

Fibromyalgie et/ou syndromes de douleurs chroniques inexpliquées: une pathologie du traumatisme psychique?

Wissam El-Hage, Céline Lamy, Philippe Goupille, Philippe Gaillard, Vincent Camus

► **To cite this version:**

Wissam El-Hage, Céline Lamy, Philippe Goupille, Philippe Gaillard, Vincent Camus. Fibromyalgie et/ou syndromes de douleurs chroniques inexpliquées: une pathologie du traumatisme psychique?. La Presse Médicale, Elsevier Masson, 2006, 35 (11), pp.1683-1689. 10.1016/S0755-4982(06)74881-3 . hal-02525117

HAL Id: hal-02525117

<https://hal-univ-tours.archives-ouvertes.fr/hal-02525117>

Submitted on 30 Mar 2020

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

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

MISE AU POINT

Fibromyalgie et/ou syndromes de douleurs chroniques inexpliquées: une pathologie du traumatisme psychique?

Wissam El-Hage ^{1, 2, *}, Céline Lamy ¹, Philippe Goupille ³, Philippe Gaillard ^{1, 2}, Vincent Camus ^{1, 2}

¹ CHRU de Tours, Clinique Psychiatrique Universitaire, France

² Université François Rabelais, EA 3248 Psychobiologie des Emotions & IFR 135, Tours, France

³ CHRU de Tours, Service de Rhumatologie, France

Points essentiels

- La douleur chronique inexpliquée peut être une manifestation somatique d'une souffrance psychique souvent non prise en charge.
- Le lien entre traumatismes psychiques, symptômes post-traumatiques, dissociation psychique et troubles somatoformes, est actuellement bien documenté.
- Lors de l'examen d'un patient souffrant d'un syndrome douloureux chronique il est important de tenir compte précocement de la dimension psychique, et de rechercher des antécédents d'histoire traumatique, afin d'éviter la chronicité de la souffrance et l'émergence de comorbidités psychiatriques.
- Il n'existe actuellement aucune stratégie chimiothérapeutique consensuelle du traitement des syndromes douloureux chroniques inexpliqués.
- Une prise en charge ambulatoire multidisciplinaire est nécessaire face à des cas complexes, nécessitant ainsi une double référence médicale et psychiatrique.

Introduction

La fibromyalgie fait partie des causes évoquées devant un tableau de douleurs diffuses chroniques de l'appareil locomoteur ayant un retentissement fonctionnel important. La fibromyalgie a été constituée en une entité pathologique autonome avec des critères diagnostiques et des mécanismes étiopathogéniques propres. Ce concept de fibromyalgie reste pourtant très controversé, et pourrait s'inscrire dans le champ de « l'hystérie » démembrée en troubles somatoformes, troubles dissociatifs, troubles factices et troubles de la personnalité. Le champ de la psychiatrie et de la psychosomatique qui considère la fibromyalgie comme une forme parmi d'autres syndromes de douleurs chroniques inexpliquées ; au sein même de la communauté rhumatologique, on note de nombreux opposants à ce concept qui a pour principal défaut de regrouper des patients ayant probablement des affections de nature différente sous une même étiquette, ceci aboutissant à une prise en charge thérapeutique peu satisfaisante. La fibromyalgie n'est pas référencée en tant que telle par l'organisation mondiale de la santé [1], mais beaucoup de psychiatres s'accordent pour la classer dans le chapitre V des troubles mentaux, dans le trouble somatisation (F45) où l'on retrouve également les douleurs pelviennes chroniques (F45.8) et le syndrome du côlon irritable (F45.3).

L'objectif du présent article est de rappeler l'histoire de la construction du concept de fibromyalgie et les données proposées de sa physiopathologie, de mettre en évidence l'importance de l'expérience traumatique dans la genèse du trouble, et de discuter les implications du lien entre traumatismes psychiques et douleurs chroniques.

1. Historique du concept, aspects cliniques et physiopathologiques

Historique du concept

Dans une étude menée chez 4181 participants âgés de 18 à 65 ans, la prévalence annuelle des troubles douloureux dans la population générale est de 8,1%, dont la moitié était associée à des troubles anxieux ou thymiques [2]. Les syndromes douloureux chroniques inexplicables sont fréquemment associés à de nombreuses pathologies psychiatriques (troubles anxieux, dépressifs, état de stress post-traumatique) qui interpellent le clinicien sur la composante psychique essentielle du syndrome, et rend discutable sa description essentiellement médicale telle que proposée sous le terme de fibromyalgie dans le champ de la rhumatologie. En particulier, beaucoup d'articles soulignent le lien fort entre douleurs chroniques et événements de vie stressants ou traumatiques. Si la fibromyalgie a été décrite comme étant une pathologie fréquente puisque représentant 2-6% des consultations spécialisées de rhumatologie [3], elle semble essentiellement féminine (70-90%), et sa prévalence en population générale est estimée à 1-2%. Le diagnostic de fibromyalgie se fait généralement après de nombreuses années d'investigations multiples et de nomadisme médical, classiquement entre 34 et 60 ans. Elle représente 7% des pathologies générant l'utilisation d'antalgiques [4]. On peut faire l'hypothèse que ce retard dans le diagnostic et la multiplicité des prises en charge sont en partie dus au fait que la composante post-traumatique du syndrome n'est pas suffisamment prise en considération dans le diagnostic et le traitement

Aspects Cliniques

La fibromyalgie est définie par le collège américain de rhumatologie (ACR) comme "l'existence d'une douleur diffuse, persistante, inexplicée, musculo-tendineuse associée à une tension musculaire et à des symptômes non spécifiques". Pour retenir le diagnostic, il faut pouvoir documenter que la douleur diffuse évolue "depuis au moins 3 mois, des deux côtés du corps, dans les moitiés supérieure et inférieure du corps, associée à une douleur provoquée par pression d'au moins 11 points sur 18 (points de Yunus ou zones d'insertion musculo-tendineuse)". Cette définition ignore les symptômes dits mineurs, ou cortège de symptômes fonctionnels, retrouvés dans les autres définitions décrites dans la littérature [5, 6, 7].

La douleur spontanée y est décrite comme diffuse, d'intensité variable, mais souvent évaluée entre 7 et 10 sur les échelles visuelles analogiques (EVA), de localisation stable chez un même patient mais avec de grandes variations interindividuelles. Elle est classiquement exacerbée par des variations de température, l'effort et le stress. Les symptômes associés sont fréquents mais non systématiques à type de fatigabilité, une asthénie, une raideur matinale, une sensation de gonflement, ainsi qu'un cortège fonctionnel tel que la colopathie fonctionnelle, les céphalées de tension, les cystalgies à urines claires, le syndrome des jambes sans repos, les palpitations, la dysesthésie diffuse, etc.

La fibromyalgie est une réalité clinique du rhumatologue. Ce diagnostic reste cependant un diagnostic d'élimination, après des explorations à la recherche de maladies rhumatismales inflammatoires, de maladies de système, de maladies endocriniennes, virales ou musculo-tendineuses localisées, toutes associées au symptôme douleur. Bien souvent, la recherche des facteurs psychologiques ne se pose qu'en dernier ressort, après un déjà long parcours médical et ce d'autant qu'au début de l'investigation, l'interrogatoire va chercher à caractériser la douleur (début, localisation, facteurs favorisants, d'exacerbation ou de sédation, évaluation par EVA), déterminer ses pathologies organiques associées, et motiver la réalisation de nombreuses investigations paracliniques à la recherche d'un diagnostic positif [8]. Cette évaluation va s'appuyer sur l'utilisation d'outils spécifiques tels le Fibromyalgia Impact Questionnaire (30 items) [9] et l'European List For Fibromyalgia Evaluation (53 items) [7]. Ces questionnaires permettent d'évaluer le statut professionnel, les symptômes de douleur, de fatigue, de troubles du sommeil, d'inquiétude, d'anxiété et de dépression. Ces questionnaires

ne tiennent pas compte de l'histoire traumatique des sujets, mais évaluent globalement leur état de bien-être.

L'examen clinique pratiqué en rhumatologie va tenter de mettre en évidence les points douloureux par la palpation (une pression correspondant à 4 kg/cm², soit suffisante pour blanchir l'ongle de l'examineur) ou avec un brassard à tension déterminant la valeur de systolique provoquant la douleur, dont la diminution signerait le point douloureux [7]. La recherche des points par dolorimétrie n'est pas praticable en consultation de routine. Il est important de souligner que la constante normalité de l'examen clinique (en dehors des points douloureux provoqués), contrastant avec les plaintes alléguées de douleur intense et d'incapacité marquée, représente pour beaucoup de praticiens un élément devant faire suspecter fortement le diagnostic. Même si l'exclusion d'un autre diagnostic ne figure pas dans les critères du diagnostic positif, la pratique rhumatologique semble considérer comme indispensable de pratiquer des examens complémentaires biologiques (bilan inflammatoire, auto-immun, thyroïdien, ionique, éventuellement sérologique) et radiologiques selon la topographie douloureuse et le contexte. Les pathologies qui peuvent être révélées par des arthro-myalgies non spécifiques sont : une cause médicamenteuse (hypocholestérolémiants, laxatifs, barbituriques, β -bloquants, etc.), un syndrome de Gougerot-Sjögren, une hépatite C, une hypothyroïdie, un diabète phosphoré, etc.. Les explorations radiologiques et de même l'électroencéphalogramme (EEG) n'apportent pas d'éléments pour le diagnostic positif de fibromyalgie. Ainsi, chaque examen complémentaire est à discuter et à pondérer en fonction de chaque patient et de l'histoire clinique.

Physiopathologie

Malgré un effort de formalisation de la présentation clinique du trouble, la littérature rhumatologique ne semble pas avoir identifié d'étiologie claire sur l'origine de la fibromyalgie. L'étiologie est ainsi considérée comme étant multifactorielle avec des facteurs de susceptibilité, de précipitation et d'exacerbation, décrivant un véritable cercle vicieux de la fibromyalgie. Des anomalies périphériques ont été incriminées du fait notamment du déconditionnement musculaire rendant le muscle plus sensible aux microtraumatismes mineurs, de façon inconstante et variable d'un patient à l'autre [10].

Des anomalies centrales ont été invoquées mettant en cause une haute concentration en oxyde nitrique (NO) et en peroxy-nitrite pouvant stimuler certains nocirécepteurs [11]. Ainsi, les récepteurs NMDA seraient impliqués, leur stimulation entraînant une augmentation de la concentration de NO dans le SNC. Il existe donc une augmentation de l'activité des récepteurs NMDA (N-méthyl-D-aspartate) chez les patients fibromyalgiques, également décrite chez les patients souffrant d'ESPT (état de stress post-traumatique) ou du syndrome de fatigue chronique. Ce qui pose l'hypothèse d'une étiologie commune ou du moins d'un continuum entre ces syndromes.

D'autres auteurs ont évoqué l'implication des troubles du sommeil et particulièrement des troubles du stade IV du sommeil lent, caractérisés par une intrusion d'ondes alpha sur l'EEG [12]. L'induction de symptômes fibromyalgiques par la privation de sommeil lent a pu être mise en évidence. L'hormone de croissance (GH) étant sécrétée pendant cette phase du sommeil lent, l'hypothèse d'une carence en GH, objectivée par un taux bas en IGF-1 chez les patients fibromyalgiques a été évoquée, perturbant la réparation musculaire avec une susceptibilité plus importante aux microtraumatismes [13].

Des anomalies sont également décrites au niveau des centres de contrôle antinociceptif en médullaire, thalamique et du mésencéphale (centre de nociception dont le médiateur principal est la sérotonine 5-HT). Les taux bas de 5-HT au niveau du liquide céphalo-rachidien (LCR) vont dans le sens d'un excès de nociception. A cela s'ajoute une certaine efficacité des antidépresseurs sérotoninergiques confortant ces hypothèses. Au niveau du thalamus, il existe

une réduction du flux sanguin à l'origine d'une diminution de son rôle de freinateur de la nociception [14] et, *a contrario*, des taux élevés de substance P (neuromédiateur de la douleur) [15].

Une prédisposition génétique a aussi été évoquée devant la prévalence familiale élevée de la fibromyalgie (26%) : 28% de fibromyalgie chez les enfants de mères fibromyalgiques et 70% de fibromyalgie chez les mères d'enfants fibromyalgiques [16].

Par ailleurs, des anomalies de l'axe corticotrope ont été observées de façon quasi-constante dans la fibromyalgie : diminution du taux de cortisol libre urinaire, diminution du taux de cortisol plasmatique, augmentation de la suppression de la sécrétion du cortisol en réponse à la dexaméthasone, augmentation des taux de CRF (Corticotropin Releasing Factor) dans le LCR, diminution de la réponse de l'ACTH à l'administration de CRF, et augmentation du nombre de récepteurs lymphocytaires aux glucocorticoïdes. Au total, ces perturbations vont dans le sens d'une augmentation du rétrocontrôle négatif. Cette perturbation de l'axe corticotrope est retrouvée dans d'autres « troubles corporels liés au stress » tels que le syndrome de fatigue chronique, l'asthme, les troubles somatoformes, l'arthrite rhumatoïde et l'ESPT. Les travaux actuels [17] suggèrent que l'hypocortisolisme persistant chez des patients ayant un stress chronique ou ayant vécu des traumatismes psychiques puisse entraîner une vulnérabilité particulière au développement des troubles corporels déjà cités. Pourtant, dans cette recherche des facteurs étiologiques, les relations avec les pathologies de stress post-traumatiques semblent avoir été trop peu explorée.

2. Douleurs chroniques inexpliquées et expériences traumatiques

Traumatismes psychiques

La caractéristique essentielle de l'ESPT selon le DSM-IV [18] est le développement de symptômes faisant suite à une exposition traumatique définie par la confrontation à une menace de mort, de grave blessure ou menace de l'intégrité physique de soi ou d'autrui, associée à une réaction subjective impliquant une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. La confrontation traumatique subite chez un sujet entraîne ainsi un état de sidération, un manque du mot, un manque d'expression, une incapacité à se verbaliser, une sidération d'émotions et une dissociation péri-traumatique (manque d'intégration de l'expérience traumatique).

Parmi les troubles post-traumatiques (troubles anxieux et dépressifs, somatisation, troubles de la personnalité, troubles dissociatifs), les troubles dissociatifs somatoformes sont courants pour des somaticiens tels que les gastro-entérologues (troubles fonctionnels gastro-intestinaux), les gynécologues (douleurs pelviennes chroniques), ou les neurologues (événements non-épileptiques) [19]. Les patients souffrant de dissociation somatoforme rapportent généralement de multiples symptômes somatoformes, sont de grands utilisateurs des services de santé mais reçoivent rarement les traitements appropriés.

Liens entre dissociation psychique et trouble somatoforme

Le DSM-IV décrit la dissociation comme le processus par lequel les fonctions normalement intégrées telles que la mémoire, la conscience, l'identité, et la perception de l'environnement sont perturbées. La CIM-10 intègre la dissociation dans les troubles dissociatifs ou de conversion somatoforme et évoque une perte partielle ou complète des fonctions normales d'intégration des souvenirs, de la conscience de l'identité ou des sensations immédiates et du contrôle des mouvements corporels. Elle englobe l'amnésie, la fugue et la stupeur dissociative.

La dissociation se définit ainsi comme un élément commun qui est la référence au manque de connexion normale entre les différents contenus mentaux. Il existe une forme de fragmentation de la conscience, c'est-à-dire des événements mentaux qui seraient

normalement traités ensemble (pensées, émotions, activité motrice, sensations, souvenirs, identité) et qui sont isolés les uns des autres ou dans certains cas rendus inaccessibles à la conscience ou au rappel volontaire [20].

Ce mode d'organisation de l'information permet ainsi au sujet au moment d'un traumatisme par exemple d'échapper transitoirement à un vécu pénible entraînant une abstraction temporaire du traumatisme mais également un retardement du travail nécessaire à l'intégration du traumatisme dans son histoire. L'individu se crée alors une nouvelle réalité interne indépendante et sans lien avec sa personnalité de base. Cette réalité n'est pas intégrée dans l'état de conscience basal. Il est important de noter que la dissociation n'est ni du refoulement (matériel réprimé de façon inconsciente et non directement accessible à la conscience, mais symbolisé par exemple par des rêves ou des lapsus) ni de la suppression (négation d'un événement, qui peut à tout moment être rappelé, avec un effort constant pour ne pas y penser).

Il existe un continuum dans la dissociation allant des expériences dissociatives normales communes (comme l'absorption dans une activité, le rêve éveillé) aux expériences dissociatives pathologiques (comme l'amnésie dissociative ou la dépersonnalisation). Waller et al. [21] ont distingué les expériences dissociatives pathologiques (incluant l'amnésie, l'altération de l'identité, la dépersonnalisation et la déréalisation) des expériences non pathologiques décrites comme des traits dissociatifs (comme l'absorption, l'imagination, le rêve éveillé). Il existerait donc une différence de degré, d'intensité de ces manifestations mais aussi de type de manifestations dissociatives.

Les manifestations dissociatives sont plus couramment décrites dans leur composante psychique d'où le terme de dissociation psychique. Mais la dissociation se manifeste également par la voie corporelle, alors dénommée dissociation somatoforme [22]. Cependant, dans les classifications internationales, il n'y a de référence au soma que dans le trouble dépersonnalisation (sensation de se sentir soi, ou une partie de soi-même, détaché comme si le sujet était l'observateur de la scène). L'expérience clinique montre que beaucoup de patients souffrant de troubles dissociatifs rencontrent des symptômes somatoformes (catégorie trouble somatisation et trouble de conversion du DSM-IV). De plus, beaucoup de patients souffrant d'un trouble somatisation évoquent une amnésie dissociative. D'après Nijenhuis [22] même si les troubles somatoformes ne sont pas référencés comme troubles dissociatifs dans le DSM-IV, la forte corrélation entre eux indiquerait que la dissociation somatoforme (conversion) et les symptômes somatoformes seraient des manifestations d'un seul et même phénomène. La dissociation somatoforme pourrait être définie, en miroir de la dissociation psychique, comme un manque d'intégration d'expériences sensori-motrices (ouïe, tact, vue, odorat, motricité), malgré un encodage normal des différentes expériences somatoformes et psychiques. La dissociation somatoforme peut se manifester par des expériences somatiques négatives (analgésie, anesthésie, trouble de la perception) et/ ou des expériences somatiques positives (activité motrice, douleur), pouvant être évaluées à l'aide du Questionnaire de Dissociation Somatoforme (SDQ-20) [23].

De nombreuses observations cliniques sur le lien entre traumatismes psychiques et symptômes dissociatifs objectivent que les patients souffrant des troubles dissociatifs ont presque invariablement des antécédents traumatiques graves. Les symptômes dissociatifs sont d'autant plus marqués que le sujet est jeune au moment du traumatisme, ou que le traumatisme ait été chronique et répété [24]. De plus, il existe une corrélation positive entre dissociation somatoforme et vécu traumatique. En effet, les patients souffrant de troubles dissociatifs rapportent des traumatismes sévères et parfois multiples, dont notamment des agressions physiques ou sexuelles, plus fréquemment corrélés aux symptômes de dissociation somatoforme. Par exemple, les réfugiés Bhutalais victimes de tortures décrivent plus de

troubles douloureux somatoformes, plus de troubles moteurs dissociatifs, plus d'anesthésie et/ou d'analgésie, en comparaison au groupe réfugié n'ayant subi aucune torture physique[25].

Dans une population de sujets souffrant d'ESPT, Marmar [26] a montré que la présence de symptômes dissociatifs péri-traumatiques est fortement corrélée aux symptômes somatoformes. Ainsi la dissociation péri-traumatique pourrait être un facteur de survenue de perturbations somatiques au long cours. Dans un suivi prospectif pendant 7 ans de 80 filles ayant été victimes d'agression sexuelle, Putnam [27] a montré que les victimes objectivent plus de symptômes somatoformes que le groupe témoin et qu'un haut degré de dissociation péri-traumatique était corrélé à un haut degré de troubles somatoformes. Il existe donc une corrélation forte entre traumatismes, dissociation somatoforme, troubles dissociatifs et symptômes post-traumatiques chroniques.

En somme, il existe un lien fort entre événements traumatiques et symptôme douloureux. Une étude récente [28] a porté sur le vécu subjectif de la douleur chez des patientes souffrant d'un cancer du sein métastasé versus un groupe témoin, prenant en compte également les événements de vie stressants. Cette étude a montré que les antécédents traumatiques étaient positivement corrélés au niveau de la douleur ressentie. D'autres travaux ont par ailleurs montré que la douleur chronique pelvienne est un symptôme somatoforme fortement corrélé aux antécédents traumatiques et à la dissociation [29]. Les stress physiques et psychiques précoces (même le stress prénatal) peuvent ainsi avoir des effets à long terme sur le développement des systèmes nociceptifs. Toutes ces études montrent que les traumatismes psychiques et la douleur chronique sont fortement corrélés.

3. Fibromyalgie et autres syndromes de douleurs chroniques inexplicées : conséquence d'un trouble post traumatique?

L'expérience clinique révèle la survenue fréquente de symptômes somatoformes (trouble somatisation et trouble de conversion) chez les patients souffrant de troubles dissociatifs. A l'inverse, beaucoup de patients souffrant d'un trouble somatisation se plaignent de symptômes dissociatifs, par exemple d'amnésie dissociative. Les nombreuses observations cliniques sur le lien entre traumatismes psychiques et symptômes dissociatifs objectivent une corrélation forte entre troubles dissociatifs et antécédents traumatiques graves [24].

L'ESPT est un trouble secondaire à un événement traumatique caractérisé par des composantes émotionnelles, fonctionnelles et physiologiques. Quelques études ont montré qu'il existe un lien entre fibromyalgie et ESPT. Cohen et al. [30] ont montré que 57% des patients fibromyalgiques ont un nombre significatif de symptômes d'ESPT (évitement, reviviscence, anxiété). Cette étude montre également que les patients fibromyalgiques de sexe féminin souffrant d'ESPT rapportent un plus grand nombre d'événements traumatiques que les fibromyalgiques masculins. Le type de traumatisme évoqué par les patients fibromyalgiques est similaire à celui des patients souffrant d'ESPT dans d'autres études, à savoir la survenue de la mort soudaine d'un parent ou d'un ami proche (événement le plus fréquent, soit 35% dans la fibromyalgie et l'ESPT), l'implication dans un accident grave de la circulation, les agressions sexuelles, le kidnapping, et la torture. Turk et al. [31] ont montré que les patients fibromyalgiques « post-traumatiques » expérimentent un plus haut degré de douleur et une plus mauvaise qualité de vie (interférence dans la vie quotidienne, intime, perte d'activité), en comparaison avec les patients fibromyalgiques « idiopathiques ». Parmi des patients souffrant d'ESPT, l'étude d'Amir et al. [32] trouve 21% de fibromyalgie contre 0% dans le groupe contrôle. Les formes les plus couramment rencontrées de douleurs chroniques après un traumatisme sont les douleurs pelviennes chroniques, la fibromyalgie, la cystalgie à urines claires.

Cette relation entre douleur physique et événements traumatiques pose la question de l'association entre ESPT et fibromyalgie. Est-ce une relation causale et dans quel sens ?

Après un évènement traumatique, pourquoi certains sujets développent-ils des troubles à prédominance somatoforme (fibromyalgie) et d'autres des plaintes à prédominance psychique (ESPT) ? Cohen et al. [30] évoquent le fait que dans la fibromyalgie, il est possible que la douleur psychique moins bien admise socio-culturellement soit transformée en douleur physique, tel un mécanisme adaptatif nouveau. Ces auteurs s'interrogent sur la possibilité de concevoir la fibromyalgie comme une forme somatisée de l'ESPT. Ainsi, l'ESPT surviendrait plus dans le cas de dissociation psychique péri-traumatique et la fibromyalgie lors de dissociation somatoforme péri-traumatique ?

Quelles stratégies thérapeutiques ?

Il n'existe actuellement aucune stratégie chimiothérapeutique consensuelle de la fibromyalgie. Les antalgiques classiques et les morphiniques sont relativement inefficaces. Les anti-inflammatoires stéroïdiens et non stéroïdiens ont une mauvaise tolérance générale, leur inefficacité peut être utilisée pour le diagnostic différentiel. Les myorelaxants dont les benzodiazépines sont déconseillés du fait de leur perturbation de l'architecture du sommeil.

Les 5-HT₃ antagonistes sélectifs des récepteurs sérotoninergiques (type tropisetron) semblent avoir un résultat positif sur le sommeil et sur la douleur, mais avec une récurrence douloureuse à 4 semaines [33]. Les antidépresseurs sont utilisés de façon empirique du fait de l'action sérotoninergique [34]. L'action est indépendante de l'anxiété et de la dépression. L'amitriptyline montre une efficacité moyenne sur les troubles du sommeil et relativement médiocre sur la douleur. Si la fluoxétine et la duloxétine peuvent avoir une efficacité notamment sur les comorbidités (troubles du sommeil, dépression, anxiété), les sérotoninergiques ne sont pas indiqués pour l'instant, étant donné qu'ils n'influencent pas les symptômes essentiels de la fibromyalgie à savoir le nombre des points douloureux provoqués et le score de douleur spontanée.

Plusieurs techniques non médicamenteuses ont été proposées comme la physiothérapie, la relaxation, kiné-balnéothérapie, l'acupuncture, la sophrologie, et le reconditionnement musculaire par exercice mais aucune d'elles ne fait consensus. Enfin, une place particulière est à accorder aux psychothérapies, aux vues des antécédents de traumatismes psychiques souvent retrouvés.

Au total, dans la revue de la littérature des traitements proposés dans la fibromyalgie, seuls l'amitriptyline, l'exercice physique, et les thérapies cognitivo-comportementales ont montré une efficacité, tandis que les sérotoninergiques, le tramadol, l'acupuncture, le biofeedback, l'hypnose n'ont montré qu'une efficacité relative, et aucune efficacité n'a été montrée pour les anti-inflammatoires, la mélatonine, les injections aux points douloureux ou les benzodiazépines.

Quelle prise en charge spécifique ?

La méthode d'investigation des troubles douloureux inexplicables doit être centrée sur le symptôme douloureux, notamment pour éliminer toute organicité. Mais elle doit dans le cadre d'une approche multidimensionnelle et multidisciplinaire, appréhender l'histoire personnelle, familiale et sociale de l'individu, et notamment explorer les événements de vie et leur potentiel traumatique. L'identification des traumatismes psychiques doit ensuite être resituée dans l'histoire personnelle du sujet et l'histoire du symptôme douloureux.

Toutefois le praticien risque alors d'être confronté à une prise en charge hors du champ de ses compétences usuelles, dans le champ de la psychothérapie. Ces consultations peuvent ainsi se révéler chronophages pour le somaticien. La mise en place de consultations multidisciplinaires devrait intéresser certains cas complexes, nécessitant alors une double référence médicale et psychiatrique évitant de fait les relations exclusives où les enjeux

relationnels peuvent être majeurs. Ces consultations ont un intérêt diagnostique et thérapeutique riche d'enseignement pour chaque intervenant.

Conclusion

La douleur chronique inexpliquée est une manifestation somatique d'un indicible non élaboré ou non reconnu. Il a été proposé d'en faire une entité médicale à part entière dans le champ de la rhumatologie individualisée sous le terme de fibromyalgie. Cette description trop exclusivement médicale rend encore plus difficile l'évocation et l'élaboration des dimensions psychiques sous-jacentes. Parmi ces dimensions psychiques, la dimension traumatique semble essentielle. Le traumatisme psychique non reconnu par autrui et non intégré par soi se manifeste en effet dans la souffrance post-traumatique, sur les plans psychique et somatique, par probable défaut d'intégration d'une expérience sensori-motrice.

Dans la pratique quotidienne, il paraît important de tenir compte précocement de cette dimension traumatique, par un interrogatoire systématique des patients diagnostiqués "fibromyalgiques" sur leur histoire traumatique, afin d'éviter la chronicité de la souffrance et l'émergence de comorbidités psychiatriques (par exemple, addictions, dépression, anxiété sociale). Le somaticien qui repère la souffrance post-traumatique dans un syndrome douloureux chronique doit continuer à assurer la prise en charge de la dimension somatique et adresser le patient à un autre professionnel pour la prise en charge de la dimension psychopathologique. La prise en charge psychique devrait créer une relation de confiance, tenir compte de l'histoire du sujet et de ses émotions négatives (craintes, colères, déceptions), et l'aider à faire face à ses angoisses post-traumatiques. L'enjeu est en effet le dépistage des troubles post-traumatiques qui nécessitent une prise en charge précoce ou à défaut une approche spécifique, comme déjà réalisée dans l'ESPT, qui pourrait prévenir la survenue de ce cortège de douleurs chroniques invalidantes.

Bibliographie

- [1] Organisation Mondiale de la Santé (CIM-10). Classification Internationale des Maladies. 10^e révision. Paris: Masson; 1992.
- [2] Frohlich C, Jacobi F, Wittchen HU. DSM-IV pain disorder in the general population. An exploration of the structure and threshold of medically unexplained pain symptoms. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2005.
- [3] Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ, Hebert L. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum*. 1995;38(1):19-28.
- [4] Price DD. Psychological Mechanism of Pain and Analgesia. *Progress in Pain Research and Management (Vol. 15.)*. Seattle: IASP Press; 1999.
- [5] Kahn MF. Le syndrome polyalgique idiopathique diffus. *Concours Med*. 1988;110:1119-22.
- [6] Yunus MB, Ahles TA, Aldag JC, Masi AT. Relationship of clinical features with psychological status in primary fibromyalgia. *Arthritis Rheum*. 1991;34(1):15-21.
- [7] Eisinger J. Evaluation clinique de la fibromyalgie. *Rev Med Interne*. 2003;24(4):237-42.
- [8] Benoist M, Boulu P, Fuster JM, Kahn MF, Cambier J. Le syndrome polyalgique idiopathique diffus. *Nouv. Presse Med*. 1986;15(33):1680-2.
- [9] Burckhardt CS, Clark SR, Bennett RM. The fibromyalgia impact questionnaire: development and validation. *J Rheumatol*. 1991;18(5):728-33.
- [10] Maquet D, Croisier JL, Renard C, Crielaard JM. Muscle performance in patients with fibromyalgia. *Joint Bone Spine*. 2002;69(3):293-9.
- [11] Pall ML. Common etiology of posttraumatic stress disorder, fibromyalgia, chronic fatigue syndrome and multiple chemical sensitivity via elevated nitric

- oxide/peroxynitrite. *Med Hypotheses*. 2001;57(2):139-45.
- [12] Harding SM. Sleep in fibromyalgia patients: subjective and objective findings. *Am J Med Sci*. 1998;315(6):367-76. Review.
- [13] Crofford LJ. Neuroendocrine abnormalities in fibromyalgia and related disorders. *Am J Med Sci*. 1998;315(6):359-66. Review.
- [14] Mountz JM, Bradley LA, Modell JG, Alexander RW, Triana-Alexander M, Aaron LA *et al*. Fibromyalgia in women. Abnormalities of regional cerebral blood flow in the thalamus and the caudate nucleus are associated with low pain threshold levels. *Arthritis Rheum*. 1995;38(7):926-38.
- [15] Russell IJ, Orr MD, Littman B, Vipraio GA, Alboukrek D, Michalek JE *et al*. Elevated cerebrospinal fluid levels of substance P in patients with the fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum*. 1994;37(11):1593-601.
- [16] Yunus MB, Khan MA, Rawlings KK, Green JR, Olson JM, Shah S. Genetic linkage analysis of multicase families with fibromyalgia syndrome. *J Rheumatol*. 1999;26(2):408-12.
- [17] Heim C, Ehlert U, Hellhammer DH. The potential role of hypocortisolism in the pathophysiology of stress-related bodily disorders. *Psychoneuroendocrinology*. 2000;25(1):1-35. Review.
- [18] American Psychiatric Association. DSM-IV. Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. 4^e édition (1994). Traduction française Guelfi *et al*. Paris: Masson; 1996.
- [19] Mondon K, de Toffol B, Praline J, Receveur C, Gaillard P, El-Hage W *et al*. Comorbidité psychiatrique au cours des évènements non épileptiques: étude rétrospective dans un centre de vidéo-EEG. *Rev Neurol (Paris)*. 2005;161(11):1061-9.
- [20] van der Hart O, Nijenhuis ER, Steele K. Dissociation: An insufficiently recognized major feature of complex posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress*. 2005;18(5):413-23.
- [21] Waller G, Hamilton K, Elliott P, Lewendon J, Stopa L, Waters A *et al*. Somatoform dissociation, psychological dissociation, and specific forms of trauma. *J Trauma Dissociation* 2001;1(4):81-98.
- [22] Nijenhuis ER, van Dyck R, ter Kuile MM, Mourits MJ, Spinhoven P, van der Hart O. Evidence for associations among somatoform dissociation, psychological dissociation and reported trauma in patients with chronic pelvic pain. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2003;24(2):87-98.
- [23] El-Hage W. Validation de la version française du SDQ-20. Questionnaire de Dissociation Somatoforme. *Revue Francophone Stress & Trauma* 2004;4(3):291-7.
- [24] El-Hage W, Gaillard P. Incidence clinique des psychotraumatismes dans la consultation externe d'un service de psychiatrie. *Ann Med Psychol (Paris)* 2003;161(10):743-8.
- [25] Van Ommeren M, Sharma B, Sharma GK, Komproe I, Cardena E, de Jong JT. The relationship between somatic and PTSD symptoms among Bhutanese refugee torture survivors: examination of comorbidity with anxiety and depression. *J Trauma Stress*. 2002;15(5):415-21.
- [26] Marmar CR. Trauma and Dissociation. The National Center for PTSD. *PTSD Research Quarterly*. 1997;8(3):1-3.
- [27] Putnam FW. Traumatic stress and pathological dissociation. *Ann N Y Acad Sci*. 1995;771:708-15. Review.
- [28] Butler LD, Koopman C, Cordova MJ, Garlan RW, DiMiceli S, Spiegel D. Psychological distress and pain significantly increase before death in metastatic breast cancer patients. *Psychosom Med*. 2003;65(3):416-26.
- [29] Spinhoven P, Roelofs K, Moene F, Kuyk J, Nijenhuis E, Hoogduin K *et al*. Trauma and

- dissociation in conversion disorder and chronic pelvic pain. *Int J Psychiatry Med.* 2004;34(4):305-18.
- [30] Cohen H, Neumann L, Haiman Y, Matar MA, Press J, Buskila D. Prevalence of post-traumatic stress disorder in fibromyalgia patients: overlapping syndromes or post-traumatic fibromyalgia syndrome? *Semin Arthritis Rheum.* 2002;32(1):38-50.
- [31] Turk DC, Okifuji A, Sinclair JD, Starz TW. Pain, disability, and physical functioning in subgroups of patients with fibromyalgia. *J Rheumatol.* 1996;23(7):1255-62.
- [32] Amir M, Kaplan Z, Neumann L, Sharabani R, Shani N, Buskila D. Posttraumatic stress disorder, tenderness and fibromyalgia. *J Psychosom Res.* 1997;42(6):607-13.
- [33] Farber L, Stratz T, Bruckle W, Spath M, Pongratz D, Lautenschlager J *et al.* Efficacy and tolerability of tropisetron in primary fibromyalgia--a highly selective and competitive 5-HT₃ receptor antagonist. German Fibromyalgia Study Group. *Scand J Rheumatol Suppl.* 2000;113:49-54.
- [34] O'Malley PG, Balden E, Tomkins G, Santoro J, Kroenke K, Jackson JL. Treatment of fibromyalgia with antidepressants: a meta-analysis. *J Gen Intern Med.* 2000;15(9):659-66.