

Fibromyalgie : Aspects psychologiques et intérêt des cures thermales

Conférence du Docteur Dubois, Psychiatre et Directeur des Thermes de Saujon, Président de la Société Française de Médecine Thermale – Journée mondiale de la fibromyalgie par FibromyalgieSOS – 12 mai 2014 à Limoges.

Compte-rendu établi par Ghyslaine Baron – Vice-présidente de FibromyalgieSOS

Fibromyalgie : Prévalence

- 2 à 2,5 % de la population générale
- 6 à 20 % des consultations de rhumatologie
- 10 à 25 % des consultations douleur
- 90 % sont des femmes
- Âge moyen 43 ans
- Pas de reconnaissance en ALD 30 mais par le biais de la dépression on peut avoir une reconnaissance

Fibromyalgie : définition et diagnostic

- Syndrome poly-algique chronique, diffus et persistant (au moins 3 mois)
- Triade
 - Douleur spontanée
 - Douleur provoquée
 - Symptômes associés
- Principaux symptômes associés
 - Asthénie : fatigue supérieure à une fatigue normale voire même une fatigue incontrôlable non améliorée par une nuit de sommeil qui empêche la personne de vivre normalement
 - Troubles du sommeil (90 %)
 - Fatigue musculaire spontanée (90 %)
- ACR (American College of rheumatology 1990)
 - Douleurs depuis 3 mois
 - Au moins 11 des 18 points douloureux spécifiques de Yunus à la palpation
 - Élimination d'un diagnostic autre
 - Normalité des examens complémentaires

Pourquoi porter un diagnostic de fibromyalgie ? Est –il essentiel ?

Malheureusement, il existe encore certains médecins rhumatologues, généralistes, psychiatres qui ne croient pas en la fibromyalgie ; ces médecins considèrent toujours la fibromyalgie comme une maladie hystérique et c'est pour cela qu'il faut communiquer sur la fibromyalgie.

- Il élimine d'autres hypothèses diagnostiques
- Il définit le cadre pathologique
- Il rassure le patient et évite qu'une angoisse empire la situation dans l'échelle de la douleur car l'insécurité est la pire chose
- Il établit une relation positive médecin/malade dans un climat de confiance et d'accompagnement dans la maladie
- Il permet l'éviction d'exams complémentaires inutiles qui sont souvent anxiogènes

Groupes pathologiques proches

Autres troubles fonctionnels

- Syndrome de fatigue chronique
- Syndrome du côlon irritable (colopathie fonctionnelle)
- Syndrome de l'articulation temporo-mandibulaire
- Céphalées de tension
- Neurasthénie

Fibromyalgie et troubles du sommeil

En tant que médecin psychiatre, j'ai pu constater que les troubles du sommeil sont très souvent associés à la fibromyalgie

- Troubles du sommeil
 - 90 % ont des troubles du sommeil (seulement 25 % s'en plaignent spontanément)
 - Sommeil non réparateur, de mauvaise qualité
- EEG polysomnographique
 - Diminution du pourcentage de SLP (Sommeil Lent Profond)
 - Diminution de la durée du sommeil paradoxal
 - Multiples réveils nocturnes
- Conséquences des troubles du sommeil
 - Asthénie
 - Tension musculaire
 - Douleurs car le corps ne se relâche pas

Fibromyalgie et trouble dépressif

- Différentes études ont montré des antécédents dépressifs dans 50 % des cas mais il ne faut pas généraliser non plus
- Au moins un trouble anxieux et/ou dépressif dans 63 % des cas de patients fibromyalgiques souvent lié à l'état présent ou au passé de la personne (accidents post-traumatiques, abus sexuel) qui a une sensibilité très développée, un accompagnement psychologique est essentiel

Le diagnostic de la fibromyalgie est important même s'il y a des médecins qui ne croient pas en la fibromyalgie tout comme certains psychiatres ; la fibromyalgie n'est pas une dépression car il y a une spécificité de la fibromyalgie qui fait que c'est à la fois une entité à part malgré souvent les états dépressifs et autres troubles rencontrés en psychiatrie (terrain anxieux). Chaque malade est en droit d'obtenir un vrai diagnostic que ce soit pour une fibromyalgie ou autre pathologie car le patient a besoin d'être informé et cela le rassure alors qu'une non information crée l'anxiété, la panique et insécurité qui entraîne bien souvent une aggravation.

La médecine parfois peut être anxiogène, pathogène parce qu'elle n'a pas compris le processus tout simplement en raison de cette douleur qui est au 1^{er} niveau mais aussi cette dimension d'accompagnement, de réassurance qui peut permettre à la personne d'aller beaucoup mieux.

Fibromyalgie et traits de personnalité

Traits de personnalités spécifiques souvent constatés :

- Tempérament fonceur / combatif / perfectionniste / passionné
- Combativité
- Tendance à l'hyperactivité/hyper éveil
- Tendance à la privation de sommeil malgré le corps qui dit « stop » à travers les douleurs
- Besoin de reconnaissance (volonté, courage)
- Personnalité anxieuse (soucis permanents)

- Mauvaise tolérance à l'incertitude
- Profil perfectionniste (10 % des cas)

Traits rencontrés au cours de la maladie

- Perte de confiance en soi / évitement de situations difficiles
- Peur d'une maladie incurable par manque d'information et d'écoute car la maladie prend beaucoup de place dans la vie de la personne
- Difficultés de concentration
- Émoussement de la réponse physiologique au stress ; tout le monde reçoit des stress mais la personne atteinte de fibromyalgie n'a pas assez de capacités pour gérer positivement ces stress
- Sensation que le pire va arriver
- Sentiment d'être sans aide (abandon)

Fibromyalgie et mécanismes du processus douloureux

- Concept d'amplification qui correspond à un renforcement de l'anxiété (peur)
 - Focalisation, hyper investissement sur le symptôme (obsession)
 - Crainte d'une maladie grave (nosophobie)
 - Découragement, perte d'espoir (dépression réactionnelle)
- Tendance au catastrophisme (peur)
 - diminution du seuil de la douleur
 - augmentation de l'incapacité fonctionnelle
 - augmentation de la détresse psychologique
 - accentuation du processus dépressif

3 composantes sont impliquées dans la fibromyalgie :

- *affective, émotionnelle*
- *cognitive (processus de pensées, anticipation anxieuse, découragement)*
- *comportementale (isolement, posture antalgique, consommation de médicaments).*

Fibromyalgie et gestion de la douleur

« La douleur est une réalité dont seul le malade peut rendre compte » et il est insupportable, en tant que patient, de voir un médecin qui ne croit pas en la douleur ou qui la minimise.

- La douleur du fibromyalgie (FM) est réelle mais non tissulaire
- L'intensité est variable en fonction du seuil de perception individuel
- Ce seuil peut évoluer au cours du temps chez un même individu
- Le seuil est abaissé chez un FM «en crise »
- Le stress peut aggraver les symptômes douloureux
- La peur de la douleur augmente la perception douloureuse
- Elle justifie l'intérêt d'un soutien psychologique du FM
- La douleur peut cacher ou faire oublier l'émotion qui l'a déclenchée d'où l'importance d'une TCC (Thérapie Cognitive et Comportementale) pour travailler sur les émotions
- La compréhension du lien de causalité avec le réveil douloureux peut aider à réduire le mécanisme de perception douloureuse

Évolution, pronostic

Il est important qu'un climat de confiance soit instauré entre le praticien et le malade afin d'obtenir une alliance thérapeutique ; le patient doit ressentir une empathie de la part du thérapeute qui doit évaluer, informer, rechercher tous les symptômes mais aussi connaître toute l'histoire du patient (traumatismes, éventuellement abus sexuel, harcèlement, problème familial, voire rechercher un trouble de la personnalité).

- Évolution chronique et fluctuante, non aggravatrice plutôt favorable
- Facteurs de bon pronostic
 - Âge jeune de survenue
 - Absence de trouble psychologique associé
 - Bon niveau d'éducation
 - Maintien d'une activité professionnelle
 - Absence de facteur déclenchant de type traumatique
 - Bon support social

APPROCHES ET RECOMMANDATIONS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES (EULAR 2008 – HAS 2007)

Généralités – Recommandations EULAR

- Approche globale, biopsychosociale
- L'évaluation doit porter sur la douleur, la fonction, le contexte psychologique et le contexte social
- La prise en charge doit être personnalisée, pluridisciplinaire, non médicamenteuse et médicamenteuse

Approches thérapeutiques

Non médicamenteuses

- Reprise progressive d'une activité physique adaptée et personnalisée
- Relaxation
- Balnéothérapie
- Psychothérapie, TCC (Thérapie Cognitive et Comportementale) avec 3 objectifs
 - acceptation
 - lutte contre la chronicité
 - gestion douleur / sommeil

Médicamenteuses

- Antidépresseurs : antalgie, sommeil, dépression
 - Amitriptyline (tricyclique) à doses modérées
 - Duloxétine (Cymbalta[®])
 - Milnacipran (Ixel[®])
- Anxiolytiques et hypnotiques type benzodiazépine à limiter, voire éviter (risque de dépendance)
- Anticomitiaux
 - Prégabaline (Lyrica): active sur le sommeil, les douleurs et la fatigue
- Antalgiques :
 - Tramadol, paracétamol, opioïde mineur, Tropicétron
- Médicaments à éviter car inutiles
 - AINS, corticoïdes, morphiniques

Balnéothérapie

- Utilisation de l'eau tiède à visée antalgique

- Décontraction musculaire (lâcher-prise)
- Baisse des contraintes et contractures musculaires
- Baisse de la perception douloureuse
- Diminution de l'anxiété (étude STOP-TAG aux Thermes de Saujon)
- Action naturelle et passive

Soins thermaux

- Soins individualisés et progressifs (s'adapter à la fatigabilité)
- Bains à 36°C de 10 à 20 mn
- Piscine de 31 à 33°C de 15 à 20 mn
- Douches à faible pression (< 1 bar)

10 essais cliniques thermaux randomisés ont été publiés (1995 – 1996 – 1999 – 2001 – 2002 – 2004 – 2005 – 2007 – 2008)

Approche TCC (Thérapie Cognitive Comportementale)

- Thérapies semi-directives à base d'empathie
- Objectifs de modification des schémas de pensée et développement de stratégies d'adaptation:
 - gestion des émotions
 - contrôle de la douleur
 - acceptation de la perte de contrôle
 - modification des mécanismes d'inhibition et de régression psychique
 - travail sur les distorsions négatives (catastrophisme, pessimisme ...)
 - techniques d'assertivité

Évaluer le niveau de soutien émotionnel

- Place du conjoint (importance de la parole et de la vision de la famille avec la maladie)
- Existence d'une communication ?
- Existence d'une compassion de soutien ?
- Cohésion familiale
- Réseau social (soutien d'estime)
- (...)

Mesures générales

- Participation active du patient (éducation thérapeutique qui se déroule en 6 ateliers)
- Observance thérapeutique
- Soutien et implication de la famille

Cure thermale et Education Thérapeutique du Patient (ETP)

- La cure thermale représente une synthèse de tous les traitements précités
- Elle a le meilleur niveau de preuve d'efficacité reconnu dans cette pathologie
- La cure thermale apporte en elle-même
 - la balnéothérapie
 - la relaxation
 - le suivi médical et l'évaluation thérapeutique
 - l'encadrement à l'activité physique
 - l'adaptation personnalisée du traitement
- Dans certaines stations, la cure thermale assure l'éducation thérapeutique avec :
 - approche psychothérapique (TCC)
 - maîtrise émotionnelle (gestion du stress)
 - évaluation individualisée
 - bilan post cure