

fibromyalgie



Unité douleur M Besignor
T Riand
F Ramée
T Servillat
B Rioult



Apparition de la fibromyalgie dans les années 70

Absence de marqueur biologique ou radiologique objectif

Suppose de s'en tenir aux plaintes du patient

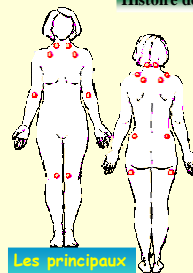
Comme la migraine dont la réalité clinique n'est discutée par personne

Prévalence

2 à 5 % de la population toutes ethnies confondues;
Prédominance féminine de 70 à 80 %
Survenue entre 30 et 50 ans
Composante familiale?
10 à 20 % des motifs de consultation dans les services de rhumatologie
7% des pathologies consommant des antalgiques (IASP 1999);
rebelle au traitement habituel
Nomadisme médical; dépendance médicamenteuse
Conséquences psycho-sociales
hétérogénéité

Diagnostic de fibromyalgie : Critères ACR 1990

Histoire de douleurs diffuses depuis au moins trois mois



-11 points douloureux sur 18 à la pression, fixes chez un sujet donne

Pression digitale modérée, habituellement non douloureuse

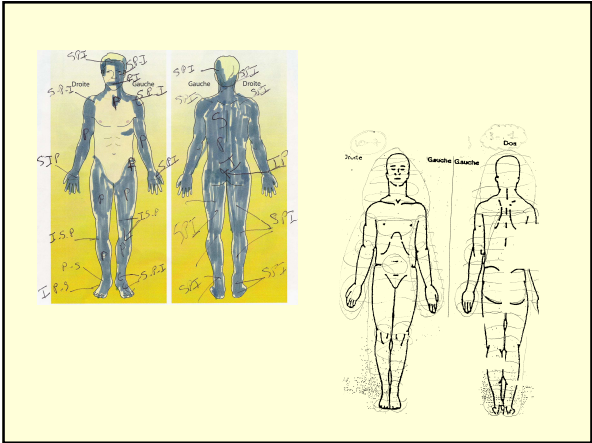
(environ 4 kg/cm² sur dix huit points)

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

Critères définis par l'ACR

Sensibilité de 88,4%
Spécificité de 81,1%

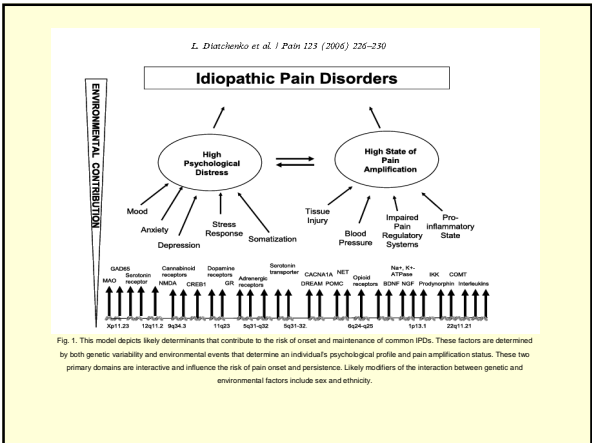
Une étude récente montre que ce diagnostic est trop souvent porté par excès



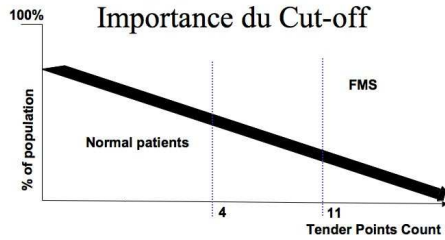
le syndrome fibromyalgique devrait plutôt être appelé selon « Rowthobam M. C de la Douleur, Université de Californie San Francisco » : syndromes fibromyalgiques et maladies apparentées »

Les symptômes douloureux pourraient être parfois liés à des anomalies de transcription des différents neuromédiateurs, associés ou non à des déficits génétiques (au sens large) qui conduisent à une diminution de l'inhibition des facteurs nociceptifs.

On se trouverait devant une « boucle de la douleur » avec augmentation de la sensibilité aux stimuli douloureux et risque de développer des états douloureux permanents après un stimulus périphérique (traumatisme articulaire ou musculaire) ou central (psychologique ou émotionnel) même léger.



Il existe un continuum dans la douleur dans la population générale :
 Importance du Cut-off



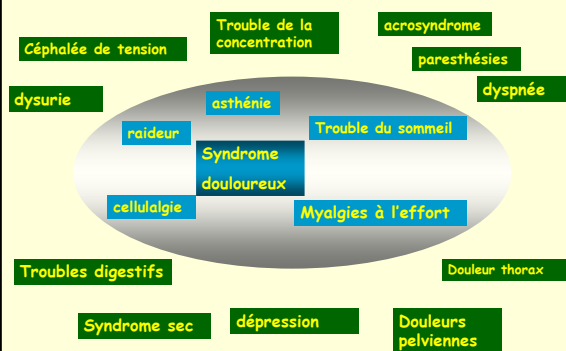
Formes associées

- ✶ Polyarthrite rhumatoïde
- ✶ Lupus
- ✶ Gougerot-Sjogren
- ✶ Infection chronique
- ✶ hypothyroïdie

Formes primitives

La privation du sommeil lent profond pendant plus de trois nuits chez des volontaires sains entraîne

- fatigue
 - douleurs musculaires
 - troubles métaboliques et endocriniens
- Qui rappellent les symptômes de la fibromyalgie



Affection psychiatrique? Vraisemblablement pas !

Il y a des facteurs psychopathologiques probables

déclenchement

pérennisation

entretien

Pour une même épine irritative organique

ceux qui ont mal et vivent « avec »

ceux qui font de la douleur « l'histoire de leur vie »

intermédiaires

La douleur ce n'est pas ce qu'on sent mais comment on le ressent et on l'exprime

Caractère insistant de la plainte axée sur l'horreur

sur l'insupportable de la douleur

le retentissement quotidien

incapacité à jouir de la vie

la recherche effrénée d'un soulagement

Implications thérapeutiques

Avis du psychologue du psychiatre

pas pour créer de la suspicion

mais prendre en compte tous les aspects de la plainte

Type cognitivo comportemental (*gestion du stress ..*)

Hypnose imagerie mentale

Efficacité des antidépresseurs

· effet sur le sommeil

· le fonctionnement des voies nociceptives

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

PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE DANS LA FIBROMYALGIE
plus efficace que chaque traitement utilisé séparément

Les approches pluri-disciplinaires associent généralement :

- éducation
- exercice physique
- amélioration de la participation aux soins,
- gestion du stress
- hypnose
- rationalisation du traitement médicamenteux.

-ADMISSION DANS LE SERVICE/OBJECTIFS

Global Year Against Pain in Women
real women, real pain

Fibromyalgia Syndrome (FMS)

Prognosis and Treatment

- FMS does not threaten the patients' life but can cause severe disability and thus substantially compromise the quality of life. Complete resolution of symptoms is almost never achieved, but significant improvement can be obtained with adequate therapy.
- Management of FMS is typically multimodal:
 - a) accepting attitude from both physician and patient
 - b) comprehensive clinical evaluation, accurate diagnosis
 - c) education for affected individuals, family, society
 - d) encourage patient to take an active role in self-care
 - e) psychological or psychiatric support, biofeedback training
 - f) physical therapies, physical modalities, exercise program
 - g) sparing use of medications proven to be effective (low-dose tricyclic antidepressants (mostly amitriptyline) or other serotonin reuptake inhibitors, sedative, hypnotic medication, analgesics (tramadol), antiepileptics (gabapentin, pregabalin)
 - h) regular monitoring and follow-up

Recommandations de l'EULAR pour la fibromyalgie

La ligne européenne contre le rhumatisme (EULAR) a travaillé à la production de recommandations de bonnes pratiques pour la prise en charge de la fibromyalgie. Basées sur une analyse critique de la littérature, ces recommandations s'inscrivent dans le cadre de l'évidence-based medicine. Des niveaux de preuves accompagnent chacun des neuf items, répartis en trois catégories :

→ Données générales

- Une évaluation globale de la situation est nécessaire, compte tenu de la complexité et de l'hétérogénéité des problématiques rencontrées (niveau II).
- La prise en charge de la fibromyalgie nécessite une approche globale, associant médicaments et techniques non médicamenteuses. Les cibles de traitement sont la douleur, l'inactivité, la dépression, l'esthénie et le trouble du sommeil (niveau II).

→ Prise en charge non pharmacologique

- La thérapie cognitivo-comportementale, associée ou non à la rééducation, est efficace (niveau III).
- Pour certains patients, un programme personnalisé d'activité physique peut être bénéfique (niveau III).
- Pour certains patients, une thérapie cognitive et comportementale peut être bénéfique (niveau IV).
- En fonction des besoins du patient, la relaxation, la rééducation, la physiothérapie et le soutien psychologique peuvent être indiqués (niveau III).

→ Prise en charge médicamenteuse

- Le tramadol est recommandé pour le traitement de la douleur (niveau III). Les corticoïdes et les opioïdes forts ne sont pas recommandés (niveau III).
- Les antidépresseurs suivants sont recommandés car ils diminuent la douleur et les incapacités (niveau III) : amitriptyline (tricyclique), Escitalopram (ISRS), duloxétine (SDN pas encore commercialisé en France), milnacipran (ISRS), la mécaméthine (IMAO) et la pramiféne (IMAO).
- Le traitement local (GTT) utilisé dans les vomissements post-chimiothérapie, le pramipexol (agoniste dopaminergique utilisé dans le maladie de Parkinson) et la pregabalin (anti-épileptique indiqué pour les douleurs neuropathiques) sont recommandés pour leur action sur l'intensité douloureuse (niveau III).

Résumé par le Docteur Florence Clerc

Niveaux de preuve en evidence-based medicine	
→ Ia	Revue systématique de plusieurs études randomisées en double-aveugle
→ Ib	Une ou plusieurs grandes études randomisées en double-aveugle
→ IIa	Une ou plusieurs études de cohortes bien conduites
→ IIb	Une ou plusieurs études cas-témoins bien conduites
→ IIIC	Étude non expérimentale aux résultats flagrants
→ III	Études descriptives, avis de conseils d'experts, avis de leaders de la spécialité
→ IV	Expérience personnelle

