

E.P.U. 95 MONTMORENCY

Formation Médicale Continue du Val d'Oise

ASSOCIATION AMICALE D'ENSEIGNEMENT POST UNIVERSITAIRE DE LA REGION DE MONTMORENCY

I. DEFINITION

C'est une entité nosologique polyalgies même cause de douleur a la différence d'une douleur qui diffuse

C'est une entité dont les critères de classification sont définis. Ce sont des douleurs qui gênent l'activité professionnelle

II. HISTORIQUE

- ▶ Bien avant 1900, la fibrosite selon GOWERS
- ▶ À partir de 1981, c'est la fibromyalgie selon YUNUS
- ▶ Entre temps la polyenthés(i)opathie selon NIEPEL, SITAJ, SPID de MF KAHN en 1986

III. EPIDEMIOLOGIE

Les faits rapportés sous la dénomination de FM sont d'une grande prévalence dans tous les pays où ils ont été recherchés. On a avancé les taux de 2% de la population adulte américaine et de 1,3 % en Europe.

La grande prédominance féminine (plus de 80% des cas) fait que la prévalence chez la femme est nettement plus importante.

Des taux moins ou plus élevés ont été signalés, fonctions des pays, des critères et des méthodes de recueil.

Fondée sur l'application stricte des critères de classification, une enquête canadienne évalue la prévalence à 1,1 %. D'autres travaux donnent des prévalences plus élevées, jusqu'à 12 % en Espagne, mais avec des méthodes moins rigoureuses pouvant aller jusqu'au recueil par téléphone des déclarations des sujets.

Il faut y penser car le diagnostique est souvent fait avec retard souvent plusieurs années

IV. MODES DE DEBUT ET LA SYMPTOMATOLOGIE

A. ALGIES DIFFUSES AXIALES ET/OU PERIPHERIQUES

1. La triade classique

La symptomatologie, assez univoque, est faite d'une association, en proportions variables de douleur, principalement musculaire et toujours étendue et diffuse, de fatigue chronique, prédominant le matin et de troubles du sommeil.

a) La douleur

Elle peut débuter au cou et aux épaules, pour s'étendre ensuite au reste du corps, notamment, au dos, au thorax, aux bras et aux jambes. Elle est permanente, mais aggravée par les efforts, le froid, l'humidité, les émotions et le manque de sommeil ; elle s'accompagne de raideur matinale, voire d'une impression de gonflement des zones douloureuses et de paresthésies des extrémités en l'absence de tout signe objectif d'atteinte articulaire ou neurologique

b) La fatigue chronique

Elle est signalée par plus de neuf patients sur dix, prédominant le matin, peu sensible au repos et en apparence inexplicée.

c) Les troubles du sommeil

Ils sont également quasi constants : dans plus de 90 % des cas, le sommeil est perçu comme léger et non réparateur, quelle que soit sa durée.

Il faut y penser en cas de difficulté à se lever le matin avec des raideurs matinales. De plus, la durée du sommeil n'est pas significative car ce trouble du sommeil est différent de celui rencontré dans les pathologies rhumatismales.

2. Parfois

À cette triade fondamentale peuvent s'ajouter une colopathie fonctionnelle, une céphalée à type de migraine ou de céphalée de tension, des douleurs pelviennes, des cystalgies à urine claire, une dystonie temporomandibulaire, une dysautonomie avec hypotension orthostatique, anxiété, dépression, et troubles cognitifs.

On décrit plusieurs formes de début :

- ▶ Les formes pseudo-rhumatisme inflammatoire
- ▶ Les formes pseudo polymyositique
- ▶ Les formes neurovasculaires (paresthésies, engourdissement, sensations de froid, faux livédo)

Il faut se méfier de méconnaître les formes débutantes se traduisant par des lombalgies, des syndromes myo-fasciaux....

On ne parle plus de pathologie secondaire à une maladie antérieure mais elle peut être associée à une maladie préexistante

3. Y penser !

Il faut y penser lorsqu'une algie rachidienne atteint deux pôles cervicalgie et lombalgie

Il faut reformuler la douleur car il n'y a pas de concordance entre les signes objectifs et l'intensité de la douleur la biologie n'est pas concordante

V. LE DIAGNOSTIC

A. PEU DE CHOSES...

Le diagnostic est difficile car ce n'est pas une entité médicale précise mais un trouble somatoforme.

En contraste avec cette riche symptomatologie fonctionnelle, l'examen physique ne montre qu'une anomalie : la douleur provoquée par la pression modérée de certaines zones corporelles, principalement celles qui sont proches de la colonne vertébrale et de la racine des membres.

Aucune anomalie biologique, sauf coïncidence, n'est constatée.

Cette maladie sans lésion anatomique, sans signe biologique caractéristique, sans explication physiopathologique avérée, réduite à des signes fonctionnels dont aucun, hormis la douleur diffuse, ne peut être considéré comme constant et donc exigible, ne pouvait avoir que des limites incertaines et faire l'objet de diagnostics plus ou moins restrictifs suivant.

B. ACR 1990 CRITERES DE WOLFE

Critères de classification de la fibromyalgie de l'American College of Rheumatology (Sensibilité : 88,4 %, spécificité : 81,1 %).

1. Histoire de douleur diffuse

Elle est définie comme une douleur présente du côté gauche du corps, du côté droit du corps, au-dessus de la ceinture et au-dessous de la ceinture, avec, en outre, des douleurs squelettiques axiales (rachis cervical, ou partie antérieure du thorax, ou rachis dorsal, ou rachis lombaire) ; dans cette définition, la lombalgie représente le segment inférieur, une douleur de l'épaule et de la fesse correspond à une douleur d'un côté du corps.

2. Douleur à la pression digitale d'au moins 11 des 18 sites suivants :

Occipital : à l'insertion des muscles sous-occipitaux (D et G)

Cervical bas : à la partie antérieure des espaces intertransversaires (D et G)

Trapézien : à la partie moyenne du bord supérieur du muscle (D et G)

Sus-épineux : à l'insertion au-dessus de l'épine de l'omoplate, près du bord interne (D et G)

2^{ème} côte : juste à côté de la jonction chondrocostale, à la surface supérieure (D et G)

Épicondylien : à 2 cm au-dessous des condyles (D et G)

Fessier : au quadrant supéro-externe de la fesse (D et G)

Trochantérien : en arrière de la saillie du grand trochanter (D et G)

Genou : en regard du coussinet graisseux interne, près de l'interligne (D et G)

3. Les limites de la classification de l'ACR

Ces critères, qui reposent sur une définition de la douleur diffuse et l'énumération de 18 points douloureux à la pression (dont il est précisé qu'elle doit exercer une force d'environ 4 kg – blanchiment de l'ongle), ont utilement servi au recrutement des patients pour les travaux relatifs à la physiopathologie et au traitement ; mais ils ont aussi été abusivement utilisés comme critères de diagnostic, et ils peuvent, par l'excès d'importance accordée aux points douloureux, conduire à exclure du syndrome des malades qui en sont probablement atteints et à inclure à l'opposé des sujets qui n'expriment pas de plainte.

a) A la recherche de critères

- ▶ YUNUS 1986: 2 obligatoires +1 majeur+3mineurs
- ▶ KAHN 1987: 4 critères majeurs ou 3 majeurs+ 3mineurs
- ▶ WOLFE 1990: critères ACR 1990

b) Bataille aux points

- ▶ SMYTHE: 14 sites (au moins 12)
- ▶ YUNUS: 40 sites (au moins 5)
- ▶ KAHN, WOLFE: 18 sites
- ▶ CAMPBELL: 25 sites (au moins 10)

Ces critères font donc à présent l'objet de critiques et des recherches sont en cours pour tenter de les remplacer par un questionnaire autoadministré (regional pain scale) qui demande encore à être évalué dans différentes situations cliniques.

C. LE BILAN INITIAL

Il est indispensable et peut comprendre les dosages suivants

- ▶ Numération-formule-sanguine avec plaquettes
- ▶ Vitesse de sédimentation
- ▶ Ionogramme sanguin, créatinine, glycémie, transaminases
- ▶ Calcémie, phosphorémie, uricémie, fer sérique
- ▶ Enzymes musculaires
- ▶ TSH
- ▶ Facteur rhumatoïde, anticorps antinucléaires.

VI. PHYSIOPATHOLOGIE ?

On peut considérer qu'il s'agit d'une neuropathie centrale en fait un dérèglement du stimulus nerveux que l'on pourrait identifier avec la lombalgie chronique.

Parmi les nombreuses hypothèses évoquées, c'est la piste d'une anomalie du contrôle central de la douleur qui est la plus souvent citée.

La diminution du seuil de perception de la douleur est un phénomène généralisé dans la FM, n'affectant pas seulement les zones douloureuses à la pression. L'exploration par dolorimétrie a montré des anomalies quantitatives et aussi qualitatives de la réponse aux stimuli douloureux. L'affection peut être définie comme un état d'allodynie généralisée, c'est-à-dire qu'un stimulus mécanique, thermique ou électrique est ressenti de façon anormalement douloureuse par les patients, suggérant une altération des mécanismes centraux de contrôle de la douleur. Ces anomalies peuvent être liées, au moins en partie, à une altération des mécanismes centraux d'intégration des stimuli nociceptifs. Il a été montré que des stimulations nociceptives prolongées ou des lésions du système nerveux central peuvent entraîner un état d'hyperexcitabilité neuronale dans la moelle ou l'encéphale, créant un état de sensibilisation qui joue un rôle important dans le maintien de la douleur chronique.

VII. LE PRONOSTIC

Il est fonction de l'âge de début précoce et la rapidité de la prise en charge. On retrouve plus fréquemment des abus sexuels.

Plus le niveau intellectuel est élevé plus la guérison peut être rapide. Il faut souligner que la prise d'antidépresseurs antérieurement obère le pronostic.

La présentation clinique et la capacité fonctionnelle sont variables d'un malade à l'autre et d'un jour à l'autre chez le même patient. L'évolution à long terme ne montre pas d'aggravation, souvent l'état n'est guère modifié après plusieurs années, parfois il y a une légère amélioration.

La douleur et la fatigue limitent les capacités fonctionnelles et peuvent, dans les cas sévères, retentir sur l'activité professionnelle. Le maintien au travail est cependant souhaitable.

VIII. TRAITEMENT

Dans 80 % des cas les malades voient 4 médecins avant que le diagnostic soit posé.

A. COMMENT ANALYSER L'EFFICACITE DU TRAITEMENT ?

L'évaluation de l'efficacité des traitements fait appel à plusieurs instruments, comme :

- ▶ Douleur : EVA, points douloureux, score...
- ▶ Fatigue, sommeil : EVA
- ▶ Fonction : HAQ, AIMS, SIQ
- ▶ Questionnaires de qualité de vie
- ▶ Efficacité du traitement: patient vs médecin
- ▶ Echelles psychométriques : CES-D, SCL90-R, HAD
- ▶ Questionnaires spécifiques : QIF
- ▶ COPING il reprend les items du catastrophisme pour positiver la situation
- ▶ Par hypnose, on peut apporter une vision positive.

B. LE TRAITEMENT

1. Information du patient

C'est la première étape du traitement et elle a un rôle thérapeutique. Il s'agit souvent de sujets anxieux, ayant déjà consulté un grand nombre de médecins, sans avoir reçu d'explication claire à leurs symptômes. Il faut expliquer la pathologie, préciser la nature bénigne mais chronique de l'évolution, les possibilités thérapeutiques et leurs limites, insister sur l'inutilité des explorations complémentaires.

2. Le trépied

Il repose sur le trépied, médecin :: kiné :: et psychiatre

- ▶ Annoncer le diagnostic et savoir s'en servir
- ▶ Pas de technique ou de traitement miracle
- ▶ Pas de résultat rapide ou définitif
- ▶ Pas de moyen unique

3. Les médicaments

a) Les antidépresseurs

Les antidépresseurs sont les médicaments qui ont donné le moins de déception dans le traitement de la FM et restent actuellement les plus utilisés. Ils ont fait l'objet d'études contrôlées et 24 sur 35 sont positives.

Par exemple, l'amitriptyline, antidépresseur tricyclique, est employée depuis le début des années 80, non pour sa propriété d'antidépresseur, mais en raison de son effet possible sur les troubles du sommeil, la fatigue, les troubles de l'humeur que manifestent souvent les fibromyalgiques.

Un effet antalgique plus sensible pourrait être obtenu par les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la norépinéphrine (IRSNA), tels que la duloxétine, la venlafaxine et le milnacipran.

b) Nouvelles approches "physiopathologiques"

Elles sont variables ; leur utilisation est « hors AMM »

- ▶ Les agonistes GH-RH (Bennett 1998)
- ▶ Agonistes 5HT3 : tropisetron (Navoban™) (Farber 2000), ondansétron (Zophren™)
- ▶ Anticonvulsivants: prégabaline (Lyrica™)(ACR 2002, 2005), gabapentine (Neurontin™)(2004)
- ▶ Agonistes D3 : Pramipexole (Sifrol™), ropirinole (Adartel™) (ACR 2002),
- ▶ Antagonistes NMDA : kétamine

4. L'exercice est-il bon ?

Plus de 30 études d'intervention thérapeutique par l'exercice physique ont été publiées. Les résultats suivants ont été obtenus :

- ▶ La supériorité des exercices aérobics/ stretching et relaxation,
- ▶ Décevant si application d'exercices pour sujets en bonne santé (jusqu' à 61% d'arrêt)
- ▶ Meilleure compliance et amélioration des symptômes si exercices moins intenses
- ▶ Intérêt d'une prise en charge ambulatoire

5. Fibromyalgie et exercice, en pratique...

a) Quand ?

Pas trop tôt, évaluation FM et aborder vision globale, stabiliser en traitant humeur et sommeil

b) But

Il a pour objectif le maintien de l'activité quotidienne. En pratique il faut écrire la prescription++

- ▶ De choisir une activité qu'elle(il) peut aimer(marche, vélo)
- ▶ Des exercices aérobics de tonification musculaire
- ▶ Des poids très légers (boîtes de soupe) → séries de 3 à 5 minutes et pauses au moins équivalentes + augmentation progressive → 30 minutes tous les jours (minutes pas forcément consécutives)

6. Abord psychologique et relationnel

Les grands messages...

- ▶ Espoir, poussées, pas de handicap final
- ▶ Recherche de compensations ?
- ▶ Evaluation des problématiques personnelles
- ▶ Education des patients: le COPING

IX. RECOMMANDATIONS GENERALES

La compréhension complète de la fibromyalgie nécessite une évaluation approfondie de la douleur, de la fonction et du contexte psychosocial.

La fibromyalgie doit être considérée comme un état complexe et hétérogène où un processus douloureux anormal s'associe à d'autres atteintes cliniques.

A. RECOMMANDATIONS POUR LA PRISE EN CHARGE

Le traitement optimal nécessite une approche multidisciplinaire associant des traitements médicamenteux et non médicamenteux adaptés à l'intensité de la douleur, à la fonction et à d'autres atteintes telles la dépression, la fatigue et les troubles du sommeil en collaboration avec le patient.

Niveau de preuve-IV - Force-D

B. RECOMMANDATIONS POUR LES APPROCHES NON PHARMACOLOGIQUES

Recommandations pour les approches non pharmacologiques

Le traitement en milieu aquatique chauffé avec ou sans exercices est efficace dans la fibromyalgie.

Niveau de preuve-IV - Force-D

Des programmes d'exercices individualisés incluant des exercices aérobies et de renforcement peuvent être bénéfiques pour certains patients souffrant de fibromyalgie.

Niveau de preuve-II a Force-B

Les thérapies cognitives et comportementales (TCC) peuvent être bénéfiques pour certains patients souffrant de fibromyalgie.

Niveau de preuve-II b Force-C

D'autres thérapies telles la relaxation, la rééducation, la physiothérapie et le soutien psychologique peuvent être proposées, adaptées aux besoins individuels des patients .

Niveau de preuve-II b - Force-C

C. RECOMMANDATIONS POUR LES APPROCHES PHARMACOLOGIQUES

Le tramadol est recommandé dans la prise en charge de la douleur de la fibromyalgie.

Les antalgiques tels le paracétamol et les opioïdes faibles peuvent aussi être utilisés dans le traitement de la fibromyalgie.

Les corticostéroïdes et les opioïdes forts ne sont pas recommandés

Niveau de preuve-I b Force-A

Les antidépresseurs : amitriptyline(T3C), fluoxétine, duloxétine, milnacipran (IRS, IRSNA), moclobémide(IMAO), pirlindole (T4C) diminuent la douleur et améliorent souvent la fonction. Ils sont donc recommandés dans le traitement de la fibromyalgie.

Niveau de preuve-Ib Force-A

Le tropisétro, le pramipexole et la prégabaline réduisent la douleur et sont recommandés pour le traitement de la fibromyalgie.

Niveau de preuve-Ib - Force-A

X. LE SYNDROME DE FATIGUE CHRONIQUE

A. EPIDEMIOLOGIE

Le syndrome de fatigue chronique a été rapporté dans de nombreux pays, sur tous les continents.

Comme la définition du syndrome ne fait pas l'unanimité et que les études sont rares, il est difficile d'évaluer la proportion des personnes atteintes.

Le CDC estime qu'aux Etats-Unis, la prévalence serait estimée à 200 pour 100 000, certaines études arrivant à des taux beaucoup plus élevés (de 0,3% à 1%).

Le SFC survient généralement entre 20 et 50 ans avec un pic de fréquence vers 35 ans bien qu'il existe des cas décrits chez l'adolescent et l'enfant.

La grande majorité des malades, environ 80%, sont des femmes

B. DEBUT DE LA MALADIE

La maladie débute subitement le plus souvent par une infection virale ordinaire : une grippe qui perdure, une mononucléose infectieuse ou tout simplement un rhume. (Autres déclencheurs connus : vaccination, opération, accident, exposition à des produits chimiques)

C. DESCRIPTION

Le syndrome de fatigue chronique (SFC) est décrit comme un état d'asthénie datant d'au moins six mois, sans cause, non atténué par le repos et entraînant une baisse de plus de 50 % de l'activité quotidienne.

Symptôme dominant, la fatigue s'accompagne de douleurs articulaires et musculaires, de troubles du sommeil, de céphalée, de troubles cognitifs, de fébricule, de douleur pharyngée et d'adénopathies cervicales.

D. LE DIAGNOSTIC DE SFC

Il repose sur:

Asthénie sévère évoluant depuis plus de 6 mois. L'épuisement est permanent et perturbe toutes les activités (loisirs, professionnelles, sociales) . L'effet du repos est incomplet et il y a une réduction d'environ 50 % des activités habituelles

Aucune étiologie déterminée (physique et/ou psychiatrique)

Et au moins 4 des symptômes suivants doivent être associés :

- ▶ Trouble de la mémorisation à court terme et/ou de la concentration.
- ▶ Douleur de gorge (pseudo pharyngite).
- ▶ Myalgies.
- ▶ Poly arthralgies sans œdème ni rougeur.
- ▶ Adénopathies non indurées cervicales ou axillaires.

- ▶ Céphalées inhabituelles (type et/ou intensité).
- ▶ Pas de récupération nocturne.
- ▶ Malaises durant plus de 24 heures après un effort physique même modéré.

Ces symptômes doivent persister ou récidiver pendant plus de 6 mois et ne doivent pas avoir précédé le symptôme dominant de fatigue.

D'autres symptômes sont assez couramment rencontrés (20 à 50%) :

- ▶ Douleurs abdominales, nausées..
- ▶ Intolérance à l'alcool
- ▶ Sueurs nocturnes
- ▶ Sensation de gonflement, ballonnement
- ▶ Sécheresse des yeux et/ou de la bouche
- ▶ Palpitations
- ▶ Douleur des oreilles, des mâchoires (ATM)
- ▶ Toux chronique
- ▶ Précordialgies.
- ▶ Diarrhées
- ▶ Irritabilité, anxiété, attaques de panique, dépression
- ▶ Dysesthésies cutanées.
- ▶ Amaigrissement.

E. EVOLUTION

L'évolution est variable et se prolonge souvent entre 2 et 6 ans avec des extrêmes allant de 7 mois à 25 ans.

L'amélioration spontanée est possible, mais dans la majorité des cas l'amélioration n'est que partielle, 10 % seulement des sujets retrouveront leur état antérieur.

Il semble que le pronostic est meilleur chez les enfants et les adolescents.

Un grand nombre de SFC vont par ailleurs évoluer vers une fibromyalgie qui présente de nombreuses similitudes avec ce syndrome

Surveillance régulière pour ne pas laisser évoluer une pathologie organique ou psychotique sous jacente.

XI. DOCUMENTATION

Prise en charge du syndrome Fibromyalgique - Recommandations EULAR 2006 (Amsterdam Juin 2006 Congrès SFR décembre 2006)

Fédération nationale des associations de fibromyalgiques (FNAF), 28, Grande-Rue-Saint-Nicolas, 31300 Toulouse.