

LA FIBROMYALGIE

Congrès SASPAS session mars 2017

BRUSCHET Alain

Pourquoi pose-t-elle problème ?

- ▶ Patients en difficulté car manquent : de reconnaissance, de thérapeutique efficace.
- ▶ Généralistes en difficulté car manquent : d'explications physiopathologiques, de formation, de recommandation, de temps.
Ressenti négatif sur les patients « usant, pénibles, plaintifs, exigeants, chronophages »
Thèse 2015 Lyon 1 (1)
- ▶ Débat public pour la reconnaissance

Une reconnaissance récente et encore débattue

- ▶ OMS depuis 1992 et comme identité autonome depuis 2006 parmi les "maladies musculo-squelettiques et du tissu conjonctif"
- ▶ Académie française de médecine en 2007 (3)

"La Fibromyalgie correspond à une entité clinique, fonctionnelle, faite de douleurs diffuses chroniques apparemment inexplicables. Ce syndrome ne correspond pas à une maladie mais doit être **évoqué sans polémique sur sa nature** , pour éviter les examens et traitements inutiles. Il ne peut être retenu qu'après avoir **éliminé des pathologies organiques avec lesquelles il peut être confondu ou associé.**"

=> pas de reconnaissance en ALD

Epidémiologie (4)

- ▶ **Prévalence** : 1.4 à 2.2 % de la population générale
- ▶ **Des femmes** dans 8 à 9 cas sur 10
- ▶ **Jeune** : 50% entre 45 et 55 ans (2)

Symptômes (5)

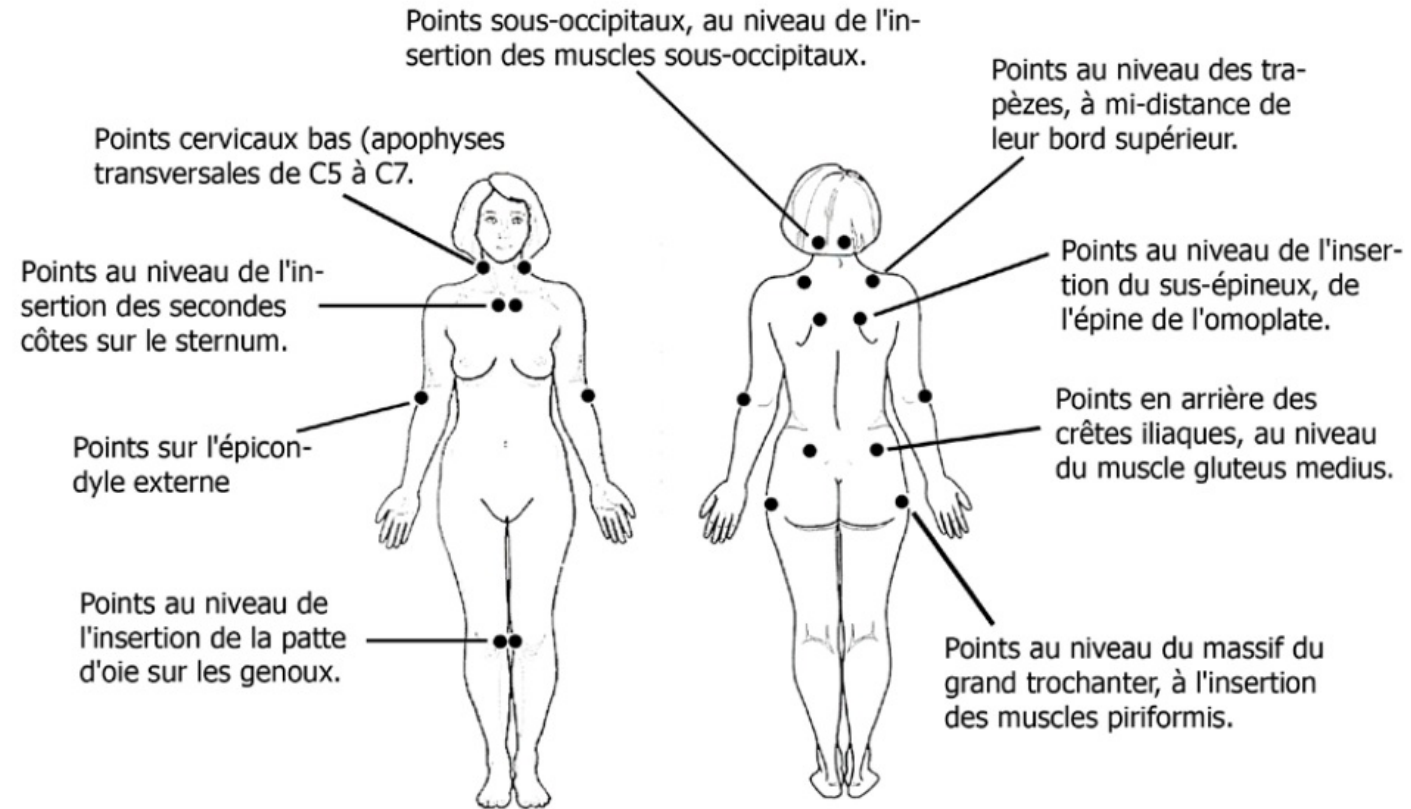
- ▶ Principal = douleur diffuse

la nuque, les épaules, la région inter-scapulaire, les omoplates, le bas du dos, les hanches ==> "mal partout"

- ▶ Asthénie, fatigabilité à l'effort (station debout immobile est particulièrement pénible)
- ▶ Troubles du sommeil = peu réparateur
- ▶ Troubles psychologiques = anxiété, état dépressif (cause ou conséquence ?)

Critères diagnostiques

- ▶ Après élimination de toutes causes organiques
- ▶ **American College of Rheumatology 1990**
 - douleur chronique diffuse >3 mois
 - sensibilité sur 11 des 18 points à la palpation



Points douloureux spécifiques dans la fibromyalgie (« J'ai mal partout » Dr Ph.G.Besson, Jouvence Editions)

Diagnostics différentiels

- ▶ Insuffisance surrénalienne
- ▶ Rhumatismes inflammatoires chroniques
- ▶ Myosites
- ▶ Syndrome de fatigue chronique
- ▶ Syndrome dépressif

Hypothèses étiologiques

- ▶ **Biomédicale** : perception anormale de la douleur par le système nerveux central (allodynie, hyperalgésie)
- ▶ **Psychologique** : psychosomatisation

Thérapeutique proposée HAS

- ▶ **Rapport d'orientation de la HAS 2011**
 - aucun traitement et prise en charge bien établie
 - aucune AMM spécifique pour la fibromyalgie
 - reconnaître la souffrance du patient
 - évaluer retentissement sur la vie quotidienne
 - objectif => éviter une invalidité

Thérapeutique proposée HAS

- ▶ Maître mot : **activité physique** = 30min/j, balnéothérapie si besoin
Déconditionnement à l'effort => majoration douleurs
- ▶ TTT symptomatiques si besoin mais selon balance bénéfice/risque
- ▶ PEC psychologique selon
- ▶ Avis spécialisé dans un second temps

Objectifs de la prise en charge

- réduire les symptômes
- exclure les autres affections avec douleur chronique
- favoriser la continuité ou la reprise d'activité
- réévaluer régulièrement la situation avec le patient.



Le principe : graduer le traitement en fonction de l'impact des symptômes sur les activités quotidiennes

Le niveau de prise en charge est choisi après autoévaluation par le patient de ses capacités fonctionnelles :

- qualité du sommeil
- douleur
- fatigue
- degré d'anxiété et de mal-être
- capacité à travailler...



Le 1^{er} niveau de prise en charge est conduit par le médecin traitant

Il repose sur une ou plusieurs des options suivantes :

- des exercices pour diminuer la douleur et améliorer le bien-être à court terme
- des conseils au patient pour un meilleur équilibre entre les périodes d'activité et de repos et restaurer l'hygiène de vie (sommeil, activité physique quotidienne)
- une prise en charge psychologique, au cas par cas
- des médicaments symptomatiques.



L'avis d'un spécialiste ou d'un médecin d'une structure de prise en charge de la douleur sera nécessaire pour proposer des mesures plus adaptées :

- si les effets du 1^{er} niveau de prise en charge sont insuffisamment bénéfiques
- en cas d'échec des options de traitement, médicamenteux ou non, à 4 ou 6 mois
- ou pour les patients ayant de sévères limitations dans les activités quotidiennes.

Le 2^e niveau de prise en charge est pluriprofessionnel

Il combine plusieurs options de traitement, en ambulatoire ou lors d'un séjour en établissement de santé :

- des exercices physiques et une réadaptation à l'effort
- une éducation thérapeutique du patient concernant la gestion de la douleur et de la fatigue, l'économie physique, le fractionnement des activités, l'utilisation appropriée des médicaments...
- un soutien à la poursuite ou à la reprise de l'activité professionnelle en lien avec le médecin du travail
- des interventions pour maintenir l'activité physique hors contexte de soins
- des thérapies cognitives et comportementales, au cas par cas.



Thérapeutique proposée par l'European League Against Rheumatism EULAR 2016 (5) (6)

Prise en charge non médicamenteuse en première ligne !

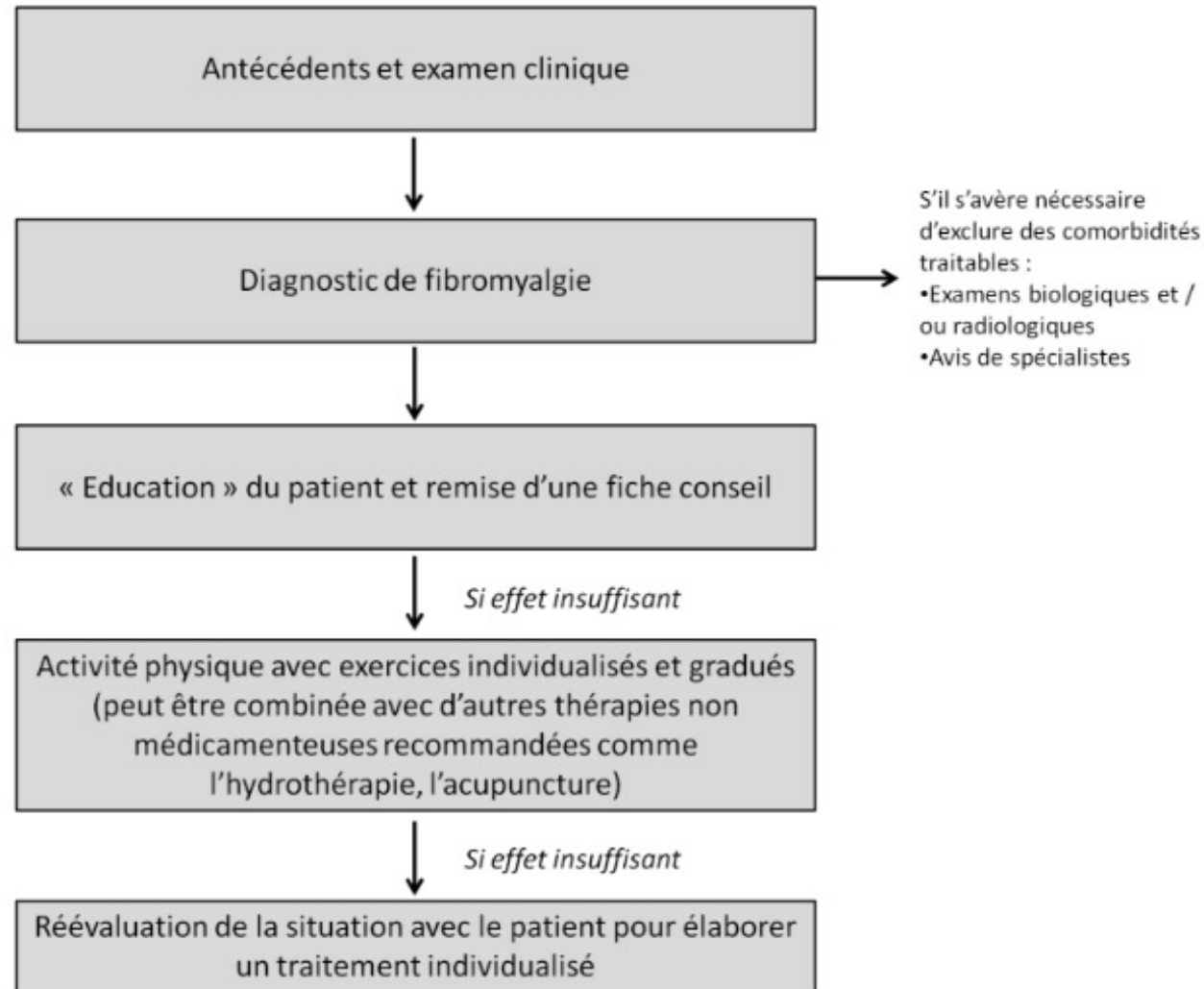
- ▶ Seule recommandation FORTE = > EXERCICE PHYSIQUE
- ▶ Recommandations faibles : pratiques type méditatives (yoga, tai-chi...), acupuncture, cure thermale
- ▶ Recommandation contre : chiropraxie
- ▶ Manque de preuve : hypnose, homéothérapie...

Thérapeutique proposée par l'European League Against Rheumatism EULAR 2016 (5) (6)

Thérapeutiques médicamenteuses en deuxième ligne

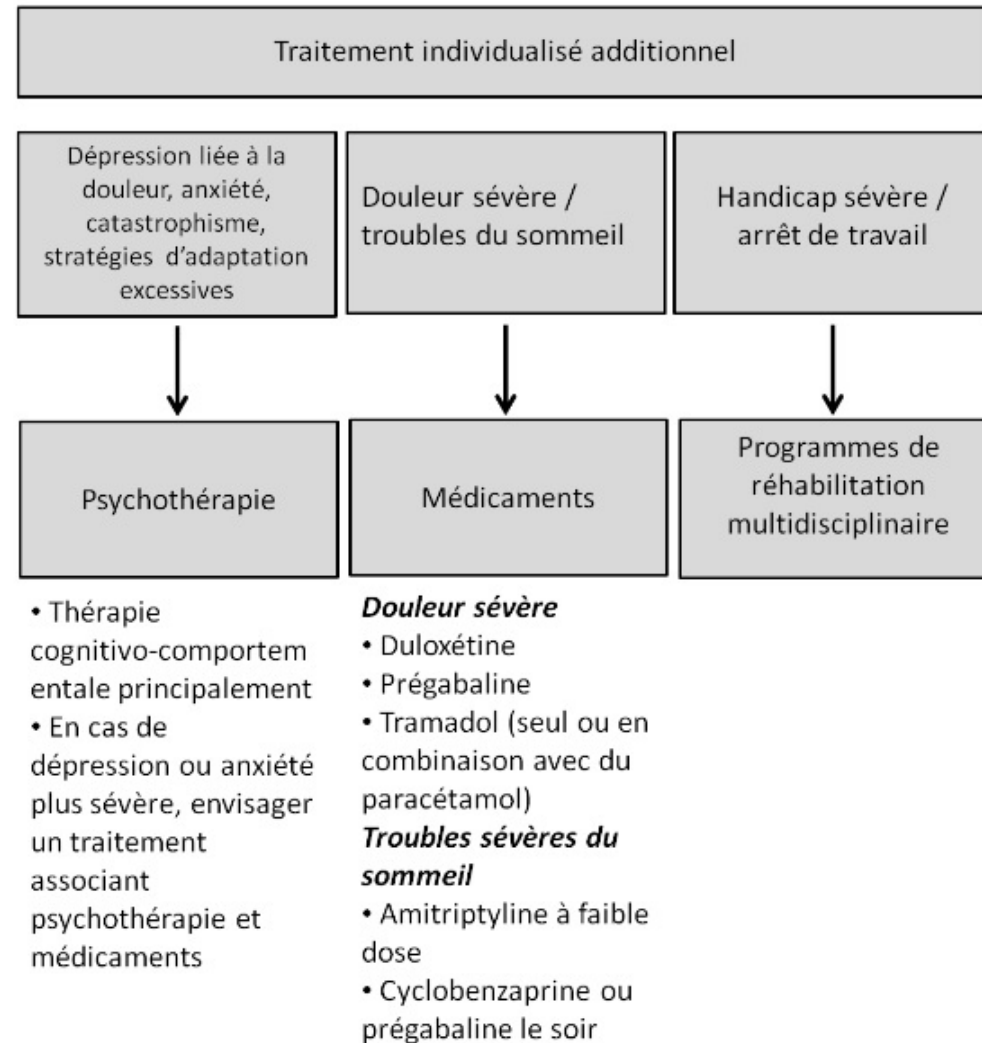
- ▶ Faiblement recommandés pour les symptômes douloureux : tramadol ++ (7), duloxétine (CYMBALTA), prégabaline (LYRICA)
- ▶ Faiblement recommandés pour les troubles du sommeil : amitryptiline (LAROXYL), prégabaline
- ▶ Faiblement déconseillés : AINS, IMAO, inhibiteur sélectif recapture sérotonine
- ▶ **FORTEMENT** déconseillés : corticostéroïdes, antalgiques opiacés palier III...

Thérapeutique proposée par l'European League Against Rheumatism EULAR 2016 (5) (6)



Thérapeutique proposée par l'European League Against Rheumatism EULAR 2016 (5)

(6)



Et "Prescrire" dans tout ça ?

- ▶ "Améliorer la qualité de vie passe d'abord par la reconnaissance de la réalité de la douleur, un éventuel accompagnement psychologique, médicosocial et socioprofessionnel. Mieux vaut décider avec les patients si l'efficacité modeste des médicaments justifie leurs effets indésirables"

La revue Prescrire Octobre 2008 Tome 28 N° 300 page 763

Références bibliographiques

- ▶ (1) LA FIBROMYALGIE EN MEDECINE GENERALE - ETUDE DES ATTITUDES ET REPRESENTATIONS DES MEDECINS GENERALISTES une analyse qualitative réalisée auprès de généralistes de Haute-Savoie, Thèse Lyon 1 du 18/06/2015 par GALLICE Nathalie
- ▶ (2) Rapport d'orientation - Syndrome fibromyalgique de l'adulte- HAS juillet 2010
- ▶ (3) Bull. Acad. Natle Méd., 2007, 191, no 1, 143-148, séance du 16 janvier 2007
- ▶ (4) Fibromyalgie de l'adulte : favoriser une prise en charge précoce et graduée, Actualités & Pratiques - Focus - Juin 2011, Webzine de la HAS.
- ▶ (5) Macfarlane GJ et al. « [EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia](#) », Ann Rheum Dis doi:10.1136
- ▶ (6) https://www.vidal.fr/actualites/19739/prise_en_charge_therapeutique_de_la_fibromyalgie_nouvelles_recommandations_europeennes_eular/
- ▶ (7) Carville SF, rendt-Nielsen S, Bliddal H, Blotman F, Branco JC, Buskila D, et al. EULAR evidence based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome [revue en ligne]. Ann Rheum Dis 2007.