

L'activité physique et la fibromyalgie font-ils bon ménage ?

Jean-Philippe Leconte et Jean Doré

LA FIBROMYALGIE est un trouble s'inscrivant dans une grande famille de syndromes d'hypersensibilité centrale, dont font partie les syndromes de fatigue chronique et du côlon irritable. Ces derniers, ainsi que plusieurs autres, se manifestent fréquemment en association avec la fibromyalgie¹. Concrètement, la fibromyalgie provoque entre autres des douleurs profondes, généralisées et chroniques. Selon la National Fibromyalgia Association des États-Unis, de 3 % à 6 % de la population générale en présenterait les symptômes types, ce qui nuirait à leur qualité de vie, tant au travail que dans la sphère familiale et dans les loisirs².

Certains médecins traitants se sentent démunis face aux patients éprouvant de tels symptômes. En ce sens, il est intéressant de constater qu'il existe de plus en plus d'outils thérapeutiques efficaces pour maîtriser ces symptômes. Toutefois, le traitement optimal pour réduire la douleur, la fatigue et les conséquences sur les activités de la vie quotidienne et pour augmenter le sentiment de contrôle sur la maladie n'est pas encore connu³. Une des solutions possibles réside dans une combinaison d'approches pharmacologiques et non pharmacologiques, dont fait partie la pratique régulière d'activités physiques. Néanmoins, l'isolement social et la réduction des activités quotidiennes doivent être évités puisqu'ils contri-

M. Jean-Philippe Leconte, kinésologue, travaille au Pavillon de prévention des maladies cardiaques de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec et est candidat à la maîtrise en médecine expérimentale. Le Dr Jean Doré est professeur agrégé à la Faculté de médecine, division de kinésiologie de l'Université Laval.

Tableau I

Traitements non pharmacologiques efficaces⁴

- Activités physiques de type aérobie (cardiovasculaire)
- Éducation
- Thérapies comportementales et cognitives
- Musculation de faible intensité

buent à une diminution de la capacité fonctionnelle et à l'exacerbation des symptômes².

Les antidépresseurs tricycliques, comme l'amitriptyline, sont les médicaments les plus efficaces à l'heure actuelle. Les inhibiteurs du recaptage de la sérotonine (fluoxétine) et de la noradrénaline (duloxétine) semblent aussi avoir un effet positif⁴. En ce qui concerne la maîtrise de la douleur, les analgésiques comme le tramadol et la prégabaline sont aussi concluants⁴. Le recours aux opioïdes demeure, par contre, controversé à ce jour et ne fait pas partie des recommandations de l'European League Against Rheumatism (EULAR)⁵. Enfin, la classe des cannabinoïdes (nabilone) fait une percée intéressante dans le traitement de la douleur chronique en améliorant la qualité du sommeil⁶ et en diminuant la sensation de douleur, l'anxiété et leurs répercussions sur la vie des personnes atteintes⁷.

Activités physiques et fibromyalgie

Les traitements non pharmacologiques semblent moins répandus que le recours aux médicaments. Pourtant, ils n'en sont pas moins utiles. Le tableau I présente les options les plus efficaces. Une combinaison de ces approches, en plus d'un traitement

médicamenteux adéquat, semble être optimale dans l'atténuation des symptômes.

On pourrait croire que la pratique d'activités physiques ainsi que l'augmentation des activités de la vie quotidienne amplifient la sensation de douleur causée par les courbatures et la fatigue. Toutefois, il semble que ce ne soit pas le cas. La pratique régulière d'activités physiques de type aérobie d'intensité faible à modérée permet de réduire la sensation⁸ et le seuil de douleur, les symptômes dépressifs, le nombre et l'intensité des points de pression ainsi qu'une amélioration de la capacité fonctionnelle, du bien-être et de la qualité du sommeil². En posant des gestes concrets, les patients ont non seulement l'impression de maîtriser et de pouvoir agir sur leurs symptômes, mais aussi de favoriser leur bien-être. Par ailleurs, l'éducation des patients entraîne des visites moins fréquentes chez le médecin ou les autres intervenants⁹. L'activité physique place ainsi le patient dans un mode de gestion active plutôt que passive de sa maladie et lui confère une plus grande emprise sur ses symptômes.

Est-ce que j'en fais trop ?

Au même titre que le traitement pharmacologique, le dosage optimal de l'intensité et de la durée de l'activité physique demeure nébuleux. Il est toutefois prouvé que l'activité physique d'intensité faible à modérée avec de faibles impacts au sol (par exemple la marche, le vélo et la natation) est bénéfique pour les personnes fibromyalgiques². Afin d'accroître les bienfaits et l'efficacité de l'activité physique, il est essentiel de la planifier dans les moments de la journée où les douleurs et la fatigue sont moins présentes¹⁰. La durée peut varier d'une personne à une autre, mais la règle d'or est un début lent et une progression graduelle. Le fait d'entreprendre un programme d'exercices peut entraîner une recrudescence des symptômes douloureux. Il s'agit généralement d'un état transitoire qui se normalise après quelques séances¹¹.

Le patient doit donc en être avisé afin d'éviter qu'il n'abandonne de façon précoce et injustifiée. Il est à noter que les exercices en piscine semblent favoriser un accroissement plus important du volume d'activités physiques que les autres types d'exercices¹⁰. Par ailleurs, différentes études ont signalé des taux d'abandon dépassant 30 %¹². Il relève alors du kinésologue traitant d'être à l'affût des conditions gagnantes pour améliorer, mais aussi maintenir l'observance de ces personnes à leur programme d'activités physiques. Après tout, le plus important n'est pas nécessairement de trouver la prescription idéale, mais bien que le patient l'exécute et la maintienne dans le temps.

Concrètement

Dans le but d'assurer le confort et la sécurité de la personne pendant la séance d'activités physiques, le kinésologue doit la faire précéder d'un échauffement de très faible intensité d'une durée de 5 à 10 minutes. Une telle préparation permet d'augmenter la température corporelle et le flot sanguin dans les muscles en vue de l'exercice. Les traumatismes musculaires importants pouvant exacerber les douleurs subséquentes sont ainsi évités. Un bon exemple d'échauffement consiste à marcher lentement pendant 5 minutes avant de commencer une période de marche rapide. Ensuite, une accélération graduelle du rythme mènera à l'intensité ou à la vitesse recherchée¹³.

Une fois l'échauffement terminé, il est suggéré de poursuivre par des séances d'exercices cardiovasculaires (par exemple la marche, le vélo ou la natation) pendant de dix à vingt minutes. Selon la tolérance et la perception de l'effort de la personne, une progression jusqu'à une période d'environ 40 minutes serait optimale¹⁰. Pour une même fréquence cardiaque, le patient fibromyalgique aura tendance à percevoir l'effort comme plus intense qu'une personne non atteinte¹⁴. Par conséquent, la perception générale de l'effort qu'a le patient est plus importante que l'atteinte d'une fréquence cardiaque cible. Sur l'échelle de per-

Entreprendre un programme d'exercices peut entraîner une recrudescence des symptômes douloureux. Il s'agit généralement d'un état transitoire qui se normalise après quelques séances. Le patient doit donc en être avisé afin d'éviter qu'il abandonne de façon précoce et injustifiée.

Repère

Tableau II

Échelle de perception de l'effort de Borg

0	Aucun
0,5	Extrêmement facile
1	Très facile
2	Facile
3	Modéré
4	Légèrement difficile
5	Difficile
6	
7	Très difficile
8	
9	
10	Extrêmement difficile
—	Maximal

Source : Borg GA. Psychophysical bases of perceived exertion. *Med Sci Sports Exerc* 1982 ; 14 (5) : 377-81. Reproduit avec autorisation.

ception de l'effort de Borg¹⁵ (tableau II), le patient devrait obtenir un score de 2/10 à 3/10, ce qui correspond à un effort allant de facile à moyen. Pour faciliter l'atteinte des 40 minutes visées, il est possible et tout à fait efficace de faire plusieurs blocs d'exercices de dix minutes ou plus dans la journée¹³.

Des exercices de musculation peuvent être intégrés comme complément au programme d'entraînement. Ils doivent être représentatifs des mouvements exécutés dans les activités de la vie quotidienne et cibler les principaux groupes musculaires (cuisses, pectoraux et dorsaux). Cependant, ils doivent être exécutés selon la technique appropriée, avec de faibles charges et sans douleur. Cette façon de faire permettra de réduire au minimum les courbatures associées au travail musculaire inhabituel. Enfin, de deux à trois séances d'exercices cardiovasculaires par semaine sont recommandées alors que les exercices de musculation dépendront de la tolérance du patient (généralement d'une à trois fois par semaine)¹¹. Des exercices d'étirement peuvent être faits à la toute fin de la séance afin de maintenir une amplitude fonctionnelle dans les mouvements de la vie quotidienne¹¹ (tableau III).

Le patient peut effectuer ses exercices de façon autonome dans le cadre des activités de la vie quoti-

Tableau III

Points critiques de la séance d'entraînement¹¹

Exercices d'échauffement

- Intensité minimale
- Durée de 5 à 10 minutes

Exercices cardiovasculaires

- Intensité faible (de facile à moyen)
- Durée de 10 à 40 minutes
- Autres possibilités : décomposition par séquences de 10 minutes répétées au cours de la journée

Exercices de musculation

- Principaux groupes musculaires à l'aide d'exercices fonctionnels
- Intensité faible (de facile à moyen)
- Durée : Selon la tolérance

Exercices d'étirement

- Intensité et durée : Selon la tolérance
- Maintenir la position d'étirement de 20 à 30 secondes

dienne. Cependant, les groupes de quartier ou les centres spécialisés offrent des avantages, comme la surveillance du patient pendant toute la séance d'entraînement afin de s'assurer qu'il exécute les gestes correctement. Par ailleurs, ils permettent aux patients de rester motivés. Par exemple, les cours d'aquaforme ou d'aquajogging en piscine allient plusieurs facteurs favorisant l'assiduité à l'activité, la sécurité, le confort et l'efficacité^{10,11}. Il s'avère donc plus que pertinent de consulter les répertoires de loisirs municipaux pour voir les cours ou les groupes accessibles.

À retenir!

L'activité physique, principalement celle de type aérobie, permet d'éviter le cercle vicieux du déconditionnement et de l'augmentation des douleurs et de la fatigue. La personnalisation de la prescription d'activités physiques est un concept central dans l'accompagnement de la clientèle fibromyalgique. Non seulement elle favorise le plaisir à l'entraînement, mais elle assure également une meilleure fidélité au programme, une amélioration de la qualité de vie et



Congrès de formation médicale continue FMOQ

17 et 18 mars 2011

L'hématologie et l'oncologie
Hyatt Regency Montréal,
Montréal

14 et 15 avril 2011

La pédiatrie
Hôtel Delta Québec,
Québec

12 et 13 mai 2011

La gastro-entérologie
Hôtel Sheraton Laval,
Laval

9 et 10 juin 2011

L'ORL et les allergies
Hôtel Delta Québec,
Québec

15 et 16 septembre 2011

La thérapeutique
Hôtel Hilton Bonaventure,
Montréal

13 et 14 octobre 2011

La neurologie
Hôtel Delta Québec,
Québec

de la capacité fonctionnelle ainsi qu'une diminution de la sensation de douleur et des symptômes dépressifs.

À la lumière de ces constats et puisque l'activité physique fait partie intégrante du plan thérapeutique des personnes atteintes de fibromyalgie^{1,2,4,5,8,10,12,13}, l'affiliation avec un kinésologue pouvant accompagner adéquatement ces patients dans l'accomplissement de leurs objectifs personnels et de traitement prend tout son sens ! 🏃

Bibliographie

1. Wallace DJ, Clauw DJ. *Fibromyalgia & other central pain syndromes*. 1^{re} éd. Philadelphie : Lippincott Williams & Wilkins ; 2005.
2. Busch AJ, Schachter CL, Overend TJ et coll. Exercise for fibromyalgia: a systematic review. *J Rheumatol* 2008 ; 35 (6) : 1130-44.
3. O'Brien EM, Staud RM, Hassinger AD et coll. Patient-Centered Perspective on Treatment Outcomes in Chronic Pain. *Pain Med* 2009 ; 11 (1) : 6-15.
4. Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L. Management of fibromyalgia syndrome. *JAMA* 2004 ; 292 (19) : 2388-95.
5. Carville SF, Arendt-Nielsen S, Bliddal H et coll. EULAR evidence-based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome. *Ann Rheum Dis* 2008 ; 67 (4) : 536-41.
6. Ware MA, Fitzcharles MA, Joseph L et coll. The effects of nabilone on sleep in fibromyalgia: results of a randomized controlled trial. *Anesth Analg* 2010 ; 110 (2) : 604-10.
7. Skrabek RQ, Galimova L, Ethans K et coll. Nabilone for the treatment of pain in fibromyalgia. *J Pain* 2008 ; 9 (2) : 164-73.
8. Fontaine KR, Conn L, Clauw DJ. Effects of lifestyle physical activity on perceived symptoms and physical function in adults with fibromyalgia: results of a randomized trial. *Arthritis Res Ther* 2010 ; 12 (2) : R55.
9. Oliver K, Cronan TA, Walen HR et coll. Effects of social support and education on health care costs for patients with fibromyalgia. *J Rheumatol* 2001 ; 28 (12) : 2711-9.
10. Ehrman JK, pour l'American College of Sports Medicine. *ACSM's resource manual for Guidelines for exercise testing and prescription*. 6^e éd. Philadelphie : Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins ; 2010.
11. Durstine JL pour l'American College of Sports Medicine. *ACSM's exercise management for persons with chronic diseases and disabilities*. 3^e éd. Champaign : Human Kinetics ; 2009.
12. Jones KD, Liptan GL. Exercise interventions in fibromyalgia: clinical applications from the evidence. *Rheum Dis Clin North Am* 2009 ; 35 (2) : 373-91.
13. Thompson WR, Gordon NF et coll. pour l'American College of Sports Medicine. *ACSM's guidelines for exercise testing and prescription*. 8^e éd. Philadelphie : Lippincott Williams & Wilkins ; 2010.
14. Nielens H, Boisset V, Masquelier E. Fitness and perceived exertion in patients with fibromyalgia syndrome. *Clin J Pain* 2000 ; 16 (3) : 209-13.
15. Borg GA. Psychophysical bases of perceived exertion. *Med Sci Sports Exerc* 1982 ; 14 (5) : 377-81.