

La fibromyalgie : nouvelle approche, nouveaux espoirs

Monique Camerlain M.D.,
FRCPC



Présenté dans le cadre
de la conférence :
Mise en jour en
rhumatologie, Université
de Montréal, juin 2010

Premier cas clinique : Job 30,16-17

*Ainsi j'ai eu pour lot des mois de souffrance et des nuits de douleur me sont
échues en partage. À peine couché, je me dis : « À quand le jour? » Sitôt levé;
« Quand viendra le soir? » Et jusqu'au soir je suis rassasié d'angoisse.*

*À présent, mon âme se dissout, les jours d'affliction m'ont saisi. La nuit perce mes
os, les consume, les maux qui me rongent ne dorment pas.*

Tableau 1

ACR : Critères diagnostiques de la fibromyalgie – mise à jour 2010

- **Indice de douleur diffuse WPPI** : 19 régions anatomiques auxquelles on attribue 1 point si elles ont été symptomatiques dans la dernière semaine : mâchoire, épaule, bras et avant-bras, côtés droit et gauche, hanche, cuisse et jambe, région cervicale, dorsale et lombaire, thorax et abdomen.
- **SS** : Score de sévérité de 2 groupes de symptômes répartis sur une échelle de 0 à 3, selon la sévérité dans la dernière semaine.
Groupe 1 : Fatigue, sommeil non réparateur, troubles cognitifs.
Groupe 2 : Symptômes somatiques, tels que côlon irritable, céphalée, vessie irritable, etc.

La fibromyalgie est confirmée si :

- Le WPPI est à 7 et le SS à 6 ou plus, ou si le WPPI est entre 3 et 6 et le SS à 9 ou plus.
- Si le tableau est présent depuis plus de trois mois.
- Si les conditions qui peuvent la simuler ont été éliminées.

Historique, définition et diagnostic

Bien que la fibromyalgie ne fut rapportée qu'au XIX^e siècle par des auteurs allemands qui ont parlé de « *Muskelharten* » et par François Valleix qui a décrit des points douloureux, on croit que le premier cas clinique fut le saint homme Job qui se plaignait, comme on le voit ci-haut, de douleur diffuse, de troubles du sommeil et de troubles de l'humeur.

C'est en 1990 que l'*American College of Rheumatology* a défini la fibromyalgie comme un tableau de douleur diffuse d'une durée de plus de trois mois avec douleur à la pression digitale de 11 des 18 points musculaires profonds définis¹. Des critères révisés ont récemment été publiés (Tableau 1).

On retrouve, en plus du tableau de douleur diffuse et de fatigue, des caractéristiques secondaires comme : raideur, trouble du sommeil et dysfonction cognitive, ainsi que côlon irritable, vessie irritable, céphalée, dysménorrhée primaire et syndrome des jambes sans repos. La dépression et l'anxiété sont aussi fréquemment associées à ce mal. La prévalence à vie de la dépression est de 74 %, celle des troubles anxieux de 60 %^{3,4}.

Étiologie et facteurs déclenchants

On ne connaît pas la cause de la fibromyalgie, mais il s'agit d'une condition réelle même si ces patients ont longtemps subi un préjugé⁵. La sensibilisation centrale, chez des individus génétiquement prédisposés, est actuellement la théorie dominante. On retrouve une augmentation des mécanismes d'excitation et une diminution des mécanismes d'inhibition de la douleur. On décrit une augmentation de la substance P et une baisse de la sérotonine (5-HT) et de la noradrénaline (NA) dans le liquide

céphalorachidien. L'imagerie médicale IRMf (imagerie par résonance magnétique fonctionnelle) confirme aussi une augmentation marquée et localisée du débit sanguin cérébral sous l'effet d'un stimulus douloureux chez les patients atteints de fibromyalgie. Il y a aussi atteinte de la fonction de l'axe hypothalamo-hypophysaire et surrénalien, du système sympathique et de la régulation de l'hormone de croissance.

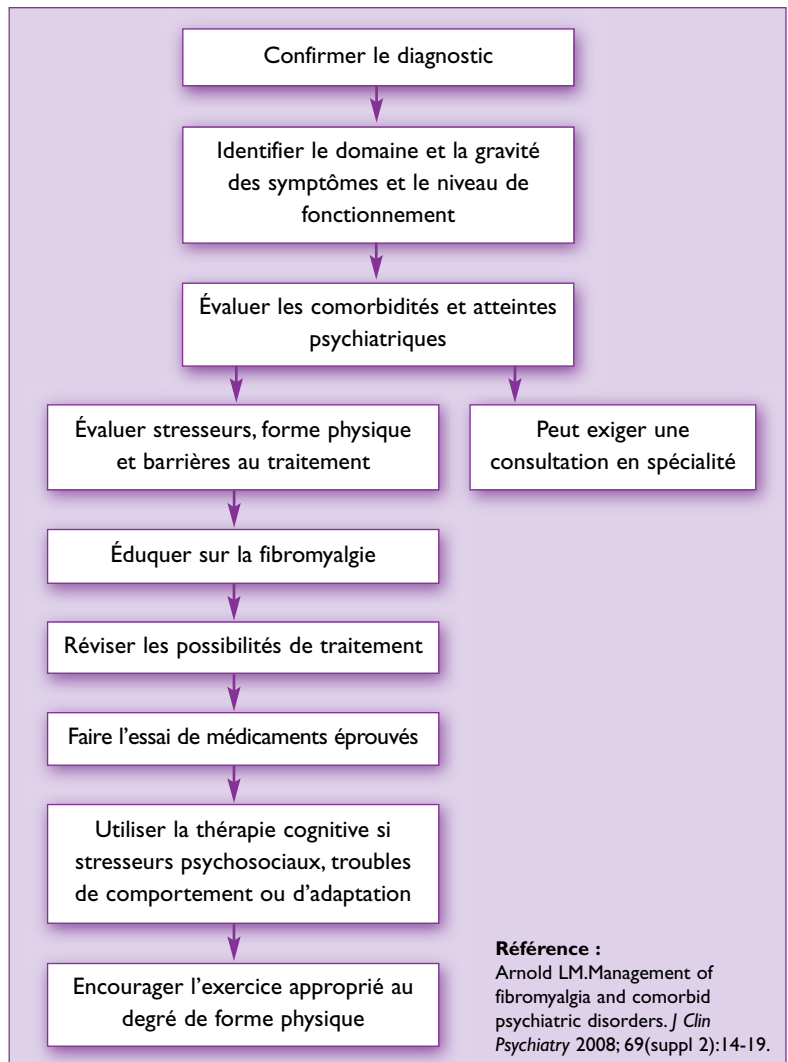
Les facteurs suivants ont été documentés comme déclenchants par des études de cas-témoins : syndromes douloureux périphériques, traumatisme physique, infections par parvovirus, virus Epstein-Barr, maladie de Lyme, fièvre Q et stress ou détresse psychologique ainsi que troubles du sommeil^{3,4}.

Prévalence

La fibromyalgie se retrouve dans le monde entier. On retrouve une prévalence de 3 % dans la population générale, soit de 4,9 % chez les femmes – surtout entre 40 à 60 ans – et de 1,6 % chez les hommes. Elle est plus fréquente chez les gens de faible éducation et de bas niveau socioéconomique. Cinquante-sept pour cent des patients rapportent avoir été victimes d'abus physique ou sexuel, ainsi que de taux élevés de diverses douleurs et expériences adverses. Cinq à six pour cent des patients consultent des omnipraticiens, 10 à 16 % des patients consultent des rhumatologues. Le diagnostic est complexe et peut mettre jusqu'à cinq ans, avec bilans et consultations multiples, avant d'être établi^{3,4}.

Traitement

La Figure 1 résume un algorithme de traitement proposé par Arnold. Il repose sur l'identification de tous les paramètres liés au diagnostic et sur l'application d'un traitement médicamenteux et non médicamenteux adapté. L'approche multidisciplinaire est souvent à recommander, ainsi que la communication bidirectionnelle centrée sur le patient⁶.



Référence :
Arnold LM. Management of fibromyalgia and comorbid psychiatric disorders. *J Clin Psychiatry* 2008; 69(suppl 2):14-19.

Figure 1. Algorithme de traitement adapté selon Arnold



Dre Camerlain est rhumatologue, membre conseil, service de rhumatologie, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

Tableau 2

Traitement médicamenteux

Médicament	Niveau de preuve	Expérience clinique
Antidépresseurs tricycliques	Élevé	Amitriptyline : action en deux à quatre semaines. Effet à court terme sur douleur, fatigue et bien-être. Nombreux effets secondaires, même à faible dose.
ISRS : inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine	Modéré	Études contradictoires Fluoxétine : améliore douleur, sommeil, fatigue et humeur, à dose élevée. Paroxétine : améliore douleur, sommeil, fatigue. Citalopram : améliore l'humeur, à dose élevée.
IRSN : inhibiteur du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline	Élevé pour duloxétine	Duloxétine : améliore douleur, raideur et qualité de vie. Médicament approuvé. Venlafaxine : améliore douleur et humeur, à dose élevée.
Myorelaxants	Modéré	Cyclobenzaprine : améliore la douleur et le sommeil.
Analgésiques non narcotiques	Élevé	Tramadol : améliore la douleur et la qualité de vie. Risque de syndrome sérotoninergique avec ISRS et IRSN.
Analgésiques antiépileptiques	Élevé	Prégabaline : améliore douleur, sommeil et fatigue, à dose élevée. Médicament approuvé. Gabapentine : améliore douleur, fatigue et fonction.

Notons cependant que ces patients sont très sensibles aux effets secondaires [...].

Traitements non médicamenteux

Bien que plusieurs traitements non médicamenteux soient prescrits et utilisés, l'efficacité a été documentée de façon objective quant à l'éducation des patients, la thérapie cognitive (qui aide à composer avec la douleur et améliore le fonctionnement des patients) et l'exercice cardiovasculaire progressif et adapté (qui diminue la douleur et augmente l'efficacité personnelle perçue, aidant à lutter contre la dépression)^{3,4,7}.

Traitements médicamenteux

Le Tableau 2 résume l'approche médicamenteuse. Notons cependant que ces patients sont très sensibles aux effets secondaires et qu'il est souvent utile de commencer à faible dosage et d'augmenter la dose de façon progressive à chaque semaine. On recommande aussi une administration asymétrique avec un dosage plus élevé le soir que le matin.

Bien qu'ils soient utilisés chez environ 20 % des cas, et surtout dans les centres tertiaires, nous supportons les recommandations de l'EULAR sur le non-usage des opioïdes dans la fibromyalgie. Aucune étude n'a documenté leur effet bénéfique et, à long terme, ils induisent une hyperalgésie (sans parler des risques d'accoutumance). De même, les corticoïdes et les AINS ne sont pas recommandés^{4,7}.

Évolution et suivi

Bien qu'il existe des questionnaires qui mesurent l'impact fonctionnel, il est plus facile pour le suivi d'appliquer l'acronyme « fibro », gradué de 0 à 10, pour évaluer :

- Fatigue;
- Insomnie;
- « Blues »;
- Raideur;
- « Ouille » : douleur et incapacité professionnelle⁷.

Dans une étude communautaire effectuée auprès de patients qui, deux ans plus tôt, avaient reçu un diagnostic de fibromyalgie et qui avaient reçu un traitement simple, on a trouvé que 47 % des patients ne satisfaisaient plus aux critères de Smythe de la fibromyalgie et que 24,2 % de ceux évalués étaient en rémission. Ces résultats favorables contrastent avec ceux qui ont été décrits dans les cliniques de douleur de milieux tertiaires⁸. Contrairement aussi aux préjugés du passé sur la fibromyalgie, nous comprenons maintenant qu'il s'agit d'une condition réelle et que son traitement, pour être efficace, doit être rapide, individualisé, optimiste, fondé sur la preuve et reposer sur une communication synergistique qui tient compte du patient global. Une approche multidisciplinaire peut aussi être nécessaire pour assurer une prise en charge active de sa condition par le patient. **C**

Contrairement aussi aux préjugés du passé sur la fibromyalgie, nous comprenons maintenant qu'il s'agit d'une condition réelle [...].

Références :

1. Wolfe F, Smythe H, et coll. The American College of rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990; 33:160-172
2. Wolfe F. Fibromyalgia and all of us; National Data Bank for Rheumatic Diseases Newsletter. January 2006. <http://www.arthritis-research.org/Newsletters/jan06-notes.htm>
3. Camerlain M. La fibromyalgie revisitée. *MedActuel. L'Actualité Médicale* 11 janvier 2006; 27(1):33-35.
4. EULAR evidence based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome. *Ann Rheum Dis* 2007; 67:536-541 doi:10.1136/ard.2007.071522. En ligne 20 juillet 2007.
5. Camerlain M, Myhal G. Are we profiling patients with fibromyalgia? *Pain Research and Management* juin 2009; 14(3):238.
6. Camerlain M. La communication bidirectionnelle dans la décision thérapeutique partagée. *L'Actualité Médicale* avril 2008; 29(11):39-40.
7. Boomershine C, Crofford J. A symptom-based approach to pharmacologic management of fibromyalgia. *Nature/Reviews/Rheumatology* 2009; 5:191-199.
8. Granges G, Zilko P, Littlejohn GO. Fibromyalgia outcome: assessment of the severity of the condition 2 years after diagnosis. *J Rheumatol* 1994; 21:523-529.

Conseillers médicaux, de langue française, recherchés.

Aidez des nouveaux jeunes médecins, de langue française, en Afrique, sans quitter votre maison.



Partagez vos connaissances et votre expertise avec des nouveaux gradués en médecine congolais, dont la langue maternelle est le français, et qui ont été assignés à des régions isolées avec peu de soutien. Nous avons besoin de conseillers professionnels de santé dans des domaines variés tels que la chirurgie, l'obstétrique, la gynécologie, la pédiatrie et la médecine interne. L'activité principale sera la discussion des études des cas par courriel, dans l'idéal, accompagnées de photos numériques. Si vous êtes intéressé(e) à devenir conseiller(ère) médical(le) bénévole, veuillez contacter:

Michael Wills
 Directeur exécutif
 EMAS CANADA
 mwills@emascanada.org