



CE QU'IL FAUT EN SAVOIR AUJOURD'HUI

Dr Philippe Mauclet

Beaucoup de cliniciens continuent à jeter sur la fibromyalgie un regard dubitatif. Des experts internationaux se sont toutefois efforcés de la caractériser. En témoignent notamment les critères diagnostiques définis par l'*American College of Rheumatology*.

Guidés par le Docteur Étienne Masquelier (Médecine physique et réadaptation, Centre de Référence Multidisciplinaire de La Douleur Chronique, CHU Mont-Godinne), nous avons voulu faire le point sur les connaissances relatives à cette entité complexe. Comment la dépister? Comment en confirmer le diagnostic? Quelle place accorder aux questionnaires?

Des examens paracliniques sont-ils utiles? Quels en sont les traitements validés?...

Apporter une réponse à toutes ces questions sur la base des données de la littérature est probablement une étape incontournable pour tous ceux qui souhaitent à la fois adopter une attitude conforme aux connaissances actuelles et contribuer au mieux-être des patients.

Commençons par préciser que cet article a été rédigé sur la base d'un rapport d'experts réunis par l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale). En France, l'Inserm a pour mission de faire la synthèse des données scientifiques concernant une pathologie. La démarche est entreprise à la demande d'institutions comme les ministères, les organismes d'assurance maladie ou encore les agences sanitaires souhaitant disposer de ces données scientifiques pour leur processus décisionnel en termes de santé publique.

La synthèse de l'Inserm sur la fibromyalgie (1) s'appuie sur toutes les publications de ces 10 dernières années concernant la fibromyalgie. Pas moins de 1.600 documents issus de 12 bases de données ont été retenus par les experts dans l'élaboration de leur synthèse. Le Docteur Étienne Masquelier (Cliniques Universitaires UCL Mont-Godinne) a joué un rôle important dans ce travail.

ALGIES POLYMORPHES

Sur le plan épidémiologique, les auteurs d'une méta-analyse publiée en 2017 évaluent la prévalence de la maladie à 1,78% (2). Les manifestations de la fibromyalgie sont multiples. La douleur constitue un signe d'appel, mais elle peut prendre différentes formes. Il s'agit souvent de **douleurs chroniques diffuses**, c'est-à-dire présentes depuis plus de 3 mois, spontanées, localisées aux muscles, aux tendons et aux articulations. Si la majorité des patients parlent de «douleur dans tout le corps», certains d'entre eux évoquent plutôt des douleurs multifocales, parfois migrantes, localisées préférentiellement dans certaines zones telles que les épaules, les bras, les mains, le dos ou encore les cuisses. Ces douleurs peuvent avoir un caractère pulsatile ou lancinant. Le caractère chronique est évoqué par la majorité des patients, mais certains mentionnent des crises, des exacerbations, secondaires à un stress, un sommeil altéré, un dépassement des limites ou encore un changement climatique. Le tableau clinique peut par ailleurs être dominé par des paresthésies, des dysesthésies, ou encore une hypersensibilité à la lumière ou au bruit...

DES DOULEURS, MAIS PAS SEULEMENT

Une **fatigue persistante** est mentionnée par environ trois quarts des patients. Elle peut être influencée par l'intensité de la douleur, la souffrance psychologique, les **troubles du sommeil**... Ces derniers sont observés chez 62 à 95% des patients. Le sommeil est souvent qualifié de peu profond, de non réparateur. L'altération diffère de celle rencontrée dans la dépression. La dépression est en effet caractérisée par un raccourcissement d'apparition de la première phase de sommeil paradoxal et par un réveil précoce, alors que dans le cas de la fibromyalgie, le trouble est plutôt dominé par le caractère fragmenté et non réparateur. La coexistence avec d'autres troubles du sommeil, plus particulièrement le syndrome des jambes sans repos et le syndrome d'apnées du sommeil, est fréquente.

Des **manifestations anxio-dépressives** sont rapportées par 60 à 85% des patients. Dans la littérature, ces manifestations sont identifiées sur la base de questionnaires standardisés, comme le HAD (*Hospital Anxiety Depression*), qui peuvent déceler certains signes évocateurs d'un trouble de l'humeur, mais qui ne permettent pas de conclure à l'existence avérée d'un tel trouble.

Des difficultés de concentration et d'attention sont mentionnées par environ trois quarts des patients. D'aucuns parlent de trous de mémoire, d'esprit peu clair... Ces **troubles cognitifs** sont jugés plus sévères par les patients qu'ils ne le sont sur la base de tests cognitifs.

Enfin, la **condition physique** est souvent **altérée**, dans plusieurs de ses composantes: capacité cardio-respiratoire, force musculaire, souplesse dans les articulations... Il s'ensuit une diminution des activités pouvant aller jusqu'à une réduction des capacités motrices, une kinésiophobie, voire un besoin d'assistance.

LES CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE L'ACR

L'*American College of Rheumatology* (ACR) a défini des critères de classification et de diagnostic qui se sont affinés au fil du temps. Les critères de 1990 mentionnent des douleurs diffuses (hémicorps supérieur, hémicorps inférieur et axiales), ainsi que des douleurs provoquées par la pression à 11 endroits prédéfinis de la surface corporelle et traduisant une allodynie de pression.

Élaborés avec soin et rigueur, les critères ACR semblent peu connus par les médecins.

Les critères ACR 2016 (3) parlent de zones douloureuses plutôt que de points douloureux à la pression, dont l'évaluation standardisée et objective s'avérerait difficile et peu aisée en pratique courante. Les critères 2016 comprennent par ailleurs un index des douleurs diffuses et une échelle de sévérité des symptômes. L'index des douleurs diffuses est un relevé du nombre de zones prédéfinies dans lesquelles le patient a éprouvé une douleur au cours de la dernière semaine.

Ces critères élargissent les manifestations prises en compte, puisque le score de sévérité des symptômes est établi en considérant la fatigue, le sommeil non réparateur, les troubles cognitifs, les maux de tête, les douleurs abdominales et la dépression. On peut ainsi déterminer la sévérité de la fibromyalgie. Élaborés avec soin et rigueur, les critères ACR semblent peu connus par les médecins, qui préfèrent souvent se baser sur leur expérience clinique, d'aucuns jugeant par ailleurs ces critères trop complexes pour une utilisation au quotidien.

Enfin, l'*International Association for the Study of Pain* et l'Organisation Mondiale de la Santé travaillent actuellement à une actualisation de la classification des maladies. Cette 11^e révision de l'*International Classification of Diseases 11th Revision* fera la différence entre les douleurs chroniques primaires et secondaires. La fibromyalgie fera partie du groupe des douleurs chroniques primaires, comme la migraine ou le syndrome de l'intestin irritable. Il s'agit d'une étape importante dans la manière de considérer ces affections, en reconnaissant pleinement leur existence et leur réalité, même si les mécanismes physiopathologiques sous-jacents ne sont pas complètement élucidés.

LES QUESTIONNAIRES FIRST ET FIQ

Plusieurs questionnaires validés sont également disponibles, parmi lesquels l'auto-questionnaire FiRST (*Fibromyalgia Rapid Screening Tool*) suscite beaucoup d'intérêt (4). Il comporte 6 questions visant à déterminer la présence de douleurs diffuses et à en préciser le type (brûlure, piquûre ou autre), ainsi qu'à rechercher l'existence d'une fatigue, de sensations anormales non douloureuses, de troubles du sommeil, de troubles cognitifs ou de différents symptômes associés. Simple et rapide, le questionnaire FiRST semble particulièrement indiqué comme outil de dépistage.

Le FIQ quant à lui (*Fibromyalgia Impact Questionnaire*) porte sur les domaines de la santé susceptibles d'être affectés par la fibromyalgie. Il est toutefois imparfait, et sa version révisée (FIQ-R) n'a pas été validée. Le FIQ et le FIQ R sont des échelles évaluant la qualité de vie.

Simple et rapide, le questionnaire FiRST semble particulièrement indiqué comme outil de dépistage.

QUELLE PLACE POUR LES EXAMENS BIOLOGIQUES?

Il n'existe pas de biomarqueur permettant de conforter une suspicion diagnostique de fibromyalgie en pratique quotidienne. Il est toutefois utile de réaliser un examen biologique standard dans le but d'exclure une autre pathologie: affection endocrinienne ou métabolique, rhumatisme inflammatoire, maladie auto-immune... En termes de stratégie diagnostique, ajoutons que la fibromyalgie fait partie des syndromes dits de sensibilisation centrale (*Chronic Overlapping Pain Conditions*), parmi lesquels figurent aussi la syndrome de l'intestin irritable, la migraine chronique, certaines lombalgies chroniques, la vulvodynie... Toutes ces entités peuvent être associées à la fibromyalgie.

PHYSIOPATHOLOGIE

Les données de la littérature sur la physiopathologie de la fibromyalgie reposent principalement sur les recherches entreprises pour mieux comprendre la douleur. Deux hypothèses, potentiellement complémentaires, sont évoquées. L'une fait de la fibromyalgie une pathologie du système nerveux central, l'autre un trouble du système nerveux périphérique et/ou des muscles squelettiques.

Selon la première hypothèse, la fibromyalgie est associée à une altération des systèmes de modulation de la douleur et à une sensibilisation centrale. Les systèmes de modulation exercent une action inhibitrice ou facilitatrice sur la transmission neuronale de la douleur. Il existerait chez les patients souffrant de fibromyalgie une diminution de l'activité du système inhibiteur qui descend du tronc cérébral à la moelle épinière. L'hypersensibilité à la douleur observée dans la fibromyalgie pourrait également être favorisée par une sensibilisation centrale entraînant une hyperexcitabilité des neurones nociceptifs. Ces phénomènes auraient pour conséquence que la douleur est provoquée par des stimulations plus légères que celles qui la déclenchent dans des conditions normales. À cela s'ajoutent le rôle possible du système hypothalamo-hypophysio-surrénalien et celui du système sympathique. En effet, la répétition des stress physiques et psychologiques

entraînerait une dysfonction de ces deux systèmes impliqués dans la réponse au stress et connectés aux structures centrales impliquées dans la perception de la douleur.

Enfin, des altérations du système nerveux périphérique ont également été identifiées. D'aucuns ont ainsi avancé l'hypothèse que la fibromyalgie serait liée à une neuropathie atypique des petites fibres, plus précisément des fibres nerveuses sensibles A-delta et C. Ce concept est toutefois débattu, notamment sur la base d'observations révélées par les potentiels évoqués laser. Les potentiels évoqués laser sont obtenus en appliquant une stimulation thermique sur la peau. Ils sont considérés comme une méthode fiable pour évaluer la réaction douloureuse à la chaleur, réaction dans laquelle les petites fibres jouent un rôle important. Le laser active en effet de façon spécifique les fibres A-delta. Une étude rétrospective portant sur 92 sujets n'a décelé aucune anomalie de la perception de la douleur éveillée par des stimuli thermiques et évaluée par potentiels évoqués laser chez les patients souffrant de fibromyalgie (5).

FIBROMYALGIE ET MODÈLE BIO-PSYCHOSOCIAL DE LA SANTÉ

La fibromyalgie est liée à la fois à des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Elle s'inscrit dans le modèle bio-psychosocial de la santé selon lequel les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sont à considérer ensemble dans un système de causalités, complexes, multiples et circulaires (6).

Les facteurs psychologiques susceptibles de favoriser la fibromyalgie sont de 3 types:

- des facteurs contextuels et relationnels, comme un dysfonctionnement familial durant l'enfance ou des parents anxieux et autoritaires;
- des facteurs de personnalité, comme un évitement du danger, la peur du changement ou encore un équilibre affectif précaire;
- des facteurs perceptifs et cognitifs, comme une hypervigilance vis-à-vis des stimuli négatifs ou une difficulté à identifier et exprimer ses émotions.

Deux hypothèses sur la physiopathologie de la fibromyalgie, potentiellement complémentaires, sont évoquées.

Plusieurs auteurs mentionnent le rôle possible d'une «hyperactivité pré-morbide» comme facteur favorisant la fibromyalgie. Ce concept demeure mal précisé. On considère qu'il s'apparente à un degré excessif d'activité. Dans certains cas, il est associé à un manque de préoccupation pour les besoins corporels de base (en termes de repos ou de sommeil, d'alimentation, d'adaptation du niveau d'activité en cas de maladie ou encore de passage par les toilettes lorsque ce dernier s'avère nécessaire), et cette caractéristique pourrait constituer un facteur de risque d'apparition de la fibromyalgie (7).

La fibromyalgie altère non seulement la qualité de vie, mais a également un impact familial et social: marginalisation, entrave à l'épanouissement de bonnes relations au sein de la cellule familiale, frein dans les activités sociales... La maladie peut mettre en péril la poursuite de l'activité professionnelle si les conditions de travail ne sont pas adaptées. Le maintien de l'activité professionnelle est potentiellement associé à une amélioration de la santé des personnes souffrant de fibromyalgie, mais des conditions de travail inappropriées, favorisant par exemple la survenue de troubles musculo-squelettiques, peuvent révéler ou aggraver la maladie.

COMMENT TRAITER?

La difficulté de relier la fibromyalgie à une étiologie organique clairement établie peut pousser certains à mettre en doute les plaintes des patients. Des symptômes médicalement inexplicables deviennent ainsi médicalement suspects. Certains patients doivent dès lors se battre pour être reconnus malades. La **relation thérapeutique** est donc primordiale. Beaucoup de patients ont un passé d'errance médicale, et l'arrivée du diagnostic constitue pour eux une sorte de soulagement. Le diagnostic s'apparente à une reconnaissance de leur expérience de la douleur et marque le début d'un parcours de soins. L'effet bénéfique de ce «moment fondateur» peut toutefois s'estomper si la situation n'évolue pas favorablement, voire s'altère.

Plusieurs sociétés savantes, parmi lesquelles figure l'EULAR (*European League Against Rheumatism*) ont publié des recommandations sur le traitement de la fibromyalgie. L'EULAR préconise un traitement non pharmacologique, comme l'activité physique adaptée, les thérapies cognitivo-comportementales et l'éducation du patient en 1^{ère} ligne, avec un recours à certains médicaments en 2^e ligne (8).

L'éducation a pour objectif d'aider les patients à comprendre la maladie afin qu'ils puissent devenir acteurs de leur santé. Elle vise à entendre les attentes des patients, à évoquer les objectifs thérapeutiques et à accroître la probabilité d'adhésion au programme de traitement.

Les experts soulignent l'importance d'un traitement pharmacologique ciblé, utilisé avec parcimonie, plutôt dans les cas sévères.

L'éducation aide les sujets souffrant de fibromyalgie à développer des stratégies d'ajustement leur permettant de trouver la réponse la plus appropriée à leurs symptômes. Elle s'inspire du modèle bio-psychosocial de la santé évoqué plus haut (6).

Une **activité physique adaptée** est un pilier thérapeutique. La marche est reconnue comme une option efficace et sûre. Les exercices de résistance requièrent un programme personnalisé, et les schémas à mettre en place chez les individus souffrant de fibromyalgie ne sont pas clairement définis. Il est en tout cas important que l'activité physique tienne compte du rythme de vie du patient, en cherchant à adopter le rythme le plus approprié et en se basant sur le concept d'*activity pacing*. Faire accepter au patient la nécessité de diminuer son degré d'activité pour accéder à un mieux-être fait souvent partie de la démarche thérapeutique. Sur ce point, la stratégie indiquée dans la fibromyalgie rejoint celle qui est de mise en cas de burn-out.

Il convient également de tenir compte d'une diminution possible du seuil de la douleur. Une étude a ainsi comparé la perception d'un effort sous-maximal sur cycloergomètre chez des patientes atteintes de fibromyalgie et chez des femmes contrôles. La perception de l'effort était évaluée par l'échelle de Borg, allant de 0 (perception nulle) à 10 (perception maximale). Les résultats de cette étude indiquent que la perception de l'effort est significativement augmentée en cas de fibromyalgie, et ce pour une capacité aérobie comparable (9).

Les psychothérapies sont multiples et peuvent améliorer de manière significative l'état de santé des patients souffrant de fibromyalgie. Les **thérapies cognitivo-comportementales**, qui ont fait l'objet d'un grand nombre de publications, sont une option fréquente.

Les **médicaments** mentionnés dans la littérature sont nombreux: antiépileptiques – en particulier la prégabaline –, antidépresseurs – tels qu'amitriptyline, inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine –, anti-inflammatoires non stéroïdiens, paracétamol, tramadol, psychotropes... Les experts soulignent l'importance d'un

traitement pharmacologique ciblé, utilisé avec parcimonie, plutôt dans les cas sévères. L'impact de ce traitement varie selon les patients. L'efficacité et le rapport bénéfices/risques du traitement entrepris sont à réévaluer régulièrement.

Les opioïdes sont à éviter. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont à réserver aux situations post-traumatiques aiguës. Ils peuvent être envisagés en cas de résurgence transitoire des douleurs. Certaines benzodiazépines peuvent s'avérer utiles pour des cas spécifiques, assez rares, en sachant que peu d'entre elles ont une action purement myorelaxante et en gardant à l'esprit le risque de dépendance. La tizanidine est un agoniste alpha-2 adrénergique. Elle peut parfois présenter un intérêt en raison de son effet myorelaxant central. La combinaison de tramadol et de paracétamol peut également être utile, de manière ponctuelle, par exemple en cas de circonstances un peu inhabituelles susceptibles de mettre à mal les autres outils thérapeutiques mis en place. D'autres voies sont explorées, comme celle des antagonistes des récepteurs N-Méthyl-D Aspartate (NMDA) impliqués dans les mécanismes de sensibilisation centrale à la douleur (10).

Enfin, le réseau social et le soutien des proches peuvent se révéler très profitables. Le partage d'expériences et l'entraide que procurent les associations de malades constituent parfois une sorte de contre-pouvoir vis-à-vis des doutes manifestés par une partie du corps médical. ■

Références

1. Inserm. Fibromyalgie. Collection Expertise collective. Montrouge: EDP Sciences, 2020.
2. Heidari F, Afshari M, Moosazadeh M. Prevalence of fibromyalgia in general population and patients, a systematic review and meta-analysis, *Rheumatol Int* 2017;37:1527-39.
3. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, et al. *Semin Arthritis Rheum* 2016;46:319-29.
4. Perrot S, Bouhassira D, Fermanian J. Development and validation of the Fibromyalgia Rapid Screening Tool (FIRST). *Pain* 2010;150:250-8.
5. Van Assche DCF, Plaghki L, Masquelier E, Hatem SM. Fibromyalgia syndrome-A laser-evoked potentials study unresponsive of small nerve fibre involvement. *Eur J Pain* 2020; 24:448-56.
6. Engel G. Sounding board. The biopsychosocial model and medical education. Who are to be the teachers? *N Engl J Med* 1982;306:802-5.
7. Grisart J, Scaillet N, Michaux M, Masquelier E, Fantini C, Luminet O. Determinants of representational and behavioral hyperactivity in patients with fibromyalgia syndrome. *Journal of Health Psychology* 2020;25:1128-37.
8. Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, et al. *Ann Rheum Dis* 2017;76:318-28.
9. Nielens, H, Boisset V, Masquelier E. Fitness and perceived exertion in patients with fibromyalgia syndrome. *The Clinical Journal of Pain* 2000;16:209-13.
10. Olivan-Blaquez B, Herrera-Mercadal P, Puebla-Guedea M, et al. Efficacy of memantine in the treatment of fibromyalgia: A double-blind, randomised, controlled trial with 6-month follow-up. *Pain* 2014;155:2517-25.