



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Éditorial

Vers une amélioration de la prise en charge non pharmacologique de la fibromyalgie[☆]



INFO ARTICLE

Mots clés :

Fibromyalgie
Prise en charge
Interventions non pharmacologiques

1. Introduction

La fibromyalgie (FM) est une affection chronique et invalidante qui touche environ 3 % de la population adulte [1] et fait peser un lourd fardeau à la fois sur les individus et sur la société. Il est donc essentiel de mettre en place des stratégies efficaces pour aider les patients à gérer leur maladie et à préserver leur qualité de vie. Malheureusement, si la compréhension de la FM progresse depuis quelques décennies, sa prise en charge demeure complexe et généralement peu satisfaisante, tant pour les patients que pour les médecins. De plus, les patients se heurtent souvent à une invalidation de la part de leurs proches et même de professionnels de santé [2], ce qui accroît considérablement leur souffrance [3].

2. Prise en charge pharmacologique

Les résultats des approches pharmacologiques sont généralement décevants [4,5]. Outre leur efficacité clinique limitée, la plupart des médicaments ne ciblent tout au plus qu'un ou deux symptômes parmi les innombrables manifestations pénibles et invalidantes que ressentent les patients, notamment fatigue, sommeil non récupérateur et troubles cognitifs [6]. Le contrôle insuffisant des symptômes et la survenue fréquente d'effets indésirables aboutissent à une mauvaise observance des traitements [5]. L'approche pharmacologique demeure pourtant l'option thérapeutique la plus courante dans de nombreux pays, alors même qu'elle n'est recommandée que dans les formes sévères de FM accompagnées de douleurs intenses ou d'importants troubles du sommeil [7], ainsi qu'en cas d'échec des traitements de première intention. De nouvelles cibles, qui pourraient être pertinentes dans la FM [8]

et de nouvelles thérapies à cibles multiples, doivent être vérifiées scientifiquement.

La question des stratégies de prise en charge les plus efficaces reste donc controversée, comme en témoignent les divergences entre les recommandations existantes fondées sur des preuves [9]. Il existe néanmoins une forme de consensus en ce qui concerne les principaux objectifs de la prise en charge de la FM, à savoir amélioration de la qualité de vie et notamment des symptômes, de la capacité fonctionnelle et du bien-être [10].

3. Principes de prise en charge

On retrouve dans la plupart des recommandations plusieurs principes fondamentaux qui régissent la prise en charge des personnes atteintes de FM :

- le traitement de la FM doit suivre une approche personnalisée et graduelle ;
- la prise de décision partagée et l'information du patient doivent faire partie intégrante de la prise en charge ;
- les objectifs du traitement doivent être réalisables et cohérents avec les objectifs personnels du patient [10].

Un traitement optimal doit donc être individualisé et adapté aux comorbidités psychiatriques et médicales (qui peuvent exiger des stratégies thérapeutiques spécifiques), aux facteurs de risque (par exemple : traumatisme), aux processus cognitifs et affectifs inadaptes (catastrophisme, obsession) et aux caractéristiques des symptômes (par exemple : prédominance, sévérité, répercussions) [11] ainsi qu'aux besoins, préférences et valeurs du patient [10]. Le rapport coût-bénéfice, l'accessibilité des traitements et les éventuels obstacles socioéconomiques doivent également être pris en considération.

Les approches non pharmacologiques, telles que l'information du patient, l'exercice physique et les interventions psychologiques, peuvent être particulièrement adaptées à la FM, compte tenu de la nature multi-déterminée et dynamique de cette maladie, du fardeau supplémentaire des comorbidités psychiatriques et médicales et de l'influence que les processus psychosociaux peuvent avoir sur l'apparition, le maintien et la progression de l'affection [12]. Le fait que les interventions non pharmacologiques ciblent les multiples domaines de symptômes et s'accompagnent de moins d'effets indésirables peut également constituer un avantage par rapport aux médicaments [6]. C'est pour ces raisons que la plupart des

DOI de l'article original : <https://doi.org/10.1016/j.jbspin.2020.02.005>.

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais la référence anglaise de *Joint Bone Spine* avec le DOI ci-dessus.

recommandations préconisent actuellement des approches non pharmacologiques en première intention pour la FM [9]. Cependant, des problèmes de disponibilité, d'accessibilité et de mise en œuvre de certaines de ces approches et le manque d'habitude des rhumatologues et des médecins généralistes quant à ces techniques freinent la généralisation de leur adoption. De nouvelles méthodes comme l'e-santé et la santé mobile pourraient permettre de faire tomber quelques-unes de ces barrières.

4. Information du patient

C'est un élément clé de la prise en charge de la fibromyalgie. L'information du patient :

- clarifie la nature de la FM ;
- favorise l'autogestion en améliorant la connaissance des symptômes et des processus sous-jacents, de leur influence mutuelle et du rôle des schémas comportementaux ;
- valide l'expérience personnelle, réfute les idées reçues sur la FM et réduit la stigmatisation ou l'auto-stigmatisation [12] ;
- favorise une prise de décision partagée et bien informée. Les effets de cette méthode semblent améliorés par son association à d'autres modalités non pharmacologiques, comme l'exercice physique ou l'intervention psychologique [12,13].

5. Exercice physique

Il s'agit à ce jour de la seule intervention non pharmacologique pour la FM qui soit « fortement » recommandée par différentes directives [9]. Il a été montré que l'exercice physique réduit les principaux symptômes de la FM et améliore la capacité fonctionnelle et la qualité de vie [7,14]. Les modalités actuelles comptent les exercices d'aérobic, les exercices de résistance et les étirements/assouplissements sur terre et dans l'eau. Des études ont mis en avant les effets différents de plusieurs modalités et interventions individuelles ou combinées sur la fonction physique, la sévérité des symptômes, la qualité de vie et l'humeur [15].

Les programmes d'exercice doivent être progressifs et adaptés aux besoins spécifiques du patient (par exemple : condition physique, force musculaire), à ses caractéristiques (par exemple : âge, IMC, comorbidités) [11] et à ses préférences personnelles (par exemple : type/fréquence d'activité, exercice individuel/collectif). Pour être bénéfique, l'exercice doit être pratiqué de manière régulière et suivie [16].

Encourager l'assiduité est un défi majeur à cet égard [14]. Le manque de constance doit être identifié et résolu rapidement (par exemple : avec des entretiens incitatifs). Opter pour des activités physiques agréables et intégrées au quotidien et appliquer d'autres techniques comportementales comme le « nudging » peuvent également favoriser une augmentation durable de l'activité physique des patients atteints de FM.

6. Thérapie cognitive et comportementale (TCC)

Les TCC, considérées comme l'intervention psychologique de référence pour la FM, reçoivent un large soutien empirique depuis des années. Elles réduisent efficacement les symptômes de la FM, les émotions négatives et l'invalidité [18] de façon dose-dépendante [17]. Les TCC sont fortement recommandées par la plupart des directives [9], en particulier pour les personnes présentant des troubles émotionnels ou socio-affectifs/de résolution de problèmes [7].

Elles sont toutefois aussi l'objet de critiques, essentiellement pour les raisons suivantes :

- conclusions variables sur l'ampleur (souvent modeste) et la persistance de leurs effets [18] ;
- problèmes méthodologiques et d'échantillonnage ;
- incertitudes concernant les éléments médiateurs/modérateurs du traitement [19].

Ce constat souligne le besoin urgent de recherches de qualité [20]. L'un des points controversés est l'absence ou la faiblesse des effets des TCC sur la douleur, critère d'évaluation principal des essais menés sur la FM, parfois au détriment d'autres symptômes tout aussi lourds. Il est intéressant de noter qu'une étude récente a montré que si un changement des scores de douleur est un résultat souhaitable, ce n'est pas une condition suffisante pour démontrer une amélioration ou l'efficacité du traitement [21]. Cette réserve met en évidence la nécessité d'intégrer systématiquement, outre des indicateurs liés aux symptômes, des résultats reflétant l'amélioration de la fonction physique, de l'autonomie, du bien-être et de la qualité de vie mais aussi, en plus des résultats génériques, des résultats correspondant aux besoins et aux objectifs individuels.

L'émergence d'une troisième génération de TCC apporte du nouveau, avec des approches fondées sur la pleine conscience, l'acceptation et les valeurs. La plupart des revues et des méta-analyses sur des interventions fondées sur la pleine conscience et l'acceptation dans la fibromyalgie ont conclu que ces approches étaient supérieures aux interventions de contrôle et entraînaient des améliorations à court terme des principaux symptômes de la FM, de la dépression, de l'anxiété, de la pleine conscience et de la qualité de vie, avec des amplitudes d'effet faibles à modérées [18,22]. Ces résultats encourageants doivent toutefois être interprétés avec prudence dans la mesure où ils reposent largement sur des preuves de qualité médiocre. Ces nouvelles approches sont centrées autant sur les symptômes que sur l'individu, ce qui va probablement conduire à l'apparition d'approches compassionnelles. Alors que la pleine conscience et l'acceptation sont orientées vers une meilleure gestion des symptômes et des expériences, les approches compassionnelles visent en outre l'acceptation de soi qui passe par l'apprentissage et l'adoption d'une attitude sans jugement, paisible, d'acceptation et de douceur envers soi [23]. Une étude a montré la pertinence possible d'une telle approche dans la douleur chronique [24].

Des études complémentaires devraient également apporter des informations sur les mécanismes ciblés, l'influence des modifications de ces mécanismes sur l'évolution des effets dans le temps, les facteurs qui atténuent ou amplifient ces effets et ceux qui favorisent la réponse au traitement [12,18]. L'ensemble de ces connaissances clarifiera ce qui fonctionne, de quelle manière et pour qui, et donnera des indications pour l'élaboration de modèles de maladie et d'interventions psychologiques optimisés et personnalisés.

7. Thérapies complémentaires et alternatives

Ces thérapies sont très variables, tant en termes de contenu que de niveaux de preuves [25]. La balnéothérapie, les thérapies par le mouvement et la méditation ou l'acupuncture ont été associées à des améliorations des symptômes et de la qualité de vie dans la FM [7], ce qui a conduit à les intégrer dans les recommandations de certaines directives [9]. La plupart des thérapies complémentaires et alternatives manquant de soutien empirique en raison des importants défauts méthodologiques des études existantes, de nouvelles recherches visant à clarifier leur efficacité à court et à long terme, leurs mécanismes sous-jacents et leur rapport bénéfice-risque sont indispensables, en particulier du fait que des patients atteints de FM les suivent déjà [25].

8. Techniques de neuromodulation

Les méthodes de stimulation cérébrale non invasive, comme la stimulation transcrânienne à courant continu qui cible les zones impliquées dans le traitement et la modulation de la douleur, semblent avoir des effets positifs sur la douleur, le sommeil et la fatigue, les symptômes cognitifs et affectifs et la qualité de vie [26]. De nouvelles études restent cependant nécessaires pour apporter des preuves concluantes de l'efficacité de ces méthodes appliquées seules ou en complément d'autres traitements, pour définir les protocoles et dosages optimaux et pour identifier les personnes auxquelles elles conviendraient le mieux.

9. Récapitulatif et conclusion

Malgré des éléments théoriques et des preuves empiriques en faveur d'un bénéfice des interventions non pharmacologiques, le traitement de la FM peut encore largement être amélioré. Il a été postulé que la stratégie la plus efficace, en particulier en cas de symptômes sévères ou d'invalidité [7], pourrait consister à combiner différentes interventions ou composantes. Malgré des résultats encourageants [4,13,27], des études complémentaires devraient rechercher quelles composantes il convient de combiner et comment, et si leur interaction a des effets additionnels ou synergiques, ou encore des effets indésirables inattendus [6]. Il pourrait être utile d'élaborer un cadre de référence capable d'intégrer les connaissances actuelles sur la FM. Cela apporterait des informations sur les mécanismes que ces interventions devraient cibler, aiderait à émettre des hypothèses sur les effets attendus et, surtout, cela permettrait de concevoir des interventions optimisées. Notre équipe s'y emploie actuellement [28].

En attendant de nouveaux développements autour de ces interventions et de leur accessibilité, notre expérience clinique montre clairement que l'information et l'implication des patients peuvent grandement soulager la douleur et les autres symptômes, et tout particulièrement les manifestations liées au stress. Il est très important et gratifiant d'aider les patients à prendre conscience du rôle néfaste du stress chronique et des techniques de prise en charge inefficaces dans la fluctuation de leurs symptômes. Les soignants professionnels peuvent expliquer en termes simples la manière dont le stress psychologique peut sensibiliser le cerveau à répondre par la douleur et la fatigue. Les professionnels de santé intéressés peuvent inciter les patients à mieux se comprendre et à mettre en place des pratiques mentales et physiques stimulant la relaxation, le bien-être et la bonne humeur. Cela semble un (peut-être le seul) objectif commun à toutes les méthodes qui paraissent donner des résultats dans la fibromyalgie, depuis les antidépresseurs jusqu'à l'exercice, en passant par la pleine conscience.

Source de financement

Ce travail a été soutenu par la Fondation pour la Science et la Technologie portugaise (subvention SFRH/BD/145954/2019).

Contributions des auteurs

Ana M. Pinto a contribué à la rédaction – l'ébauche originale ; Rinie Geenen, Paula Castilho, et José A.P. da Silva, à la rédaction – la révision et correction.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Branco JC, Bannwarth B, Failde I, et al. Prevalence of fibromyalgia: a survey in five European countries. *Semin Arthritis Rheum* 2010;39:448–53.
- [2] Santiago MG, Marques A, Kool M, et al. Invalidation in patients with rheumatic diseases: clinical and psychological framework. *J Rheumatol* 2017;44:512–8.
- [3] Laroche F, Guérin J, Coste J, et al. Importance of feelings of injustice in fibromyalgia, large internet survey on experiences of 4516 French patients. *Joint Bone Spine* 2019;86:808–10.
- [4] Nuesch E, Hauser W, Bernardy K, et al. Comparative efficacy of pharmacological and non-pharmacological interventions in fibromyalgia syndrome: network meta-analysis. *Ann Rheum Dis* 2013;72:955–62.
- [5] Häuser W, Walitt B, Fitzcharles MA, et al. Review of pharmacological therapies in fibromyalgia syndrome. *Arthritis Res Ther* 2014;16:201.
- [6] Perrot S, Russell IJ. More ubiquitous effects from non-pharmacologic than from pharmacologic treatments for fibromyalgia syndrome: a meta-analysis examining six core symptoms. *Eur J Pain* 2014;18:1067–80.
- [7] Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, et al. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Ann Rheum Dis* 2017;76:318–28.
- [8] Ablin JN, Häuser W. Fibromyalgia syndrome: novel therapeutic targets. *Pain Manag* 2016;6:371–81.
- [9] Thieme K, Mathys M, Turk DC. Evidence-based guidelines on the treatment of fibromyalgia patients: are they consistent and if not, why not? Have effective psychological treatments been overlooked? *J Pain* 2017;18:747–56.
- [10] Häuser W, Ablin J, Perrot S, et al. Management of fibromyalgia: practical guides from recent evidence-based guidelines. *Pol Arch Intern Med* 2017;127:47–56. <http://dx.doi.org/10.20452/pamw.3877>.
- [11] Häuser W, Perrot S, Clauw DJ, et al. Unravelling fibromyalgia – steps towards individualised management. *J Pain* 2018;19:125–34.
- [12] Hassett AL, Gevirtz RN. Non-pharmacologic treatment for fibromyalgia: patient education, cognitive-behavioural therapy, relaxation techniques, and complementary and alternative medicine. *Rheum Dis Clin North Am* 2009;35:393–407.
- [13] Papadopoulou D, Fassoulaki A, Tsoulas C, et al. A meta-analysis to determine the effect of pharmacological and non-pharmacological treatments on fibromyalgia symptoms comprising OMERACT-10 response criteria. *Clin Rheumatol* 2016;35:573–86.
- [14] Bidonde J, Busch AJ, Schachter CL, et al. Mixed exercise training for adults with fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;5:CD013340.
- [15] Sosa-Reina MD, Nunez-Nagy S, Gallego-Izquierdo T, et al. Effectiveness of therapeutic exercise in fibromyalgia syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *Biomed Res Int* 2017;2017:2356346.
- [16] Hauser W, Klose P, Langhorst J, et al. Efficacy of different types of aerobic exercise in fibromyalgia syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Arthritis Res Ther* 2010;12:R79.
- [17] Glombiewski JA, Sawyer AT, Gutermann J, et al. Psychological treatments for fibromyalgia: a meta-analysis. *Pain* 2010;151:280–95.
- [18] Bernardy K, Klose P, Welsch P, et al. Efficacy, acceptability and safety of cognitive behavioural therapies in fibromyalgia syndrome – a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Eur J Pain* 2018;22:242–60.
- [19] Ehde DM, Dillworth TM, Turner JA. Cognitive-behavioural therapy for individuals with chronic pain: efficacy, innovations, and directions for research. *Am Psychol* 2014;69:153–66.
- [20] Morley S, Williams A, Eccleston C. Examining the evidence about psychological treatments for chronic pain: time for a paradigm shift? *Pain* 2013;154:1929–31.
- [21] Vowles KE, Witkiewitz K, Levell J, et al. Are reductions in pain intensity and pain-related distress necessary? An analysis of within-treatment change trajectories in relation to improved functioning following interdisciplinary acceptance and commitment therapy for adults with chronic pain. *J Consult Clin Psychol* 2017;85:87–98.
- [22] Haugmark T, Hagen KB, Smedslund G, et al. Mindfulness- and acceptance-based interventions for patients with fibromyalgia – a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2019;14:e0221897.
- [23] Neff KD. Self-compassion: an alternative conceptualisation of a healthy attitude towards oneself. *Self Identity* 2003;2:85–101.
- [24] Purdie G, Morley S. Compassion and chronic pain. *Pain* 2016;157:2625–7.
- [25] Cassisi G, Ceccherelli F, Atzeni F, et al. Complementary and alternative medicine in fibromyalgia: a practical clinical debate of agreements and contrasts. *Clin Exp Rheumatol* 2013;31:S134–52.
- [26] Brighina F, Curatolo M, Cosentino G, et al. Brain modulation by electric currents in fibromyalgia: a structured review on non-invasive approach with transcranial electrical stimulation. *Front Hum Neurosci* 2019;13:40.
- [27] Hauser W, Bernardy K, Arnold B, et al. Efficacy of multicomponent treatment in fibromyalgia syndrome: a meta-analysis of randomised controlled clinical trials. *Arthritis Rheum* 2009;61:216–24.
- [28] Pinto AM, Luís M, Palavra F, et al. Reconciling research fields in fibromyalgia: a proposed integrative model. *Clin Exp Rheumatol* 2019;37:S-130.

Ana Margarida Pinto^{a,*,b,c}
 Rinie Geenen^d
 Paula Castilho^a
 José A.P. da Silva^{b,e,f}

^a University of Coimbra, Center for Research in Neuropsychology and Cognitive and Behavioral Intervention (CINEICC), Faculty of Psychology and Educational Sciences, Rua do Colégio Novo, s/n, 3000-115 Coimbra, Portugal

^b University of Coimbra, University Clinic of Rheumatology, Faculty of Medicine, Rua Larga – FMUC, Pólo I – Edifício Central, 3004-504 Coimbra, Portugal

^c University of Coimbra, Psychological Medicine Institute, Faculty of Medicine, Rua Larga – FMUC, Pólo I – Edifício Central, 3004-504 Coimbra, Portugal

^d Department of psychology, Utrecht university, Martinus-J.-Langeveldgebouw, Heidelberglaan 1, 3584 CS Utrecht, Pays-Bas

^e Rheumatology department, Coimbra hospital and university centre, Praceta Mota Pinto, 3004-561 Coimbra, Portugal

^f University of Coimbra, Coimbra Institute for Clinical and Biomedical Research (i.CBR), Faculty of Medicine, Azinhaga Santa Comba, 3000-548 Coimbra, Portugal

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : ana.pinto691@hotmail.com (A.M. Pinto)

Accepté le 17 février 2020

Disponible sur Internet le 7 octobre 2020