



QUAND ÇA FAIT MAL UN PEU PARTOUT... LA FIBROMYALGIE

Louise, 42 ans, s'inquiète de plus en plus. Tout a commencé par une petite douleur au cou, il y a plus de six mois, peut-être survenue après un faux mouvement. Puis la douleur s'est mise à « voyager » : les trapèzes, les bras et plus récemment les jambes. Toujours épuisée, elle ne dort plus. Et maintenant, la mémoire lui fait défaut. Ça doit être quelque chose de grave, se dit-elle. Une maladie dégénérative peut-être ? Ou pire ? De votre côté, vous soupçonnez possiblement une fibromyalgie. Par où commencez-vous votre évaluation ?

Allen Steverman

Q. 1 – LA FIBROMYALGIE : EST-CE QUE ÇA EXISTE ?

La fibromyalgie est présentement largement reconnue en tant que syndrome véritable. C'est une maladie chronique caractérisée par une douleur diffuse qui s'accompagne de fatigue et souvent de perturbations sur le plan cognitif et de l'humeur. Depuis plus d'un siècle, la littérature médicale fait état de descriptions de patients souffrant de fibrose ou de rhumatisme des tissus mous¹. Diagnostic controversé pendant longtemps, certains sceptiques ont suggéré qu'il s'agissait simplement d'un « diagnostic à la mode » pour une manifestation de détresse psychologique². La recherche des dernières années nous a toutefois permis de mieux en comprendre les mécanismes et la physiopathologie. Bien que les patients signalent des myalgies, aucune anomalie aux muscles n'a été observée³. Il est plutôt question d'une altération des mécanismes de régulation de la douleur associée à une sensibilisation du système nerveux central⁴. La cause de la fibromyalgie demeure cependant inconnue. Certaines études semblent pointer vers une composante génétique et possiblement vers des événements déclencheurs⁵. On a également observé des anomalies de l'axe hypothalamohypophysaire⁶.

Q. 2 – QUAND PENSER À LA FIBROMYALGIE ?

La douleur constitue le principal symptôme et doit être présente depuis au moins trois mois. Certains patients décrivent l'impression « d'avoir mal partout » comme s'ils avaient toujours la grippe. Cependant, la fibromyalgie n'est pas juste une douleur seule. Elle est associée à une constellation d'autres symptômes, dont la fatigue, des troubles de sommeil, une atteinte de l'humeur et de la fonction cognitive, en plus de symptômes somatiques. Bien qu'elle soit observée plus souvent chez des femmes de 30 ans à

TABLEAU I | SYMPTÔMES DE FIBROMYALGIE⁷

- ▶ Douleur diffuse
- ▶ Fatigue
- ▶ Sommeil non réparateur
- ▶ Dérèglement neurocognitif
- ▶ Troubles de l'humeur
- ▶ Manifestations somatiques liées à la douleur et associées à la fibromyalgie
 - Syndrome du côlon irritable
 - Migraines
 - Douleurs menstruelles intenses
 - Symptômes du bas appareil urinaire
 - Douleur myofasciale au visage
 - Douleur temporomandibulaire
- ▶ Symptômes indépendants de la douleur
 - Troubles sexuels
 - Vulnérabilité accrue au syndrome de stress post-traumatique

50 ans, elle touche également des hommes et des femmes de tout âge⁷.

Q. 3 – QUELS SYMPTÔMES RECHERCHER ?

Vous trouverez dans le *tableau I*⁷ une liste des symptômes de la fibromyalgie. La douleur demeure la manifestation principale. Au départ, elle peut être intermittente et plutôt localisée, puis devient plus diffuse. Les patients décrivent surtout des douleurs musculaires, mais à l'occasion aussi articulaires. Le foyer et l'intensité peuvent varier et subir l'influence de facteurs tels que la température ou le stress^{7,8}.

Après la douleur, la fatigue est un symptôme quasi universel et parfois le plus invalidant. On y associe un sommeil non réparateur. Une majorité de patients souffrant de fibromyalgie mentionne une atteinte des fonctions cognitives, particulièrement de l'attention et de la concentration. Les troubles de l'humeur sont également présents chez

Le Dr Allen Steverman, médecin de famille, exerce à la clinique antidouleur de l'Hôtel-Dieu du CHUM ainsi qu'à l'Hôpital juif de réadaptation, à Laval. Il est chargé d'enseignement de clinique à l'Université de Montréal.

TABLEAU II

TRAITEMENTS
NON PHARMACOLOGIQUES^{7,14}**Enseignement au patient**

- ▶ Vraie maladie
- ▶ Affection bénigne
- ▶ Activité physique non dangereuse
- ▶ Rôle du stress et de l'humeur
- ▶ Hygiène du sommeil

Prise en charge autonome

- ▶ Lieu de contrôle interne centré sur le patient
- ▶ Attitude positive
- ▶ Dosage des activités

Traitements multidisciplinaires

- ▶ Au moins un traitement lié à l'enseignement ou une psychothérapie, plus au moins un traitement lié à l'activité physique

Interventions psychologiques

- ▶ Thérapie cognitivocomportementale
- ▶ Thérapies de groupe
- ▶ Entrevue motivationnelle

Activité physique

- ▶ Activité agréable, facile à suivre et abordable

une grande proportion de ces patients, principalement la dépression et l'anxiété. Toutefois, ils sont vraisemblablement distincts de la fibromyalgie⁹. Enfin, des manifestations somatiques liées à la douleur, ainsi que des symptômes indépendants surviennent aussi à des degrés variables. Le portrait clinique n'est pas statique, et l'intensité des symptômes peut fluctuer au fil du temps.

Q. 4 – FAUT-IL RECHERCHER LES FAMEUX POINTS SENSIBLES À L'EXAMEN ?

Depuis la diffusion en 1990 des critères de classification de l'American College of Rheumatology (ACR)¹⁰, les points sensibles douloureux (*tender points*), qui avaient été établis à des fins de recherche, ont été beaucoup utilisés en pratique clinique. Selon cette classification, la présence de onze points à dix-huit endroits prédéterminés est nécessaire. Ces critères se sont cependant avérés moins pertinents dans le milieu clinique. Ils ont donc été éliminés et ne font désormais plus partie de la nouvelle version de l'ACR publiée en 2010 (www.rheumatology.org/practice/clinical/classification/fibromyalgia/fibro_2010.asp)¹¹. Les lignes directrices canadiennes de 2012 entérinent cette recommandation en précisant que l'examen de points sensibles douloureux précis, selon les critères de 1990, n'est plus nécessaire à la confirmation d'un diagnostic clinique de fibromyalgie⁷.

Un examen physique minutieux demeure tout de même nécessaire, particulièrement l'examen neurologique et celui des articulations, de manière à exclure d'autres affections pouvant entraîner des symptômes semblables. Généralement, le résultat sera dans les limites de la normale, sauf pour une sensibilité des tissus mous.

Q. 5 – QUELLES ANALYSES ET QUELS EXAMENS DEMANDER ?

Il n'existe aucune analyse de laboratoire, aucun examen d'imagerie, ni aucun test pathologique permettant de confirmer un diagnostic de fibromyalgie. Les évaluations paracliniques devraient donc être demandées de manière rationnelle et restreinte, le but principal étant d'exclure d'autres maladies. Un bilan de base est suggéré, notamment une formule sanguine, la vitesse de sédimentation, ainsi que le taux de protéine C réactive, de TSH et de créatine kinase⁷. D'autres examens pourraient être pertinents, mais seulement à la lumière de l'évaluation clinique. Les tests sérologiques, tels que le dosage des anticorps anti-nucléaires et du facteur rhumatoïde, devraient être faits seulement si l'évaluation clinique laisse croire à la présence d'une maladie inflammatoire¹².

Q. 6 – S'AGIT-IL DONC D'UN DIAGNOSTIC D'EXCLUSION ?

Absolument pas ! Le diagnostic de fibromyalgie n'en est pas un d'exclusion. Il est bien clinique et repose sur l'anamnèse ainsi que sur l'examen physique et sur un bilan paraclinique limité. Bien que les nouveaux critères diagnostiques de l'ACR puissent servir à valider le diagnostic clinique, il faut se rappeler que les symptômes varient dans le temps et que le diagnostic est toujours clinique. Selon les lignes directrices canadiennes de 2012⁷, le diagnostic de fibromyalgie peut très bien être posé sans ces critères si l'évaluation clinique a été bien faite. Il faut également ne pas tomber dans le piège d'aller à la pêche en demandant des examens exhaustifs pour exclure toutes les causes possibles de douleur et de fatigue.

Q. 7 – DOIT-ON ORIENTER TOUS LES PATIENTS EN RHUMATOLOGIE POUR UNE CONFIRMATION DU DIAGNOSTIC ?

Non. Le diagnostic ainsi que la prise en charge de la fibromyalgie peuvent très bien se faire par les médecins de première ligne dans la très grande majorité des cas. Un diagnostic précoce permet d'éviter les examens paracliniques excessifs qui peuvent accroître l'incertitude chez les patients et assure une prise en charge rapide des symptômes ciblée sur l'amélioration de la capacité fonctionnelle⁷. La consultation d'un médecin spécialiste devrait être réservée aux tableaux atypiques ou évoquant un autre diagnostic. Elle n'est pas nécessaire à la confirmation du diagnostic de fibromyalgie.

TABLEAU III | TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES⁷**Acétaminophène**

- ▶ Efficacité chez certains patients
- ▶ Attention au dosage

AINS

- ▶ Choix peu rationnel (action surtout en périphérie)
- ▶ Utilisation tout de même très fréquente par les patients
- ▶ Efficacité possible en présence de maladies concomitantes (ex. : arthrose)
- ▶ Utilisation avec prudence, s'il y a indication (plus faibles doses pendant le moins longtemps possible)

Opioides

- ▶ Peuvent être indiqués chez certains patients soigneusement sélectionnés, mais la prudence est de rigueur
- ▶ Réservés aux patients ayant des douleurs modérées ou intenses qui ne sont pas soulagées par les autres approches thérapeutiques
- ▶ Tramadol : le seul à avoir fait l'objet d'études sur la fibromyalgie. Effet bénéfique sur la douleur et la qualité de vie
- ▶ Si une tentative de traitement opioïde a lieu, commencer par un agent de faible puissance et poursuivre seulement en présence d'un soulagement de la douleur et d'une amélioration de la capacité fonctionnelle
- ▶ Surveiller l'efficacité, les effets indésirables et les comportements aberrants possibles

Cannabinoïdes

- ▶ Cannabinoïdes sous ordonnance envisageables, particulièrement en situation de perturbations importantes du sommeil

Antidépresseurs ayant des effets modulateurs sur la douleur

- ▶ Effet analgésique indépendant de l'effet sur l'humeur
- ▶ Duloxétine, seul antidépresseur approuvé par Santé Canada dans le traitement de la fibromyalgie
- ▶ Toutes les classes d'antidépresseurs peuvent être utilisées, y compris les antidépresseurs tricycliques, les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) et les inhibiteurs du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN).
- ▶ Le choix dépend du portrait clinique, de l'importance de certains symptômes (fatigue, dépression, troubles du sommeil), des effets indésirables potentiels, du coût et de l'expérience clinique.
- ▶ Pour certains, le terme « antidépresseur » revêt un caractère de stigmatisation ou de préjugé. C'est pourquoi l'expression « modulateur de la douleur » a été proposée⁷. Cette terminologie pourrait aider à dissiper la notion que la fibromyalgie est d'origine psychologique.

Anticonvulsivants ayant des effets modulateurs sur la douleur

- ▶ Gabapentinoïdes : prégabaline et gabapentine
- ▶ Efficacité clinique prouvée, mais modeste chez la plupart des patients
- ▶ Réduction de la douleur, amélioration du sommeil et de la qualité de vie
- ▶ Faibles doses pour commencer, puis ajustement à la hausse selon l'efficacité et les effets indésirables possibles

Q. 8 – COMMENT ABORDER LE TRAITEMENT ?

Tout d'abord, comme pour toutes les maladies chroniques, il faut se rappeler que le but du traitement de la fibromyalgie n'est pas la guérison. On se concentrera donc sur l'atténuation des symptômes, en visant une amélioration fonctionnelle. Cette approche devrait être expliquée au patient, et des objectifs précis et réalistes devraient être définis dès le début. Par ailleurs, le médecin doit indiquer au patient qu'il s'agit d'une vraie maladie et que les symptômes qui en découlent sont bien réels. Il n'existe pas de traitement unique de la fibromyalgie. Le plan idéal est multimodal, comprend des options pharmacologiques et non pharmacologiques et est adapté à chaque cas. En outre, il mise sur une participation active du patient¹³.

Q. 9 – QUELLES INTERVENTIONS NON PHARMACOLOGIQUES RECOMMANDER ?

Les interventions non pharmacologiques sont validées dans la littérature^{14,15} et devraient faire partie du traitement de tous les patients (tableau II^{7,14}). L'activité physique, l'enseignement au patient, la thérapie cognitivocomportementale et les approches multidisciplinaires peuvent apporter des bienfaits. Il n'y a pas de preuves qu'une seule de ces interventions est plus avantageuse que les autres^{7,14,16}.

Q. 10 – QUELLE EST L'APPROCHE MÉDICAMENTEUSE ?

Bien que les interventions non pharmacologiques suffisent dans certains cas, un traitement pharmacologique sera

régulièrement ajouté pour mieux soulager les symptômes les plus nuisibles. On commencera par de faibles doses, puis on ajustera prudemment pour réduire au minimum les effets indésirables. Les patients atteints de fibromyalgie sont souvent sensibles aux médicaments. Dans la mesure du possible, le recours à un seul médicament pouvant agir sur plus d'un symptôme sera privilégié. Toutefois, ce sera souvent l'association de molécules à mécanisme d'action distinct qui sera le plus efficace pour maîtriser les symptômes. Habituellement, les analgésiques simples et les antidépresseurs tricycliques représentent les points de départ du traitement pharmacologique. Le tableau III⁷ résume le rôle de ces médicaments et d'autres agents faisant partie de l'arsenal thérapeutique. En outre, les chroniques Info-Comprimée parues dans *Le Médecin du Québec* de mars et d'avril 2010 offrent une excellente synthèse des caractéristiques de plusieurs médicaments utiles dans le traitement de la fibromyalgie, des posologies et des effets indésirables les plus communs^{17,18}.

Le clinicien doit demeurer vigilant pour reconnaître les effets indésirables de certains médicaments qui peuvent parfois être confondus avec les symptômes mêmes de la fibromyalgie. Par ailleurs, comme l'intensité des symptômes fluctue au fil du temps, les traitements pharmacologiques pourront être modifiés en conséquence.

Q. 11 – COMMENT ASSURER LE SUIVI DE CES PATIENTS ?

C'est le jugement clinique qui guidera le suivi. Au départ, les consultations auprès du médecin traitant pourraient être plus fréquentes pour établir un plan de traitement stable. Elles s'espaceront avec l'atténuation des symptômes. L'apparition de tout nouveau symptôme devrait faire l'objet d'une évaluation clinique préalable. Bien que plusieurs questionnaires permettent de suivre l'évolution de la fibromyalgie, ils restent surtout des moyens de recherche qui s'appliquent moins bien en contexte clinique. La gravité des symptômes signalés par le patient vous sera plus utile de même que certains outils d'évaluation pratiques, tels que l'échelle PGIC (*Patient Global Impression of Change*)⁷. L'objectif du traitement demeure l'atténuation des symptômes et l'amélioration fonctionnelle. Et n'oubliez pas de revenir régulièrement sur les objectifs du patient.

Q. 12 – PEUT-ON PRÉDIRE L'ÉVOLUTION DE LA MALADIE ?

Il est impossible de prédire l'évolution de la fibromyalgie et la réponse aux traitements⁷. Cependant, soyez sans crainte! Dans la majorité des cas, l'évolution ne sera pas catastrophique. Vous pouvez par conséquent rassurer vos patients en leur disant que même si les symptômes ont ten-

dance à fluctuer au fil du temps, leur évolution est favorable chez plusieurs. La question de la capacité de travail est souvent controversée. On observe, par contre, que l'état de santé des personnes qui ont un emploi est meilleur. On devrait donc encourager le maintien en poste et faire des recommandations au besoin pour optimiser la productivité. L'étalement (*pacing*) et les adaptations du travail peuvent ainsi être bénéfiques.

RETOUR AU CAS DE LOUISE

Louise présente des symptômes classiques de fibromyalgie. Une évaluation clinique complète vous permettra de confirmer le diagnostic. Quelques tests paracliniques serviront, par ailleurs, à exclure d'autres affections. Plutôt que chercher la guérison, le plan de traitement visera la maîtrise des symptômes et l'amélioration fonctionnelle. Vous pourriez explorer avec votre patiente les options non pharmacologiques dans un premier temps. Peut-être une activité en piscine puisque vous savez qu'elle aime bien nager. Vous pourriez aussi envisager un traitement médicamenteux pour aider au rétablissement du sommeil. Et surtout, vous allez prendre le temps de bien renseigner votre patiente. Ses symptômes étant caractéristiques de la fibromyalgie, sa maladie n'a donc rien d'imaginaire. Néanmoins, il ne s'agit pas d'une maladie dégénérative, et son évolution est bénigne. Vous pouvez rassurer Louise: vous l'accompagnez pour trouver les meilleures interventions qui lui permettront de retrouver une qualité de vie optimale. //

Date de réception: le 10 juin 2014

Date d'acceptation: le 24 juin 2014

Le Dr Allen Steverman a été conférencier pour Purdue Pharma et Johnson & Johnson de 2012 à 2014. Il a été membre d'un comité consultatif de Johnson & Johnson en 2014 et consultant lors d'une réunion nationale d'Eli Lilly Canada en 2013.

BIBLIOGRAPHIE

1. Inanici F, Yunus MB. History of fibromyalgia: past to present. *Curr Pain Headache Rep* 2004; 8 (5): 369-78.
2. Ford CV. Somatization and fashionable diagnoses: illness as a way of life. *Scand J Work Environ Health* 1997; 23 (suppl. 3): 7-16.
3. Simms RW, Roy SH, Hrovat M et coll. Lack of association between fibromyalgia syndrome and abnormalities in muscle energy metabolism. *Arthritis Rheum* 1994; 37 (6): 794-800.
4. Staud R. Abnormal pain modulation in patients with spatially distributed chronic pain: fibromyalgia. *Rheum Dis Clin North Am* 2009; 35 (2): 263-74.
5. Fitzcharles MA, Ste-Marie PA, Pereira JX. Fibromyalgia: evolving concepts over the past 2 decades. *CMAJ* 2013; 185 (13): E645-E651.
6. Abeles AM, Pillinger MH, Solitar BM et coll. Narrative review: the pathophysiology of fibromyalgia. *Ann Intern Med* 2007; 146 (10): 726-34.
7. Fitzcharles MA, Ste-Marie PA, Goldenberg DL et coll. 2012 Canadian guidelines for the diagnosis and management of fibromyalgia syndrome: Executive summary. *Pain Res Manag* 2013; 18 (3): 119-26.
8. Hagglund KJ, Deuser WE, Buckelew SP et coll. Weather, beliefs about weather, and disease severity among patients with fibromyalgia. *Arthritis Care Res* 1994; 7 (3): 130-5.

SUMMARY

When It Hurts All Over . . . Fibromyalgia. *Fibromyalgia is characterized by widespread pain associated with non-restorative sleep, fatigue, and cognitive and mood disturbances. The cause of fibromyalgia remains unknown, but evidence suggests that it is a disorder of pain regulation. The diagnosis is based on clinical assessment, and tender point examination is not required. Fibromyalgia is not a diagnosis of exclusion, and confirmation from a specialist is not required. Treatment strategies should focus on symptom reduction with an emphasis on functional improvement. Treatment plans will usually be multimodal incorporating non-pharmacological modalities with medication. Patient's active participation should be emphasized. Effective non-pharmacological interventions include exercise, education, cognitive-behavioural therapy and multidisciplinary approaches. Medication use will vary according to targeted symptoms and will sometimes require combining medications with different mechanisms of action. Patient outcome can be monitored by focusing on symptom reduction and functional gains, and by setting specific and realistic goals.*

9. Epstein SA, Kay G, Clauw D et coll. Psychiatric disorders in patients with fibromyalgia. A multicenter investigation. *Psychosomatics* 1999; 40 (1): 57-63.
10. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB et coll. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990; 33 (2): 160-72.
11. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA et coll. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res* 2010; 62 (5): 600-10.
12. Goldenberg DL. Diagnosis and differential diagnosis of fibromyalgia. *Am J Med* 2009; 122 (12): S14-S21.
13. Rossy LA, Buckelew SP, Dorr N et coll. A meta-analysis of fibromyalgia treatment interventions. *Ann Behav Med* 1999; 21 (2): 180-91.
14. Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L. Management of fibromyalgia syndrome. *JAMA* 2004; 292 (19): 2388-95.
15. Carville SF, Arendt-Nielsen S, Bliddal H et coll. EULAR evidence-based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome. *Ann Rheum Dis* 2008; 67 (4): 536-41.
16. Hauser W, Bernardy K, Arnold B et coll. Efficacy of multicomponent treatment in fibromyalgia syndrome: a meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Arthritis Rheum* 2009; 61 (2): 216-24.
17. Arsenault P, Thiffault R. La fibromyalgie I : aider le système nerveux à lever le pied. *Le Médecin du Québec* 2010; 45 (3) : 61-4.
18. Arsenault P, Thiffault R. La fibromyalgie II : aider le système nerveux à appliquer les freins. *Le Médecin du Québec* 2010; 45 (4) : 65-7.

Programme d'assurance groupe de la FMOQ

VOUS ÊTES DES EXPERTS. ALLIEZ-VOUS À DES PROFESSIONNELS.



Plus de 4000 omnigratifiés font confiance au programme d'assurance de la FMOQ.

PARTENAIRE DEPUIS 25 ANS

DPMM Dale Parizeau Morris Mackenzie

Une meilleure offre en assurance de personnes

OMNIMAX

Une assurance de personnes sans tracas :

- Les protections les mieux adaptées à votre situation
- Des taux très concurrentiels, vous garantissant les meilleures protections
- Le traitement rapide de vos demandes de remboursement

Renseignez-vous :

dpmm.ca/fmoq
1 877 807-3756

DPMM Dale Parizeau Morris Mackenzie
Cabinet de services financiers