

L'OBSERVATOIRE
DU MOUVEMENT

L E T T R E D ' I N F O R M A T I O N (3 n u m é r o s p a r a n)

juin 2008

N° 25

Éditorial

La fibromyalgie (FMS) est entrée dans une nouvelle phase car nous avons amélioré notre compréhension de ses origines, de sa pathophysiologie et de son expression clinique, mais nous avons également exploité de nouvelles opportunités prometteuses de traitements pharmacologiques et non pharmacologiques. En effet, nous savons aujourd'hui que la fibromyalgie implique un facteur essentiel : la prédisposition (surtout génétique) associée aux influences environnementales, en particulier les expériences néfastes pendant l'enfance. Ainsi, une personne prédisposée confrontée à un stress persistant ou souffrant d'une maladie inflammatoire peut développer des douleurs chroniques diffuses, une extrême fatigue, des difficultés cognitives et des troubles du sommeil. Cette maladie a un effet dévastateur sur le patient et sa famille et constitue un énorme fardeau sociétal. D'après les recommandations EULAR en 2007, « la fibromyalgie doit être reconnue en tant que maladie impliquant un traitement anormal de la douleur associé à d'autres symptômes ».

Par conséquent, les recommandations EULAR « demandent une évaluation approfondie de la douleur, de la fonction et du contexte psychosocial » afin de comprendre parfaitement le syndrome fibromyalgique.

C'est dans ce but qu'a été rédigée la cinquième lettre de l'Observatoire du Mouvement qui résume les données récentes accumulées sur le diagnostic et l'évaluation de la fibromyalgie afin de fournir des outils pratiques aux MG, rhumatologues et psychiatres.

N'oubliez pas que la douleur est bien réelle chez les patients fibromyalgiques

Dr Etienne ANDRE

Santé Publique

F - Grenoble

LA FIBROMYALGIE (V)
LE PROJET RECTA

SOMMAIRE	Éditorial: E. André	1	Locométrie : marche et	
	Reconnaître (Docteur, j'ai mal partout) : B. Auvinet	1	fibromyalgie : B. Auvinet	7
	Évaluer la fibromyalgie : O. Vitton, D. Kaeuffer	4	Opinion: Ch. Mansat	8

Reconnaître :
Docteur, j'ai mal partout (J.M.P.T.)

Je manque de sommeil et je suis fatigué.

Évoquer, pour un clinicien averti la fibromyalgie chez une femme de 45/50 ans, au profil psychologique particulier, teinté d'une note anxiodépressive, devant cette triade symptomatique, souvent associée à un cortège d'autres symptômes médicalement inexpliqués, dont la diversité est plus explicite que leurs caractères propres, peut paraître simple.

Cependant plusieurs enquêtes montrent une forte tendance chez ces patientes au nomadisme médical et non-médical, 4 ans sont parfois nécessaires pour affirmer ce diagnostic : 90 % des fibromyalgiques ont consulté un rhumatologue, 77 % un algologue, 67 % un psychiatre ou un neurologue, 47 % un spécialiste de médecine interne et 33 % un chirurgien.

90 % des patients fibromyalgiques ont recours à la médecine alternative.

Cela s'explique par la diversité symptomatique aux multiples facettes et donc aux motifs de consultation très disparates auprès des différents spécialistes dont certains peuvent méconnaître ou sous-estimer la réalité de cette pathologie.

La fibromyalgie, c'est essentiellement une douleur particulière par sa topographie, son association à des points douloureux répertoriés et à une relative résistance aux antalgiques banals et aux anti-inflammatoires non stéroïdiens.

La prévalence est de 3 à 4 % chez la femme et de 0,5 à 1 % chez l'homme.

Près de 90 % des femmes concernées ont entre 40 et 50 ans, c'est-à-dire dans la période péri-ménopausique, sans qu'aucun lien n'ait été établi entre les deux.

L'affection peut être observée chez les enfants, surtout des filles, mais cela reste relativement rare et contesté.

Le stress, le froid, l'humidité, la fatigue sont souvent notés comme facteurs favorisants ou aggravants.

Le projet RECTa

Reconnaître

(complexe)

Evaluer

(difficile)

Comprendre

(difficile)

Traitement

adapté

La Fibromyalgie (V)

La Fibromyalgie (VI)



Les points de fibromyalgie

9 points x 2

Cervical bas : bilatéral à la partie antérieure des espaces intertransversaux C5C6.

Bilatéral à la jonction chondrocostale 2^{ème} cote.

Genou bilatéral : vers le paquet adipeux médian proche de l'interligne.

Occiput bilatéral à l'insertion des muscles sous occipitaux.

Trapézien : bilatéral à la partie moyenne du bord supérieur du muscle.

Sus-épineux : bilatéral à l'insertion de l'épine de l'omoplate près de son bord interne.

Epicondyléen : 2 cm au-dessous de l'épicondyle.

Fessier bilatéral : quadrant supéro-externe de la fesse.

Trochantérien : bilatéral en arrière de la saillie du grand trochanter.

La douleur est diffuse, vertébrale, paravertébrale et rhizomélisque, de topographie plutôt tendino-musculaire péri-articulaire qu'articulaire.

La mobilisation articulaire et la pression musculaire sont sensibles.

L'existence de points douloureux à la palpation est caractéristique.

Ces points ont été répertoriés (ACR, 1990). Ils sont au nombre de 18 : 9 de chaque côté. Ils traduisent une hypersensibilité à la douleur. Leur intensité est évaluée par l'échelle de Russel (I.P.D.) en 5 niveaux différents depuis l'absence de douleur jusqu'à la zone intouchable pour une pression comparable (normalement force de l'ordre de 4 kg).

Le seuil dolorimétrique est abaissé.

Le troisième caractère de cette douleur fibromyalgique c'est la relative résistance aux antalgiques banals et anti-inflammatoires non stéroïdiens et d'une façon plus générale aux différents traitements médicaux et non médicaux proposés.

Seuls certains antidépresseurs apportent une note d'optimisme.

De nombreux symptômes sont associés à ce syndrome polyalgique idiopathique diffus (SPID: Kahn, 1988) :

À côté des douleurs et des symptômes d'accompagnement, plus ou moins liés à la douleur, le troisième élément important semble être le **terrain psychologique** particulier avec souvent une teinte d'anxiété, d'état dépressif retrouvé soit lors de la consultation (30 % des cas) soit dans les antécédents (70 % des cas). À cela s'ajoute, un état de stress post-traumatique (facteur déclenchant) avec une certain

ne vulnérabilité psychologique à type de catastrophisme.

Cette comorbidité psychiatrique est assez fréquente mais la FM ne doit pas être considérée comme une affection psychiatrique. Ces troubles à connotation psychiatrique ne sont pas constants. Ils sont associés à la sévérité de la douleur de façon non stéréotypée.

L'évolution de la fibromyalgie est mal connue sur le moyen et long terme. Elle est en général chronique avec un retentissement fonctionnel lié aux facteurs psychologiques. La discrétion des signes psychologiques peut être considérée comme un élément favorable dans l'évolution de la fibromyalgie et dans l'efficacité thérapeutique.

La traduction clinique de la fibromyalgie n'est pas uniforme.

■ Si la forme douloureuse diffuse plutôt postérieure et rhizomélisque rebelle aux traitements antalgiques banals, avec des points précis à la palpation, associés à une fatigue anormale et à des troubles du sommeil, peut être considérée comme la forme classique.

Surtout si elle survient chez une femme entre 45 et 55 ans.

■ D'autres formes ont été décrites (Dumolard A.)

- FM concomitante coexistant avec une polyarthrite rhumatoïde, un lupus, un syndrome sec, une maladie de CROHN.
- FM régionale en particulier au niveau du membre supérieur
- FM de l'homme avec souvent une symptomatologie plus sévère
- FM de l'enfant, rare avec une hérédité

maternelle fréquente, un pronostic plus favorable. Une association avec une hyperlaxité articulaire a été signalée.

Trois types de facteurs semblent intervenir dans l'expression et l'évolution de la fibromyalgie (C. Michot, 2006) :

Facteurs prédisposants

En particulier génétique. La prévalence familiale est de 26 % (2 % de dans la population générale). 28 % de FM chez les enfants de mère FM et 70 % de FM chez les mères d'enfants FM. Il faut signaler également des facteurs psychologiques (personnalité souvent complexe), des antécédents de dépression avec un environnement familial, scolaire, social, professionnel pouvant interférer sur le déterminisme des ces personnalités diverses non encore identifiées (anxieuse, dépressive, phobique, obsessionnelle, psychasthénique, sensitive, etc.)

Facteurs précipitants

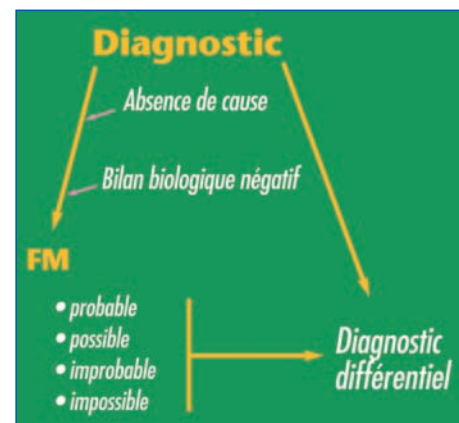
L'interrogatoire retrouve un ou plusieurs facteurs qui précèdent la symptomatologie. Il peut s'agir d'un stress, au sens large du terme qui est retrouvé dans plus de deux tiers des cas, il peut s'agir d'un stress physique (33 % des cas), psychique (17 % des cas), d'une maladie infectieuse en particulier virale ou autre (13 % des cas).

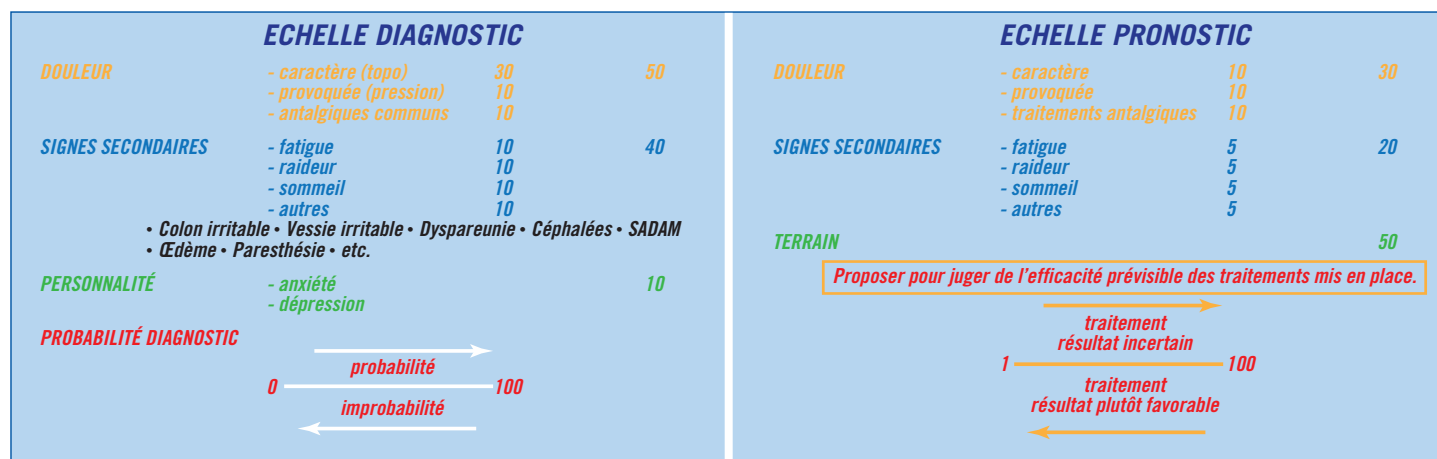
Facteurs d'entretien

L'environnement familial, professionnel, social de la patiente va intervenir sur l'évolution de ce syndrome, sur la durée de ce syndrome, sur son évolution chronique avec ces conséquences psychologiques, comportementales, avec une auto-activation du cercle vicieux : douleur – troubles du sommeil – fatigue.

Il peut être intéressant pour classer l'improbabilité du diagnostic ou l'improbabilité du pronostic d'envisager des échelles avec quantification différente de la douleur et de la personnalité.

Le diagnostic clinique de la fibromyalgie (possible, probable, improbable, impossible) malgré l'existence de nombreux critères proposés, n'est pas simple (critères ACR, 1990).





L'absence d'étiologie précise et le manque de symptômes objectifs expliquent cela.

Le bilan biologique, le plus souvent normal, est un paramètre important. Une certaine confusion existe entre la fibromyalgie dite primitive et les syndromes fibromyalgiques ou fibromyalgiques secondaires, malgré les nombreuses conférences de consensus.

La fibromyalgie apparaît essentiellement comme une douleur musculaire ou tendino-musculaire liée à une perturbation de la neuro-modulation centrale ou périphérique.

Les causes d'erreurs ne sont pas aussi fréquentes qu'il transparaît dans certaines publications, qui n'hésitent pas à lister toute la pathologie rhumatologique, articulaire ou musculaire dégénérative, inflammatoire, micro-cristalline, métabolique, toxique ou iatrogène, etc.

Ces autres symptômes sont présents chez 30 à 40 % des patients :

- manifestations ostéo-articulaires : raideurs matinales, gonflement des extrémités, syndrome sec, dysfonctionnement de l'articulation temporo-maxillaire,
- colopathie fonctionnelle,
- céphalée de tension et migraine,
- troubles cardiovasculaires et circulatoires,
- troubles urinaires (cystalgie),
- troubles neuro-sensoriels (auditifs, visuels et vestibulaires),
- syndrome des jambes sans repos,
- trouble cognitif de la mémoire et de la concentration.

Mis à part quelques pathologies comme la pseudo-polyarthrite rhizomélique, certaines connectivites, le syndrome sec, les causes d'erreurs sont surtout liées à la pathologie musculaire. Devant une polyalgie d'origine musculaire, il faut avant tout rechercher une cause iatrogène ou toxique (hypocholestérolémiants, hypokaliémants, quinolones, sevrage cortisomique systémique, chimiothérapie anticancéreuse, etc.).

Le bilan biologique est plus souvent normal dans la fibromyalgie.

Examens biologiques de première intention

- NFS plaquettes,
- Ionogramme, créatinine, calcémie,
- « ASLO »,
- CPK aldolase,
- CRP fibrinogène,
- Glycémie,
- Latex, Waler Rose,
- Électrophorèse des protéines,
- TSH,
- Anticorps antinucléaires
- Examen biologique bis, en fonction du contexte,
- Sérologie des hépatites virales B et C,
- Sérologie HIV,
- Lyme...

L'étiologie virale a parfois été évoquée. La sémiologie musculaire est riche tant sur le plan clinique que paraclinique (imagerie, biopsie musculaire avec analyse immunohisto-chimique et biochimique).

Certains virus ont pu être mis en cause, syndrome de fatigue chronique, maladie de Bornholm, rhabdomyolyses virales, myosite et polymyosite à inclusion, le plus souvent confirmés par la seule biopsie (Actualité en pathologie musculaire, Rev. de Rhumatologie, vol. 75, N° 2, 2008 - Fig. 1).

La frontière entre fibromyalgie et syndrome de fatigue chronique est la plus délicate à tracer (Revue de rhumatologie, 2003, vol. 70, P:295).

Certains proposent, compte tenu de la proximité symptomatique, de les regrouper sous le terme de syndrome asthénique douloureux chronique.

Le syndrome inclut une fatigue persistante depuis plus de six mois sans cause organique avec les troubles suivants (FMorinet, Revue de

Rhumatologie, 2008, n° 75) : altération de la mémoire et de la concentration / mal de gorge / adénopathies cervicales et axillaires / céphalées / douleurs musculaires et articulaires / sommeil non réparateur.

Ce syndrome est souvent précédé d'épisodes d'allure virale. Plusieurs virus Epstein-Barr, virus herpès 6, entérovirus, cytomégalovirus, etc.).

Les troubles observés peuvent correspondre à une dysrégulation du système immunitaire. Le problème le plus complexe réside dans le rapprochement de la fibromyalgie et de certains désordres psychologiques et psychiatriques.

Il existe entre fibromyalgie et troubles psychiatriques une importante comorbidité.

L'importance de ces troubles (anxiété, dépression, catastrophisme, kinésiophobie) est souvent corrélée à l'intensité des symptômes fibromyalgiques et à la gravité de son évolution (Cécile Michot, mémoire du DES de psychiatrie, 2006).

Après la reconnaissance de ces troubles, parfois complexe, avant la prise en charge thérapeutique qui se veut multidisciplinaire, il importe de faire une juste évaluation de la douleur et des symptômes d'accompagnement pour suivre l'évolution et apprécier l'efficacité des différents traitements.

CLASSIFICATION DES MALADIES MUSCULAIRES

- myopathie primitive
- myopathie acquise
 - inflammatoire
 - endocrinienne
 - toxique et iatrogène
 - myopathie amyloïde
 - vieillissement musculaire
- myopathie métabolique et myasthénie

Pathologies musculaires	Virus incriminés	Moyens diagnostiques les plus adéquats
Syndrome de fatigue chronique	EBV, HHV6, Entérovirus Parvovirus, CMV, HCV...	Séroconversion PCR sur biopsie de muscle
Maladie de Bornholm	Entérovirus (Coxsackie B)	Séroconversion PCR sur Plasma
Rhabdomyolyses virales	Grippe, VIH, Entérovirus	PCR sur biopsie de muscle Sérologie VIH
Myosites à inclusions	Rétrovirus HTLV-1, VIH-1 Adénovirus, HCV	Microscopie électronique Hybridation in situ
Polymyosites virales	Rétrovirus HTLV-1, VIH-1	Hybridation in situ

Fig. 1



Évaluation de la fibromyalgie

La fibromyalgie est avant tout une pathologie douloureuse évoluant de façon chronique dans un contexte psychologique particulier associé à un cortège symptomatique, trouble du sommeil, fatigue générale et musculaire, plus ou moins lié à la douleur.

Cette triade symptomatique survenant chez des patientes encore jeunes (45 à 50 ans) n'est pas sans retentissement sur la qualité de vie familiale, sociale et professionnelle.

Ce d'autant que l'étiologie est méconnue et que les nombreux traitements médicamenteux n'ont qu'une efficacité relative. Les résultats des inhibiteurs mixtes de recapture, de la sérotonine et de la noradrénaline, la rééducation à l'effort et les thérapies comportementales semblent d'une efficacité supérieure aux différents et nombreux traitements médicaux et non médicamenteux qui ont été proposés. Le mode de début de cette pathologie est difficile à préciser, pour Felson 4,3 ans +/- 4,7 ans sont nécessaires pour évoquer ce diagnostic.

Un accident ou un événement est retrouvé dans 2/3 des cas, traumatisme physique (33 %), pathologie virale (17 %), facteur émotionnel (12 %).

L'évolution semble plus longue chez les sujets âgés. La recommandation n° 1 de l'EULAR 2008 met l'accent sur l'importance de l'évaluation.

« L'abord de la fibromyalgie nécessite une évaluation globale de la douleur de la fonction et du contexte psychosocial ».

Maladie chronique, invalidante, difficile à traiter, souvent décevante dans ces résultats, il importe d'être en mesure d'évaluer les différents symptômes, leur retentissement sur la vie familiale, sociale ou professionnelle et le terrain psychologique. Ces méthodes d'évaluation ont plusieurs objectifs :

■ permettre de façon relativement simple aux diffé-

rents praticiens de juger de la gravité de la symptomatologie par l'analyse des différents paramètres (douleur, fatigue, sommeil) et leurs conséquences sur la qualité de vie,

■ de suivre l'évolution de la symptomatologie et donc de juger de l'efficacité de la prise en charge médicale et non-médicale lors des différentes consultations et de paramétrer la psychologie de ces patients.

Soit au total un score pour les principaux symptômes, un score fonctionnel global et un score de personnalité.

Les échelles doivent être simples et reproductibles.

Les différentes échelles peuvent être classées en plusieurs groupes :

■ **échelles synthétiques** qui intègrent de façon simple les différents symptômes de la fibromyalgie évalués soit selon le mode E.V.A. (Échelle Visuelle Analogique) soit selon le mode verbal,

■ **échelles analytiques** concernant les différents symptômes, douleur, sommeil, fatigue, dépression, anxiété, fonctions cognitives, etc.,

■ **échelles fonctionnelles et de qualité de vie**
D'autres échelles ont été proposées pour juger du catastrophisme et de la peur du mouvement (kinésiophobie) assez caractéristique de cette pathologie.

■ à part la locométrie qui permet une évaluation des paramètres de marche (fréquence, régularité, symétrie, cadence et onde de choc) chez le patient fibromyalgique.

Les outils d'évaluation les plus simples, pratiques pour juger des différents symptômes et du type de personnalité ont été retenus dans la deuxième recommandation en synthèse au cours des *Entretiens du Carla* n° 13 du mois d'avril 2007.

La douleur

La douleur est un des principaux paramètres de la fibromyalgie, par sa chronicité, son caractère diffus de type tendino-musculaire, par sa résistance aux antalgiques banals et à la plupart des traitements non médicamenteux et par l'existence de points douloureux à la palpation liés à la diminution du seuil douloureux.

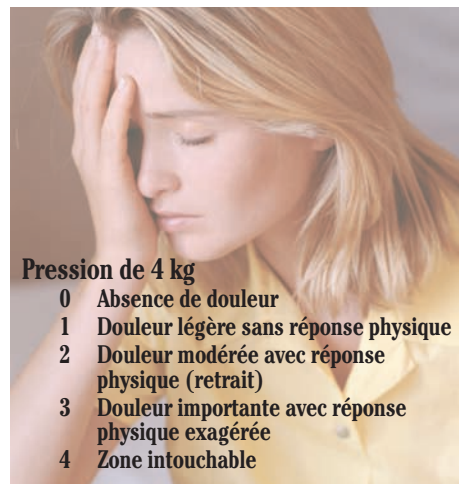
C'est avant tout sur son action antalgique que seront jugés les différents traitements proposés.

L'échelle visuelle analogique est la plus utilisée (1-10 ou 1-100). Le score moyen se situe entre 55 et 65. L'échelle verbale de Lickert à cinq niveaux nous apparaît plus conforme à une juste évaluation : Douleur = 0 (nulle) / = 1 (mineure) / = 2 (modérée) / = 3 (sévère) / = 4 (extrême)

De nombreuses autres échelles de la douleur ont été proposées. Citons :

■ questionnaire de St Antoine, dérive du M.P.Q. (Mc Gill, pain questionnaire). Il comporte 61 mots qualificatifs de la douleur répartie en 3 sous-classes.

■ d'autres échelles ont été utilisées : MG P (Mc Gill Pain) / BP Q (Body Pain Inventory)
Les échelles douleurs doivent être complétées par l'échelle de gravité et d'indice des points douloureux (Russel, 1986),



Pression de 4 kg

- 0 Absence de douleur
- 1 Douleur légère sans réponse physique
- 2 Douleur modérée avec réponse physique (retrait)
- 3 Douleur importante avec réponse physique exagérée
- 4 Zone intouchable

Cette pression doit être testée sur les 18 points définis par l'A.C.R. de 1990 soit un total atteint de : 0 à 72 (x 18),

MPI (multi dimensional pain inventory) et BPI (brief pain inventory).

Deux paramètres peuvent être intégrés à la douleur : ■ Catastrophisme : échelle PCS (Pain Catastrophizing Scale)

■ Kinésiophobie : peur de la douleur et du mouvement (TSK : Tempa Scale of Kinesiophobia)

C'est un auto questionnaire à 17 items avec échelle de Likert. Plus le score est élevé plus le niveau de peur du mouvement est important. La kinésiophobie est significative au-delà de 40/78.

Ces paramètres sont corrélés à la douleur et la personnalité.

Échelle Visuelle Analogique (E.V.A.)

Douleur	0	10
Fatigue	0	10
Sommeil	0	10
Dépression	0	10
Anxiété	0	10
Activité quotidienne	0	10
Mémoire et pensée	0	10

Échelle verbale

	Jamais	Quelquefois	Souvent	Toujours
Douleur	0	1	2	3
Fatigue	0	1	2	3
Sommeil	0	1	2	3
Dépression	0	1	2	3
Anxiété	0	1	2	3
Activité quotidienne	0	1	2	3
Mémoire et pensée	0	1	2	3



Évaluation du sommeil

C'est un des grands signes de la fibromyalgie avec la douleur et la fatigue.

« *Le sommeil est léger, instable, non réparateur, avec un réveil difficile et douloureux* » (FBlotman)

Les relations entre la douleur, les troubles du sommeil et donc la fatigue et la fibromyalgie sont complexes (travaux de Moldofsky).

Citons 4 échelles d'évaluation :

- questionnaire d'évaluation du sommeil de LEEDS
- questionnaire sur le sommeil du SAINT MARY'S HOSPITAL
- Index de qualité du sommeil de PITTSBURGH
- Index échelle d'EPWORTH

Ces échelles peuvent être complétées d'un enregistrement polysomnographique.

Ces troubles du sommeil sont associés à la douleur dans plus de 90 % des cas.

L'échelle visuelle analogique ou verbale du sommeil est un outil très utile dans la pratique quotidienne.

Échelle visuelle analogique d'évaluation du sommeil

Nom âge

Prénom

Instructions :

Indiquez d'une barre verticale l'endroit de la ligne correspondant le mieux à votre expérience de la nuit précédente. Les extrémités de la ligne correspondent à une appréciation extrême.

J'ai mis longtemps _____ Je me suis endormi
à m'endormir _____ immédiatement

J'ai dormi _____ J'ai dormi
très peu de temps _____ longtemps

J'ai mal dormi _____ J'ai bien dormi

Je me sens _____ Je me sens frais
sommolent _____ et dispos



Échelle de fatigue

Concernant ce symptôme très fréquent dans la fibromyalgie, il apparaît comme le plus élevé et dominant dans plus de 60 % voir 80 % des cas.

La fatigue générale associée à la fatigabilité musculaire aboutit à une incapacité fonctionnelle.

De nombreuses explications existent concernant ce dysfonctionnement musculaire.

Plusieurs échelles sont utilisables :

- échelle de CHADLER (CFQ)
- échelle de KRUPP (Fatigue Severity Scale : FSS)
- MFI 20
- HAQ (Health Assessment Questionnaire Fonctionnel Disability Index)

L'échelle visuelle analogique et l'échelle verbale semblent les plus simples.

La fatigue est un paramètre aggravant avec un retentissement fonctionnel notamment sur le plan professionnel. 17 % arrêtent de travailler et 30 % demandent à changer de travail.



Troubles des fonctions cognitives : 88 %

Le trouble cognitif n'est pas global. Il concerne surtout la mémoire. Ce trouble est souvent corrélé aux symptômes dépressifs. Il s'agit surtout de mémoire immédiate et retardée.

L'importance de ces troubles peut être évaluée sur l'échelle MASQ (Multiple Ability Self Report Questionnaire).

Le MFQ (Memory Functioning Questionnaire) a été utilisé dans une étude comparative FM/SFC. Il comporte 18 items évalués avec une cotation de 1 (toujours), 4 (parfois), 7 (jamais).

Terrain psychologique



Des antécédents de dépression et d'anxiété sont retrouvés dans 50 à 70 % des cas (E.Thomas).

Il existe une corrélation entre le nombre des points douloureux et le syndrome dépressif.

Les liens entre la douleur et l'anxiété ne sont pas définis. Cette dernière pouvant être envisagée comme un symptôme aggravant.

Dans un travail récent comparatif entre fibromyalgie et polyarthrite rhumatoïde (Cécile Michot, 2006) : état dépressif (selon la gravité entre 34,4 % et 81 % troubles anxieux : 21,9 %, état de stress post-traumatique : 15,6 %).

Il existe donc une comorbidité psychiatrique importante, épisode dépressif, état de stress post-traumatique et syndrome anxieux.

Les échelles le plus souvent utilisées sont les échelles de dépression et d'anxiété de Hamilton, Beck Depression Scale et POMS (Profil of mood states). L'évaluation peut être complétée par le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI).

PG.I.C

PG.I.C (Patient Global Impression of Change Scale) recommandé par IMMPACT réunion de nombreux experts.

Réponse d'un patient avant et après traitement à la première question d'un praticien : « Comment allez-vous ? » avec un classement de la réponse à 7 niveaux :

- amélioration : très – moyen – légèrement
- inchangé
- aggravé : légèrement – moyen – très



Ces réponses simples, signent bien le degré de satisfaction et d'insatisfaction du patient et donc le plus à donner à l'interrogation.

Échelles fonctionnelles et de qualité de vie

Plusieurs questionnaires ont été utilisés :

- FIQ Fibromyalgie Impact Questionnaire
- SF 36 Auto questionnaire à 36 questions (Short Form)
- HAQ Health Assessment questionnaire qui existe en version française

Le score FIQ est peu utilisé, le score est plus élevé en cas de syndrome dépressif majeur associé (77 à 65).

Au total il existe de nombreuses échelles quantifiées pour évaluer la fibromyalgie. La plus simple étant l'échelle d'évaluation verbale (0-4) ou visuelle (de 0 à 10) pour les principaux symptômes :

- douleur (spontanée et provoquée)
- sommeil
- fatigue
- troubles cognitifs
- anxiété
- dépression
- activité physique

EULAR recommendations for the management of fibromyalgia 2008

Recommendation	Level of evidence	Strength
General		
Full understanding of fibromyalgia requires comprehensive assessment of pain, function and psychosocial context. Fibromyalgia should be recognised as a complex and heterogeneous condition where there is abnormal pain processing and other secondary features	IV	D
Optimal treatment requires a multidisciplinary approach with a combination of non-pharmacological and pharmacological treatment modalities tailored according to pain intensity, function, associated features such as depression, fatigue and sleep disturbance in discussion with the patient	IV	D
Non-pharmacological management		
Heated pool treatment with or without exercise is effective in fibromyalgia	IIa	B
Individually tailored exercise programmes, including aerobic exercise and strength training can be beneficial to some patients with fibromyalgia	IIb	C
Cognitive behavioural therapy may be of benefit to some patients with fibromyalgia	IV	D
Other therapies such as relaxation, rehabilitation, physiotherapy and psychological support may be used depending on the needs of the individual patient	IIb	C
Pharmacological management		
Tramadol is recommended for the management of pain in fibromyalgia	Ib	A
Simple analgesics such as paracetamol and other weak opioids can also be considered in the treatment of fibromyalgia. Corticosteroids and strong opioids are not recommended	IV	D
Antidepressants: amitriptyline, fluoxetine, duloxetine, milnacipran, moclobemide and pirlindole, reduce pain and often improve function, therefore they are recommended for the treatment of fibromyalgia	Ib	A
Tropisetron, pramipexole and pregabalin reduce pain and are recommended for the treatment of fibromyalgia	Ib	A

Ann Rheum Dis 2008;67:536-541. doi:10.1136/ard.2007.071522

Ce sont les conclusions proposées au cours des 13 ENTRETIENS du CARLA sur la fibromyalgie (2007).

Elles permettent une évaluation rapide des principaux symptômes, leur évolution au cours des différentes consultations et l'efficacité thérapeutique.

Il est difficile d'établir, devant un patient fibromyalgique, un pronostic.

Il faut surtout retenir l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, la profession, le statut familial. L'intensité des troubles psychologiques peut être considérée comme un élément péjoratif, de la même façon, le catastrophisme, la kinésiophobie et un état de stress sévère.

La connaissance par le patient de sa maladie, pathologie douloureuse chronique avec respect des structures de l'appareil locomoteur, sans étiologie précise, n'est pas un élément de pronostic défavorable.

La prise en charge de la fibromyalgie doit être multidisciplinaire. Elle est complexe, elle nécessite la prise en compte des problèmes personnels, familiaux, psychosociaux et professionnels.

La plupart des échelles citées sont sur le site de l'ODM

www.observatoire-du-mouvement.com

Questionnaire d'impact de la fibromyalgie
(Fibromyalgia Impact Questionnaire)

Instructions : pour les questions 1 à 11, entourez le chiffre correspondant à la réponse qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) la semaine dernière. Si vous n'effectuez pas habituellement une des activités demandées, entourez le chiffre 9 ("Non applicable").

	Toujours	La plupart du temps	De temps en temps	Jamais	Non applicable			
1. Êtes-vous capable de faire les courses ?	0	1	2	3	9			
2. Êtes-vous capable de faire la lessive en machine ?	0	1	2	3	9			
3. Êtes-vous capable de faire à manger ?	0	1	2	3	9			
4. Êtes-vous capable de faire la vaisselle à la main ?	0	1	2	3	9			
5. Êtes-vous capable de passer l'aspirateur ?	0	1	2	3	9			
6. Êtes-vous capable de faire les lits ?	0	1	2	3	9			
7. Êtes-vous capable de marcher plusieurs centaines de mètres ?	0	1	2	3	9			
8. Êtes-vous capable d'aller voir des amis ou de la famille ?	0	1	2	3	9			
9. Êtes-vous capable de faire du jardinage ?	0	1	2	3	9			
10. Êtes-vous capable de conduire une voiture ?	0	1	2	3	9			
11. Êtes-vous capable de monter les escaliers ?	0	1	2	3	9			
12. Au cours des 7 derniers jours, combien de jours vous êtes-vous senti(e) bien ?	0	1	2	3	4	5	6	7
13. Combien de journées de travail, y compris de travail domestique, avez-vous manquées au cours de la semaine dernière à cause de la fibromyalgie ?	0	1	2	3	4	5	6	7

Instructions : pour les questions suivantes, veuillez reporter un trait vertical sur la ligne afin d'indiquer au mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours de la semaine dernière.

14. Les jours où vous avez travaillé, les douleurs ou d'autres problèmes liés à votre fibromyalgie vous ont-ils gêné(e) dans votre travail, y compris le travail domestique ?

Aucune gêne ————— Gêne très importante

Investigateur [] mm Contrôle ARC []

15. Avez-vous eu des douleurs ?

Aucune douleur ————— Douleurs très fortes

Investigateur [] mm Contrôle ARC []

16. Avez-vous été fatigué(e) ?

Pas du tout fatigué(e) ————— Extrêmement fatigué(e)

Investigateur [] mm Contrôle ARC []

17. Comment vous êtes-vous senti(e) le matin au réveil ?

Tout à fait reposé(e) au réveil ————— Extrêmement fatigué(e) au réveil

Investigateur [] mm Contrôle ARC []

18. Vous êtes-vous senti(e) raide ?

Pas du tout raide ————— Extrêmement raide

Investigateur [] mm Contrôle ARC []

19. Vous êtes-vous senti(e) nerveux(se) ou inquiet(e) ?

Pas du tout inquiet(e) ————— Extrêmement inquiet(e)

Investigateur [] mm Contrôle ARC []

20. Vous êtes-vous senti(e) déprimé(e) ?

Pas du tout déprimé(e) ————— Extrêmement déprimé(e)

Investigateur [] mm Contrôle ARC []

Instructions pour l'investigateur : veuillez mesurer le trait vertical sur chaque ligne, de gauche à droite, et reporter les valeurs mesurées dans les cases au bout de chaque ligne. Merci de vous assurer que toutes les questions ont une réponse avant le départ du patient.

Locométrie : marche et fibromyalgie

Les anomalies de la marche chez le fibromyalgique ont été étudiées dans 2 circonstances :

test de marche de 6 minutes,

locométrie : elle consiste à mesurer les principales composantes de la marche chez un sujet se déplaçant à sa vitesse de confort.

Le test de marche de 6 minutes

Les sujets, dans un couloir de 30 mètres, parcourent la plus grande distance possible en 6 minutes. Ce test a été initialement utilisé pour mesurer la capacité fonctionnelle des patients atteints de pathologies respiratoire et/ou cardiaque ; il a été récemment étendu à la mesure de la capacité fonctionnelle des seniors.

Ce test a été validé chez les patients fibromyalgiques pour mesurer le degré de handicap fonctionnel global.

Le test de marche de 6 minutes (TM6) et corrélé au Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ), questionnaire d'évaluation de handicap fonctionnel général ; ceci est lié au fait que le fibromyalgique marche plus lentement et présente une fatigabilité à l'effort accrue par rapport à des sujets témoins. Dans le cas présent, cette fatigabilité à l'effort, lors du TM6, a été reliée à une diminution de la cadence sans réduction de la longueur du pas, exprimant ainsi une fatigabilité d'origine centrale plutôt que périphérique. (Dumolard et Auvinet SFR 2007) Poster disponible.

Locométrie du fibromyalgique

Récemment, une étude observationnelle multicentrique conduite pour PFM a comparé la marche du patient fibromyalgique à celle de sujets témoins appariés. Deux paramètres de la marche sont particulièrement intéressants : la cadence et la régularité des pas.

La cadence des pas identifiée à l'aveugle 3 patients et 3 sujets témoins sur 4.

La régularité des pas est corrélée au score de handi-

cap de la maladie (FIQ) ainsi qu'à des variables cognitives telles que le « savoir faire face » et le « catastrophisme ».

Enfin, l'analyse statistique par cluster, qui permet d'individualiser des groupes de patients homogènes, avec des caractéristiques biomécaniques semblables, a permis de sous-grouper les patientes fibromyalgiques selon la cadence des pas ou la régularité des pas.

Trois sous-groupes, selon la cadence, sont identifiés et, notamment, un sous-groupe à cadence normale qui se caractérise par un faible niveau d'activité de la maladie (score FIQ bas), un niveau d'activité physique élevé pour le patient et un moindre état douloureux.

Deux sous-groupes sont identifiés à partir de la régularité des cycles de marche, l'un à régularité normale, le second à régularité basse. Une bonne régularité de la marche s'associe à un faible score d'activité de la maladie, FIQ ; une régularité basse s'associe à un score d'activité de la maladie élevé, à une tendance dépressive et anxieuse élevée, ainsi qu'à un « savoir faire face » bas, associé à un « catastrophisme » élevé.

La locométrie de la marche apporte une mesure objective, facilement accessible au clinicien et riche d'informations pour évaluer, quantifier et améliorer la prise en charge du patient fibromyalgique.

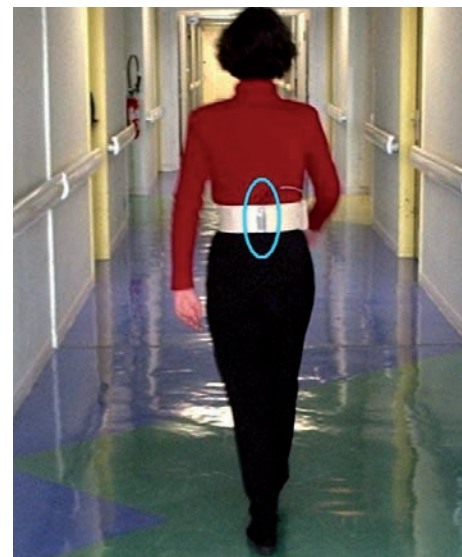
Test de marche Locometrix



Un accéléromètre triaxial est placé en région lombaire médiane.

Le patient effectue à sa vitesse de marche habituelle un aller et retour dans un couloir dégagé sur une distance de 30 mètres.

Le logiciel d'analyse fournit immédiatement les



principaux paramètres de la marche, notamment, la cadence et la régularité des pas.

C'est un acte à la nomenclature de l'assurance-maladie (PEQP002).

● B. Auvinet
rhumatologie, Laval

Table 1 : Gait variables in patients and controls at baseline assessment

	Self Selected Speed		
	Patients	Controls	p value
Walking Speed (m/s)	1.18 (0.19)	1.32 (0.17)	0.00007
Cadence (Hz)	0.93 (0.07)	0.99 (0.07)	0.000008
Symmetry (WD)	213 (39)	227 (38)	NS
Regularity (WD)	267 (38)	293 (39)	0.0007
Cranio-caudal power (W/kg)	2.59 (1.45)	3.63 (1.51)	0.0005

Les entretiens du Carla, n° 13, 2007, P53

Liste des centres d'investigation

Auvinet B.1, Chaleil D.2, Cabanne J.3, Dumolard A.4, Hatron P.5, Juvin R.4, Lanteri-Minet M.6, Mainguy Y.7, Negre-Pages L.8, Pillard F.9, Rivière D.9, Maugars Y.10

1 Locomotion Research Unit, Hospital, 53015 Laval, France

2 Faculty of Pharmacy, University of Angers, 49045 Angers, France

3 Interne Medicine, St Antoine Hospital, 75012 Paris, France

4 Rheumatology, University Hospital, 38043 Grenoble, France

5 Interne Medicine, University Hospital, 59000 Lille, France

6 Neurology, University Hospital, 06002 Nice, France

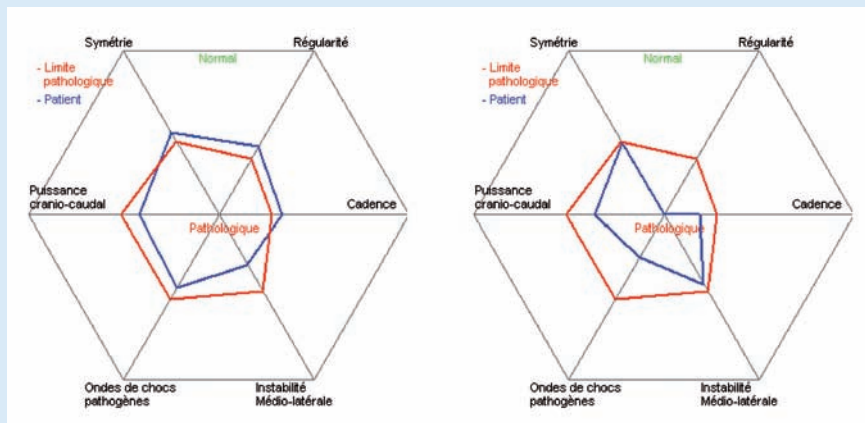
7 Pierre Fabre Medicament, Clinical Research Dpt, 31319 Labège Innopole, France

8 LN Pharma, Epidemiology, 31000 Toulouse, France

9 Sport Medicine, University Hospital, 31059 Toulouse, France

10 Rheumatology, University Hospital, 44093 Nantes, France

2 diagrammes d'analyse de la marche de 2 patientes atteintes de fibromyalgie



Cadence et régularité normales, discrète hypokinésie chez une patiente fibromyalgique (54 ans) ayant gardé un bon niveau d'activité et un bon « coping ».

Baisse importante de la régularité et de la cadence, en relation avec une patiente fibromyalgique (51 ans) sévère avec un faible niveau d'activité physique et un mauvais « coping ».



Le projet RECTa Fibromyalgie (VI) à paraître

COMPRENDRE

La physiopathologie de la FM est complexe. Elle apparaît comme multifactorielle : semblent intervenir des facteurs favorisants (surtout génétiques, type de personnalité, environnement familial, scolaire, socioprofessionnel, etc.), des facteurs déclenchants souvent très divers que l'on retrouve dans près de 75 % des cas et des facteurs d'entretien qui expliquent l'évolution chronique de cette pathologie douloureuse.

- Plusieurs théories ont été proposées pour expliquer cette FM, théorie périphérique musculaire et théorie centrale "désordre psycho". Neuro-endocrinien ayant comme conséquence une altération de la perception, de la modulation et de l'intégration des phénomènes douloureux.

TRAITER

L'approche thérapeutique est complexe. La prise en charge doit être multidisciplinaire avec 3 grands axes :

- 1) le traitement médical associant antalgique et antidépresseur
 - 2) la physiokinésithérapie avec balnéothérapie, relaxation, étirement musculaire et entraînement aérobie avec surveillance cardiaque
 - 3) Approche mentale et médico-sociale
- Le point sera fait sur le résultat de plusieurs études en cours comportant d'importantes séries de patients FM.

L'OBSERVATOIRE
DU MOUVEMENT



Conseil d'administration

Président : Christian Mansat

Secrétaires Généraux : Michel Mudet, Claude Huertas

Conseil scientifique

Président : Daniel Rivière

Secrétaire : Étienne André

Sciences fondamentales : Jean-Pierre Bali, Dragoslav

Mitrovic, Jean-Pierre Pujol, Pierre Valdiguié

Traumatologie et Sport : François Bonnel, Jean-Philippe

Cahuzac, Michel Mansat, Pierre Mansat, Gérard Saillant

Urgence : Jean-Louis Ducassé, Roland Gau

Médecine physique Rééducation : Pierre Châ

Imagerie : Jean-Jacques Railhac, Julie Vial, Jean-Paul

Barbut, Philippe Adam, Jean Prère

Hématologie : Robert Bierné

Gynécologie : Marie-Paule Bersani

Rhumatologie : Bernard Auvinet, Francis Blotman,

Bernard Fournié, Bernard Mazières, André Monroche,

Jacques Rodineau, Éric Vignon

Pharmacie : Christiane Dupeyron

Podologie : Brigitte Aumont, Claude Huertas

Kinésithérapie : Patrick Castel, Alain Lapêre

Psychiatrie : Philippe Most, Cécile Lestrade

Gériatrie : Claude Jeandel, Yves Rolland

Médecine du Sport : Fabien Pillard, Daniel Rivière

Cardiologie du Sport : Jacques Tricoire

Biomécanique : Pascal Swider

Opinion

La fibromyalgie aurait été mieux nommée avec l'appellation de FKahn : Syndrome Polyalgique Idiopathique Diffus dont l'acronyme SPID a une consonance anglaise traduisant bien le caractère de ces patientes (S.P.I.D. ou SPEED, SPEEDE : Stressé, Pressé, Énervé, Épuisé, Douloureux).

La fibromyalgie est avant tout une douleur chronique avec ses conséquences directes ou indirectes sur le sommeil, sur la fatigue.

Un fibromyalgique dort mal et est toujours fatigué. Il a du mal à récupérer.

Elle pose le problème des douleurs chroniques en général dont la prise en charge est souvent largement dominée par le facteur psychogène.

Avant tout se rappeler les fondamentaux de la douleur chronique :

- la douleur est le maître symptôme, principal motif de consultation en médecine générale et de spécialité
- la douleur est souvent un signal, la recherche d'une étiologie doit être le premier réflexe
- Le traitement de la douleur symptôme est la priorité. C'est le premier souhait du patient.
- La prise en charge de la douleur est souvent multidisciplinaire.

Cette prise en charge comprend 4 étapes essentielles :

- **Comprendre** la douleur en partie, les voies de la douleur et les modalités de transmission synaptiques, chimiques et électriques.
- **Évaluer** la douleur au moyen d'outils simples et reproductibles, son retentissement sur la vie sociale, professionnelle et familiale.
- **Classer** la douleur chronique, nociceptive, neuropathique, psychogène, en comprenant bien que la plupart des douleurs (lombalgie chronique, fibromyalgie, syndrome algo-neuro-dystrophique) sont mixtes avec une part plus ou moins importante pour le facteur psychogène.
- **Traiter**

La prise en charge médicale et non médicale doit tenir compte de chacun de ces éléments. En l'absence d'étiologie précise, ce qui est le cas de la fibromyalgie, cette prise en charge doit être pluridisciplinaire dont la première étape essentielle est l'information du patient. Il faut associer, selon les cas, les traitements médicaux généraux (antalgique, antidépresseur et antiépileptique) et locaux et les traitements non pharmacologiques en accordant une large place à la kinésithérapie et à la psychothérapie.

Une meilleure approche des mécanismes de la douleur, de l'étiopathogénie de la fibromyalgie grâce aux évolutions de neuroscience, laissent espérer une amélioration des résultats par une meilleure prise en charge de la qualité de vie avec ses conséquences positives sur le plan familial, social et professionnel.

Christian Mansat

Remerciements à M.-P. Bersani, J.-M. Becq, J. Duboureau, C. Lestrades

Prochain numéro de L'Observatoire du Mouvement :

Lettre n° 26 :
Le liquide synovial

Lettre n° 27 :
Sports et muscles

L E S I T E
L'OBSERVATOIRE
DU MOUVEMENT



www.observatoire-du-mouvement.com

L A L E T T R E
L'OBSERVATOIRE
DU MOUVEMENT



La lettre de L'Observatoire du Mouvement
est une publication de
L'Observatoire du Mouvement
10 rue des Arts - 31000 Toulouse
Téléphone : 05 61 25 87 24 - 06 26 36 81 71

Directeur de la publication : Étienne André
Conception et réalisation :
JB Conseil - 05 63 33 15 15
Impression : SIA
N° ISSN : 1628-6898
Dépôt légal : juin 2008

