

LE SYNDROME DE FIBROMYALGIE : MYTHE OU RÉALITÉ?

LE POINT DE VUE DU RHUMATOLOGUE

MARK HAZELTINE, MD, FRCPC
CENTRE DE RHUMATOLOGIE DE LAVAL

JEAN-LUC TREMBLAY, MD, FRCPC
CLINIQUE DE RHUMATOLOGIE TROIS-RIVIÈRES

INTRODUCTION

La fibromyalgie (FM) est un syndrome douloureux chronique caractérisé par la présence de douleurs articulaires et musculaires diffuses chroniques, associé à la présence de points douloureux dits « points de fibromyalgie ». Il s'agit d'une entité complexe connue depuis plusieurs décennies sous le terme « fibrosite ». Ce n'est qu'au début des années 80 que le terme fibromyalgie a été utilisé pour la décrire reconnaissant l'absence d'inflammation.

Chaque omnipraticien a été confronté à ce tableau douloureux chronique au cours de sa pratique médicale. La FM est une condition assez fréquente dont la prévalence mondiale est estimée entre 0.5 et 5 %. Parmi les diagnostics musculo-squelettiques faits au cabinet, la FM vient au deuxième rang après l'arthrose¹.

La fibromyalgie a parfois été source de controverse : s'agit-il d'un mythe ou d'une réalité? S'agit-il d'un problème physique ou psychologique? Cet article vous démontrera qu'il s'agit d'une entité réelle, associé à une lourde morbidité physique et psychologique. Compte tenu de sa fréquence, il est essentiel que l'omnipraticien soit en mesure d'évaluer ces patient(e)s et de maîtriser l'approche thérapeutique de cette condition.

Dans un premier temps, nous présenterons un survol de la physiopathologie de la FM. Nous discuterons ensuite de sa présentation clinique, du diagnostic et de l'investigation requise pour exclure les conditions médicales qui pourraient occasionner un tableau douloureux similaire. Finalement, nous ferons une mise à jour de l'approche thérapeutique afin d'offrir au médecin de famille un outil pratique pour traiter et prendre en charge le patient qui en souffre.

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

À la fin de cet ouvrage le lecteur sera en mesure de :

1. Apprendre les principes physiopathologiques de la douleur chronique et en particulier le syndrome de fibromyalgie
2. En faire le diagnostic
3. Prescrire les tests de laboratoires appropriés
4. Traiter et prendre en charge les patients-es avec le syndrome de fibromyalgie

PHYSIOPATHOLOGIE

La douleur de la FM a été pendant longtemps associée, à tort, à un processus inflammatoire. Il est maintenant reconnu que cette conception était erronée. Il n'existe aucun processus inflammatoire sous-jacent. La FM est d'origine complexe et multifactorielle et implique des facteurs génétiques, psychologiques, environnementaux et neuro-endocriniens (figure 1).

FACTEURS GÉNÉTIQUES

Certaines études ont démontré une augmentation de l'incidence de FM lorsqu'un membre de la famille est atteint. D'autres études sur le développement de la douleur généralisée chronique indiquent une influence génétique modeste, suggérant une interaction entre les gènes et l'environnement. Certains gènes responsables de la régularisation du métabolisme de la sérotonine/norépinephrine pourraient être impliqués¹; toutefois aucun gène spécifique n'a encore été identifié et son mode de transmission est méconnu.

L'AMPLIFICATION DES STIMULI NOCICEPTIFS

De nombreuses études démontrent que les patients souffrant de FM présentent des anomalies biochimiques du système nerveux central et de la moelle épinière :

- *Altérations des neurotransmetteurs* : Les données disponibles suggèrent une diminution des amines biogéniques; dopamine, sérotonine, norépinephrine et une augmentation de la substance P au niveau du système nerveux central chez les patients avec FM.
- *Changements neuroendocriniens* : Les études effectuées à ce jour tendent à démontrer une perturbation (diminution de l'activité) de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien et certains patients fibromyalgiques présentent une diminution d'activité de l'axe de l'hormone de croissance.
- *Études d'imagerie du système nerveux central* : Parmi les anomalies retrouvées, retenons l'hypoperfusion du thalamus et du noyau caudal. Les études par IRM cérébrale fonctionnelle, qui détecte des changements régionaux du flot sanguin, démontrent des modifications physiologiques témoignant d'une augmentation de la perception de la douleur.

Toutes ces anomalies métaboliques mènent à une perception accrue des stimuli douloureux. Le concept de sensibilisation centrale (*Central sensitivity syndrome*) émerge depuis quelques années pour décrire cet état de sensibilité excessive aux stimuli douloureux, d'extension des zones de douleur au-delà du site de stimuli réel et de modulation anormale de la perception de la douleur. Il reste à déterminer si ces anomalies sont causales à la physiopathologie de la FM ou le reflet des symptômes.

LE STIMULI DOULOUREUX PÉRIPHÉRIQUE

Bien qu'aucune anomalie spécifique n'ait été mise en évidence au sein des muscles, des articulations ou du nerf périphérique, les pathologies articulaires communes (ex : bursite, tendinose) sont non seulement perçues comme étant plus intenses mais la présence continue d'influx nociceptifs peut mener à une amplification du processus de sensibilisation centrale.

LES ALTÉRATIONS DU SOMMEIL

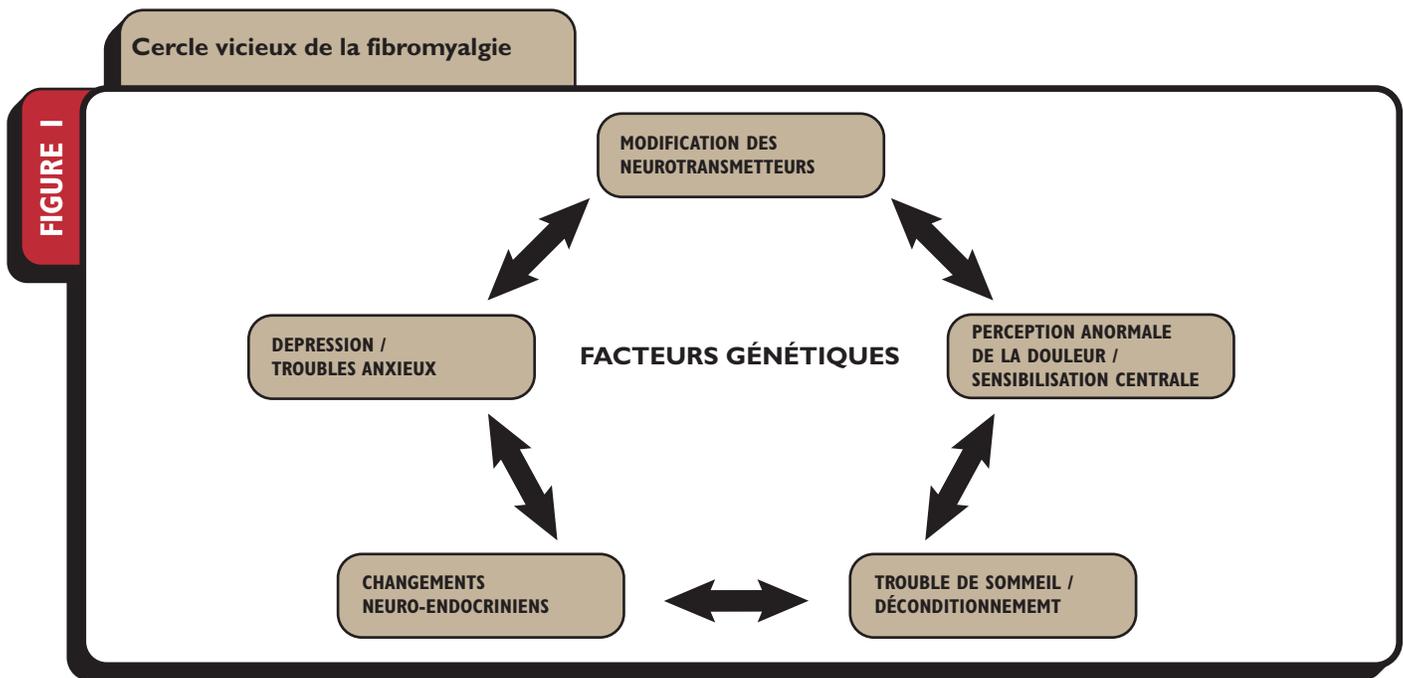
La fatigue est une plainte majeure chez plusieurs patients souffrant de FM. Les trois quarts des patients ont un sommeil non-réparateur et des anomalies des phases du sommeil ont été démontrées chez ces patients.

LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE

La détresse psychologique est retrouvée dans de nombreuses conditions douloureuses chroniques. Il a été démontré que plusieurs patients souffrant de FM présentent une dépression concomitante (20-80 %) ou des troubles anxieux (13-64 %). 70 % de ces patients auront, au cours de leur maladie, une dépression ou un trouble anxieux, ce qui est nettement supérieur aux taux retrouvés dans la population générale adulte. Les études épidémiologiques démontrent que la FM en soi n'explique pas un tel taux de détresse psychologique. À l'inverse, la maladie psychiatrique ne prédispose pas non plus à la FM. L'étiologie exacte de cette association demeure donc encore méconnue mais pourrait s'expliquer en partie par des anomalies des neurotransmetteurs cérébraux.

LE DÉCONDITIONNEMENT

Plusieurs patients souffrant de FM tendent à limiter leurs activités physiques, de peur d'exacerber leur condition. Le déconditionnement physique qui en résulte peut perpétuer et exacerber les plaintes somatiques du patient.



ASPECT PRATIQUE DU DIAGNOSTIC

Il n'existe pas de test pour confirmer ou infirmer le diagnostic de FM. Il repose essentiellement sur un bon questionnaire et un examen physique minutieux (figure 2). Il est important d'établir le plus tôt possible le diagnostic car un délai est associé à un impact négatif sur l'évolution à long terme. Mais attention : toute douleur chronique ne correspond pas nécessairement à une FM. Le médecin doit s'assurer, lors de l'entrevue, d'exclure d'autres conditions médicales pouvant mimer cette condition.

MANIFESTATIONS CLINIQUES (QUESTIONNAIRES)

La FM affecte 4 à 6 fois plus souvent les femmes que les hommes. Le diagnostic est fréquemment posé entre 30 et 55 ans. Elle peut également affecter, quoique moins fréquemment, les enfants et les personnes âgées. La FM est généralement d'apparition insidieuse mais certains cas sont déclenchés par un accident (travail ou véhicule automobile), une infection ou un stress émotionnel (abus physique ou sexuel).

Douleur

De façon caractéristique, le patient se présente avec un tableau de douleur généralisée évoluant depuis plus de 3 mois (tableau 1). La douleur peut être initialement localisée, souvent au niveau de la région cervicale et des épaules, mais éventuellement, elle devient diffuse et touche les quatre membres et le rachis. Le type de douleurs ressenties est variable (myalgies, arthralgies, brûlures, sensation de lourdeur, paresthésies sans territoire précis) et les symptômes sont souvent modulés par le froid, l'humidité et le stress. Les douleurs sont autant ressenties au niveau des muscles que des articulations.

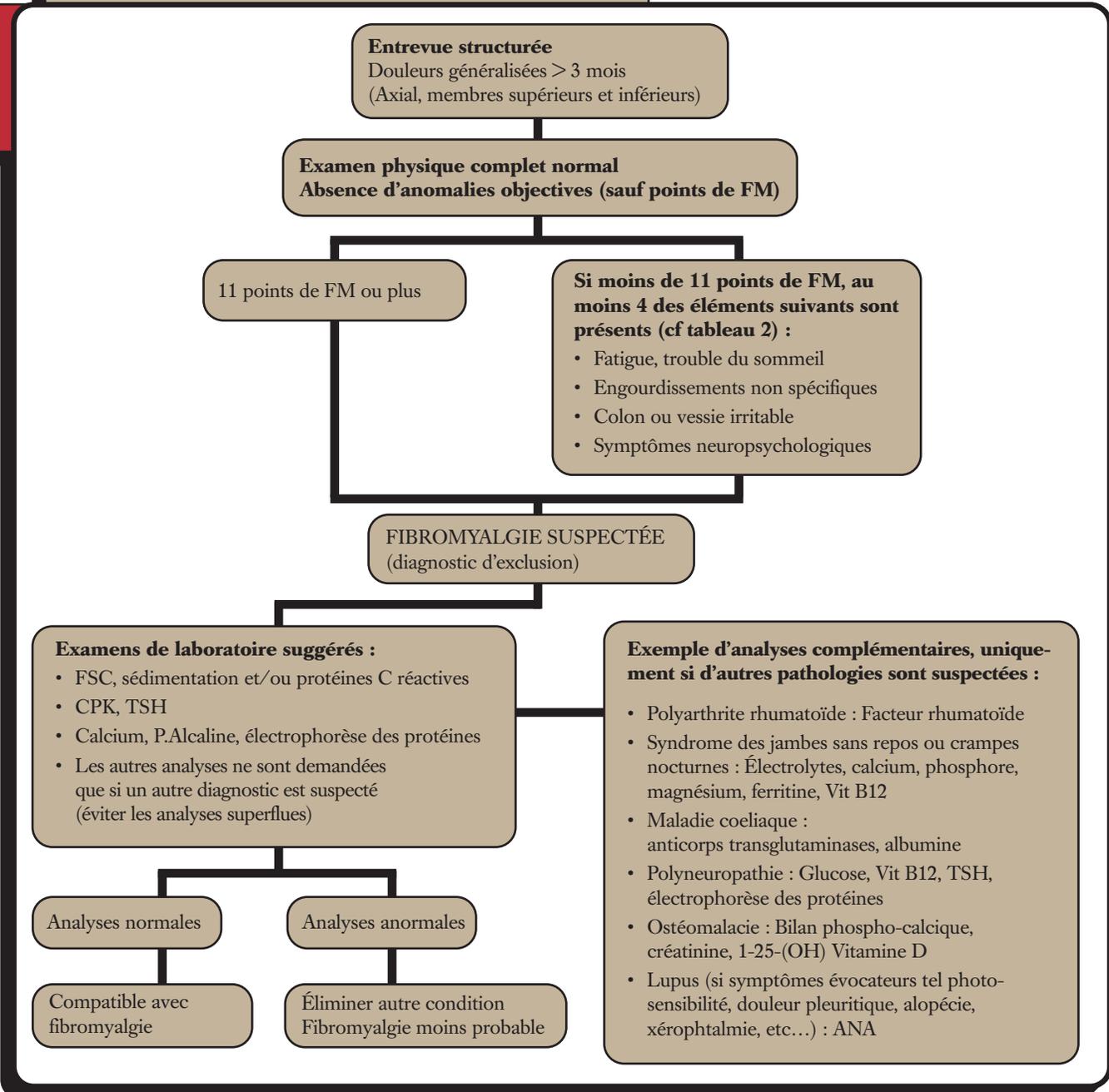
Les patients décrivent fréquemment une sensation de gonflement ou de raideur articulaire mais, contrairement aux pathologies mécaniques ou inflammatoires², la douleur est plutôt constante, lancinante, présente de jour comme de nuit. L'activité ou le repos ne modifie pas réellement la douleur.

PERLE CLINIQUE :

Dans la fibromyalgie, les patients se plaignent fréquemment de douleur nocturne, de sensation de raideurs et de gonflement articulaire mais, contrairement à l'arthrite, les douleurs de la FM sont diffuses, affectent autant les muscles que les articulations, ne présentent pas de caractéristiques inflammatoires franches et ne sont associées à aucune synovite ni anomalie de laboratoire.

FIGURE 2

Algorithme du diagnostic de la FM



Entrevue structurée
Douleurs généralisées > 3 mois
(Axial, membres supérieurs et inférieurs)

Examen physique complet normal
Absence d'anomalies objectives (sauf points de FM)

11 points de FM ou plus

Si moins de 11 points de FM, au moins 4 des éléments suivants sont présents (cf tableau 2) :

- Fatigue, trouble du sommeil
- Engourdissements non spécifiques
- Colon ou vessie irritable
- Symptômes neuropsychologiques

FIBROMYALGIE SUSPECTÉE
(diagnostic d'exclusion)

Examens de laboratoire suggérés :

- FSC, sédimentation et/ou protéines C réactives
- CPK, TSH
- Calcium, P.Alcaline, électrophorèse des protéines
- Les autres analyses ne sont demandées que si un autre diagnostic est suspecté (éviter les analyses superflues)

Exemple d'analyses complémentaires, uniquement si d'autres pathologies sont suspectées :

- Polyarthrite rhumatoïde : Facteur rhumatoïde
- Syndrome des jambes sans repos ou crampes nocturnes : Électrolytes, calcium, phosphore, magnésium, ferritine, Vit B12
- Maladie coeliaque : anticorps transglutaminases, albumine
- Polyneuropathie : Glucose, Vit B12, TSH, électrophorèse des protéines
- Ostéomalacie : Bilan phospho-calcique, créatinine, 1-25-(OH) Vitamine D
- Lupus (si symptômes évocateurs tel photosensibilité, douleur pleuritique, alopecie, xérophtalmie, etc...) : ANA

Analyses normales

Analyses anormales

Compatible avec fibromyalgie

Éliminer autre condition
Fibromyalgie moins probable

Symptômes qui permettent de reconnaître plus rapidement le diagnostic, sans être pathognomonique.

TABLEAU 1

- _____ J'ai mal partout depuis longtemps
- _____ Je me sens comme si j'avais toujours la grippe
- _____ Fatigue, trouble de l'humeur et du sommeil
- _____ Colon irritable
- _____ Céphalée type migraineux
- _____ Plaintes somatiques sans étiologie précise

Fatigue

La fatigue est une plainte dominante dans la FM et est présente chez 90 % des patients. La plupart des personnes rapportent qu'ils dorment mal, qu'ils ont un sommeil léger ou « qu'ils ont l'impression qu'un rouleau compresseur leur est passé sur le corps ». Ils se lèvent fatigués le matin, souvent plus fatigués que la veille.

Autre symptômes associés

Outre les éléments psychologiques, discutés précédemment, la FM est associée à la présence de nombreux syndromes douloureux distincts (Tableau 2). Ils contribuent à la morbidité globale du patient.

Syndromes associés à la fibromyalgie

TABLEAU 2

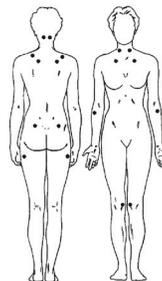
- _____ Syndrome du colon irritable
- _____ Syndrome de vessie irritable
- _____ Syndrome des jambes sans repos
- _____ Étourdissement
- _____ Dysfonction cognitive
 - Trouble de mémoire
 - Trouble de concentration
- _____ Céphalées tensionnelles ou migraines
- _____ Sécheresse oculaire
- _____ Intolérance au froid
- _____ Intolérances médicamenteuses multiples
- _____ Disménorrhée
- _____ Fluctuation du poids

EXAMEN PHYSIQUE

Lorsqu'un diagnostic de FM est suspecté, l'examen physique doit être particulièrement minutieux et inclure un examen physique général (thyroïde, cœur, poumons, abdomen...), un examen articulaire ainsi qu'un examen neurologique. L'examen locomoteur est normal hormis la présence de points douloureux à des endroits spécifiques, dits points de *fibromyalgie* (figure 3). La palpation des points douloureux se fait de façon systématique en appliquant une pression locale progressive équivalent à 4 kg/cm²; ce qui équivaut, règle générale, à une pression tout juste suffisante pour occasionner un blanchiment du lit de l'ongle. Il n'existe cependant aucune corrélation entre le nombre de points douloureux retrouvés à l'examen et la sévérité de la FM

Points de fibromyalgie

FIGURE 3



- _____ Insertion des muscles sous occipitaux
- _____ Rachis cervical inférieur (espaces intertransversaires C5 - C7)
- _____ Bord supérieur du trapèze
- _____ Jonction chondrocostale des deuxième côtes
- _____ Bord interne de l'épine de l'omoplate
- _____ 2 cm distal à l'épicondyle
- _____ Bord postérieur de la proéminence du grand trochanter
- _____ Quadrant supéro-externe de la fesse
- _____ Bord médial du condyle fémoral

Afin de répondre aux critères de classification de l'ACR, le patient fibromyalgique doit présenter une douleur généralisée (la douleur affecte les quatre membres et le rachis) et le médecin doit mettre en évidence la présence de 11/18 points douloureux aux zones ci-haut mentionnées.

PERLE CLINIQUE :

Toujours avertir le patient que vous allez peser à un endroit précis, que ça risque d'être douloureux et lui demander de vous aviser dès qu'il ressent une douleur pour cesser d'appliquer la pression.

DIAGNOSTIC DE LA FIBROMYALGIE

Le diagnostic de la fibromyalgie est un diagnostic clinique : aucun test ne permet de confirmer ni d'exclure cette pathologie. *L'American College of Rheumatology* a publié des critères diagnostiques de la FM (figure 3). Il est à noter qu'il s'agit de critères de classification essentiellement générés pour des fins de recherche. Cependant, faute de mieux pour l'instant, ils sont souvent utilisés en pratique pour faire le diagnostic. La sensibilité et la spécificité de ces critères est d'environ 80 %.

En pratique, il faut savoir qu'une FM peut exister même si le nombre de points douloureux est inférieur à 11 mais que l'ensemble du tableau clinique est compatible avec un tel diagnostic. De plus, le médecin doit réaliser que la recherche de points douloureux demeure un examen relativement subjectif, en l'absence d'outils permettant de réellement mesurer l'intensité de la force appliquée lors de la recherche des points de fibromyalgie : il faut éviter de rechercher ces points douloureux trop « agressivement » uniquement dans le but de poser un diagnostic rapide...

PERLE CLINIQUE :

Un diagnostic de FM peut être fait même si le nombre de points douloureux est inférieur à 11, si le reste de la clinique est compatible avec le diagnostic. Si le diagnostic est incertain et que la douleur est à distribution articulaire, une investigation est recommandée (voir figure 2) afin d'exclure la présence d'une arthropathie inflammatoire. En cas de doute, une référence en rhumatologie peut être nécessaire afin d'obtenir une confirmation diagnostique

INVESTIGATION

L'investigation a pour objectif d'exclure toute autre pathologie susceptible de ressembler à une FM. Il ne s'agit pas d'aller à la pêche et demander toutes les analyses sanguines et radiographies possibles : en général, une formule sanguine complète avec vitesse de sédimentation, un dosage de la protéine C réactive, les CK et un bilan thyroïdien suffisent. Les autres analyses seront demandées selon les hypothèses diagnostiques (tableau 3). Le médecin doit éviter de demander des tests immunologiques (facteur rhumatoïde, ANA) en l'absence de manifestations cliniques évocatrices d'une arthropathie inflammatoire. S'ils sont demandés dans le cadre d'une fibromyalgie, leur valeur prédictive positive est faible, sinon nulle, et elle risque d'inquiéter inutilement le patient et entraînera des analyses complémentaires superflues. Une scintigraphie osseuse et articulaire n'est pas indiquée sauf dans certains cas particuliers (voir Le Rhumatologue Vol 5 et 6).

Diagnostiques différentiels

TABLEAU 3

Diagnostiques différentiels à considérer en cas de fibromyalgie. Les examens de laboratoire seront demandés uniquement en fonction des hypothèses diagnostiques.

| |
|--------------------------------|
| Hypothyroïdie |
| Ménopause |
| Hypocorticisme |
| Apnée du sommeil |
| Syndrome des jambes sans repos |
| HIV / hépatite C |
| Arthrose |
| Spondylite ankylosante* |
| Polymyalgia rheumatica |
| Myélomes multiples |

*une radiographie des sacro-iliaques est suggérée car chez la femme, la spondylite ankylosante est souvent à présentation atypique et peut mimer une FM.

PERLE CLINIQUE :

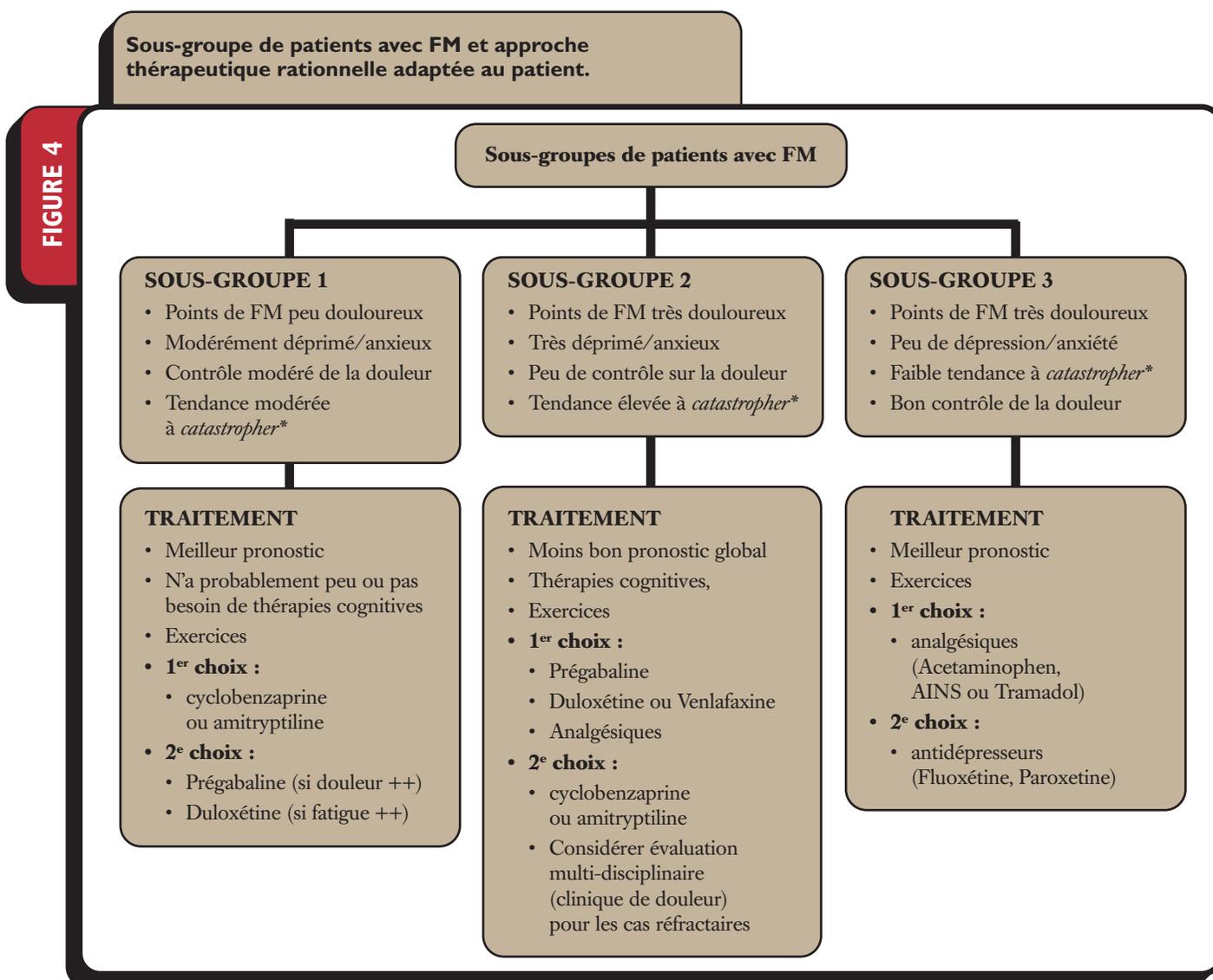
Le diagnostic de la fibromyalgie est un diagnostic clinique : Le médecin doit résister à la tentation de trop investiguer les patients uniquement pour se rassurer de l'absence de pathologie organique. Cela ne risque que d'augmenter le niveau d'anxiété du patient. Si des analyses sont demandées, il faut lui expliquer qu'elles visent à éliminer une autre pathologie mais que le diagnostic probable demeure une fibromyalgie.

TRAITEMENT

La FM est une condition chronique souvent difficile à traiter. Une approche multidisciplinaire, impliquant médecins, physio/ergothérapeute et psychologue, est souhaitable mais pas toujours réalisable dans le contexte des soins de santé au Québec. L'omnipraticien demeure le chef d'orchestre : il devrait être en mesure de faire le diagnostic, d'initier une approche thérapeutique et finalement de prise en charge du patient. Le rhumatologue quant à lui peut aider à confirmer le diagnostic, éliminer une pathologie inflammatoire sous-jacente ou autre facteur confondant mais ne fait habituellement pas de prise en charge.

L'approche thérapeutique doit être individualisée en fonction du profil clinique du patient. En effet, Giesecke³ a proposé que les patients atteints de FM puissent être classifiés en trois sous-groupes, selon l'intensité de la douleur et la présence de troubles psychologiques (figure 4). Il n'existe pas de lignes directrices spécifiques mais il est logique de penser que si le médecin identifie bien le profil clinique du patient, il pourra mieux individualiser la thérapie.

Il est important d'informer le patient sur les diverses composantes de la fibromyalgie et que chaque volet doit être abordé spécifiquement (figure 5). L'échec thérapeutique est imminent si seulement un volet est abordé.



* *Catastropher* (traduction libre du terme *catastrophizing*) : processus de pensée qui se caractérise par une fixation importante sur la douleur (*je ne peux cesser d'y penser*), associé à une exagération des perceptions menaçantes (*quelque chose de grave va arriver*) et une perception d'être incapable de gérer la douleur (*je ne peux rien faire pour atténuer la douleur*)

TRAITEMENT NON-PHARMACOLOGIQUE

ÉDUCATION DU PATIENT

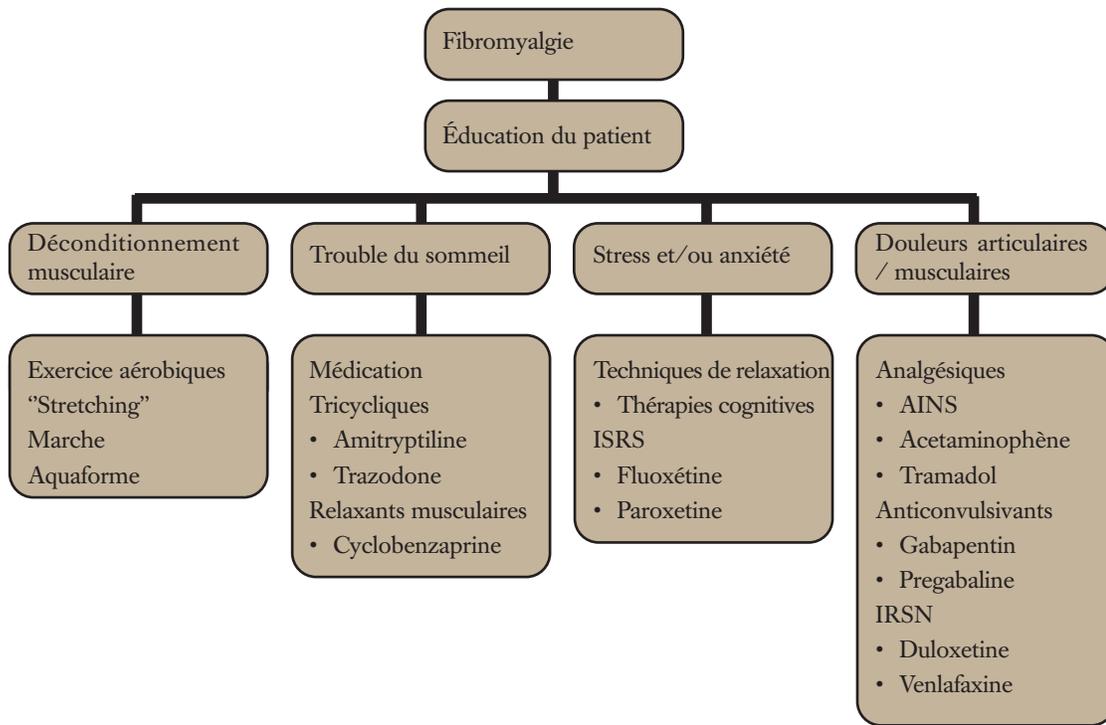
Un bon traitement commence par l'éducation du patient afin de désamorcer la « bombe ». Il est très important de discuter avec lui du diagnostic. La plupart d'entre eux ont de la douleur depuis plusieurs années sans avoir un diagnostic précis. Ils ont souvent subi de multiples tests de laboratoire et consulté plusieurs spécialistes. Certains sont rejetés par la profession médicale, d'autres appréhendent le pire. Le fait d'avoir enfin un diagnostic, en l'occurrence la FM, pour expliquer tous les symptômes peut avoir un effet bénéfique. En effet, une étude a démontré que lorsque le patient connaît son diagnostic, l'intensité des symptômes tend à s'atténuer⁴.

Il est important de dire au patient qu'il s'agit d'une condition réelle et non imaginaire. Bien que les douleurs puissent être intenses, elle n'est cependant associée à aucune destruction tissulaire ni déformation articulaire. Bien qu'il s'agisse d'une maladie chronique, marquée de périodes d'exacerbation et d'atténuation des douleurs, les symptômes tendent à se stabiliser, voire s'atténuer au fil des années.

Environ 30 % des patients ont, de façon concomitante, une dépression et/ou de l'anxiété. Il faut discuter du rôle du stress et de l'humeur, ce qui encouragera les patients entreprendre des techniques de relaxation. Est-ce que l'enseignement fonctionne? Une étude publiée en 2004 a bien démontré que les patients mieux informés s'amélioreraient d'avantage que les patients du groupe contrôle⁴.

FIGURE 5

Les volets thérapeutiques de la FM (voir Annexe I)



CONDITIONNEMENT PHYSIQUE

Étant donné l'état de déconditionnement musculaire, il faut encourager les patients à faire de l'exercice, principalement des exercices aérobiques, les techniques d'étirements ou l'aquaforme. Il faut expliquer qu'au début, il peut ressentir de la douleur, phénomène normal mais que cela n'aggraverait pas la maladie. Il est important d'informer le patient qu'il s'agit d'un traitement de longue haleine. Il est mieux d'en faire un peu à tous les jours (environ 15 à 20 minutes) que d'en faire beaucoup et abandonner au bout d'un mois. Plusieurs études ont montré les bienfaits du conditionnement physique⁵.

GESTION DU STRESS ET DE LA DOULEUR

Personnellement, nous encourageons les patients à recourir à des techniques de relaxation, soit de façon autonome ou dans des centres spécialisés. Les thérapies cognitives (offertes en psychologie) sont également utiles puisqu'elles aident le patient à modifier son comportement vis-à-vis la douleur et le stress.

ACUPUNCTURE

Charlatanisme ou pas? Utile ou pas? Une revue de la littérature effectuée en 2007 n'a relevé que 5 études randomisées comparant l'acupuncture et le placebo. Trois études démontraient un effet positif et 2 études ont rapporté un effet nul. En conclusion, il n'y a pas d'évidence solide pour recommander de façon systématique l'acupuncture. L'utilité devra être évaluée cas par cas.

TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES

Avant de débiter tout traitement pharmacologique dans la FM, il faut se souvenir qu'il s'agit ici d'une population hypersensible avec tendance à développer diverses intolérances médicamenteuses avant d'en ressentir les bienfaits. Il est donc essentiel d'amorcer le traitement avec les plus faibles doses possible et de majorer progressivement les doses selon la tolérance du patient.

Il faut également se fixer des objectifs réalistes et espérer une atténuation des douleurs et de meilleures capacités fonctionnelles à long terme plutôt qu'une disparition complète de tous les maux du patient.

ANALGÉSIFIQUES

Selon les lignes directrices de EULAR, les opiacés et les corticostéroïdes ne sont d'aucune utilité dans le traitement de la FM. Cependant, le tramadol a récemment été démontré bénéfique pour atténuer la douleur de la FM. Bien que le risque de dépendance est plus faible qu'avec les opiacées plus puissantes, il en demeure pas moins que leur utilisation prolongée demeure controversée. Pour l'omnipraticien, il peut être légitime de tenter l'usage du tramadol, aux doses usuelles, mais il doit éviter son usage prolongé si l'effet thérapeutique est douteux ou mitigé. Les narcotiques plus puissants sont habituellement considérés inutiles et leur usage est généralement limité aux cliniques spécialisées, compte tenu des risques de toxicité et de dépendance qu'ils risquent d'engendrer. Une consultation en spécialité devrait être considérée avant de prescrire des narcotiques puissants.

AINS

Les AINS sont couramment utilisés mais peu d'évidences scientifiques permettent de statuer sur leur utilité dans la fibromyalgie. En pratique, ils sont surtout bénéfiques lorsque le patient présente des pathologies mécaniques bien définies (tendinite, arthrose lombaire, etc.) en plus de la fibromyalgie.

RELAXANT MUSCULAIRE

La cyclobenzaprine (Flexeril®) est le médicament de cette catégorie le plus souvent utilisé. La dose de départ est de 5 à 10 mg HS, en augmentant progressivement jusqu'à 30 mg HS. Un truc simple en cas de somnolence du lendemain, est de devancer la prise, soit 3 ou 4 heures avant le coucher.

Les effets secondaires les plus fréquents sont la sécheresse buccale et la somnolence. Il s'agit d'ailleurs de la principale raison d'intolérance au traitement.

ANTI-DÉPRESSEURS

Tricycliques

L'amitriptyline (Elavil®) est l'anti-dépresseur qui a été le plus étudié. La dose de départ est de 10 mg prise 1 à 3 heures avant le coucher. Elle peut être augmentée jusqu'à une dose maximale de 50 à 75 mg HS. Par ailleurs, leur utilisation est souvent limitée par les effets secondaires particulièrement la somnolence, la sécheresse buccale, rétention d'eau, gain de poids, difficulté de concentration et possiblement cardiotoxicité chez les patients âgés⁶.

ISRS (inhibiteur de la recapture de la sérotonine)

Différents ISRS (fluoxétine (Prozac®) et paroxétine (Paxil®), entre autres) ont été étudiés dans le traitement de la FM. Ils sont généralement utilisés dans le traitement des troubles anxieux ou dépressifs concomitants. Ils peuvent parfois atténuer la douleur à long terme.

IRSN (inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la norépinéphrine)

La duloxétine (Cymbalta®) est le premier IRSN à être approuvé par la FDA pour le soulagement de la douleur de la FM. La dose de départ est de 30 mg HS pour environ 2 semaines puis elle peut être majorée à 60 mg HS par la suite (max : 60 mg bid). Cette médication serait particulièrement efficace chez les patients où la fatigue est un symptôme dominant.

Le Venlafaxine (Effexor®) est également utilisé dans le traitement de la douleur de la FM. La dose varie de 37,5 à 150 mg die.

Anti-convulsivants

La Gabapentine (Neurontin®) a été évalué pour le traitement de la douleur fibromyalgique et, selon une seule étude randomisée, elle serait plus efficace que le placebo. La dose varie entre 1200 à 2400 mg par jour, en doses fractionnées, mais, à cette dose, les principaux effets secondaires sont la somnolence, les étourdissements et le gain de poids. Cette médication, à faible dose (ex : 100 à 400 mg HS) peut améliorer la qualité du sommeil.

La pregabaline (Lyrica®) a fait l'objet d'une étude randomisée et a été démontrée plus efficace que le placebo. La différence a été statistiquement significative seulement pour la dose de 450 mg par jour. Il s'agit du deuxième médicament approuvé par la FDA pour traiter la douleur liée à la fibromyalgie. Il est particulièrement utile chez le patient avec beaucoup de douleur et moins de fatigue. Ses principaux effets secondaires sont la somnolence, les étourdissements et le gain de poids. En fibromyalgie, il est recommandé de débiter la médication à de très faibles doses (ex : 25-50 mg HS), puis de majorer la dose aux deux semaines, selon tolérance jusqu'à atteindre une dose de 150 à 225 mg bid.

L'INAPTITUDE AU TRAVAIL

Vous diagnostiquez une fibromyalgie chez votre patiente. Elle vous demande : *Docteur, je ne peux plus travailler. Est-ce que je peux avoir un arrêt de travail ?* Que lui dites-vous ?

Il s'agit d'une question difficile pour laquelle il n'y a pas de réponse standardisée. L'évaluation se fait cas par cas. Malheureusement, peu de médecins ont reçu de formation formelle pour leur permettre d'évaluer avec assurance l'invalidité reliée à une maladie donnée. Dans la littérature, peu de lignes directrices ont été publiées sur l'invalidité et en particulier sur la fibromyalgie, seul le Collège des médecins du Québec a émis en 1996 des recommandations, qui on fait l'objet de controverse et qui depuis on été retirées.

Nous sommes d'avis que le médecin devrait encourager le patient fibromyalgique à maintenir son emploi. Lorsque qu'un arrêt de travail est alloué, il doit d'être de courte durée (généralement moins d'un mois) et l'échéancier de retour au travail respecté. Le patient doit comprendre que l'arrêt de travail n'est pas une solution et qu'à la fin de cette pause, il ne sera pas guéri. Une absence prolongée risque également d'entraîner un point de non retour. En effet, dans certaines situations, moins de 50 % des travailleurs retournent au travail après seulement 8 semaines d'arrêt. Le repos d'apparence salvateur peut donc s'avérer problématique à long terme. Si le patient est déjà en arrêt de travail lors de l'évaluation, une intervention précoce visant à réintégrer rapidement le travail est souhaitable. Elle aide les patients à éviter les renforçateurs tels l'assurance salaire, la sympathie de la famille/communauté, la diminution des responsabilités et croire que l'invalidité est une méthode pour résoudre le conflit.

Dans une telle situation, la relation médecin-patient est importante. Règle générale, nous recommandons un retour au travail progressif avec certaines limitations temporaires au début mais qui peuvent parfois devenir permanentes : alterner entre la position assise et debout, éviter les mouvements répétitifs des membres supérieur, éviter de soulever des poids de plus de 10 livres (5 kg) et de travailler avec les bras au dessus du niveau des épaules. L'employeur doit être un partenaire et autant que possible accommoder le travailleur. Par contre, le médecin doit se souvenir que le maintien des limitations fonctionnelles à long terme peut avoir un effet iatrogénique néfaste et entraîner un état de déconditionnement. Il s'agit donc, encore une fois, de cas d'exception plutôt qu'une routine.

Une limitation fonctionnelle hors de proportion par rapport au diagnostic devrait être un signal d'alerte laissant suspecter que des facteurs psychosociaux pourraient compliquer l'évolution. Si les facteurs de risque associés à un retard de récupération sont identifiés tôt (tableau 4), une intervention précoce, incluant des consultations appropriées, peut aider le patient à maintenir son autonomie.

MESSAGES CLÉS

- **Il est important de cerner rapidement le diagnostic afin d'éviter de maintenir le patient dans l'ignorance quant à sa maladie. Le diagnostic est posé en clinique, suite à un questionnaire relativement simple et un examen physique complet. Seules quelques analyses de laboratoire de base sont requises pour exclure d'autres pathologies.**
- **Il n'est généralement pas nécessaire de référer en spécialité sauf en cas de doute diagnostique.**
- **Évitez de faire des examens de laboratoire inutiles. Ils augmentent le niveau d'anxiété du patient et du médecin. À l'inverse un bilan sanguin ciblé selon nos hypothèses diagnostiques peut avoir un effet rassurant si le résultat est négatif.**
- **L'approche thérapeutique est multidimensionnelle : les éléments psychologiques et physiques doivent être considérés.**
- **Encouragez les patients très tôt à être actifs, à bouger. Identifier les facteurs psycho-sociaux qui pourraient constituer des facteurs de mauvais pronostic.**
- **L'arrêt de travail à court terme peut parfois être envisagé, mais il faut éviter les arrêts prolongés ou de durée indéterminée. Les implications médico-légales d'un tel arrêt doivent bien être expliquées au patient.**
- **Utilisez de façon judicieuse les médicaments discutés précédemment. Nous ne recommandons pas l'utilisation des opiacées dans la douleur chronique de la fibromyalgie. Cette approche est réservée à certains spécialistes dans le traitement de la douleur (clinique de la douleur).**

Facteurs de risque entraînant une incapacité prolongée

TABLEAU 4

- Histoire familiale ou personnelle d'invalidité prolongée
- Symptômes on invalidité hors de proportion par rapport au diagnostic
- Comportement exagéré vis-à-vis la douleur
- Dynamique familiale dysfonctionnelle
- Histoire d'abus physique ou autre
- Dépendance (médicaments, opiacées, alcool)
- Dépression
- Insatisfaction au travail
- Tension au travail
- Facteurs économiques ou légaux
- Conditions médicales sous-jacentes

RÉFÉRENCES :

- 1 Goldenberg DL *Pathogenesis of fibromyalgia*, Up to date, 2008
- 2 Hazeltine M, Tremblay JL *La consultation en Rhumatologie: Quand et Comment ?* Le Rhumatologue, Vol 5
- 3 Giesecke T, Gracely RH, Williams DA, Geisser ME, Petzke FW, Clauw DJ. *The relationship between depression, clinical pain, and experimental pain in a chronic pain cohort.* Arthritis Rheum. 2005 May;52(5):1577-84.
- 4 White KP; Nielson WR; Harth M; Ostbye T; Speechley M. *Does the label "fibromyalgia" alter health status, function, and health service utilization? A prospective, within-group comparison in a community cohort of adults with chronic widespread pain.* Arthritis Rheum 2002 Jun 15;47(3):260-5.
- 5 Busch A, Schachter CL, Peloso PM, Bombardier C: *Exercise for treating fibromyalgia syndrome.* Cochrane Database Syst Rev 2002;(3)
- 6 Goldenberg DL; Burckhardt C; Crofford L *Management of fibromyalgia syndrome.* JAMA 2004 Nov 17;292(19):2388-95.

ANNEXE I

Ajustement traitement pharmacologique de médicaments les plus couramment utilisés

| Traitement | Dose initiale | Ajustement | Dose maximale |
|-----------------|---------------|---|-----------------|
| Cyclobenzaprine | 10 mg HS | Augmenter de 10 mg q 8 semaines si non soulagé | 30 mg HS |
| Amitriptyline | 10-25 mg HS | Augmenter la dose de 25 mg q 8 semaines si non soulagé | 50-75 mg HS |
| Venlafaxine | 37.5 mg HS | Augmenter la dose de 37.5 mg q 8 semaines | 150 mg HS |
| Duloxetine | 30 mg HS | Augmenter la dose de 30 mg HS 2 semaines plus tard si tolère bien et non soulagé | 60 bid |
| Pregabaline | 50 mg HS | Augmenter de 50 mg die q 2-4 semaines en fractionnant la dose bid (viser 150 mg bid) | 450 mg par jour |
| Tramadol | 100 mg die | Augmenter la dose de 100 mg q 2-3 semaines si non soulagé | 300 mg die |

Réalisé grâce à un don à l'éducation médicale de :



Le Rhumatologue

AMRQ
2, Complexe Desjardins, Porte 3000
C.P. 216, succ. Desjardins
Montréal QC H5B 1G8
Tél. : 514 350-5136
Télec. : 514 350-5029
amrq@fmsq.org

Comité exécutif de l'AMRQ

Dr Denis Choquette
Dr François Couture
Dr Frédéric Morin
Dr Anne St-Pierre
Dr Sai Yan Yuen

Comité de rédaction

Dr Angèle Turcotte
Dr François Croteau

Conception et production

Quatuor Communication
Site internet : quatuor.ca

