

MISE AU POINT FIBROMYALGIE

Patrick Sichère- Paris-Saint-Denis

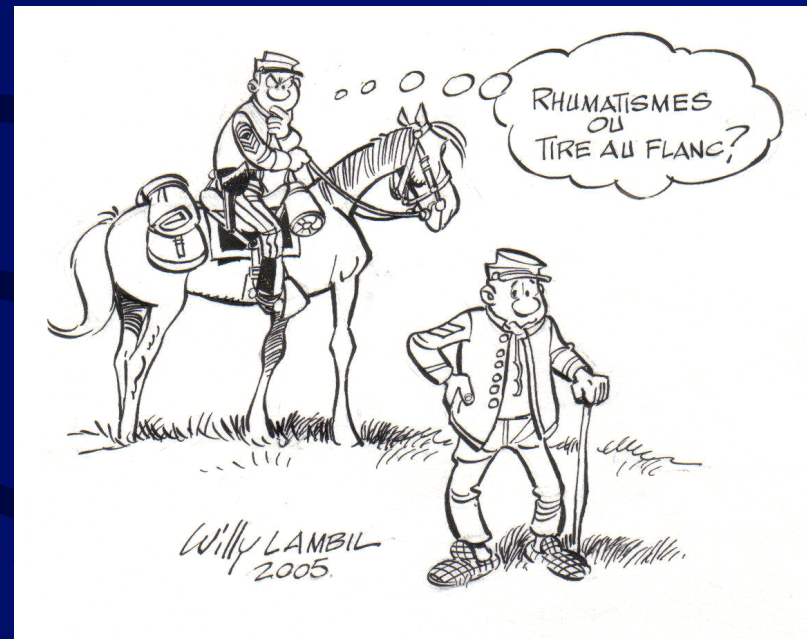
CONFLIT D'INTERET

- Conseiller scientifique pour le groupe *Thermes Adour* (Dax)



« J'AI MAL PARTOUT ! » FM = FREQUENCE : 1 à 6% pop.

- DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS...
- FIBROMYALGIE CONCOMITANTE (fréquence si Rhum Inflam : 30%)
- DIAGNOSTIC D'ELIMINATION ?
- CONTEXTE DE DOULEUR PERSISTANTE BENIGNE...



UN PROBLEME DE COMMUNICATION

- Douleur est un symptôme subjectif
- Difficile à décrire
- Variable (66,9%), imprévisible (57,1%)
fibromyalgieSOS, 2015
- Envahissante, anxiété, dépression
- Expression fonction de son éducation, de son passé, sa religion
- Dimension émotionnelle

PROBLEME RELATIONNEL

- VOUS NE GUERIREZ PAS
- VOUS ETES DEPRIMES
- APPRENEZ A VIVRE AVEC
- JE VOUS PLAINS
- N' Y PENSEZ PAS
- C' EST DANS LA TETE
- FAUTEUIL ROULANT



Expressions insultantes et douleurs

- « C'est dans la tête »
93%
- « Hystérique » 52%
- « Psychosomatique »
42 %

Stone, BMJ, 2004



PROBLEME DE RETENTISSEMENT

- Physique
- Psychologique
- Socio-professionnel
- Familial, conjugal
- Comportemental (*F. Boureau*)
- Financier : 41,7% prof./67,3% dépenses

Déroulement de la première consultation

- Entendre et confirmer le diagnostic
- Quelques explications sur le mécanisme
- Déceler certains profils
- Orienter les thérapeutiques

CRITERES DIAGNOSTIQUES

- DOULEUR NOCIPLASTIQUE :
- ALLODYNIE
- HYPERALGESIE
- 11 points sur 18 : Occiput, cervical bas, trapèze, sus-épineux, jonction chondro-sternale, épicondyle, fessier, grand trochanter, genou (*ACR 90*)
- *Au moins 4 de 5 régions anatomiques (2 membres inférieurs, 2 membres supérieurs et douleurs axiales)2016*
- Critères ACR(2010-2011): stress, fatigue, sommeil, thymie, dépression.
- FIRST/QIF



FORMES AVEC COMORBIDITE PHYSIQUE /NOCIPLASTIQUE

- SADAM
- SYNDROME FIBROMYALGIQUE
- SYNDROME DU COLON IRRITABLE
- CEPHALEES CHRONIQUES
- CYSTITES INTERSTITIELLES
- DOULEURS PELVIENNES CHRONIQUES
- ACOUPHENES CHRONIQUES
- SYNDROME POST COUP DE FOUET CERVICAL
- VULVODYNIE (*Diatchenko , 2006, Yunus, 2012*))

FORMES CLINIQUES

- FORME TYPIQUE
- FORMES AVEC COMORBIDITE PHYSIQUE
- FORMES AVEC COMORBIDITE MENTALE
- FORMES POST-TRAUMATIQUES
- FORME AVEC CATASTROPHISME
- FORME FAMILIALE (*SFETD 2009*)
- FORME JUVENILE : syndrome dépressif, 97p sur 8 ans (*Kashikar-Zuck, Pain, fev 2019*)

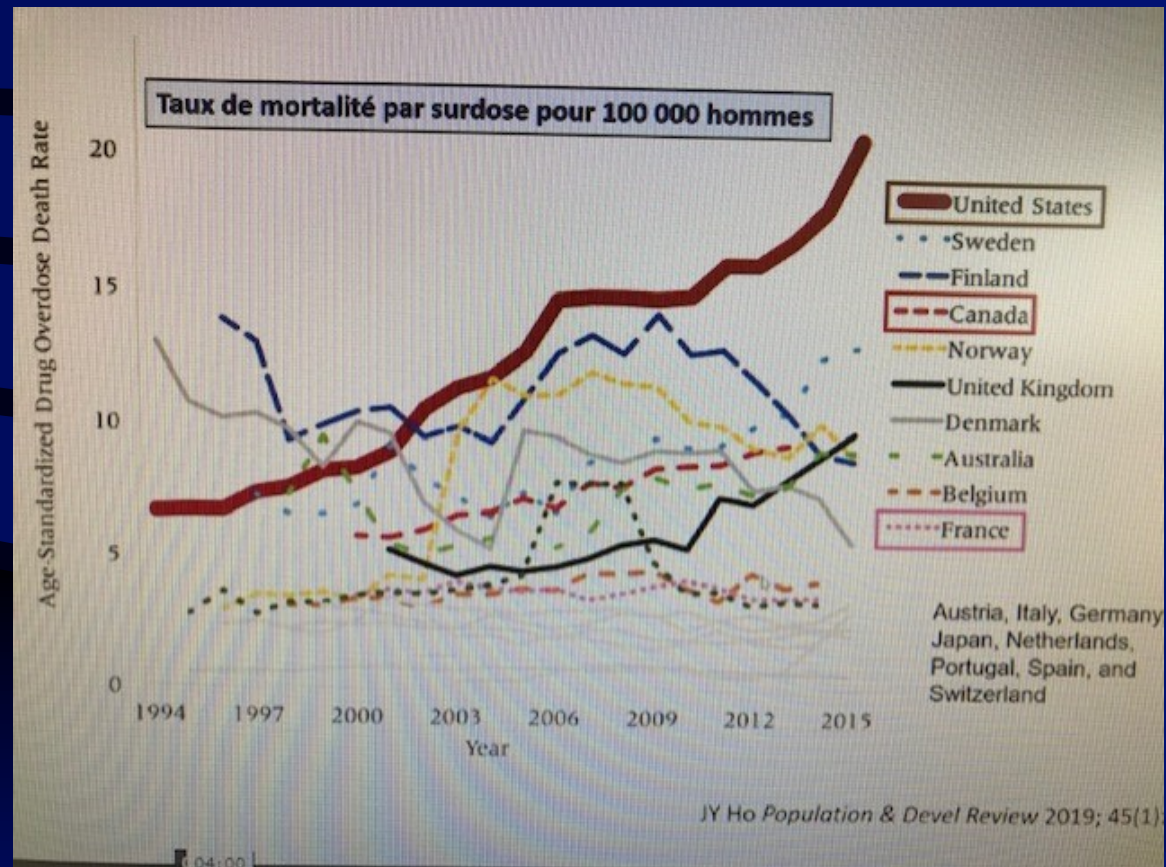
FIBROMYALGIE CONCOMITANTE

- Syndrome sec de Gougerot-Houwers-Sjögren : 22%
(*Ostuni, 2002*)
- Lupus =connectivites : 28,2% (*Fan, 2015*)
- Polyarthrite Rhumatoïde : 10-20% (*Lee.2011*) (*Fan, 7,7%*),
facteur de résistance au tt médical (*Rekik, 2015*) 20 à 25%
(*Winthrop, Ann Rheum Dis,2019*)
- Rhumatisme psoriasique (*Marchesoni, 2010*)
- **Spondylarthrite : HLA B 27 : 6%** (*Maugars 2010, Wach 2015 :prévalence 17,5%*)
- Sclérodermie
- Hépatites virales, Parvovirus, Herpès, SIDA, leptospirose, HTL V1 (*Cruz, J.Rheumat.2006*) Hypothyroïdie

9 RECOMMANDATIONS DE L'EULAR 2016

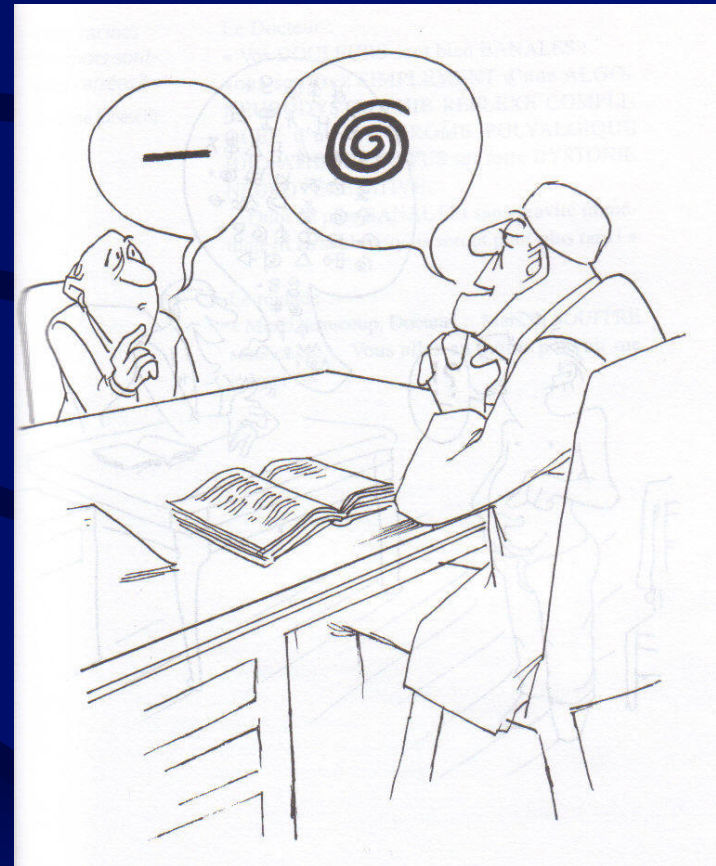
- 1. Évaluation globale de la douleur, de la fonction et du contexte psycho-social...
- 2. Traitement = approche multidisciplinaire associant traitements médicamenteux et non médicamenteux...
- 3. Bains en eau chaude avec ou sans exercices...
- 4. Programmes d'exercices individualisés...
- 5. Thérapies cognitives et comportementales...

Traitements médicamenteux, crise des opioïdes : hypersensibilité et allodynie



Ecouter, examiner, informer, négocier, parlementer = Traiter

- DIAGNOSTIC « un moyen d'adoucir les maladies, est souvent d'en adoucir le nom. » Montaigne
- Stop aux examens complémentaires
- EVALUATION
- PARTICIPATION
- Rôle du conjoint (55%) et des enfants (43,3%) de la famille (Hayaki, IASP, 2016)
- PLURIDISCIPLINARITE
- RESEAU DOULEUR (LCD)
- BROCHURE/
INFORMATIONRELATION
MEDECIN : 60%



TRAITEMENTS NON PHARMACOLOGIQUES

- **Objectifs** : lutter contre la kinésiophobie, redonner confiance, planifier LES ACTIVITES PHYSIQUES REGULIERES = 1er TRAITEMENT DE LA FM

Guide MEDICOSPORT (internet)

- Education thérapeutique : 6,8%
- TENS : (*Dailey, Arthritis, 2019*) neurofeedback
- Yoga , Pilates, Tai-chi, marche nordique...
- CURES thermales (23,9%)
- Relaxation : 36% (TCC)
- Hypnose : 17,7% stratégies individualisées (*comparaison relaxation-hypnose, Castel A et al. European Journal of pain, 2006, Eular, 2016, Thompson, neuroscience,2019*)
- Acupuncture (*5 essais randomisés, Mayhew E, Rheumatology, 2007*)
- Régimes alimentaires : 72,3% (*fibromyalgias, 2015*) Pas de preuves suffisantes (*Rhumatos2019*)
- Ostéopathie : pas d'effet (*Laroche, SFETD, 2020*)

ACTIVITE PHYSIQUE : BÉNÉFICES ATTENDUS DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DOULOUREUX CHRONIQUES

DOULEUR CHRONIQUE  ACTIVITE PHYSIQUE

- Déconditionnement
 - Anxiété
 - Dépression
 - Diminution de la qualité de vie.
 - Fatigue
- Augmente la masse musculaire
 - Augmente endurance flexibilité
 - Amélioration de la forme physique
 - Meilleur contrôle de l'intensité de la douleur
 - Diminue les troubles du sommeil
 - Réduction de la sensation de fatigue

ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SPORTIVE: MÉCANISMES D'ACTION CHEZ LES PATIENTS AYANT DES DOULEURS MUSCULOSQUELETTIQUES

- **Reconditionnement à l'effort**
- **Action antalgique propre (production endorphines et neuromédiateurs sérotonine, GABA, endocannabinoïdes , noradrénaline, cortisol, hormone de croissance....)**
- **Amélioration des propriétés musculaires (extensibilité, force, proprioception: amélioration de la stabilité et protection articulaire**
- **Meilleur équilibre catabolisme et anabolisme des cellules chondrales et osseuses: lutte contre lésions cartilagineuses et résorption osseuse**
- **Contrôle du poids**
- **Rôle intégratif psychosocial**

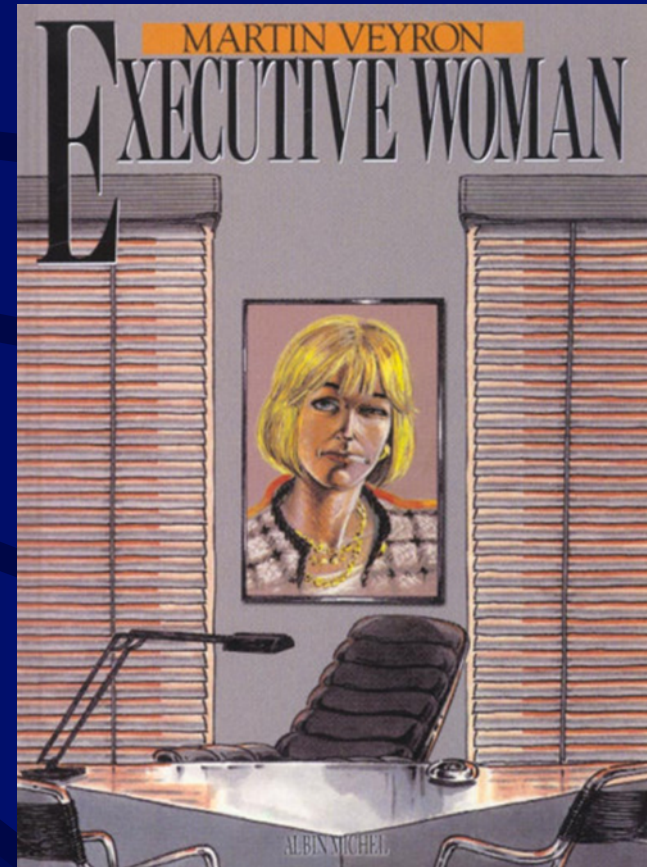
CONTRAT PATIENT PARTENAIRE (Coping)

- *CHANGEMENTS DE COMPORTEMENT*
- Ce n'est pas dans la tête, pas responsable
- Il y a toujours quelque chose à faire (coping)
- Douleur fatigue, épuise, on ne peut pas toujours tout maîtriser, limites
- Organiser la vie malgré la douleur (coping)
- Penser autrement, agir différemment : ennemi = la sédentarité

APPROCHE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE

- Acceptation de la douleur (*McCracken and al, Pain 2004*)
- Efficacité personnelle à renforcer (coping) (*Meredith, Pain 2006*)
- Ergonomie donc fragmenter (*Vlaeyen and al. Clinical J of Pain, 2005*)
- Attentes : efficacité thérapeutique x 5 (*Kalauokalani and al. Spine 2001*)
- Motivation dépend des croyances du patient et du médecin (*Poiraudeau et coll. Rheumatology, 2006*)
- **Le sommeil** (*Neumann, IASP, 2016, Climent-Sanz, IASP, 2016*)

= qualité de vie plus que intensité de la douleur et des symptômes anxio-dépressifs (*Lemaire et coll. SFETD, nov.2007*)



THERMALISME :

recommandations EULAR 2016

- Priorité à la prise en charge non pharmacologique (2)
- + bains en eau chaude (3)
- + exercices physiques (4)
- + reconditionnement à l'effort (5)
- sophrologie (6)
- + rééducation (6)
- = 6 recommandations Eular sur 9, basées sur des études scientifiques



THERMALISME

- SOINS THERMAUX : 3 semaines
- EDUCATION THERAPEUTIQUE :
 - -Acquérir des compétences à propos de la fibromyalgie
 - -Comprendre l'intérêt de l'activité physique régulière (analyser ses craintes, ses limites en la matière, son effet antalgique, reprendre confiance en son corps)
 - -Comment mettre en pratique cette activité et la planifier dans le temps
- ACTIVITES ADAPTEES (parcours de santé, relaxation, musicothérapie, groupes de parole, etc.)

= Etude FIETT, Fibr'eaux (Dax, 2014-2016)



ATELIERS ETP

- comprendre sa maladie
- vivre avec sa maladie (« moi et les autres »)
- « gérer » la douleur et le stress
- bien dormir
- comment bien utiliser les médicaments
- participer à un groupe de paroles
- pratiquer une activité physique adaptée à partir d'un entretien individuel avec le médecin thermal et l'éducateur sportif.
- participation aux activités physiques selon un programme personnalisé.



THERAPEUTIQUES EN COURS D'EVALUATION

- STIMULATION MAGNETIQUE TRANSCRANIENNE :
rTMS (*Brasseur, 2004/ Tanwar, IASP, 2016/SFETD, 2020*) : *champ magnétique pénètre à 2, 3cm de profondeur et stimule les fibres de passage reliant les zones corticales les unes aux autres, effet endorphinique, de longue durée, de diffusion et cumulatif, sur douleur, fatigue, troubles du sommeil*
- STIMULATION CORTICALE : pas d'études
- STIMULATION ELECTRIQUE TRANSCRANIENNE
- KETAMINE
- MUSICOTHERAPIE
- Association de patients : 8,3%

CONCLUSION

- CONCEPT BIO-PSYCHO-SOCIAL
- PLURIFACTORIEL
- FIBROMYALGIE CONCOMITANTE
- SYNDROME FIBROMYALGIQUE
- PLURI-DISCIPLINAIRE
(centres de la douleur, réseaux)

