

Fibromyalgie 6

08 novembre 2007

**Centre Douleur Chronique
Hôpital de la Timone
Cycle de conférences 2007**

www.douleurpaca.ap-hm.fr

fnaff.free.fr

Plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques.

- un plan présenté le 24 avril 2007 par le Ministre de la Santé en quatre axes et quinze mesures.
- la douleur chronique fait partie des maladies chroniques intéressées par ce plan dont
- Un des quatre objectifs principaux :
 - aider chaque patient à mieux connaître la maladie pour mieux la gérer

Epidémiologie

- **On a avancé les taux de 2% dans la population adulte américaine et de 1,3% en Europe .**
- **La grande prédominance féminine (plus de 80% des cas) fait que la prévalence chez la femme est nettement plus importante.**
- **Fondée sur l'application stricte des critères de classification, une enquête canadienne évalue la prévalence à 1,1%.**

Physiopathologie: un désordre central de la modulation douloureuse

- La constatation clinique essentielle dans la FM
- est qu'il existe chez les patients qui en sont atteints un **abaissement du seuil de perception douloureuse**, avec induction de douleur par un stimulus qui n'en induit pas à l'état normal (**allodynie**).

Dix Recommandations EULAR 2006

- **R1 : modèle bio-psycho-social**
- **R2 : approche multidisciplinaire**
- **R3 : bains en eau chaude**
- **R4 : exercice physique**
- **R5 : thérapie cognitivo-comportementale**

Dix Recommandations EULAR 2006

- **R6 : autres thérapeutiques non médicamenteuses (relaxation, physio-thérapie, soutien psychologique)**
- **R7 : antalgiques**
- **R8 : antidépresseurs**
- **R9 : autres traitements médicamenteux**
- **R10 : conclusion**

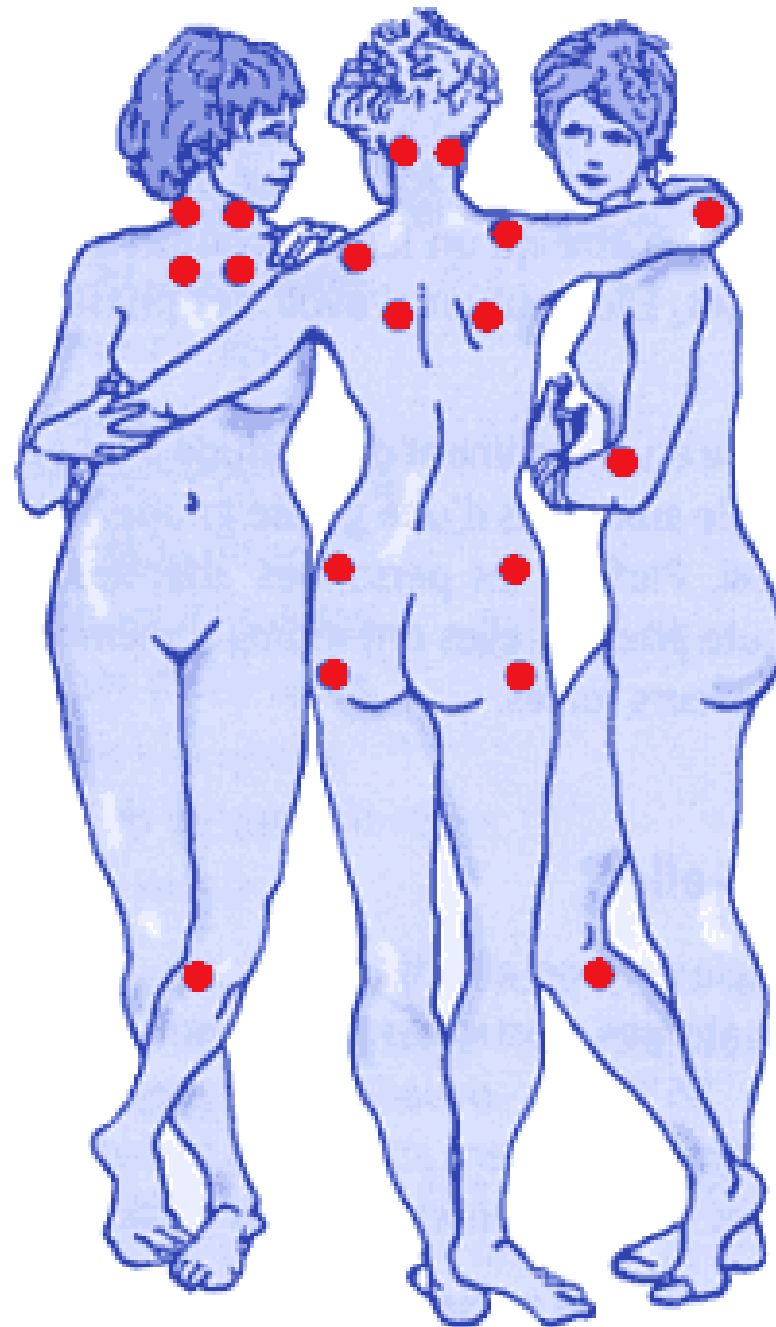
A partir des Recommandations de l'EULAR 2006

R1: modèle bio-psycho-social

- **Valider la douleur**
- **Expliquer : douleur chronique et cercle vicieux**
- **Evaluer les émotions (anxiété/dépression)**
- **Détecter les facteurs de vulnérabilité**

Démarche diagnostique

- **Interrogatoire**
- **11 points sur 18 douloureux**
- **Evolution clinique**
- **Normalité des examens biologiques et radiologiques**



A part vos douleurs 10 bonnes questions

- **Etes vous fatiguée ?**
- **Avez-vous des troubles du sommeil ?**
- **Etes-vous anxieuse ou dépressive ?**
- **Avez-vous des troubles digestifs ?**
- **Avez-vous des problèmes de vessie ?**
- **Avez-vous mal à la tête ?**
- **Avez-vous des fourmillements des extrémités ?**
- **Avez-vous des sensations de gonflement ?**
- **Quel est l'effet des antalgiques habituels sur vos douleurs ?**
- **Avez-vous déjà consulté des médecins ?**

Diagnostic différentiel

- **Polyarthrite rhumatoïde, Goujerot-Sjogren**
- **Spondylarthropathie**
- **Lupus, Sclérodermie**
- **Polyarthrose**
- **Dysthyroïdie**
- **Viroses (Hép B, C, HIV)**
- **Troubles métaboliques (Fer, Phosphocalcique...)**
- **Dépression...**

Les examens

- **Imagerie sans anomalie notable**
- **VS et CRP normales**
- **Bilan thyroïdien normal**
- ...

▶ *Pas de consensus sur les examens minimaux*

A expliciter

- « **Votre système de contrôle de la douleur est actuellement insuffisamment efficace: ça s'appelle la fibromyalgie** »
- « **Ce n'est pas dans votre tête et on sait que cette douleur est très invalidante** »
- « **Mais vous ne serez jamais paralysé(e), ni en fauteuil roulant** »
- « **C'est une maladie connue et on peut vous aider à surmonter cette souffrance** ».



***COMMENT S'EN SORTIR AVEC LA
FIBROMYALGIE ?***

Les Recommandations EULAR 2006

Recommandations EULAR

- **Recommandation 1**

L'abord de la fibromyalgie nécessite une évaluation globale de la douleur, de la fonction et du contexte psychosocial. La fibromyalgie doit être considérée comme un état complexe et hétérogène où un processus douloureux anormal s'associe à d'autres présentations cliniques

Recommandations EULAR

- **Recommandation 2**

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

Recommandations de l'EULAR 2006

R2 : approche multidisciplinaire

- **Décision médicale partagée (contrat)**
- **Traitements médicamenteux et non médicamenteux - approche globale (Burckhardt, 2006)**
- **Attentes de résultats**

Fibromyalgie : que traiter?

Douleur

Perturbations
psychologiques

Sommeil

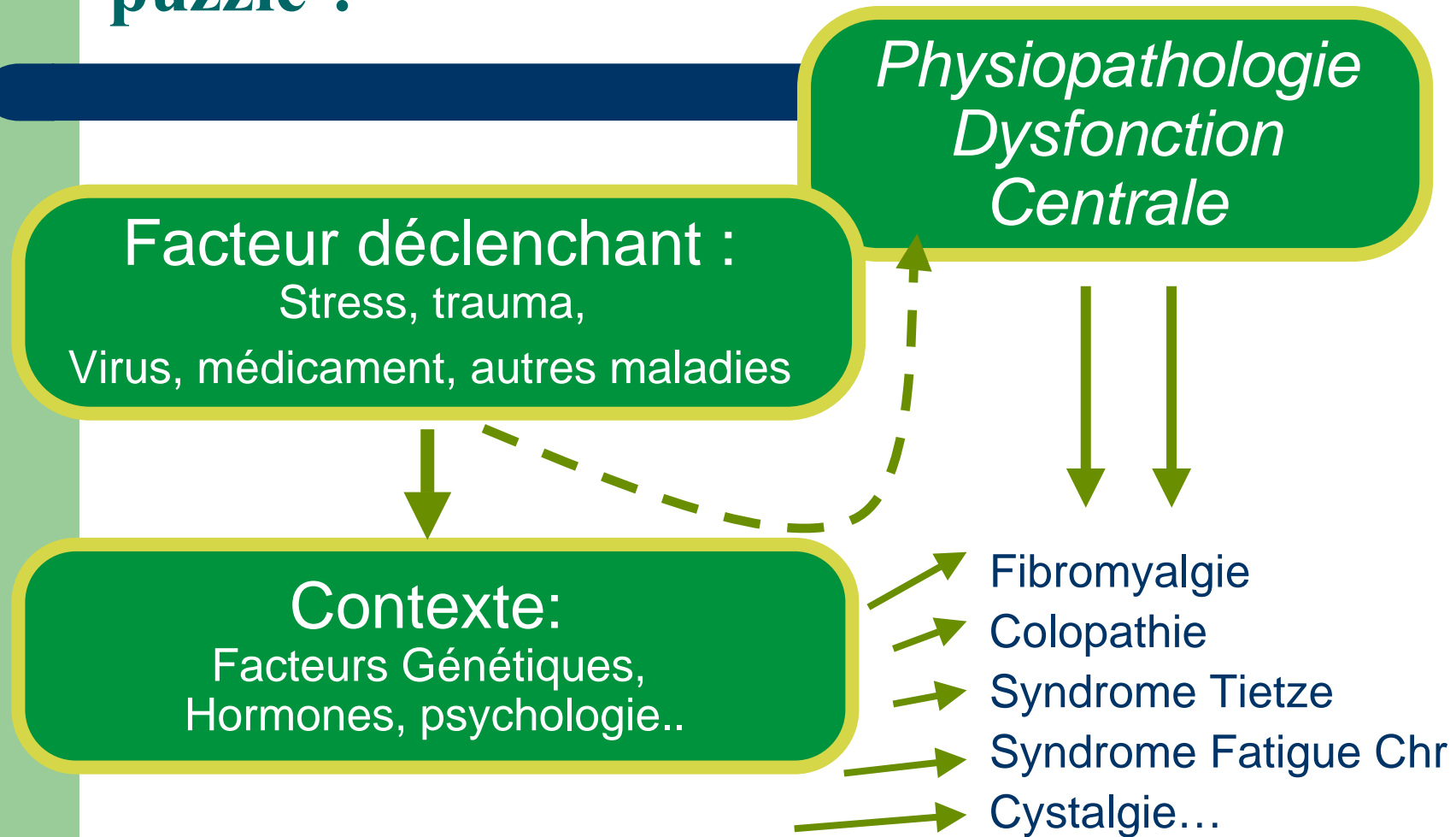
Atteinte fonctionnelle

Pathologies associées
SFC, Colopathie, TMJ...

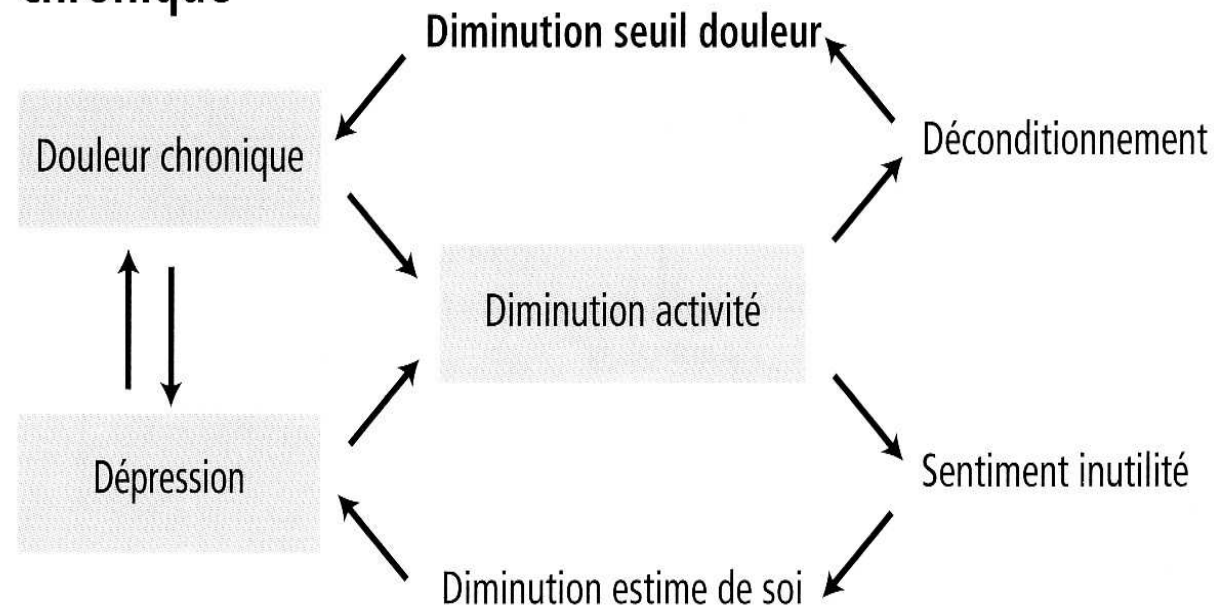
« Le traitement de la fibromyalgie est autant un art qu'une science », Clauw 2004

Centre Douleur Chronique Timone

Fibromyalgie : agir sur quelle pièce du puzzle ?



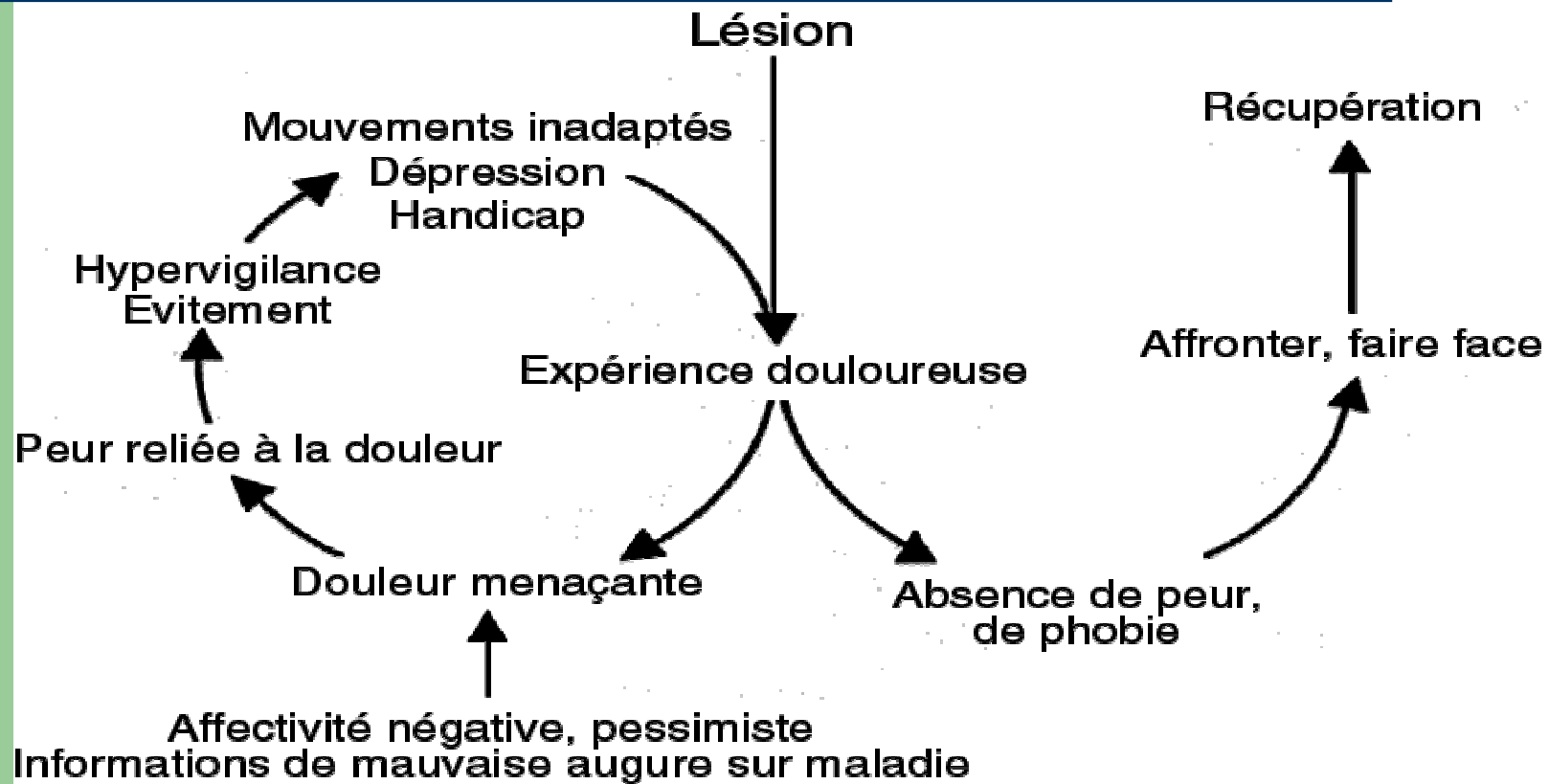
Le cercle vicieux de la douleur chronique



Fibromyalgie et psychiatrie

- **Application des critères diagnostiques de FM et problèmes psychiatriques :**
 - Majorité des patients FM ne souffrent pas d'une maladie psychiatrique active,
 - Prévalence d'un trouble psychologique varie de 25 à 40 % dans d'autres maladies.
- **Facteurs psychologiques peuvent influencer le degré de perception de la douleur.**

Le catastrophisme et la peur du mouvement



Catastrophisme

Peur de la douleur

Sentiment d'être sans aide

Augmentation

de la douleur

**de la détresse
psychologique**

du handicap physique

Comorbidités psychiatriques

- **SFM ≠ maladie psychiatrique**
- **Rapports avec affections psychiatriques :**
 - Surmorbidity psychiatrique /sujets FM
 - Prévalence familiale, troubles dépressifs et anxieux,
 - Sens des rapports entre FM et syndromes psychiatriques.
- **S. douloureux et asthéniques chroniques sont souvent associés à des troubles anxieux, dépressifs et états de SPT.**

Recommandations EULAR pour les approches physiques

- **Recommandation 3**
Les bains en eau chaude avec ou sans exercices sont efficaces dans la fibromyalgie (niveau de preuve IIa – force B)
- **Recommandation 4**
Des programmes d'exercices individualisés incluant des exercices aérobies et de renforcement peuvent être bénéfiques pour certains patients souffrant de fibromyalgie (niveau de preuve IIb – force C)

Conclusion : bouger ...

- **Efficacité comparable, voire supérieure aux traitements médicamenteux**
- **Nécessité d'approches combinées physiques, éducatives et médicamenteuses, à tester concomitamment**

Modèle médical et modèle TCC

Cibles différentes

- **Traitements dans le modèle médical**
 - **Étiologiques : somatique et /ou psychologique**
 - **Symptomatiques :**
 - **médicamenteux et physiques validés**
 - *Action directe sur la nociception*
- **Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC)**
 - **Cible les facteurs d'amplification de la douleur**
 - **Comportementaux, émotionnels et cognitifs**
 - **Antécédents ou conséquences de la douleur**
 - *Action indirecte sur la douleur*

Positionnement des TCC dans le traitement de la douleur chronique

Maladie

Facteurs aggravants

Symptômes
Douleur chronique

Traitement
étiologique,
symptomatique



Physiques

activité, handicap, sommeil,
fatigue, alimentation, médicaments

Psychologiques

émotions, affects, sensations,
pensées, images

Sociaux

relations interpersonnelles,
profession, loisirs

Approche TCC

- **Action indirecte sur la douleur oblige à :**
 - **Repérer les facteurs amplificateurs (FA)**
 - **Emettre des hypothèses**
 - **Modifier les FA identifiés**
 - **Vérifier le changement**
- **C'est passer du général au spécifique**

Relaxation: tensions musculaires

- *La tension musculaire augmente la sensation douloureuse et la relaxation en diminuant la tension musculaire peut diminuer l'intensité algique*
- **Objectifs : réduire la TM par l'apprentissage de la relaxation**
- **Il faut donc évaluer séparément**
 - **Le niveau de relaxation (R)**
 - **La tension musculaire (TM)**
 - **La douleur (D)**
- **Etre efficace sur la douleur via la relaxation nécessite :**
 - **un apprentissage**
 - **une utilisation en situation**
 - **une vérification de l'hypothèse $R \rightarrow TM \rightarrow D$**

Relaxation : comprendre

Relaxation $\xrightarrow{\text{non}}$ *Soulagement*

Relaxation $\xrightarrow{\text{possible}}$ *Relâchement musc.*

Soulagement

Relaxation : modalités

- **apprentissage progressif**
(position de **repos**, avec support audio...)
- **puis sans le support**
- **puis en situation de vie quotidienne**
- **faire des mini-relaxation**
(pauses de récupération, situations de recrudescence douloureuse ou de stress)

Traitements : selon le mode d'action

- **Symptômes**
- **Physiopathologie**
- **Adjuvants**
- **Thérapeutiques alternatives**



FIBROMYALGIA IS REAL

Traitements : selon les objectifs

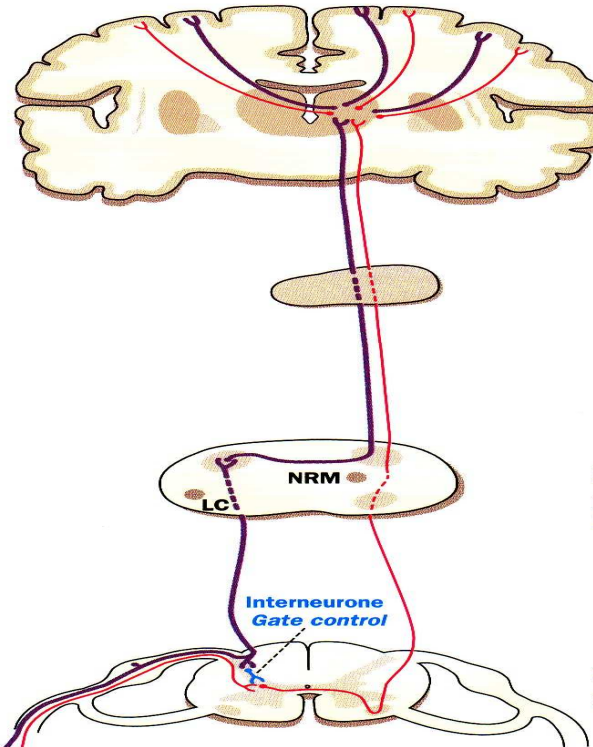
- **Douleur**
- **Fatigue**
- **Troubles du sommeil**
- **Fonction**
- **Stress**
- **Qualité de vie**
- **Demande des patients**
- **Autres...**

3^e neurone : thalamo-cortical

2^e neurone : spino-thalamique
(deutoneurone)

1^{er} neurone
(protoneurone)

Peau - Muscles - Viscères



Cortex

- Discrimination sensation et connaissance des causes, lieu, intensité, type de douleur
- Atteinte des affects

Thalamus

Sensation brute de la douleur

Substance grise périaqueducale

Bulbe

NRM : Noyau raphé magnus
LC : Locus caeruleus

Corne dorsale postérieure de la moelle

— Grosses fibres (tactile)
— Petites fibres (douleur)

Antalgiques 1 et AINS

- **Paracétamol (Vaeroy 1989) : négatif**
 - **AINS :**
 - **Naproxène (Goldenberg 1986)**
 - **Ibuprofène (Yunus 1989, Russel 1991)**
 - **Ténoxycam (Carrera 1996)**
- ▶ *Seulement actifs en association avec benzodiazépines*

Antalgiques de niveau 2

- **Tramadol : un antalgique de choix ?**
Injectable: Biasi 1998
Tramadol-paracétamol Benett 2003
- **Codéine ?**

▶ **20% de résultats positifs avec antalgiques de niveau 2 (Wolfe 1997)**

Opioides forts ?

- **MORPHINE (Sorensen 1997)**
Prudence +++ , surtout chez sujets jeunes
- **Les recommandations déconseillent (EULAR 2006)**

Antidépresseurs tricycliques

- **Amitriptyline (Laroxyl)**
(Carette 1986, 1994, Scudds 1989, Goldenberg 1986, 1996)
 - Effet + rapide mais à 3 mois épuisement de l'effet
- **Clomipramine (Anafranil)**
(Bibolotti 1986)
- **Dothiépine ± Dosulépine**
(Caruso 1997)

Antidépresseurs IRS

- **Fluoxétine**
(Wolfe 1994, Goldenberg 1996, 2000, Arnold 2002)
jusqu'à 80 mg/j
- **Citalopram (Norregaard 1995, Anderberg 2000)**
 - Étude 4 mois
 - effet global -, effet sur humeur +
 - effet antalgique à 2 mois, pas à 4 mois

IRS Inhibiteur du recaptage de la sérotonine

Centre Douleur Chronique Timone

Antidépresseurs IRSNa action indépendante de l'effet thymique

- **Ritansérine? (Olin 1998)**
- **Venlafaxine (Dwight 1998, Zijstra 2002, Sayar 2003)**
 - études courtes 1 mois
- **Duloxétine (Arnold 2004)**
 - étude sur 12 semaines
- **Milnacipran 200 mg (Gendreau 2005)**
 - étude sur 12 semaines

IRSNa Inhibiteur du recaptage de la sérotonine et de la Nor-adrénaline

Antidépresseurs IRSNa action indépendante de l'effet thymique

- **Ritansérine? ± Miansérine (Olin 1998)**
- **Venlafaxine (Dwight 1998, Zijstra 2002, Sayar 2003)**
 - études courtes 1 mois
- **Duloxétine (Arnold 2004)**
 - étude sur 12 semaines
- **Milnacipran 200 mg (Gendreau 2005)**
 - étude sur 12 semaines

IRSNa Inhibiteur du recaptage de la sérotonine et de la Nor-adrénaline

Antiépileptiques

- **Prégabaline : Crofford et coll 2005**
 - **8 semaines,**
 - **300-450 mg**
 - **Effet + sur douleur, fatigue, sommeil**
- **Autres utilisés, sans preuve : Clonazépam...**

Anxiolytiques

- **Alprazolam (Russel 1991)**
- **Bromazépam (Carrera 1996)**
- **Clonazepam ?**

- **Pas efficace seul**

Hypnotiques

- **Zolpidem (Moldofsky 1996)**
- **Zopiclone (Drewes 1991, Grönblatt 1993)**
 - **Etudes courtes,**
 - **Effet + sur le sommeil seulement**

Autres médicaments à action sur les récepteurs centraux

- **Antagonistes NMDA : Ketamine**
(Graven-Nielsen, 2000)
- **Agonistes 5HT3 : tropisétron (Farber 2000), ondansétron**
(Non publié)
- **Agonistes D3 :**
 - **Ropinirole (Non publié)**
 - **Pramipexole (Holman et coll, 2005) 14 semaines, efficacité ++ douleur, FIQ.**

AUTRES (études non contrôlées)

- **Vitamines : B1, B6...**
- **L Carnitine**
- **Oligo-éléments : mg, selenium...**
- **Acides aminés : arginine, tryptophane...**

Recommandations EULAR pour les approches pharmacologiques

- *Recommandation 7*

Le tramadol est recommandé dans la prise en charge de la douleur de la FM. Les antalgiques tels le paracétamol et les opioïdes faibles peuvent aussi être utilisés dans le traitement de la FM. Les corticoïdes et les opioïdes forts ne sont pas recommandés. (niveau de preuve Ib – force A)

Recommandations EULAR pour les approches pharmacologiques

- *Recommandation 8*

Les antidépresseurs amitriptyline, fluoxétine, duloxétine, milnacipran, moclobémide, pirlindole diminuent la douleur et améliorent souvent la fonction. Ils sont donc recommandés dans le traitement de la FM. (niveau de preuve Ib – force A)

Recommandations EULAR pour les approches pharmacologiques

- *Recommandation 9*

Le tropisétron, le pramipexole et la prégabaline réduisent la douleur et sont recommandés pour le traitement de la FM. (niveau de preuve Ib – force A)