



COordination LORraine Douleur –
Soins palliatifs – Accompagnement
COLORDSPA



La fibromyalgie : mythe ou réalité ?

**Docteur Gérard
TORLOTING**

**Consultation d'Evaluation
et de Traitement de la
Douleur Chronique
Centre Hospitalier
Robert PAX
Sarreguemines**

**FMC HAGUENAU 19 Mars 2014
Bonne Fête aux Joseph**



Invitation téléphonique du Dr G. TORLOTING



Dr G. TORLOTING
Centre de la douleur - Sarreguemines
(Cliquez sur l'image)

Si vous ne pouvez entendre le message sonore,
il vous faut télécharger « VLC Média Player »



PC



MAC



Mythe, réalité ou effet de mode ?

SPLEEN



SPID



FIBROMYALGIE

En tous cas, hantise du médecin traitant, du rhumatologue, du psychiatre
et... du médecin conseil et... cauchemar du malade !



BASES

- Critères de l'American College of Rheumatology (ACR) : 1990
- recommandations de l'American Pain Society (APS), 2005
- Consensus canadien, 2005



BASES

- OMS, 2006, CIM 10 : M 79.7 (classification dans les maladies musculo-squelettiques et du tissu conjonctif ???)
- Alors que le syndrome de fatigue chronique : G 93.3 (classification dans les maladies neurologiques ???)
- Rapport de l'Académie Nationale de Médecine, janvier 2007 : état des lieux mais hors sciences fondamentale



BASES

- Recommandations de la European League Against Rheumatism (EULAR), 2008
- Recommandations de l'Institute For Clinical Systems Improvement (ICSI), 2008
- Recommandations allemandes (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Schmerztherapie (DIVS), 2009
- Critères ACR, mai 2010



BASES

- Rapport d'orientation : Syndrome fibromyalgique de l'adulte, HAS, juillet 2010
- → Guide de procédure pour les médecins conseil



Académie Nationale de Médecine, janvier 2007

- « Cependant, si l'accord paraît aujourd'hui général sur la réalité de ce syndrome douloureux chronique et même sur sa fréquence, des doutes persistent à s'exprimer sur la légitimité d'en faire une maladie, avec les conséquences médico-sociales qui peuvent en résulter. La raison en est le caractère subjectif des troubles invoqués (douleur, fatigue, mal-être, troubles du sommeil), le fait qu'ils ne sont que statistiquement (et non individuellement) associés, le caractère artificiel et abusif des critères de classification quand on les utilise à tort comme critères de diagnostic, et surtout l'absence de toute anomalie biologique ou anatomo-pathologique susceptible de rendre compte des symptômes déclarés ou d'en garantir l'objectivité. »



Mais le débat reste animé

- L'Académie nationale de médecine souligne, cependant, que le débat professionnel reste très animé sur l'existence de ce syndrome à la présentation clinique hétérogène (qui « forme un spectre continu allant des formes les plus discrètes aux formes les plus sévères »), qui reste mal défini, dont la physiopathologie reste inconnue et dont le traitement n'est pas fixé. À l'opposé, sa reconnaissance sociale paraît avoir franchi une étape grâce au poids des patients et de leurs associations, des professionnels et chercheurs intéressés par ce syndrome, et des industriels du médicament.



Académie Nationale de Médecine, janvier 2007

- « Un large consensus existe cependant aujourd'hui pour considérer que le syndrome fibromyalgique est une réalité clinique qu'il faut admettre comme autonome, une fois éliminées les autres affections qui peuvent se révéler par un syndrome douloureux chronique. Les problèmes psychiatriques sont, certes, constants, avec des éléments dépressifs et anxieux, mais ils ne sauraient à eux seuls résumer ce syndrome, même s'ils doivent toujours être pris en charge. »



Description

- Douleur diminuant les capacités fonctionnelles :
 - Diffuse
 - Persistante
 - Variable dans le temps, sa localisation, son caractère (hyperalgésie, allodynie...)
 - Débute au cou, aux épaules ou au rachis
 - S'étend au reste du corps : dos, thorax, membres supérieurs et inférieurs



Description

- Douleur diminuant les capacités fonctionnelles :
 - aggravée par les efforts, le froid, l'humidité, les émotions et le manque de sommeil
 - s'accompagne de raideur matinale.
 - distinction difficile entre douleur articulaire et musculaire ou tendineuse (diagnostic par excès de tendinite)
 - impression d'un gonflement des zones douloureuses
 - et de paresthésies des extrémités en l'absence de tout signe objectif d'atteinte articulaire ou neurologique



Description

- Autres symptômes :

- Fatigue chronique
- Insomnie
- Sommeil non réparateur
- Fatigabilité musculaire
- Sècheresse buccale et/ou lacrymale
- Diarrhée / constipation
- Troubles de la mémoire et de la concentration
- Troubles de la cognition
- Perturbations émotionnelles



Description

- Conséquences :
 - Difficultés dans les activités de la vie quotidienne
 - Répercussions familiales et sociales
 - difficultés à se maintenir dans l'emploi
 - repli sur soi, isolement
 - qualité de vie amoindrie
 - Dégradation de l'image narcissique



Diagnostic

- = CLINIQUE
- Pas de lésion anatomo-pathologique
- Pas d'anomalie biologique
 - VS, CRP = normales
 - Enzymes musculaires (CPK, transaminases) = normaux
 - calcémie, phosphorémie, TSH, T4 = normaux
- Pas d'anomalie immunologique
 - pas d'anticorps anti noyaux, sérologie rhumatoïde négative



Critères diagnostiques

- ACR 1990 : fibromyalgie quand existent conjointement deux critères (sensibilité de 88,4 % et une spécificité de 81,1 %) :
 1. Douleur diffuse > trois mois.
 - Deux côtés du corps,
 - au-dessous et au-dessus de la taille.
 - Douleur du squelette axial (rachis cervical ou partie antérieure du thorax ou rachis thoracique ou rachis lombaire) (une douleur du rachis lombaire est considérée comme une douleur de la partie inférieure du corps)



Critères diagnostiques

- ACR 1990 : fibromyalgie quand existent conjointement deux critères :
 2. Points douloureux à la pression :
 - Au moins 11 des 18 points
 - localisés très précisément
 - pression digitale d'environ 4 kg



Points gâchette de YUNUS

- occipital : à l'insertion occipitale des muscles sous-occipitaux
- cervical bas : à la partie antérieure des espaces intertransversaires à C5-C7
- trapézien : à la partie moyenne du bord supérieur du muscle
- sus-épineux : à l'insertion au-dessus de l'épine de l'omoplate, près du bord interne

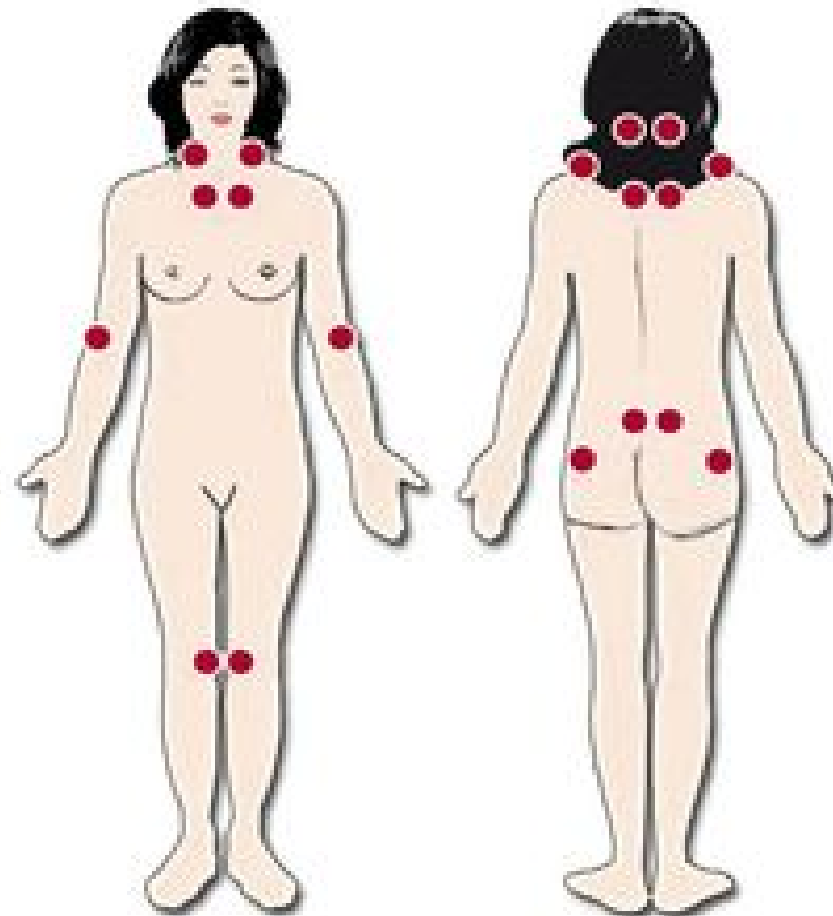


Points gâchette de YUNUS

- 2e côte : juste à côté de la jonction chondrocostale, à la partie supérieure
- épicondylien : à 2 cm au-dessous des épicondyles
- fessier : au quadrant supéro - externe de la fesse
- trochantérien : en arrière de la saillie du grand trochanter
- genou : en regard du coussinet graisseux interne, près de l'interligne articulaire

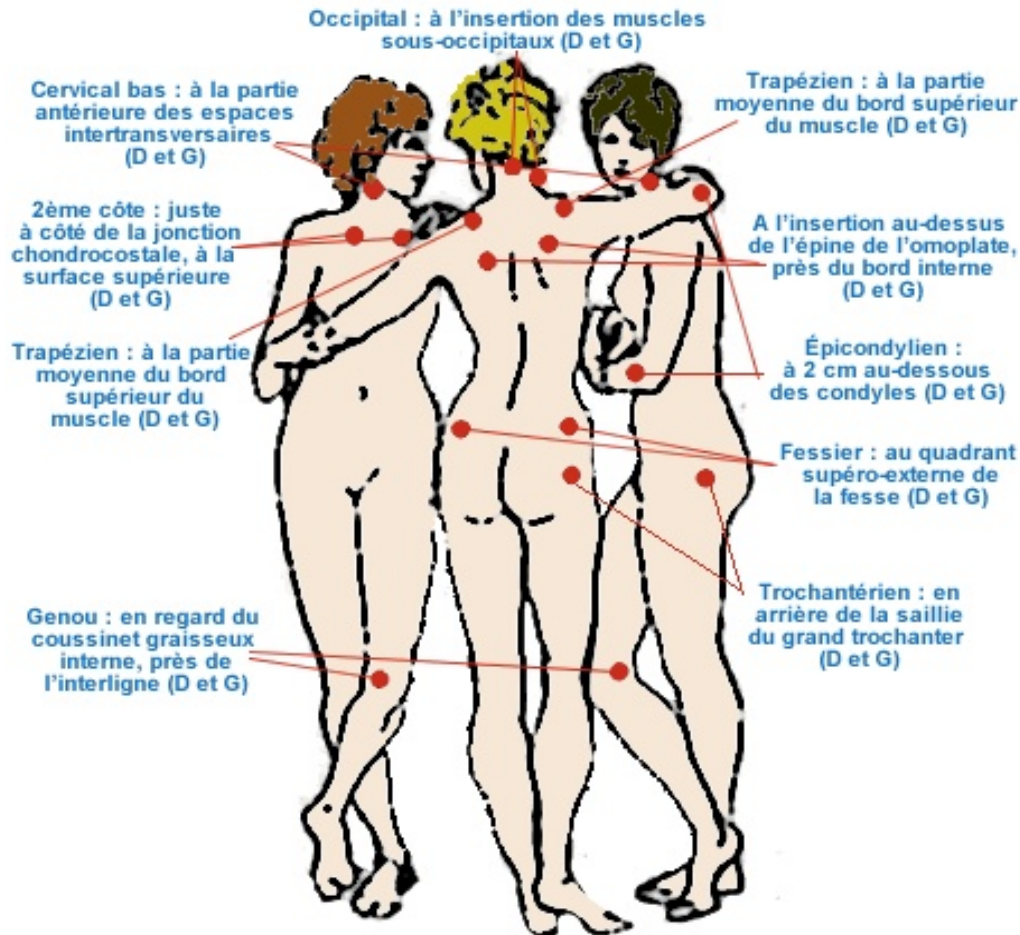


Points gâchette de YUNUS





Points gâchette de YUNUS





Critères diagnostiques

- Critiques des critères ACR 1990 :
 - Ne prennent en compte que les seules manifestations douloureuses
 - Quid si < 11 points ?
 - Les 11 points peuvent exister chez non douloureux
 - Examineurs entraînés
 - Nombre de points variables d'un jour à l'autre et dépendant du degré d'anxiété



Critères diagnostiques

- Critiques des critères ACR 1990 :
 - Non prise en compte du retentissement de la douleur et des autres symptômes sur le fonctionnement de la personne.
 - Ne permettent pas de mettre en évidence une amélioration des symptômes et une diminution de la douleur au niveau des sites retenus par l'ACR



Critères diagnostiques

- Critères ACR, mai 2010 :
 - méthode alternative de diagnostic fondée sur les
 - symptômes décrits par les patients et leur sévérité,
 - ne recourant pas à l'identification de points douloureux par l'examen clinique,
 - plus facilement utilisable par les médecins non spécialistes,
 - destinée en particulier aux médecins généralistes, et
 - permettant un suivi longitudinal des patients



Critères diagnostiques

- Critères ACR, mai 2010 :
 - Evaluation de la présence de la douleur
 - Pas de repérage manuel des points douloureux
 - Auto-évaluation par le patient de l'existence ou non d'une douleur au cours de la semaine précédente au niveau de 19 sites corporels définis, sans appréciation de son intensité (score allant de 0 à 19).



Critères diagnostiques

- Critères ACR, mai 2010 :
 - Ce score (*Widespread Pain Index ou WPI*) est combiné à un score de sévérité des symptômes (*Symptom Severity Scale Score*)



Critères diagnostiques

- Critères ACR, mai 2010 :
 - Symptom Severity Scale Score (SS) :
 - Fatigue de 0 à 3
 - Sommeil non réparateur de 0 à 3
 - Troubles cognitifs de 0 à 3
 - Symptômes somatiques divers de 0 à 3
 - Score final de 0 à 12



Critères diagnostiques

- Critères ACR, mai 2010 :
 - Fibromyalgie si :
 - $WPI \geq 7$ et $SS \geq 5$
 - ou WPI entre 3 et 6 et $SS \geq 9$
 - Présence des symptômes à même intensité depuis au moins 3 mois
 - Absence d'une autre maladie qui pourrait expliquer la douleur.



Critères diagnostiques

- Critères ACR, mai 2010 :
 - permettent, sans requérir un examen clinique, d'identifier correctement 88,1 % des patients ayant une fibromyalgie diagnostiquée à l'aide des critères de 1990 de l'ACR
 - Mais non encore étudiés en médecine générale :
 - on ne sait pas encore si ces critères permettent de discriminer les patients fibromyalgiques d'autres patients douloureux chroniques



Critères diagnostiques

- Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ), années 90 :
 - Mesure le retentissement du syndrome fibromyalgique sur les capacités fonctionnelles du patient.
 - Questionnaire auto-administré qui mesure l'activité physique, les possibilités de travail, la dépression, l'anxiété, le sommeil, la douleur, la raideur, la fatigue et la sensation de bien-être
 - Permettrait de juger de l'impact du traitement



Critères diagnostiques

- 2009 : FIQR (FIQ révisé)
 - FIQ + :
 - problèmes de cognition + facteurs d'environnement :
 - questions portant sur la mémoire, l'équilibre
 - et la sensibilité à certains facteurs de l'environnement (bruits, lumière forte, odeurs, froid).



Place actuelle des critères de l'ACR dans la démarche diagnostique

- proposés à titre diagnostique dans la plupart des recommandations de bonnes pratiques et des consensus professionnels
- Pas dans les recommandations allemandes
- Mais associer une évaluation clinique des autres symptômes



Le consensus canadien, 2005

- Critères de l'ACR
- historique de la douleur,
- contexte de survenue de la douleur
- Évolution de la douleur dans les 3 mois qui précèdent la consultation
- évaluation des autres symptômes
- éliminer d'autres maladies



Les recommandations allemandes, 2009

- Pas les critères de l'ACR
- Evaluation clinique structurée de la douleur
- Signes généraux (fatigue, faiblesse)
- Plaintes de nature psychologique (par exemple, troubles du sommeil ou de la concentration)
- Perturbation des activités de la vie quotidienne
- Facteurs déclenchants
- Craintes relatives à la maladie
- Éléments de stress psychologique
- Eliminer d'autres maladies

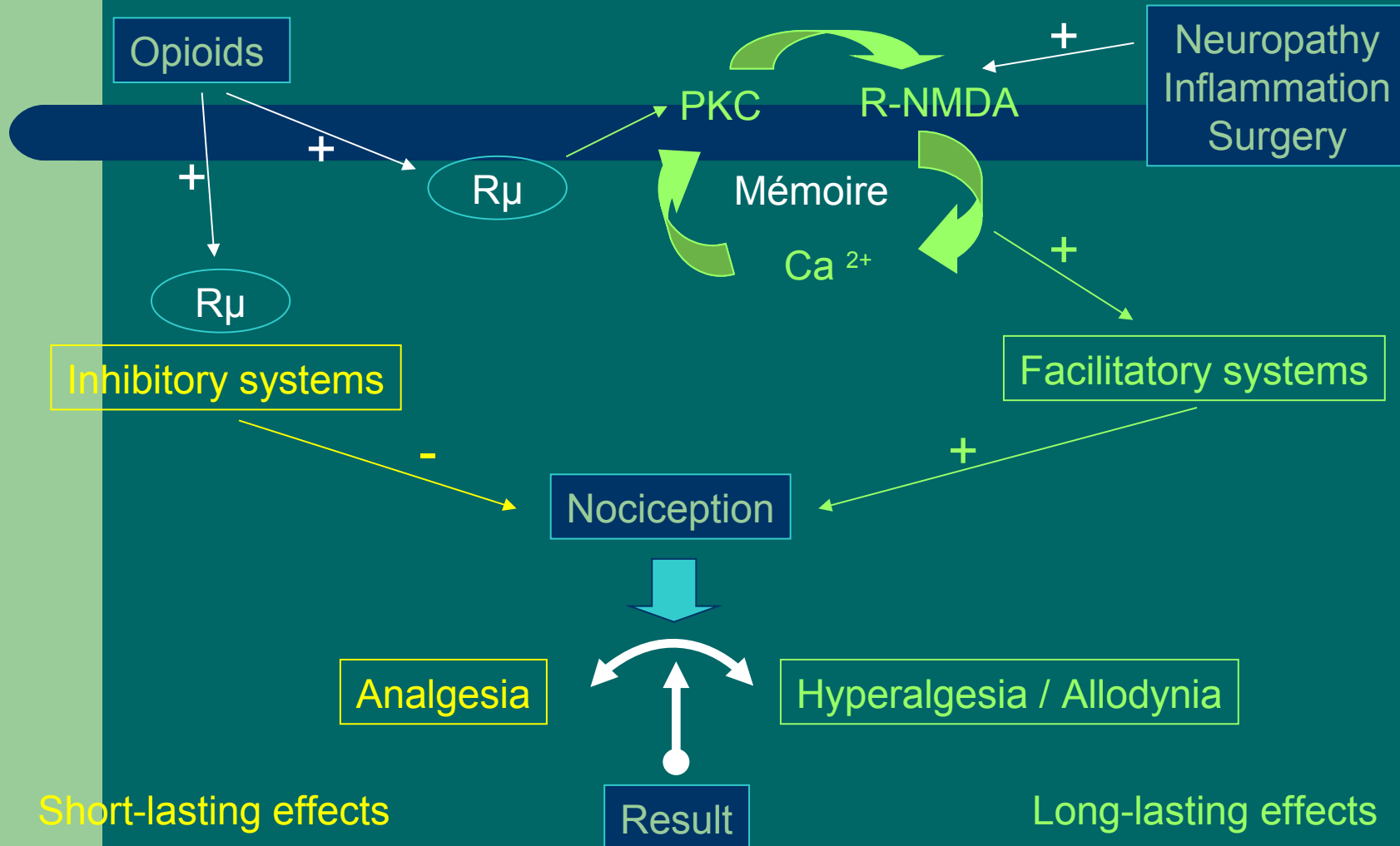


Epidémiologie

- Etudes aux Etats-Unis (2,4 %), Canada (3,6 %), Espagne (2,4 %), Italie (2,2 %), Tunisie, Malaisie, en Israël et chez les indiens Pima (Arizona)
- Etude française, 2006 : 1,3 à 3,1 % de la population générale
- En France dans les structures douleur : 10 % des consultations (2004, DGOS ; 2008, HAS)
- Durée d'évolution des douleurs > 3 ans avant la 1^o consultation dans structure douleur



Dual effects of opioids : a neurobiological proposal*



* D'après Bernard Calvino et Guy Simonnet



Epidémiologie

- Patients hospitalisés en France (MCO, SSR, psychiatrie) :
 - 2,8 % des séjours avec code M 79.7
- Femme > 80 %
- Homme atteints : moins de symptômes, et intensité moindre, moins de points douloureux
- Evaluation globale de la capacité fonctionnelle et intensité de la douleur : femme = homme



Mise à contribution des institutions publiques françaises

- Depuis octobre 2009 : possibilités d'exonération du ticket modérateur pour les soins les plus coûteux (circulaire DSS/SD1MCGR/2009/308 du 8 octobre 2009 relative à l'admission ou au renouvellement d'une affection de longue durée hors liste au titre de l'article L. 322-3 4° du Code de la sécurité sociale).
- Cette circulaire a vocation à être utilisée pour l'admission ou le renouvellement de l'exonération au titre de l'ALD hors liste.
- Cette circulaire ne concerne que les patients nécessitant un traitement prévisible supérieur à 6 mois et un panier de soins coûteux.



Mise à contribution des institutions publiques françaises

- Plans de santé publique intégrant le syndrome fibromyalgique :
 - Plan ministériel douleur 2006 – 2010
 - 24 avril 2007 : plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques :
 - un des objectifs : qualité de vie des personnes atteintes de syndrome fibromyalgique



Recherche fondamentale

- Les évidences
- Les hypothèses
- Les incertitudes et les interrogations



Prise en charge : Recommandations EULAR, 2008 :

- 1- la compréhension globale de la fibromyalgie nécessite une évaluation de la douleur, de la fonction et du contexte psycho-social. La fibromyalgie devrait être reconnue comme un syndrome complexe et hétérogène comportant un processus de perception anormale de la douleur associé à d'autres symptômes (IV/D).
- 2- la prise en charge thérapeutique optimale justifie une approche multidisciplinaire associant des mesures non pharmacologiques et des traitements médicamenteux : ces modalités doivent prendre en compte l'intensité douloureuse, la fonction, les symptômes associés tels que la dépression, la fatigue, les troubles du sommeil (en concertation avec le patient) (IV/D).
- 3- la balnéothérapie avec ou sans exercice est efficace dans la fibromyalgie (IIa/B).



Prise en charge : Recommandations EULAR, 2008 :

- 4- les programmes d'exercices individualisés comportant des exercices en aérobie et de exercices de renforcement peuvent être bénéfiques chez certains patients porteurs de fibromyalgie (IIb/C).
- 5- les thérapies cognitivo - comportementales peuvent être bénéfiques chez certains patients ayant une fibromyalgie (IV/D).
- 6- d'autres modalités thérapeutiques telles que la relaxation, la rééducation, la physiothérapie et la psychothérapie de soutien peuvent être utiles et envisagées selon les besoins de certains patients (IIb/C).
- 7- le tramadol est conseillé pour la prise en charge de la douleur dans la fibromyalgie (Ib/A),



Prise en charge : Recommandations EULAR, 2008 :

- 8- d'autres antalgiques tels que le paracétamol ou certains opioïdes mineurs peuvent aussi être envisagés dans le traitement de la fibromyalgie. La corticothérapie et les opioïdes forts ne sont pas conseillés (IV/D),
- 9- les anti-dépresseurs tels l'amitriptyline, la fluoxétine, la duloxétine, le milnacipran, le moclobémide et le pirlindole réduisent la douleur et améliorent la fonction et ainsi sont conseillés pour le traitement de la fibromyalgie (Ib/A),
- 10- le tropisetron, le pramipexole et la pregabaline diminuent la douleur et sont aussi recommandés pour la prise en charge thérapeutique de la fibromyalgie (Ib/A).



Traitement : NON

Prise en charge : OUI

- Y croire : reconnaître la réalité de la douleur et de l'asthénie
- Eviter : « Tout les examens complémentaires sont normaux, vous n'avez rien », « c'est dans la tête que ça se passe »
- Avoir le temps :
 - Pour poser le diagnostic
 - Expliquer l'origine, le devenir
 - Les idées fausses : fauteuil roulant...
 - Éduquer le patient : expliquer et motiver la prise en charge
 - Expliquer les facteurs comportementaux, psycho – familiaux, socio – professionnels de renforcement
 - Réassurer :
 - caractère bénin de la maladie, > 70 ans : FM rare
 - Pas de lésion tissulaire
 - Pas un « cancer profond qui « ronge » »
- Diriger le patient dans une prise en charge active et précoce de sa maladie
- Eviter toutes les mesures qui encouragent la passivité et le rôle de victime



Traitement : NON

Prise en charge : OUI

- Reconnaître les renforçateurs psychologiques souvent déniés sans « psychiatriser »
- ⇒ thérapies psycho – comportementales et cognitives et à visée psycho - corporelle ⇒ attitude positive et responsable du malade
- ⇒ apprentissage d'une meilleure gestion (attitude adaptative et non pas curative)
- Gérer le sommeil :
 - conseils d'hygiène d'abord puis
 - moyens pharmacologiques en cas de besoin.



Traitement : **NON**

Prise en charge : **OUI**

- Reconditionner à l'effort physique : réentraînement **LENT, PROGRESSIF** et **MESURÉ** à l'effort musculaire
- Décourager l'utilisation d'une canne, d'un fauteuil roulant ou d'autres aides à la mobilité
- Eviter l'arrêt de travail prolongé
 - ← ⇒ patient centré sur sa douleur
 - ← ⇒ privation d'une source importante de valorisation personnelle et sociale
 - ← ⇒ perte de revenus ⇒ litige (besoin de prouver qu'il est invalide) ⇒ = contraire de la réadaptation souhaitée



Traitements médicamenteux : jamais seuls

- **Antidépresseurs à faibles doses (antalgiques \Rightarrow douleur neuropathique) :**
 - Tricycliques, sédatifs si troubles du sommeil importants
 - IRS, si dépression prédominante
 - IRS + noradrénergiques
- Mais faibles tolérance chez le FM
 - ← \Rightarrow explication montée en puissance, gestion des effets indésirables
 - ← \Rightarrow tenir compte de la nécessité de préserver une vie sociale et professionnelle
- **Anti – épileptiques ? Prégabaline**
- **Antalgiques paliers I et II et AINS = peu ou pas efficaces**
- Exception : **tramadol**
- **Opioides du pallier III : NON** (au long cours \Rightarrow sensibilisation médullaire ?)
- **Corticoïdes à éviter +++**
- **Anxiolytiques et décontractants : courtes durées (?)**
- **Kétamine**



« Histoire naturelle » d'une fibromyalgique





Conclusions...OUF !!!

- « Croire » \Rightarrow favorise la relation malade – médecin
- Former (le médecin d'expertise) \Rightarrow diminue le taux des litiges et rend le FM « auto – responsable » et pas « coupable »
- Former (le malade) \Rightarrow augmente l'adhésion thérapeutique et le « volontariat »
- « Que voulez – vous, c'est dans la tête que ça se passe ! » (D'abord la tête du médecin puis celle du malade), donc : **MODESTIE**