

Enquête épidémiologique sur le patient fibromyalgique au CHU de Caen.

Comparaison avec une population fibromyalgique française de référence

PAOLA TAVERNIER DO ¹, FANNY BAILLY DO ¹, DR. FRANÇOISE COURTHEOUX MD ²

¹ Institut Supérieur d'Ostéopathie de Lyon, ISOstéo Lyon, membre de l'Unité Recherche, Campus Lyon Ouest Ecully, 13 chemin du petit bois, 69130 Ecully

² Service de Rhumatologie, CHU de Caen, Avenue de la côte de Nacre, 14000 Caen

Mots-clés: fibromyalgie – pathologie chronique – douleur – prise en charge – étude transversale – épidémiologie

Key words: Fibromyalgia – Chronic disease – Pain – Medical care – Cross-sectional study – Epidemology

— RÉSUMÉ —

L'objectif de cette étude est de décrire la population fibromyalgique, à un instant donné, dans le service de rhumatologie du CHU de Caen, et de la comparer avec la population fibromyalgique française de référence décrite par la Haute Autorité de Santé en 2010.

Les paramètres étudiés sont l'âge, le sexe, le traitement en cours, les antécédents de suivi par thérapie manuelle, les antécédents ou l'existence de troubles anxio-dépressifs, les signes digestifs, les symptômes associés. Plusieurs critères ont été comparés à ceux décrits dans le rapport de l'HAS.

La comparaison avec la population de référence ne montre pas de différence concernant l'âge, mais montre des différences concernant le sexe, la prescription des traitements médicamenteux et la description des symptômes associés.. Les traitements médicamenteux les plus prescrits dans la population de notre étude sont: les antidépresseurs, les antalgiques, les vitamines/minéraux, les anxiolytiques/hypnotiques, les antiépileptiques, les myorelaxants. Les traitements non médicamenteux les plus prescrits sont la kinésithérapie et la balnéothérapie. Les symptômes associés les plus fréquents sont la fatigue chronique, les troubles du sommeil, les céphalées/migraines, les colopathies fonction-

nelles et comme marqueur biologique les carences en vitamine D.

Les deux populations ne possèdent pas les mêmes caractéristiques, ceci témoignant d'une forte diversité des symptômes chez les patients atteints de fibromyalgie ou d'une différence de recrutement des deux populations. Certains symptômes associés, comme les signes digestifs et les céphalées/migraines qui ne sont pas décrits dans le rapport de l'HAS, pourraient être pris en compte dans le traitement de cette pathologie.

— 1 / INTRODUCTION —

La fibromyalgie est une maladie d'individualisation récente décrite pour la première fois par les critères de l'American College of Rheumatology en 1990 ⁽¹⁾, puis réévaluée en 2010 et mise à jour en 2011. Cette pathologie a été étudiée par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2010 ⁽²⁾. Elle se caractérise par des douleurs chroniques diffuses et persistantes ayant un effet sur les capacités fonctionnelles des patients ce qui entraîne des répercussions familiales et sociales, avec des difficultés à se maintenir dans l'emploi, un repli sur soi, un isolement et une qualité de vie amoindrie selon ce rapport. A ces douleurs diffuses, s'ajoutent une fatigue chronique et des perturbations du sommeil ainsi que des troubles de la cognition et des perturbations émotionnelles. Malgré l'existence des critères de l'ACR ⁽¹⁾, le diagnostic est porté sur des critères variables, selon que le diagnostic est posé par des rhumatologues ou bien par des médecins généralistes comme le montre le rapport de l'HAS de 2010 ⁽²⁾. Il en résulte un diagnostic difficile et long à poser ainsi qu'une prise en charge qui diffère selon le lieu de suivi du patient ⁽²⁾. La prise en charge de cette



maladie relève soit d'un traitement médicamenteux, soit de thérapies autres comme l'hypnose ⁽³⁾, l'activité physique ^(4, 5) ou encore l'ostéopathie ⁽⁶⁾. Le handicap physique et moral découlant de cette pathologie n'est pas négligeable. En effet, selon l'HAS ⁽²⁾, 7.00% des patients fibromyalgiques présentent des troubles nécessitant un arrêt de travail. L'augmentation d'incidence de cette pathologie de description récente ainsi que la méconnaissance des mécanismes sur lesquels elle repose, nécessitent une réflexion d'un point de vue de santé publique. Il est en effet important d'étudier cette pathologie afin d'en comprendre les principaux symptômes et d'établir une prise en charge pluridisciplinaire homogène et adaptée. En France, peu d'études épidémiologiques se sont intéressées à la population fibromyalgique. Une étude observationnelle descriptive transversale a analysé en 2007 des patients fibromyalgiques dans un centre hospitalier privé du département des Yvelines ⁽⁷⁾. Puis la Société Française de Rhumatologie (SFR) a réalisé une étude française de prévalence de la fibromyalgie en 2009 ⁽⁸⁾.

La symptomatologie globale, chronique et diffuse de la fibromyalgie laisse à penser que l'ostéopathie peut participer à la prise en charge de ces patients, comme a pu le montrer une étude américaine de 2002 ⁽⁶⁾ montrant une diminution des douleurs chez les patients pris en charge avec une intervention ostéopathique. Il n'existe toutefois pas d'études interventionnelles concernant la prise en charge ostéopathique des patients fibromyalgiques en France.

Les données qui vont être présentées dans cette enquête sont issues d'une étude épidémiologique concernant la population fibromyalgique suivie dans le service de rhumatologie du CHU de Caen. Il s'agit d'une étude descriptive préliminaire qui sera préalable à un essai clinique randomisé, dans le but d'évaluer l'efficacité de la prise en charge ostéopathique de la fibromyalgie.

L'objectif de cette étude observationnelle descriptive transversale est double: l'épidémiologie des patients fibromyalgiques suivis dans le service de rhumatologie du CHU de Caen pour identifier leurs critères diagnostiques ainsi que les caractéristiques de la maladie présentées par ces patients, et comparer cette population avec la population française fibromyalgique de référence, décrite dans le rapport de l'HAS de 2010 ⁽²⁾, afin de savoir si elle est représentative de cette population ou si les caractéristiques en sont différentes.

— 2 / MATÉRIEL ET MÉTHODE —

2.1 Lieu :

L'étude a été réalisée dans le service de rhumatologie du CHU de Caen par trois investigateurs, dont un méde-

cin rhumatologue et deux ostéopathes. Le protocole de l'étude épidémiologique observationnelle a été établi par les investigateurs avec l'aide de la Cellule de Promotion de la Recherche Clinique dans le respect de la réglementation en vigueur des essais cliniques.

2.2 Population :

La population étudiée est celle des patients fibromyalgiques suivis en consultation dans ce service de rhumatologie. 55 patients fibromyalgiques ont été inclus du 10/04/2013 au 31/12/2013, selon des critères d'inclusion prédéfinis: hommes ou femmes, âgés de plus de 18 ans et sans limite d'âge maximal, atteints de fibromyalgie et diagnostiqués selon les critères de l'ACR, sous traitement médicamenteux habituel, affiliés au régime de la sécurité sociale et francophones. Les critères d'exclusion comportaient toutes les douleurs chroniques non étiquetées fibromyalgie.

L'étude a eu l'accord du CPP Nord-Ouest III le 10/04/2013 sous le numéro A13-D18-VOL.16.

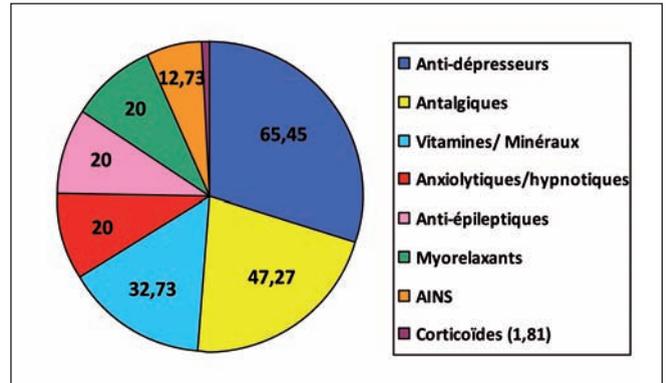
2.3 Recueil des données :

Le recueil des données a été effectué dans le service de rhumatologie du CHU de Caen, à partir des dossiers sources des patients. Les données correspondant aux critères d'évaluation ont été recueillies de façon anonyme et codée. Ces données ont été saisies manuellement sur une fiche Thésaurus puis reportées dans un logiciel tableur.

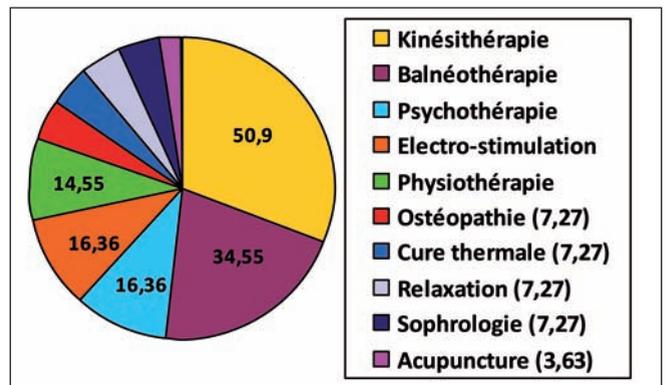
Les critères d'évaluation à recueillir sur la fiche Thésaurus étaient les suivants :

- diagnostic selon les critères de l'ACR (1): douleur diffuses depuis plus de 3 mois, 11 points présents parmi les 18 points douloureux définis par la cartographie de Yunus, bilan biologique excluant toute pathologie pouvant être à l'origine de ces douleurs (pathologie rhumatologique, cancéreuse..)
- sexe: homme / femme
- âge: jour /mois /année de naissance avec calcul de l'âge au moment du recueil des données
- catégorie socio-professionnelle selon la nomenclature de l'INSEE ⁽⁹⁾: agriculteur /exploitant / artisan, artisan / commerçant / chef d'entreprise, cadre / profession intellectuelle supérieure, profession intermédiaire, employé, ouvrier, retraité, autre: personne sans activité professionnelle
- situation familiale: célibataire, marié, pacsé, concubin, veuf

- traitement en cours: antalgiques, anxiolytiques / hypnotiques, antiépileptiques, anti-inflammatoires, myorelaxants, corticoïdes, vitamines / suppléments minéraux, traitements non médicamenteux (physiothérapie, sophrologie, relaxation, balnéothérapie, électrostimulation, acupuncture, psychothérapie)
- antécédents de suivi par thérapie manuelle (ostéopathie, kinésithérapie, chiropraxie)
- période de suivi de la fibromyalgie calculée par rapport à la date du diagnostic: <1an, >1 an, >3 ans, >5ans, >10 ans
- facteur déclenchant de la fibromyalgie: traumatique, infectieux, psychologique / psychiatrique, autre
- troubles anxio-dépressifs: oui / non
- signes digestifs: ballonnements, brûlures gastriques, constipation, diarrhée, éructations, reflux gastro-œsophagiens, douleur spastique, colopathie, nausées
- signes associés: céphalées/migraines, asthénie, troubles du sommeil, sueurs, palpitations, carence en vitamine D
- maladie concomitante selon la classification CIM10 ⁽¹⁰⁾.



› Figure 1



› Figure 2

2.4 Analyse statistique :

L'aide de l'unité en biostatistique et recherche clinique du CHU a été sollicitée pour la mise en place de la méthode d'analyse des données. Les outils utilisés pour l'analyse des données sont Microsoft Excel pour la moyenne et les pourcentages et le logiciel R pour la dispersion et l'analyse factorielle de correspondance. Les intervalles de confiance ont été calculés. Ces données ont ensuite été comparées avec celles de l'HAS ⁽²⁾ par une analyse d'inférence à l'aide d'un T-test univarié et d'une loi de student.

3 / RÉSULTATS

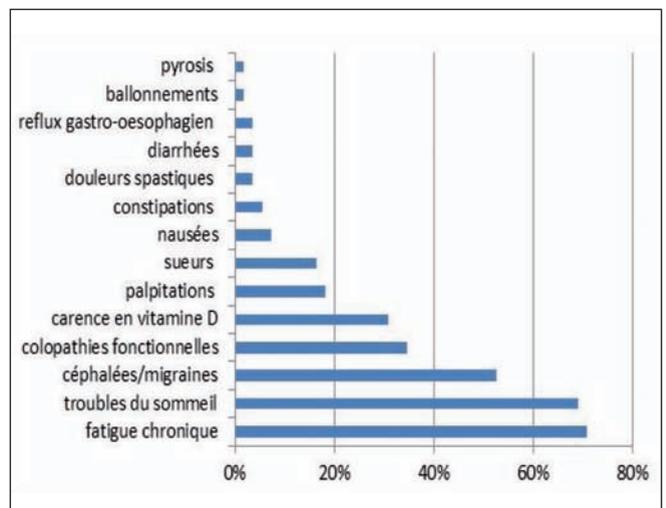
3.1 Description de la population de patients fibromyalgiques du CHU de Caen :

L'âge moyen de la population est de 51.31 ans ±11.93. La médiane se situe à 94.55% des patients sont des femmes [94.00;96.00].

Les traitements médicamenteux prescrits chez ces patients (fig.1) sont dominés par les antidépresseurs, les antalgiques et les vitamines/minéraux; les traitements non médicamenteux (fig.2) sont majoritairement la kinésithérapie et la balnéothérapie.

65.45% des patients présentent des troubles anxio-dépressifs [0.63;0.67].

La plupart des patients présentent des troubles et symptômes associés dans le cadre de leur fibromyalgie (fig.3). Les signes les plus fréquents (incidences supérieures à 20.00%) sont : la fatigue chronique (70.90%), les troubles du sommeil (69.10%), les céphalées/migraines (52.73%), les colopathies fonctionnelles (34.55%) et les carences en vitamine D (30.91%).



› Figure 3

3.2 Comparaison de la population de patients fibromyalgiques du CHU de Caen avec les données du rapport de l'HAS :

Concernant la variable « âge », la moyenne d'âge de l'HAS est de 53.70 ± 13.70 ans, celle du CHU est de 51.30 ± 11.93 . La variable de l'âge suivant une loi normale : $t(54) = -1.49$, $p\text{-value} = 0.143$. 51 vs 53, la différence d'âge entre les deux groupes n'apparaît pas statistiquement significative.

En ce qui concerne la variable « sexe », le pourcentage de femmes dans le service de rhumatologie du CHU de CAEN est de 94.55%, et celle de l'HAS est de 94.00%. Il existe une forte similitude entre les données du CHU et les données de l'HAS mais les données de l'HAS ne rentrent pas dans l'intervalle de confiance du CHU [0.942; 0.958]. D'un point de vue statistique, la différence est significative donc les deux groupes ne sont pas identiques au niveau du ratio sexe.

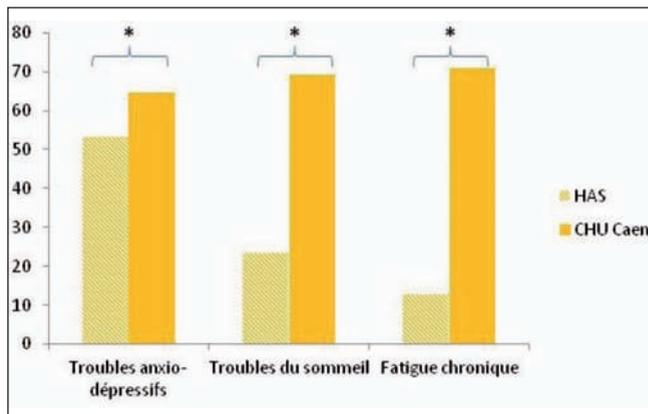
Pour les traitements médicamenteux, la prescription d'antalgiques du CHU se rapproche de celle de l'HAS sans pour autant être assimilable à celle-ci, il existe une différence statistiquement significative. Pour les autres prescriptions, aucune ressemblance n'a été identifiée (Tableau 1).

	Rhumatologues HAS	CHU Caen	Intervalle de confiance CHU
Antalgiques	50	47	[0.45;0.49]
Anti-dépresseurs	60	65	[0.63;0.67]
Anxiolytiques/hypnotiques	7	20	[0.19;0.22]
Anti-épileptiques	25	20	[0.19;0.22]

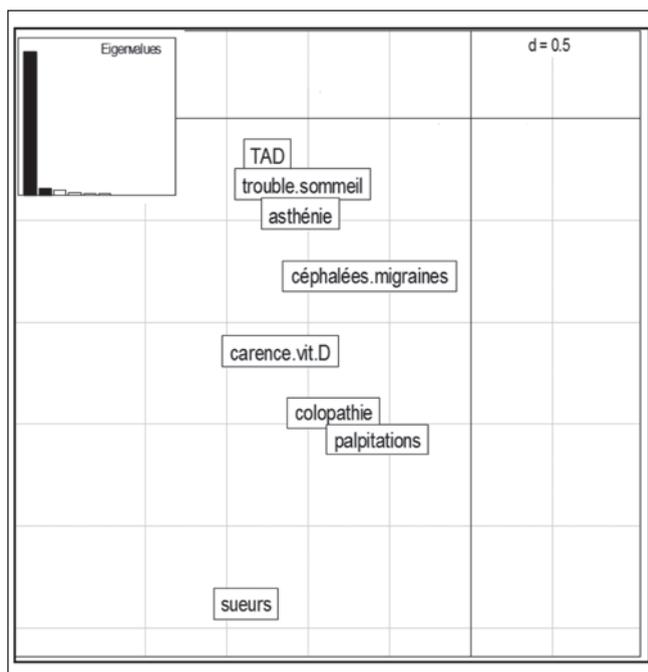
› Tableau 1

Concernant les signes associés principaux, il existe une différence qui peut être considérée comme significative entre les deux groupes (fig.4).

Un schéma de correspondance des données qualitatives a été effectué (fig.5) Il indique une forte correspondance entre la fatigue chronique (asthénie), les troubles anxio-dépressifs (TAD) et les troubles du sommeil, une corrélation est également observée entre ces trois signes et les céphalées/migraines. Il semblerait également que les colopathies fonctionnelles soient en relation avec les palpitations et que celles-ci le soient également avec les carences en vitamine D.



› Figure 4



› Figure 5

— 4 / DISCUSSION —

L'objectif de cette étude était de recueillir des éléments épidémiologiques sur les patients atteints de fibromyalgie suivis dans le service de rhumatologie du CHU de Caen et de comparer cette population à la population fibromyalgique française de référence décrite dans le rapport de l'HAS ⁽²⁾.

Les deux populations sont semblables en terme d'âge mais pas en terme du sex ratio. Nous pouvons estimer qu'il n'y a pas eu de biais de sélection dans le recrutement des patients. On peut donc considérer que les groupes sont semblables car tous les deux soumis à la même fluctuation d'échantillonnage. La population fibromyalgique du CHU de Caen présente la même moyenne d'âge que la population française de référence. La description de la population du CHU de Caen met en évidence une pres-



cription de traitements médicamenteux usuels pour les douleurs chroniques. Cependant il existe des spécificités (antidépresseurs, antiépileptiques) pour la fibromyalgie. On note dans ce service une prédominance des traitements antidépresseurs et antalgiques, ce qui semble conforme aux prescriptions décrites dans le rapport de l'HAS ⁽²⁾. Cependant, le traitement principalement prescrit au CHU de Caen est l'antidépresseur alors qu'il s'agit de l'antalgique dans le rapport de l'HAS ⁽²⁾. Un protocole de prise en charge des douleurs fibromyalgiques par l'antidépresseur Milnacipran (Ixel®) ⁽¹¹⁾ a été appliqué dans le service de rhumatologie du CHU de Caen et a démontré une efficacité. Ceci pourrait expliquer le choix des rhumatologues du CHU de Caen à prescrire les antidépresseurs comme traitement de première intention.

D'autres traitements sont également prescrits dans le service de rhumatologie, n'ayant à première vue pas de rapport avec la fibromyalgie. Il s'agit de la supplémentation en vitamine D et de la prise de minéraux comme le montre l'étude descriptive. Cette prescription est potentiellement liée aux signes associés digestifs retrouvés chez les patients du CHU de Caen.

Les traitements non médicamenteux n'ayant pas de recommandation particulière, il existe une différence importante dans les pratiques mais un grand nombre de patients dispose d'une thérapie non médicamenteuse associée au traitement médicamenteux. Certaines thérapies non médicamenteuses n'ont pas été prises en compte par l'HAS alors qu'elles représentent une part non négligeable de la thérapeutique mise en œuvre au CHU de Caen (ostéopathie, sophrologie, cure thermique, électrostimulation). Il y est toutefois démontré que l'ostéopathie même si elle est quelque fois proposée, n'est pas une prise en charge qui est systématisée tant au niveau du service de rhumatologie du CHU de Caen qu'au niveau national. N'ayant pas d'étude française sur laquelle s'appuyer actuellement, les médecins rhumatologues proposent la plupart du temps des prises en charges « classiques » en centre anti-douleur ou en centre de rééducation. Une étude interventionnelle évaluant l'impact de l'ostéopathie sur la douleur des patients atteints de fibromyalgie fera suite à cette étude afin de pouvoir évaluer l'efficacité de cette pratique.

Dans le rapport de l'HAS, les principaux symptômes associés à la douleur dans la fibromyalgie sont la fatigue chronique, les troubles du sommeil et les troubles anxio-dépressifs. La population du CHU présente bien ces trois symptômes mais l'analyse de ces données a montré une différence significative entre les deux populations. En effet, la prévalence de chacun de ces symptômes est nettement supérieure au CHU de Caen. Il semblerait que les

médecins du CHU de Caen prêtent une attention particulière à ces symptômes dans le cadre de leur prise en charge de la fibromyalgie.

L'analyse de la population des patients du CHU de Caen révèle d'autres symptômes recueillis par les médecins rhumatologues du fait de leur fréquent signalement lors de l'anamnèse. En plus de la fatigue chronique et des troubles du sommeil, on note par ordre de fréquence décroissante des céphalées/migraines, des colopathies fonctionnelles et comme marqueur biologique des carences en vitamine D. D'autres éléments moins fréquents sont tout de même à noter: il s'agit de signes neurovégétatifs tels que des sueurs et des palpitations, mais aussi de signes digestifs (nausées, constipation, diarrhées, douleur spastiques, reflux gastro-oesophagiens, ballonnements, pyrosis). L'analyse de la corrélation de ces symptômes montre qu'il existe des liens d'apparition entre certains d'entre eux.

Concernant les limites de l'étude, certaines caractéristiques de la fibromyalgie présentées par les patients fibromyalgiques du CHU de Caen qui ne sont pas retrouvés dans le rapport de l'HAS alors qu'elles semblent permettre une meilleure caractérisation de la fibromyalgie. Cela souligne l'intérêt en recherche épidémiologique d'analyser de grandes bases de données pour permettre d'établir sur des grands nombres une analyse statistiquement significative et d'éventuelles correspondances ou corrélations. Certaines caractéristiques descriptives de la population fibromyalgique ont pu être comparées entre deux groupes, telles que l'âge, le sexe, le traitement en cours, les principaux signes associés. Certaines données telles que la durée de suivi de la maladie, les autres signes associés, la situation familiale de ces patients, le potentiel facteur déclenchant de la maladie ne sont pas renseignées dans la description de la population fibromyalgique française de référence et le sont souvent peu dans celle du service de rhumatologie du CHU de Caen. Les données manquantes n'ont pas permis d'étudier d'éventuels liens entre de potentiels facteurs déclenchants et l'apparition de la maladie.

L'ostéopathie est réputée jouer un rôle dans la régulation du système neurovégétatif. Cependant à ce jour, peu d'études ont démontré de façon formelle cet effet. Il serait donc intéressant dans l'étude interventionnelle qui fera suite à cette étude épidémiologique d'étudier le facteur neuro-végétatif de la maladie en mesurant, par exemple la variabilité de la fréquence cardiaque.

Les retombées de cette étude sont de systématiser de façon prospective le recueil de l'ensemble des signes associés à la fibromyalgie selon une grille de critères type et d'en tenir compte dans la prise en charge globale de tous les patients fibromyalgiques.

— 5 / CONCLUSION —

A l'issue de cette étude épidémiologique, il est constaté que la population du service de rhumatologie du CHU de Caen ne présente pas les mêmes caractéristiques que la population française fibromyalgique de référence du rapport de l'HAS ⁽²⁾, à l'exception de l'âge. La prise en charge diffère selon le lieu de suivi du patient fibromyalgique. Certains symptômes associés à la fibromyalgie, comme les signes digestifs et les céphalées/migraines qui ne sont pas décrits dans le rapport de l'HAS ⁽²⁾, mériteraient d'être pris en compte dans le traitement de cette pathologie du fait de leur prévalence.

La fibromyalgie pose actuellement la question de son appartenance nosologique au groupe des pathologies psychosomatiques. Il apparaît donc judicieux de s'intéresser d'avantage aux caractéristiques cliniques mais aussi psycho-socio-démographiques des patients consultant pour une fibromyalgie afin de mieux connaître les facteurs associés et /ou déclenchants de cette maladie ainsi que le contexte psycho-émotionnel dans lequel elle survient (situation familiale, troubles anxio-dépressifs). Chaque patient est singulier dans sa maladie et dans sa prise en charge comme le montrent la variabilité des traitements et de signes associées révélés par cette étude. Une meilleure caractérisation de la pathologie pourrait aboutir à une prise en charge individuelle plus adaptée, ce qui aurait vraisemblablement un impact sur le vécu douloureux des patients ainsi que sur leur qualité de vie.

Les patients fibromyalgiques étant en quête de reconnaissance de leur maladie, il serait intéressant de renseigner au mieux les observations cliniques, afin de pouvoir caractériser plus finement cette pathologie encore mal définie. Cette systématisation de recueil des caractéristiques de la fibromyalgie présentés par les patients ainsi qu'une prise en charge pluridisciplinaire adaptée pourraient être un moyen de répondre de façon positive à cette pathologie.

— 6 / REMERCIEMENTS —

Les auteurs remercient le service de Rhumatologie du CHU de Caen du Pr MARCELLI, la Délégation de Recherche Clinique et Innovation, particulièrement Fabien CHAILLOT, Cathy GAILLARD et l'Unité de Biostatistique et Recherche Clinique ainsi que la participation de l'Unité de Biostatistique et Recherche Clinique, particulièrement Mamadou KONE d'avoir permis la réalisation de cette étude.

Ils remercient également l'Institut Supérieur d'Ostéopathie de Lyon, ISOstéo Lyon et Cyril CLOUZEAU, responsable de l'Unité Recherche, qui a joué un rôle essentiel dans ce projet.

— CONTACT —

XXXXXX
XXXXXX

— RÉFÉRENCES —

1. Critères de l'ACR:
http://www.rheumatology.org/Practice/Clinical/Patients/Diseases_And_Conditions/Fibromyalgia/. 2014
2. HAS, syndrome fibromyalgique de l'adulte, juillet 2010 http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/syndrome_fibromyalgique_de_ladulte_-_rapport_dorientation.pdf
3. Bernardy K, Füber N, Klose P, Häuser W. Efficacy of hypnosis/guided imagery in fibromyalgia syndrome - a systematic review and meta-analysis of controlled trials. *BMS musculoskeletal disorders*. 2011. 12. 133.
4. Sanoudo B, Galiano D, Carrasco L, De Hoyo M, McVeigh J.G. Effects of a prolonged exercise programme on key health outcomes in women with fibromyalgia: a randomized controlled trial. *J Rehabil Med*. 2011. 43. 521-526.
5. Fontaine K.R, Conn L, Clauw D.J. Effects of lifestyle Physical Activity in Adults With Fibromyalgia. *J Clin Rheumatol*. March 2011, 17(2), 64-68.
6. Gamber R.G, Shores J.H, Russo D.P, Jimenez C, Rubin B.R. Osteopathic manipulative treatment in conjunction with medication relieves pain associated with fibromyalgia syndrome: Results of a randomized clinical pilot project. *JAOA*. 2011, 102(6), 321-325.
7. Jasson M-C. Mieux connaître et diagnostiquer la fibromyalgie par l'étude de la symptomatologie clinique. Enquête directe auprès de 1993 patients fibromyalgiques 2007.
http://www.frm.org/images/pdf/infos/fibromyal_mcj.pdf. 2014
8. Perrot S, Ravaud P, Vicaut E, Servant D, Kosa M, Baleyrier A, Not D, Pichot L, DEFI (Détermination de l'Epidémiologie de la Fibromyalgie): étude française de prévalence de la fibromyalgie, SFR, 2009.
9. CSP Correspondances entre catégories socioprofessionnelles et groupes socioprofessionnels: <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=nomenclatures/pcs2003/pcs2003.htm>
10. CIM 10 Classification Internationale des Maladies 10ème version ou CIM10 <http://www.med.univ-rennes1.fr/noment/cim10/>. 2014
11. Branco JC, Zachrisson O, Perrot S, Mainguy Y. A European multicenter randomized double-blind placebo-controlled monotherapy clinical trial of milnacipran in treatment of fibromyalgia. *J Rheumatol* 2010; 4: 851-859.