



HAL
open science

Prise en charge de la douleur dans la fibromyalgie

Jean-Pierre Alibeu

► To cite this version:

Jean-Pierre Alibeu. Prise en charge de la douleur dans la fibromyalgie. Pratiques en Nutrition : santé et alimentation, 2018, 14, pp.22 - 25. <10.1016/j.pranut.2018.03.005>. <hal-03487597>

HAL Id: hal-03487597

<https://hal.science/hal-03487597v1>

Submitted on 20 Jul 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC 4.0 - Attribution - Non-commercial use - International License

Dothead dossier

Sous-dothead Comprendre la fibromyalgie

Prise en charge de la douleur dans la fibromyalgie

Jean-Pierre Alibeu

Médecin anesthésiste réanimateur

Centre de la douleur, CHU de Grenoble Alpes, CS 10217, 38043 Grenoble cedex 9, France

Adresse e-mail : jpalibeu@chu-grenoble.fr (J.-P. Alibeu).

Résumé

La fibromyalgie est une pathologie complexe qui s'inscrit dans un syndrome de sensibilisation centrale multifactoriel à composante psycho-comportementale. La thérapeutique est multiple et encore mal définie. Les thérapies non médicamenteuses sont en première ligne : exercice physique d'abord, thérapies cognitivo-comportementales, neuromodulation centrale, cures thermales et éducation thérapeutique. C'est la conjonction raisonnée de ces options qui permet des avancées en termes de qualité de vie.

© 2018

Mots clés – cure thermale ; éducation thérapeutique ; exercice physique ; fibromyalgie ; hypnose ; méditation ; neurostimulation

La fibromyalgie (FM), connue ou évoquée depuis le XIX^e siècle, a intéressé diverses spécialités médicales, dont la psychiatrie, la neurologie, la rhumatologie, la médecine de rééducation et la médecine de la douleur. La première description, en 1849, mettait l'accent sur la fatigue chronique. En 1869, la maladie est à nouveau évoquée par George Beard [1], sous le vocable de neurasthénie spinale, comme un état de faiblesse ou d'épuisement du système nerveux. Depuis peu, les neurophysiologistes, grâce aux progrès considérables de l'exploration du cerveau et de son fonctionnement, évoquent la mise en œuvre de nouvelles pistes thérapeutiques. L'*European League Against Rheumatism* (Eular) a proposé, en 2016, un algorithme de prise en charge de cette pathologie très invalidante [2]. La douleur, si elle est bien présente et au premier plan, n'est qu'une partie du handicap dont souffrent les patients qui en sont atteints. Elle reste toutefois un symptôme majeur [1].

T1 Un peu de neurophysiologie

TEG1 La douleur de la FM est rapportée à une sensibilisation nociceptive du système nerveux central (SNC) : elle survient après une activité soutenue des nocicepteurs.

Elle reflète une réponse adaptative du SNC en termes de plasticité neuronale et au niveau des cellules gliales, mettant en jeu des interactions neuro-immunes (microglie et astrocytes). L'augmentation de l'excitabilité neuronale, le renforcement de l'efficacité de la transmission synaptique et la levée d'inhibition au sein des circuits nerveux nociceptifs conduisent à une sensibilisation nociceptive qui persiste à long terme [3].

TEG1 Cette sensibilisation concernerait aussi l'axe neuroendocrinien, neurodigestif et immunitaire, d'après Allan Basbaum [4], rendant compte de certains désordres associés à la douleur dans la FM. Une perte d'inhibition interhémisphérique entre les cortex moteurs de volontaires sains est corrélée à la sensibilité clinique des patients [5]. Le rôle clé du cortex

moteur est ici mis en exergue ; il sera utilisé dans la prescription d'exercice physique pour diminuer la douleur et dans les traitements par neurostimulation cérébrale.

TEG1 Une revue systématique sur les modifications anatomiques du SNC en lien avec la douleur dans la FM a retrouvé une atrophie dans le cortex préfrontal, le cortex cingulaire antérieur, l'insula, le thalamus, le pont, le précuneus gauche et le gyrus parahippocampiques. Les auteurs relèvent une activation de la matrice de la douleur et une diminution de l'activité des systèmes inhibiteurs en lien avec la sensibilisation centrale [6]. L'axe neuroendocrinien est également concerné avec notamment un déficit en testostérone dont l'administration réduit les signes douloureux dans une étude récente [7]. Une conséquence est la diminution de la réponse au placebo, comme l'a montré une étude de Eva Kosek [8] : l'ancienneté de la FM influence la régulation centrale de la douleur et affecte négativement le niveau de douleur ainsi que l'analgésie induite par placebo. Cela incite à traiter la maladie le plus précocement possible.

TEG1 La FM peut donc actuellement être considérée comme l'expression clinique d'un véritable syndrome de sensibilisation centrale, parfois associé à des atteintes périphériques persistantes (neuropathies, inflammation chronique). La sensibilisation centrale peut-être produite par une altération cognitivo-émotionnelle (traumatisme) mettant en jeu directement des afférences des cortex préfrontal et cingulaire, de l'amygdale et de l'hypothalamus. La FM ne peut être réduite à une neuropathie à petites fibres [9]. Les options thérapeutiques sont nombreuses mais parfois décevantes.

T1 Approches non médicamenteuses

TEG1 L'Eular recommande une approche multidisciplinaire afin de soulager les symptômes avec, en première intention, des thérapies non médicamenteuses comme l'exercice physique. La prise de médicaments ne doit être envisagée qu'en second lieu. Il faut avant tout que « *chaque patient reçoive un traitement adapté aux symptômes de fibromyalgie qui lui sont propres et à ses besoins* ». En 2016, l'Eular a retenu quatre critères d'évaluation pour établir une éventuelle efficacité thérapeutique :

- une diminution du syndrome douloureux ;
- une diminution de la fatigue chronique ressentie ;
- une amélioration du sommeil ;
- une diminution du handicap induit par la FM sur la vie quotidienne.

L'éducation thérapeutique du patient est la clé de voûte de la prise en charge thérapeutique et doit l'accompagner tout au long du processus thérapeutique [10].

TEG1 Parmi les approches non médicamenteuses privilégiées en première intention, la seule "fortement" recommandée par l'Eular est l'exercice physique [2] : « *Il améliore la douleur et le bien-être. Il s'agit d'une thérapie non médicamenteuse peu coûteuse et avec une absence d'effets indésirables, s'il est bien pratiqué.* » D'autres études devront en revanche être réalisées pour déterminer quels types d'exercices doivent être pratiqués pour une plus grande efficacité [11]. La natation a notamment prouvé son efficacité pour réduire la douleur et améliorer la qualité de vie [12].

TEG1 Les pratiques méditatives ou apparentées (tai chi, yoga, qi gong) sont "faiblement" approuvées par les experts de l'Eular mais semblent tout de même avoir un effet positif sur le sommeil, la fatigue et la qualité de vie [13]. En revanche, une étude portant sur le reiki a montré son inefficacité [14]. L'impact de la sophrologie a été comparé au réentraînement à l'effort par Franciele Santos de Oliveira en 2016, montrant une équivalence d'efficacité sur la

douleur. C'est une thérapie adjuvante aux traitements, améliorant la qualité de vie en aidant le sujet à se recentrer et sortir de son enfermement dans la maladie [15].

TEG1 L'acupuncture est parfois utilisée, bien qu'encore assez rarement ; elle semble améliorer la fatigue et la douleur. Des études ont montré son efficacité rapide et prolongée de manière significative [16].

TEG1 L'hypnose est actuellement étudiée en raison de l'adéquation de ses cibles neuronales qui recouvrent largement les structures de la *pain matrix*. Des suggestions, proposées après induction hypnotique, peuvent significativement améliorer l'expérience subjective de la douleur. Cette technique agit sur les structures impliquées dans le syndrome de sensibilisation centrale en réduisant son inflammation (action au niveau des noyaux amygdaliens sur les cytokines) [17,18]. Pour Victoria Menzies, l'autohypnose est intéressante puisqu'elle permet au patient de participer activement à la thérapeutique. Son effet se maintient sur la douleur, et particulièrement sur les composantes cognitives et affectives de la FM : qualité du sommeil, catastrophisme et impression globale de changement [19].

L'hypnose doit donc être retenue bien que le niveau de preuve soit encore faible ; elle permet au sujet de rétablir un schéma corporel souvent défaillant et ainsi d'initier une remise en mouvement profonde qui pourra être entretenue grâce à l'autohypnose.

TEG1 Les cures thermales sont également citées par l'Eular comme pouvant soulager la douleur et améliorer la qualité de vie. Elles associent, durant trois semaines, avec un effet répétitif favorable, des approches complémentaires bien documentées pour la FM : bains, douches, jets, massages et rééducation active en piscine qui permet une réadaptation progressive à l'effort en évitant la kinésiophobie ; l'environnement est favorable sur le plan psychosocial. Dans les structures spécialisées, les soignants sont formés à l'éducation thérapeutique, et capables d'installer un "coping positif" avec le patient : ce dernier reçoit des informations sur sa pathologie, les objectifs à se donner et les habitudes à changer, en se libérant de ses craintes et croyances limitantes [20,21].

TEG1 L'effet d'une rééducation de la fonction respiratoire a été mesuré par un programme de huit semaines à l'issue duquel ont été constatées une amélioration du sommeil (diminution de la latence à l'endormissement, durée augmentée et meilleure qualité) et une diminution de la douleur [22]. Cette option thérapeutique mérite, comme d'autres, qui se développent actuellement, d'être évaluée sérieusement.

TEG1 L'intérêt de la plaque vibrante a été étudié chez 20 patientes souffrant de FM [23]. À 6 mois, tous les symptômes avaient régressé avec un score au *Fibromyalgia Impact Questionnaire* (FIQ) significativement amélioré.

TEG1 Des techniques de stimulation du SNC comme la stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS) et la stimulation électrique directe transcrânienne (tDCS) se développent. Très prometteuses, elles sont encore en phase d'évaluation et n'apparaissent pas encore dans les recommandations, bien que leur efficacité soit remarquable. De nombreux auteurs ont étudié l'effet antalgique de la stimulation du cortex moteur controlatéral à la zone douloureuse dans des cas de douleurs neuropathiques focales. Cependant, il a été montré qu'une stimulation corticale motrice unilatérale pouvait produire des effets antalgiques diffus, notamment dans des conditions de douleurs non neuropathiques ou provoquées. Dans la FM, c'est la zone motrice du pouce dominant qui est stimulée, repérée par neuronavigation. Des séances répétées pendant 6 mois permettent d'obtenir un résultat significatif et stable sur la douleur. Ces techniques sont non invasives, indolores et sans aucun effet indésirable. Il s'agit d'une voie à développer [24,25].

TEG1 Des mesures diététiques sont également proposées par certains nutritionnistes. Sous l'impulsion de Sue Shepherd, spécialiste australienne, le régime pauvre en Fodmap (*fermentable oligo-, di-, mono-saccharides and polyols*), utilisé dans les pathologies chroniques inflammatoires du tube digestif, a été testé dans la FM. Ana P. Marum a montré qu'en quelques mois de diète, un effet positif était obtenu sur les symptômes de la FM, y compris la douleur, ainsi que sur les atteintes associées, notamment digestives [26].

T1 Approches médicamenteuses

TEG1 En cas d'échec des thérapeutiques non médicamenteuses, l'Eular recommande trois médicaments si le syndrome douloureux prédomine : la duloxétine (antidépresseur), la prégabaline et le tramadol. Ils disposent d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) avec l'indication "fibromyalgie" aux États-Unis et dans certains pays d'Europe, mais pas en France, hormis la duloxétine. En cas de troubles du sommeil importants associés, l'amitriptyline (antidépresseur) et la prégabaline sont recommandées.

TEG1 Les experts de l'Eular déconseillent les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les inhibiteurs de monoamine oxydase (IMAO ; antidépresseurs) et les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) en raison de leur manque d'efficacité. Pour sa part, Jesper Nørregaard précise que l'amitriptyline et la cyclobenzaprine ont montré une certaine efficacité sur la douleur diffuse dans la FM, mais une étude sur 22 patients contre placebo n'a mis en évidence aucun effet du citalopram après quatre semaines de traitement [27]. Fred Wolfe a également montré l'absence d'effet de la fluoxétine [28]. Enfin, pour Roland Staud, le milnacipran améliore l'attention et la vigilance mais n'a pas d'action significative sur la douleur et le FIQ [29].

TEG1 Dans un autre domaine de la pharmacopée, des tentatives cliniques se sont déroulées avec l'utilisation de la kétamine, sans aucun consensus sur le mode d'administration. L'étude de Logerot fait le point sur ce médicament [30]. Depuis le début des années 1990, la kétamine est utilisée à des doses subanesthésiques pour son action analgésique. Elle agit en effet par blocage des récepteurs N-méthyl-D-aspartate (NMDA) impliqués dans les phénomènes de sensibilisation des voies nociceptives responsables de l'hyperalgésie. Elle est employée pour traiter les douleurs rebelles dans le domaine des soins palliatifs, du cancer et la FM. Même si les preuves sont faibles, son usage s'est rapidement répandu en raison de l'insuffisance d'action des autres options médicamenteuses. Elle s'utilise par injection intraveineuse (IV) ou sous-cutanée (SC) une à deux fois par semaine, avec un effet rémanent variable. Initialement, 80 % des patients sont satisfaits, mais pour plus de la moitié d'entre eux, l'efficacité s'estompe, nécessitant une augmentation des doses administrées. Se pose le problème de l'apparition d'une tolérance, puis parfois d'une dépendance, donnant un syndrome de sevrage à l'arrêt du traitement. Des effets indésirables existent : cardiovasculaires (hypotension, arythmie), difficultés de concentration, hallucinations et troubles sensoriels. L'absence de consensus et de recommandations standardisées sur l'usage hors AMM de la kétamine dans la FM incite à une grande prudence. La prescription doit être impérativement initiée en milieu hospitalier et la surveillance nécessairement attentive. Il n'est pas certain que l'intérêt à long terme de la kétamine soit bien réel.

Ainsi, des traitements relativement efficaces sont disponibles. Ils doivent être adaptés au besoin du patient et prescrits avec prudence et sous une surveillance attentive.

T1 Approche psychologique

TEG1 Les psychothérapies sont “faiblement” recommandées par l'Eular, qui estime qu'elles ne doivent être envisagées qu'en seconde intention, pour les patients qui présentent des troubles de l'humeur ou peinent à s'adapter au diagnostic de FM.

TEG1 Certaines thérapies cognitivo-comportementales ont prouvé une efficacité, faible mais significative, pour réduire les symptômes douloureux et les troubles de l'humeur. Certains symptômes doivent particulièrement être recherchés : l'alexithymie, par exemple, est positivement corrélée à la part affective de la douleur, d'autant plus qu'elle accompagne un syndrome anxieux [31]. Dans une autre étude, le catastrophisme et l'anxiété sont associés à la douleur. Là encore, le rôle du statut psychologique sur le ressenti de la douleur est mis en évidence [32].

TEG1 Enfin, le rôle du support social dans l'évolution de cette affection, dans les sphères familiale, amicale et professionnelle, doit être rappelé. C'est une donnée à explorer avec les patients [33].

T1 Conclusion

Les patients souffrant de FM doivent bénéficier d'une prise en charge pluridisciplinaire, psychologique, médicale, éducationnelle et rééducationnelle. Le statut marital, le nombre de pathologies intercurrentes, l'ancienneté des symptômes douloureux et la présence d'une anxiété sont des facteurs en prendre en compte dans la thérapeutique [34]. Plus le traitement est précoce, plus il a de chance d'être efficace.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Note

¹ Cet article a été présenté lors des Ateliers de la nutrition et du thermalisme de Brides et Allevard, en septembre 2017.

Références

- [1] Beard G. Neurasthenia, or nervous exhaustion. Boston Med Surg J. 1869;80:217-21.
- [2] Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE et al. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. Ann Rheum Dis. 2017;76(2):318-28.
- [3] Pohl M. Sensibilisation nociceptive centrale : systèmes de signalisation cellulaire et moléculaire. Douleurs. 2014;15(2):44-51.
- [4] Basbaum AI, Bautista DM, Scherrer G et al. Cellular and molecular mechanisms of pain. Cell. 2009;139(2):267-84.
- [5] Osinski T, Lallemand A, Russo T. Modulation et dérèglements neurophysiologiques des voies de la douleur. Kinesither Rev. 2017;17:16-32.
- [6] Cagnie B, Coppieters I, Denecker S et al. Central sensitization in fibromyalgia? A systematic review on structural and functional brain MRI. Semin Arthritis Rheum. 2014;44(1):68-75.
- [7] White HD, Robinson TD. A novel use for testosterone to treat central sensitization of chronic pain in fibromyalgia patients. Int Immunopharmacol. 2015;27(2):244-8.
- [8] Kosek E, Rosen A, Carville S et al. Lower Placebo Responses After Long-Term Exposure to Fibromyalgia Pain. J Pain. 2017;18(7):835-43.

- [9] Lefaucheur JP. Neuropathies douloureuses et atteinte des petites fibres. *Rev Neurol*. 2014;170(12):825-36.
- [10] Sichère P. Le syndrome fibromyalgique : stratégies thérapeutiques. *Douleurs*. 2013;14(6):292-301.
- [11] Larsson A, Palstam A, Löfgren M et al. Resistance exercise improves muscle strength, health status and pain intensity in fibromyalgia – a randomized controlled trial. *Arthritis Res Ther*. 2015;17:161.
- [12] Fernandes G, Jennings F, Vieira Nery Cabral M et al. Swimming Improves Pain and Functional Capacity of Patients With Fibromyalgia: A Randomized Controlled Trial. *Arch Phys Med Rehabil*. 2016;97(8):1269-75.
- [13] da Silva GD, Lorenzi-Filho G, Lage LV. Effects of yoga and the addition of Tui Na in patients with fibromyalgia. *J Altern Complement Med*. 2007;13(10):1107-13.
- [14] Assefi N, Bogart A, Goldberg J et al. Reiki for the Treatment of Fibromyalgia: A Randomized Controlled Trial. *J Altern Complement Med*. 2008;14(9):1115-22.
- [15] Santos de Oliveira F, de Almeida Silva HJ, de Pontes Oliveira JM et al. The sophrology as adjuvant therapy may improve the functionality of patients with fibromyalgia. A pilot randomized controlled trial. *Man Ther Posturology Rehabil J*. 2016 ;14:386-90.
- [16] Stival RS, Cavalheiroa PR, Stasiaka CE et al. Acupuncture in fibromyalgia: a randomized, controlled study addressing the immediate pain response. *Rev Bras Reumatol*. 2014;54(6):431-6.
- [17] Derbyshire SW, Whalley MG, Oakley DA. Fibromyalgia pain and its modulation by hypnotic and non-hypnotic suggestion: an fMRI analysis. *Eur J Pain*. 2009;13(5):542-50.
- [18] Bernardy K, Füber N, Klose P. Efficacy of hypnosis/guided imagery in fibromyalgia syndrome - a systematic review and meta-analysis of controlled trials. *BMC Musculoskelet Disord*. 2011;12:133.
- [19] Menzies V, Taylor AG, Bourguignon G. Effects of guided imagery on outcomes of pain, functional status and self-efficacy in persons diagnosed with fibromyalgia. *J Altern Complement Med*. 2006;12(1):23-30.
- [20] Sichère P, Ducamp P. Éducation thérapeutique, fibromyalgie et thermalisme. *Douleurs*. 2013;14(1):22-9.
- [21] Francon A. Fibromyalgie et thermalisme. *Reflexions Rhumatol*. 2010;125:15-8.
- [22] Garrido M, Castaño MY, Biehl-Printes C et al. Effects of a respiratory functional training program on pain and sleep quality in patients with fibromyalgia: A pilot study. *Complement Ther Clin Pract*. 2017;28:116-21.
- [23] Alev A, Mihriban A, Bilge E et al. Effects of whole body vibration therapy in pain, function and depression of the patients with fibromyalgia. *Complement Ther Clin Pract*. 2017;28:200-3.
- [24] Nahmias F, Debes C, de Andrade DC et al. Diffuse analgesic effects of unilateral repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) in healthy volunteers. *Pain*. 2009;147(1-3):224-32.
- [25] Castillo-Saavedra L, Gebodh N, Bikson M et al. Clinically Effective Treatment of Fibromyalgia Pain With High-Definition Transcranial Direct Current Stimulation: Phase II Open-Label Dose Optimization. *J Pain*. 2016;17(1):14-26.
- [26] Marum AP, Moreira C, Saraiva F et al. A low fermentable oligo-di-mono saccharides and polyols (FODMAP) diet reduced pain and improved daily life in fibromyalgia patients. *Scand J Pain*. 2016;13:166-72.

- [27] Nørregaard J, Volkmann H, Danneskiold-Samsøe B. A randomized controlled trial of citalopram in the treatment of fibromyalgia. *Pain*. 1995;61(3):445-9.
- [28] Wolfe F, Cathey MA, Hawley DJ. A Double-blind Placebo Controlled Trial of Fluoxetine in Fibromyalgia. *Scandinavian J Rheumatol*. 1994;23(5):255-9.
- [29] Staud R, Lucas YE, Price DD et al. Effects of Milnacipran on Clinical Pain and Hyperalgesia of Patients With Fibromyalgia: Results of a 6-Week Randomized Controlled Trial. *J Pain*. 2015;16(8):750-9.
- [30] Logerot S, Baudrant-Boga M, Lehmann A et al. Prise en charge ambulatoire des patients atteints de fibromyalgie par kétamine par voie sous-cutanée : que nous apprend la pratique ? Étude rétrospective observationnelle au CHU de Grenoble. *Douleurs*. 2013;14(2):75-85.
- [31] Di Tella M, Ghiggia A, Tesio V et al. Pain experience in Fibromyalgia Syndrome: The role of alexithymia and psychological distress. *J Affect Disord*. 2017;208:87-93.
- [32] Martínez-Fernández AM, Gancedo-García A, Chudáčik M et al. Cross-sectional study about the effect of catastrophizing and anxiety to pain on functional capacity and consumption of drugs of fibromyalgia patients. *Rev Colombiana Reumatol*. 2016;23(1):3-10.
- [33] de Abreu Freitas RP, de Andrade SC, Constantino Spyrides MH et al. Impacts of social support on symptoms in Brazilian women with fibromyalgia. *Rev Bras Reumatol*. 2017;57(3):197-203.
- [34] Martín J, Torre F, Aguirre U et al. Assessment of predictors of the impact of fibromyalgia on health-related quality of life 12 months after the end of an interdisciplinary treatment. *J Affective Disorders*. 2017;208:76-81.

Illustration

[Alibeu-Illus1.jpg](#)

© Lightfield Studios – Adobe Stock.com

Parmi les approches non médicamenteuses privilégiées en première intention, la seule “fortement” recommandée par l'Eular est l'exercice physique.

[Alibeu-Illus2.jpg](#)

© hyperworx – Adobe Stock.com

L'hypnose permet au sujet de rétablir un schéma corporel souvent défaillant et d'initier une remise en mouvement profonde.



