

Rôle du psychiatre dans le traitement de la fibromyalgie

RÉSUMÉ : Désormais, c'est de manière multidisciplinaire qu'il faut évoquer la fibromyalgie, ce concept a évolué depuis plusieurs années, et le résumer à un tableau associant points douloureux électifs, asthénie invalidante accentuée par des troubles du sommeil est insuffisant. Le psychiatre a son rôle en effet, non seulement désigné par la clinique de l'anxiété et toutes ses formes sémiologiques, mais aussi par les troubles de l'humeur, avec en particulier la dépression. De même, la cognition perturbée justifie son intervention. Enfin, dans la prise en charge thérapeutique, on reconnaît l'importance fondamentale des traitements médicamenteux antidépresseurs, associés aux traitements non pharmacologiques.



→ J.P. BERTHET
Psychiatre,
RENNES.

Depuis quelques années, le concept de fibromyalgie progresse et inquiète de plus en plus, certes le généraliste et le rhumatologue, mais aussi le psychiatre.

L'absence de physiopathologie spécifique et pertinente, et la fréquence des comorbidités psychiatriques plaident désormais pour un abord syndromique multidisciplinaire.

Sa définition est essentiellement clinique et s'appuie sur l'existence d'un syndrome polyalgique chronique diffus associé à des points électifs douloureux à la palpation.

A cette symptomatologie douloureuse se joignent plus ou moins fréquemment d'autres symptômes essentiels pour le diagnostic : fatigue, troubles du sommeil, troubles cognitifs, anxiété, dépression, troubles digestifs et vasomoteurs. La fibromyalgie pose la question de la douleur physique comme modalité d'expression émotionnelle.

[Historique

La fibromyalgie touche 2 à 3 % de la population avec une très nette majorité féminine (environ 8 femmes pour 1 homme) et un pic d'incidence entre 30 et 50 ans.

C'est une affection coûteuse : une étude européenne datant de 2008 a montré que 25 % des malades suivis étaient sans emploi [1]. Elle représente 15 % des consultations rhumatologiques et près de 10 % des consultations des centres antidouleur.

C'est une affection à la mode : la base de données PubMed, en avril 2012, permet d'obtenir les références de 6 818 articles... C'est cependant une maladie récente puisque même si Hippocrate a été l'inventeur des troubles musculo-squelettiques, la fibromyalgie ne connaît un envol et un intérêt croissant que depuis un quart de siècle.

En 1880, G. Beard propose pour la première fois et timidement une coloration psychiatrique puisqu'il parle de "fai-

blesse nerveuse” et de la neurasthénie qui portera d’ailleurs son nom.

Entre 1972 et 1975, on évoque le rôle éventuellement marqué du stress émotionnel, du sommeil de piètre qualité et de la fatigue.

En 1976, le terme de fibromyalgie est définitivement établi par Hensch [2], malgré une certaine opposition des anatomistes et des étiopathologistes de l’époque, qui récusait justement le fait qu’il existait des anomalies sur les muscles dits fibrosés !

Enfin, en 1992, l’OMS reconnaît la maladie comme rhumatismale et articulaire, dans la classification internationale des maladies (CIM)... Exit la psychiatrie, la fibromyalgie s’organise !

Elle s’organise si bien en effet que dans les années 1990-2000 les études d’imagerie démontrent l’aspect neurologique de l’affection, en particulier les déficits des neurotransmetteurs comme la sérotonine, la noradrénaline et la dopamine. Globalement, les données actuelles laissent à penser que la fibromyalgie s’inscrit dans un désordre psycho-neuro-endocrin et psycho-neuro-immunologique [3].

La fibromyalgie, désormais codée sous son propre nom dans la classification internationale des maladies, est ainsi reconnue comme une affection à part entière.

Voyez qu’au regard de l’histoire, cette pathologie n’a pas d’historicité ancienne et par ailleurs, ce qui peut colorer ce trouble de “nervosisme psychique” reste terriblement discret.

Fibromyalgie et “hystérie”

La fibromyalgie est aussi une maladie toujours controversée, voire contestée : que faire d’une plainte non objectivée ? Que faire d’un malaise quasi virtuel dans un mal-être ?

Cela a déclenché des oppositions passionnées et passionnelles... Il en reste quelque chose puisqu’on trouve encore de farouches défenseurs de la thèse fibromyalgique corrélée à l’hystérie. Selon eux, la fibromyalgie serait une forme moderne d’hystérie, cette dernière n’étant alors que la mise en scène du corps du patient. Ainsi, l’entité hystérique qui avait déserté les nosographies psychiatriques officielles (DSM-IV-R) réapparaîtrait dans les chapitres personnalités histrioniques d’une part et les chapitres troubles somatoformes d’autre part. Nous rappelons que la personnalité histrionique est marquée par :

- un égocentrisme,
- une érotisation de la relation,
- une labilité de l’humeur,
- un maniérisme et un théâtralisme,
- des outrances émotionnelles,
- une facticité relationnelle,
- enfin une suggestibilité, une malléabilité.

En quelque sorte, la fibromyalgie serait une résurgence de la notion d’hystérie, masquée sous des symptômes terriblement désobligeants et péjoratifs, et se révélerait comme une conversion somatique chez une personnalité hystérique.

Mais s’agit-il d’une conversion ou plutôt “d’une conversation somatique” ? Si l’on en croit Freud et ses études sur l’hystérie, cette névrose serait d’abord et avant tout un langage... Mais n’est-ce pas là une réduction exagérée ? Pourquoi toutes les plaintes seraient-elles hystériques ? Et n’y aurait-il que la névrose hystérique qui pourrait parler avec son corps ?

L’hystérie a toujours été le souffre-douleur du corps médical !

Souffre-douleur ? Cette expression permet bien de différencier ce qui relève de la souffrance, et ce qui relève de la douleur... La souffrance n’implique pas toujours la douleur : en effet, si la douleur a un lien avec le corps et son dysfonctionnement, la souffrance renvoie plus volontiers au psychisme et à la peine...

La douleur est ce qui fait dire “j’ai mal” et la souffrance est ce qui fait dire “je suis mal”. On dit “j’ai mal” au rhumatologue, on dit “je suis mal” au psychiatre. Alors, bien sûr, l’hystérie n’a pas le monopole de la douleur, même de la douleur bruyante, gémissante, geignarde, voire agaçante... Le mal et le malaise, voilà peut-être le trait d’union essentiel entre la fibromyalgie et la psychiatrie. Pour les psychiatres, la fibromyalgie est une double peine : un mal qui rend mal.

Fibromyalgie et dépression

La fibromyalgie est un maléfice, étymologiquement, elle est malfaisante ; comment s’étonner alors des liens étroits avec le phénomène dépressif... Avoir mal c’est avoir mal de vivre, et la douleur n’écrase pas que le corps, elle écrase aussi l’individu.

Et donc devant un tableau qui associe :

- une asthénie chronique,
- des douleurs,
- des troubles neurovégétatifs,
- des troubles cognitifs, en particulier un ralentissement idéique, il est tout à fait classique d’évoquer le diagnostic d’épisode dépressif majeur au sens du DSM-IV-R. Il existe d’ailleurs un grand nombre de symptômes communs entre la fibromyalgie et l’épisode dépressif.

>>> Les troubles du sommeil

Ils sont présents dans 95 % des cas chez les sujets souffrant de fibromyalgies selon Kochman [4], et si le véritable insomniaque n’est pas celui qui dort mal, mais celui qui se réveille mécontent de sa nuit, alors le fibromyalgique est un insomniaque car il décrit régulièrement une impression subjective de mauvais sommeil, avec une sensation de sommeil léger, agité, et rempli de nombreux rêves ; sa durée totale de sommeil est légèrement raccourcie et la latence d’endormissement est normale ou légèrement raccourcie.

REVUES GÉNÉRALES

Fibromyalgie

Les enregistrements polysomnographiques montrent que ces troubles sont dus à une carence du sommeil lent profond (SLP). Enfin, il peut exister des myalgies erratiques et fugaces au réveil, avec un besoin de “déroutage ou déverrouillage matinal”.

Les troubles du sommeil, s'ils sont présents, ne sont pas pour autant spécifiques de la fibromyalgie; ils peuvent être rencontrés au cours des différentes affections psychiatriques ou organiques, voire chez 15 % des sujets sains [5]. Il semblerait que la différentielle la plus significative et la plus importante soit la notion de la latence du sommeil paradoxal: dans la dépression, la latence d'apparition du sommeil paradoxal est diminuée alors qu'elle ne se modifie pas significativement dans la fibromyalgie.

Delphine Capdevielle, Cécile Michot et Jean-Philippe Boulanger [6] rapportent l'étude de Smith *et al.* de 2004 [7], qui analyse les interactions entre la perturbation du sommeil, la dépression et les risques suicidaires chez les fibromyalgiques. Indépendamment de la sévérité dépressive, voire sans dépression avérée, un patient fibromyalgique sur quatre rapporte des idées suicidaires et d'autant plus que les troubles d'endormissement sont sévères et le niveau de douleur très élevé.

Il faut savoir aussi que seulement un patient fibromyalgique sur quatre rapporte spontanément ses troubles du sommeil, ce qui le différencie nettement des plaintes insomniaques du déprimé, systématiquement exprimées à leur médecin [8].

>>> Les troubles cognitifs

Ces troubles sont retrouvés chez près de 90 % des patients fibromyalgiques. Il s'agit avant tout d'une diminution de l'attention et de la concentration, ce qui entraîne des difficultés de rétention mnésique.

Cependant, Kaplan, en 1992 [9], ne rapporte pas de différences significatives au niveau mnésique entre les patients souffrant de fibromyalgie et les patients déprimés. En revanche, une étude parue en 1995 rapporte que chez 25 % de patients fibromyalgiques, il existe une diminution de la vitesse de traitement des informations et de la mémoire de fixation.

Ces déficits non spécifiques sont bien sûr présents chez les déprimés, mais chez ces derniers, ces altérations cognitives impliqueraient plus particulièrement l'hémisphère droit, ce qui ne semble pas être le cas pour les fibromyalgiques [10].

Chez ces derniers, on rapporte aussi une diminution de l'à-propos, une diminution de la vivacité d'esprit, avec ce qu'il est convenu d'appeler un ralentissement idéique, enfin une diminution des associations rapides. Ces déficits ne sont aucunement spécifiques à la fibromyalgie, ils se retrouvent chez les déprimés également.

>>> L'asthénie

L'asthénie est la plainte majeure retrouvée dans les deux pathologies. Entre 78 % et 94 % des patients souffrant de fibromyalgie présentent une asthénie évoluant depuis plus de 6 mois [11].

C'est une fatigabilité à l'effort minime, et de plus en plus minime, entraînant un ralentissement moteur, une diminution du périmètre de mobilité, et une clinophilie.

Cette fatigue ne cède pas au repos, même si celui-ci est prolongé; elle est souvent plus matinale que vespérale, avec une amélioration progressive au cours de la journée; cette psychasthénie peut être aggravée par les restrictions d'activité, par le repos allongé, par les arrêts de travail, exactement comme un sportif qui cesserait de s'entraîner.

A remarquer que chez le fibromyalgique, les symptômes de fatigue sont fortement

liés à l'intensité de la douleur, et fortement alimentés par les anomalies de sommeil.

Nous voyons que cette proximité entre fibromyalgie et dépression a longtemps conduit à l'idée d'une même pathologie, d'autant que les antidépresseurs sont parmi les traitements biologiques les plus efficaces, et les discussions et recherches concernant les liens entre les déprimés et les fibromyalgiques semblent encore très ouvertes.

Plusieurs éléments cependant font l'objet d'un consensus:

- la fréquence incontestablement plus élevée d'épisodes dépressifs majeurs et d'antécédents dépressifs majeurs chez les patients souffrant de fibromyalgie, par rapport à la population générale,
- les troubles exprimés par les fibromyalgiques évoquent certes un syndrome dépressif, cependant on ne trouve pas de dévalorisation, d'auto-accusation, d'absence de tout désir, d'anhédonie ou de propension suicidaire aussi marquées que chez le déprimé.

Au contraire, il semble exister chez ces patients une envie intacte d'entreprendre, un désir de gain de vie, de consommation et une jouissance encore espérée.

Fibromyalgie et troubles anxieux

Les patients fibromyalgiques présentent des états d'anxiété marquée, avec le plus souvent une anticipation péjorative de l'avenir et la crainte imaginée négativement des répercussions du syndrome douloureux.

On décrit:

- une certitude d'incurabilité,
- un sentiment de déclin inexorable,

- quelques fois la sensation d'une mort imminente,
- enfin une peur existentielle de l'échec et d'une bascule dans la folie.

Toutes les formes cliniques de l'angoisse peuvent se retrouver :

- **le trouble anxieux généralisé (TAG)**, avec en particulier une hyperesthésie aux signaux corporels ; mais la prévalence chez le fibromyalgique est très proche de celle de la population générale,
- **le trouble panique** : la prévalence cette fois-ci est légèrement supérieure à celle de la population générale,
- **la phobie ou le trouble obsessionnel compulsif (TOC)** : les prévalences sont identiques,
- **le stress post-traumatique** : il existe le plus souvent un antécédent de vie très traumatique auquel le patient a dû faire face seul, et notamment des antécédents d'abus sexuels ; dans ce dernier cas, la symptomatologie comporte fréquemment des douleurs des organes de la selle, des dyssynergies pelviennes (constipation) [12] et des dysfonctions sexuelles.

Traitement

L'efficacité du traitement s'évalue sur l'humeur, le sommeil et la douleur, et même sur ce dernier symptôme, le psychiatre est loin d'être démuné.

L'étude des voies de la perception de la douleur et de son inhibition a montré que la fibromyalgie serait aussi une anomalie des facteurs modulateurs de l'inhibition des perceptions douloureuses par les voies descendantes, facteurs tels que les neurones opioïdes, mais aussi les zones anatomiques responsables de la sécrétion des amines telles que la sérotonine et la noradrénaline.

>>> C'est ainsi que la **chimiothérapie** joue un rôle très important, et bien qu'aucune AMM n'ait été accordée en

POINTS FORTS

- ➔ "J'ai mal et je suis mal...", la douleur renvoie à l'organique, la souffrance renvoie plus volontiers au psychisme.
- ➔ Les troubles cognitifs sont à prendre en considération : attention à l'attention...
- ➔ Toutes les formes cliniques de l'anxiété peuvent se retrouver :
 - le trouble panique et l'attaque aiguë
 - les troubles anxio-généralisés
 - le TOC
 - le stress post-traumatique
 - les troubles phobiques.
- ➔ Les traitements antidépresseurs, en particulier biaminergiques, ont prouvé leur efficacité sur le seuil de perception de la douleur.
- ➔ Les expressions émotionnelles sont sensibles aux traitements non pharmacologiques.

Europe, on reconnaît cependant la place importante des molécules disponibles telles que les antidépresseurs tricycliques, en particulier l'amitriptyline, et trois inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline : le milnacipran, la duloxétine, la venlafaxine. De même, les antiépileptiques de dernière génération, en particulier la prégabaline qui a un intérêt reconnu sur les troubles du sommeil et de l'humeur.

Cependant, les approches non pharmacologiques ne doivent pas être réservées aux insuffisances ou aux échecs de la chimiothérapie, mais proposées en égale première intention à tout patient souffrant de fibromyalgie.

>>> **La thérapie cognitivo-comportementale (TCC)** permet aux malades de lutter contre l'idée préconçue de catastrophisme et de valider des idées d'efficacité personnelle et de développement de stratégies d'adaptation favorisant l'acceptation de la douleur.

>>> On peut proposer aussi une **psychothérapie** appropriée à la recherche de

stress traumatique, en particulier dans les cas d'antécédents de maltraitance sexuelle.

>>> L'exercice physique progressif a montré également son efficacité sur la douleur et les comorbidités psychiatriques.

Enfin, il est nécessaire de toujours **bien informer** le patient.

Expression interdite ? Dépression masquée ?

L'homme, paraît-il, n'est pas le seul animal qui souffre, mais c'est le seul qui puisse parler de sa douleur... Or le malade fibromyalgique est un fatigué qui nous fatigue, hélas !

S'il se heurte de ce fait à l'incompréhension familiale ou à l'agacement médical, il va se sentir seul, abandonné, sans le ressenti empathique confortant et consolant de l'entourage... Et pourtant "il sent bien qu'il a quelque chose bien qu'on lui dise qu'il n'a rien".

REVUES GÉNÉRALES

Fibromyalgie

Il va donc s'imposer le non-dit, accepter "l'inter-dit" de la famille, "le contre-dit" du corps médical et va naturellement "autrement-dire": c'est dans nos cabinets psychiatriques que le patient va pouvoir longuement dire l'indicible. Peut-être, enfin, sa grande douleur ne sera ni muette ni masquée.

Bibliographie

1. MOLDOFSKY H *et al.* EULAR, Paris, 2008.
2. HENCH PK. Evaluation and differential diagnosis of fibromyalgia; approach to diagnosis and management. *RheumDis Clinnorth Am*, 1989; 15: 19-29.
3. BRADLEY LA. Pathophysiologic mechanisms of fibromyalgia and its related disorders. *Clin Psychiatry*, 2008; 659: 6-13.
4. KOCHMAN F, HATRON PY HACHULLA E *et al.* Les frontières entre fibromyalgie et syndrome de fatigue chronique. Premiers résultats d'une enquête épidémiologique. *Revue du Rhumatisme*, 2003; 70: 295-301.
5. DAUVILLIERS Y, TOUCHON J. Le sommeil du fibromyalgique: revue des données cliniques et polygraphiques. *Neurophysiol Clin*, 2001; 31: 18-33.
6. CAPDEVIELLE D, MICHOT C, BOULANGER JP. In: La fibromyalgie, 2006; éd. Privat.
7. SMITH MT, PERLISML, HAYTHORNTHWAITE JA. Suicidal ideation in outpatients with chronic musculoskeletal pain: an exploratory study of the role of sleep onset insomnia and pain intensity. *Clin J Pain*, 2004; 20: 111-118.
8. TOUCHON J. La fibromyalgie, In: Billiard M. Le sommeil normal et pathologique. éd. Masson, Paris, 1994.
9. KAPLAN RF, MEADOWS ME, VINCENT LC *et al.* Memory impairment and depression in patients with Lyme encephalopathy: comparison with fibromyalgia and nonpsychotically depressed patients. *Neurology*, 1992; 42: 1263-1267.
10. SLETVOLD H, STILES TC, LANDRO NI. Information processing in primary fibromyalgia, major depression and healthy controls. *J Rheumatol*, 1995; 22: 137-142.
11. WOLFE F, HAWLEY DJ, WILSON K. The prevalence and meaning of fatigue in rheumatic disease. *J Rheumatol*, 1996; 23: 1407-1416.
12. DROSSMANN *et al.* Functional brain-gut research group & American Gastroenterology Association. 1995.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.