

Compte rendu :

CONGRÈS DE L'AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY DE 2008

CONGRÈS SCIENTIFIQUE
ANNUEL DE 2008
DE L'AMERICAN COLLEGE
OF RHEUMATOLOGY

SAN FRANCISCO,
CALIFORNIE
DU 24 AU 29 OCTOBRE 2008

Le point sur la fibromyalgie



Le congrès scientifique annuel de l'American College of Rheumatology (ACR) de 2008 a eu lieu du 24 au 29 octobre à San Francisco, en Californie. Cette réunion scientifique de six jours consacrée à la rhumatologie – la plus importante à l'échelle mondiale – a rassemblé plusieurs milliers de participants provenant de toutes les parties du monde.

Un des syndromes les plus déconcertants rencontrés en pratique clinique, la fibromyalgie est à l'origine de beaucoup de souffrance pour les patients et de frustration pour ceux qui les traitent. Heureusement, les efforts consacrés à la recherche sur cette maladie, qui se sont accrus au cours des dernières années, ont donné naissance à un éventail de nouveaux traitements et de médicaments en voie de développement. Le présent compte-rendu met l'accent sur nos plus récents progrès sur la fibromyalgie et sa prise en charge et souligne certaines des questions encore à élucider à propos de cette affection.

FIBROMYALGIE : LA CONTROVERSE

Bien qu'elle soit officiellement reconnue comme un trouble clinique véritable, la fibromyalgie continue d'inspirer des soupçons et du scepticisme au sein de la communauté médicale. Par ailleurs, aucun tableau homogène décrivant la fibromyalgie n'a encore été brossé.

À mesure que s'approfondissent les connaissances sur la fibromyalgie, les cliniciens sont de plus en plus en mesure de répondre aux questions épineuses se rapportant à cette maladie.

La fibromyalgie existe-t-elle?

Lorsque le Dr Don Goldenberg, chef du service de rhumatologie et professeur de médecine à la Tufts University School of Medicine de Boston, a entrepris ses travaux sur la fibromyalgie, il la considérait comme un trouble psychiatrique. Au fil des ans, les résultats des études de même que ses propres observations cliniques l'ont incité à changer d'avis. Il est maintenant évident, comme le précise le Dr Goldenberg, que l'extrême sensibilité à la douleur est une réalité physiologique. Soulignons que même au sein de la population générale, la sensibilité à la douleur varie énormément selon une courbe de Gauss. Cette variation, qui dépend probablement de facteurs héréditaires, répond également à certains facteurs environnementaux. Finalement, il est tout à fait contreproductif d'argumenter sur la nature essentielle (physique vs psychosociale) de la fibromyalgie, car les symptômes qu'elle entraîne sont réels et souvent incapacitants et qu'ils peuvent être soulagés par une prise en charge personnalisée.

La fibromyalgie est-elle synonyme de dépression?

Au moment du diagnostic, entre 30% et 50 % des patients atteints de fibromyalgie souffrent également de troubles de l'humeur, principalement de dépression. En corollaire, la majorité des patients qui viennent de recevoir un diagnostic de fibromyalgie ne présentent aucun trouble de l'humeur, bien que des antécédents personnels et familiaux en ce sens soient plus courants chez les patients fibromyalgiques qui sont adressés à des centres de soins tertiaires.

S'il est vrai que la douleur peut être une manifestation de la dépression – environ la moitié des personnes souffrant d'un trouble dépressif majeur sont aux prises avec une douleur chronique – une étude approfondie des patients souffrant de douleur chronique généralisée ou de fibromyalgie révèle que la majorité d'entre eux ne sont pas déprimés.

Existe-t-il une corrélation physiologique?

Les résultats des plus récents travaux de recherche remettent en question la perspective classique selon laquelle la fibromyalgie n'est absolument pas une forme d'arthrite inflammatoire. En effet, une étude publiée dernièrement montre que les taux de cytokine, particulièrement l'interleukine-8, diffèrent entre les patients fibromyalgiques et ceux du groupe témoin.

De plus, on a noté des changements au niveau du cerveau – une perte de substance grise pour être plus précis – chez les patients souffrant de fibromyalgie. D'après les plus récentes estimations, une année de fibromyalgie peut faire vieillir le cerveau de jusqu'à neuf ans; cependant, ces changements volumétriques sont vraisemblablement réversibles.

Un diagnostic est-il utile ou nuisible?

Les rhumatologues craignent souvent de rendre un mauvais service aux patients en leur apprenant qu'ils souffrent de fibromyalgie. Bien que cela puisse être vrai pour certains d'entre eux, les données indiquent que le fait de savoir qu'ils sont atteints de fibromyalgie et de recevoir en même temps toute l'information pertinente, peut être bénéfique à la plupart des patients. L'expérience a appris au Dr Goldenberg que l'éducation en temps opportun (idéalement au moment du diagnostic) est d'une importance capitale pour les patients, car elle dissipe les idées fausses et leur procure de l'espoir.

Une étude effectuée au Royaume-Uni et publiée dans la revue *Arthritis & Rheumatism* en 2008 corrobore l'utilité de révéler le diagnostic aux patients. Cette étude a montré qu'un diagnostic formel de fibromyalgie a entraîné une diminution marquée des

Le présent compte rendu est un article commandité visant à informer les médecins canadiens au sujet des plus récentes avancées et réflexions en matière de pratique clinique et thérapeutique. Avant de prescrire les médicaments dont il est question dans cet article, veuillez consulter la monographie des produits. Les informations et les opinions fournies ici ne reflètent pas nécessairement celles du commanditaire.

Publié grâce à une subvention à visée éducative de Pfizer Canada Inc.

consultations spécialisées, des épreuves diagnostiques et de l'usage des médicaments, tandis que le nombre de consultations en médecine familiale avait légèrement chuté. Par conséquent, le fait de poser un diagnostic semble soulager à la fois le patient et le réseau de santé.

Quelle est la démarche thérapeutique à privilégier?

Le Dr Goldenberg croit qu'il importe avant tout de personnaliser le traitement. À titre d'exemple, il suggère de privilégier la prégabaline (Lyrica; pas encore indiquée pour le traitement de la fibromyalgie au Canada) chez les patients dont le tableau symptomatique associe une très grande sensibilité à la palpation et une résilience psychologique, car ce groupe a probablement une sensibilité héréditaire élevée à la douleur. Selon lui, la duloxétine (Cymbalta; non indiqué pour le traitement de la fibromyalgie au Canada) pourrait s'avérer un meilleur choix chez les patients atteints de dépression concomitante.

Il est probable que ce soient les médecins de soins primaires qui traitent la plupart des patients atteints de fibromyalgie, comme c'est le cas pour les patients souffrant de céphalées et de dépression. Il incombe aux rhumatologues d'encourager les médecins de soins primaires à adopter et à promouvoir une démarche multidisciplinaire pour la prise en charge de cette affection complexe.

UN PROBLÈME DE « RÉGLAGE DU VOLUME »

La Dre Lesley Arnold, professeure et directrice du programme de recherche sur la santé des femmes du Collège de médecine de Cincinnati rattaché à l'Université de Cincinnati, en Ohio, a décrit la fibromyalgie comme une maladie multifacette caractérisée par des douleurs généralisées, une sensibilité au toucher, une fatigue, des troubles cognitifs, des perturbations du sommeil, une raideur, des symptômes de dépression et d'anxiété de même qu'une altération du fonctionnement social et professionnel. La fatigue chronique caractéristique de la fibromyalgie est considérée comme l'un des aspects les plus invalidants de la maladie.

Beaucoup plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, la maladie touche environ 3,4 % des femmes et 0,5 % des hommes aux États-Unis. Tous comptes faits, comme elle atteint environ 2 % de la population générale, la fibromyalgie est la deuxième maladie en importance (après l'arthrose) à l'origine des consultations en rhumatologie aux États-Unis. Elle a une forte prédominance familiale, le rapport de cotes pour les parents du premier degré étant de 8,5. Certains facteurs environnementaux communs joueraient également un rôle dans l'apparition de la maladie.

En 1990, l'ACR a défini des critères pour le diagnostic de la fibromyalgie, notamment une douleur généralisée depuis au moins trois mois (bilatérale, au-dessus et au-dessous de la taille et dans le squelette axial) de même qu'au moins 11 points douloureux parmi les 18 points de fibromyalgie établis. Même si ces critères sont encore considérés comme des références pour la recherche, ils ne remplacent pas le jugement clinique des praticiens. Il importe de préciser que les 18 points de

fibromyalgie ne constituent pas des foyers d'activité de la maladie; ils ne sont que des points plus sensibles à la palpation. Ils facilitent ainsi le dépistage de la régulation à la hausse de la perception de la douleur caractéristique de la fibromyalgie. De plus, il n'y a rien de « magique » à propos du chiffre 11. Les cliniciens ne doivent pas exclure un diagnostic de fibromyalgie en se fondant uniquement sur ce seuil.

La fibromyalgie coexiste souvent avec d'autres affections médicales et psychiatriques. On croit que bon nombre de ces affections, y compris les troubles de l'humeur, entraînent aussi des perturbations de la régulation de la douleur. Cette compréhension pourrait un jour nous amener à élargir notre perspective clinique, ajoute la Dre Arnold, et nous porter à cesser de mettre l'accent sur des affections particulières, comme la fibromyalgie ou le syndrome du côlon irritable, pour considérer plus généralement la douleur chronique comme un processus pathologique sous-jacent.

La fibromyalgie exemplifie un type particulier de syndrome douloureux où la douleur n'est pas attribuable à une lésion tissulaire ou à une inflammation, ni à une lésion du système nerveux, et s'accompagne fréquemment d'autres symptômes, comme la fatigue, les perturbations du sommeil, la dépression et l'anxiété. Selon l'opinion prédominante, la douleur associée à la fibromyalgie est le reflet d'une réponse anormale ou d'un dysfonctionnement du système nerveux. Comme le processus de la douleur a des composantes sensorielles, affectives et cognitives, les perturbations provoquées par la fibromyalgie touchent tous ces aspects.

Les perturbations du processus sensoriel associées à la fibromyalgie peuvent être vues comme un problème de « réglage du volume » de la perception de la douleur. Les patients atteints de fibromyalgie présentent un seuil normal pour la plupart des stimuli sensoriels, mais un seuil plus faible pour la douleur et les autres stimuli nociceptifs, comme la chaleur, le bruit ou la stimulation électrique. La Dre Arnold trouve que l'image du « réglage du volume » est utile pour les patients qui ont de la difficulté à comprendre leur propre maladie.

L'idée selon laquelle le processus de la douleur serait amplifié chez les patients atteints de fibromyalgie a été avancée à la suite d'une étude de neuroimagerie ayant montré que la pression nécessaire exercée par l'ongle du pouce pour activer le cortex somatosensitif était plus faible chez les sujets atteints de fibromyalgie que chez ceux du groupe témoin. Répétée à de nombreuses reprises, cette étude a permis de montrer de manière formelle que les patients souffrant de fibromyalgie éprouvent véritablement la douleur qu'ils affirment ressentir. Par la même occasion, les différences de tracés illustrant l'activation du cerveau ont contribué à réfuter le mythe selon lequel la fibromyalgie n'est rien de plus qu'une dépression. Fait à souligner, les antidépresseurs utilisés pour le traitement de la fibromyalgie ont des effets indépendants sur la douleur et sur l'humeur. En d'autres mots, il n'est pas nécessaire qu'ils améliorent l'humeur pour soulager la douleur.

La fibromyalgie peut survenir à la suite d'un traumatisme physique ou psychologique. Les changements synaptiques consécutifs à une expérience stressante peuvent entraîner une augmentation de la « sensibilisation centrale » et une amplification concomitante des influx nociceptifs. La sensibilité à la douleur semble également avoir une composante héréditaire. Certains ont postulé que les perturbations de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien représentaient le lien pathologique entre le stress et la fibromyalgie.

La sensibilité plus marquée à la douleur éprouvée chez les patients fibromyalgiques peut se manifester par une allodynie (sensation de douleur déclenchée par un stimulus normalement non douloureux, comme un toucher léger) et/ou une hyperalgésie (une augmentation de l'intensité de la douleur perçue en réponse à un stimulus douloureux). Il est intéressant de noter que de nombreux patients souffrant de fibromyalgie ont affirmé que leur tolérance à la douleur était élevée. Il serait plus exact de dire qu'ils ont une sensibilité élevée à la douleur associée à une capacité élevée de tolérer cette douleur.

Plusieurs agents neurochimiques sont des médiateurs du processus nociceptif (c.-à-d., le processus de traitement des stimuli nociceptifs). Ceux qui facilitent ou amplifient la perception de ces stimuli comprennent la substance P, le glutamate, la neurotensine, le facteur de croissance nerveuse et la cholécystokinine. Les substances qui inhibent le processus nociceptif comprennent l'acide gamma-aminobutyrique (GABA), la norépinéphrine et la sérotonine (par des voies spécifiques), les cannabinoïdes et l'adénosine. La dopamine peut également jouer un rôle, principalement dans le domaine affectif.

L'objectif du traitement de la fibromyalgie consiste à soulager la douleur et les autres symptômes et à améliorer le fonctionnement ainsi que l'état de santé général du patient. Le traitement médicamenteux de la fibromyalgie repose surtout sur certains antidépresseurs et sur les ligands de la protéine alpha-2-delta. Aux États-Unis, la FDA a approuvé récemment la duloxétine, un inhibiteur du recaptage de la sérotonine et de la norépinéphrine (IRSN) et la prégabaline, un ligand de la protéine alpha-2-delta, pour le traitement de la fibromyalgie. Les études ont montré que la duloxétine soulage la douleur associée à la fibromyalgie et améliore le fonctionnement ainsi que la qualité de vie du patient. Pour sa part, la prégabaline semble non seulement réduire la douleur et les perturbations du sommeil associées à la fibromyalgie mais aussi améliorer le fonctionnement et la qualité de vie du patient. Certaines stratégies non médicamenteuses, plus particulièrement l'exercice combiné à l'éducation du patient sur la prise en charge autonome de sa maladie, ont entraîné une réduction significative des scores mesurés par le questionnaire FIQ (Fibromyalgia Impact Questionnaire).

Les patients atteints de fibromyalgie croient souvent qu'un congé de maladie pour invalidité leur sera bénéfique, mais la Dre Arnold affirme le contraire : le fait de cesser de travailler isole le patient, le rend plus sédentaire et amplifie sa percep-

tion de la douleur et sa détresse psychologique. Il est préférable d'encourager les patients à adopter une approche positive et proactive à l'égard de leur maladie et à avoir recours aux plus récents traitements.

LA FIBROMYALGIE ET LE SOMMEIL : L'OEUF OU LA POULE?

Le Dr Frank McKenna, rhumatologue consultant au Trafford General Hospital de Manchester, au Royaume-Uni, a précisé que les principales caractéristiques de la fibromyalgie sont la douleur centrale généralisée, la sensibilité au toucher et le manque de sommeil réparateur. Il souligne qu'en l'absence de perturbations du sommeil, il est pratiquement impossible d'établir un diagnostic de fibromyalgie.

Lorsqu'on les interroge, les patients font souvent un lien entre le début de leurs troubles du sommeil et des éléments déclencheurs particuliers. Il est tout à fait possible que le manque de sommeil cause les déséquilibres chimiques à l'origine de la régulation à la hausse de la perception de la douleur. Un sommeil anormal peut expliquer le déséquilibre des taux de sérotonine et du facteur de croissance insulino-mimétique, par exemple, de même que les anomalies de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien.

Les patients atteints de fibromyalgie se réveillent souvent le matin avec la sensation qu'ils n'ont pas dormi de la nuit. Ils peuvent éprouver une raideur musculaire et se sentir somnolents. Ils passent plus de temps éveillés dans leur lit, plus de temps au stade 1 du sommeil et moins de temps au stade 4 (où les ondes lentes sont prédominantes sur l'encéphalogramme) que les sujets sans fibromyalgie. Le manque relatif de sommeil lent pourrait contribuer à expliquer pourquoi leur sommeil n'est pas réparateur.

La relation entre la douleur et le sommeil pourrait bien être réciproque. La question est : lequel des deux survient en premier? Quelques études laissent entendre que les troubles du sommeil pourraient précéder l'apparition de la douleur. Dans une étude classique, les investigateurs ont perturbé le sommeil lent des sujets en faisant du bruit. Ces sujets ont commencé à éprouver des symptômes apparentés à ceux de la fibromyalgie. Dans une étude plus récente, des interruptions du sommeil delta durant trois nuits ont entraîné une réduction du seuil de la douleur ainsi que des symptômes ressemblant à ceux de la fibromyalgie.

D'après le Dr McKenna, le rétablissement d'un sommeil réparateur représente un volet négligé de la prise en charge de la fibromyalgie. Le fait de ne pas tenter de corriger les perturbations du sommeil peut compromettre l'efficacité de toutes les autres stratégies thérapeutiques. Un traitement à faible dose par un antidépresseur tricyclique sédatif améliore le sommeil et devrait être amorcé sans trop tarder, car la réponse tend à s'atténuer lorsque la maladie est établie. Les bienfaits de la prégabaline sur le sommeil pourraient expliquer en partie l'efficacité de ce médicament dans le traitement de la fibromyalgie.

On pourrait soutenir que le sommeil est une composante sous-appréciée de la fibromyalgie. Il est possible – et tout à

fait vraisemblable compte tenu de l'état de la recherche – que les anomalies touchant le système nerveux central observées chez les patients atteints de fibromyalgie découlent des troubles du sommeil, plutôt que le contraire. Les troubles du sommeil ont des répercussions négatives évidentes sur le bien-être des patients et doivent faire l'objet de mesures thérapeutiques intégrées au plan de traitement.

PRISE EN CHARGE DE LA FIBROMYALGIE - PRATIQUES EXEMPLAIRES

Le Dr Daniel Clauw, directeur du centre de recherche sur la douleur et la fatigue chroniques de l'Université du Michigan à Ann Arbor, a défini la fibromyalgie comme un syndrome complexe qui survient dans un contexte de vulnérabilité héréditaire et d'influences environnementales précoces et en présence de certains déclencheurs physiques ou psychologiques. Les composantes familiales sous-jacentes sont beaucoup plus importantes qu'on le croyait auparavant. En effet, de récents travaux de recherche ont montré que certains polymorphismes génétiques étaient significativement plus courants chez les patients atteints de fibromyalgie que dans la population générale.

Les principaux déclencheurs de la fibromyalgie sont les traumatismes physiques ou psychologiques, les événements catastrophiques et les infections ou maladies causant une douleur généralisée (p. ex., mononucléose, polyarthrite rhumatoïde). Soulignons que les données à l'appui du rôle des déclencheurs psychologiques sont moins solides que celles qui étayent l'influence des déclencheurs biologiques. Une récente sous-étude menée auprès de la cohorte des personnes nées en 1958 au Royaume-Uni (1958 British birth cohort) souligne l'importance des traumatismes physiques : elle révèle que les personnes souffrant de douleur généralisée chronique étaient de 1,5 à 2 fois plus susceptibles d'avoir été victimes d'un accident automobile ou d'avoir subi une hospitalisation prolongée durant leur enfance que les autres sujets.

Des études ont indiqué qu'il se produit un dérèglement des voies anti-nociceptives [inhibitrices de la douleur] chez les deux tiers environ des patients souffrant de fibromyalgie. Il semble que les voies noradrénergiques et sérotoninergiques sont particulièrement atténuées, tandis que les voies des opioïdes pourraient en fait être suractivées. Cela pourrait expliquer pourquoi certains médicaments qui élèvent les taux de sérotonine et de norépinéphrine sont efficaces, tandis que les opioïdes ne le sont pas. Aucune donnée n'a encore prouvé l'efficacité des médicaments qui agissent sur les systèmes périphériques (p. ex., les anti-inflammatoires non stéroïdiens), des interventions chirurgicales et des injections.

En ce qui a trait à la pharmacothérapie, les données les plus probantes (voir le tableau 1) se rapportent aux antidépresseurs qui augmentent à la fois les taux de sérotonine et de norépinéphrine, qui exercent une régulation à la hausse des voies analgésiques auxquelles participent ces neurotransmetteurs, et aux ligands de la protéine alpha-2 delta, soit

TABLEAU 1

PRISE EN CHARGE DE LA FIBROMYALGIE FONDÉE SUR LES PREUVES

	<i>Données probantes Fortes</i>	<i>Mesures médicamenteuses</i>	<i>Mesures non médicamenteuses</i>
<i>Modestes</i>		Inhibiteurs doubles du recaptage (p. ex., amitriptyline, cycloenzaprine, venlafaxine, milnacipram, duloxétine) Ligands de la protéine alpha-2-delta (p. ex., gabapentine, prégabaline)	Éducation du patient Exercices aérobiques Thérapie cognitive et comportementale
<i>Faibles</i>		Tramadol Inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine	Entraînement musculaire (et parfois exercices d'assouplissement) Hypnothérapie, rétroaction biologique, balnéothérapie
<i>Aucune</i>		Hormone de croissance 5-hydroxytryptamine Tropisétro S-adenosyl-L-méthionine (SAME)	Acupuncture, chiropratique, thérapie manuelle massothérapie, électrothérapie, ultrasons
		Opioïdes, corticostéroïdes, anti-inflammatoires non stéroïdiens, hypnotiques, guaifénésine	Injections dans les foyers douloureux

la prégabaline et la gabapentine, qui inhibent la substance P et le glutamate (agissant tous deux dans les voies qui facilitent la transmission de la douleur). Par conséquent, l'utilisation conjointe de ces deux classes de médicaments peut avoir un effet additif, voire synergique. À cet égard, le Dr Clauw prescrit souvent une faible dose de chacune des deux classes de médicaments à ses patients.

Les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) ne font pas preuve d'une efficacité constante dans le traitement de la fibromyalgie, car ils n'ont pas tous un effet analgésique. Même avec les ISRS qui ont un effet analgésique, les doses requises pour exercer cet effet sont trop élevées pour que l'on puisse les administrer de manière pratique.

Bien que les médicaments puissent réduire la sensibilité exacerbée à la douleur, la dysfonction générale associée à la fibromyalgie de longue date nécessite une démarche axée davantage sur la réadaptation, de dire le Dr Clauw. De toutes les modalités non médicamenteuses évaluées, l'éducation du patient, l'exercice aérobique et la thérapie cognitive et comportementale (TCC) sont celles qui ont donné les meilleurs résultats. La TCC a pour objectif d'aider les patients à reprendre leurs activités normales et à retrouver un sommeil réparateur, sans quoi aucun soulagement des symptômes n'est possible. Comme pour les médicaments, il faut commencer à faire de l'exercice à « petite dose », car un effort trop intense peut aggraver les symptômes.

En dernier ressort, la cause de la douleur a moins d'importance que son effet sur le bien-être, le moral et la qualité de vie de la personne atteinte de fibromyalgie. En raison des aspects psychosociaux auxquels sont confrontées les personnes qui vivent avec la douleur, et de la régulation à la hausse du processus de la douleur, un traitement associant des mesures médicamenteuses et non médicamenteuses procure des bienfaits plus importants à la majorité des patients atteints de fibromyalgie.

TABLEAU 2

ARGUMENTS EN FAVEUR DE L'EXERCICE POUR LES PERSONNES ATTEINTES DE FIBROMYALGIE :

- Les personnes souffrant de douleur chronique qui font régulièrement de l'exercice peuvent avoir besoin de moins de médicaments pour obtenir un soulagement équivalent de la douleur.
- Certains exercices contre résistance peuvent renforcer les muscles qui entourent les articulations douloureuses, procurant ainsi un effet stabilisant naturel qui soulage les os et les cartilages.
- Les exercices d'endurance facilitent la perte de poids, qui réduit à son tour le stress imposé aux articulations.
- Des muscles plus forts sont moins vulnérables aux microtraumatismes musculaires, ce qui entraîne une réduction de la douleur ressentie au quotidien.
- La pratique régulière d'exercice favorise le sommeil et procure généralement plus d'énergie, même aux personnes aux prises avec la douleur chronique.

Adaptation d'un article présenté en ligne par Kim Jones, conférencière au congrès de l'ACR en 2008, professeure à la Schools of Nursing and Medicine de l'OHSU et présidente de la Fibromyalgia Information Foundation (www.myalgia.com)

AU-DELÀ DES MÉDICAMENTS : RÔLE DU MODE DE VIE DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA FIBROMYALGIE

Cinda Hugos, physiothérapeute à l'Oregon Health & Science University de Portland, a constaté que les personnes qui se présentent à la clinique de fibromyalgie pour une évaluation initiale se sentent souvent désespérées. Au fil des quatre à six visites subséquentes, elle et ses collègues tentent d'améliorer graduellement le bien-être des patients et de les aider à devenir plus efficaces.

On demande aux patients de remplir un journal d'activités pendant trois ou quatre jours consécutifs. Ce journal sert de guide pour établir des objectifs. Par la suite, ils doivent cesser, modifier ou déléguer au besoin ces activités afin d'atteindre leurs objectifs. Par exemple, le journal peut révéler qu'une patiente éprouve une douleur plus vive le matin après sa toilette. Cette information peut inciter la thérapeute à lui proposer des solutions moins éprouvantes, comme prendre sa douche le soir lorsqu'elle se sent moins pressée, installer une chaise dans le cabinet de douche ou simplifier sa coiffure afin de ne pas avoir à se sécher les cheveux tous les jours.

Plus tôt cette année, un comité d'experts, le Ottawa Panel, a publié un guide de pratique fondé sur les preuves pour promouvoir l'activité physique dans la prise en charge de la fibromyalgie (Physical Therapy, juillet 2008). La revue approfondie de la littérature qu'il a effectuée a mis en lumière des données qui appuient la pratique d'exercices aéro-biques et de musculation et établissent un lien entre ces activités et l'amélioration de la qualité de vie, l'atténuation de la douleur et l'amélioration de l'humeur. D'après le comité, les données sont insuffisantes pour recommander les exercices d'étirement et de flexibilité. De tels exercices peuvent être utiles pour accroître la portée des mouvements, mais les patients doivent éviter de trop s'étirer, car ils risquent d'exacerber leurs symptômes plutôt que de les soulager. Parallèlement, il faut recommander aux patients d'éviter de faire de l'exercice dans le cadre de leurs activités usuelles (p. ex., monter les escaliers plutôt que prendre l'ascenseur), puisque ces courtes périodes d'exercice intense ont plutôt tendance à alimenter la

douleur et la fatigue qu'à contribuer à la bonne forme physique des patients.

Les patients qui amorcent un programme d'exercices aéro-biques et de musculation devraient tenir compte de leurs capacités et commencer doucement – de trois à cinq minutes d'exercices de très faible intensité au départ – puis augmenter graduellement la durée et l'intensité des exercices. Même s'ils n'atteignent jamais un degré d'intensité considéré comme aéro-bique, les données indiquent que cela est meilleur que l'inactivité. Mme Hugos précise qu'il est essentiel de prévoir une période de relaxation après la séance d'exercice.

La fibromyalgie agit sur l'équilibre et tend à rendre les patients plus vulnérables aux chutes que la population générale. Les exercices qui accroissent la portée des mouvements, associés au port de chaussures solides et confortables, peuvent optimiser l'équilibre. Par ailleurs, les personnes atteintes de fibromyalgie constatent souvent une altération de leurs capacités cognitives, ce qui est pour eux une source de préoccupation. Il est possible de les rassurer en leur expliquant que la douleur et la fatigue peuvent non seulement miner leur énergie mais également nuire à leur capacité de se concentrer et d'intégrer l'information, et que ces difficultés cognitives n'annoncent pas un début de maladie d'Alzheimer. Ces simples précisions leur procurent souvent un immense soulagement.

En définitive, les stratégies destinées à modifier le mode de vie peuvent réduire la douleur de 20% à 25 %, poursuit Mme Hugos. À cet égard, elle a constaté que cet objectif est suffisamment important pour motiver la plupart des patients.

FIBROMYALGIE, BROUILLARD MENTAL ET ÉCHELLE DE CONFUSION MENTALE

De nombreux patients fibromyalgiques connaissent des troubles de mémoire et une diminution de leurs facultés intellectuelles – un profil cognitif parfois qualifié de « brouillard associé à la fibromyalgie ». Afin de clarifier ce phénomène et de le distinguer des autres atteintes cognitives (p. ex., atteintes associées à la maladie d'Alzheimer), le Dr Robert Katz, rhumatologue et professeur agrégé de médecine au Rush University Medical College de Chicago, et ses collègues ont conçu un instrument simple appelé « Mental Clutter Scale » que l'on pourrait traduire par échelle de confusion mentale. Cette échelle comporte sept éléments associés aux capacités cognitives, qui permettent d'établir un score cognitif (facteur 1) et six éléments se rapportant aux facultés intellectuelles, qui permettent d'établir un score de lucidité (facteur 2). Après avoir mis leur échelle à l'épreuve dans trois études portant sur plus de 800 sujets, ils ont constaté qu'elle constituait un indicateur fiable des perturbations cognitives caractéristiques de la fibromyalgie.

L'atteinte neurocognitive à l'origine du brouillard ressenti par les personnes fibromyalgiques pourrait être attribuable à une faible trace mnésique résultant d'une vitesse de traitement plus lente exacerbée par la distractibilité. À cet égard, le brouillard associé à la fibromyalgie peut être considéré comme un type de « mini-trouble déficitaire de l'attention avec hyperac-

tivité ». Une stratégie compensatoire possible consiste à répéter à haute voix l'information importante. Par exemple, un patient qui doit se rappeler de prendre son médicament trois fois par jour peut simplement dire à haute voix « médicament trois fois ». Cette mesure peut l'aider à graver cette information dans sa mémoire à court terme.

Les tests neurocognitifs classiques ne permettent pas de dépister le brouillard associé à la fibromyalgie. On dit aux patients que leurs résultats sont normaux ou quasi normaux et qu'il n'y a rien d'anormal chez eux. Les tests ciblés effectués au moyen d'instruments comme l'échelle décrite ci-dessus peut contribuer à valider l'atteinte cognitive perçue par les patients et à distinguer le brouillard associé à la fibromyalgie des autres troubles cognitifs.

DOULEUR GÉNÉRALISÉE CHRONIQUE ET CARENCE EN VITAMINE D

La douleur généralisée chronique (DGC), qui n'est pas uniquement associée à la fibromyalgie, atteint environ 10 % de la population générale. Bien que l'étiologie de la DGC ne soit pas clairement établie, certains facteurs émotionnels et comportementaux permettent de prédire avec un fort degré de certitude l'apparition et la persistance des symptômes. Cependant, les programmes de prise en charge axés sur ces facteurs n'entraînent au mieux que de modestes améliorations, d'où le besoin de définir de nouveaux facteurs de risque pouvant mener à l'application d'interventions efficaces.

Certaines études à fiabilité variable ont laissé entendre qu'une carence en vitamine D pourrait être l'un de ces facteurs. Cette hypothèse a été mise à l'épreuve par une équipe dirigée par le Dr John McBeth, conférencier principal à l'unité d'épidémiologie et de recherche sur l'arthrite de l'école Epidemiology and Health Sciences, rattachée à l'Université de Manchester, au Royaume-Uni. Ils ont réparti les patients de l'étude EMAS (European Male Aging Study), une étude de cohorte croisée, en trois groupes d'après la douleur ressentie et évaluée par les patients au cours du mois précédent : aucune douleur récente (40 %), douleur subclinique (50 %) et douleur répondant aux critères définissant la DGC (tout juste sous 10 %). Certains sujets sélectionnés ont fourni des échantillons de sang et se sont adonnés à des activités physiques, comme une marche chronométrée de 50 pieds.

Leur analyse a montré qu'une carence en vitamine D (15 ng/mL ou moins) était associée à un rapport de cotes de 1,5 d'éprouver une DGC. Ils ont également observé des relations entre la DGC et la performance physique, le tabagisme et la dépression. La correction effectuée pour tenir compte de ces possibles facteurs confondants a invalidé l'association entre une carence en vitamine D et la DGC. Toutefois, cela n'annule pas nécessairement la pertinence de l'association : il est possible qu'une carence en vitamine D augmente d'une manière ou d'une autre le risque de dépression, ce qui en retour augmente le risque de fibromyalgie. Des études prospectives contribueraient à élucider ces relations. ■

Éditrice: CATHERINE CHOQUETTE
Responsable des ventes: NEDJMA ZIDANE
Révision scientifique: BLANDINE JARDON, Ph. D.
Révision linguistique: GILLES GIRAUD
Directeur artistique: PASCAL GORNICK
Photo: © DAVID MACK / SPL / PUBLIPHOTO

Ce supplément est publié par: Le Groupe des publications d'affaires et professionnelles, 1200, avenue McGill College, bureau 800, Montréal (Québec) H3B 4G7
Tél.: 514 845-5141 / Téléc.: 514 843-2183

Cette publication ne peut être reproduite, en tout ou en partie, sans le consentement écrit de l'éditeur.
Tous droits réservés. © 2009

