la micro-circulation musculaire avec possible atteinte **hypoxique**,
déficit périphérique en NO (puissant vasodilatateur à l'effort)
- perturbations de la **production d'énergie** : taux diminués d'ATP, plus rarement anomalie chaîne respiratoire mitochondriale
- anti-oxydants diminués : déficit en glutathion

Dans tous les cas, anomalies liées au déconditionnement (FM moins fréquente chez sportifs), et sensibilité aux micro-

traumatismes : **douleurs** ∩ **contractures et déficit musculaire à l'effort** ∩ **douleurs**

IV- PERTURBATIONS ENDOCRINIENNES

- Somathormone (Growth factor, GH) : diminuée, surtout chez la femme : lié à troubles sommeil et sérotonine ?
⇒ absence/insuffisance de réparation des micro-lésions tissulaires
- Rôle des oestrogènes ? forte prédominance féminine et recrudescence après hystérectomie/ ménopause
- Réponse neuroendocrine au stress altérée
- thyroïde franchement anormale chez 10% (tests dynamiques altérés chez 2/3), mélatonine...

V- AUTRES FACTEURS

- **Iatrogènes** : chimiothérapies, bêtabloquants, implants silicone...
- Nutritionnels
- Professionnels : hommes avec travail posté plus souvent atteints
- Familiaux plus que génétiques ? filles et sœurs FM plus souvent atteintes, mais conjoints plus souvent atteints...

Les hypothèses microbiennes, virales ou parasitaires, immunologiques, ne paraissent pas confirmées

PRINCIPES DE LA PRISE EN CHARGE DES SYNDROMES FIBROMYALGIQUES

I- Evaluation précise du **retentissement (très variable)**

Douleur, Fonction (AVQ), Sommeil-Anxiété- Dépression (HAD), Qualité de vie-FIQ, Retentissement Socio-Professionnel

II- Recherche fibromyalgie **secondaire** +++

- Bilan initial biologique +/- imagerie

- Attention à **ne pas ostraciser le FM**, qui peut avoir une recrudescence de lombo-radiculalgies, d'arthrose, de tendinopathies...

II – Arrêt des examens agressifs et de la surenchère thérapeutique (gestes agressifs, chirurgie)

III- Affirmation de la **réalité du diagnostic** et **rassurer sur la bénignité de l'atteinte**

Sensation de rejet par entourage familial, professionnel voire médical avec sentiment d'être incompris.

1. Donner **un nom** aux symptômes allégués peut introduire **une communication** entre patient et soignants

2. Rassurer sur l'évolution bénigne, par poussées, sans atteinte articulaire ou neurologique +++

3. **MAIS éviter de fixer le patient sur un diagnostic définitif** : ce syndrome peut s'améliorer (voire disparaître ?)

PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE DANS LA FIBROMYALGIE

- **Efficacité rapportée par la littérature++ , et d'avantage que chaque traitement utilisé séparément**
- **Les approches pluri-disclinaires associent généralement : éducation ; exercice physique ; thérapie cognitivo-comportementales** (amélioration de la participation aux soins, et de la gestion du stress) ; rationalisation du traitement médicamenteux.
- Leurs résultats sont positifs sur la douleur, la fatigue, la fonction, l'anxiété et/ou l'humeur dépressive, la participation aux soins (Nielson, 1992 et 1997 ; Buckelew, 1998 ; Williams, 2002).

I – Education, informations sur la maladie aux patients ET à leur famille (Associations, Internet...)

Première association française : 1995. Multiples associations depuis:

- Réunions d'informations, publication de journaux et documents pédagogiques, sites Internet ...

Actuellement deux associations de fibromyalgiques en Loire - Atlantique

II- Contrat et Alliance thérapeutique

- Définition d'Objectifs et **critères de jugement non exclusivement centrés sur la douleur** :

Amélioration de la **fonction** - Amélioration **qualité de vie** - Amélioration (incomplète) de la douleur

Diminution des médicaments dépendogènes - Poursuite **travail et/ou activités+++**/ - **Contentieux**

- En retour, les soignants doivent poser leurs limites, et éviter la toute-puissance

III - Prise en charge physique et Ré-entraînement à l'effort +++ (effet à moyen et long terme)

1. Limiter progressivement : Inactivité, cannes, voire fauteuil roulant

Combattre la notion largement répandue que le repos est nécessaire et bénéfique:

⇒ **Plus le muscle est entraîné, moins il souffre à l'effort**

2. **Réentraînement à l'effort** : programmes d'activité fractionnées, d'intensité progressive, en aérobie (Bennett 91, Meiworm 2000, Mannerkorpi 2000) : pour patient motivé et ayant choisi son moment

a) Exercices en kinésithérapie ambulatoire (kiné averti, programme individualisé) et/ou Centre Rééducation (sur désadaptation neuro-musculaire et cardio-vasculaire, et /ou désinsertion socio-professionnelle)

b) **Auto-Entretien** : **activité en endurance régulière et étirements : 2 à 3 heures par semaine**

Marche –vélo- piscine (natation, aquagym)- gymnastique aérobic/étirements

Activité minimale à maintenir même en période de crise douloureuse ++

⇒ **Objectifs dosés, réalistes et progressifs, dans le cadre d'un contrat thérapeutique**

3. Autres approches physiques (effet à court terme)

- Massages, physiothérapie adaptée, TENS (en supra-segmentaire : pas sur les points douloureux)
- Balnéothérapie : effet positif de séances de 20 minutes (Yurtkura, 1996 : 10 séances sur 2 semaines : effet rémanent 6 semaines après arrêt du programme)
- Thérapie manuelle, étirements

IV- Prise en charge psychologique individualisée patient et famille

1. Participation active du patient ++ (“ self- management et coping ” : participation, adhésion à la stratégie de soins)

2. Contrôle des facteurs de stress

a) Relaxation : thérapeutique d'appoint (efficacité mineure si utilisée seule : Martin, 1996)

Méthode la plus utilisée : Training autogène de Schultz

b) Biofeedback : efficacité chez certains patients déprimés (Van Santen, 2002), et non déprimés (Ferraccioli, 1987)

c) Sophrologie

- Action positive potentielle sur : hyper-réactivité au stress, tension musculaire, troubles du sommeil...

3. Abords Psycho-Algologiques :

Ecoute et empathie, travail sur les croyances, les comportements, les traumatismes physiques et psychiques

Distanciation/recentrage par rapport au corps douloureux

- Thérapies Stratégiques et Cognitivo-comportementales ++
- Hypnose et Auto-Hypnose : modeste réduction des symptômes (Haanen, 19991)
- Psychothérapies

4. Soutien et implication de la Famille

L'association de plusieurs techniques psycho-sociales donne de meilleurs résultats qu'une technique seule

(Nicassio, 1997)

V- Autres approches

- **Acupuncture** : électro-acupuncture sur 3 semaines : soulagement complet de 25% patients (Deluze 1992)

VI- THERAPEUTIQUES MEDICAMENTEUSES

→ Dans la littérature, peu d'études contrôlées valables publiées

(White : analytical review controlled clinical trials for fibromyalgia, Pain, 96)

- Souvent, études à **court terme** avec **peu de patients**, variables très différentes (rarement handicap et insertion socio-prof.
- Etudes en cours plus prolongées (au minimum 6 mois) appréciant **autant l'efficacité** que la **tolérance** des traitements mais aussi leur coût : nécessité **uniformiser critères d'efficacité** de la prise en charge +++

1. Anti-inflammatoires et corticoïdes (un essai contrôlé de 1985): pas de différence par rapport au placebo

- Inefficacité relative des Anti-Inflammatoires : critère diagnostic au stade initial (mais études anciennes)
- Nécessité de tester les Inhibiteurs des cox2 par études randomisées

2. Antalgiques : très peu de travaux contrôlés

- **Paliers I et II** : rarement efficaces, mais sensibilité individuelle
- **Tramadol** : deux essais contrôlés (Russel 1997, Sorensen 1997, Biasi 1998), efficacité modeste + (action aminergique)
- **Morphiniques palier III** : éviter leur prescription au long cours et chez certains patients

Attention si addictions, profil psychiatrique

- Effets au long cours inconnus sur douleur, fonction, psychisme chez fibromyalgiques

3. Benzodiazépines et somnifères NON indiqués, car peu efficaces et risquant d'induire dépendance ou effets indésirables

(Russel 91, Moldofsky 1996)

a) Benzodiazépines : effets amnésiants, aggravation de la désorganisation du sommeil, ne favorisant pas la réinsertion

-Les anxiolytiques non benzodiazépines peuvent être tentés : buspirone (Buspar) ou hydroxyzine (Atarax)

-Des β -bloquants (propranolol- Avlocardyl) peuvent être utilisés lors d'une hyper-réactivité au stress

b) Hypnotiques : à manier avec d'extrêmes précautions, notamment les benzodiazépiniques, responsables de troubles mnésiques

avec risques de dépendance et d'augmentation posologique aboutissant à une insomnie réelle par abus d'hypnotiques

(même pour les produits plus récents (zolpidem-Stilnox, zopiclone-Imovane)

→ Préférer **l'action sédatrice des antidépresseurs** type Laroxyl ou Athymil ++, des anxiolytiques sédatifs non

benzodiazépines (Atarax) ou anti-histaminiques (alimémazine-Théralène)

4. Anti-épileptiques NON indiqués : ni le clonazépam (Rivotril), ni la gabapentine (Neurontin)

5. Antidépresseurs +++

. Efficacité plus rapide et doses plus plus faibles que dans syndrômes dépressifs :

d'abord sur le sommeil à faibles doses, puis sur la douleur à doses plus élevées (Anderberg, 2000)

a) Tricycliques : les plus utilisés (Laroxyl, 10 à 70 mg , prise vespérale unique), et les plus efficaces (action Nadrénergique)

→ action plus marquée sur troubles **du sommeil** que sur douleur ou handicap fonctionnel

. mais diminution de l'efficacité avec le temps ? (Carette 94 : efficacité à 4 semaines, mais pas à 6 mois ; Goldenberg 99)

→ études contrôlées valables ne montrent pas d'efficacité significative à long terme (Carette 99)

b) Antidépresseurs sérotoninergiques : paroxétine (Deroxat), citalopram (Seropram), fluoxétine (Prozac) : Hors AMM

- Deux importants essais contrôlés sur fluoxétine (Wolfe 1994) et citalopram (Norregard 1995) : efficacité sur dépression, mais pas sur autres symptômes FM. Un essai contrôlé positif de la fluoxétine à doses flexibles sur les symptômes FM (Arnold ; 2002)

c) Intérêt de la miansérine (Athymil) dans ce contexte de troubles du sommeil.

d) Associations d'antidépresseurs : effet additif partiel (fluoxétine et amitriptyline, Goldenberg 96).

Méta-analyse sur l'efficacité des antidépresseurs : O'malley 2000 :

-amélioration générale du sommeil de la fatigue, du bien-être, mais peu de la douleur et pas des “ trigger points ”

6. Autres classes médicamenteuses

a) **Anesthésiques** : effets parfois favorables, mais études de méthodologie médiocre (petits échantillons, pas de contrôle)

- Injections au niveau des points douloureux

- (Lidocaine IV (Bennett, 1995))

b) Myorelaxants : souvent prescrits, mais non correctement évalués.

La calcitonine n'est pas plus efficace qu'un placebo

7. Médicaments utilisables en milieu spécialisé, et/ ou en cours d'expérimentation :

a) **Antagonistes NMDA ++: kétamine (Kétalar)**, dextromorphan, amantadine : pas d'AMM :

mais paraissent prometteurs (Henriksson, 2002)

- IV (ampoules 10 et 50 mg) : 0,5 à 1 mg/kg, en IV continu, sur 3 jours : environ 60% patients répondeurs ; soulagement deux à trois mois : possibilité renouvellement cures.

Effets indésirables : surtout neuro-psychiques (hallucinations, traitement par valium) et asthénie++

- voire SC (Niboyet, abstract IASP, 2002),

- ou per os ? 3 ou 4 prises par jour de 10 à 20mg

b) Antagonistes sérotoninergiques anti 5-HT₃ ++: résultats encourageants (Haus, 2000 ; Papadopoulos, 2000 ; Stratz, 2001)

Etudes ouvertes avec le tropisétron (Zophren) : cure IV de quelques jours : environ 75% répondeurs pendant plusieurs semaines.

c) Growth Hormone GH : injection SC quotidienne pendant 9 mois : améliore douleur et sommeil (étude contrôlée contre placebo, Benett 1998). Mais son coût élevé limite son utilité.

d) Mélatonine 3mg : Papadopoulos 2000 : 21 patients en étude ouverte : parfois utile sur troubles sommeil/fatigue

Dans tous les cas : pas de médicament miracle : à intégrer dans une stratégie de soins fonctionnelle et psychologique

VI- Mesures professionnelles et sociales

1- **Fibromyalgie** et **ALD** : Haut Comité à la Sécurité Sociale, JO 26 Mars 2001

Après avis Groupe de Travail (médecins et associations) :

“ La fibromyalgie **ne peut être admise sur la liste** des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, justifiant une prise en charge à 100 %.

Le patient atteint de fibromyalgie PEUT toutefois bénéficier d'une prise en charge à 100 % des soins et traitements liés à cette affection, au titre des **affections “ hors liste ”**

- en cas de forme évolutive et invalidante
- sur avis du service de contrôle médical

2. Fibromyalgie et Invalidité

Pour les travailleurs salariés, une Invalidité 1^{ère} ou 2^e Catégorie PEUT être accordée

- en cas de forme invalidante et évolutive,
- sur avis du service de contrôle médical

CONCLUSION

Fibromyalgie : syndrome douloureux chronique associant douleurs diffuses, asthénie et fatigabilité depuis plus de 3 mois

- Conséquences fonctionnelles sociales professionnelles : peuvent être majeures
- Abus médicaments et examens complémentaires fréquent : éviter thérapeutiques agressives
- Prise en charge pluridisciplinaire avec **éducation, réactivation physique,**
prise en charge **psychologique** , thérapeutiques médicamenteuses rationalisées.

But de la prise en charge centrée sur qualité de vie et non exclusivement sur la douleur:

→ soulager les patients mais surtout les **réinsérer** socialement et professionnellement