





RéfleXions

Rhumatologiques

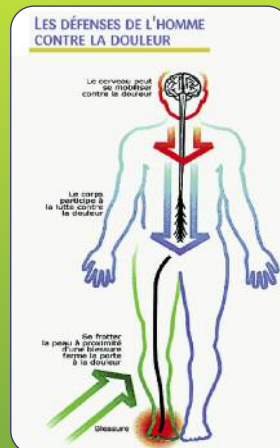
125

janvier
2010
Tome 14

-  **Rhumato-staff**
Une polyarthrite
à ne pas traiter par anti-TNF α
-  **Vingt questions aux experts**
Hypnose
-  **Congrès**
Infections et biothérapies :
actualités 2009 à l'ACR
-  **Congrès SFR**
Les actualités thérapeutiques

Dossier

Actualités thérapeutiques des fibromyalgies



Coordination scientifique :
Othmane Mejjad et Eric Thomas

ISSN : 1279-5690

4
Crédits
FMC
par an

Actualités thérapeutiques de la fibromyalgie

La fibromyalgie est une affection fréquemment rencontrée par le rhumatologue et se caractérise par un syndrome douloureux diffus et chronique. En France, sa prévalence serait de 3.4% dans la population féminine. L'hypothèse physiopathogénique la plus

souvent évoquée est une perturbation des mécanismes centraux de contrôle des stimuli douloureux entraînant une diminution du seuil de perception de la douleur, avec pour corollaire hyperalgésie et allodynie.

Des critères diagnostiques ont été élaborés par le Collège Américain de Rhumatologie (ACR) et publiés en 1990. Le diagnostic est retenu sur l'association de douleurs diffuses affectant les 4 quadrants corporels, évoluant depuis plus de 3 mois, et d'au moins 11 points douloureux à la pression sur les 18 sites possibles⁽¹⁾. La douleur s'accompagne de signes généraux dont la valeur diagnostique est tout aussi importante. Il s'agit le plus souvent de fatigue, de fatigabilité à l'effort, d'anxiété, de dépression, de troubles du sommeil, de céphalées, de douleurs abdominales et de troubles digestifs⁽²⁾.

Le traitement de la fibromyalgie pose en réalité beaucoup plus de problèmes au rhumatologue que son diagnostic. Il s'agit en effet d'une affection très hétérogène et le traitement doit être individualisé non seulement en fonction de l'évaluation initiale de la patiente (douleur, capacités fonctionnelles, contexte psycho-social), mais également tout au long du suivi. L'approche doit être multidisciplinaire en associant traitements pharmacologiques et non pharmacologiques.

L'European League Against Rheumatism (EULAR) a récemment publié des recommandations⁽³⁾ reflétant l'opinion d'experts de 11 pays et les conclusions de 98 publications de bonne qualité méthodologique (39 concernant les interventions pharmacologiques et 59 les interventions non pharmacologiques). Les catégories d'intervention retenues par le groupe de travail étaient d'un côté les antidépresseurs, les antalgiques et "autres traitements pharmacologiques", et de l'autre l'exercice, les thérapies cognitivo-comportementales, l'éducation, la nutrition et "autres traitements non pharmacologiques". L'impact des interventions a été évalué sur la douleur et le Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). Au final, ont été élaborées les recommandations figurant dans le **Tableau 1**.

Intervention thérapeutique	Recommandations de l'EULAR
Balnéothérapie, exercice physique	Les programmes individualisés d'exercice physique, comportant aerobique et renforcement musculaire peuvent être bénéfiques pour certains patients (niveau de preuve IIb)
Thérapie cognitivo-comportementale	Les thérapies cognitivo-comportementales peuvent être bénéfiques chez certains patients (niveau IV)
Autres interventions non pharmacologiques	Relaxation, rééducation, physiothérapie, aide psychologique peuvent être utilisées en fonction des besoins individuels des patients (niveau IIb)
Tramadol	Le tramadol est recommandé pour la prise en charge de la douleur dans la fibromyalgie (niveau Ib)
Paracétamol, opioïdes faibles, corticoïdes, opioïdes majeurs	Paracétamol et opioïdes faibles sont des options thérapeutiques ; corticoïdes et opioïdes majeurs ne sont pas indiqués (niveau IV)
Amitriptyline, fluoxétine, duloxétine, milnacipran, moclobémide, pirlindole	Les antidépresseurs cités réduisent la douleur et améliorent la fonction, ils sont donc recommandés (niveau Ib)
Tropisetron, pramipexole et prégabaline	Réduisent la douleur et sont recommandés (niveau Ib)

Tableau 1 : Recommandations de l'EULAR pour la prise en charge de la fibromyalgie.

Pour ce dossier de Réflexions Rhumatologiques ayant pour thème "Actualités thérapeutiques de la fibromyalgie", nous avons décidé de reprendre les rubriques d'interventions thérapeutiques retenues par l'EULAR, de les analyser en fonction des données les plus récentes de la littérature et de les présenter de façon pratique au rhumatologue.

Nous tenons à remercier Alain Françon, Patrick Giniès, Françoise Laroche et Serge Perrot pour leur brillante contribution, ainsi que le CEDR pour son aide dans l'élaboration de ce dossier dont nous espérons qu'il sera utile à nos confrères pour la prise en charge de ces patientes complexes.

RÉFÉRENCES

1. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, et coll. The American College of Rheumatology, 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990 ; 33 : 160-72.
2. Thomas E, Blotman F. Place et signification des symptômes non douloureux de la fibromyalgie. *Rev Rhum* 2003 ; 70 : 306-9.
3. Carville SF, Arendt-Nielsen S, Bliddal H, et coll. Eular evidence-based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome. *Ann Rheum Dis* 2008 ; 67 : 536-41.

COMITÉ SCIENTIFIQUE

M. AUDRAN, Angers	P. LE GOFF, Brest
B. BANNWARTH, Bordeaux	J. M. LE PARC, Boulogne
A. CANTAGREL, Toulouse	J. Y. MAIGNE, Paris
G. CHALES, Rennes	J. F. MAILLEFERT, Dijon
M. DOUGADOS, Paris	C. MARCELLI, Caen
L. EULLER-ZIEGLER, Nice	P. NETTER, Nancy
F. EULRY, Paris	X. PHELIP, Grenoble
R. GHOZLAN, Paris	J. POUREL, Vandœuvre les Nancy
A. KAHAN, Paris	M. REVEL, Paris
J. L. KUNTZ, Strasbourg	A. SARAUX, Brest
JD. LAREDO, Paris	D. WENDLING, Besançon
X. LE LOËT, Rouen	

COMITÉ DE RÉDACTION ET DE LECTURE

Dominique BARON, Lannion	Othmane MEJJAD, Rouen
Jean-Marie BERTHELOT, Nantes	Edouard PERTUISSET, Cergy-Pontoise
Patrick CHERIN, Paris	Christian ROUX, Nice
Roland CHAPURLAT, Lyon	Jérémie SELLAM, Paris
Bernard CORTET, Lille	Patrick SICHÈRE, Paris
Philippe DUPONT, Paris	Elizabeth SOLAU-GERVAIS, Poitiers
Pascal HILLIQUIN, Corbeil Essonnes	Christophe THÉPOT, Corbeil Essonnes
Pierre KHALIFA, Paris	Eric THOMAS, Montpellier
Hervé de LABAREYRE, Les Lilas	Eric TOUSSIROT, Besançon
Françoise LAROCHE, Paris	Bernard VERLHAC, Paris
Véra LEMAIRE, Paris	Jean VIDAL, Issy les Moulineaux
Thierry LEQUERRÉ, Rouen	
Marc MARTY, Créteil	

Rédacteurs en chef :	Didier CLERC, Le Kremlin Bicêtre
	Bernard CORTET, Lille
	Pascal HILLIQUIN, Corbeil Essonnes

UNE ÉDITION J.B.H. SANTÉ

53, rue de Turbigo - 75003 Paris
Tél. : 01 44 54 33 54 - Fax : 01 44 54 33 59
E-mail : la@jbhsante.fr
Site : <http://www.jbhsante.fr>
Directeur de la publication : Dr Jacques HALIMI
Secrétariat Général de rédaction : Yaëlle ELBAZ
Maquette : Clémence KINDERF
Service commercial : Nathalie BOREL, Véronique GUILLOT
Abonnements : Louise ASCOLI

Imprimerie GYSS
ISSN : 1279-5690
Commission paritaire : 0112 T 81080
Dépôt légal : 1^{er} trim. 2010

Les articles de "Réflexions Rhumatologiques" reflètent l'opinion des auteurs et n'engagent en aucune façon la responsabilité de la Société éditrice. Aucun article publié dans ce numéro ne peut être reproduit quels que soient la forme et les procédés sans l'autorisation expresse de l'éditeur.

Adhérent au CESSIM

S O M M A I R E

- 3 Editio : Actualités thérapeutiques de la fibromyalgie ——— Eric Thomas, Othmane Mejjad

DOSSIER

ACTUALITÉS THÉRAPEUTIQUES DES FIBROMYALGIES

- 7 Des médicaments pour traiter la fibromyalgie ? ——— Serge Perrot
12 Reconditionnement à l'effort et fibromyalgie ——— Eric Thomas
15 Fibromyalgie et thermalisme ——— Alain Françon
19 Thérapies cognitives et comportementales : actualités 2009-2010 ——— Françoise Laroche
23 Education thérapeutique : ou comment positiver la gestion des patients fibromyalgiques ——— P. Ginies, A M Gosp, G Boesch, C Regis

RHUMATO-STAFF

- 27 Une polyarthrite à ne pas traiter par anti-TNF α ——— Céline Cozic, Yves Maugars, Jean-Marie Berthelot

CONGRÈS

- 31 Polyarthrite rhumatoïde à l'ACR 2009 (Philadelphie) ——— Pascal Hilliquin
34 Infections et biothérapies : actualités 2009 à l'ACR ——— Edouard Pertuiset

VIE PROFESSIONNELLE

- 36 Comment renseigner son résumé d'unité médicale ? ——— Milka Maravic

LES VINGT QUESTIONS QUE VOUS VOUS POSEZ

- 37 Hypnose ——— Patrick Sichère

RÉFLEXIONS D'ARTISTES

- 40 MIDAM (et Kid Paddle) : animateur d'enfant (et porteur de lombostat...) ——— Patrick Sichère

22,30,35,41,42 RENCONTRES SFR 2009

27 ABONNEMENT

2 éléments joints : numéros spéciaux

Auto-évaluation

ACTUALITÉS THÉRAPEUTIQUES DES FIBROMYALGIES

Les éléments de réponse aux questions posées se trouvent bien entendu au sein des différents articles ...
mais aussi à la fin du dossier, avec réponses et commentaires, aujourd'hui en page 28

1 Concernant l'activité physique et la fibromyalgie :

- ☐ A. les experts de l'EULAR recommandent l'inclusion de l'exercice dans le programme thérapeutique de la fibromyalgie ;
- ☐ B. la technique d'exercice physique la mieux validée parmi les traitements non pharmacologiques de la fibromyalgie est le stretching ;
- ☐ C. le principal inconvénient du traitement physique de la fibromyalgie est l'adhérence thérapeutique ;
- ☐ D. une recrudescence des douleurs est possible en début de traitement.

2 Concernant le thermalisme et la fibromyalgie :

- ☐ A. l'évaluation des effets des traitements thermaux dans la fibromyalgie repose sur des essais cliniques randomisés ;
- ☐ B. les traitements qui composent une cure thermale apparaissent dans les recommandations de l'EULAR sur la prise en charge du patient fibromyalgique ;
- ☐ C. de plus en plus de stations thermales proposent des thérapies spécifiques adaptées aux patients fibromyalgiques et prises en charge par l'Assurance-Maladie ;
- ☐ D. cependant, une enquête récente menée par l'association de patients Fibromyalgie France UFAF ne confirme pas l'efficacité du traitement thermal.

3 Parmi les propositions suivantes concernant la fibromyalgie, laquelle ou lesquelles vous paraît ou paraissent exactes ?

- ☐ A. quoique non validées par des études randomisées, les thérapies cognitives et comportementales (TTC) figurent parmi les recommandations de l'EULAR ;
- ☐ B. les TTC s'inspirent des thérapies de groupe ;
- ☐ C. l'évaluation initiale du patient douloureux chronique inclut l'acceptation de la douleur et de la maladie, la motivation au changement et les attentes ;
- ☐ D. l'éducation thérapeutique du patient fibromyalgique vise à l'acceptation des soins passifs.

4 Parmi les propositions suivantes concernant le traitement médicamenteux de la fibromyalgie, laquelle ou lesquelles vous paraît ou paraissent exactes ?

- ☐ A. le propoxyphène constitue l'antalgique le plus efficace ;
- ☐ B. l'efficacité des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) reste modeste ;
- ☐ C. l'apport des inhibiteurs mixtes de la recapture de la sérotonine (IRS) et de la noradrénaline paraît intéressant ;
- ☐ D. même prescrits isolément, les anxiolytiques représentent une option efficace compte tenu du niveau d'anxiété élevé des patients fibromyalgiques ;
- ☐ E. la prégabaline est un traitement efficace quoique parfois mal toléré ;
- ☐ F. la corticothérapie prolongée à petites doses peut être utile.

5 La technique d'exercice physique la mieux validée pour le traitement non pharmacologique de la fibromyalgie est le stretching.

Oui ☐ ou Non ☐

6 Le principal inconvénient du traitement physique de la fibromyalgie est l'adhérence thérapeutique.

Oui ☐ ou Non ☐

7 Les effets des traitements thermaux dans la fibromyalgie ont-ils déjà été évalués par des essais cliniques randomisés ?

Oui ☐ ou Non ☐

8 Les traitements qui composent une cure thermale apparaissent-ils dans les recommandations de l'EULAR sur la prise en charge du patient fibromyalgique ?

Oui ☐ ou Non ☐

Des médicaments pour traiter la fibromyalgie ?

résumé

La fibromyalgie est un syndrome controversé, d'étiologie inconnue, aux confins de la rhumatologie et de la psycho-somatique et riche de multiples symptômes rendant son évaluation et sa prise en charge complexes. Longtemps basée sur des traitements empiriques non validés, l'approche thérapeutique proposée repose désormais, depuis environ 5 ans, sur des études publiées, un niveau de preuve élevé et des méthodologies comparables à celles utilisées dans d'autres domaines de la rhumatologie.

Les traitements médicamenteux s'avèrent en général modérément efficaces, essentiellement à court terme. Les antalgiques classiques sont peu utiles, le tramadol étant le plus efficace. L'hypothèse neurologique centrale rend compte de l'orientation actuelle des traitements. Les antidépresseurs tricycliques, à doses faibles, présentent un certain intérêt, permettant d'améliorer les troubles du sommeil et d'aider à la réactivation physique progressive des patients. Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine semblent peu efficaces. Les nouveaux antidépresseurs, inhibiteurs mixtes de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, comme la venlafaxine, le milnacipran ou la duloxétine paraissent apporter des résultats intéressants. Il en est de même des antiépileptiques comme la gabapentine ou la prégabaline. L'efficacité des agonistes dopaminergiques D3 demeure controversée. D'autres approches centrées sur les troubles du sommeil pourraient constituer des pistes à explorer plus avant.

La prise en charge du syndrome fibromyalgique reste assez décevante et les médicaments à eux seuls ne peuvent prétendre l'améliorer suffisamment. Il faut actuellement définir des stratégies d'utilisation des médicaments et notamment des associations médicamenteuses. Dans tous les cas, l'utilisation des médicaments doit s'inscrire dans une prise en charge multidisciplinaire, pour renforcer les techniques de réactivation physique, l'abord socio-professionnel et psychologique.

SERGE PERROT

Service de Médecine Interne et Thérapeutique,
Hôtel Dieu, Université Paris Descartes, Paris

Bien que de très nombreux travaux lui soient consacrés, la prise en charge de la fibromyalgie est toujours perçue comme une entreprise difficile et les médicaments paraissent souvent peu efficaces. La recherche est pourtant active et se développe de façon solide et validée, et de nombreuses publications ont permis l'autorisation de mise sur le marché (AMM) nord-américain de plusieurs médicaments dédiés à la fibromyalgie. En Europe, aucun médicament n'a pour l'instant obtenu l'AMM dans cette indication, pour des motifs probablement liés autant à la reconnaissance de ce syndrome qu'à la modestie des effets antalgiques obtenus. Il paraît malgré tout nécessaire de connaître les médicaments utilisables dans cette affection, leurs éventuels modes d'action et d'utilisation, pour ne pas laisser les patients démunis face à leur douleur, et limiter l'escalade thérapeutique ou l'utilisation de substances non validées.

Traitements antalgiques

Les antalgiques

Les antalgiques sont très largement utilisés par les patients fibromyalgiques, la douleur étant le symptôme principal. En général, ils sont peu efficaces, souvent utilisés en association, à de fortes doses et de façon inadaptée.

Dans l'étude multicentrique de Wolfe et coll.⁽⁵¹⁾, 20% des 538 patients suivis pendant 7 ans dans 6 centres ont utilisé sans efficacité notable des antalgiques opioïdes (de niveau 2 pour la plupart). Une publication⁽⁴⁹⁾ montre qu'une dose intraveineuse unique de morphine exerce un effet sur la douleur spontanée et induite par la pression chez 50% des malades, alors considérés comme répondeurs, mais il s'agit d'une étude portant sur la physiopathologie et ce type de traitement ne peut être préconisé au long cours. Trois essais concluent à l'efficacité du tramadol, antalgique d'action centrale comportant une action opioïdérique mais aussi monoaminergique (ou alors sérotoninergique et noradrénergique), la 1^{ère}⁽¹¹⁾ en dose unique versus placebo sur la douleur spontanée, les 2 autres sur une durée de 6 semaines⁽⁴³⁾ ou en association au paracétamol⁽⁹⁾. En revanche, il n'existe pas d'étude valable au long cours sur le paracétamol et les opioïdes forts utilisés isolément.

mots-clés

Fibromyalgie - Douleur - Traitement médicamenteux

■ Les anti-inflammatoires non stéroïdiens

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont encore plus largement utilisés, par 91 % des patients (mais il s'agit de patients américains), y compris l'aspirine. L'efficacité de l'ibuprofène demeure modeste, seulement en association avec un anxiolytique, l'alprazolam ⁽⁴²⁾, alors que le ténoxycam seul est inefficace ⁽¹⁵⁾ mais renforce l'effet du bromazépam.

■ Les anesthésiques locaux

Les anesthésiques locaux ont également été testés dans la fibromyalgie, plus souvent pour aider à la compréhension de la physiopathologie que pour le traitement ^(6, 49).

Une étude ⁽⁶⁾ montre que l'administration parentérale de lidocaïne peut améliorer les scores de douleur et d'humeur pendant 30 jours après l'injection. La kétamine, qui agit au niveau spinal par antagonisme des récepteurs N-méthyl-D-Aspartate (NMDA), est efficace chez la moitié des patients, ce qui traduit l'état de sensibilisation centrale des malades fibromyalgiques ⁽⁴⁹⁾. De par ces raisons théoriques d'action sur la sensibilisation centrale, elle est actuellement souvent utilisée alors que les preuves cliniques de son efficacité restent faibles.

Traitements antidépresseurs

Les agents psychotropes ont été utilisés dans la fibromyalgie depuis 1975, depuis que Moldovsky suggéra que la douleur était liée aux troubles du sommeil et que la sérotonine, impliquée dans la douleur et le sommeil, pouvait être diminuée dans ce syndrome.

La plupart des études se sont concentrées sur l'amitriptyline et la fluoxétine, pour l'amitriptyline à des doses plus faibles que celles utilisées dans la dépression ⁽³⁹⁾, d'autant qu'il n'existe pas d'éléments permettant d'affirmer la présence d'une dépression vraie dans la fibromyalgie.

■ L'amitriptyline

L'amitriptyline est le médicament le plus utilisé au long cours dans la fibromyalgie, par près de 40 % des patients dans l'étude multicentrique de Wolfe ⁽⁵¹⁾. Les 3 premières études à court terme (4 à 9 semaines) portant sur l'amitriptyline avaient montré une amélioration supérieure au placebo en termes de douleur et d'évaluation globale du médecin ^(14, 27, 48). Cependant, l'essai contrôlé à long terme (6 mois) de Carette et coll. ⁽¹³⁾ ne confirme pas cette efficacité. L'action de l'amitriptyline semble plus marquée sur les troubles du sommeil que sur la douleur ou le handicap fonctionnel ⁽²⁷⁾.

■ Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine

Des études plus récentes ont porté sur l'utilisation d'inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS), essentiellement la fluoxétine, aux doses proches de celles utilisées dans la dépression (20 mg/jour). Les conclusions de celles de Wolfe et coll. ⁽⁵²⁾ et de Goldenberg et coll. ⁽²⁶⁾ diffèrent : absence d'efficacité significative par rapport au placebo dans la 1ère, amélioration significative sous fluoxétine et amitriptyline, renforcée par l'association des 2 traitements, dans la seconde. L'amélioration, à court terme, a porté sur le niveau de handicap (FIQ), l'évaluation de la douleur, du bien-être et des troubles du sommeil, sans diminution du score des points douloureux. Un autre IRS a été étudié, le citalopram, avec des résultats négatifs dans une étude à court terme, positifs dans une autre ⁽²⁾, plus prolongée et de bonne qualité : effet sur la douleur, l'indice FIQ et la symptomatologie dépressive.

Enfin, encore plus récemment, les travaux se sont portés sur l'intérêt des inhibiteurs mixtes de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, comme la venlafaxine ⁽⁴⁶⁾. Le milnacipran ⁽³²⁾ et la duloxétine ⁽³⁾ ont fait l'objet de plusieurs études contrôlées de très bonne qualité, portant sur un nombre important de patients, dont les résultats positifs positionnent ces traitements comme les antidépresseurs de référence dans la fibromyalgie, par leur efficacité et leur tolérance, meilleure que celle des tricycliques.

■ Autres molécules

L'évaluation des inhibiteurs de la monoamine oxydase (MAO), également testés, ne permet pas de conclure à leur intérêt. L'étude de Hannonen et coll. ⁽²⁹⁾ n'objective pas d'efficacité du moclobemide sur la douleur, le sommeil et la fatigue de patients fibromyalgiques indemnes d'anomalies psychiatriques.

D'autres molécules agissant sur le métabolisme de la sérotonine ont été étudiées, en particulier celles agissant sur les récepteurs de la sérotonine : après comparaison au placebo, la ritansérine, bloqueur des récepteurs 5-HT₂, s'avère inefficace sur la douleur, le sommeil, la raideur matinale ou l'anxiété ⁽³⁶⁾.

Les études sur les antagonistes des récepteurs de type 3 de la 5 hydroxytryptamine (5HT) fournissent des résultats variables selon le taux de sérotonine. Notons cependant l'effet positif du tropisétro sur la douleur dans une étude à court terme (10 jours) ⁽²³⁾ qui confirme les données d'une investigation pilote sur 4 semaines ⁽³⁷⁾.

Les neuroleptiques

Deux études montrent des effets modestes de l'olanzapine ⁽²⁴⁾ et de la ziprasidone ⁽¹²⁾ sur différents symptômes de la fibromyalgie, essentiellement l'anxiété ou la dépression, chez des patients réfractaires à d'autres traitements.

Les traitements anxiolytiques

Compte tenu des niveaux d'anxiété importants relevés chez les patients fibromyalgiques, les anxiolytiques sont largement utilisés ⁽¹⁾, par 43% des patients dans l'étude de Wolfe et coll. ⁽⁵¹⁾.

Deux anxiolytiques semblent avoir une efficacité modeste dans la fibromyalgie, l'alprazolam et le bromazépam, en association avec un AINS ^(15, 42). L'alprazolam et l'ibuprofène associés réduisent le nombre des points douloureux et la perception par les patients de la sévérité de leur maladie, comparativement au placebo ⁽⁴²⁾. Le bromazépam et le ténoxycam diminuent l'intensité de la douleur et la sévérité des symptômes, mais la différence n'est pas significative par rapport au placebo ⁽¹⁵⁾. Le clonazépam est par ailleurs largement utilisé, sans preuve de son efficacité, car facilement maniable avec des faibles doses, sous forme de gouttes. Il faut malgré tout se méfier d'une augmentation immodérée de la posologie, assez fréquente, et des risques de sédation et d'accoutumance, avec une véritable dépendance physique se révélant par un syndrome de sevrage à l'arrêt.

Les anticonvulsivants

Les traitements antiépileptiques sont de plus en plus utilisés, notamment dans les syndromes douloureux chroniques, d'autant que l'on suspecte un mécanisme neuropathique central, ce qui est le cas dans la fibromyalgie.

Parmi les antiépileptiques utilisés dans la douleur, la gabapentine et surtout la prégabaline ont fait l'objet d'études dans la fibromyalgie. Crofford et coll. ⁽¹⁸⁾ ont montré l'efficacité de la prégabaline (450 mg/jour) sur un grand nombre de critères, mais au prix d'une somnolence et de vertiges.

Les traitements agissant sur le sommeil

Pour de nombreux auteurs, les liens entre la douleur et le sommeil sont importants, en particulier dans la fibromyalgie

dont le trouble initial pourrait être une anomalie du sommeil, confirmée par des données cliniques et des enregistrements des phases de sommeil ⁽³³⁾.

En dehors des benzodiazépines (cf infra), plusieurs médicaments agissant sur le sommeil ont été testés. Le zolpidem est un agent hypnotique utilisé dans de nombreuses formes d'insomnie et qui, contrairement aux benzodiazépines, ne modifie pas le sommeil. L'évaluation des effets à court terme (après 16 nuits d'utilisation) de doses de 5 à 15 mg ne montre pas de modification significative de la douleur, de l'humeur et de la fatigue, mais une amélioration sur l'endormissement, les réveils nocturnes et l'impression d'énergie pendant la journée. La zopiclone a fait l'objet de 2 études ^(20, 28) qui n'objectivent pas d'effet significativement intéressant. Parmi les autres molécules, en dehors du modafinil pour le traitement de la fatigue associée à la fibromyalgie ⁽⁴⁷⁾, c'est le gamma-hydroxybutyrate qui semble le plus prometteur ⁽⁴⁵⁾.

Les traitements myorelaxants

Les études nord-américaines démontrent l'efficacité d'un traitement par un myorelaxant de la classe des tricycliques, très largement utilisé (26% pour les patients suivis par Wolfe et coll.), la cyclobenzaprine, utilisée seule ou en association avec l'ibuprofène ^(8, 41). Ce traitement n'est pas commercialisé en France.

Les traitements agissant sur d'autres physiopathologies présumées du syndrome fibromyalgique

Un grand nombre de molécules ont été évaluées dans le syndrome fibromyalgique à partir de données physiopathologiques plus ou moins validées. Les études publiées sont nombreuses mais le plus souvent méthodologiquement non valables et peu de substances sélectionnées sur cette base pathogénique ont fait l'objet d'études contrôlées contre placebo.

■ L'acide malique

Certaines données évoquent la possibilité d'anomalies du métabolisme aérobie du muscle impliquant l'ATP et le magnésium ⁽⁴⁴⁾. L'acide malique, acide organique non toxique, joue un rôle dans la synthèse de l'ATP mitochondrial et pourrait de ce fait être proposé dans la fibromyalgie. Il a été testé associé au magnésium, sous forme de comprimés. Dans une

étude contrôlée en cross-over, pour de faibles doses, son effet à 4 semaines n'est pas supérieur au placebo ⁽⁴⁴⁾. Une 2^{ème} partie de l'étude, effectuée en ouvert, à plus fortes posologies et sur une plus longue durée (2 mois,) montre une augmentation de l'effet sur la douleur et d'autres paramètres mesurés, mais sans comparaison à une molécule de référence ou un placebo.

■ L'hormone de croissance

La mise en évidence d'une diminution des taux de somatomédine C chez les patients fibromyalgiques ⁽⁷⁾ a conduit à l'évaluation de l'hormone de croissance (GH). Parmi les 3 études publiées, celle ⁽⁷⁾ dont le suivi est le plus long (9 mois) compare la GH par voie sous-cutanée et un placebo dans un sous-groupe caractérisé par un taux abaissé d'IGF-1. Elle conclut à une efficacité significative de la GH sur les scores myalgiques et de la qualité de vie. Malgré tout, le coût très élevé de ce type de thérapeutique et les résultats modestes ne permettent pas de considérer qu'il s'agit d'un traitement de la fibromyalgie.

■ Les autres traitements agissant sur la sérotonine

En accord avec la théorie d'anomalies de la transmission de la sérotonine, quelques études ont testé l'effet du 5-hydroxytryptophane. L'essai versus placebo mené par Caruso et coll. ⁽¹⁶⁾ chez 50 patients atteints de fibromyalgie montre une efficacité significative, mais la méthodologie en est contestable.

■ la calcitonine

Compte-tenu de ses effets antalgiques supposés, la calcitonine a été évaluée dans une étude ⁽¹⁰⁾ récente (calcitonine de saumon, 100 UI/jour par voie sous-cutanée pendant 4 semaines). L'absence d'efficacité significative sur les nombreuses variables mesurées et le nombre non négligeable d'effets secondaires font rejeter cette option thérapeutique.

■ La S-adenosyl-méthionine

La S-adenosyl-méthionine, testée dans 3 études contrôlées contre placebo ^(31, 50), s'avère significativement efficace sur les troubles dépressifs, de façon moins nette sur le score de points douloureux et l'évaluation de la douleur.

■ Les corticoïdes

Certains auteurs ont évoqué la possibilité d'anomalies de l'axe hypothalamo-hypophysaire dans la fibromyalgie. Les corticoïdes ⁽¹⁷⁾ par voie générale ne sont pas efficaces, voire délétères, et doivent être évités compte tenu des effets secondaires non négligeables d'une utilisation au long cours.

Malgré tout, dans son analyse multicentrique, Wolfe et coll. ⁽⁵¹⁾ a pu trouver 24% de patients fibromyalgiques traités par corticoïdes. Les injections locales de corticoïdes peuvent par contre être utiles de façon ponctuelle pour traiter des points douloureux précis ⁽²²⁾.

■ Les agonistes D3

Les substances testées dans cette indication comprennent encore les agonistes dopaminergiques D3, comme le ropinirole ou le pramipexole ⁽³⁰⁾. Le ropinirole est déjà commercialisé dans un autre syndrome neurologique central, le syndrome des jambes sans repos. Un traitement récent, le tergulide, est dénué d'efficacité dans la fibromyalgie ⁽¹⁹⁾.

Les thérapeutiques non conventionnelles

La fibromyalgie, plus encore que d'autres pathologies chroniques, est un terrain propice à de nombreuses thérapeutiques dites "alternatives" ⁽⁴⁰⁾. De nombreuses autres techniques et substances sont proposées aux patients, pour la plupart non validées mais largement exploitées car très lucratives. On considère que près de 90% des patients fibromyalgiques ont recours à la médecine alternative ⁽⁴⁰⁾, ce qui s'explique par l'absence d'efficacité des techniques et traitements dits traditionnels et devrait être pris en compte et si possible contrôlé par les médecins plutôt que rejeté.

Conclusion

La prise en charge de la fibromyalgie ne peut être univoque et reposer sur les seuls médicaments qui ont montré leurs limites. Le traitement médicamenteux est cependant utile, et devrait combiner des traitements à action symptomatique immédiate, en particulier le tramadol, et des traitements de fond à action centrale, essentiellement les antidépresseurs ou anti-épileptiques. Bien qu'aucun traitement n'ait l'indication dans ce syndrome en Europe, la place du médicament dans le syndrome fibromyalgique, plus encore que dans d'autres syndromes ou maladies, doit faire l'objet d'une éducation des patients et de leurs médecins, pour une meilleure efficacité, pour en connaître les buts à atteindre en évitant les écueils de la iatrogénie et en définissant les meilleures stratégies. ■

Conflits d'intérêts : aucun

RÉFÉRENCES

- 1- Aaron LA, Bradley LA, Alarcon GS, et coll. Psychiatric diagnoses in patients with fibromyalgia are related to health-care seeking behavior rather than to illness. *Arthritis Rheum* 1996; 39 : 436-45.
- 2- Andenberg UM, Martensdottir I, von Knorring L. Citalopram in patients with fibromyalgia - a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Eur J Pain* 2000; 4 : 27-35.
- 3- Arnold LM, Clauw DJ, Wohlreich MM, Wang F, Ahl J, Gaynor PJ, Chappell AS. Efficacy of duloxetine in patients with fibromyalgia : pooled analysis of 4 placebo-controlled clinical trials. *J Clin Psychiatry* 2009; 11 : 237-44.
- 4- Arnold LM, Keck PE, Wedge JA. Antidepressant in fibromyalgia. A meta-analysis and review. *Psychosomatics* 2000; 41 : 104-13.
- 5- Arnold LM, Rosen A, Pritchett YL, D'Souza DN, Goldstein DJ, Iyengar S, Wernicke JF. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of duloxetine in the treatment of women with fibromyalgia with or without major depressive disorder. *Pain* 2005; 119 : 5-15.
- 6- Bennett MI, Tai YM. Intravenous lignocaine in the management of primary fibromyalgia syndrome. *Int J Clin Pharm Res* 1995; 15 : 115-9.
- 7- Bennett RM, Clark SR, Burckhardt CS, Walczyk J. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of growth hormone therapy in the treatment of fibromyalgia. *Am J Med* 1998; 104 : 227-31.
- 8- Bennett RM, Gatter RA, Campbell SM, Andrews RP, Clark SR, Scarola JA. A comparison of cyclobenzaprine and placebo in the management of fibrositis. A double-blind controlled study. *Arthritis Rheum* 1988; 31 : 1535-42.
- 9- Bennett RM, Kamin M, Karim R, Rosenthal N. Tramadol and acetaminophen combination tablets in the treatment of fibromyalgia pain : a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Am J Med* 2003; 114 : 537-45.
- 10- Bessette L, Carrette S, Fossel AH, Lew RA. A placebo-controlled crossover trial of subcutaneous salmon calcitonin in the treatment of patients with fibromyalgia. *Scand J Rheumatol* 1998; 27 : 112-6.
- 11- Biasi G, Manca S, Manganello S, Marcolongo R. Tramadol in the fibromyalgia syndrome : a controlled clinical trial versus placebo. *Int J Clin Pharm Res* 1998; 1 : 13-9.
- 12- Calandre EP, Hidalgo J, Rico-Villademoros F. Use of ziprasidone in patients with fibromyalgia : a case series. *Rheumatol Int* 2007; 27 : 473-6.
- 13- Carrette S, Bell M, Reynolds, et coll. Comparison of amitriptyline, cyclobenzaprine, and placebo in the treatment of fibromyalgia. A randomized, double-blind clinical trial. *Arthritis Rheum* 1994; 37 : 32-40.
- 14- Carrette S, McCain GA, Bell DA, Fam AG. Evaluation of amitriptyline in primary fibrositis. A double-blind placebo-controlled study. *Arthritis Rheum* 1986; 29 : 655-9.
- 15- Carrera JQ, Castano AV, Gomez JP, et coll. Comparison of tenoxicam and bromazepam in the treatment of fibromyalgia : a randomized, double-blind, placebo controlled trial. *Pain* 1996; 65 : 221-5.
- 16- Caruso I, Saerzi Puttini PC, Bocassini L, et coll. A double-blind study of dothiepin versus placebo in the treatment of primary fibromyalgia syndrome. *J Int Med Res* 1987; 15 : 154-9.
- 17- Clark S, Tindall E, Bennett RM. A double-blind crossover trial of prednisone versus placebo in the treatment of fibrositis. *J Rheumatol* 1985; 12 : 980-3.
- 18- Crofford LJ, Rowbotham MC, Mease PJ, et coll. Pregabalin 1008-105 Study Group. Pregabalin for the treatment of fibromyalgia syndrome : results of a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Arthritis Rheum* 2005; 52 : 1264-73.
- 19- Distler O, Eich W, Dokoupliova E, et coll. Evaluation of the efficacy and safety of terguride in patients with fibromyalgia syndrome. Results of a twelve-week, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel-group study. *Arthritis Rheum* 2009; 62 : 291-300.
- 20- Drewes AM, Andreasen A, Jennum P, Nielsen KD. Zopiclone in the treatment of sleep abnormalities in fibromyalgia. *Scand J Rheumatol* 1991; 20 : 288-93.
- 21- Dwight MM, Arnold LM, O'Brien H, Metzger R, Morris-Park E, Keck PE Jr. An open clinical trial of venlafaxine treatment of fibromyalgia. *Psychosomatics* 1998; 39 : 14-7.
- 22- Ernberg M, Hedenberg-Magnusson B, Alstergren P, Kopp S. Short-term effect of glucocorticoid injection into the superficial masseter muscle of patients with chronic myalgia : a comparison between fibromyalgia and localized myalgia. *J Orofac Pain* 1997; 11 : 249-57.
- 23- Farber L, Stratz T, Buckle W, et coll. Efficacy and tolerability of tropisetron in primary fibromyalgia - a highly selective and competitive 5-HT₃ receptor antagonist. *Scand J Rheumatol* 2000; 113 : 49-54.
- 24- Freudenfeld RN, Murray M, Fuchs PN, Kiser RS. Decreased pain and improved quality of life in fibromyalgia patients treated with olanzapine, an atypical neuroleptic. *Pain Pract* 2006; 6 : 112-8.
- 25- Gendreau RM, Thorn MD, Gendreau JF, et coll. Efficacy of milnacipran in patients with fibromyalgia. *J Rheumatol* 2005; 32 : 1975-85.
- 26- Goldenberg D, Mayskiy M, Mossey C, Ruthazer R, Schmic C. A randomized double-blind crossover trial of fluoxetine and amitriptyline in the treatment of fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1996; 39 : 1852-9.
- 27- Goldenberg DL, Felson DT, Dinerman H. A randomized controlled trial of amitriptyline and naproxen in the treatment of fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum* 1986; 29 : 1371-7.
- 28- Gronblad M, Nykanen J, Kontinen J, Jarvinen E, Helve T. Effect of zopiclone on sleep quality, morning stiffness, widespread tenderness and pain and general discomfort in primary fibromyalgia patients. A double-blind randomized trial. *Clin Rheumatol* 1993; 12 : 186-91.
- 29- Hannonen P, Malmiemi K, Yli-Kerttula U, Isomeri R, Roponen P. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of moclobemide and amitriptylin in the treatment of fibromyalgia females without psychiatric disorders. *Br J Rheumatol* 1998; 37 : 1279-86.
- 30- Holman AJ, Myers RR. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of pramipexole, a dopamine agonist, in patients with fibromyalgia receiving concomitant medications. *Arthritis Rheum* 2005; 52 : 2495-505.
- 31- Jacobsen S, Danneskiold-Samsoe B, Bach-Andersen R. Oral S-adenosylmethionine in primary fibromyalgia. Double-blind clinical evaluation. *Scand J Rheumatol* 1991; 20 : 294-302.
- 32- Mease PJ, Clauw DJ, Gendreau RM, Rao SG, Kranzler J, Chen W, Palmer RH. The efficacy and safety of milnacipran for treatment of fibromyalgia. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Rheumatol* 2009; 36 : 398-409.
- 33- Moldofsky H, Franklin AL, Mously C, Roth-Schechter B, Reynolds WJ. The effect of Zolpidem in patients with fibromyalgia : a dose ranging, double-blind, placebo-controlled modified crossover study. *J Rheumatol* 1996; 23 : 529-33.
- 34- Moldofsky H, Scarisbrick R, England R, Smythe H. Musculoskeletal symptoms and non-REM sleep disturbance in patients with 'fibrositis syndrome' and healthy subjects. *Psychosom Med* 1975; 4 : 341-51.
- 35- Norregaard J, Volkmann H, Danneskiol-Samsoe B. A randomized controlled trial of citalopram in the treatment of fibromyalgia. *Pain* 1995; 61 : 445-9.
- 36- Olin R, Klein R, Berg PA. A randomized double-blind 16 week study of ritanserin in fibromyalgia syndrome : clinical outcome and analysis of autoantibodies to serotonin, gangliosides and phospholipids. *Clin Rheumatol* 1998; 17 : 89-94.
- 37- Papadopoulos IA, Georgiou PE, Katsimbri PP, Drosos AA. Treatment of fibromyalgia with tropisetron, a 5HT₃ serotonin antagonist : a pilot study. *Clin Rheumatol* 2000; 19 : 6-8.
- 38- Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, et coll. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the multicenter criteria committee. *Arthritis Rheum* 1990; 33 : 160-72.
- 39- Perrot S, Javier RM, Marty M, Le Jeune C, Laroche F. Is there any evidence to support the use of anti-depressants in painful rheumatological conditions? Systematic review of pharmacological and clinical studies. *Rheumatology (Oxford)* 2008; 47 : 1117-23.
- 40- Pioro-Boisset M, Esdaille JM, Fitzcharles MA. Alternative medicine use in fibromyalgia syndrome. *Arthr Care Res* 1996; 9 : 13-7.
- 41- Reynolds WJ, Moldofsky H, Saskin P, Lue FA. The effects of cyclobenzaprine on sleep physiology and symptoms in patients with fibromyalgia. *J Rheumatol* 1991; 18 : 452-54.
- 42- Russel JJ, Fletcher EM, Michalek JE, et coll. Treatment of primary fibrositis/fibromyalgia syndrome with ibuprofen and alprazolam. A double-blind, placebo-controlled study. *Arthritis Rheum* 1991; 34 : 552-60.
- 43- Russel JJ, Kamin M, Bennett RM, Schnitzer TJ, Green JA, Katz WA. Efficacy of tramadol in treatment of pain in fibromyalgia. *J Clin Rheumatol* 2000; 6 : 250-7.
- 44- Russell JJ, Michalek JE, Flechas JD, Abraham GE. Treatment of fibromyalgia syndrome with Super Malic : a randomized, double-blind, placebo-controlled, crossover pilot study. *J Rheumatol* 1995; 22 : 953-8.
- 45- Russell JJ, Perkins AT, Michalek JE. Oxybate SXX-26 Fibromyalgia Syndrome Study Group. Sodium oxybate relieves pain and improves function in fibromyalgia syndrome : a randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter clinical trial. *Arthritis Rheum* 2009; 60 : 299-309.
- 46- Sayar K, Aksu G, Ak I, Tosun M. Venlafaxine treatment of fibromyalgia. *Ann Pharmacother* 2003; 37 : 1561-5.
- 47- Schwartz TL, Rayanacha S, Rashid A, Chlebowksi S, Chilton M, Morell M. Modafinil treatment for fatigue associated with fibromyalgia. *J Clin Rheumatol* 2007; 13 : 52.
- 48- Scudds RA, McCain GA, Rollman GB, Harth M. Improvement in pain responsiveness in patients with fibrositis after successful treatment with amitriptyline. *J Rheumatol* 1989; 16 : 98-103.
- 49- Sorensen J, Bengtsson A, Backman E, Henriksson KG, Bengtsson M. Pain analysis in patients with fibromyalgia : effects of intravenous morphine, lidocaine, and ketamine. *Scand J Rheumatol* 1995; 24 : 360-5.
- 50- Tavoni A, Jeracitano G, Cirigliano G. Evaluation of S-adenosylmethionine in secondary fibromyalgia : a double-blind study. *Clin Exp Rheumatol* 1991; 16 : 106-7.
- 51- Wolfe F, Anderson J, Harkness D, et coll. A prospective, longitudinal, multicenter study of service utilization and costs in fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1997; 40 : 1560-70.
- 52- Wolfe F, Cathey MA, Hawley DJ. A double-blind placebo controlled trial of fluoxetine in fibromyalgia. *Scand J Rheumatol* 1994; 23 : 255-9.

Reconditionnement à l'effort et fibromyalgie

ERIC THOMAS

Département de Rhumatologie, hôpital Lapeyronie, 34295 Montpellier

résumé

L'exercice fait actuellement partie intégrante du traitement de la fibromyalgie, au même titre que les médicaments, les thérapies cognitivo-comportementales, la relaxation ou l'éducation thérapeutique. Dans leur rapport publié en avril 2008, les experts de l'EULAR ont recommandé l'exercice (aérobie et renforcement musculaire) avec un niveau de preuve IIb. Les types d'exercices conseillés, leur intensité, leur fréquence et leur durée doivent encore être précisés. La principale difficulté est l'acceptation de l'exercice physique chez ces patientes asthéniques et douloureuses ; leur adhérence aux programmes reste encore limitée en ce qui concerne l'observance et surtout la persistance.

mots-clés

Fibromyalgie
Traitement non pharmacologique
Exercice
Aérobie.

La fibromyalgie (FM) est une affection multisymptomatique essentiellement caractérisée par des douleurs diffuses et chroniques. Troubles du sommeil, fatigue et raideur matinale sont présents dans trois-quarts des cas. La FM est associée à une incapacité fonctionnelle affectant significativement l'activité professionnelle et la qualité de vie. Près de la moitié des patientes ne peuvent pas travailler à plein temps et certaines ne peuvent plus poursuivre leur activité. Leur participation à la vie de famille et aux activités sociales est également réduite par les douleurs, les troubles du sommeil et de l'humeur. Malgré de nombreux travaux de recherche clinique, le traitement de la FM reste difficile et controversé. À côté des médicaments antalgiques et psychotropes, des traitements non pharmacologiques (exercice, éducation, thérapies cognitivo-comportementales) doivent être associés. Le but de cet article est d'évaluer le rôle de l'exercice physique, et notamment du reconditionnement à l'effort (aérobie) dans la prise en charge actuelle de la FM.

Bénéfices physiologiques de l'aérobie dans la fibromyalgie

Les tissus périphériques, et notamment les muscles, peuvent contribuer à la douleur chronique en initiant ou en maintenant des messages nociceptifs afférents. Ces derniers peuvent significativement contribuer aux mécanismes de sensibilisation centrale. Staud⁽¹⁾ a démontré que l'exercice diminue la sensibilité à la douleur chez les sujets normaux mais l'augmente dans la FM. Ces résultats suggèrent qu'une puissante inhibition tonique de la nociception musculaire est effective chez le sujet normal mais insuffisante dans la FM. De plus, certaines anomalies métaboliques constatées dans le muscle des patientes fibromyalgiques sont en faveur d'un déconditionnement.

L'analyse secondaire de données d'une étude effectuée sur internet⁽²⁾ et incluant 1735 FM a révélé que 60% des femmes ont des difficultés à monter un étage, à marcher 800 mètres ou à soulever un poids de 4 kilos ! Valkeinen⁽³⁾ a montré que la force musculaire des membres inférieurs est significativement plus faible chez les femmes ménopausées souffrant de FM que chez des contrôles de même âge. Etnier⁽⁴⁾ a constaté à l'inverse moins de fatigue, de dépression et de symptômes de FM à la fin d'un programme d'activité physique de 18 semaines effectué par des femmes fibromyalgiques.

Programmes d'aérobic et traitement de la fibromyalgie

Les programmes d'aérobic incluent marche, vélo, exercice en piscine ou danse. L'intensité de l'entraînement est limitée en fonction de la fréquence cardiaque (120 à 150/mn). Le nombre de sessions d'exercice est habituellement de 2 à 3/semaine, d'une durée d'environ 60 minutes. La durée totale de ces programmes de reconditionnement varie entre 4 et 24 semaines. Les évaluations sont faites sur la douleur, le nombre de points douloureux à la pression, le Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ), la dépression, la fatigue et le sommeil.

Principales études comportant un programme d'aérobic (liste non exhaustive)

Plusieurs études ont évalué l'effet de l'exercice de moyenne à haute intensité pour le traitement de la FM (**Tableau 1**).

- **Mc Cain** ⁽⁵⁾ a étudié l'effet d'un programme d'aérobic ou d'étirement de 20 semaines chez 42 fibromyalgiques réparties en 2 groupes. Trois séances par semaine de 60 minutes chacune ont permis une amélioration significative du nombre de points douloureux à la pression dans le groupe aérobic.
- **Jentoft** ⁽⁶⁾ a évalué l'efficacité des programmes aérobic à sec ou en piscine (60 minutes d'exercice, 40% à 50% de la séance s'effectuant à 60%-80% de la fréquence cardiaque maximum, 2 fois par semaine pendant 20 semaines). Le programme en piscine s'est avéré plus performant en termes de douleur, d'anxiété et de dépression.
- Dans l'étude de **Richards et Scott** ⁽⁷⁾ incluant un plus grand nombre (n = 132) de FM, le programme aérobic comportant marche ou vélo, 2 fois par semaine pendant 12 semaines, a été comparé à la relaxation et aux étirements. Il a permis une diminution significativement plus importante des points douloureux et des scores FIQ et un pourcentage de malades globalement améliorés 2 fois (35% versus 18%) plus élevé que la thérapeutique alternative.
- L'essai mené par **Altan** ⁽⁸⁾ a ventilé les 50 femmes fibromyalgiques incluses en 2 groupes : balnéothérapie seule ou aérobic en piscine. L'analyse des résultats fait apparaître une amélioration (douleur, fatigue, sommeil, dépression) statistiquement comparable dans les 2 populations.
- Après randomisation entre d'une part exercice en piscine, relaxation et éducation, d'autre part inscription sur une liste d'attente, l'étude plus conséquente (n = 184) de **Cédraschi** ⁽⁹⁾ a objectivé, en dépit d'une compliance moyenne de 72.6%, une amélioration de la qualité de vie, du FIQ et des critères psychiques chez les malades du 1er de ces 2 groupes.

Référence	N de sujets Sortie d'étude	durée du programme modalités d'exercice	amélioration aérobic / contrôles
Mc Cain et Coll. 1988 (5)	42 3/1	20 semaines cycloergomètre	capacité physique seuil de douleur
Jentoft et Coll. 2001 (6)	34 3/4	20 semaines aérobic à sec et piscine	incapacité physique douleur, anxiété, dépression
Richards & Scott 2002 (7)	136 12/12	12 semaines aérobic (marche, vélo) vs relaxation	état de santé général
Altan et al. 2004 (8)	50 1/3	12 semaines aérobic en piscine/balnéothérapie	sommeil, raideur, dépression
Cédraschi et al. 2004 (9)	164 23/12	6 weeks aérobic en piscine/contrôles	qualité de vie, FIQ
Tomas-Carus et al. 2007 (10)	34 N/A	12 semaines entraînement aquatique /activités de loisir	état physique, douleur équilibre montée d'escaliers
Bircan et al. 2008 (11)	30 2/2	8 semaines	pas de différence

Tableau 1 : Exercice aérobic et fibromyalgie

- L'étude de **Tomas-Carus** ⁽¹⁰⁾ a abouti à une conclusion intéressante : si les patientes sont significativement améliorées par des exercices en piscine (60 minutes 3 fois par semaine pendant 12 semaines), le bénéfice n'est pas maintenu lors de l'évaluation à 3 mois si l'entraînement n'est pas poursuivi.
- **Bircan** ⁽¹¹⁾ a montré que les programmes d'exercice aérobic et de renforcement musculaire amélioraient significativement la douleur, le sommeil, la fatigue et la dépression, mais sans différence significative entre les 2 types de traitement.

L'exercice est-il un traitement validé de la fibromyalgie ?

Dans leur rapport d'avril 2008, les experts de l'EULAR ⁽¹²⁾ ont recommandé l'exercice (aérobic et renforcement musculaire) avec un niveau de preuve IIb dans le programme thérapeutique de la fibromyalgie.

Les revues systématiques de la littérature, notamment celle effectuée par Busch ⁽¹³⁾, sont plus restrictives. Pour ces auteurs, le niveau de preuve est modéré pour un bénéfice important de l'exercice aérobic sur les capacités physiques et possiblement le nombre de points douloureux à la pression et la douleur, limité pour un effet positif des exercices de renforcement musculaire sur les capacités physiques, la douleur et la dépression, et insuffisant pour les exercices d'étirement.

Indications pratiques pour la prescription

- La prescription de l'exercice physique dans la FM doit être individualisée et adaptée à l'état physique initial et à la sévérité de la douleur.
- L'adhérence peut être améliorée en commençant l'entraînement à faible intensité et l'augmentant graduellement en fonction de la tolérance du patient à la douleur.
- L'exercice aérobic doit être essayé en premier et adapté pour améliorer les capacités physiques, augmenter le seuil douloureux et le bien-être.
- La balnéothérapie peut avoir une action complémentaire et indépendante de l'exercice sur les symptômes de FM.
- Les séances d'exercice doivent être, du moins au début, supervisées. Le clinicien doit être conscient d'une possible recrudescence des douleurs en cours de traitement, de façon à pouvoir adapter la prescription en permanence. En cas de poussée douloureuse, l'intensité de l'exercice peut être diminuée mais les séances doivent être maintenues avec la même fréquence. L'étirement musculaire peut être une bonne alternative dans cette situation.

Indications pratiques pour le bon déroulement du programme

Le programme doit comprendre 3 phases : échauffement, exercice, décontraction.

- L'échauffement a pour but d'amener progressivement l'organisme de l'état de repos à la phase d'intensité d'exercice maximum, en augmentant le flux sanguin, le rythme cardiaque et la température des tissus. Dans le cas de la FM, l'échauf-

fement est particulièrement important pour réduire progressivement la sensation de raideur. Un échauffement bien mené vise encore à rassurer la patiente sur l'absence de recrudescence douloureuse.

- Le programme proprement dit comporte des exercices aérobic qui pourront être suivis de renforcement musculaire. La balnéothérapie en eau chaude permet, chez les patientes les plus déconditionnées, de reprendre confiance en réalisant des mouvements qui seraient impossibles sans l'action portante de l'eau. Les exercices à sec pourront comporter de la marche sur tapis roulant, du pédalage au cycloergomètre et du travail de mobilisation articulaire et d'endurance.
- La phase de décontraction, réalisée dès la fin de l'exercice, muscles chauds, est mise à profit pour des mouvements de stretching et de la relaxation.

Conclusion

L'exercice physique fait partie de la prise en charge multidisciplinaire actuelle de la fibromyalgie. Parmi les programmes proposés, ce sont les exercices aérobic qui ont été le plus étudiés et dont le niveau de preuve est le plus élevé à la lecture des revues systématiques récentes de la littérature. Les programmes doivent être individualisés et leur progression doit se faire sous contrôle médical étroit. L'observance et la persistance thérapeutiques représentent le principal obstacle à la pérennisation de l'amélioration chez ces patientes. L'association des programmes d'exercice à des séances d'éducation thérapeutique pourrait améliorer dans l'avenir l'adhérence au traitement. ■

Conflits d'intérêts : aucun

RÉFÉRENCES

1. Staud R, Robinson ME, Price DD. Isometric exercise has opposite effects on central pain mechanisms in fibromyalgia patients compared to normal controls. *Pain* 2005 ; 118 : 176-84.
2. Jones J, Rutledge DN, Jones KD, et coll. Self-assessed physical function levels of women with fibromyalgia : a national survey. *Womens Health Issues* 2008 ; 18 : 406-12.
3. Valkeinen H, Häkkinen A, Alen M, et coll. Physical fitness in postmenopausal women with fibromyalgia. *Int J Sports Med* 2008 ; 29 : 408-13.
4. Etnier JL, Karper WB, Gapin JJ, et coll. Exercise, fibromyalgia and fibrofrog : a pilot study. *J Phys Act Health* 2009 ; 6 : 239-46.
5. McCain GA, Bell DA, Mai FM, et coll. A controlled study of the effects of a supervised cardiovascular fitness training program on the manifestations of primary fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1988 ; 31 : 1135-41.
6. Jentoft ES, Kvalvik AG, Mengshoel AM. Effects of pool-based and land-based aerobic exercise on women with fibromyalgia/chronic widespread muscle pain. *Arthritis Rheum* 2001 ; 45 : 42-7.
7. Richards SC, Scott DL. Prescribed exercise in people with fibromyalgia : parallel group randomised controlled trial. *BMJ* 2002 ; 325 : 185.
8. Altan L, Bingöl U, Aykaç M, et coll. Investigation of the effects of pool-based exercise on fibromyalgia syndrome. *Rheumatol Int* 2004 ; 24 : 272-7.
9. Cedraschi C, Desmeules J, Rapiti E, et coll. Fibromyalgia : a randomised, controlled trial of a treatment programme based on self management. *Ann Rheum Dis* 2004 ; 63 : 290-6.
10. Tomas-Carus P, Häkkinen A, Gusi N, et coll. Aquatic training and detraining on fitness and quality of life in fibromyalgia. *Med Sci Sports Exerc* 2007 ; 39 : 1044-50.
11. Bircan C, Karasel SA, Akgün B, et coll. Effects of muscle strengthening versus aerobic exercise program in fibromyalgia. *Rheumatol Int* 2008 ; 28 : 527-32.
12. Carville SF, Arendt-Nielsen S, Bliddal H, et coll. Euler evidence-based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome. *Ann Rheum Dis* 2008 ; 67 : 536-41.
13. Bush AJ, Barber KA, Overend TJ, et coll. Exercise for treating fibromyalgia syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2007 ; 4 : CD003786.

Fibromyalgie et thermalisme

ALAIN FRANÇON

Rhumatologue, Aix -les-Bains

résumé

La cure thermique est susceptible de représenter une prise en charge complémentaire intéressante pour le patient fibromyalgique : outre les soins classiques de balnéothérapie, thermothérapie et massages, elle peut par ailleurs proposer, selon l'offre de chaque station, des soins adaptés spécifiquement au patient fibromyalgique, de la relaxation, du reconditionnement à l'effort, voire une prise en charge psychothérapique. Plusieurs composantes thérapeutiques mises en jeu lors d'une cure thermique sont retrouvées dans les Recommandations de l'EULAR pour la prise en charge de la fibromyalgie : balnéothérapie, relaxation, reconditionnement à l'effort et soutien psychologique. Les résultats des essais cliniques randomisés montrent un effet bénéfique immédiat avec rémanence d'une durée de 1 à 6 mois des traitements thermaux classiques sur la douleur et la fonction. Ils nécessitent toutefois d'être confirmés par d'autres essais plus puissants incluant un plus grand nombre de patients.

mots-clés

Fibromyalgie,
Cure thermique,
Evaluation,
Recommandations de pratique clinique

Le thermalisme peut-il représenter une alternative thérapeutique dans la prise en charge de la fibromyalgie ? L'insuccès fréquent des traitements classiques, notamment médicamenteux, conduit les professionnels de santé à orienter de plus en plus souvent leurs patients fibromyalgiques vers des approches complémentaires diverses et multidisciplinaires. La cure thermique est susceptible de présenter les atouts d'une telle prise en charge multidisciplinaire dans la mesure où elle peut réunir, outre la balnéothérapie, d'autres propositions thérapeutiques, comme la relaxation, voire dans certaines stations le reconditionnement à l'effort et/ou une prise en charge psychothérapique. Si la prévalence de la fibromyalgie ne correspond qu'à quelques pour cents du total des pathologies soignées dans les stations thermales de rhumatologie - très loin derrière les pathologies mécaniques et dégénératives - un intérêt grandissant se dessine pour le thermalisme dans cette indication.



Après avoir effectué un rappel sur les différentes composantes thérapeutiques pouvant être mis en jeu lors d'une cure thermique, nous préciserons les niveaux de preuves scientifiques actuels portant sur l'efficacité du thermalisme dans la fibromyalgie et tenterons enfin d'établir la place potentielle de ce dernier dans la stratégie thérapeutique de cette indication.

Facteurs thérapeutiques entrant en jeu lors d'une cure thermique

La cure thermique se définit comme l'ensemble des traitements appliqués à un patient pendant son séjour – en France d'une durée de 3 semaines – dans une station thermique. Elle peut être considérée comme une polythérapie en raison de la mise en jeu possible de différents facteurs thérapeutiques ⁽¹⁾ :

■ Les propriétés spécifiques chimiques et physiques de l'eau thermique et de ses agents dérivés

L'eau thermique et de ses agents dérivés (boue, vapeur), tous appliqués par voie externe, constituent une première approche. Un essai clinique randomisé ancien a pu suggérer un éventuel effet thérapeutique lié à la composition soufrée d'une eau minérale thermique ⁽²⁾, mais la validation de ce résultat nécessite bien entendu une confirmation impérative par d'autres essais.



TAUX DE PRISE EN CHARGE D'UNE CURE THERMALE EN 2009

REGIME GENERAL		TAUX DE REMBOURSEMENT		PLAFONDS DE RESSOURCE
PRESTATIONS	MONTANT	MALADIE	Maladie 100%, Accident du travail Invalidité	(revenu maximum pour bénéficier des prestations supplémentaires de l'assurance maladie)
PRESTATIONS LEGALES				
Honoraires médicaux (volet 1)	Base de remboursement sécu Soc : Forfait de 74,03 €	70%	100%	<u>Pas de plafond de ressource</u>
Traitement thermal (volet 2)	Tarifs forfaitaires allant de 481,25 à 664,18 € (selon la part des soins de massages et de rééducation balnéothérapique dans le forfait)	65%	100%	<u>Pas de plafond de ressource</u>
PRESTATIONS SUPPLEMENTAIRES				
Frais de séjour (volet 3)	Base de remboursement Sécu Soc Forfait de 150,01 €	65%	100%	<u>Plafond de ressources applicable</u> Assuré seul 14 664,38 € Major. de 50% par pers. à charge 7 332,19%
Frais de déplacement (volet 3)	Bases de remboursement Sécu Soc : tarif SNCF 2 ^{ème} classe, aller-retour	65%	100%	Ce plafond ne s'applique pas lorsque l'indication de la cure est en relation avec une Affection Longue Durée, un accident de travail ou une maladie professionnelle
Indemnités journalières (arrêt de travail)	Montant des indemnités journalières accordées en cas de maladie			<u>Plafond de ressources applicable</u> Assuré seul 34 308 € Maj. de 50% par pers. à charge 17 154 €

Tableau 1 : Taux de prise en charge d'une cure thermique en 2009

Les effets myorelaxants et antalgiques liés à la chaleur des traitements thermaux apparaissent certainement comme étant les plus intéressants. Certaines études montrent une élévation du taux sérique de β -endorphine lors de traitements hyperthermiques⁽³⁾. D'autres travaux évoquent un possible effet sur l'axe corticotrope⁽⁴⁾. L'application de forte chaleur (boues, étuves de vapeur), source possible de fatigue, doit être ici cependant toujours prudente, progressive et adaptée au patient fibromyalgique.

Les techniques d'utilisation thérapeutique de l'eau thermique

Les techniques d'utilisation thérapeutique de l'eau thermique peuvent être classées en 2 catégories distinctes, d'une part à visée sédative et antalgique, d'autre part à visée mobilisatrice. Les premières, telles que les bains, douches, piscine à jets ou massages concourent à un effet décontracturant, relaxant et antalgique ; les massages et les jets doivent être réalisés, pour le patient fibromyalgique, à un niveau infra-douloureux. Les secondes, telle que la rééducation active en piscine, là aussi adaptée à la fatigabilité du patient, permettent une réadaptation progressive à l'effort. Certaines stations proposent un

rythme de soins étalé sur la journée davantage propice à la récupération.

Les effets chronophysiologiques

Liés à l'exposition quotidienne répétée pendant 3 semaines de l'organisme à des soins thermaux hyperthermiques, les effets chronophysiologiques pourraient jouer selon certains travaux une action sur le système neuro-végétatif et les régulations endocriniennes.

Le contexte

Pourraient encore être impliqués l'unité de temps, de lieu et d'action ainsi que les facteurs d'environnement et psychosociaux propres à la cure : repos physique et psychique, éloignement du cadre de vie habituel, dynamique de groupe, confrontation à l'expérience d'autres malades, structure d'écoute, contacts réguliers avec les thérapeutes, investissement personnel et financier du patient dans une thérapeutique qu'il a souvent sollicitée auprès de son médecin prescripteur et pour laquelle la majorité des coûts reste à sa charge.

■ Les patients fibromyalgiques

En dehors des soins thermaux classiques pris en charge par l'Assurance-Maladie, de plus en plus de stations thermales proposent, à des degrés divers, des prises en charge spécifiques adaptées aux patients fibromyalgiques : séances de relaxation ou de sophrologie, activités et exercices physiques, gymnastique de redynamisation représentant une réadaptation progressive à l'effort, psychothérapie individuelle ou en groupe, conférences, information et éducation du patient Ces prestations, gratuites ou payantes selon les cas mais non remboursées par l'Assurance-Maladie, nécessiteraient d'être inventoriées et expertisées station par station dans un souci de clarté pour le médecin prescripteur et le malade.

Evaluation des traitements thermaux

L'effet de la thérapeutique thermale dans la fibromyalgie a déjà été évalué par un certain nombre d'essais cliniques thermaux randomisés ^(2,4-12). L'analyse de la qualité méthodologique de ces essais s'avère cependant quelquefois décevante.

L'essai le plus méthodologiquement satisfaisant compare chez 30 patients fibromyalgiques l'effet d'un traitement thermal et la poursuite du traitement habituel, en insu de l'évaluateur et avec un recul d'évaluation maximal de 9 mois. L'analyse des données recueillies en fin de traitement objective une amélioration statistique intergroupe significative en faveur du traitement thermal pour l'EVA de la douleur, le nombre de points douloureux, le Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ), l'EVA de la fatigue et l'EVA de l'avis global du patient. Cette amélioration significative persiste en faveur du traitement thermal à 1 mois pour l'EVA de la douleur, le nombre de points douloureux et jusqu'à 6 mois pour le FIQ ⁽⁵⁾.

Le seul essai médico-économique publié en balnéothérapie concerne la thalassothérapie, thérapeutique proche par de nombreux aspects du thermalisme. Cet essai randomisé évalue, versus la poursuite du traitement habituel, l'effet de 2 semaines et demie de thalassothérapie à Djerba (Tunisie) chez 134 patients fibromyalgiques hollandais. Les résultats de la

comparaison de l'évolution intergroupe permettent de conclure à une amélioration significative à 3 mois du FIQ total et des composantes « santé physique » de l'indice de qualité de vie Rand-36 dans le groupe traité par thalassothérapie. Cette amélioration n'est pas retrouvée à 6 et 12 mois ⁽¹³⁾. L'analyse médico-économique montre, en faveur de la thalassothérapie (mais uniquement si l'on en exclut son coût ici particulièrement important de 1526 €), une diminution des coûts médicaux totaux cumulés de 221 € à 6 mois et de 196 € à 12 mois ⁽¹⁴⁾.

Deux revues systématiques récentes, l'une irlandaise, l'autre allemande, toutes deux publiées en langue anglaise, ont tenté d'établir le niveau de preuve actuel fourni par les essais cliniques randomisés concernant la balnéothérapie ^(15,16). La première revue comporte 5 essais thermaux spécifiques sur les 10 essais de balnéothérapie analysés alors que la seconde en inclut 6 sur 10. La conclusion de ces deux revues est que la balnéothérapie (cure thermale, exercices en piscine d'eau du robinet, thalassothérapie) exerce un effet modéré, immédiat et à court terme, sur la douleur, la capacité fonctionnelle et la qualité de vie des patients fibromyalgiques. Les auteurs soulignent toutefois la très grande hétérogénéité des essais analysés ainsi que leurs principales limites méthodologiques : faible nombre de patients, absence d'analyse en intention de traiter, trop courte période de suivi. Ils insistent sur la nécessité d'effectuer de nouveaux essais cliniques randomisés de forte puissance incluant un plus grand nombre de patients.

Une enquête récente, à ce jour non publiée, réalisée par l'association de patients Fibromyalgie France UFAF et réalisée chez 127 fibromyalgiques ayant effectué une cure thermale, indique que 42.5% des malades jugent que la cure thermale a eu un effet bénéfique prolongé pendant au moins 6 mois. L'amélioration ressentie porte par ordre décroissant d'importance sur la douleur, la consommation d'antalgiques, la qualité de vie et enfin la fatigue. Par ailleurs 37.8% considèrent que la cure thermale est plus efficace que les médicaments, alors que 40.2% l'estiment aussi efficace et 22% moins efficace.

Thermalisme et recommandations de l'EULAR

Les Recommandations de Pratique Clinique de l'EULAR (European League Against the Rheumatism) sur la prise en



charge thérapeutique des patients fibromyalgiques, publiées en 2006, indiquent que « les bains en eau chaude, avec ou sans exercice physique, sont efficaces dans la fibromyalgie car ils améliorent la douleur et la fonction »⁽¹⁷⁾. Le grade de recommandation « B » est le meilleur obtenu pour une thérapeutique non médicamenteuse.

Cette recommandation de l'EULAR repose sur l'analyse de 5 essais de balnéologie dont 3 essais thermaux, 1 essai de thalassothérapie et 1 essai de balnéothérapie avec eau du robinet. L'effet taille moyen du traitement balnéologique est de 1.4 pour la douleur et de 2.085 pour la fonction (pour mémoire, un effet taille d'un traitement est considéré comme important lorsqu'il est supérieur à 0.8). Il convient par ailleurs de noter que deux autres des trois recommandations de l'EULAR concernant la prise en charge non pharmacologique de la fibromyalgie peuvent être mises en œuvre dans les stations thermales : programme d'exercices physiques et autres traitements associés comme la relaxation, la rééducation ou le soutien psychologique.

Place de la cure thermique dans la prise en charge du patient fibromyalgique

La place de la balnéothérapie ou des traitements thermaux, établie selon les règles de la médecine basée sur les preuves, est actuellement mieux précisée par les résultats des essais cliniques randomisés, ces derniers indiquant un effet sur la douleur et les capacités fonctionnelles avec une rémanence de plusieurs mois. Cette place est confortée par les recommandations de l'EULAR. Elle pourrait être encore davantage élargie à l'avenir avec l'extension – actuellement en cours dans un certain nombre de stations – d'une véritable offre thérapeutique de type multidisciplinaire comprenant, outre la relaxation, reconditionnement spécifique à l'effort, prise en charge psychothérapique et éducation du patient. ■

Que retenir

- Lors d'une cure thermique les soins thermaux traditionnels mis en jeu sont principalement la balnéothérapie, la thermothérapie (boue, étuves de vapeur) et les massages. Certaines stations peuvent proposer une prise en charge complémentaire spécifique (non prise en charge par l'Assurance-Maladie) comprenant notamment relaxation, exercices à sec, éducation du patient et/ou psychothérapie
- Les essais cliniques randomisés publiés à ce jour montrent un effet bénéfique des traitements thermaux sur la douleur et la fonction. Cet effet se prolonge, selon les essais, sur une durée de 1 à 6 mois.
- La durée d'une cure thermique prise en charge par l'Assurance Maladie est de 3 semaines. Seuls les soins thermaux et la surveillance médicale de la cure, et dans certains cas une indemnité forfaitaire pour les frais d'hébergement et le transport, sont pris en charge. En moyenne le curiste supporte 2/3 à 4/5 des frais engagés dans une cure thermique.

Conflits d'intérêts : aucun

PRISE EN CHARGE PAR L'ASSURANCE-MALADIE

- La prescription de la cure thermique est effectuée par le médecin traitant ou le médecin spécialiste qui remplit la demande de prise en charge administrative en précisant l'orientation thérapeutique pour laquelle la cure est demandée et la station choisie (qui doivent figurer sur la liste des stations et orientations agréées). Cette demande est ensuite adressée par le patient à sa caisse d'affiliation.
- Pour être prise en charge par l'Assurance-Maladie, la durée de la cure thermique doit être de 3 semaines, soit 18 jours de soins (sauf en cas d'arrêt de la cure par le médecin thermal pour raison de santé ou pour cause majeure non médicale).
- L'Assurance-Maladie ne prend en charge que les frais de soins thermaux (balnéothérapie, thermothérapie, massages) et d'honoraires de surveillance médicale de la cure thermique ainsi que, pour une minorité de curistes (assurés ayant un revenu annuel inférieur à 14 664 €, Affections de Longue Durée, accident du travail ou maladie professionnelle) une indemnité forfaitaire pour les frais d'hébergement et de transport (cf tableau).
- Les soins spécifiques tels que la relaxation, les exercices à sec, l'éducation du patient ou le soutien psychothérapique ne sont pas pris en charge par l'Assurance-Maladie.
- En moyenne le curiste supporte 2/3 à 3/4 des frais engagés dans une cure thermique.

RÉFÉRENCES

- 1- Françon A, Queneau P. Quelle place pour la crénothérapie dans la fibromyalgie ? Abrégé « Médecine thermique. Faits et preuves ». P. Queneau et coll. Edition Masson 2000 : 75-7.
- 2- Pratzel HG, Tent G, Weiner D. Zur analgetischen wirksamkeit eines thiosulfathaligen bades bei tendomyopathen. Phys Rehab Kur Med 1995 ; 5 : 11-4.
- 3- Bender T, Nagy B, Barna I, et coll. The effect of physical therapy on beta-endorphin levels. Eur J Appl Physiol 2007 ; 100 : 371-82.
- 4- Bellometti S, Galzigna L. Function of the hypothalamic adrenal axis in patients with fibromyalgia syndrome undergoing mud-pack treatment. Int J Clin Pharm Res 1999 ; 19 : 27-33.
- 5- Donmez A, Karagulle MZ, Tercan N, et coll. Spa therapy in fibromyalgia : a randomised controlled clinic study. Rheumatol Int 2005 ; 26 : 168-72.
- 6- Yurkturan M, Celiktas M. A randomized controlled trial of balneotherapy in the treatment of patients with primary fibromyalgia syndrome. Phys Rehab Kur Med 1996 ; 6 : 109-12.
- 7- Buskila D, Abu-Shakra M, Neumann L, et coll. Balneotherapy for fibromyalgia at the dead sea. Rheumatol Int 2001 ; 20 : 105-8.
- 8- Neumann L, Sukenik S, Bolotin A, et coll. The effect of balneotherapy at the dead sea on the quality of life of patients with fibromyalgia syndrome. Clin Rheumatol 2001 ; 20 : 15-9.
- 9- Evcik D, Kizilay B, Gökçen E. The effect of balneotherapy on fibromyalgia patient. Rheumatol Int 2002 ; 22 : 56-9.
- 10- Altan L, Bingol U, Aykac M, et coll. Investigation of the effects of pool-based exercise on fibromyalgia syndrome. Rheumatol Int 2004 ; 24 : 272-7.
- 11- Ardic F, Ozgen M, Aybek H, et coll. Effects of balneotherapy on serum IL-1, PGE2 and LTb4 levels in fibromyalgia patients. Rheumatol Int 2007 ; 27 : 441-6.
- 12- Fioravanti A, Perpignano G, Tirri G, et coll. Effects of mud bath treatment on fibromyalgia patients : a randomized clinical trial. Rheumatol Int 2007 ; 27 : 1157-61.
- 13- Zijlstra TR, van de Laar MA, Bernerlot Moens HJ, et coll. Spa treatment for fibromyalgia syndrome : a combination of thalassotherapy, exercise and patient education improves symptoms and quality of life. Rheumatology 2005 ; 44 : 539-46.
- 14- Zijlstra TR, Braakman-jansen LM, Taal E, et coll. Cost-effectiveness of spa treatment for fibromyalgia : general health improvement is not free. Rheumatology 2007 ; 46 : 1454-9.
- 15- Carville SF, Arendt Nielsen S, Bliddal H, et coll. EULAR evidence based recommendation for the management of fibromyalgia syndrome. Ann Rheum Dis 2008 ; 67 : 536-41.
- 16- Mc Veigh J, McGaughey H, Hall M, et coll. The effectiveness of hydrotherapy in the management of fibromyalgia syndrome : a systematic review. Rheumatol Int 2008 ; 119-30.
- 17- Langhorst J, Musial F, Klose P, et coll. Efficacy of hydrotherapy in fibromyalgia syndrome – a meta-analysis of randomized controlled clinical trials. Rheumatology 2009 ; 48 : 1155-9.

Thérapies cognitives et comportementales : actualités 2009-2010

FRANÇOISE LAROCHE

*Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur,
Hôpital Saint-Antoine, Paris ;
membre du Cercle d'Etude de la Douleur en Rhumatologie
CEDR (section Douleur de la SFR)*

résumé

L'évaluation et la prise en charge de la douleur chronique nécessitent une approche globale. Les thérapies cognitives et comportementales s'intègrent dans cette approche multidisciplinaire du patient. Elles sont documentées dans la littérature et utilisées largement dans le champ de la médecine comportementale. Elles permettent au patient d'être actif de son traitement. Les objectifs sont d'apprendre à gérer, à faire face mais aussi de prévenir les conséquences de la douleur.

mots-clés

Douleur,
Fibromyalgie,
Actualités,
Evaluation,
Approches cognitives et comportementales

L'évaluation et la prise en charge de la fibromyalgie nécessitent une stratégie globale de type multidisciplinaire et multimodal. Les Thérapies Comportementales et Cognitives (TCC) sont en continuité avec cette approche multidisciplinaire. Elles s'inspirent d'une démarche scientifique expérimentale, basée sur les théories de l'apprentissage. Elles se focalisent sur le comportement actuel qui pose problème. Les procédures utilisées sont objectives et reproductibles. Comme elles présentent moins de clivage entre le modèle médical et le modèle « psy », elles sont mieux acceptées par les patients douloureux.

Différentes recommandations internationales sont disponibles, notamment les recommandations de l'EULAR, qui valorisent ce type d'approches globales ⁽¹⁾.

Principes généraux de la prise en charge de la douleur chronique en TCC

La prise en charge des patients douloureux chroniques passe par une analyse, appelée analyse fonctionnelle, qui évalue les croyances, les émotions et les comportements inappropriés. L'acceptation de la douleur et de la maladie, la motivation au changement et les attentes conditionnent l'efficacité du traitement et doivent aussi faire l'objet d'une évaluation. Un partenariat est donc nécessaire afin de favoriser l'observance et l'alliance thérapeutique.

Emotions et douleur

Les troubles anxieux sont fréquemment associés à la douleur (25%) et peuvent être préexistants chez 77% des patients. Ils sont plus souvent liés à la sévérité et à l'ancienneté de la douleur ⁽²⁾ et peuvent être expliqués par de nombreux facteurs : la chronicité des douleurs, leur retentissement, mais aussi la non-reconnaissance de cette affection fibromyalgique de la part du corps médical et/ou de l'entourage.

■ Comment identifier les troubles émotionnels en TCC ?

Le cercle vicieux stress-contraction musculaire-douleur est observable au cours de toute douleur chronique. Les phénomènes d'attention-distraction, d'inquiétude, d'insomnie, d'anxiété, de dépression, de kinésiophobie ou d'algophobie augmentent la perception de la douleur sur son versant émotionnel.

La peur de la douleur est un déterminant émotionnel important corrélé aux mesures d'anxiété, aux erreurs d'interprétations, à la dépression et à l'incapacité ⁽³⁾.

■ Comment gérer les troubles émotionnels en TCC ?

L'identification des facteurs émotionnels qui modulent la perception de la douleur constitue une première étape. On peut demander aux patients de s'auto-observer et de lister en deux colonnes les situations qui aggravent et celles qui améliorent la douleur permettant de proposer des stratégies adaptatives. On propose aux patients de porter leur attention sur les sensations corporelles afin d'identifier les relations : stress-tension → contraction musculaire → douleur

Les techniques de respiration-relaxation permettent cette auto-évaluation et un travail actif de détente musculaire à visée antalgique. Grâce à un entraînement régulier, on modifie ce cercle vicieux en diminuant le tonus musculaire, en améliorant le sommeil, permettant une meilleure récupération et gestion du stress. En cas de douleur et/ou de stress, le patient peut grâce à cette technique se confronter à une situation qui était évitée auparavant. On propose d'utiliser un agenda, afin d'identifier la douleur, les activités et les stratégies médicamenteuses/non médicamenteuses.

Cognitions et douleur

■ Comment identifier les croyances et interprétations erronées des patients

Les cognitions regroupent les croyances, interprétations, anticipations, expériences douloureuses antérieures et décisions. Ce sont des facteurs d'incapacité ⁽⁴⁾. Il s'agit d'interprétations sur la cause de la douleur, sur la gravité de la fibromyalgie, son retentissement et sur la prise en charge. Elles constituent un frein au traitement et, lorsqu'elles sont méconnues du praticien, empêchent toute adhésion thérapeutique ⁽⁵⁾.

■ Comment gérer les croyances et interprétations erronées en TCC ?

On utilise les colonnes de Beck qui permettent de faire la relation entre :

Situation → Sensations corporelles → Pensées → Emotions → Comportements

On travaille ensuite sur des pensées alternatives plus opérationnelles permettant des comportements bien portants. Un agenda d'observation peut être utilisé par le patient.

On utilise la résolution de problèmes en encourageant les patients à trouver eux-mêmes des solutions. Ces outils de reformulation cognitive permettent aux patients une mise à distance de la cognition dysfonctionnelle, de réfléchir à s'extraire de la douleur par des techniques de distraction de l'attention. Pour ce faire, on propose des techniques de filtre cognitif et une démarche de coping (faire face).

Comportements et douleur

■ Comment identifier les comportements douloureux en TCC ?

Les comportements regroupent l'ensemble des manifestations observables de la personne qui souffre. Il s'agit de manœuvres de soulagement de la douleur (frottement par exemple) souvent accompagnées d'une réduction des comportements bien portants (arrêt des activités par exemple). Il s'agit de comportements appris par conditionnement. Ces manifestations représentent un mode de communication.

A la phase initiale, les comportements d'évitement sont perçus comme adaptés et efficaces pour réduire la douleur (exemple le repos). A un stade plus tardif, ces comportements peuvent persister, être entretenus et constituer un facteur de gravité en cas d'évitement permanent des activités de la vie quotidienne ^(6, 7). La plupart des comportements douloureux sont réactionnels à la douleur et non anticipés. Ils ne s'accompagnent pas d'élaboration d'une réelle stratégie. L'ergomanie ou excès d'activité est parfois observée au cours de la fibromyalgie. Il s'agit souvent d'un style de vie hyperactif avant l'apparition des symptômes qui peut persister malgré les douleurs ⁽⁸⁾.

■ Comment gérer les comportements douloureux en TCC ?

En cas de repli et d'évitement des activités, un travail d'« exposition » est nécessaire. Celui-ci s'effectue en plusieurs temps. Certains patients, dénommés « *Feel Like Discontinuation* » ou « J'arrête car je n'en peux plus », évitent toute activité en raison d'affects négatifs. La prise en charge thérapeutique porte sur la reprise d'activité mais aussi sur la gestion des émotions.

En cas d'ergomanie, que les anglo-saxons nomment « *As much as I can* », on propose des techniques de fractionnement (pacing) qui améliorent l'humeur, le niveau d'activité et les croyances (étude sur 198 fibromyalgies, entraînées pendant 24 semaines) ⁽⁹⁾.

Que dit la littérature ?

■ Les approches multidisciplinaires

Les approches multidisciplinaires ont montré leur efficacité dans la prise en charge de la fibromyalgie⁽¹⁰⁻¹²⁾. Les programmes associent aux traitements médicamenteux des exercices physiques, de l'éducation et des thérapies cognitives et comportementales.

Burckhardt a publié une analyse de 17 études (dont 10 études randomisées-contrôlées, 2 études contrôlées et 7 études non contrôlées) qui montre une efficacité sur la douleur (mais pas dans tous les essais et de façon modérée), le sommeil, la fonction, la fatigue, la qualité de vie et l'efficacité personnelle⁽¹³⁾. Une autre méta-analyse de ces mêmes études, publiée en 2004, rapporte des conclusions comparables⁽¹⁴⁾.

■ Les approches cognitivo-comportementales

Les TCC ont montré leur efficacité en terme de douleur, de fonction, de fatigue, d'humeur dans des études randomisées et contrôlées, d'une durée variant de 6 à 30 mois. Les groupes contrôles sont en général une liste d'attente ou un groupe information-éducation⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Van Koulil a publié en 2007 une méta-analyse de 30 études randomisées contrôlées associant TCC et exercices⁽¹⁶⁾. Les résultats montrent une efficacité de cette association qui reste cependant modeste chez les patients souffrant de douleurs anciennes et de dépression sévère. Les meilleures réponses ont été observées chez les patients à haut niveau de stress et de handicap et aussi chez ceux souffrant depuis moins longtemps.

Thieme⁽¹⁷⁾ a montré que le taux de répondeurs sur la douleur à une thérapie cognitive, une thérapie comportementale et à un groupe placebo, est de 50% pour ces thérapies et dépend surtout du handicap physique (15 séances de deux heures à une semaine d'intervalle parmi 125 femmes souffrant de fibromyalgie).

■ Les TTC de dernière génération : méditation ou mindfulness

Les techniques de relaxation avec imagerie mentale, biofeedback et hypnose ont aussi été évaluées au cours d'essais, moins nombreux, avec des résultats intéressants⁽¹⁴⁾.

Le « *mindfulness-based stress reduction* » est de plus en plus utilisé dans le domaine de la douleur. Cette technique de méditation est définie comme « un moment d'attention et de pleine conscience sans jugement ». De nombreuses études (polyarthrite rhumatoïde, sclérose en plaque, cancer, fibromyalgie...) ont montré une amélioration de la douleur, de l'acceptation de la douleur, de la fonction, du bien-être général, de l'anxiété et de la dépression^(18, 19).

■ Les recommandations

L'EULAR (*European League Against Rheumatism*)⁽¹⁾ et l'American Pain Society (APS)⁽²⁰⁾ ont publié des recommandations thérapeutiques.

La recommandation 5 de l'EULAR dit que : « Les thérapies cognitives et comportementales peuvent être bénéfiques pour certains patients souffrant de fibromyalgie (niveau de preuve IV – force D) ».

Conclusion

La prise en charge de la fibromyalgie nécessite une évaluation globale qui intègre toutes les composantes de la douleur dans l'environnement des patients. Les approches thérapeutiques non médicamenteuses comme les TCC impliquent activement les patients en individualisant la prise en charge. Ces programmes de « self management » rencontrent beaucoup de succès car ils mettent le patient en situation d'acteur et de réussite. Le monde anglo-saxon, canadien et les pays du nord de l'Europe, développent de façon pragmatique ce type de programmes, associant aux traitements médicamenteux, des exercices physiques, de l'éducation, de la relaxation et de la TCC. Il est indispensable d'intégrer le contexte émotionnel, cognitif et le niveau d'intégration-compréhension-acceptation de la douleur de chaque patient.

Différentes recommandations (selon les règles de la médecine fondée sur les preuves) sont disponibles et mettent en avant ces stratégies multidisciplinaires de prise en charge. ■

Conflits d'intérêts : aucun

RÉFÉRENCES

1. Carville SF, Arendt-Nielsen S, Bliddal H, et al. EULAR evidence-based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome. *Ann Rheum Dis* 2007; 67: 536-41.
2. Knaster J, Estlander A, Kalso E, Karlsson H. Psychiatric morbidity in chronic pain. IASP 2008; Abst PT 104.
3. McCracken LM, Gross RT, Sorg PJ, Edmands TA. Predictive pain in patients with chronic low back pain : effects of inaccuracy prediction and pain-related anxiety. *Behaviour Research Therapy* 1993; 647-52.
4. Vlaeyen J, Crombez G. La psychologie de la peur et de la douleur. *Rev Rhum* 2009; 76 : 511-6.
5. Cedraschi C, Desmeules J, Rapioti E, et al. Fibromyalgia : a randomised, controlled trial of a treatment programme based on self management. *Ann Rheum Dis* 2004; 63 : 290-6.
6. Laroche F. Les mots, les pensées et les comportements-pièges des médecins et de leurs patients. *Rev Rhum* 2009; 76 : 522-8.
7. Boureau F. Modèles théoriques cognitifs et comportementaux de la douleur chronique *Doul Analg* 1999; 4 : 265-72.
8. Vlaeyen JWS, Morley SJ. Active despite pain : the putative role of stop-rules and current mood. *Pain* 2004; 110 : 512-6.
9. Nielson WR. The ergomania model stems from the psychodynamic tradition. *J Pain* 2004; 5 : 483-90.
10. Hauser W, Bernardy K, Arnold B, et al. Efficacy of multicomponent treatment in fibromyalgia syndrome : a metaanalysis of randomized controlled clinical trials. *Arthritis Rheum* 2009; 61 : 216-24.
11. Kujala K, Malmivaara A, van Tulder M, et al. Multidisciplinary rehabilitation for fibromyalgia and musculoskeletal pain in working age adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; CD0011984.
12. Lera S, Gelman S, Lopez M, Abenoza M, et al. Multidisciplinary treatment of fibromyalgia : does cognitive behaviour therapy increase the response to treatment. *J Psychosomatic Res* 2009; 67 : 433-41.
13. Burckhardt CS. Multidisciplinary approaches for management of fibromyalgia. *Curr Pharm Des* 2006; 12 : 59-66.
14. Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L. Management of fibromyalgia syndrome. *JAMA* 2004; 292 : 2388-95.
15. Morley S. RCTs of psychological treatments for chronic pain : progress and challenges. *Pain* 2006; 121 : 171-2.
16. van Koudil S. Cognitive-behavioural therapies and exercise programmes for patients with fibromyalgia : state of the art and future directions. *Ann Rheum Dis* 2007; 66 : 571-81.
17. Thieme K, Turk D, Flor H. Responder criteria for Operant and Cognitive-behavioural treatment of fibromyalgia syndrome. *Arthritis Care Res* 2007; 57 : 830-6.
18. Sephton SE, Salmon P, Weissbecker I, Ulmer C, Floyd A, Hoover K, Studts JL. Mindfulness meditation alleviates depressive symptoms in women with fibromyalgia : results of a randomized clinical trial. *Arthritis Rheum* 2007; 15 : 77-85.
19. McCracken LM, MacKichan, Eccleston C. Contextual cognitive-behavioral therapy for severely disabled chronic pain sufferers : effectiveness and clinically significant change. *Eur J Pain* 2007; 11 : 314-22.
20. Burckhardt C, Goldenberg D. Fibromyalgia syndrome pain management guideline panel 2002-2005. Guideline for the management of fibromyalgia syndrome pain in adults and children : APS clinical practice guidelines series ; 2005.

RENCONTRES SFR 2009

Quels facteurs prendre en compte pour soulager la gonarthrose ?

Les recommandations internationales ont bien codifié la prise en charge de la gonarthrose et en particulier la douleur induite. Elles font appel en premier lieu au paracétamol puis en cas d'échec aux AINS prescrits à la dose minimale efficace avant d'envisager les antalgiques opioïdes. Le professeur Philippe Bertin (Limoges) a rappelé, lors d'une récente conférence de presse, les mécanismes et la prise en charge de la douleur de la gonarthrose.

L'évaluation de l'application de ces recommandations en pratique quotidienne est moins bien documentée. Dans ce contexte, une enquête épidémiologique transversale a été menée en 2008 sur tout le territoire français, **avec le soutien des laboratoires Wyeth Santé Familiale**, une société du groupe Pfizer. **Cette enquête APAISE** a été présentée par le docteur P.Hilliquin (Corbeil Essonnes).

L'objectif était d'évaluer les caractéristiques cliniques d'un effectif important de près de 2000 patients gonarthrosiques, pris en charge par 808 M.G. et par 134 rhumatologues.

Les principales différences étaient liées aux profils des patients qui consultent chaque spécialité : les M.G. suivent des patients souffrant d'arthrose depuis longtemps et avec des localisations plus nombreuses. Le niveau de la douleur des patients vus en médecine générale est plus intense.

Les M.G. prescrivent plus souvent des AINS (faible dose, classique et topique) que les rhumatologues qui donnent des antalgiques de palier I et des AASAL et qui pratiquent plus d'actes thérapeutiques (infiltration, ponction...).

Cette étude a également permis de constater que l'IMC moyen des patients de l'étude était de $29,0 \pm 4,8$ kg/m². La mise en évidence du grand nombre de sujets en surpoids est d'actualité car il est maintenant bien démontré qu'**une surcharge pondérale augmente significativement le risque de développer une gonarthrose : majoration de 15% pour une unité d'IMC**, a souligné le docteur Pascal Richette (Lariboisière). La gonarthrose deviendrait-elle une maladie systémique chez le patient obèse ?

D'après une conférence de presse de Wyeth Santé Familiale

Education thérapeutique : ou comment positiver la gestion des patients fibromyalgiques

PATRICK GINIES*, A M GOSP, G BOESCH, C REGIS

*Responsable du centre d'évaluation et de traitement de la douleur
CHU Montpellier

résumé

L'espoir dans la prise en charge des patients fibromyalgiques, c'est de garder un panel de regards diagnostiques et thérapeutiques dans les trois domaines impliqués au décours de cette affection, le biologique, le psychologique et le social. Sur cette base d'analyse pluridisciplinaire dans la pratique de tout soignant confronté à cette maladie, le médecin doit intégrer que les améliorations de la plainte symptomatique ne seront possibles que si un changements physique, une représentation identitaire psychique et une identité sociale nouvelle sont en mouvement chez le patient. Pour ce faire, la culture d'éducation thérapeutique est un levier nouveau, efficace et économique. Bases, méthodes et outils sont présentés.

mots-clés

Fibromyalgie,
Education thérapeutique

Introduction

Le développement de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge des patients atteints de maladie chronique est devenu un axe fort de l'évolution de nos pratiques. Les actions éducatives engagées auprès des patients chroniques visent trois objectifs :

- rétablir chez le fibromyalgique une régulation des grands équilibres (contrôle douleur et résistance physique, sortir du catastrophisme psychique, projet social personnel) ;
- améliorer la qualité de prise en charge au regard du référentiel HAS/INPES, répondant ainsi à la certification V 2010 (pour les établissements de santé) ;
- prétendre à la valorisation proposée dans le cadre des budgets affectés aux MIG (moyen financier d'intérêt général) dans les établissements.

Les défis pour l'avenir sont le coût de la santé des maladies chroniques, l'augmentation du nombre de patients, l'aggravation de la plainte liée aux évolutions des structures psycho-sociales. Il faut donc octroyer aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé. Cette promotion ne relève pas seulement bien sûr du secteur sanitaire mais doit enrichir le comportement de tout soignant.

Définition de l'éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique a pour objet d'aider les patients à acquérir les connaissances et les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec leur maladie chronique. C'est un processus continu qui fait partie intégrante des soins médicaux (en substitution de prise en charge coûteuse, inefficace, voire iatrogène).

Elle comprend, la sensibilisation, l'information, l'apprentissage, un support psycho-social, le tout adapté à la fibromyalgie et à ses traitements, à la fois pour le patient et son entourage.

Un modèle révolutionnaire ouvert

Pour la fibromyalgie, il faut passer d'un modèle fermé sur le corps individuel malade (dans lequel on cherche la cause et le bon traitement, dans un échange de valorisation technique), à un modèle ouvert certes toujours organique mais multiparamétrique, complexe, évolutif, intégrant l'individu, la famille et la société (Figures 1 et 2 ; Tableau 1).

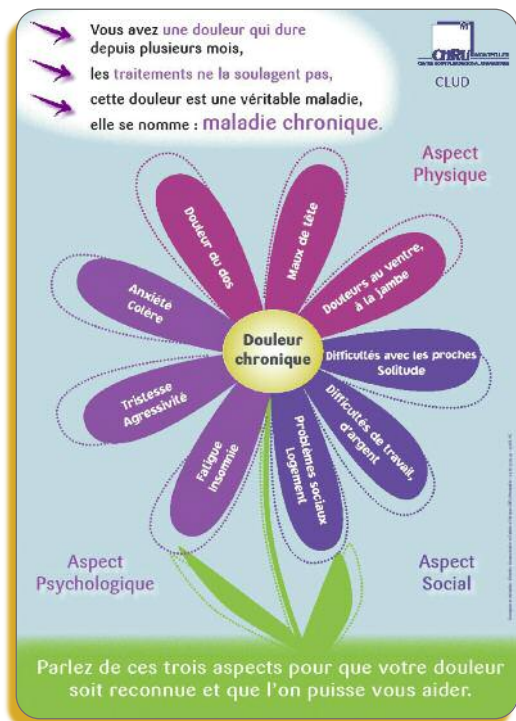


Figure 1 : Exemple d'affiche de salle d'attente évoquant la complexité bio-psycho-sociale de la fibromyalgie en tant que maladie chronique (plus de 6 mois d'évolution).

• Dimension bio-clinique	Qu'est-ce qu'il a ?
• Dimension cognitive	Qu'est-ce qu'il sait ?
• Dimension psycho-affective	Qui est-il ?
• Dimension socio-professionnelle	Qu'est-ce qu'il fait ?
• Dimension projective	Quel est son projet ?

Tableau 1 : Diagnostic éducatif. Comment ? et avec qui ? (R. Gagnayre, Laboratoire de pédagogie de la Santé, Université Paris 13, 2003)

La maladie douloureuse chronique (dont fait partie la fibromyalgie) étant inconnue des soignants, un fascicule sur ce thème a été distribué dans toutes les unités de soin rencontrant des fibromyalgiques, afin de prendre conscience du nécessaire changement de paradigme dans l'approche clinique.

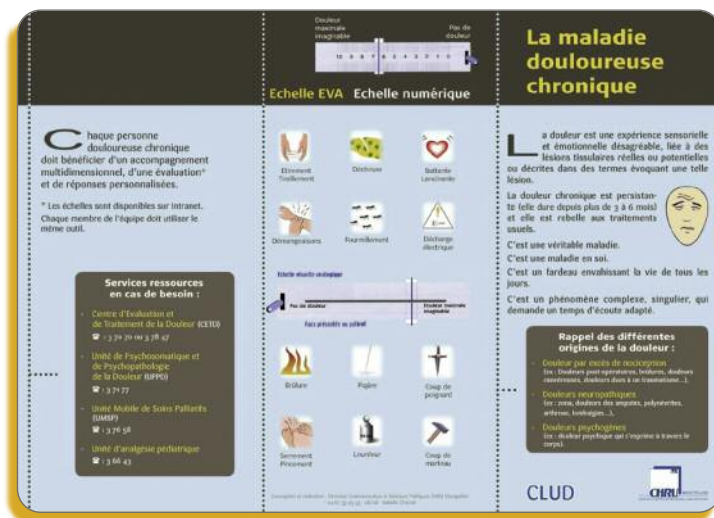


Figure 2 : Triptyque. La maladie douloureuse chronique.

Les techniques d'éducation pour le patient

Le professionnel doit adapter son savoir au besoin de connaissance de son patient pour qu'une représentation mentale nouvelle des mécanismes de la fibromyalgie remplace dans le cerveau l'ancienne vision d'un corps défectueux, en panne, irréparable. Partant du symptôme réel, le soignant doit glisser

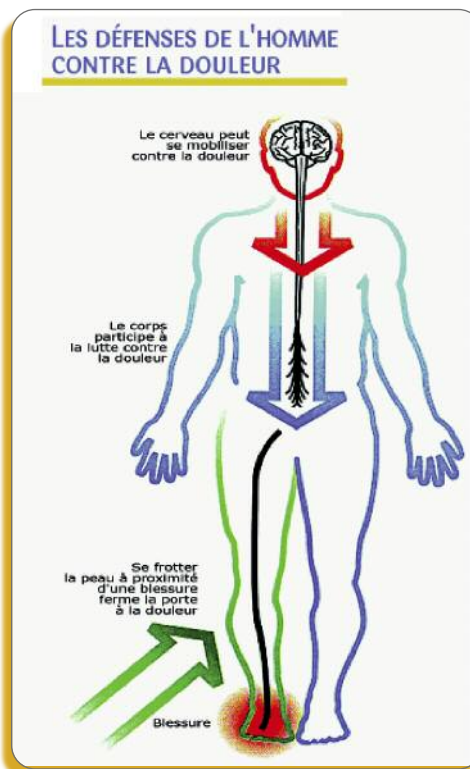


Figure 3 : Les défenses de l'homme contre la douleur.

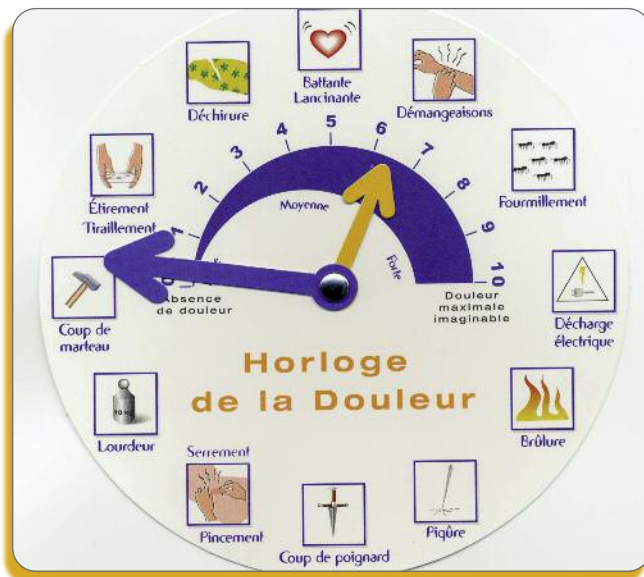


Figure 6 : Aide à la verbalisation sémiologique grâce à un support imagé, l'horloge de la douleur.



Figure 7 : Horloge adaptée aux origines géographiques.



Figure 8 : Essai de présentation des techniques complémentaires de prise en charge.

Les outils d'éducation thérapeutique

Face à la douleur forcément subjective, le centre de la douleur de Montpellier a élaboré un certain nombre de supports remis à chaque nouveau patient pour changer l'impact cérébral de la subjectivité du fibromyalgique.

L'équipe d'infirmières dispose d'un fascicule de conseil de vie, commenté plusieurs fois dans le séjour et remis au patient pour son domicile afin que sa famille reconnaisse le caractère sérieux du handicap de son proche.

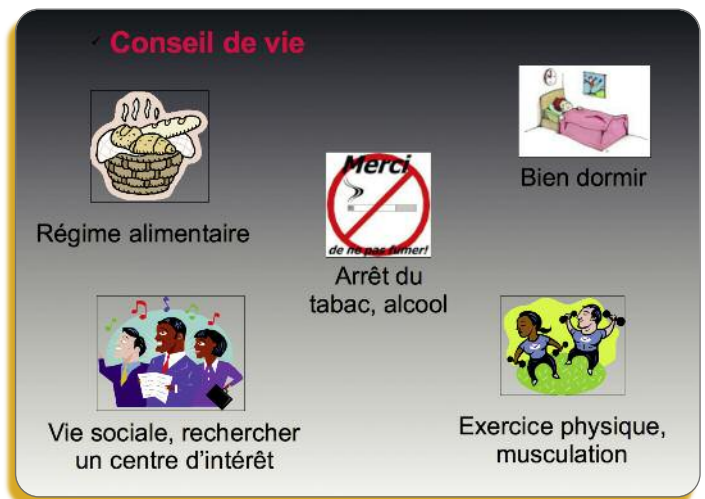


Figure 9 : Conseils de vie.

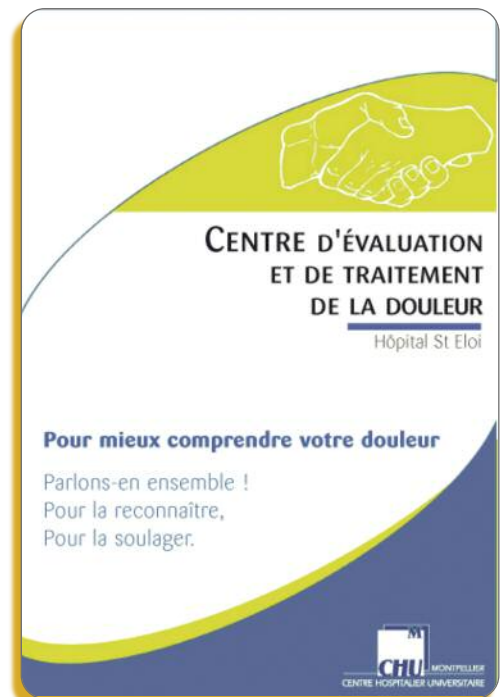


Figure 10 : Livret d'éducation.

Ce livret de la douleur sera le support de la démarche éducative tout au long du séjour et lui sera remis comme moyen de rappel mnésique de ce temps de reformulation de la plainte.

Conclusion

Sans oublier la clinique médicale, les patients d'aujourd'hui relèvent d'une clinique éducative. Le soignant revient -si tant est qu'il s'en fût éloigné- vers un abord éthique de l'autre, en optimisant l'utilisation de la médecine technique, tout en réalisant un enrichissement au contact des patients atteints de la maladie fibromyalgique . ■

Conflits d'intérêts : aucun

Remerciement à France Cadalan et au Dr Nagi Mimassi du centre de la douleur du CHU de Brest.

RÉFÉRENCES

- 1- Deccache A, Lavendhomme E, De Boeck-Wesmael. Information et éducation du patient : des fondements aux méthodes. Coll. Savoirs et santé. Questions : 1989.
- 2- D'Ivernois JF, Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient. Vidot Ed. Coll. Education du patient : 1995.
- 3- Sandrin Berthon B, Aujoulat I. L'éducation pour la santé en médecine générale : de la fonction curative à la fonction éducative. Université d'été 1996. CFES Ed. Coll. Séminaires : 1997.
- 4- Simon D, Traynard PY. Education thérapeutique, prévention et maladies chroniques. Masson Ed. Coll. Abrégés : 2007.
- 5- Marchand F, Mimassi N. Les difficultés d'observance dans la prise en charge des douleurs chroniques non cancéreuses. Douleurs 2006 ; 7 : 17-21.
- 6- Lacroix A, Assal JP. L'éducation thérapeutique des patients. Maloine Ed : 2003.
- 7- Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Guide méthodologique. HAS : juin 2007.
- 8- Fautrel B. L'éducation thérapeutique du patient en rhumatologie : un intérêt connu de longue date, un cadre nouvellement défini par la HAS. La Lettre du Rhumatologue 2008 ; n° 341 : 3-8.

Bulletin d'abonnement

RéfleXions Rhumatologiques

Je m'abonne pour un an, soit 10 numéros et hors-série

▶ Déductible de vos frais professionnels

Médecin	<input type="checkbox"/> 1 an : 50 €	<input type="checkbox"/> 2 ans : 80 €
Institution	<input type="checkbox"/> 1 an : 70 €	<input type="checkbox"/> 2 ans : 120 €
Interne/Étudiant (joindre un justificatif)	<input type="checkbox"/> 1 an : 30 €	<input type="checkbox"/> 2 ans : 55 €
Etranger (Dom-Tom inclus)	<input type="checkbox"/> 1 an : 63 €	<input type="checkbox"/> 2 ans : 100 €



Créditez votre FMC :
Abonnez-vous

En application de l'arrêté de juillet 2006 portant homologation des règles de validation de la FMC, un abonnement à un périodique médical répondant aux critères de qualité définis par les CNFMC donne droit à 4 crédits FMC/an, dans la limite de 40 crédits sur 5 ans.

Le critère retenu pour marquer la démarche volontaire du médecin est le paiement d'un abonnement. Cet abonnement doit être prouvé par une facture.

Nom : Prénom :

Adresse :

Email :

Règlement :

- ☐ Chèque à l'ordre de JBH Santé
☐ Carte bancaire (VISA exclusivement)

N° : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Cryptogramme : | | | |

Date d'expiration : | | | |

Signature :

Bulletin à retourner à :
 JBH Santé,
 53, Rue de Turbigo - 75003 PARIS
 Une facture justificative vous sera adressée

ACTUALITÉS THÉRAPEUTIQUES DES FIBROMYALGIES

Réponses :

- 1 : A, C et D.** Commentaires : Les experts de l'EULAR recommandent l'exercice (aérobie et renforcement musculaire) et lui attribuent un niveau de preuve IIb. La technique d'exercice physique la mieux validée est l'aérobie ; la revue systématique de Bush et coll. confère à cette technique un niveau de preuve modéré pour un bénéfice important. En revanche, l'observance est insuffisante et la persistance médiocre. La possible survenue d'une recrudescence douloureuse en début de traitement nécessite une adaptation continue de la prescription.
- 2 : A et B.** Commentaires : un certain nombre d'essais cliniques randomisés permettent déjà d'évaluer les effets des traitements thermaux dans la fibromyalgie ; leurs résultats montrent une amélioration de la douleur et de la fonction et une rémanence de 1 à 6 mois ; ils devront toutefois être confortés par des essais plus puissants incluant un grand nombre de patients. Les recommandations de l'EULAR reposent sur l'analyse de 5 essais cliniques de balnéothérapie dont 3 réalisés en eau thermale ; la balnéothérapie y figure avec un grade B ; elles incluent également d'autres composantes thérapeutiques que peut éventuellement offrir une cure thermale (relaxation, reconditionnement à l'effort, soutien psychothérapique...). De fait, de plus en plus de stations thermales proposent, à des degrés divers, des prises en charge spécifiques adaptées aux patients fibromyalgiques, gratuites ou payantes selon les cas, mais non remboursées par l'Assurance-Maladie. Une enquête récente, réalisée par l'UFAF mais à ce jour non publiée, indique que 42.5% des malades concernés jugent que la cure thermale exerce un effet bénéfique qui se prolonge pendant au moins 6 mois.
- 3 : C.** Commentaires : différentes études randomisées concluent à l'efficacité des TTC qui figurent de fait parmi les recommandations de l'EULAR (niveau de preuve IV, force D). Les TTC visent à une implication active du malade en en individualisant la prise en charge. En sus des croyances, émotions et comportements inappropriés, l'acceptation de la douleur et de la maladie, la motivation au changement et les attentes font partie intégrante de l'évaluation initiale des patients douloureux chroniques car elles conditionnent l'efficacité du traitement. Tout comme les TTC, l'éducation thérapeutique a pour objectif le comportement actif du malade ; plus spécifiquement, elle se propose d'aider le malade à acquérir les connaissances et compétences nécessaires à la gestion optimale de sa vie avec la maladie chronique.
- 4 : B, C et E.** Commentaires : quoique très largement utilisés par les patients fibromyalgiques, les antalgiques s'avèrent en règle peu efficaces ; le tramadol, antalgique d'action centrale, est le plus efficace. L'efficacité des AINS demeure modeste, même associés à un anxiolytique. L'évaluation des IRS donne lieu à des résultats contradictoires ; en revanche, les résultats positifs de plusieurs études contrôlées de très bonne qualité, portant sur un nombre important de patients, positionnent les inhibiteurs mixtes de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline comme les antidépresseurs de référence dans la fibromyalgie, de par leur efficacité et leur tolérance. Deux anxiolytiques semblent avoir une efficacité modeste dans la fibromyalgie, l'alprazolam et le bromazépam, en association avec un AINS ; le clonazépam, largement utilisé sans preuve de son efficacité, car facilement maniable à faibles doses, expose aux risques de sédation et d'accoutumance, notamment en cas d'augmentation immodérée et assez fréquente de sa posologie. Parmi les antiépileptiques utilisés dans la douleur, la prégabaline s'avère efficace sur de nombreux critères, mais au prix d'une somnolence et de vertiges. Les corticoïdes par voie générale ne sont pas efficaces, voire délétères, et doivent donc être évités compte tenu des effets secondaires non négligeables d'une utilisation au long cours ; cependant les injections locales peuvent être utiles de façon ponctuelle.
- 5 : Non,** c'est l'aérobie. Dans la revue systématique de Bush et Coll., il y a un niveau de preuve modéré pour un bénéfice important de cette technique.
- 6 : Oui,** l'observance est insuffisante et la persistance médiocre.
- 7 : Oui.** Un certain nombre d'essais cliniques randomisés ont déjà permis d'évaluer les effets des traitements thermaux dans la fibromyalgie. Leurs résultats montrent une amélioration de la douleur et de la fonction avec une rémanence variant de 1 à 6 mois. Ils nécessitent toutefois d'être confortés par des essais plus puissants incluant un grand nombre de patients.
- 8 : Oui.** La balnéothérapie apparaît avec un grade B dans les recommandations de l'EULAR. Cette recommandation repose sur l'analyse de 5 essais cliniques de balnéothérapie dont 3 réalisés en eau thermale. D'autres composantes thérapeutiques que peut offrir éventuellement une cure thermale (relaxation, reconditionnement à l'effort, soutien psychothérapique) sont également recommandées.

Une polyenthésite à ne pas traiter par anti-TNF α

CÉLINE COZIC, YVES MAUGARS, JEAN-MARIE BERTHELOT

Service de Rhumatologie, Hôtel-Dieu, CHU Nantes

Cas clinique

Un patient âgé de 44 ans, sans antécédents notables, consulte pour des arthralgies de rythme inflammatoire des genoux et des chevilles, ayant débuté 4 mois plus tôt, enrichies de douleurs des poignets et des IPP. L'interrogatoire comme l'examen clinique retrouvent des signes d'enthésites au niveau des malléoles péronières et des douleurs en regard des deux sacro-iliaques et du sternum. Les AINS restent inefficaces, de même que la prednisone à la dose quotidienne de 60 mg. La VS s'élève à 64 mm à la 1^{ère} heure et la CRP à 40 mg/l.

Les radiographies s'avèrent normales. La recherche de l'antigène HLA-B27 est négative, mais la scintigraphie objective plusieurs sites d'hyperfixation (Figure 1), notamment sur plusieurs enthèses (insertion des courts fibulaires, malléoles péronières, tubérosités tibiales antérieures, rotules, sternum et pointe des omoplates).

Quel diagnostic évoquez-vous devant ce tableau de polyenthésite et cet aspect scintigraphique ?

Réponse

Il s'agit d'une polyenthésite révélatrice d'un carcinome à grandes cellules, TTF1 positif et métastatique au poumon (Figure 2).

Même si ce type de présentation reste mal connu et que les articles dédiés aux rhumatismes paranéoplasiques les plus complets ne font que les évoquer⁽¹⁾, des tableaux cliniques compatibles avec des spondylarthropathies peuvent révéler un cancer et réaliser des formes cliniques de syndrome de Pierre Marie et Foix.

De fait, ce patient présentait également un hippocratisme digital débutant, même si l'examen ne montrait pas encore d'oedèmes ou d'arthrites. Surtout, la scintigraphie objectivait, non seulement des signes de polyenthésites, mais aussi une fixation anormale des diaphyses fémorales.

Ce type de présentation peut être trompeur : d'une part les spondylarthropathies peuvent parfois s'associer également à des oedèmes des extrémités, notamment chez les sujets âgés (syndrome LOPS : Late Onset Peripheral Spondylarthropathies)⁽²⁾, d'autre part les spondylarthrites peuvent

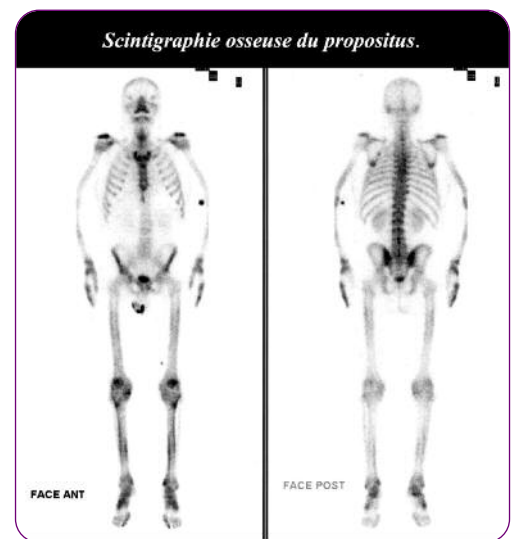


Figure 1

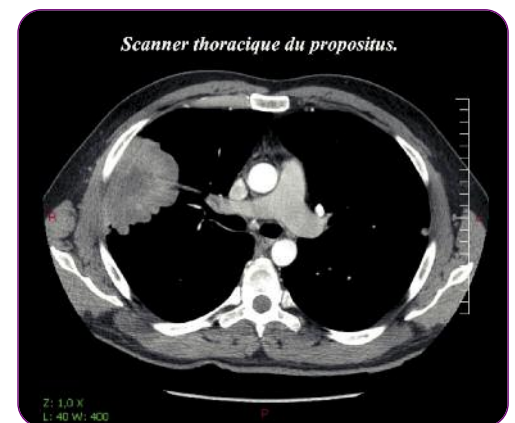


Figure 2

Scintigraphie osseuse.
Périostite de la face antérieure du tibia gauche
au cours d'une spondylarthrite.



Figure 3

Radiographie standard.
Périostite du tibia et de la fibula
au cours d'une spondylarthrite.



Figure 4

aussi induire des périostites cliniques (douleurs à la percussion des métaphyses et diaphyses tibiales) mais aussi scintigraphiques (Figure 3) ou même radiologiques (Figure 4)⁽³⁾.

Le caractère réellement para-néoplasique de cette présentation pourrait être certes discuté, le cancer pouvant n'avoir fait que révéler une spondylarthropathie latente, mais cette question nosologique n'a guère d'importance. Le principal intérêt de ce cas est de rappeler qu'il peut être bienvenu d'éliminer une pathologie néoplasique sous-jacente face à toute spondylarthrite avec enthésites périphériques à début bruyant, surtout si s'y ajoutent des signes francs de périostite en scintigraphie ou sur d'autres modalités d'imagerie. ■

Conflits d'intérêts : aucun

RÉFÉRENCES

1. Masson C, Saout V, Bouvard B, Audran M. Syndromes rhumatologiques paranéoplasiques. *Rev Rhum* 2008 ; 75 : 352-8.
2. Toussirot E, Wendling D. Late-onset ankylosing spondylitis and related spondylarthropathies : clinical and radiological characteristics and pharmacological treatment options. *Drugs Aging* 2005 ; 22 : 451-69.
3. Fournié B. Pathology and clinico-pathologic correlations in spondyloarthropathies. *Joint Bone Spine* 2004 ; 71 : 525-9.

RENCONTRES SFR 2009

La goutte ne connaît pas la crise !

L'association CRISTAL (Club rhumatologique pour l'information sur les arthropathies microcristallines) lance www.crisdegoutte.fr, le 1^{er} site français d'information sur la goutte et les autres arthropathies microcristallines, afin d'améliorer l'information des professionnels de santé sur ces pathologies, et de faciliter l'éducation thérapeutique du patient.

La goutte souffre d'une image de maladie ancienne et bien maîtrisée, dont le traitement ne pose pas de problème.

Pourtant, c'est plus que jamais un sujet d'actualité ; de nouvelles données sont régulièrement publiées sur l'augmentation de l'incidence, sur l'identification de nouveaux facteurs de risque, ou sur l'association de cette pathologie rhumatologique à différents troubles métaboliques et cardiovasculaires, comme le syndrome métabolique, l'hypertension ou l'hyperglycémie. La prise en charge de la goutte doit donc bénéficier aujourd'hui d'une attention particulière.

www.crisdegoutte.fr possède deux entrées distinctes, l'une réservée aux professionnels de santé, l'autre destinée aux patients.

Lors d'une récente conférence de presse, les professeurs Lioté (Lariboisière) et Chalès (C.H.U. Rennes), membres du comité scientifique de CRISTAL, ont présenté ce site.

La partie « professionnels de santé », sécurisée, est riche de différents onglets :

rubriques de FMC, « actu commentée », « biblio », témoignages et interviews d'experts, via la rubrique « FAQ ».

L'accès à la partie « patients » est libre et délivre les informations relatives à la goutte et aux autres arthropathies microcristallines : symptômes, facteurs de risques, facteurs déclenchants, traitements.

D'après une conférence de presse de l'association CRISTAL

Polyarthrite rhumatoïde à l'ACR 2009

(Philadelphie)

PASCAL HILLIQUIN - Service de Rhumatologie, Centre Hospitalier Sud-Francilien, Corbeil-Essonnes.

Biothérapies dans la PR récente

Rituximab dans la PR récente : l'étude IMAGE (Tak PP. et coll., 636, S238)

L'étude IMAGE a comparé, chez des patients ayant une PR active, récente (> 4 ans d'évolution), naïfs de MTX, le MTX seul, le MTX + rituximab (2 x 500 mg), et le MTX + rituximab (2 x 1000 mg). Le MTX, débuté à la dose de 7,5 mg par semaine, pouvait être augmenté à 20 mg à la semaine 8. Le traitement par rituximab pouvait être renouvelé à 6 mois si le DAS 28 était $\geq 2,6$. Les radiographies, faites à J0, à 6 et 12 mois, ont été analysées selon le score de Genant. L'étude a permis de randomiser 755 patients ; la durée moyenne d'évolution de la PR était de 0,9 an et le DAS 28 moyen était supérieur à 7. A 52 semaines, seul le groupe MTX + rituximab 1000 mg était significativement différent du MTX seul en terme de réponse clinique et de progression structurale. La proportion de patients répondeurs selon les critères ACR 70 était de 46,8% dans le groupe MTX + rituximab 1 gr versus 24,9% dans le groupe MTX seul ; celle de patients en rémission avec un DAS 28 < 2,6 était respectivement de 30,5 et 12,6%.

Abatacept dans la PR récente : étude AGREE (Bathon J. et coll., 639, S239)

L'étude AGREE a comparé pendant une durée de 24 mois, chez des patients ayant une PR récente, érosive avec facteurs de mauvais pronostic, et naïfs de MTX, le MTX à l'association MTX/Abatacept. La 1^{ère} période de l'essai, d'une durée de 12 mois, randomisée, a comparé le MTX à l'association MTX (jusqu'à 20 mg/semaine) + abatacept (10 mg/perfusion/mois). La 2^{ème} période de 12 mois a été réalisée en ouvert. Les radiographies ont été analysées selon le score de Genant. Quatre cent cinquante neuf patients ont terminé la 1^{ère} année de l'étude, et 94,3% d'entre eux la 2^{ème} année. La progression radiologique à 2 ans était moindre et l'absence de progression radiologique plus fréquente chez les patients traités dès le départ par MTX + abatacept (56,8 versus 42,8%). Dans ce même groupe, la progression radiologique s'est ralentie au cours de la 2^{ème} année de traitement, avec une progression du score total à 0,18 versus 0,66 au cours de la 1^{ère} année ; 91% des patients non progresseurs la 1^{ère} année le sont restés la seconde.

Etude LITHE : données structurales du tocilizumab à 2 ans (Fleischmann R. et coll., 637, S238)

L'étude LITHE a comparé, chez des patients ayant une PR active en réponse insuffisante au MTX, la poursuite de ce traitement, l'association MTX + tocilizumab 4 mg/kg (TCZ4) ou MTX + tocilizumab 8 mg/kg (TCZ8) toutes les 4 semaines. Au cours de la 2^{ème} année de l'étude, le tocilizumab était proposé à tous les patients à la dose de 8 mg/kg. La population en intention de traiter comprenait 398 TCZ8, 399 TCZ4 et 393 MTX. A 2 ans, la progression radiologique, évaluée par le score de Genant, était moindre dans le groupe TCZ8 (inhibition de 81%). La proportion de « non progresseurs » était significativement supérieure dans le groupe TCZ8 (83%) par rapport au groupe MTX seul (66%) ($p < 0,03$) ; elle était de 75% dans le groupe TCZ4. La proportion de patients en rémission avec un DAS 28 inférieur à 2,6 était de 48% à un an et 65% à 2 ans dans le groupe TCZ8. L'amélioration du score HAQ était significativement plus importante dans les groupes TCZ. Le taux d'événements indésirables graves était semblable dans les trois groupes.

■ Données de tolérance du tocilizumab (van Vollenhoven RF. et coll., 1955, S731)

Les résultats ont été obtenus à partir des patients inclus dans des essais cliniques randomisés ou ayant participé à leur extension ; le TCZ a été administré à 4009 patients, avec une durée moyenne de 2,4 ans, correspondant à une exposition totale au traitement de 9414 patients années (PA). Le taux d'arrêt de traitement pour toxicité a été évalué à 5,8/100 PA. Le taux des infections sévères était de 4,7/100 PA et celui des perforations coliques de 0,19/100 PA. Une élévation de la cholestérolémie totale, LDL, HDL et des triglycérides a été observée à partir de la 6^{ème} semaine, 7,8% des patients ayant été traités par un hypolipémiant. Une élévation des transaminases à plus de 3 fois la limite supérieure de la normale a été constatée au cours des 6 premiers mois de traitement dans 3,6% des cas pour les ALAT et 1,4% des cas pour les ASAT, sans élévation ultérieure.

■ Association anti-TNF et rituximab : données de tolérance (Greenwald M. et coll., 1957, S732)

Une étude a été conduite chez 51 patients ayant une PR active malgré un traitement associant MTX (10 à 25 mg/semaine), en association à l'éta-nercept ou l'adalimumab reçus depuis au moins 12 semaines. Les patients ont été traités selon un schéma 2:1 par rituximab (2 x 500 mg, n=33) ou placebo (n=18). Les groupes étaient comparables à l'inclusion sauf pour la prise de corticoïdes oraux plus fréquente dans le groupe rituximab (36 versus 17%). Le critère principal de

l'étude était la survenue d'au moins une infection sévère.

À la semaine 24, une pneumopathie est survenue dans 3% des cas sous rituximab et aucune dans le groupe placebo. Une infection est survenue chez 55% des patients traités par rituximab et dans 61% des cas sous placebo, avec une durée moyenne respectivement de 12,6 et 14,5 jours. L'incidence des infections sévères a été calculée à 6,43/100 patients années au cours du traitement par rituximab + anti-TNF. Ces résultats plutôt encourageants incitent à la poursuite de l'évaluation de ce type d'association.

Inhibiteurs des kinases : une option prometteuse

■ Inhibition des JAK kinases

Deux essais utilisant CP-690,550 (CP), inhibiteur sélectif de JAK1 et JAK3, l'un en monothérapie, l'autre en association avec le MTX, ont été présentés.

Une étude de phase IIB, de 6 mois, a comparé dans la PR active en échec de traitement de fond conventionnel, le CP à la dose de 1, 3, 5, 10 ou 15 mg per os deux fois par jour, à l'adalimumab (40 mg SC/2 semaines) ou à un placebo (Fleischmann RM. et coll., 1924, S718) ; 384 patients ont été randomisés. Les doses de 5, 10 et 15 mg de CP ont montré une efficacité significativement supérieure au placebo, la proportion de répondeurs ACR 50 étant respectivement de 36,7 ; 45,9 ; 54,4 et 10,2%. Les effets indésirables les plus fréquents étaient infectieux. Une élévation de la créatininémie > 50% a été observée chez 6 patients, et une anémie sévère chez 6 autres. Une

élévation du cholestérol LDL a été observée dans environ 30% des cas pour les doses de 5, 10 et 15 mg.

Une autre étude de phase IIB a comparé, pendant 24 semaines, chez des patients en échec de MTX, le CP à la dose de 1, 3, 5, 10 ou 15 mg deux fois par jour, le CP 20 mg en une prise quotidienne et un placebo (Kremer J. et coll., 1925, S719). Le MTX était poursuivi à une dose hebdomadaire comprise entre 7,5 et 25 mg. 507 patients ont été randomisés. Les doses d'au moins 5 mg/jour se sont avérées significativement au placebo à 24 semaines. La proportion de répondeurs ACR 20 était de 34,8% sous placebo et 59,2% dans le groupe CP 5 mg. Une élévation de la créatininémie > 50% a été observée chez 5 patients, et une anémie sévère dans 13 cas. Une élévation du cholestérol LDL a été observée avec une proportion atteignant 42% des cas pour les doses les plus élevées.

Un anticorps monoclonal humain anti-IL-17 (AIN457) a été comparé à un placebo chez 52 patients ayant une PR active sous MTX, le traitement consistant en 2 injections SC de 10 mg/kg à 3 semaines d'intervalle (Tak PP. et coll., 1922, S717). Le suivi était de 16 semaines. Ces résultats préliminaires semblent indiquer une certaine efficacité du produit, avec une tolérance comparable à celle du placebo.

Une autre étude a évalué la tolérance d'un anticorps monoclonal dirigé contre le récepteur du GM-CSF (Cam-3001), chez 32 patients ayant une PR active sous MTX. Ces premières données de tolérance sont encourageantes et incitent à la poursuite des investigations (Burmester GR. et coll., 1926, S719). ■

Conflits d'intérêts : aucun

Infections et biothérapies : actualités 2009 à l'ACR

Philadelphie (USA) 16-21 octobre 2009

EDOUARD PERTUISET - Service de Rhumatologie, Pontoise

■ Répétition de la recherche d'une tuberculose chez les patients traités par anti-TNF : nouvelles données d'une étude américaine (Coaroy D. 1153)

Les traitements anti-TNF α favorisent la tuberculose maladie, qu'il s'agisse d'une réactivation d'une tuberculose latente ou d'une infection acquise en cours de traitement. Aux Etats-Unis, la recherche d'une tuberculose latente avant mise sous anti-TNF α repose principalement sur la radiographie pulmonaire associée à l'intradermo-réaction à la tuberculine (IDR-t) et/ou à un test in vitro mesurant la sécrétion d'interféron- γ par les lymphocytes T du sang mis en incubation avec deux protéines spécifiques de *M. Tuberculosis* : ESAT-6 et CFP-10. Le test utilisé aux Etats-Unis est le QuantiFERON-TB Gold. Les patients asymptomatiques, avec radiographie thoracique normale et un test tuberculinique positif (≥ 5 mm) ou un QuantiFERON positif sont alors traités par isoniazide pendant 9 mois. Il a été suggéré que les patients traités par anti-TNF α , à haut risque de tuberculose et ayant une recherche initiale négative, bénéficient d'un nouveau screening chaque année. Cette étude (qui avait été rapportée en partie l'année dernière), effectuée dans un hôpital local californien accueillant une population

essentiellement de migrants, a eu pour but d'évaluer la répétition des recherches de tuberculose et ses résultats dans cette population ciblée. Une IDR-t a été effectuée chez les 400 patients ayant débuté un traitement anti-TNF α entre 2000 et 2009 (73% de PR, seulement 5% de patients d'origine européenne) ; il était positif dans 27% des cas. Parmi les 291 patients ayant une IDR-t négative avant anti-TNF α , 237 ont été re-testés (149 une fois, 74 deux fois, 14 trois fois ou plus). Il a été observé 30 cas de positivité de l'IDR-t (13%). Le diamètre moyen était de 16 mm. Ces 30 patients ont eu une recherche de mycobactérie par PCR dans les crachats, les urines, les selles ainsi qu'une radiographie thoracique ou un scanner pulmonaire. Il n'y a pas de différence d'incidence de la « conversion » selon le type d'anti-TNF utilisé. Une mycobactérie a été isolée par PCR chez 7 patients asymptomatiques (toujours dans les crachats, une seule fois dans les urines) : *M. tuberculosis* dans 2 cas, mycobactéries atypiques dans 5 cas (dont *M. fortuitum*, *M. chelonae*, etc). Les 30 patients ont été traités par isoniazide.

Cette étude montre que dans une population à haut risque (75% de sujets « hispaniques ») traitée par anti-TNF α , la répétition annuelle de la recherche d'une tuberculose par l'IDR-t permet de dépister une « nouvelle » infection à mycobactérie dans 13% des cas. Il

apparaît très significatif que la majorité des mycobactéries retrouvées par PCR sont des mycobactéries atypiques. Cette étude pose beaucoup de questions, notamment celle de la fréquence des mycobactéries atypiques dans les populations à risque, avant et sous traitement anti-TNF α .

■ Mise au point sur les infections à mycobactéries (Iseman M. Mise au point)

Michael Iseman, spécialiste des maladies infectieuses pulmonaires travaillant à Denver, a fait une excellente mise au point sur les infections mycobactériennes en 2009.

L'IDR-t est à la base de la définition de la tuberculose latente. Mais l'IDR-t n'est ni très sensible, ni très spécifique de la tuberculose. En effet, il existe une réactivité croisée avec le BCG et les mycobactéries atypiques (ce qui pourrait aussi constituer un avantage, comme nous venons de le voir).

L'IDR-t est négative dans 20 à 25% des tuberculoses actives.

Les tests in vitro que nous avons évoqués plus haut, appelés IGRAs (*Interferon Gamma Release Assays*) ont été présentés (QuantiFERON ou T-Spot.TB). Les IGRAs sont plus spécifiques que l'IDR-t, et probablement plus sensibles, mais il existe des faux négatifs et il existe un nombre significatif

de cas où le résultat du test ne permet pas de conclure.

De nombreuses questions ont été posées car elles n'ont pas à ce jour de réponse consensuelle : faut-il faire une ou deux IDR-t ? Quand faut-il faire un IGRAs (s'il est pratiqué en cas d'IDR-t négative, il faut savoir que cette IDR-t peut stimuler la réponse IGRAs) ? Si l'on fait les deux tests et qu'ils sont discordants, lequel croire ? Si les deux tests sont négatifs, est-on vraiment certain qu'il n'y a pas de tuberculose latente ? Quel est le meilleur traitement d'une tuberculose latente (seules des monothérapies ont été citées...) ? Au bout de combien de temps peut-on débiter le traitement anti-TNF α (il a été conseillé 2 à 4 semaines) ?

Il a été rappelé, en citant la publication de l'observatoire français RATIO [Tubach F. *Arthritis Rheum* 2009 ; 60 : 1884-94], que le risque de tuberculose est plus important sous anticorps monoclonal que sous inhibiteur soluble. Les données

du registre anglais BSRBR, publiées online [Dixon WG. *Ann Rheum Dis* online le 22 octobre 2009] vont dans le même sens avec un risque relatif de 3,1 à 4,2 pour les anticorps monoclonaux par rapport à l'inhibiteur soluble.

Ensuite, Michael Iseman a beaucoup insisté sur les infections pulmonaires à mycobactéries atypiques qui semblent plus fréquentes aux USA et au Canada que les tuberculoses pulmonaires et qui sont favorisées par les traitements anti-TNF α [Winthrop KL. *Emerging Infect Dis* 2009 ; 15 : 1556-61]. Le diagnostic de ces infections est souvent retardé car la présentation est atypique. Dans les 105 cas prouvés, survenus sous anti-TNF α et rapportés à la FDA, *M. avium* était responsable dans la moitié des cas. La plupart des maladies broncho-pulmonaires chroniques semblent favoriser ces infections, mais aussi la PR. Elles sont plus fréquentes chez les sujets d'origine européenne. Les

femmes ayant un IMC bas et une dilatation des bronches constitueraient un terrain privilégié. Ces infections pulmonaires à mycobactéries atypiques peuvent entraîner une importante destruction du tissu pulmonaire. Celle-ci peut même s'accroître après l'arrêt de l'anti-TNF α , réalisant l'équivalent d'un syndrome de reconstitution immunitaire. Il est important, pour détecter une infection pulmonaire latente à mycobactéries atypiques, d'interroger les patients à la recherche d'une toux chronique, de pneumopathies récidivantes. Si la radiographie pulmonaire est anormale, il faut faire un scanner pulmonaire. Si celui-ci montre des dilatations bronchiques, il est nécessaire de rechercher des mycobactéries dans l'expectoration. Et Michael Iseman de conclure « Le prix de la liberté (vis-à-vis des infections à mycobactéries) est une éternelle vigilance ». ■

RENCONTRES SFR 2009

Aclasta® (acide zolédronique) obtient sa 4^{ème} indication dans le traitement de l'ostéoporose cortico-induite

- **Aclasta (acide zolédronique) : 8 ans de recul dans les études cliniques**, une mise sur le marché européen en 2007 dans le cadre de l'ostéoporose post-ménopausique, plus de 740 000 perfusions vendues dans le monde dont 60 000 en France.
- **Supériorité de l'acide zolédronique 5 mg 1 fois par an en perfusion** versus le risédronate 5 mg, 1 cp par jour, démontrée dans l'étude Horizon CIOP sur l'augmentation à 12 mois de la densité minérale osseuse au niveau du rachis lombaire dans le traitement de l'ostéoporose cortico-induite⁽¹⁾.
- **Obtention de sa 4^{ème} indication** : traitement de l'ostéoporose associée à une corticothérapie au long cours par voie générale chez les femmes ménopausées et les hommes à risque élevé de fractures (indication non remboursée à décembre 2009 : demande d'admission à l'étude).
- **Nouveau remboursement d'Aclasta® en août 2009** : dans le traitement de l'ostéoporose masculine chez les patients à risque élevé de fractures, notamment chez les patients ayant eu une fracture de l'extrémité supérieure du fémur récente secondaire à un traumatisme modéré.
- **Aclasta® est également indiqué dans le traitement de l'ostéoporose post-ménopausique** chez les patientes à risque élevé de fractures, notamment chez les patientes ayant eu une fracture de hanche récente secondaire à un traumatisme modéré et dans le traitement de la maladie de Paget.

1. Reid DM, Devogelear JP, Saag K, Roux C ; et al. Zoledronic acid and risidronate in the prevention and treatment of glucocorticoid-induced osteoporosis (HORIZON) : a multicentre, double-blind, double-dummy randomised controlled trial. *Lancet* 2009 ; 373.

D'après une conférence de presse de Novartis

Prix de responsabilité du RoActemra® : avis paru au Journal Officiel

Vient de paraître l'avis au JO instituant le **prix de responsabilité du RoActemra® (tocilizumab, Roche)**, pour la facturation en sus des groupes homogènes de séjours (GHS) dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A).

Les tarifs de responsabilité de RoActemra® à 20 mg/ml ont pour base de calcul, par unité commune de dispensation (UCD), 144,80 euros pour un flacon de 4 ml, 362 euros pour un flacon de 10 ml et 724 euros pour un flacon de 20 ml.

Les tarifs de responsabilité sont égaux à ces prix de ventes déclarés par le laboratoire exploitant, majorés de la TVA.

D'après un communiqué de presse de Roche

Comment renseigner son résumé d'unité médicale ?

MILKA MARAVIC - Hôpital Léopold Bellan, Département d'Information Médicale, Paris

Le résumé d'unité médicale (RUM) doit être renseigné pour tout patient hospitalisé dans une unité médicale (UM) d'un établissement de santé court séjour. Il y a autant de RUM que de passage dans des UM différentes au cours du même séjour.

Pour coder son RUM, le clinicien doit :

- > Avoir réalisé la synthèse de l'hospitalisation du patient pour la période de prise en charge dans l'UM ;
- > Disposer d'outils pour faciliter le codage du séjour ;
- > Connaître les règles du codage du programme de médicalisation du système d'information.

La synthèse de l'hospitalisation est une étape capitale car elle va conditionner le codage, la classification et la valorisation du séjour. Cette synthèse ne peut être réalisée bien évidemment qu'à la sortie du patient.

Pour faciliter le codage, le clinicien doit avoir à sa disposition une extraction adaptée à sa spécialité de l'ensemble des diagnostics et actes

pouvant être réalisés dans la grande majorité des cas. Pour faciliter le travail du rhumatologue hospitalier, le groupe « Nomenclature » de la Société Française de Rhumatologie (SFR) a mis à sa disposition :

- Un thésaurus des diagnostics suivant l'évolution de la mise à jour de la Classification Internationale des Maladies (V2 depuis juin 2007) ;
- Un index rhumatologique de la Classification Commune des Actes médicaux (V13 depuis mai 2008).

Qu'il s'agisse des diagnostics ou des actes, les informations ont été classées par type d'affections prises en charge et par type d'actes réalisés par la spécialité. Pour plus d'information, il est recommandé aux lecteurs de surfer sur le site Internet de la SFR (<http://www.rhumatologie.asso.fr/>).

Une fois connue la synthèse de l'hospitalisation, l'information va être renseignée selon les règles en vigueur.

- A partir du compte-rendu d'hospitalisation ou de la synthèse, le clinicien pourra définir la **situation clinique du séjour** (diagnostic, traitement unique

ou répétitif, surveillance positive ou négative d'une pathologie chronique). La définition de cette situation aura un impact sur la hiérarchisation des diagnostics. Ceci fera l'objet d'une d'un article spécifique.

- Concernant les **diagnostics**, il est capital de connaître et de garder en mémoire la définition des différents diagnostics et de leur hiérarchisation en diagnostic principal, diagnostic relié, diagnostic associé significatif, donnée associée documentaire lors de la phase de codage.

- Pour ce qui est des **actes**, en fonction de l'organisation du système d'information qui devrait évoluer vers la saisie décentralisée des actes, il est vivement recommandé de renseigner tous les actes réalisés par le rhumatologue pendant le séjour. Si ce codage n'a pas toujours d'impact sur le groupage du séjour, il est le témoin de la spécificité de l'activité du rhumatologue autour de son patient. ■

Conflits d'intérêts : aucun

Hypnose

QUESTIONS DE PATRICK SICHÈRE - Hôpital Delafontaine, 93200 Saint Denis

RÉPONSES D'ANTOINE BIOY

Maître de Conférences en Psychologie Clinique, hypnothérapeute et formateur. Laboratoire de Psychopathologie et de Psychologie Médicale à l'Université de Bourgogne. Unité douleur et soins palliatifs chez l'adulte et l'enfant au CHU Bicêtre. Auteur de «découvrir l'hypnose» (InterEditions) et co-directeur du «Traité d'hypnothérapie» (Dunod)

1- Est-ce que l'hypnose a changé depuis les leçons données par Charcot ?

La réponse est plus complexe que la question... Les principaux déterminants de l'hypnose étaient déjà identifiés à l'articulation entre le 19^{ème} et le 20^{ème} siècle : le nécessaire état modifié de conscience pour faciliter le travail («état hypnotique» ou «transe»), l'importance des suggestions pour formaliser les propositions thérapeutiques et la place importante de l'imaginaire comme levier thérapeutique (par exemple, visualiser les bénéfices d'un mouvement que l'on souhaite stimuler, pour lutter contre une kinésiophobie). Mais, hors contexte spécifique d'urgence, on n'est plus dans une pratique de l'hypnose dirigiste et autoritaire comme du temps de Charcot ou Bernheim. La méthode est de nos jours plus respectueuse du désir du patient, et soucieuse avant tout de stimuler le changement en incitant le patient à devenir autonome par rapport à sa pathologie. On est sorti du schéma, inexact, d'un praticien tout puissant qui imposerait ses ordres à un patient mis en état de docilité psychologique.

2- Quelle différence entre hypnose et relaxation ?

On a cru pendant longtemps que l'hypnose était un état assimilable peu ou prou à une forme de sommeil. Il n'en est rien, comme nous l'ont confirmé les recherches en neurosciences. En fait, l'hypnose est un état « d'éveil

paradoxal », une subtile combinaison entre des phénomènes de détente profonde et de mécanismes attentionnels. L'hypnose va donc être une méthode qui va stimuler directement et activement les ressources psychiques du patient, sans forcément chercher à induire un état de relaxation profonde, une forme de détente étant de toute façon présente quoiqu'il en soit. Historiquement, l'hypnose est plus ancienne que la relaxation et a participé à son apparition. Des techniques sont de ce fait communes, et également certaines indications. Si la relaxation joue sur la recherche de détente corporelle avant tout, la méthode hypnotique consistera plutôt à faire usage de suggestions et de méthodes de stimulation de l'imaginaire pour que le symptôme « bouge », la détente ne venant que de surcroît.

3- L'hypnose inquiète par crainte que le thérapeute profite de l'état d'une conscience modifiée. Ce risque est-il réel ?

Pendant presque 2 siècles, on imaginait des patients sous la domination totale du praticien : à la fois endormis, en état de soumission, et amnésiques «au retour». Cette image continue d'ailleurs à être entretenue par les mises en scène des hypnotiseurs de spectacle qui en fait ne font... que du spectacle ! Mais en état hypnotique, on ne dort pas, on est conscient de tout ce qui se passe

pour peu qu'on y trouve de l'intérêt, et il n'y a amnésie que si l'on souhaite ne pas se souvenir (il s'agit d'ailleurs plus d'une forme de mise à l'écart de données que de véritable amnésie). Autrement dit, le patient conserve son libre arbitre, quelle que soit la technique hypnotique utilisée et celui qui l'utilise.

4- Comment savoir à qui l'on doit s'adresser en toute confiance. Médecins ? Non médecins ?

Il est impératif que l'hypnose soit pratiquée par un professionnel de santé (selon le cas médecin ou paramédical) ou un psychologue clinicien. Car l'hypnose n'est qu'une méthode qui se «greffe» sur un savoir et une culture professionnelle spécifique, indispensable lorsque l'on exerce dans le champ de la santé. Il faut donc s'assurer de la profession exacte de celui qui exerce l'hypnose. Il faut par ailleurs que le professionnel ait été formé dans une structure sérieuse : soit universitaire (DU d'hypnose médicale), soit, pour les formations privées, à l'Institut Français d'Hypnose (www.hypnose.fr) ou dans une structure reconnue par la Confédération Francophone d'Hypnose et de Thérapies Brèves (www.cfhtb.org). Ses structures garantissent une formation spécifiquement pour les professionnels de santé et les psychologues, et respectent un cadre déontologique strict avec formations adaptées et supervisions de pratique.

■ 5- Combien de séances sont-elles nécessaires pour traiter une douleur ?

Il n'y a pas de réponse précise à cette question. Cela va dépendre non seulement du type de suivi (thérapies brèves, suivis ponctuels, suivi au long cours...), mais aussi du type de douleurs et du patient dont il est question. L'ensemble de ces données contractualise le cadre du suivi, dont les objectifs peuvent être variables selon le cas (soulager une douleur aiguë, apprendre à gérer une douleur dans une pathologie dégénérative, ou autre). L'hypnose n'est pas analogue à un médicament, et il n'existe pas de notions comme le temps d'action ou de durée d'efficacité.

■ 6- Combien de temps dure une séance ?

Une séance classique est d'une vingtaine de minutes. Mais ce temps va nécessairement être adapté selon la situation. Si, par exemple, on utilise l'hypnose comme complément antalgique dans un geste potentiellement douloureux de 5 minutes, la séance occupera le temps de ce soin.

■ 7- Comment est-on sûr d'être efficace sur la douleur à partir de l'hypnose ?

On ne peut être sûr de l'efficacité de l'hypnose sur la douleur avant quelques séances (généralement 3). L'hypnose ne va être dite efficace que si le patient la reconnaît comme efficace, il est le seul juge de cela. A noter que les effets de l'hypnose sont indépendants du niveau d'hypnotisabilité du patient ou de la profondeur de la transe. La douleur est un percept ressenti par les patients de façon subjective ; pour l'appréciation des effets de l'hypnose, il en est de même.

■ 8- L'hypnose est-elle aussi efficace dans les rhumatismes inflammatoires qu'en absence d'inflammation ?

La réponse à cette question est en lien direct avec la réponse précédente. Seul le patient peut renseigner sur l'efficacité ressentie, et il n'existe pas de réponse dans l'absolu.

■ 9- Est-ce qu'une telle thérapie peut remplacer les médicaments ?

L'hypnose ne doit pas être proposée avec cette visée. Elle est un phénomène d'une grande complexité à manier, dans lequel interviennent de nombreuses données psychologiques et inter-individuelles (entre le praticien et son patient). Dans une pratique soignante, l'hypnose doit être vue avant tout comme une thérapie complémentaire. Certes, certains patients peuvent apprendre à gérer au moins une partie de leur douleur avec l'hypnose « en première intention », voire sans avoir besoin d'avoir recours à des antalgiques dans certains cas. Mais le risque serait que le patient comprenne l'hypnose comme venant remplacer une thérapeutique médicamenteuse donnée. L'hypnose ne sert pas à se priver de thérapeutiques à l'efficacité éprouvée. Juste, parfois, à apprendre à ne pas y avoir recours systématiquement si l'on peut, efficacement, faire autrement.

■ 10- Une fois les séances effectuées, doit-on les recommencer et à quel rythme ?

Cela dépend en partie de la pratique de l'hypnopraticien. Mais disons qu'une fois les séances effectuées, il est toujours bon de donner rendez-vous au patient à intervalle très espacé (3 ou 4 mois) pour faire le point, durant 2 ans. Par la suite, proposer au malade de fixer lui-même un nouveau rendez-vous s'il le souhaite. A la fin des séances, le

patient est supposé autonome vis-à-vis de la méthode hypnotique (« auto-hypnose »), et doit pouvoir refaire les exercices seuls lorsqu'il en a besoin. Mais dans les premiers temps, un soutien peut encore être nécessaire, d'où cette proposition de nouveaux rendez-vous espacés.

■ 11- Peut-on faire des séances seul (e) ?

En plus d'être un état modifié de conscience, l'hypnose est aussi une pratique qui s'inscrit dans un relationnel. Autrement dit, la pratique de l'auto-hypnose ne peut s'apprendre dans les livres, mais doit être éprouvée au contact d'un praticien compétent, qui apprendra à son patient à se mettre facilement en état hypnotique, cette fois seul. Mais cela est un véritable apprentissage, qui demande du temps. A chaque fin de séance, l'hypnopraticien demande au patient de refaire ce qui a été fait entre 2 séances, et évalue le niveau d'apprentissage au début de l'entretien suivant.

■ 12- Existe-il des méthodes différentes selon les pathologies douloureuses ?

La méthode ne dépend finalement que très peu des pathologies concernées. Il n'y a pas d'exercice spécifique à une sciatique, et une autre pour les rhumatismes inflammatoires. On procède certes à des adaptations, mais qui sont en fait fonction de la façon dont le patient vit sa pathologie. Autrement dit, la méthode suit les représentations du patient vis-à-vis de sa pathologie, plus que la pathologie elle-même. Certes, des ouvrages existent qui « classent » les suggestions, métaphores hypnotiques, etc... en fonction du type de symptôme. Mais ce sont plus des bases d'exercices à adapter à chaque patient (et qui peuvent servir dans d'autres cas) que des « vidals hypnotiques » !

■ 13- Combien de temps dure l'effet d'une série de séances ?

Tous les cas de figure sont possibles. Dans la grande majorité des cas, les patients ressentent un mieux être pendant la séance en début de suivi. Toute la question est par la suite de «faire tenir» ces bénéfices hors séances, tout en les entretenant par l'auto-hypnose. Là, toutes les situations sont envisageables, car dépendent de l'adéquation entre la méthode et le patient, ses objectifs et son investissement.

■ 14- Comment savoir si l'hypnose est une méthode de traitement qui est bien adaptée à un patient ?

Avec Charcot, on a pensé que l'hystérie était très liée à la psychopathologie (notamment hystérique). Il n'en est rien, et l'on sait actuellement que l'hypnotisabilité n'est pas en lien avec une structure de personnalité, quelle qu'elle soit. Le trait de personnalité nommé «(niveau de) suggestibilité» n'est pas non plus prédictif des effets de l'hypnose.

Il y a quelques éléments facilitant, dont l'âge : entre 8 et 11 ans, les capacités hypnotiques sont à leur apogée et peuvent très simplement être utilisées. Mais aucun critère n'est en soit «une valeur sûre» pour savoir si l'hypnose est une méthode bien adaptée ou non. Il faut proposer au patient d'essayer puis évaluer avec lui les bénéfices qu'il peut éventuellement en tirer.

■ 15- L'hypnose peut-elle aider dans le cas de peur des infiltrations ?

La gestion des troubles anxieux (jusqu'aux phobies) est l'une des indications de choix de l'hypnose. Dans le cas cité, le plus habituellement, il n'y a pas besoin de séance «test» ou de préparation du patient, et cela fonctionne bien. L'hypnose va ici s'appuyer initialement sur la peur du

patient, cette émotion étant un puissant facteur de dissociation psychique, et facilite grandement l'induction hypnotique, qui ne prend dans ce cas que quelques instants.

■ 16- A partir de combien de séances peut-on envisager un effet sur le stress ?

S'il s'agit de stress «état», lié à un contexte précis, une seule séance est nécessaire, lorsqu'elle est pratiquée durant la situation donnée (un geste invasif, par exemple).

Si le stress est la manifestation d'une anxiété «état» (personnalité intrinsèque du sujet) ou s'exprime de façon régulière car en lien avec une situation qui s'inscrit dans le temps (stress en lien avec la perte progressive d'une fonctionnalité, par exemple), 3 à 5 séances permettent d'avoir déjà une bonne appréciation par le patient (et donc le praticien) des bénéfices qui peuvent être attendus.

■ 17- L'hypnose est-elle efficace sur les troubles du sommeil dont on connaît le rôle dans la chronicité d'une douleur ?

Oui, il s'agit là aussi d'une indication de choix. La gestion des troubles ponctuels ou en lien avec une circonstance donnée est en règle générale simple à mener par hypnose. Pour les situations de troubles du sommeil chroniques, cela va prendre plus de temps et surtout il apparaît nécessaire de mener au préalable ou de façon concomitante une recherche poussée pour savoir si ces troubles ne sont pas en lien avec des données anatomo-physiologiques.

Personnellement, lorsqu'un patient vient consulter pour des troubles chroniques du sommeil, je les envoie systématiquement consulter dans un «centre du sommeil», et je ne commence le suivi que par la suite, après que des objectifs réalistes en fonction de l'origine des troubles aient été fixés.

■ 18- Comment savoir si un patient peut bénéficier de séances en groupe plutôt que de séances individuelles ?

Les séances de groupe ont une visée uniquement éducative, et ne sont d'ailleurs pas antinomiques avec une prise en charge individuelle en parallèle. S'il s'agit d'apprendre simplement l'auto-hypnose par exemple pour des douleurs quotidiennes de faible intensité, des groupes peuvent être une modalité de prise en charge adéquat. Mais lorsque des données psychologiques interviennent ou lorsqu'il s'agit de douleurs à l'expression complexe, alors les suivis individuels sont bien plus indiqués. Le choix de l'une ou l'autre des modalités est à faire par l'hypnopraticien, après une consultation d'évaluation avec le patient, en accord avec le rhumatologue référent.

■ 19- On a posé le diagnostic de «bipolaire» chez un patient. Est-ce une contre-indication à l'hypnose ?

L'hypnose est contre-indiquée seulement dans les cas de délires actifs (patient qui est en délire maniaque au moment de la rencontre, dans l'exemple cité). Y compris dans les situations de psychoses délirantes (ou de troubles bipolaires avec épisodes de manies délirantes) bien suivies médicalement, l'hypnose peut être utilisée.

■ 20- Le patient peut-il être remboursé par la sécurité sociale ?

Lorsqu'il s'agit d'une consultation donnant habituellement lieu à remboursement, oui, le médecin étant décideur de la méthode qui lui semble la plus appropriée pour soulager son patient. ■

Conflits d'intérêts : aucun

MIDAM (et Kid Paddle) : animateur d'enfant (et porteur de lombostat...)

PATRICK SICHÈRE - Rhumatologue, Paris

Kid Paddle est l'inoubliable gavroche du jeu vidéo créé par Midam pour la bande dessinée dans les années 90. Depuis lors, flanqué de ses acolytes et au grand dam de son père, ce petit héros passe son temps à détruire des monstres au péril de sa vie virtuelle. Midam est un magicien du gag et du dessin comme en témoigne cette faculté de faire rire, non seulement en albums (11 parus), mais aussi en dessins animés, sans jamais se répéter, avec naturel.

> Patrick Sichère : Avant d'être un dessinateur reconnu, n'êtes-vous pas d'abord un inventeur de gags ?

Midam : C'est exact. Enfant j'aimais plutôt raconter des histoires que dessiner. Un jour on me confie la rubrique Vidéo dans le journal Spirou. J'ajoute alors à mon texte un petit dessin. Puis celui-ci prend de l'ampleur et plait au rédacteur en chef. Ainsi est né *Kid Paddle*. Mais j'ose le dire : la rubrique aurait porté sur la cuisine mon travail eut été le même et *Kid Paddle* serait devenu *Kid Kitchen* pourvu que je puisse animer des gags ! Une preuve supplémentaire à cette vocation tardive pour la BD est la parution de mon premier album l'année de mes 33 ans !

> PS : La Bande Dessinée faisait-elle partie de votre éducation ?

Midam : Même pas. Quand j'ai terminé mes études secondaires, je ne savais

pas vers quelle voie m'orienter. J'ai rempli un test et le psychologue de l'école a déclaré que j'avais une forte proportion artistique. Il m'a proposé une liste de 30 métiers appartenant à cette veine et avec mes parents nous avons choisi architecture d'intérieur. Architecture car cela les rassurait et intérieur par ce que j'en déduisais une



certaine créativité. Je suis donc rentré dans une école des Beaux-arts. J'y ai étudié la photographie puis l'illustration. Le soir je complétais ma formation par des cours de dessin. Mais rien dans tout cela ne me faisait fréquenter le monde de la bande dessinée. Vous ajouter 6 ans de chômage jusqu'au jour où conscient qu'il fallait que je réagisse j'ai envoyé 200 dossiers de candidature en tant qu'illustrateur. C'est alors que 4 maisons ont accédé à ma demande dont Spirou pour rédiger une rubrique Vidéo.

> PS : Le célèbre *Kid Paddle* semble une source inépuisable d'inspiration. Celle-ci est-elle influencée par votre entourage ?

Midam : La première source est ma propre histoire avec ses réminiscences intarissables d'enfance. Je ne me laisse pas influencé d'autant que je n'ai ni enfant, ni petit-neveu. Je garde constamment un petit carnet sur moi dans lequel je jette des idées mais il est rare qu'une personne m'en souffle.

Cette liberté me permet de tenir mon sujet à bout de bras, de l'observer et ainsi de mieux l'appréhender. De même, en m'interdisant de jouer aux jeux vidéo je garde aussi une certaine distance avec ce thème de prédilection pour *Kid Paddle*. Je me considère donc plutôt comme un animateur d'enfants. Dans votre jargon on dirait que je suis un antibiotique à large spectre contre la morosité.

> PS : A propos de spectre, qu'est-ce qu'un *Bloks* ?

Midam : *Kid Paddle* se bat contre des monstres. Il a donc fallu que je leur donne un nom, sorte d'onomatopée, de borborygme. (voir dédicace ci-jointe) En fait c'est le bruit qu'ils émettent. Mais ce qui est formidable, amusant c'est désormais de les découvrir en 3 dimensions grâce aux produits dérivés. Et pour moi un personnage qui sort de l'univers papier pour exister en tant qu'objet est une consécration. Comme le fait aussi de retrouver *Kid Paddle* en dessins animés.

> **PS :** *Par ordre d'entrée en librairie, pouvez-vous nous présenter vos autres travaux ?*

Midam : Si vous avez aimé l'humour très particulier de Gary Larson (auteur de *the far side*, comics américain), vous aimerez la série « *Durant les travaux...* ». Je ne parlerais pas d'humour absurde (que je trouve trop facile) mais d'humour décalé. Chaque page est un gag, comme dans *Kid Paddle*, mais le ton est très différent, très excentrique en fait, c'est ce qu'on voulait ! Les éditions Dupuis ont eu l'excellente idée de refondre la série sous une nouvelle maquette vraiment très réussie. Bientôt disponible en librairie !

« *Game Over* » est une œuvre dérivée de la série mère « *Kid Paddle* ». Cette série est un peu un hommage à la *Bip-bip* et le *Coyote*. Comme ce dessin animé, *Game Over* est une série entièrement muette et son héros finit toujours pas être éliminé. *Le Petit*

Barbare a une mission perpétuelle, soit trouver la sortie, soit sauver la princesse, soit les deux ! A chaque fois, il échoue, c'est la règle...

« *Harding was here* » est une série jouant sur les paradoxes temporels et l'histoire de l'art. Un scientifique se balade dans l'histoire de l'art avec une machine à remonter dans le temps afin de faire des affaires ou simplement d'apparaître dans un tableau. Très différente des autres séries citées plus haut, « *Harding* » me permet vraiment de m'exprimer d'une manière différente en usant de cordes scénaristiques auxquelles je n'avais pas accès.

> **PS :** *Et le mot douleur, vous dit-il quelque chose ?*

Midam : J'ai soulevé un canapé qui a déclenché une lombalgie. Je n'ai jamais autant souffert de ma vie ! Grabataire pendant 1 mois ! Dormant que par phases de 10 minutes malgré la

morphine ! Depuis j'ai essayé bien des chaises et enfin opter pour une sorte de rocking chair permettant au bassin de se mouvoir. On a parlé de triple hernie discale mais plutôt que de me faire opérer, il m'a été conseillé de porter une ceinture spéciale. Un bandagiste m'a donc fabriqué sur mesure un lombostat dynamique avec deux coquilles et deux pistons. En actionnant ces deux pistons on provoque grâce à cette ceinture une sorte de traction sur les vertèbres. Il a déposé un brevet pour cette ceinture dont l'efficacité est telle que les mutuelles le rembourse. Quant à la douleur chez *Kid Paddle* elle est là pour faire rire comme le fait que dans 2000 ans quelqu'un qui rate une marche fera toujours rire. ■

Propos recueillis par Patrick Sichère

Conflits d'intérêts : aucun

RENCONTRES SFR 2009

Les anti-TNFα n'ont pas livré tous leurs secrets... De SIRIUS à CIMZIA®

UCB Pharma affirme son engagement dans la recherche en immunologie avec la création de la bourse SIRIUS (Mécanisme d'action des anti-TNFα et variabilité d'une réponse) et confirme son choix de s'investir dans la prise en charge des patients atteints de PR par l'obtention récente de l'AMM européenne de l'anti-TNF alpha Cimzia®. Tels sont les points forts d'une récente conférence de presse, à laquelle participaient le Dr JM. Joubert (Directeur Affaires Gouvernementales, UCB Pharma, et les Prs Xavier Mariette (CHU Bicêtre) et Bernard Combe (CHU Montpellier).

• UCB Pharma encourage et soutient, avec la bourse de recherche SIRIUS d'une valeur de 60 000 euros, des équipes académiques de recherche étudiant « le rôle du TNF alpha dans l'inflammation et/ou le mode d'action des anti-TNF alpha », aujourd'hui encore incomplètement explorés.

Pour cette 1^{ère} édition, la bourse SIRIUS récompense 2 équipes de recherche, celle de Toulouse avec le Dr JF. Boyer (le reverse signalling induit par les anti-TNFα) et celle de Strasbourg avec la pharmacienne Ghada Alsaleh (le micro ARN, miR-346).

• Poursuivre l'exploration des mécanismes d'action des anti-TNF alpha contribuera à l'amélioration de la prise en charge des patients, notamment en apportant des éléments scientifiques pour étayer des stratégies thérapeutiques mieux ciblées.

• Cimzia® (certolizumab pegol) est le seul anti-TNF alpha univalent, sans fragment Fc, pégylé. Son indication thérapeutique est le traitement de la PR active, modérée à sévère, de l'adulte, en association au méthotrexate (MTX), lorsque la réponse aux traitements de fond, y compris le MTX, est inadéquate. Cimzia® peut être administré en monothérapie, en cas d'intolérance au MTX ou lorsque la poursuite du traitement par le MTX est inadéquate.

• Issu de la recherche UCB en biotechnologies, Cimzia® est un nouveau traitement ayant démontré son efficacité sur les signes et symptômes et la réduction de la progression des dommages structuraux articulaires (études RAPID 1 et 2, essai FAST4WARD). Cette efficacité a été constatée à partir de la première semaine et s'est maintenue dans le temps sur les signes et symptômes, le handicap fonctionnel, la fatigue et la qualité de vie.

Cimzia® est administré en injection sous-cutanée à la dose de 400 mg aux semaines 0, 2 et 4, suivie d'une dose d'entretien de 200 mg toutes les 2 semaines. Cimzia® se présente sous forme d'une seringue ergonomique préremplie (200 mg), développée avec et pour les patients atteints de PR.

D'après une conférence de presse de UCB Pharma

Maladies chroniques et travail. Quelles conditions pour maintenir l'activité professionnelle ?

L'exemple de TMS et des rhumatismes inflammatoires

La Work Foundation, institut d'études européen, publie aujourd'hui une étude sur les troubles musculosquelettiques (TMS) et les rhumatismes inflammatoires chroniques dans la sphère du travail en France. Cette étude, conduite dans 25 pays (Europe, Israël, Canada), **avec le soutien d'Abbott**, analyse les enjeux et les conditions du maintien dans l'emploi des personnes atteintes de troubles chroniques. Des enjeux économiques et sociaux considérables puisque 15 millions de Français souffrent de maladies chroniques. Des enjeux éthiques car l'exclusion professionnelle est pour ces personnes déjà fragilisées un risque de précarisation sociale et économique. Il est donc urgent de se pencher sur les solutions inspirées des différents modèles européens pour faire évoluer les idées reçues et les pratiques. La Chaire Santé-Sciences Po poursuivra cette réflexion en 2010 avec un séminaire de recherche puis un colloque parlementaire prévu à l'automne.

Depuis le 30 novembre 2009, la réflexion se poursuit parallèlement sur le blog www.maladieschroniques-travail.org, développé par Abbott ; des contributions de patients, professionnels de santé, associations, représentants des pouvoirs publics... viennent enrichir cette réflexion.

Une récente conférence de presse dans le cadre du congrès de la SFR et à laquelle participaient notamment Laurent Kirsch, président Abbot France, Bruno Fautrel (La Pitié Salpêtrière), et Yves Roquelaure (Laboratoire d'ergonomie et d'épidémiologie en santé du travail, Angers), a présenté les grands traits de cette étude, et surtout ses recommandations :

- **Intervenir précocement est essentiel.** Plus un individu reste longtemps sans travail, plus son retour à l'emploi est difficile. Investir dans la prévention et dans l'intervention précoce contribue à réduire les coûts économiques et sociétaux des affections chroniques.
- **Se concentrer sur la capacité à travailler** et non sur l'invalidité.
- **Mieux intégrer le rôle du travail** sur la prise en charge médicale des patients en appliquant le modèle bio-psycho-social.
- **Modifier l'organisation du travail**, comme un réaménagement des horaires de travail, l'adaptation des tâches pour valoriser l'autonomie et l'implication de l'employé.

D'après une conférence de presse de Abbott.

L'antalgie moderne : Grünenthal poursuit son engagement.

Dans le cadre du congrès de la SFR, une conférence de presse introduite par Michel Fontanille (Président des Laboratoires Grünenthal), a démontré la poursuite de l'engagement de Grünenthal dans l'antalgie moderne à travers trois approches.

L'exposé du Dr. P. Rat (Gériatre, Marseille), a illustré l'apport de l'association **paracétamol-tramadol (Zaldiar®)**, dans la prise en charge de la douleur chez le patient très âgé à risques.

Une étude prospective a été conduite dans ce but chez 83 patients douloureux âgés de 75 ans et plus, pouvant s'auto-évaluer, hospitalisés en court séjour gériatrique et recevant comme traitement antalgique, une association fixe de paracétamol 325mg+tramadol 37,5mg.

Ni la posologie, ni les critères prédictifs de fragilité retenus n'ont été des facteurs de risque de survenue d'effets indésirables chez ces sujets âgés.

Seule une albuminémie ≥ 35 g/l apparaît paradoxalement défavorable, mais ce taux « normal » d'albuminémie est en fait probablement le reflet d'une hémococoncentration par déshydratation.

Parallèlement le ratio bénéfice/risque de cette association a été positif chez ces sujets âgés et fragiles (88% avec au moins un facteur de risque) et a permis de diminuer de près 50% l'intensité douloureuse initiale chez les patients ayant terminé l'étude (n=75 ; 90%).

Le Dr. O. Mejjad (Rouen) a rapporté les points forts d'une étude descriptive en M.G. du traitement de la douleur aiguë ou chronique, chez les patients âgés de 65 ans et plus, par l'association fixe de paracétamol 325mg-tramadol 37,5mg (étude Salza, analyse intermédiaire).

Au total 90% des patients ont été satisfaits ou complètement satisfaits de l'association.

Ainsi l'efficacité et la tolérance chez les patients, âgés de 73 ans en moyenne, ont été comparables à celles retrouvées dans une population plus jeune (étude Elza).

Enfin le Dr. F. Tiberghien (Besançon) a présenté Versatis® et le suivi d'une ATU de cohorte sur plus de 600 patients.

Versatis® (lidocaïne 5%) est indiqué dans le traitement symptomatique des douleurs neuropathiques post-zostériennes (DPZ) :

- Compresse auto-adhésive (14x10 cm) contenant 700 mg de lidocaïne.
 - 3 compresses maximum par jour.
 - Conditionnées par 5 compresses dans un sac à fermeture repositionnable.
- Dans le cadre de l'ATU, les patients traités étaient âgés de plus de 70 ans et souffraient de DPZ depuis plus de 30 mois en moyenne. Versatis® a été prescrit en moyenne pendant 2,4 mois à la dose de 1,9 compresses par jour.

Il a permis une réduction significative du nombre total de traitements antalgiques systémiques associés (2,6 vs 1,6), des paliers 2 et 3, et des antidépresseurs tricycliques.

Il a été bien toléré, 16 (2,6%) patients ont présenté un EI, local dans 69% des cas.

D'après une conférence de presse de Grünenthal.