UCL
Université catholique de Louvain

La fibromyalgie, ce syndrome qui dérange…

Quelle approche thérapeutique pour la médecine de première ligne ?

Par le Docteur Jérôme Corteil

2012-2013

Merci…

À mon épouse pour son soutien, sa patience et ses conseils,

À mes Confrères du séminaire loco-régional de Marche-en-Famenne pour leur juste analyse,

Aux Docteurs Angenot P. et Schwall C. pour leur temps et leurs explications,

À mon relecteur principal, le Docteur Jean Laperche, pour ses précieux conseils et lumières…

Abstract

Rencontrée très fréquemment en Médecine Générale, la fibromyalgie est un syndrome qui dérange le thérapeute. Le scepticisme, la lassitude et l'agacement à l'égard de ce syndrome contribuent à générer un sentiment de frustration et de culpabilité chez le médecin généraliste. Bien connaître les critères diagnostiques et la prise en charge de la fibromyalgie permettrait de résoudre ce sentiment intérieur. Ainsi, les récents critères de l'American College of Rheumatology de 2010 posent le diagnostic de fibromyalgie en fonction du nombre de zones douloureuses atteintes et du score obtenu en regard de la nouvelle échelle de sévérité proposée (reprenant comme symptômes la fatigue, les troubles du sommeil, les troubles cognitifs et les symptômes somatiques). En ce qui concerne la prise en charge, elle se doit d'être multimodale et multidisciplinaire. Elle est basée sur une information claire donnée au patient ainsi que sur l'éducation de celui-ci à sa maladie, des exercices aérobies et de la balnéothérapie, les thérapies cognitivo-comportementales, un traitement médicamenteux essentiellement constitué de tramadol, prégabaline et duloxétine. Le médecin généraliste se pose comme véritable coordinateur de la prise en charge. Les centres de prise en charge intégrée peuvent être une bonne alternative pour le généraliste se trouvant dans une impasse thérapeutique.

Mots clés

Fibromyalgie ; douleur chronique ; scepticisme ; critères diagnostiques ; prise en charge

Sommaire

Abstract 3

Mots clés 3

1. Choix du thème de TFE 5
2. Introduction 6
3. Méthodes 8
4. Comprendre pour mieux reconnaître 9
5. Reconnaître pour mieux traiter 12
   - A. Quelques définitions 12
     - *I. La douleur chronique 12*
     - *II. Le syndrome de Fatigue Chronique (SFC) [2] 13*
     - *III. La personnalité histrionique (ou Hystérie) 13*
     - *IV. Conclusions 14*
   - B. Prévalence et économie 14
   - C. Définition de la fibromyalgie ou du FMS (fibromyalgia syndrom) 15
   - D. Les questionnaires relatifs à la fibromyalgie 18
     - *I. Fibromyalgia Rapid Screening Tool (FIRST) 18*
     - *II. Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR) 19*
     - *III. European List on Fibromyalgia Evaluation (ELFE) 19*
   - E. Etiologie 19
   - F. Conclusions 19
6. Traiter et soulager 20
   - A. Préambule 20
   - B. Prise en charge de la fibromyalgie 20
     - *I. Aspects généraux 20*
     - *II. Evaluation préalable 21*
     - *III. Traitements médicamenteux 21*
     - *IV. Traitements non médicamenteux 23*
7. Prise en charge en pratique et rôles du médecin généraliste 27
8. Les centres de prise en charge multidisciplinaire 29
   - A. Le Centre de Réadaptation Fonctionnelle (CRF) du Centre Hospitalier Peltzer-La Tourelle (CHPLT) 29
   - B. La Clinique de la Douleur du CHPLT 30
9. Ouverture : Fibromyalgie et incapacité de travail 32
10. Apport pour ma pratique 33
11. Conclusions et discussion 34
12. Bibliographie 36

1. Choix du thème de TFE

Le sujet de ce TFE est assez particulier. Il est né d'une frustration. Ce sentiment qui vous prend malgré vous, cet état qui fait que vous n'êtes pas satisfait de vous-même par rapport à la situation qui vient de s'offrir à vous.

Il est né également d'une irritation. Irritation, antipathie, contre-transfert négatif vis-à-vis de ces patients qui ont mal partout et nulle part en même temps. Ceux-là qui se plaignent et que jamais rien ne soulage.

J'en compte une dizaine dans ma modeste pratique d'assistant. Au moins 2 que je vois chaque semaine, pour les mêmes raisons : ils ont mal partout.

Face à ce sentiment d'impuissance, parfois de culpabilité de ne pouvoir les soulager, j'ai voulu comprendre leurs douleurs, faire le point sur cette maladie du XXIème siècle et surtout connaître et reconnaître pour ne pas juger *a priori* ces patients qui souffrent. Ces douleurs diffuses sans origine objective appelées sous un dénominateur commun : la fibromyalgie.

Est-ce un diagnostic « fourre-tout » qui permet à ces patients qui souffrent de partout d'être reconnus dans leur mal-être ? Est-ce une maladie avérée dont l'étiologie actuelle est encore obscure ? Que puis-je faire, moi, médecin généraliste qui suit en première ligne, pour les aider dans leur souffrance ?

La réalité est là, il s'agit d'un motif de consultation fréquent en Médecine Générale. Comment les traiter ? S'agit-il d'un simple parcours psycho-somatique ? Prennent-ils comme objectif inconscient de mettre en échec le thérapeute et d'être ainsi reconnus ?

Voici là quelques questions auxquelles je vais tenter de répondre…

2. Introduction

Evoquée sous d'autres noms depuis le début du siècle dernier, connue principalement dans les pays industrialisés (notamment aux Etats-Unis, au Canada et en Europe), la fibromyalgie ou syndrome polyalgique idiopathique diffus (SPID) est encore, à l'heure actuelle, largement controversée.

Ce syndrome, relativement fréquent, touche toutes les spécialités. En effet, l'errance diagnostique et thérapeutique liée à ces douleurs diffuses fait l'objet de nombreuses mises au point complémentaires. Le coût pour la Santé Publique est élevé et le soulagement pour le patient médiocre.

Ces patients souffrant de fibromyalgie représentent souvent un véritable casse-tête pour la médecine de première ligne. Face à ces polyalgies, le médecin généraliste est amené, de part sa démarche médicale rationnelle, à objectiver et expliquer l'origine de ces douleurs pour mettre en place un traitement approprié. Logique.

Là où le bât blesse, c'est que la fibromyalgie n'est, actuellement, objectivable par aucun examen complémentaire. Le médecin généraliste se dirige donc, progressivement, vers ce diagnostic que l'on pourrait qualifier d'exclusion. Non pas sans une certaine énergie de sa part tant au niveau des idées supplémentaires concernant le diagnostic différentiel qu'au niveau des astuces thérapeutiques.

Très souvent, la surenchère antalgique est de mise. Logique. Le thérapeute ne fait qu'appliquer cette démarche médicale rationnelle, garante de l'efficacité de notre métier de première ligne. Cependant, cette surenchère est, dans la plupart des cas, décevante. Ce qui n'est pas sans lasser notre médecin généraliste.

Cette fibromyalgie, dont on parle tant, est-elle en fait mal connue ? Ou connue, mais mal comprise ? Ou simplement victime d'une certaine incrédulité ? Les fibrosceptiques sont nombreux, mais les fibroconvaincus aussi. De plus en plus de publications apparaissent dans la littérature allant de simples études non randomisées biaisées à des recommandations dignes d'intérêt.

Qu'en est-il de ce syndrome en 2013 ? Sur quoi peut s'appuyer le médecin généraliste pour prendre en charge efficacement ces patients qui bousculent sa pratique habituelle ?

Quels sont les arguments, les moyens qui sont à sa disposition quand l'impasse thérapeutique se profile à l'horizon ?

Ce travail est construit en trois étapes. La première partie, « Comprendre pour mieux reconnaître », tentera d'expliquer pourquoi la fibromyalgie est un syndrome qui dérange. La deuxième, « Reconnaître pour mieux traiter », s'intéressera aux différents critères diagnostiques de la fibromyalgie utilisés en 2013 en essayant ainsi d'en dégager une vision plus exacte. La dernière partie, « Traiter et soulager », est centrée sur la prise en charge thérapeutique en première ligne à la lumière des dernières recommandations ainsi que sur le rôle du médecin généraliste face à ses patients souffrant de fibromyalgie.

3. Méthodes

Pour réaliser ce travail, je me suis tout d'abord basé sur ma très courte expérience professionnelle, surtout en ce qui concerne la première partie. Une « enquête » orale réalisée auprès de mes confrères généralistes et d'autres intervenants de première ligne m'a également été utile pour cette même partie. Aussi, j'ai bénéficié d'un article de la Revue Prescrire de 2008 réalisant une revue systématique de la littérature au sujet de la fibromyalgie.

J'ai également introduit sur Pubmed, Tripdatabase et le site de la Cochrane Librairy les termes « fibromyalgia management », « fibromyalgia diagnosis», « psychological treatment for fibromyalgia », « pharmacological treatment for fibromyalgia » entre autres. Des limites pour n'obtenir que des RCT, méta-analyses, des revues systématiques et des guidelines ont été établies. Un certain nombre d'articles me sont apparus dans lesquels j'ai dû faire le tri au regard de leur année de publication, de leur pertinence méthodologique et de leur validité en terme de significativité.

En outre, j'ai parcouru le site internet de la Haute Autorité de Santé (HAS) française pour y trouver un état des lieux de la fibromyalgie datant de 2010. De même, les sites de la Revue médicale Suisse, de la Revue du Rhumatisme en France, de l'American Pain Society (APS), de l'American Academy of Family Physician (AAFP) ainsi que le site de l'Association Québécoise de la Douleur Chronique ont été largement parcourus à la recherche d'articles sur la fibromyalgie.

Enfin, pour la dernière partie, je me suis rendu au Centre de Réadaptation Fonctionnelle (CRF) du Centre Hospitalier Peltzer-La Tourelle (CHPLT) pour interroger le Docteur Philippe Angenot, spécialisé en médecine physique et responsable de la fibromyalgie au CRF. J'ai également interrogé le Docteur Carine Schwall, anesthésiste et co-responsable de la Clinique de la Douleur de ce même CHPLT. Le but de ces rencontres était d'éclaircir les prises en charge intégrées possibles dans ma région réalisées par ce type d'institution et d'ainsi donner aux médecins généralistes des alternatives de prise en charge des patients souffrant de fibromyalgie.

4. Comprendre pour mieux reconnaître

« Nous ne voyons plus d'hystérie, ni de spasmophilie, mais nous recevons des fibromyalgies. » (Richard Trèves)

En discutant occasionnellement du sujet de mon TFE avec mes confrères du cabinet médical, mes collègues du séminaire loco-régional de Marche, quelques amis paramédicaux (infirmières et kinésithérapeutes) et d'autres personnes actives dans les soins à la personne (aides soignantes et aides familiales), j'ai pu relever différentes réactions. De la tape dans le dos avec un « bon courage » glissé à l'oreille au « ça existe vraiment cette maladie ? » en passant par « tous des psys ces gens-là » et des « quoique tu fasses, ils auront toujours mal », on constate que les réactions tournent autour de trois grands thèmes : le scepticisme, la lassitude et l'agacement.

Le scepticisme :

Mal connue (ou du moins sous d'autres noms) par les médecins généralistes séniors et répertoriée par l'expérience dans les affections psycho-somatiques, la fibromyalgie sème le doute et divise. Enseignée aux jeunes médecins à la fin du cours de rhumatologie, elle n'en suscite pas moins d'interrogations. Comment convaincre les premiers, bien ancrés dans leur pratique, que cette pathologie a été reconnue par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), qu'elle a généré la création de critères de classification par l'American College of Rheumatology (ACR) (récemment complétés) et fait l'objet de différents Guidelines, ainsi que les seconds, fraichement sortis des cours de pharmacologie, que presqu'aucun traitement (aussi morphinique soit-il) ne les soulage ?

La fibromyalgie n'engendre aucune anomalie visible, aucune lésion anatomique décelable par imagerie ni même aucune perturbation au niveau des marqueurs biologiques. Ainsi, il conviendrait plus de parler d'un syndrome plutôt que d'une maladie. Existe-t-il des marqueurs biologiques non encore découverts comme dans le cas de la maladie de Parkinson ? Certains parlent d'un syndrome fantôme…

Souvent associée à une dépression, des migraines, de l'anxiété,…, la fibromyalgie est catégorisée dans les affections essentiellement psychosomatiques, ce qui lui vaut cette image de maladie « psy », aux reflets négatifs.

Cependant, la douleur est bien présente, les patients sont en souffrance quotidiennement. Des récentes recherches en neuro-imagerie (voir *Etiologie*) se rapprochent d'une explication physiopathologique objective. La Haute Autorité de Santé (HAS) vient de publier (en 2010) un état des lieux sur la fibromyalgie. Aux Etats-Unis, la duloxetine, le milnacipran et la prégabaline ont vu leur autorisation de mise sur le marché étendue à la fibromyalgie. L'Agence Européenne du Médicament (EMA) ne leur a pas accordé cette autorisation, faute de preuves d'une efficacité suffisante.

Certains accusent la fibromyalgie d'avoir été inventée par l'industrie pharmaceutique, le lobby médical, des associations de patients, …

Le débat entre fibrosceptiques et fibroconvaincus est lancé. Une question se pose d'emblée : s'agit-il véritablement de choisir l'un ou l'autre camp ou faut-il se centrer essentiellement sur le patient ?

La lassitude :

Les consultations ayant pour motif principal ces plaintes douloureuses diffuses génèrent souvent une certaine lassitude. Souvent, les conversations tournent en rond autour des différentes douleurs ressenties par le patient. Dignes d'intérêt au départ quant à leur début d'apparition, leur fréquence, leur intensité, leur durée, l'origine d'un traumatisme ou sur-sollicitation quelconque, bénéficiant ainsi de différentes mises au point tant cliniques que paracliniques, elles perdent vite leur intérêt devant l'absence d'explications scientifiquement fondées.

Les plaintes évoquées peuvent parfois commencer différemment, mais finissent presque toujours par revenir à leur dénominateur commun : la douleur. Le médecin généraliste, investi de son rôle de thérapeute, tentera bien différents traitements, adaptera quelques habitudes de vie, inventera même des astuces pour gérer les douleurs : rien n'y fait. Les douleurs sont là et le thérapeute se lasse.

L'agacement :

Mis en échec par l'absence d'effet du traitement qu'il propose, le thérapeute est insidieusement touché par une blessure narcissique. Celle-ci s'installe progressivement et, combinée à cette lassitude, génère ce sentiment d'irritation décrit plus-haut. Une certaine culpabilité peut alors être ressentie mais, très souvent, l'agacement prend le dessus. A la fin

de la consultation, ni le patient ni le thérapeute ne sont satisfaits. La frustration de part et d'autre est alors bien présente.

Tels sont, à mon sens, les différents facteurs qui pourraient expliquer l'image négative que véhicule la fibromyalgie auprès des médecins généralistes. Dans cette optique, il convient d'aller voir de plus près la définition exacte donnée à la fibromyalgie.

5. Reconnaître pour mieux traiter

A. Quelques définitions

I. La douleur chronique

Dans une recommandation aux professionnels de la santé de décembre 2008 intitulée : « Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient », la Haute Autorité Française définit de manière très complète les notions de douleur aigüe et de douleur chronique. [1]

« L'une des définitions les plus citées de la douleur est celle de l'International Association for the Study of Pain (IASP) : « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion »

Cette première définition assez vague témoigne de la nature subjective de la douleur autant que de sa complexité. La douleur est une expérience subjective qui interfère autant avec le psychique et le social qu'avec les fonctions physiques. C'est une construction multidimensionnelle où il est difficile de faire la part des signes objectifs – biologiques – de la maladie et celle de l'expérience subjective d'inconfort et de dysfonctionnement. La douleur chronique agit directement sur celui qui en souffre (d'emblée et/ou secondairement), mais aussi sur son entourage familial et social, y compris de travail (environnement et conditions) tous ces éléments doivent être pris en compte au moment de la prise en charge.

Le deuxième aspect de cette question concerne le caractère « chronique » de la douleur. La définition de l'IASP prend en compte à la fois la durée et le caractère approprié ou non de la douleur : la douleur chronique est une douleur qui persiste au-delà du délai habituel de cicatrisation (habituellement 3 mois). De plus, alors qu'une douleur aiguë est généralement la réponse appropriée à sa cause (par exemple, la cicatrisation après une blessure), la douleur chronique n'a pas ce caractère. Le groupe de travail de la recommandation de l'Anaes proposait en 1999 une définition « combinée » très proche de la douleur chronique : « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion, évoluant depuis plus de 3 à 6 mois et/ou susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient, attribuable à toute cause non maligne » »

II. Le syndrome de Fatigue Chronique (SFC) [2]

Le syndrome de fatigue chronique est défini par les Centers for Desease Control (CDC) comme étant un trouble invalidant et complexe caractérisé par une fatigue intense non-améliorée par le repos et pouvant être aggravée par l'activité physique ou l'effort mental. Les personnes atteintes du SFC fonctionnent souvent à un niveau sensiblement plus bas d'activité que ce qu'ils étaient capables avant de devenir malade. La ou les cause(s) du SFC n'ont pas été identifiées et aucun test de diagnostic spécifique n'est disponible. Ainsi, le diagnostic de SFC nécessite trois critères:

1. La personne souffre d'une fatigue chronique sévère depuis 6 mois consécutifs ou plus qui n'est pas due à l'effort en cours ou à d'autres pathologies associées à la fatigue (ces pathologies doivent être exclues par un médecin après que des tests de diagnostic aient été réalisés)

2. La fatigue interfère de façon significative avec les activités quotidiennes et avec le travail

3. La personne a simultanément quatre ou plus des huit symptômes suivants:

- malaise post-effort durant depuis plus de 24 heures
- sommeil non réparateur
- altération significative de la mémoire à court terme ou de la concentration
- douleurs musculaires
- douleurs dans les articulations sans gonflement ou rougeur
- maux de tête d'un nouveau type ou motif ou d'une nouvelle intensité
- ganglions lymphatiques cervicaux ou axillaires sensibles
- mal de gorge fréquent ou récurrent

Ces symptômes doivent avoir persisté ou être réapparus pendant 6 mois consécutifs ou plus et ils ne peuvent pas être apparus pour la première fois avant la fatigue.

III. La personnalité histrionique (ou Hystérie)

La fibromyalgie a longtemps été associée à l'hystérie (ou personnalité histrionique). Elle est définie par le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM IV) de l'American Psychiatric Association (APA) comme étant *« un mode généralisé de réponse*

émotionnelle excessive en quête d'attention, représenté par au moins cinq des huit manifestations suivantes :

- *Le sujet est mal à l'aise dans des situations où il n'est pas le centre de l'attention d'autrui*
- *L'interaction avec autrui est souvent caractérisée par un comportement de séduction inadapté, ou d'attitude provocante*
- *L'expression émotionnelle est superficielle et instable*
- *Le sujet utilise régulièrement son aspect physique pour attirer l'attention*
- *La manière de parler est trop subjective et pauvre en détails*
- *Il y a une dramatisation (théâtralisme, exagération du pathos) et une exagération de l'expression émotionnelle*
- *Le sujet fait preuve de suggestibilité : il est facilement influencé par les autres ou par les circonstances*
- *Le sujet a tendance à considérer que ses relations sont plus intimes qu'elles ne le sont en réalité »* [3]

IV. Conclusions

De ces différentes définitions, il ressort que l'on retrouve dans la fibromyalgie différents affects, symptômes de l'une ou l'autre affection. Cependant, il apparaît clairement que la fibromyalgie ne peut se réduire à l'une ou à l'autre. D'autres caractéristiques interviennent ; elles font l'objet des points abordés ci-après.

B. Prévalence et économie

La fibromyalgie est un motif de consultation fréquent en médecine générale. On estime sa prévalence entre 2 et 5% en Belgique[4]. Elle est plus fréquente chez la femme que chez l'homme (3,5% versus 0,5%). [5]

Etant donné l'absence de Gold Standard en ce qui concerne le diagnostic, les patients atteints de fibromyalgie bénéficient souvent de toute une série de bilans cliniques et paracliniques très coûteux dont la pertinence n'est pas scientifiquement démontrée. Les coûts en ce qui concerne la Santé Publique pour cette pathologie sont élevés. L'intérêt de critères diagnostiques clairs et précis ainsi qu'une sensibilisation de cette pathologie à la médecine de première ligne prennent ici tout leur sens.

La fibromyalgie est à ce jour reconnue comme maladie handicapante par l'INAMI. A ce titre, elle fait l'objet d'une prise en charge spécifique par l'assurance obligatoire en soins de santé : nombre accru de séances de kinésithérapie remboursées, prise en charge globale et pluridisciplinaire dans les centres de la douleur chronique, remboursement partiel de certains analgésiques et développement de la prise en charge spécifique dans de nombreux hôpitaux,…[6]

C. Définition de la fibromyalgie ou du FMS (fibromyalgia syndrom)

Depuis le siècle dernier, on a vu apparaître dans la littérature médicale sous différentes formes et différentes dénominations un ensemble de symptômes associés à la fibromyalgie. [7] On parle alors de fibrosite, de myalgies de tension, de rhumatismes psychogéniques, de polyenthésopathie ou encore de syndrome polyalgique idiopathique diffus.

Il faudra attendre 1990 pour que l'American College of Rheumatology (ACR) publie des critères de classification qui seront au fil du temps utilisés comme critères diagnostiques.

Définition de l'ACR : « syndrome douloureux diffus depuis plus de trois mois, réparti sur l'ensemble du corps, touchant l'hémicorps gauche et droit, les parties supérieures et inférieures du corps avec une localisation axiale et perception d'une douleur à la palpation d'au moins 11 points douloureux sur les 18 [8]. Ces points sont situés à la face antérieure des épaules, la région des trapèzes, des épicondyles, du grand trochanter, à la face interne du genou en regard de la patte d'oie » [5].

Reconnue depuis 1992 comme maladie rhumatismale par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), reconnue comme maladie à part entière en 2006 par cette même OMS et répertoriée depuis mai 2011 comme maladie handicapante en Belgique, la fibromyalgie fait toujours l'objet de nombreux débats.

Bien que les critères de classification proposés par l'ACR aient permis une augmentation de la reconnaissance de ce syndrome, ils montrent à l'heure actuelle plusieurs limitations :

- Il apparaît de plus en plus clairement que la recherche des points douloureux n'est que rarement réalisée en médecine de première ligne où la majorité des diagnostics de fibromyalgie sont posés. De plus, si elle est réalisée, elle l'est de manière

incorrecte. En outre, certains praticiens ne savent pas comment rechercher les points douloureux ou refuse de le faire. Ainsi, le diagnostic posé est essentiellement basé sur les symptômes.[9]

- Le seuil des onze points douloureux n'est pas toujours respecté par les praticiens. De plus, il existe un certain nombre de facteurs qui peuvent influencer la réponse du patient (faux positif si la pression exercée par le praticien sur un point douloureux est trop forte). [10]
- Troisièmement, des symptômes importants qui n'avaient pas été initialement pris en considération par l'ACR en 1990 ont été de plus en plus connus et considérés comme des caractéristiques clés de la fibromyalgie : la fatigue, les troubles cognitifs (mémoire, attention), les perturbations du sommeil et la mesure des symptômes somatiques (céphalées, côlon irritable).[9]
- Enfin, *« les critères ACR ne tiennent pas compte des critères d'exclusion reposant sur d'éventuelles anomalies radiologiques et biologiques ». (Belgrand, 2011, p.607)* En effet, l'American Pain Society (APS) recommande notamment de réaliser différents tests de laboratoire incluant une formule sanguine complète, la vitesse de sédimentation, le dosage des enzymes musculaires, la fonction hépatique et la fonction thyroïdienne. [11]

Il apparait donc que ces critères de classification s'adressent plus aux spécialistes qu'aux médecins généralistes en omettant de surcroît des symptômes non douloureux qui s'imposent de plus en plus comme faisant partie intégrante du syndrome de fibromyalgie.

Différentes études évaluant les critères de l'ACR et proposant des modifications de ceux-ci apparaissent depuis quelques années. Plus particulièrement, Wolfe et coll. [9] ont récemment proposé de nouveaux critères repris dans la **figure 1** (critères ACR 2010 modifiés).

Critères ACR 2010

Table 4. Fibromyalgia diagnostic criteria

Criteria

A patient satisfies diagnostic criteria for fibromyalgia if the following 3 conditions are met:

1) Widespread pain index (WPI) ≥7 and symptom severity (SS) scale score ≥5 or WPI 3–6 and SS scale score ≥9.
2) Symptoms have been present at a similar level for at least 3 months.
3) The patient does not have a disorder that would otherwise explain the pain.

Ascertainment

1) WPI: note the number areas in which the patient has had pain over the last week. In how many areas has the patient had pain? Score will be between 0 and 19.

Shoulder girdle, left	Hip (buttock, trochanter), left	Jaw, left	Upper back
Shoulder girdle, right	Hip (buttock, trochanter), right	Jaw, right	Lower back
Upper arm, left	Upper leg, left	Chest	Neck
Upper arm, right	Upper leg, right	Abdomen	
Lower arm, left	Lower leg, left		
Lower arm, right	Lower leg, right		

2) SS scale score:

Fatigue
Waking unrefreshed
Cognitive symptoms

For the each of the 3 symptoms above, indicate the level of severity over the past week using the following scale:

0 = no problem
1 = slight or mild problems, generally mild or intermittent
2 = moderate, considerable problems, often present and/or at a moderate level
3 = severe: pervasive, continuous, life-disturbing problems

Considering somatic symptoms in general, indicate whether the patient has:*

0 = no symptoms
1 = few symptoms
2 = a moderate number of symptoms
3 = a great deal of symptoms

The SS scale score is the sum of the severity of the 3 symptoms (fatigue, waking unrefreshed, cognitive symptoms) plus the extent (severity) of somatic symptoms in general. The final score is between 0 and 12.

* Somatic symptoms that might be considered: muscle pain, irritable bowel syndrome, fatigue/tiredness, thinking or remembering problem, muscle weakness, headache, pain/cramps in the abdomen, numbness/tingling, dizziness, insomnia, depression, constipation, pain in the upper abdomen, nausea, nervousness, chest pain, blurred vision, fever, diarrhea, dry mouth, itching, wheezing, Raynaud's phenomenon, hives/welts, ringing in ears, vomiting, heartburn, oral ulcers, loss of/change in taste, seizures, dry eyes, shortness of breath, loss of appetite, rash, sun sensitivity, hearing difficulties, easy bruising, hair loss, frequent urination, painful urination, and bladder spasms.

Figure 1 (selon réf. [8])

En bref, ils proposent 3 items innovants :

- La douleur n'est plus évaluée en termes de points douloureux (les 18 tender points des critères ACR de 1990), mais en tant que zones (voir **figure 2**) au nombre de 19.
- La douleur est ainsi mesurée de manière quantitative par le Wide Spread Index (WPI) allant de 0 à 19.
- L'échelle de sévérité des symptômes proposée reprend :
    - les 3 symptômes non douloureux les plus pertinents évalués dans leur étude pour lesquels un score allant de 0 à 3 est attribué à chacun d'eux. Il s'agit :
        - de la fatigue
        - des troubles du sommeil (plus précisément : le sentiment de réveil non réparateur)
        - et des symptômes cognitifs (troubles de la mémoire et de l'attention).
    - les symptômes somatiques (repris au bas de la **figure 1** : céphalées, côlon irritable, nausées, perte d'appétit, miction douloureuse, perte de cheveux, …) évalués dans leur globalité de 0 à 3 (0 : pas de symptômes, 1 : très légers, 2 : modérés, 3 : sévères).

Zones douloureuses dans la fibromyalgie

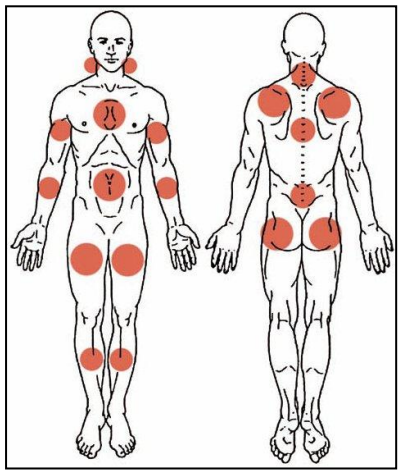


Figure 2 (selon réf. [9])

Ainsi, les nouveaux critères diagnostiques de la fibromyalgie (**figure 3**), voulus plus faciles à utiliser en médecine de première ligne, seraient les suivants :

1) Index d'étendue de la douleur (WPI) ≥ 7 et échelle de sévérité des symptômes (SS) ≥ 5 ou WPI entre 3 et 6 et score de l'échelle SS ≥ 9.
2) Les symptômes sont présents à un niveau similaire depuis au moins 3 mois.
3) Le patient ne souffre pas d'une autre pathologie qui pourrait expliquer les douleurs.

Critères ACR 2010 modifiés (Wolfe et coll.)			**Scores**
Zones douloureuses (WPI)		0-19	0-19
Echelle de sévérité (SS)	Fatigue	0-3	0-12
	Troubles du sommeil	0-3	
	Troubles cognitifs	0-3	
	Symptômes somatiques	0-3	
		Score total	0-31
Fibromyalgie score ≥ 12			

Figure 3 (selon réf. [4]

D. Les questionnaires relatifs à la fibromyalgie

I. Fibromyalgia Rapid Screening Tool (FIRST)

Développé par le Cercle d'Etude de la Douleur en Rhumatologie, il s'agit d'un questionnaire de dépistage de la fibromyalgie (**Annexe 1**). Il jouit d'une bonne sensibilité et spécificité, permettant ainsi de détecter et prendre en charge plus précocement les patients atteints de fibromyalgie.

II. Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR)

Ce questionnaire de 21 questions, proposé en 2009 par Bennett et coll., remplace l'ancien questionnaire FIQ (recommandé par l'Académie française de médecine depuis janvier 2007). Il mesure l'impact de la fibromyalgie sur la qualité de vie. L'importance des douleurs et leur retentissement sur le travail, la fatigue, l'anxiété, la raideur, le sommeil, les troubles articulaires sont mesurés par des échelles analogiques allant de 0 à 10. (**Annexe 2**)

III. European List on Fibromyalgia Evaluation (ELFE)

Apparu plus récemment, ce questionnaire est doté de 53 items **(Annexe 3)** qui brassent de long en large les différents symptômes de la fibromyalgie. Antécédents, mode d'apparition de la fibromyalgie, pathologies associées, sévérité des symptômes par des échelles visuelles (douleur, fatigue, raideur, anxiété et dépression) sont ici évalués.

E. Etiologie

A ce jour, aucune cause n'a été formellement identifiée. Il existe différentes hypothèses concernant la physiopathologie de la fibromyalgie, mais aucune ne semble mettre tout le monde d'accord.

L'hypothèse la plus récente parle d'un probable « *phénomène de sensibilisation centrale, mis en exergue grâce aux récentes recherches en neuro-imagerie. Celles-ci montrent une augmentation de l'activité cérébrale dans les régions somatosensorielles primaires et secondaires, dans l'insula, le putamen et le cervelet, lorsque l'on soumet une pression du lit de l'ongle du pouce de 2,4 kg/cm² chez les patients fibromyalgiques par rapport aux sujets témoins » (Belgrand L. & So A., 2011).*

D'autres travaux sont en cours et s'intéressent aux aspects génétiques et hormonaux.

Quelle que soit l'hypothèse retenue, il en résulte un abaissement du seuil de la douleur. S'ensuit alors ce très caractéristique syndrome polyalgique diffus.

F. Conclusions

On constate que la fibromyalgie a fait du chemin depuis 1990. De l'ACR à l'INAMI belge en passant par l'OMS et l'APS entre autres, elle s'impose indéniablement dans les pathologies fréquentes avérées de la salle d'attente du médecin généraliste.

6. Traiter et soulager

A. Préambule

Fort de ces critères pour dépister de manière adéquate les patients atteints de fibromyalgie, il convient dès à présent de considérer de manière approfondie les différentes options thérapeutiques.

La démarche se fera en deux étapes : la première ira voir ce que nous dit la littérature en ce qui concerne la prise en charge thérapeutique et la deuxième s'intéressera à ce qui est mis en place en pratique dans la région de Verviers.

Il apparait clairement, au vu de la définition de la fibromyalgie, que celle-ci est un syndrome complexe. Par syndrome, on entend bien « ensemble de symptômes ». Il s'agira donc de prendre en charge ces différents symptômes de multiples manières. En effet, à l'heure actuelle, il n'existe pas UN traitement unique, mais bien une multitude d'options thérapeutiques complémentaires s'intéressant tant au contexte psycho-social dans lequel s'inscrivent les douleurs, qu'à l'impact psychologique qu'elles ont ainsi qu'aux douleurs en elles-mêmes.

Ainsi, la fibromyalgie appelle le thérapeute à prendre en charge le patient dans sa globalité.

N'est-ce pas là la mission première de la médecine générale ?

B. Prise en charge de la fibromyalgie

I. Aspects généraux

La prise en charge des patients souffrant de fibromyalgie est basée sur un véritable partenariat entre le médecin généraliste et le patient. Très souvent, il existe une asymétrie entre le médecin, détenteur d'un savoir, et le soigné, sollicitant ce savoir. Il convient ici de rétablir la symétrie dans la relation afin d'améliorer la compliance, l'effet thérapeutique et obtenir un changement des comportements douloureux. [13]

Le médecin généraliste se doit également de (re)placer le patient au centre de sa propre prise en charge. Ce dernier doit se considérer comme acteur autonome, assurant ainsi la gestion et l'amélioration de ses capacités fonctionnelles. Souvent, les patients recherchent des *« solutions externes et passives (massage, manipulations, acupuncture…) par non acceptation, habitude mais aussi par perte d'efficacité personnelle » (Laroche, 2012).*

L'entretien motivationnel (utilisé en addictologie) peut être appliqué pour mesurer la motivation au changement des personnes souffrant de fibromyalgie.

II. Evaluation préalable

Dans sa recommandation de 2005, l'American Pain Society préconise de commencer l'évaluation des personnes souffrant de fibromyalgie en réalisant une anamnèse fouillée des antécédents personnels et familiaux ainsi qu'un examen clinique complet. Une analyse des croyances, des peurs et des comportements inadaptés est également nécessaire.

Ensuite, des pathologies qui pourraient ressembler ou compliquer la fibromyalgie, comme une hypothyroïdie ou une spondylarthrite ankylosante, ou qui pourraient survenir dans le même temps qu'une tendinite, un lupus érythémateux disséminé, une arthrite rhumatoïde ou de l'arthrose, doivent être recherchées.

De plus, il convient d'évaluer l'état fonctionnel initial ainsi que lors des visites ultérieures. De même, il est important de mesurer l'impact de la fibromyalgie sur la condition physique du patient et sur son état émotionnel ainsi que sur sa qualité de vie globale (QIF).

Enfin, il faut mesurer ce que le patient sait de la fibromyalgie. Une explication claire sur ce qu'est la fibromyalgie et sur ce qu'elle n'est pas doit être donnée aux patients. Elle constitue une étape clé dans l'initiation du traitement. [11]

III. Traitements médicamenteux

1. Antalgiques classiques

D'après les dernières recommandations datant de 2006 de l'European League Against Rheumatism (EULAR), le tramadol est conseillé pour la prise en charge de la douleur dans la fibromyalgie (niveau de preuve IIb – force C).

D'autres antalgiques comme le paracétamol et les opioïdes mineurs peuvent aussi être utilisés dans le traitement de la fibromyalgie.

En revanche, les corticostéroïdes et les opioïdes forts ne sont pas recommandés (niveau de preuve Ib–force A). De même, les AINS seuls n'ont pas montré d'efficacité dans la fibromyalgie. [12]

2. *Traitements à action centrale [5]*

Les antidépresseurs

Les antidépresseurs ont été reconnus comme ayant une efficacité antalgique dans la fibromyalgie. Ils sont efficaces également sur la fatigue, les troubles du sommeil, la qualité de vie et la dépression.

- L'amitriptyline (antidépresseur tricyclique), utilisée à faibles doses (12,5 à 50mg/jour), est efficace rapidement mais pas de manière prolongée.

- Les SSRI comme la fluoxetine, le citalopram, la paroxétine ont une action modeste, non prolongée, nécessitant une majoration des posologies. Ils sont néanmoins mieux tolérés que les antidépresseurs tricycliques.

- Les Inhibiteur mixtes de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline comme le milnacipran, la duloxetine et la venlafaxine ont un effet antalgique indépendant de l'effet thymique, leur effet est plus prolongé que les autres molécules.

  Plus particulièrement, la duloxetine a obtenu aux USA en 2008 son autorisation de mise sur le marché (AMM) pour l'indication « fibromyalgie ».

Les Antiépileptiques

La prégabaline et la gabapentine (inhibiteurs calciques du SNC) utilisées classiquement dans les douleurs neuropathiques en Belgique (AMM aux USA obtenue en 2007 avec indication fibromyalgie), se sont avérées efficaces sur la douleur, le sommeil et la fatigue. [5] [13]

Autres molécules

Les agonistes dopaminergiques D (ropinirole et pramipexole), les setrons (dolasetron, tropisetron), l'oxybate de sodium (GHB) sont des molécules intéressantes dans la prise en charge de la douleur et sont repris dans les recommandations de l'EULAR de 2006. Cependant, leur efficacité à long terme est encore à l'étude.

La Ketamine, agoniste des récepteurs NMDA, utilisée en anesthésie comme anti-hyperalgésique, par voie intraveineuse ou par voie orale, est utilisée de façon empirique en fonction de l'établissement. [6]

Point important : à l'heure actuelle, il n'y a pas d'efficacité démontrée des benzodiazépines comme le clonazepam ou les myorelaxants utilisés seuls.

IV. Traitements non médicamenteux

L'approche de la fibromyalgie, comme déjà évoqué plus haut, se veut multimodale et multidisciplinaire [14]. Ainsi, il convient d'associer aux traitements pharmacologiques que l'on vient de parcourir une approche non médicamenteuse.

I. Des objectifs réalistes

La première approche du traitement non médicamenteux consiste à fournir aux patients une explication claire de la fibromyalgie. Elle consistera également à discuter et parcourir avec le patient les différentes options thérapeutiques.

Plus particulièrement, il conviendra d'expliquer aux patients que la fibromyalgie s'inscrit dans la durée. Du fait de cette chronicité des douleurs, l'objectif du traitement ne sera pas la guérison, mais bien un soulagement des douleurs, une réadaptation du mode de vie du patient avec une modification des comportements et des habitudes de vie. En étant bien consciente de tout cela, la personne souffrant de fibromyalgie pourra se fixer des objectifs réalistes, gérer ses douleurs, adopter de nouvelles habitudes. En bref, de manière autonome, faire face.

II. Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)

Terme fort usité dans les différentes recommandations analysées, *a priori* assez flou pour le néophyte, les TCC méritent une clarification quant à leur définition et à leur champs d'action.

« Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) représentent l'application de principes issus de la psychologie scientifique à la pratique clinique. Ces thérapies ont été fondées dans

un premier temps sur les théories de l'apprentissage : conditionnement classique, conditionnement opérant, théorie de l'apprentissage social. Puis, elles ont également pris pour référence les théories cognitives du fonctionnement psychologique, en particulier le modèle du traitement de l'information. » (Inserm, Psychothérapie – trois approches évaluées, p. 169)

Les thérapies cognitivo-comportementales ont pour principal objet l'individu (et non les relations et interactions entre personnes). Elles se penchent sur les pensées, les croyances, les comportements et les émotions de la personne. Tous ceux-ci peuvent, dans certaines situations problématiques, de manière consciente ou non, s'avérer inappropriés et être sources de souffrance. [15]

L'objectif des TCC est multiple : [16]

- identifier les croyances, les conditionnements et les comportements susceptibles d'amplifier la perception douloureuse et la fatigue et tenter de les modifier grâce à différents principes dérivés de la recherche scientifique (**Tableau 1**)
- modifier les représentations de la douleur, de la maladie
- améliorer l'acceptation de la chronicité, du handicap induit
- permettre une reprise des activités sans majoration de la douleur

Les TCC utilisent notamment le principe de « coping ». Ainsi, elles placent l'individu au centre de sa prise en charge. Ce « coping » ou capacité à s'adapter, à gérer, à affronter est cultivé au cours des différentes séances.

Tableau 1 (selon réf. [13])

Principes utilisés lors des thérapies cognitivo-comportementales	
Thérapie cognitive	**Thérapie comportementale**
Education et information	Réactivation physique (but : limiter la kinésiophobie, les évitements, le déconditionnement physique)
Reformulation des croyances sur la maladie et le rôle à adopter	Apprentissage de la relaxation et de la gestion du stress
Apprentissage des stratégies de coping et réassurance (but : renforcer l'efficacité personnelle)	Exposition progressive graduée (aux situations redoutées et évitées)
Décentration, distraction, auto-injonctions positives	
Ré-interprétations des situations, réévaluation des projets, résolution des problèmes par découpage	
Utilisation des ressources antérieures, humour	

III. Exercices

Les exercices aérobies et les exercices de renforcement adaptés à chaque individu se sont révélés efficaces dans la prise en charge des douleurs. [5]

Les exercices aquatiques en eau chaude comme la balnéothérapie se sont également montrés efficaces sur la douleur et la qualité de vie des patients. [5] [17]

IV. Traitements alternatifs-complémentaires

Les médecines alternatives, parallèles ou complémentaires (en fonction de l'affinité de chacun) sont de plus en plus utilisées par les patients à la recherche d'un soutien supplémentaire ou simplement déçus par la médecine traditionnelle. Elles ont fait l'objet de différentes études, mais dont la qualité méthodologique est médiocre. Leur efficacité n'a ainsi pas pu être démontrée. Citons la thermothérapie, les champs magnétiques, la chiropraxie, la musicothérapie, l'ostéopathie, l'homéopathie, la sophrologie et l'acupuncture.

D'un point de vue personnel, il m'apparait de plus en plus que ces différentes méthodes se montrent efficaces selon les croyances du patient et généralement de manière assez brève. Ce qui ne cadre pas particulièrement avec les douleurs chroniques.

L'ouverture d'esprit du thérapeute est importante. Une discussion dans la vérité avec le patient, souvent gêné de parler de ces consultations alternatives, doit être de mise. Le lien thérapeutique n'en sera que resserré.

V. Self-Management

De nombreux sites voient le jour sur Internet. De toutes les langues, ils comprennent des forums de discussion, des fichiers éducatifs sur la fibromyalgie, des vidéos, des liens vers des sites de référence, des rendez-vous pour des conférences traitant des dernières actualités de la fibromyalgie, des trucs et astuces pour gérer le quotidien, des adresses utiles comme les différents centres de la douleur à proximité, …

Un des impacts important de ces différents sites est le suivant : le patient est lui-même le moteur de sa prise en charge.

Fiche technique à l'usage du médecin généraliste

Diagnostic et prise en charge de la Fibromyalgie (FM)

Douleurs diffuses ≥ 3 mois ?

Oui →
- **Examen clinique complet**
- **Tests de laboratoire**
- **Diagnostic différentiel**

Positif → **Envisager un autre diagnostic**

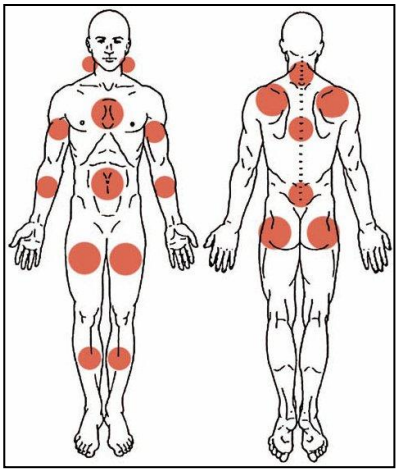
Négatif → **Evaluer le score pour poser le diagnostic**

Score < 12 → **Envisager un autre diagnostic**

Non → **Envisager un autre diagnostic**

Critères ACR 2010 modifiés (Wolfe et coll.)

			Scores
Zones douloureuses (WPI)		0-19	0-19
Echelle de sévérité (SS)	Fatigue	0-3	0-12
	Troubles du sommeil	0-3	
	Troubles cognitifs	0-3	
	Symptômes somatiques	0-3	
		Score total	0-31
Fibromyalgie score ≥ 12			



Prise en charge multimodale et multidisciplinaire

- **Informations claires sur la FM et éducation du patient** (objectifs réalistes)
- **Exercice physique aérobie**
- **Balnéothérapie**
- **Thérapies cognitivo-comportementales**
- **Médecines alternatives** Acupuncture, …

Traitement médicamenteux [18]

Douleurs
- Paracétamol (jusqu'à 4x1g /j)
- Tramadol

Pas d'AINS, de corticoïdes ou d'opioïdes forts

Douleurs et troubles du sommeil
- Prégabaline (25-75mg le soir)
- Gabapentine (100-300mg le soir pour commencer jusqu'à 1200-2400mg en 3 prises augmentés progressivement)

Dépression et/ou anxiété + douleurs
- Préférence pour SNRI : Duloxetine (60mg en 1 prise le matin) ou Milnacipran (50mg 2x/j)

Sommeil
- Zolpidem (10mg le soir)
- Trazodone (100mg le soir)

7. Prise en charge en pratique et rôles du médecin généraliste

Etant à présent bien informé sur les différentes modalités de la prise en charge de la fibromyalgie à la lumière des dernières publications, il convient de transposer ces notions théoriques à la réalité du terrain.

Tout médecin généraliste, en groupe ou en solo, inscrit sa pratique médicale dans un réseau de soins. Ce réseau prend ici tout son sens. En effet, comme on l'a évoqué plus haut, la prise en charge se doit d'être multimodale et multidisciplinaire. Ainsi, le médecin généraliste ira puiser dans son réseau les différents intervenants pour mettre en place les différents volets de la prise en charge de la fibromyalgie. Il sera donc thérapeute, mais aussi véritable coordinateur.

En pratique, le volet psychologique de la prise en charge pourra être assuré par un psychologue ou un psychothérapeute connu par le médecin généraliste. Même si celui-là ne pratique pas les thérapies cognitivo-comportementales, il pourra au moins réaliser un suivi psychologique pour une éventuelle dépression sous-jacente, de l'anxiété ou travailler sur l'acceptation de la douleur et la gestion du quotidien.

Pour l'exercice physique, outre des conseils, des idées sur les différents sports les mieux adaptés au patient qu'il a devant lui, le médecin généraliste pourra solliciter des séances de kinésithérapie pour des massages, des manipulations antalgiques, un renforcement musculaire, … De même, en ce qui concerne la balnéothérapie, il pourra conseiller la fréquentation de centres thermaux. Si cela s'avère trop cher pour le patient ou qu'il n'y en a simplement pas à proximité, la natation se révèlera être un bon compromis. Toutefois, l'effet bénéfique de la balnéothérapie vient en partie de la température élevée de l'eau. Ce qui n'est généralement pas le cas des bassins de natation traditionnels.

L'essentiel des informations précises sur la fibromyalgie ainsi que l'éducation du patient à sa maladie seront pris en charge par le médecin généraliste. Cependant, cela ne doit pas être une exclusivité. Les caractéristiques et la richesse inhérentes à chaque spécialité (kinésithérapeute, psychologue, …) renseigneront le patient de différentes manières sur sa pathologie. Chaque point de vue se devra d'être complémentaire et non contradictoire. Au médecin généraliste d'être le garant d'une information homogène.

Un autre rôle essentiel du médecin généraliste est d'être à l'écoute de son patient. Tant pour adapter le traitement médicamenteux que pour évaluer les douleurs présentées par le patient, le médecin doit prendre le temps d'écouter pour mieux comprendre. Comprendre le contexte des douleurs, montrer de l'empathie, … Pour ce faire, il lui faudra peut-être prévoir une plage de consultation un peu plus longue, préférer un rendez-vous à date fixe, le placer au moment le plus opportun de la journée (éviter ainsi les fins de consultations où la réceptivité du médecin est moindre), inviter le patient à ne parler que de l'une ou l'autre plainte lors de la consultation du jour et à noter les autres précieusement pour y revenir lors d'une consultation ultérieure, aborder celle qui le dérange le plus,… Les douleurs chroniques, du fait de leur nature répétitive, doivent faire l'objet d'un cadre bien établi. Il en va de la qualité de l'entrevue, mais aussi de la bonne capacité du thérapeute à entendre les plaintes et à éviter une certaine lassitude. En bref, il conviendra de cadrer le patient et d'aménager un temps de consultation suffisant.

Comme déjà évoqué, le médecin généraliste est aussi le garant du traitement médicamenteux du patient. Il veillera à la bonne tolérance des médicaments ainsi qu'à la compliance du patient. Une attention particulière sera portée au sommeil en interrogeant le patient sur la qualité de celui-ci. Il sera très attentif à la très fréquente surenchère thérapeutique engendrée par ces douleurs qui ne cèdent pas.

D'autres moyens sont à la disposition du médecin généraliste dans la prise en charge de la fibromyalgie.

Depuis quelques années maintenant, des centres de la douleur voient le jour. Il peut s'agir de véritables infrastructures créées uniquement dans ce but ou de « trajet de soins » qui se sont développés au cœur de structures préexistantes. Les deux types de structures vont être abordés. Il s'agit du Centre de Réadaptation Fonctionnelle (CRF) du Centre Hospitalier Peltzer-La Tourelle (CHPLT) de Verviers et de la Clinique de la Douleur de ce même CHPLT.

8. Les centres de prise en charge multidisciplinaire

A. Le Centre de Réadaptation Fonctionnelle (CRF) du Centre Hospitalier Peltzer-La Tourelle (CHPLT)

Entretien avec le Dr Philippe Angenot, physiothérapeute, Médecin Chef du CRF et du Service de Revalidation, responsable Fibromyalgie.

Le Centre de Réadaptation Fonctionnelle est le centre de référence de l'Est francophone dans la prise en charge ambulatoire de patients en matière de traumatologie, rhumatologie, neurologie, orthopédie, … Il accueille environ 75.000 patients par an et fait partie de la Commission plénière de l'Agence Wallonne pour l'Intégration de la Personne Handicapée (AWIPH).

Au niveau de l'infrastructure, on retrouve :

- Une salle de sports
- 4 piscines maintenues à une température constante de 32° et des baignoires de massage subaqua (destinées à l'hydrothérapie)
- Des appareils de musculation rachidienne informatisés
- Différents secteurs spécialisés avec des boxes individuels de rééducation
- Une salle d'appareillage et de plâtre
- Un parcours de marche extérieur

C'est dans cette structure où travaillent ensemble des kinésithérapeutes, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, des logopèdes, … qu'il existe, en plus des disciplines traditionnelles (rééducation cardiaque, rééducation respiratoire, rééducation neuro-motrice, rééducation des gastroplasties, …), un trajet de soins particulier à la fibromyalgie.

1. Le patient est adressé par son médecin traitant au **physiothérapeute** du CRF. Lors de cette première consultation, le diagnostic de fibromyalgie est posé (ou exclu) au regard des critères ACR 2010 ou, si le diagnostic est déjà posé de manière valide, une évaluation de la fibromyalgie est réalisée. Au terme de la consultation, le patient est adressé vers le kinésithérapeute et, si cela est nécessaire, vers la psychologue et/ou la neuropsychologue. Le physiothérapeute est le référent principal. C'est lui qui reverra régulièrement le patient afin d'adapter son traitement et d'évaluer sa progression.

2. Le **kinésithérapeute** réalise des séances de massage, d'étirements et d'exercices adaptés aux douleurs du patient, en fonction de ses capacités. A cela s'ajoutent des séances d'hydrothérapie. Il s'agit de séances de mobilisation/exercices réalisées dans les piscines aux températures élevées (par rapport aux bassins de natations traditionnels) et de balnéothérapie dans les différentes baignoires de massage.
3. La **psychologue** réalise un travail de fond sur l'acceptation et la gestion quotidienne de la douleur au fil des séances. Celles-ci ont lieu, dans un premier temps, à deux (psychologue et patient). Ensuite, si le patient le souhaite, des séances en groupe sont proposées où il retrouve d'autres personnes atteintes de fibromyalgie se trouvant à des niveaux similaires d'acceptation et de gestion de la douleur. Ces rencontres sont propices à l'échange et constituent une première étape dans la rupture de l'isolement social très fréquent dans la fibromyalgie. Un véritable suivi ainsi qu'une évaluation de la progression sont ainsi réalisés.
4. Le **bilan neuropsychologique** peut être proposé afin d'évaluer les capacités cognitives, souvent malmenées dans la fibromyalgie. En effet, les troubles de la mémoire et de l'attention sont fréquents et la mise en œuvre de certaines initiatives ou actions sont plus lentes. Ainsi, il convient d'évaluer les capacités du patient pour pouvoir travailler au mieux les fonctions cognitives mises à mal (calculer, lire, comprendre, mémoriser, …). L'objectif est évidemment de permettre un retour à la vie active, professionnelle, adapté aux capacités de la personne.

Le CRF s'impose donc comme un véritable centre de prise en charge intégrée centré sur le patient. Il s'agit d'une bonne ressource pour le médecin généraliste à court d'idées, dans une impasse thérapeutique ou souhaitant simplement « passer le flambeau ».

B. La Clinique de la Douleur du CHPLT

Entretien avec le Dr Carine Schwall, anesthésiste, coresponsable de la Clinique de la Douleur au CHPLT.

La clinique de la douleur au CHPLT est composée de 4 anesthésistes dont le Dr Schwall. Elle accueille les patients souffrant de douleurs aigües ou chroniques, toutes pathologies confondues. Les 4 cliniciens se répartissent des plages de consultation où le traitement pharmacologique antalgique est adapté. Les douleurs et leur histoire sont évaluées au cours de ces consultations.

En raison de leur spécialité assez technique, les 4 anesthésistes basent essentiellement leur prise en charge sur la pharmacothérapie. Ainsi, en fonction de la localisation, de l'importance et de l'étiologie présumée des douleurs, différents traitements sont proposés (infiltration, péridurale, perfusion, …).

En ce qui concerne la fibromyalgie, la clinique de la douleur du CHPLT se positionne comme un des éléments du traitement et principalement comme solution intéressante en cas de crise, de poussée aigüe de fibromyalgie et moins comme un traitement de fond. Le moyen principal utilisé est la perfusion réalisée en hôpital de jour. Elle est constituée, en fonction de l'importance des douleurs et de la personne, de Perfusalgan®, de Magnésium, de Catapressan®, de kétamine , de Taradyl®, …

Un des aspects intéressants de ce traitement réside dans le fait que les patients viennent « se poser » une matinée, coupés de leur quotidien, de leur environnement parfois source ou catalyseur de leurs douleurs, pour bénéficier de cette perfusion. Cette attention portée à leurs douleurs, cette rupture avec leur milieu de vie et la nature de ce traitement relativement invasif (une perfusion intraveineuse !) peuvent suffire, peut-être même plus que les molécules antalgiques elles-mêmes, à les apaiser.

9. Ouverture : Fibromyalgie et incapacité de travail

L'incapacité de travail chez les patients atteints de fibromyalgie est un sujet épineux. Il mériterait qu'on lui consacre plusieurs pages. Le médecin généraliste est en effet très souvent confronté au problème de l'incapacité de travail.

Situation typique : « Madame X, trop souvent « en maladie » suite à ses douleurs diffuses, perd son emploi. Elle se retrouve « sur le chômage ». Convoquée à l'Onem, elle se doit de chercher du travail. Cependant, elle souffre de partout. Impossible donc de trouver un travail trop intense. Elle demande à son médecin généraliste un certificat d'incapacité de plus de 33% ou une attestation stipulant qu'elle doit postuler pour un travail adapté à son état (mi-temps, assis, …). Nouvel échec au travail ou impossibilité d'en trouver un répondant à ces critères, l'Onem lui conseille de passer « sur la mutuelle ». Convoquée par le médecin-conseil de la mutuelle, elle repasse par son médecin généraliste pour un nouveau récapitulatif de son état, la copie de tous les examens réalisés et un mot d'envoi. Et ainsi de suite… ».

Plusieurs questions se posent. Tout d'abord, est-ce que la fibromyalgie « mérite » une incapacité ? Si elle est nécessaire, après une évaluation du patient, pour combien de temps est-elle justifiée ?

En cas d'incapacité prolongée, quelles sont les démarches que le patient va devoir être amené à effectuer ? Et le médecin généraliste ? Que ce soient l'AWIPH, le Fonds des Maladies Professionnelles ou la Vierge Noire, les demandes à remplir se succèdent sur le bureau du médecin traitant. Comment s'y retrouver ? Quelles suites logiques y donner ? Qu'en est-il du Forem et de l'Onem ?

Tant de questions qui ne seront pas abordées dans ce TFE.

10. Apport pour ma pratique

En réalisant ce travail, j'ai eu l'occasion de lire un certain nombre d'articles sur la fibromyalgie. Plus je lisais et plus d'autres articles, plus de références, plus d'aspects de ce syndrome apparaissaient. Outre la littérature scientifique, il existe littéralement « un monde fibromyalgie ». On peut ainsi constater, sur Internet principalement, des signes directs ou indirects de ce monde en mouvement : des conférences sur le sujet dans différents hôpitaux, des lettres adressées par des associations de patients à un ministre de la Santé, des forums où les gens s'échangent des trucs et astuces pour « faire face », des fibrocafés (lieux de rencontre entre patients atteints de fibromyalgie), des publications vulgarisées pour le grand public, …

De ce travail, il en ressort une meilleure compréhension de l'affection. L'impact de celle-ci sur la vie des patients atteints m'apparait plus clairement et devrait m'aider à mieux les écouter et les comprendre lors de mes prochaines consultations.

La recherche réalisée sur les différents critères diagnostiques m'a permis de structurer les symptômes ressentis par mes patients atteints et, ainsi, de mieux les évaluer. Le flou régnant autour de ce syndrome a été relativement gommé dans mon esprit pour en dégager une vision plus claire et des outils utiles pour mes prochaines consultations.

Avoir des clés pour la prise en charge, des marches sur lesquelles retomber dans le traitement et des options thérapeutiques à portée de main est un soulagement et une porte de sortie pour la frustration et la culpabilité ressenties au départ. Cela devrait également aider les médecins généralistes à pouvoir faire face aux patients atteints de fibromyalgie sans errer dans le diagnostic et surenchérir dans la thérapie.

11. Conclusions et discussion

Depuis le début du siècle dernier, la fibromyalgie a fait son chemin. Dans la littérature, on retrouve de plus en plus d'articles à son sujet. Elle interpelle et intéresse les différentes associations contre la douleur comme aux Etats-Unis ou au Canada, et prend tout doucement sa place dans les revues de rhumatologie en France et en Suisse par exemple. Cette affection, ce syndrome, cette maladie même depuis 2006 n'a pas dit son dernier mot. Bien qu'elle suscite le débat entre fibrosceptiques et fibroconvaincus, elle prend une place importante dans le cabinet du médecin généraliste.

Ainsi, cette frustration posée au départ a pu trouver des pistes d'explications dans le scepticisme généré par le manque d'objectivité de cette maladie. De même, la lassitude et l'agacement qui en découlent contribuent à donner à la fibromyalgie des reflets négatifs qui dérangent le médecin généraliste.

Ensuite, grâce à la lumière qui a été faite sur les critères diagnostiques de la fibromyalgie récemment mis à jour, on a pu dégager une certaine démarche pour que le médecin généraliste puisse rapidement, mais efficacement, poser, confirmer ou évaluer le diagnostic de fibromyalgie.

Troisièmement, une prise en charge multimodale et multidisciplinaire, facilement mise en place par le médecin généraliste, a été décrite : informations claires sur la fibromyalgie, patient autonome dans sa prise en charge, exercice physique, hydrothérapie, thérapie cognitivo-comportementale, traitement médicamenteux avec essentiellement tramadol, duloxetine et prégabaline sans AINS, opidoïdes forts et corticoïdes.

De plus, les rôles du médecin généraliste dans la prise en charge de la fibromyalgie ont été mis en exergue. Il est ainsi le coordinateur de la prise en charge, le garant de l'information que reçoit le patient, il se doit d'être à l'écoute du patient tout en recadrant celui-ci et en aménageant un temps de consultation suffisant. De même, il est le garant du traitement médicamenteux du patient, souvent modifié et victime de surenchère thérapeutique.

En outre, il existe différentes structures de prise en charge intégrée comme le Centre de Réadaptation Fonctionnelle ou des Cliniques de la Douleur qui proposent respectivement

aux patients soit un trajet de soins bien défini soit une attention toute particulière à la douleur via des molécules antalgiques.

Bien qu'ils ne nous aient pas encore tout dit, le diagnostic et la prise en charge se précisent. A nous, médecins généralistes, d'être sensibilisés à ce syndrome complexe qu'est la fibromyalgie pour pouvoir proposer à nos patients qui en souffrent, qu'elles que soient nos convictions, une prise en charge adéquate centrée sur ceux-ci.

12. Bibliographie

1. Haute Autorité de Santé (2008), *Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient.* Recommandations professionnelles, p.17. En ligne http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_argumentaire.pdf (consulté le 12/03/2013)
2. Centers for Disease Control and Prevention, *Chronic Fatigue Syndrome (CFS) : The 1994 Case Definition.* En ligne http://www.cdc.gov/cfs/case-definition/index.html (consulté le 28/04/2013)
3. Franck, N., *Personnalité histrionique.* Troubles de la personnalité, 32-34. En ligne http://lyon-sud.univ-lyon1.fr/servlet/com.univ.collaboratif.utils.LectureFichiergw?ID_FICHIER=1320402911211: (consulté le 28/04/2013)
4. Anciaux, B. (2011) *Question écrite n°5-1669 du 4 mars 2011*. Sénat de Belgique. En ligne http://www.senat.be/www/?MIval=/Vragen/SchriftelijkeVraag&LEG=5&NR=1669&LANG=fr (consulté le 18/03/2013)
5. Laroche, F., *Actualités de la fibromyalgie.* Revue du Rhumatisme, 2009. **76**: p. 529-536.
6. Mutualité Chrétienne, *Fibromyalgie : Un manque de reconnaissance ?* En ligne http://www.mc.be/maladies-traitements/fibromyalgie/index.jsp (consulté le 10/02/2013)
7. Dennis C. Turk, H.D.W. *Managing fibromyalgia : An update on diagnosis and treatment*. The Journal of Musculoskeletal Medicine 2009 17 octobre 2009 [cited 2009.
8. Wolfe, F., et al., *The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee.* Arthritis Rheum, 1990. **33**(2): p. 160-72.
9. Wolfe, F., et al., *The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity.* Arthritis Care Res (Hoboken), 2010. **62**(5): p. 600-10.
10. Belgrand, L. & So, A., *Critères de diagnostic de la fibromyalgie.* Revue Médicale Suisse, 2011. **7**: p. 604-8.
11. American Pain Society, *Guideline for the management of fibromyalgia syndrome pain in adults and chldren.* National Guideline Clearinghouse, 2005.
12. Carville, S.F., et al., *EULAR evidence-based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome.* Ann Rheum Dis, 2008. **67**(4): p. 536-41.
13. Laroche, F., *La fibromyalgie : quoi de neuf en 2012 ?* La lettre de l'Institut UPSA de la douleur, 2012. **38**: p. 1-16.
14. Burckhardt, C.S., *Multidisciplinary approaches for management of fibromyalgia.* Curr Pharm Des, 2006. **12**(1): p. 59-66.
15. Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), *Présentation de l'approche cognitivo-comportementale.* Psychothérapie - Trois approches évaluées, p. 169-180. En ligne http://lara.inist.fr/bitstream/handle/2332/1323/INSERM_psycho_part3.pdf%3Fsequence%3D4 (consulté le 30/03/2013)
16. Roussel, P. & Lumini, M., *Les thérapies cognitivo-comportementales dans la fibromyalgie : à propos d'un programme de prise en charge globale.* Fibromyalgie : de la physiopathologie au traitement, p. 15-16. En ligne http://s2.e-monsite.com/2010/01/20/6681993abstracts-30-octobre-2009-pdf.pdf: (consulté le 05/04/2013)
17. Langhorst, J., et al., *Efficacy of hydrotherapy in fibromyalgia syndrome--a meta-analysis of randomized controlled clinical trials.* Rheumatology (Oxford), 2009. **48**(9): p. 1155-9.
18. American Academy of Family Physicians (2010), *Algorithm for Symptom-Based Management of Fibromyalgia.* Fibromyalgia in Family Medicine : Challenges in Pain Management. En ligne http://www.aafplearninglink.org/Resources/Upload/File/AAFP-10-106-Algorithm-09-9-10.pdf (consulté le 23/03/2013)
19. Bennett, R.M., et al., *The Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR): validation and psychometric properties.* Arthritis Res Ther, 2009. **11**(4): p. R120.
20. La rédaction de la Revue Prescrire, *Syndrome polyalgique idiopathique diffus, alias fibromyalgie : une affection mal cernée et des traitements décevants.* La Revue Prescrire, 2008. **28**(300): p. 763-768.

Annexe 1

Questionnaire FiRST

	Oui	Non
Mes douleurs sont localisées partout dans tout mon corps		
Mes douleurs s'accompagnent d'une fatigue générale permanente		
Mes douleurs sont comme des brûlures, des décharges électriques ou des crampes		
Mes douleurs s'accompagnent d'autres sensations anormales comme des fourmillements, des picotements ou des sensations d'engourdissement, dans tout mon corps		
Mes douleurs s'accompagnent d'autres problèmes de santé comme des problèmes digestifs, des problèmes urinaires, des maux de tête, ou des impatiences dans les jambes		
Mes douleurs ont un retentissement important dans ma vie : en particulier, sur mon sommeil, ma capacité à me concentrer avec une impression de fonctionner au ralenti		

Références bibliographiques :

- Burckhardt CS, clark SR, Benett RM. Fibromyalgia and quality of life : a comparative analysis. J Rheumatology 1993 ; 20:475-9.
- Perrot S, Bouhassira D, Fermanian J. Cercle d'Etude de la Douleur en Rhumatologie. Development and validation of the Fibromyalgia Rapid Screening tool (FiRST). Pain. 2010 ; 150:250-6
- Perrot S, Dumont D, Guillemin F, Pouchot J, Coste J. For the French group of quality of life research. Quality of life in women with fibromyalgia syndrome : validation of the QIF, the French version of the fibromyalgia impact questionnaire. J Rheumatol 2003 ; 30:1054-59

Annexe 2 (1 de 2)

REVISED FIBROMYALGIA IMPACT QUESTIONNAIRE (FIQR)

Last Name: **First Name:** **Age:**

Directions: For each question, place an "X" in the box that best indicates how much your fibromyalgia made it difficult to do each of the following activities during the past 7 days

Brush or comb your hair	**No difficulty** ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	**Very difficult**
Walk continuously for 20 minutes	**No difficulty** ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	**Very difficult**
Prepare a homemade meal	**No difficulty** ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	**Very difficult**
Vacuum, scrub or sweep floors	**No difficulty** ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	**Very difficult**
Lift and carry a bag full of groceries	**No difficulty** ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	**Very difficult**
Climb one flight of stairs	**No difficulty** ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	**Very difficult**
Change bed sheets	**No difficulty** ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	**Very difficult**
Sit in a chair for 45 minutes	**No difficulty** ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	**Very difficult**
Go shopping for groceries	**No difficulty** ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	**Very difficult**

Function sub-total ☐
(for internal use only)

Directions: For each question, check the <u>one</u> box that best describes the overall impact of your fibromyalgia over the last 7 days:

Fibromyalgia prevented me from accomplishing goals for the week	**Never** ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ **Always**
I was completely overwhelmed by my fibromyalgia symptoms	**Never** ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ **Always**

Overall Impact sub-total ☐
(for internal use only)

Annexe 2 (2 de 2)

Directions: For each of the following 10 questions, select the one circle that best indicates the intensity of your fibromyalgia symptoms over the past 7 days

Please rate your level of pain	**No pain**	**Unbearable pain**
Please rate your level of energy	**Lots of energy**	**No energy**
Please rate your level of stiffness	**No stiffness**	**Severe stiffness**
Please rate the quality of your sleep	**Awoke well rested**	**Awoke very tired**
Please rate your level of depression	**No depression**	**Very depressed**
Please rate your level of memory problems	**Good memory**	**Very poor memory**
Please rate your level of anxiety	**Not anxious**	**Very anxious**
Please rate your level of tenderness to touch	**No tenderness**	**Very tender**
Please rate your level of balance problems	**No imbalance**	**Severe imbalance**
Please rate your level of sensitivity to loud noises, bright lights, odors and cold	**No sensitivity**	**Extreme sensitivity**

Symptom sub-total
(for internal use only)

FIQR TOTAL SCORE
(for internal use only)

Annexe 3

Liste Européenne d'évaluation de la fibromyalgie

(E.L.F.E. : European List on Fibromyalgia Evaluation)

SCORE D'EVALUATION

NOM :
Prénom :
Date de naissance :
Ménopause : ❑ Traitée ❑ Non traitée
Usage excessif : ❑ Café ❑ Tabac ❑ Alcool

I - Inclusion :
A) Douleurs (+ de 3 sites, + de 3 mois) **AF** ❑ **TP** ❑ B) Points tendineux (+ de 10 sur 18 sites douloureux)

II - Orientation :
HO ❑ Hypothyroïdie Traitée ❑ Traitée avec peu d'amélioration ❑ Non Traitée ❑
CFS ❑ Syndrome clinique et/ou biologique d'infection Points gâchettes typique et répertoriés ❑ **MPS**

III -Information sur la fibromyalgie (FM) :
Epaule douloureuse ❑ Vessie irritable ❑ Paresthésies ❑ Céphalées ❑ autre :
Poussée aiguë FM ❑ Progressive ❑ Forma familiale ❑ Avant puberté ❑ Après ménopause ❑
Après traumatisme physique ❑ Traumatisme psychologique ❑ Origine infectieuse ❑ Autre :
Intolérance exercice ❑ Exercice ❑ Limitation exercice ❑
Difficultés concentration ❑ Tendance à l'isolement ❑ Souffrance psychologique ❑
Congé maladie + de 6 mois ❑ Incapacité notifiée ❑ Limitation travaux ménagers ❑
Douleurs régionales ❑ Douleurs diffuses musculaires ❑ Douleurs ensemble du corps ❑

IV - Evaluation (score de 0 à 10 sur échelles analogiques et score du médecin à droite) :

		0 10	
1)	Douleur	.....	→ ⬭
2)	Fatigue	.....	→ ▭
3)	Contracture	.....	→ ▭
4)	Troubles sommeil	.....	→ ▭
5)	Anxiété	.....	→ ▭
6)	Dépression	.....	→ ▭
7)	Index Qualité Vie	.....	→ ⬭

* Score médical de sévérité (0 à 10) → ⬭
* Nombre de points gâchettes : ..... Nombre de points Terdineux → ⬭
* Affaiblissement aptitudes physiques : Mâcher ❑ Soulever un poids ❑ Agripper ❑
* Accélération Pouls en posture (%) ..... Tension artérielle douloureuse → ⬭
Observations cliniques :
.....
.....
Analyses Biologiques : .....
.....