

MINISTERE DE LA SANTE

REGION LORRAINE

INSTITUT LORRAIN DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE DE NANCY

AMELIORATION DE LA QUALITE DE VIE DES PATIENTS
ATTEINTS DE FIBROMYALGIE PAR LE MASSEUR-
KINESITHERAPEUTE
ET ELABORATION D'UN DVD A L'USAGE DES PATIENTS

Mémoire présenté par Jennifer SILVESTRE,
étudiante en 3^{ème} année de kinésithérapie
en vue de l'obtention du
Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute
2014-2015

SOMMAIRE

RESUME

1. INTRODUCTION	1
2. METHODE DE RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	1
3. RAPPELS SUR LA FIBROMYALGIE	2
3.1. Définition	2
3.2. Epidémiologie	2
3.3. Troubles associés	2
3.3.1. Les douleurs	2
3.3.2. Les troubles du sommeil	3
3.3.3. La fatigue chronique généralisée	3
3.3.4. L'anxiété et la dépression	3
3.3.5. Les symptômes associés	3
3.4. Les différentes hypothèses	4
3.4.1. L'hypothèse musculaire	4
3.4.2. L'hypothèse psychiatrique	4
3.4.3. L'hypothèse du système nerveux central	5
3.4.4. L'hypothèse de l'anomalie des neurotransmetteurs	5
3.4.5. L'hypothèse de l'anomalie endocrinienne	5
4. BILAN DU PATIENT FIBROMYALGIQUE	6
4.1. L'anamnèse et le relaté	6
4.2. Bilan de la douleur	6

4.3. Bilan trophique et cutané	7
4.4. Bilan articulaire	8
4.5. Bilan musculaire	8
4.6. Bilan sensitif et neurologique	8
4.7. Retentissement sur la vie quotidienne	8
4.8. Les aspects psychologiques et psychosociaux	9
4.9. Evolution	9
4.10. Le bilan diagnostic kinésithérapique	9
5. TRAITEMENT MEDICAL	10
6. TRAITEMENT MASSO-KINESITHERAPIQUE	11
6.1. Le massage	11
6.2. Balnéothérapie, TENS (transcutaneous electrical nerve stimulation), US (ultras sons) et IR (infra-rouge)	11
6.3. Thermothérapie : le chaud/froid	12
6.4. Biofeedback (BFB)	12
6.5. Exercices aérobies	13
6.6. Les cures thermales et la thalasso-thérapie	14
6.7. Sports associés	14
6.7.1. Tai-Chi	14
6.7.2. La relaxation	15
6.7.3. Technique Pilates	16
6.7.4. La marche nordique	16
6.7.5. Le yoga	16
6.8. Prise en charge psychologique	17

6.9. L'ETP (Education Thérapeutique du Patient)	17
7. NUTRITION ET MICRONUTRITION	18
7.1. Nutrition	18
7.2. Micronutrition	19
8. TEMOIGNANGES ET ASSOCIATIONS	20
8.1. Témoignages	20
8.1.1. D'une femme de 52 ans	20
8.1.2. D'un homme de 52 ans	22
8.2. Associations	23
9. LE DVD	24
9.1. Points à éclaircir avec le patient	24
9.2. L'échauffement	25
9.3. Assouplissements/étirements	26
9.4. Relaxation : la respiration abdomino-diaphragmatique	27
10. DISCUSSION	28
11. CONCLUSION	29
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	

RESUME

Longtemps considérée comme « hystérie féminine » ou associée à un problème psychiatrique, le fibromyalgie (FM) mit un certain temps avant d'être officiellement reconnue par l'American College of Rheumatology (ACR) en 1990 puis par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1992.

Son origine reste toujours indéterminée bien que certaines pistes soient exploitées mais sans succès. Le diagnostic met plusieurs mois voire plusieurs années avant d'être posé.

Chez tous les patients atteints de FM, nous retrouvons des douleurs, des troubles du sommeil ainsi qu'une fatigue chronique généralisée. Certains tombent dans la dépression et l'anxiété alors que d'autres se retrouvent avec des symptômes associés tels que des céphalées, des paresthésies ou encore une hyper-acuité des sens. Les tableaux cliniques sont assez variés.

Chaque patient fibromyalgique réagit différemment en fonction des traitements médicamenteux, kinésithérapiques ou toutes autres alternatives telles que la médecine chinoise ou l'homéopathie.

La prise en soins de chaque patient est donc personnalisée et adaptée à son état général. Elle est pluridisciplinaire et fait intervenir le médecin traitant ainsi que le spécialiste de la douleur, le rhumatologue, le kinésithérapeute, le psychiatre ou le psychologue. De plus, la nutrition a un rôle important à jouer. La mise en place d'une alimentation qui se base sur un « modèle d'épargne digestive » permet de diminuer les douleurs et les signes associés à la FM.

Mots clés :

- Français : fibromyalgie, nutrition, traitement
- Anglais : fibromyalgia syndrom, fibromyalgia diet, fibromyalgia treatment

1. Introduction

« Les choses qui nous font mal nous détruisent » Benjamin Franklin

Etudiée depuis le XVIIIème siècle, elle était définie comme « rhumatisme musculaire » ou encore appelée « fibrositis ».

D'abord considérée comme une maladie psychiatrique, il faudra attendre 1976 pour que le mot « fibromyalgie » (FM) fasse son apparition puis 1990 pour que l'American College of Rheumatology (ACR) en définisse les critères.

Maladie mystérieuse, invisible, d'installation insidieuse, elle est d'abord incomprise par les médecins. C'est après des années de recherches que nous arrivons enfin à mieux la comprendre, bien que des zones d'ombres persistent sur ses mécanismes.

Chaque patient est unique. Chacun a son histoire, son vécu. Mais ils ont tous des points communs : des douleurs chroniques, des troubles du sommeil, une fatigue persistante, un tempérament anxieux voire dépressif. S'ajoute à cela d'autres troubles qui sont fonction de leur état de santé général.

La qualité de vie de ces patients se détériore, entraînant des incapacités pour certaines activités de la vie quotidienne ainsi qu'un handicap social et professionnel.

Quel rôle le masseur-kinésithérapeute (MK) peut-il jouer dans la prise en charge de ces patients pour leur permettre d'aller mieux ? Comment mieux vivre avec une maladie chronique ? Y a-t-il nécessité d'avoir une prise en charge pluridisciplinaire ?

2. Méthode de recherche bibliographique

Pour les recherches d'articles en anglais, nous nous sommes appuyés sur les bases de données de PubMed, Pedro, EMC, Google Scholar et pour les articles en français, sur les recommandations de la HAS, Kiné Scientifique ainsi que des enquêtes menées par des associations pour les patients souffrants de FM.

La période de recherche s'étend de 2006 à 2015 car auparavant, aucune étude concernant le traitement kinésithérapique n'a été recensée et en tout 64 articles en anglais parlent de FM

(pathologie, causes, conséquences, rôles du poids et de la nutrition...) dont 26 qui concernent le traitement de la FM.

Nous n'avons trouvé que 3 méta-analyses (massage, l'électroencéphalogramme, électromyogramme, biofeedback et l'homéopathie) et 8 essais randomisés (comparaison entre drainage lymphatique manuel et massage MTP, balnéothérapie, exercices aérobiques, thalassothérapie, Tai-Chi, marche nordique, yoga)

3. Rappels sur la fibromyalgie (1) (2)

3.1. Définition

La fibromyalgie (FM) est un syndrome polyalgique idiopathique diffus. Elle est associée à des troubles du sommeil, une fatigue chronique et à des troubles psychologiques de type anxiété et dépression.

3.2. Epidémiologie

Le syndrome fibromyalgique touche 2% à 5% de la population générale. Elle prédomine chez les femmes entre 30 et 50 ans (79 à 90% des cas). Nous la retrouvons dans tous les pays industrialisés.

3.3. Troubles associés

3.3.1. Les douleurs

La douleur est chronique, augmente lors de l'effort, des émotions, le manque de sommeil et les raideurs matinales.

Les douleurs peuvent être de 2 types :

- Allodynique : douleur déclenchée par un stimulus qui normalement ne l'est pas.
- Hyperalgésique : douleur exagérée pour un stimulus qui est douloureux.

3.3.2. Les troubles du sommeil (3)

Touchent 80% à 100% des patients atteints de FM.

La polysomnographie a mis en évidence une altération du sommeil avec :

- Une augmentation :
 - Du nombre et de la durée des éveils,
 - De la latence d'endormissement.
- Une diminution de l'efficacité du sommeil, du sommeil paradoxal et du sommeil lent-profond (phase la plus importante du sommeil qui permet la récupération).

3.3.3. La fatigue chronique généralisée

Nous la retrouvons chez 75% des fibromyalgiques. Elle résulte des troubles du sommeil, peut durer plusieurs mois et prédomine au réveil.

Elle empêche au sujet de garder une même position ainsi que la difficulté voire l'impossibilité de continuer un effort.

3.3.4. L'anxiété et la dépression

Elles sont retrouvées chez un patient sur deux. La dépression est de nature réactionnelle car due au vécu difficile de la douleur, de son handicap fonctionnel et de la tendance des patients à s'isoler au niveau social et professionnel.

3.3.5. Les symptômes associés

Céphalées de tension, colopathie fonctionnelle, paresthésie, troubles cognitifs, hyperacuité des sens, troubles génito-urinaires, maladie de Raynaud, livedo (trouble de la circulation sanguine se manifestant par une visibilité anormalement importante des veinules au niveau de la peau), syndrome sec ou de Gougerot-Sjögren (inflammation chronique des glandes salivaires, lacrymales et cellules vaginales), douleurs de l'articulation temporo-mandibulaire.

3.4. Les différentes hypothèses

L'origine exacte de la fibromyalgie reste inconnue. Il s'agirait d'un désordre psycho-neuro-endocrinien entraînant une diminution du seuil de tolérance à la douleur.

Nous développerons les principales hypothèses mises en cause.

3.4.1. L'hypothèse musculaire

Un examen histologique en microscopie électronique a permis de mettre en évidence une désorganisation des stries Z ainsi qu'une anomalie qualitative et quantitative des mitochondries.

Des anomalies inconstantes sur l'ATP (adénosine triphosphate) et la phosphocréatine ont aussi été mises en évidence lors d'examen biochimiques et de spectroscopie en résonance magnétique au phosphore 31.

Par conséquent, les muscles sont moins bien oxygénés, la phosphorylation oxydative est diminuée d'où une diminution de la synthèse d'ATP.

3.4.2. L'hypothèse psychiatrique

1/3 des patients fibromyalgiques ont des antécédents dépressifs. L'efficacité des antidépresseurs est identique que les patients soient déprimés ou non.

Les patients souffrant de fibromyalgie sont dépressifs car ils prennent conscience de la maladie.

Les troubles psychiatriques sont ni constants, ni caractéristiques, et associés de manière dépendante au degré de sévérité de la douleur.

3.4.3. L'hypothèse du système nerveux central

Les douleurs sont causées en partie par une altération des mécanismes centraux lors de l'intégration du stimulus nociceptif conduisant à une allodynie généralisée et à des modifications fonctionnelles médullaires.

Nous constatons :

- Une diminution du flux sanguin au niveau du thalamus et du noyau caudé.
- Une élévation du taux de substance P (principal neurotransmetteur de la douleur).
- Une diminution de la sérotonine.
- Une variation de certains médiateurs du contrôle de la douleur tels que le glutamate et la dynorphine.

3.4.4. L'hypothèse de l'anomalie des neurotransmetteurs

Des anomalies de certains neuro-modulateurs impliqués dans la régulation de la douleur entraînent une amplification de cette douleur.

La sérotonine : action anti-nociceptive et régulation du sommeil. Dans la FM, il y a une diminution de la sérotonine.

La substance P : régulation de la douleur. Augmentation de la substance P dans la FM.

Le NGF (Nerve Growth Factor) (facteur de croissance nerveuse) : taux augmenté dans le LCR (Liquide Céphalo-Rachidien). Il permet de modifier l'expression de la substance P lors de la transmission douloureuse.

3.4.5. L'hypothèse de l'anomalie endocrinienne

La fibromyalgie s'accompagne d'une perturbation de l'hormone de croissance qui est en diminution et de la modification de l'axe adrénargique (hypothalamo-hypophyso-surrénalien). Ces anomalies sont variables et pourraient être responsables des troubles du sommeil et des manifestations cliniques de la FM.

4. Bilan du patient fibromyalgique (4)(5)

Il nous faut préciser que le bilan qui suit ne se réfère pas à une personne en particulier. Le patient et son vécu sont uniques. Nous recensons seulement les différentes possibilités que nous pourrions rencontrer si un patient se présentait.

4.1. L'anamnèse et le relaté

Elle nous permet de connaître la date d'apparition de la fibromyalgie et le moment où elle a été diagnostiquée, souvent trop tardivement.

L'anamnèse nous renseigne sur les antécédents médicaux et chirurgicaux du patient, sur ses traitements médicamenteux actuels et antérieurs, ainsi que d'éventuelles séances de kinésithérapie.

Elle nous permet de faire le point avec le patient sur sa situation professionnelle, sociale, familiale et nous oriente sur ses difficultés au quotidien.

La fibromyalgie se déclenche souvent lors d'un élément de vie marquant comme le décès d'un proche qui engendre un stress très important.

Cette anamnèse nous guidera tout au long de notre rééducation en fonction des objectifs du patient.

4.2. Bilan de la douleur

Chez les patients fibromyalgiques, les douleurs sont musculaires et diffuses. Les patients se plaignent d'avoir « mal partout » tout le temps. Nous les retrouvons des deux côtés du corps. Elles sont symétriques, au-dessus et en-dessous de la ceinture pelvienne, au niveau de la colonne cervicale, dorsale, lombaire et de la paroi thoracique antérieure.

Il existe aussi des points douloureux sensibles à la pression appelés tender spots définis par les critères de l'ACR (American College of Rheumatology, publiés en 1990) qui servent de critères de diagnostic.

Le patient doit ressentir une douleur exagérée de 11 points sur 18 (tender spots) pour une pression de 4kg/cm² à l'algésimètre ou blanchiment de l'ongle (fig. 1).

Ces douleurs durent depuis au moins 3 mois et peuvent être de type brûlures ou piqûres, sourdes et/ou violentes (comme des coups de poignard).

Afin de coter cette douleur, nous utilisons une échelle visuelle analogique (EVA) (annexe 1) ou la Regional Pain Scale (RPS) qui permet une autoévaluation de la douleur.

Les douleurs évoluent en fonction de l'état de stress du patient et de sa fatigue.

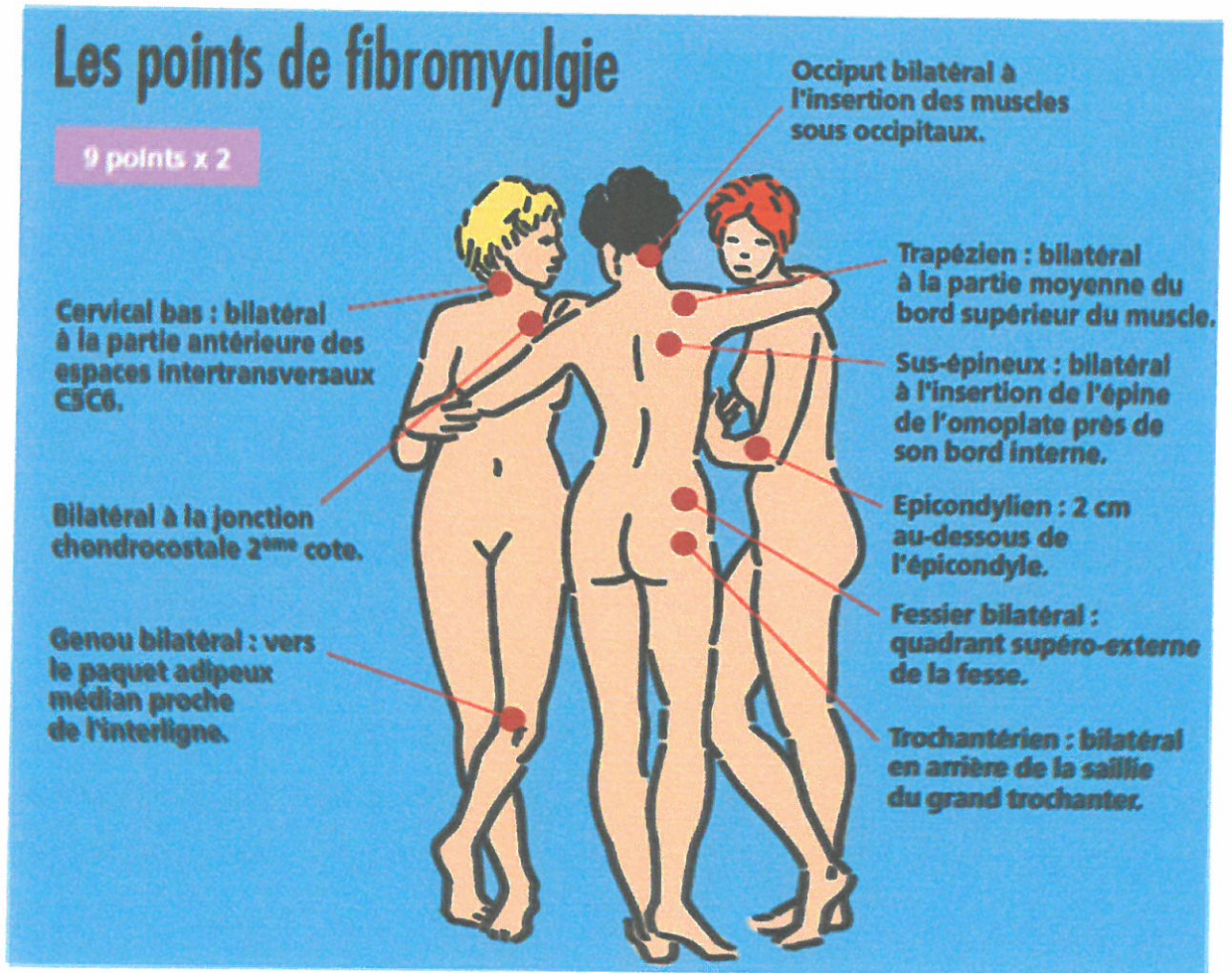


Figure 1 : les 18 tenders spots

4.3. Bilan trophique et cutané

Rien de spécial

4.4. Bilan articulaire

Raideurs matinales diffuses d'origine articulaire et musculaire qui nécessitent un dérouillage au lever ainsi qu'un échauffement des muscles pour que le corps puisse fonctionner normalement. Le tout s'accompagne de douleurs.

Pas de limitation d'amplitudes articulaires.

4.5. Bilan musculaire

Nous constatons un déconditionnement musculaire global. La fatigue chronique pourrait être une des raisons qui entraînent ces faiblesses musculaires.

4.6. Bilan sensitif et neurologique

Le patient pourra nous décrire des sensations de brûlures, de crampes musculaires ou de gonflement articulaire.

4.7. Retentissement sur la vie quotidienne

Nous pouvons retrouver chez les patients fibromyalgiques :

- Une perte progressive de l'autonomie dans les gestes de la vie quotidienne.
- Des pratiques sportives et de loisirs difficiles.
- Une diminution voire un arrêt total de leur activité professionnelle (travail réalisé plus lentement, difficulté à respecter les horaires de travail ...).
- Une perte du désir.
- La fatigue, les troubles du sommeil et la douleur ont un impact important sur les activités de la vie quotidienne, professionnelle et familiale.
- La fatigue chronique peut entraîner des troubles de la mémoire, un sommeil non récupérateur, des myalgies et des faiblesses musculaires.

Nous utilisons le FIQ (Fibromyalgia Impact Questionnaire) (6) qui est une évaluation pluridimensionnelle nous permettant de mesurer l'activité physique, les possibilités de travail, la dépression, l'anxiété, le sommeil, les douleurs, les raideurs, la fatigue et la sensation de bien-être (Annexe II).

4.8. Les aspects psychologiques et psychosociaux (7)

Il s'agit le plus souvent de patients émotifs, sensibles à ce qui les entoure et hyperactifs dans la vie professionnelle et/ou familiale. Les patients sont en général anxieux voire dépressifs

d'avoir toujours mal. De plus, nous ne connaissons pas de traitement efficace pour éradiquer cette douleur une bonne fois pour toute.

La fibromyalgie peut être due à un traumatisme survenu pendant l'enfance (perte d'un parent, un membre de la famille gravement malade...), à des abus sexuels, à des antécédents de maltraitance physique ou psychologique.

Ces patients passent d'une vie active à passive, sortent moins de peur d'une douleur fulgurante qui arriverait à n'importe quel moment ou due à une grande fatigabilité, un épuisement.

Ce sont des patients qui se sous-estiment, ont peur de ne pas être à la hauteur et qui ne sont jamais fiers d'eux.

De plus, la non reconnaissance de leur maladie par leur entourage les freine à aller de l'avant car ils passent pour des gens qui se plaignent tout le temps et sont incompris.

4.9. Evolution

Le pronostic vital n'est pas engagé. L'évolution de la fibromyalgie est chronique et dépend de chaque patient. Elle est faite de phase d'accalmie et d'aggravation.

Chaque patient atteint de FM va donc évoluer de façon différente, dépendant de la prise en charge de ses symptômes.

4.10. Le bilan diagnostic kinésithérapeutique

Déficiences : fatigue, douleurs diffuses, raideurs matinales, troubles du sommeil, déconditionnement musculaire voire à l'effort.

Incapacités : activités journalières limitées

Désavantages : social (le patient étant plus facilement fatigable, il sort moins et réduit ses activités physiques), professionnel (métiers physiques ou qui demande une concentration importante) et familiale (s'occuper pleinement des enfants, des tâches ménagères).

5. Traitement médical (8)

A ce jour, il n'existe pas de traitement médical approprié pour traiter la fibromyalgie. Cependant, des médicaments tels que les antidépresseurs, tricycliques, ISRS (inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine), IRSN (inhibiteur du recaptage de la sérotonine et noradrénaline), myorelaxants, analgésiques non narcotiques et antiépileptiques démontrent un niveau de preuve modéré à élevé sur leur efficacité (tab. I)

Le médecin commence par un dosage faible qui sera augmenté de manière progressive afin d'éviter des effets secondaires car les patients atteints de FM y sont plus sensibles.

Pas d'utilisation des opioïdes car ils sont inefficaces et induisent une hyperalgésie à long terme, tout comme les AINS et les corticoïdes qui sont aussi à éviter.

Tableau I : tableau récapitulatif des effets des médicaments

Traitement médicamenteux		
Médicament	Niveau de preuve	Expérience clinique
Antidépresseurs tricycliques	Élevé	Amitriptyline : action en deux à quatre semaines. Effet à court terme sur douleur, fatigue et bien-être. Nombreux effets secondaires, même à faible dose.
ISRS : inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine	Modéré	Études contradictoires Fluoxétine : améliore douleur, sommeil, fatigue et humeur, à dose élevée. Paroxétine : améliore douleur, sommeil, fatigue. Citalopram : améliore l'humeur, à dose élevée.
IRSN : inhibiteur du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline	Élevé pour duloxétine	Duloxétine : améliore douleur, raideur et qualité de vie. Médicament approuvé. Venlafaxine : améliore douleur et humeur, à dose élevée.
Myorelaxants	Modéré	Cyclobenzaprine : améliore la douleur et le sommeil.
Analgésiques non narcotiques	Élevé	Tramadol : améliore la douleur et la qualité de vie. Risque de syndrome sérotoninergique avec ISRS et IRSN.
Analgésiques antiépileptiques	Élevé	Prégabaline : améliore douleur, sommeil et fatigue, à dose élevée. Médicament approuvé. Gabapentine : améliore douleur, fatigue et fonction.

6. Traitement masso-kinésithérapique (9)

Le traitement masso-kinésithérapique se fait en fonction de ce que nous trouvons dans notre bilan. Nous développerons plusieurs techniques en fonction des résultats trouvés dans des articles et selon les recommandations de la HAS (Haute Autorité de Santé).

6.1. Le massage

Une étude a permis de mettre en évidence qu'un traitement par massage d'une durée supérieure ou égale à 5 semaines permet d'améliorer la douleur, l'anxiété et la dépression.

Selon l'HAS, il est recommandé d'avoir une séance 1 à 3 fois par semaine pendant 30 minutes. (10)

Une étude qui compare l'efficacité du DLM (drainage lymphatique manuel) et le massage des tissus conjonctifs a permis de mettre en évidence une diminution de l'intensité de la douleur, à la pression sur les tender spots et sur la qualité de vie concernant la santé. (11) De plus, le DLM a montré des effets positifs sur la fatigue matinale et l'anxiété.

Une étude sur le LPG a montré qu'au bout de 15 séances nous trouvons une amélioration de 50% de la qualité de vie et de la douleur. (12)

6.2. Balnéothérapie, TENS (transcutaneous electrical nerve stimulation), US (ultra-sons) (13) et IR (infra-rouge) (14)(15)

Le MTP (Massage Transversal Profond) combiné à une stimulation galvanique pulsée à haute intensité et aux ultrasons améliorent l'intensité de la douleur, l'impact fonctionnel et le sommeil.

La balnéothérapie améliore l'état physique général et psychologique des patients fibromyalgiques ainsi que les fonctions cognitives, les troubles du sommeil et leur bien-être.

Une étude a démontré que la balnéothérapie conjuguée au TENS, US et IR permet d'améliorer les fonctions respiratoires, la dyspnée, les douleurs et l'état dépressif de ces

patients. Ces résultats bénéfiques sont maintenus jusqu'au 6^{ème} mois après le début du traitement.

Les séances de balnéothérapie varient de 15 minutes à 1 heure et sont à faire 2 à 3 fois par semaine.

6.3. Thermothérapie : le chaud (16) ou le froid(17)

Le choix du chaud ou du froid dépend du ressenti et de la tolérance du patient face à ces deux extrêmes. Il faut s'adapter au patient.

Un pack de boue de 40-45°C placé sur toute la surface du corps pendant 15 minutes sur une durée de 2 semaines suivis de 12 bains thermaux permettent d'améliorer les symptômes de la FM et de diminuer la douleur. Ces effets sont maintenus jusqu'à 16 semaines après la mise en place de ce traitement.

Le protocole WBC (Whole Body Cryotherapy) est composé de 15 séances de cryothérapie étalées sur 3 semaines. Le patient est mis en pré-conditionnement à -60°C pendant 30 minutes puis 3 minutes à -140°C. Chaque séance est suivie de 30 minutes d'exercices aérobies. Il permet de diminuer la douleur et d'améliorer la qualité de vie.

6.4. Biofeedback (BFB)(18) (19)

Le biofeedback ou rétroaction est une « technique grâce à laquelle des informations relatives à une fonction normalement inconsciente du corps sont utilisés pour en acquérir un contrôle conscient, volontaire ».

L'apprentissage du biofeedback se fait en 3 temps :

- 1^{er} temps : la détection. La fonction physiologique ciblée est traduite sous forme visuelle ou sonore.

- 2^{ème} temps : la prise de conscience. La prise de conscience permet de contrôler volontairement la fonction physiologique ciblée (tel que la diminution ou la stabilisation de la fonction ...).
- 3^{ème} temps : l'automatisation de la fonction.

Le biofeedback (BFB) a un champ d'application large. Il permet de traiter des problèmes musculaires (tel que des contractions musculaires permanentes), articulaires, respiratoires, vésicales et de l'équilibre.

Nous distinguons 2 types de BFB :

- L'EEG-BFB : l'électro-encéphalogramme-BFB nous permet d'agir directement via le cerveau.
- L'EMG-BFB : l'électro-myogramme-BFB nous permet d'agir directement via le ou les muscle(s) ciblé(s).

Les patients atteints de FM ont du mal à se relâcher. Par conséquent, l'utilisation de l'EMG-biofeedback leurs permet d'obtenir une meilleure détente musculaire. De plus, l'EMG-BFB réduit l'intensité de la douleur.

Concernant l'EEG-BFB, il améliore la douleur et la fatigue.

6.5. Exercices aérobies (20) (21)

Les patients atteints de FM doivent avoir une activité physique régulière afin d'éviter un déconditionnement musculaire trop important et par conséquent, des difficultés dans les activités de la vie quotidienne.

Une étude (22) a montré que 2 séances par semaine pendant 24 semaines d'exercices aérobies combinées à un renforcement musculaire et à des étirements permettent d'améliorer l'état de santé psychologique (diminution de la dépression) et la qualité de vie.

Les exercices aérobies tels que la marche, la natation, le vélo ou la danse, permettent d'améliorer l'endurance cardiaque, de diminuer les douleurs et la fatigue. Le patient doit se retrouver essoufflé lors de l'effort et son cœur doit battre légèrement plus fort.

Le renforcement musculaire permet de diminuer la douleur et les symptômes associés. Nous pouvons utiliser des poids placés au niveau des mains ou des jambes, un theraband, le propre poids du corps du patient afin qu'il réalise des squats, pompes et exercices debout.

Une étude menée en 2010 en Espagne a démontré que la combinaison d'exercices de cardio, de musculation et d'assouplissements a de meilleurs résultats qu'un programme uniquement composé d'exercices aérobiques.

L'HAS préconise des séances quotidiennes ou 2 à 3 fois par semaine pendant 15 à 45 minutes.

6.6. Les cures thermales et la thalassothérapie (23) (24)

D'après une enquête réalisée par Fibromyalgie France, « la cure est perçue comme de la médecine naturelle, complémentaire, globale, sans effets secondaires ». (25)

La combinaison de 15 minutes de sauna à 60°C avec 30 minutes d'exercices aérobiques en piscine à 30-31°C permettent de diminuer la douleur et les symptômes de la FM ainsi que d'améliorer la qualité de vie.

Une étude réalisée en 2008 a mis en évidence une meilleure amélioration de la douleur, de la fatigue, de la qualité de vie et de l'état général du patient lorsque ces exercices sont réalisés en eau de mer. Ce programme se fait 3 fois par semaine pendant 12 semaines.

L'entraînement aérobie en mer est composé de :

- 10 minutes d'étirements
- 40 minutes d'exercices aérobies de faible intensité
- 10 minutes de relaxation

6.7. Sports associés

Ils permettent au patient de retrouver une activité physique régulière afin d'éviter de tomber dans un cercle vicieux où la douleur va provoquer l'inactivité physique donc un déconditionnement musculaire.

6.7.1. Tai-Chi (26)(27)(28)

Le Tai-Chi est un art martial chinois qui possède plusieurs styles. Dans les études concernant le Tai-Chi dans la fibromyalgie, nous nous intéressons au Yang style.

Le Yang style est un programme d'intensité faible à modérée. Il s'agit de mouvements lents, légers, stables et courbés, de maintien de positions et de lignes gracieuses.

Il se fait 3 fois par semaine pendant 12 à 24 semaines. Chaque séance dure 60 minutes et comprend 15 minutes d'échauffement (étirements, mobilisations et respiration), 30 minutes d'exercices de Tai-Chi et enfin, 15 minutes de récupération.

Le Tai-Chi permet de diminuer la douleur chez les patients FM ainsi que d'améliorer leurs qualités de vie, leur sommeil, leur état physique et mental.

6.7.2. La relaxation (29)

Il est recommandé de faire tous les 15 jours, 2 à 3 voire 5 séances de relaxation par semaine pendant 30 minutes à 1 heure.

La relaxation a plusieurs buts :

- Diminue la douleur, le stress et l'anxiété.
- Facilite l'endormissement.
- Elle permet d'économiser notre énergie et de récupérer après l'effort.
- Les exercices respiratoires permettent une meilleure oxygénation des muscles et du cerveau.
- Le contrôle de la respiration permet d'obtenir un relâchement complet des muscles qui ont tendance à être tout le temps contractés. Les muscles se relâchent, le cœur et la respiration sont ralentis, les extrémités deviennent chaudes, ce qui permet de se recentrer.
- Elle permet de gérer les émotions.

Il existe 3 méthodes :

- La relaxation normale où nous nous concentrons sur notre respiration.
- La méthode de Jacobson qui est une alternance de contractions/décontractions.

- La méthode de Schultz qui nécessite de se concentrer sur les sensations corporelles.

Une étude menée en 2014 a permis de mettre en évidence une diminution de la douleur ainsi qu'une amélioration de la fonctionnalité et de la fatigue lors de séances d'imagerie mentale.

6.7.3. Technique Pilates (30)

Le but de la technique Pilates est de se concentrer sur les muscles qui interviennent dans l'équilibre du corps et le maintien du rachis en essayant de décontracter les muscles trop tendus et en renforçant les muscles trop faibles, le tout en calant les exercices sur la respiration.

Un programme établi en 2009 est composé de 9 modules (éducation posturale, recherche de la position naturelle, exercices assis, exercices antalgiques, stretching, proprioception, respiration, travail contre bandes résistantes et sur ballon). Une séance dure 1h, elle est à répéter 3 fois par semaine pendant 12 semaines.

La technique Pilates permet d'améliorer la douleur, les capacités fonctionnelles et la qualité de vie.

6.7.4. La marche nordique (31)

Un programme de marche nordique de 15 semaines réalisé 2 fois par semaine pendant 20 minutes permet d'améliorer les capacités fonctionnelles, de diminuer les limitations d'activités et la fatigue ainsi que de reconditionner le patient à l'effort.

6.7.5. Le yoga (32)

Une séance par semaine de Yoga pendant 2 heures permet d'améliorer les symptômes de la FM (fatigue, sommeil, douleur, troubles de la mémoire ...), l'état psychologique du patient et de mieux accepter sa maladie.

Une séance est composée de :

- 40 minutes d'étirement doux.
- 25 minutes de méditation.
- 10 minutes d'exercices respiratoires.
- 20 minutes d'acquisition de connaissances sur l'application du yoga.
- 25 minutes de discussion.

6.8. Prise en charge psychologique (33)

Il faut à tout prix éviter que le patient se renferme sur lui-même. Par conséquent, nous pourrons lui proposer des thérapies comportementales et cognitives, des séances d'hypnose, de sophrologie, de relaxation et de contrôle du stress.

Le patient pourra être suivi par un professionnel tel qu'un psychiatre ou psychologue afin qu'il puisse se confier librement sur son vécu, son ressenti et ainsi aller de l'avant en acceptant sa maladie.

6.9. L'ETP (Education Thérapeutique du Patient) (34) (35)

L'ETP est avant tout une affaire pluridisciplinaire. Elle permet au patient :

- De mieux comprendre sa maladie afin qu'il l'accepte plus aisément, mieux gérer les traitements proposés et anticiper les phases d'aggravation.
- De recevoir des conseils et un accompagnement suivant les répercussions sociales que sa maladie engendre.

L'équipe pluridisciplinaire est constituée :

- Du médecin traitant qui oriente le diagnostic.
- Du rhumatologue.
- Du médecin spécialiste de la douleur.
- D'un psychiatre ou d'un psychologue pour lutter contre la dépression.
- D'un masseur-kinésithérapeute.

Une approche éducative mise au point par l'Arthristis Self-Management Program recommande des séances, une fois par semaine, pendant 6 semaines, durant deux heures et en groupe.

Les thèmes abordés sont :

- Informer le patient sur ses symptômes et la cause qui lui a déclenché cette maladie.
- La consommation de médicaments.
- La communication avec l'entourage et le médecin.
- L'alimentation qui doit être saine et équilibrée.
- La prise de décision par rapport aux différents traitements proposés afin de maintenir ou d'améliorer leur condition physique (force, souplesse, endurance, gestion du temps de travail et du temps de repos) voire leurs performances ainsi que leur qualité de vie.
- L'apprentissage de techniques pour palier à la douleur, la fatigue, l'isolement, la frustration et le stress (stratégie de coping).
- Comment résoudre les problèmes (symptômes et charges émotionnelles) liés à la maladie ?
- Comment retrouver un sommeil efficace ?

Le « coping » signifie « faire face à » et correspond à une stratégie d'adaptation, d'ajustement du stress. Il est défini par Lazarus et Folkman (36) comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux toujours changeants que déploie l'individu pour répondre à des demandes internes et/ou externes spécifiques, évaluées comme très fortes et dépassant ses ressources adaptatives ».

7. Nutrition et micronutrition

7.1. Nutrition (37)

Le poids joue un rôle important chez les patients atteints de FM car il aggrave les symptômes.

Les patients qui sont en surpoids ou obèses ont des douleurs plus élevées ; par conséquent, leur niveau de fatigue aussi (surtout le matin) aggravant raideurs et vitalité.

Un régime sans gluten et sans lactose, ou du moins diminués, permettent d'améliorer l'état des patients.

En conclusions, le poids joue un rôle important dans l'aggravation des symptômes.

7.2. Micronutrition (38)

La micronutrition serait une approche prometteuse qui pourrait permettre de diminuer les douleurs et les signes associés à la FM.

Une étude publiée en 2009 utilisant des questionnaires DDM (Dépistage des Déficits Micronutritionnels) (ANNEXE III), DNS (Dopamine Noradrénaline Sérotonine) (ANNEXE IV) et QVD (Questionnaire de Vulnérabilité Digestive) (ANNEXE V), a permis de mettre en évidence que :

- La FM est une maladie due à des perturbations pluri-fonctionnelles dont font partie la fatigue, les troubles de l'humeur, digestifs et ostéo-articulaires.
- Les troubles de l'humeur sont dus à une perturbation des neuromédiateurs.
- Les patients atteints de FM présentent souvent des antécédents de candidose, infection de la sphère oro-digestive.
- Des douleurs élevées lors de la 1^{ère} consultation avec un score de 9/10 sur l'EVA.

Par conséquent, nous nous retrouvons avec des perturbations de :

- L'interface digestive (problème de perméabilité intestinale).
- La protection cellulaire (rôle des anti-oxydants qui luttent contre le stress oxydatif qui risquerait d'endommager ou de détruire les cellules).
- La communication cellulaire : nécessité d'avoir un apport en acide gras poly-insaturés ainsi qu'un équilibre acido-basique afin d'avoir une bonne communication cellulaire.
- Le bon fonctionnement du cerveau est permis par un apport d'acides aminés précurseurs des neurotransmetteurs.

Des protocoles individualisés ont été mis en place dans lesquels nous retrouvons :

- Des apports de probiotiques qui ont un effet anti-inflammatoire.

- Un mélange d'actifs et de cicatrisants de la muqueuse intestinale.
- Citrates de potassium, calcium et magnésium qui régulent l'acidité de l'organisme.

Un « modèle d'épargne digestive » est mis en place dans lequel :

- L'alcool, le café, le tabac, les aliments à base de gluten ainsi que les produits laitiers liquides doivent être limités.
- Il est recommandé de consommer des aliments riches en fructanes et amidon tels que les bananes, oignons, poivrons, et d'éviter les kiwis, agrumes, pruneaux...

8. Témoignage et associations

8.1. Témoignages

8.1.1. D'une femme de 52 ans

Un diagnostic médical laborieux

« Vers l'âge de 40 ans, des symptômes banals tels que la fatigue et des douleurs nomades dans tout le corps se sont installées. Etant sportive, cela ne m'inquiétait pas plus que ça. Puis vint une douleur dans le pied droit, plus précisément au 4^{ème} orteil et au niveau de la voûte plantaire caractérisée par des « coups de jus », fourmillements, démangeaisons, brûlures, rougeurs et gonflement insupportables, qui ne peuvent être soulagés.

D'autres symptômes comme des vertiges et déséquilibres, picotements dans les bras, avant-bras et mains, troubles de la mémoire et perte de la sensibilité, apparurent.

Les douleurs musculaires et articulaires se sont généralisées et devenues symétriques. Je me suis aperçue que je n'arrivais plus à gérer mon quotidien et que ces douleurs m'handicapent jusqu'à épuisement physique et psychologique.

Je décide seulement d'en parler à mon médecin en avril 2010. S'ensuivit une série d'examen (radiographie du pied et des poumons, échographie, 2 EMG, scintigraphie, scanner lombaire et cervical, bilan cardiaque complet), qui dureront un peu plus d'un an. C'est ainsi que l'IRM (imagerie par résonance magnétique) cérébral fait le 28/04/2010 a révélé que j'avais

fait un AVC (accident vasculaire cérébral) très antérieur qui était passé inaperçu. C'est le neurologue qui m'expliqua que la FM a sûrement été provoqué par l'AVC qui entraîna un dysfonctionnement au niveau de mes neurones et plus particulièrement de la sérotonine qui est le neurotransmetteur de la perception de la douleur. Aucun traitement médicamenteux (Neurontin, Deuroxat, antidépresseurs...) et kinésithérapique n'ont marché. »

Constats sur le plan physique

« Le réveil est devenu un vrai calvaire. Mes articulations, muscles et tendons sont très ankylosés, mes membres supérieurs et pieds grouillent de fourmillements. Je n'ai pas de force, tout m'échappe et tombe au sol.

En journée, je dois combattre la fatigue et les douleurs qui sont, chez moi, permanentes. J'aménage mes activités en alternant judicieusement temps de repos et activité. En plus d'être hypersensible à la douleur, je le suis aussi aux bruits, aux odeurs et à la lumière.

Enfin, après 20h, je suis exténuée, alors je me réfugie dans le sommeil qui est le seul et unique moment où je n'ai pas mal. »

Constats sur le plan psychologique

« J'ai pris conscience que c'est la maladie qui me contrôle. Je n'ai plus d'envies. Je ne suis jamais en forme et j'ai toujours mal. La maladie m'isole et je n'arrive plus à tout concilier (vie de famille, de couple, travail...). Je me rends compte tout simplement que je suis dépressive et que je n'ai plus aucun espoir de retrouver une vie normale. Mon incapacité à gérer mes accès de colère quand le désespoir m'envahit arrive à me faire entrer dans une rage dévastatrice qui me pousse à me faire du mal. J'ai des troubles de la mémoire, des pertes de savoirs et de logique. Je me sens perdue. »

Des alternatives pour s'en sortir

« Après avoir essayé plusieurs traitements médicamenteux qui se révélèrent inefficaces, j'ai décidé d'essayer la médecine chinoise. J'ai fait une belle rencontre avec une personne qui

a pris le temps de m'écouter, me comprendre, me soigner et avec qui j'ai pu partager mes souffrances.

Nous avons aussi fait venir un magnétiseur ainsi qu'à une architecte biologiste afin de m'assurer de vivre dans un environnement sain.

Je me suis aussi tournée vers des produits qui améliorent la performance et la récupération, notamment en musculation. C'est avec quelques produits spécifiques et une hygiène drastique que mon état de santé s'est un peu amélioré. J'ai recours à des protéines de lait, la glutamine, l'arginine, la spiruline, la DHEA (Déhydroépiandrostérone) et me fait des collations à base de fruits secs, chocolat et bananes à 10h et 15h. »

Sports et travail

« Je pratique le yoga quotidiennement depuis plus de 10 ans tous les matins afin de me « dérouiller » et pouvoir aller travailler même si j'ai beaucoup perdu en souplesse et équilibre.

Le renforcement musculaire que je fais 3 fois par semaine m'a permis d'améliorer mon seuil de tolérance à la douleur, stimule mon cerveau, combat la dépression et le stress.

Bien que j'ai dû revoir mes performances physiques à la baisse, toute activité physique bien dosée me fait énormément de bien.

Ma supérieure hiérarchique étant au courant de mes problèmes de santé, me laisse prioritaire dans les choix de mes journées de travail. J'ai 3h de repos entre midi et une journée et demi de libre dans la semaine.

Au départ, m'astreindre à ce rythme de vie était très contraignant mais je me suis vite aperçu qu'il facilitait le bon déroulement de mes journées. »

8.1.2. D'un homme de 52 ans

Un choc traumatisant

« Après être resté à l'hôpital auprès de ma petite amie jusqu'à son décès en 1999, des douleurs musculaires commencèrent à apparaître mais ne m'inquiétèrent pas vraiment. Je me suis réfugié dans le sport pour m'occuper l'esprit et tenter de faire mon deuil. Etant sportif, les

douleurs étaient pour moi des choses banales de la vie quotidienne et ne m'en préoccupais guère. »

Un rythme de travail soutenu

« Je travaille depuis 23 ans en milieu hospitalier et suis très sollicité. Je fais 8h-16h du lundi au vendredi et profite de mes week-ends pour me reposer.

Etant professeur de Tai Jitsu (TJ) à l'époque, c'est en discutant avec un de mes élèves médecin de rééducation de mes problèmes de santé que le syndrome de la FM a été évoqué. Au début, je n'avais que des douleurs musculaires puis suivent des problèmes de vessie, une périarthrite scapulo-humérale, un enraidissement global, des troubles du sommeil, une fatigue et un lumbago. »

Restriction sportive et sociale

« La fatigue étant devenue plus importante, je ne pratique plus d'activité physique. J'ai complètement arrêté le TJ et fait quelques fois de la musculation quand les symptômes ne sont pas trop présents.

Je ne sors plus les soirs. Rouler longtemps devient trop dangereux car je m'endors au volant. Je suis complètement rétamé les soirs. »

Traitement médicamenteux

« J'ai commencé par du Laroxyl en augmentant progressivement les doses. J'ai aussi essayé les anti-épileptiques mais je ne les ai pas supportés. Je prends aussi de l'Anafranil™ qui est un anti-dépresseur. Je suis devenu hypersensible à tout ce qui m'entoure (bruit, seuil de la douleur...) et je suis en vigilance musculaire permanente. Mes muscles sont tout le temps contractés. De plus, la position demi penchée est une catastrophe et les douleurs sont soulagées par les anti-inflammatoires. »

8.2. Associations

Les 3 associations principales concernant la fibromyalgie sont :

- Fibromyalgie SOS créée en mai 2005.
- Fibromyalgie France créée en 2001.
- La FNAFF (Fédération Nationale des Associations Française de Fibromyalgie) créée de 5 mai 1998.

Leurs buts sont :

- De faire reconnaître la FM auprès du public, corps médical et paramédical, médias, organismes sociaux et pouvoirs publics.
- D'inciter à la recherche, information, entraide avec la mise en place de structures qui permettent de diffuser des informations médicales validées scientifiquement ou des informations sociales au niveau national.
- De permettre une réinsertion professionnelle et/ou sociale des patients atteints de FM.
- De lutter contre l'isolement de ces personnes.

9. Le DVD

Le DVD a pour but de permettre au patient de faire ses exercices chez lui de façon interactive et en fonction d'un programme qui aura été déterminé précédemment avec son kinésithérapeute.

Il est composé d'un échauffement, d'étirements et d'une séance de relaxation.

9.1. Points à éclaircir avec le patient

Le MK devra insister avec le patient sur certains points :

- Réaliser avec le patient les exercices au moins une fois et vérifier qu'il les fait correctement.

- Le patient doit se rendre compte que son état physique et psychologique est fluctuant. Il ne pourra donc pas réaliser tous les jours les mêmes exercices.
- Le patient ne doit pas aller contre la douleur. Il faut qu'il s'adapte et fasse en fonction de ses possibilités du moment.
- Le patient devra marquer un temps de pause qui doit être égal ou double au temps de travail.
- Bien s'hydrater.
- Les conditions d'installation et de pratique : les exercices sont à réaliser dans un endroit calme, pas trop éclairé. Le patient doit préférer des vêtements amples, cheveux longs attachés, sur un tapis de sol.
- Faire les exercices 2 à 3 fois par semaine en laissant un jour de repos entre chaque séance.
- Il devra coordonner les exercices sur la respiration en veillant à expirer au moment de l'effort. Il ne devra surtout pas faire d'apnée.

9.2. L'échauffement

L'échauffement permet la « mise en route » de l'organisme. Il s'agit d'un éveil progressif du système cardio-pulmonaire et articulo-musculaire afin d'éviter les blessures à froid tels que les déchirures, claquages...

Les effets de l'échauffement que nous retrouvons sont :

- Une augmentation de la température corporelle et du débit sanguin. Par conséquent, nous obtenons une meilleure irrigation musculaire. Le sang est apporté plus rapidement au niveau du cerveau et des muscles.
- L'augmentation de la chaleur du corps entraîne une fluidification de la synovie qui se situe au niveau de nos articulations. Nos amplitudes articulaires s'en retrouvent donc améliorées.
- Il permet de mieux nous concentrer sur ce qui va suivre car nous nous sentons mieux dans un corps chaud que dans un corps qui a froid.

- Plus le corps chauffe et plus la conduction de l'influx nerveux se fait rapidement d'où une meilleure coordination motrice par recrutement de plus de fibres musculaires.

L'échauffement doit :

- Etre assez long : s'il est trop court, le corps n'a pas le temps de s'échauffer correctement d'où des risques de blessures sur des muscles encore « froids ».
- Etre progressif : le patient ne doit pas se retrouver essoufflé dès le premier mouvement qu'il fera. Une intensité croissante dans les exercices évitera à son cœur de s'emballer.
- Etre complet : il ne faut négliger aucune articulation et veiller à ce que nous sollicitons tous les muscles et articulations ainsi que le système cardio-pulmonaire.

9.3. Assouplissements/étirements

Les assouplissements sont à faire sur des muscles chauds, pendant ou après un effort et de façon lente sans mouvements brusques. Nous étirons le muscle au-delà de sa longueur initiale tout comme les tendons et les ligaments permettant ainsi de lutter contre les raideurs.

Les étirements permettent de jouer sur 4 composantes que sont le tendon, le muscle, l'aponévrose et les mécanismes de physiologie nerveuse avec le réflexe myotatique, myotatique inverse et l'innervation réciproque.

Principes des étirements à respecter :

- Pour éviter le déclenchement du réflexe myotatique, le mouvement doit se faire de manière fluide et lente, en évitant les à-coups.
- Le patient devra veiller à garder les courbures physiologiques de sa colonne vertébrale afin de ne pas se retrouver en hyperlordose lombaire.
- La position doit être maintenue au minimum 6 secondes.
- Le retour se fait plus lentement que l'aller.
- Le temps de repos est double au temps de travail/d'étirement.
- Ne jamais aller contre la douleur.

Les étirements permettent :

- D'améliorer les amplitudes articulaires.
- De lutter contre les raideurs musculaires : surtout s'ils sont pratiqués le matin, les étirements contribuent au dérouillage matinal.
- De favoriser la souplesse du corps : plus nous vieillissons et plus les muscles perdent de leur élasticité. Les étirements permettent donc de freiner cette perte d'élasticité musculaire.

9.4. Relaxation : la respiration abdomino-diaphragmatique

L'apprentissage de la respiration abdomino-diaphragmatique est très important pour le quotidien du patient. Elle lui permettra de mieux gérer ses émotions, son stress, son anxiété et ses douleurs.

Le but de cette technique est l'obtention d'un relâchement de tous les muscles du corps. La respiration se fera de manière lente et prolongée ce qui permettra un meilleur échange gazeux au niveau pulmonaire et donc une meilleure oxygénation du sang. Ce sang riche en oxygène ira irriguer le cerveau et les muscles procurant ainsi un sentiment de détente.

Le patient se place en décubitus dorsal, bras le long du corps, paumes tournées vers le haut. Possibilité de placer un coussin sous la nuque et sous les genoux (ce qui permet de détendre la sangle abdominale). Il faudra faire attention à ce que le coussin placé au niveau du rachis cervical ne soit pas trop gros car il risquerait entraîner une flexion de la tête peu pratique pour respirer.

Réalisation :

- Nous commençons par faire prendre conscience au patient de son type de respiration qui peut être abdominale, thoracique ou paradoxale. Possibilité de mettre la main sur le ventre pour sentir le mouvement.
- Inspirer par le nez en gonflant le ventre. Le ventre va se gonfler puis le mouvement élèvera les côtes inférieures puis supérieures.
- Faire une pause de 5 secondes.

- Expirer par la bouche en rentrant le ventre.

10. Discussion

Commençons par revenir sur l'aspect psychologique de la fibromyalgie. Les personnes souffrent mais rien ne le prouve (examen biologique normal, pas de limitations d'amplitudes articulaires) d'où une catégorisation trop rapide dans la classe des « dépressifs » ; en réalité, le manque de reconnaissance de la part des autres (des professionnels de santé notamment ainsi que de l'entourage) et le fait d'avoir mal tout le temps rendent ces personnes fibromyalgiques dépressives. Tant que nous ne ressentons pas la douleur de l'autre, nous la sous-estimerons toujours.

Concernant le traitement médicamenteux, certaines études prennent seulement des tranches d'âge (tels que 48-51ans) (42), d'autres ne prennent que des femmes ou qu'un petit nombre de personnes (ce qui n'est pas représentatif de la population générale). Cela ne nous renseigne donc pas sur les effets que peuvent avoir les médicaments sur les hommes (même s'ils sont moins touchés que les femmes) ou sur les personnes de tout âge. C'est seulement pour la Duloxetine™ (43) que les chercheurs ont trouvé qu'il existait une disparité entre les hommes et les femmes, la gente masculine n'étant pas réceptive à ce traitement. Les médicaments pour améliorer les symptômes de la fibromyalgie sont souvent utilisés à forte dose. Nous pouvons donc nous poser la question suivante : quels sont les effets secondaires à long terme sur l'organisme du patient ?

Il existe peu d'études avec un degré de preuve élevé et peu d'articles concernant le traitement kinésithérapique car les chercheurs se sont intéressés tardivement à la fibromyalgie.

Certains programmes proposés me paraissent difficilement tenable sur le long terme (durée de 12 semaines de traitement par exemple) et tout le monde n'a pas la mer à proximité de chez soi...

De plus, les programmes prévus dans les articles ne sont pas adaptables à tous les patients FM. Les personnes ayant des pathologies associées sont souvent exclues de l'étude et ne reflète donc pas la population générale.

La plupart des études ne nous renseignent pas sur la durée des effets obtenus par les techniques de kinésithérapie et de relaxation. Donc nous ne savons pas si ce que nous enseignons au patient est efficace au long terme.

Notre approche individuelle avec discussion de plusieurs personnes atteintes de FM ou de leurs proches, nous a montré que les effets des traitements médicamenteux, kinésithérapiques ou la relaxation sont très variables d'une personne à une autre. Certains y adhèrent, d'autres pas. Nous avons constaté que les personnes fibromyalgiques tentent de trouver par eux-mêmes une solution pour diminuer leurs douleurs qui sont une véritable gêne dans la vie quotidienne.

Il aurait été judicieux d'ajouter deux témoignages d'un proche qui vit au quotidien avec une personne atteinte de fibromyalgie. Les points de vue diffèrent sur ce sujet. Nous ne nous impliquons pas de la même manière lorsque nous sommes le/la compagne, le frère/la sœur, le fils/la fille. Et cela dépend aussi de notre caractère et de notre sensibilité. Vaincre la douleur est une chose qui nous dépasse tous et voir l'autre souffrir sans pouvoir faire en sorte que cela s'améliore nous fait nous sentir impuissant.

N'ayant pas eu le temps de faire évaluer le DVD, il serait intéressant de créer un questionnaire de satisfaction et de présenter le DVD aux différentes associations et personnes que nous connaissons afin qu'elles puissent nous donner leur point de vue sur la faisabilité des exercices ainsi que leur ressenti.

11. Conclusion

La FM est et restera une maladie difficile à cerner. Bien que de multiples techniques soient mises en œuvre afin d'améliorer la qualité de vie des patients, elles sont insuffisantes.

« Nous ne nous habituons pas à la douleur mais nous la supportons. Elle nous oblige à nous diriger vers une nouvelle façon de vivre » disent-ils.

De plus, le mal-être n'est pas que physique mais il est aussi d'ordre psychologique. Nous pouvons noter que l'entourage des patients, est en général, dans l'incompréhension de la souffrance.

La prise en charge doit être spécifique pour chaque patient et pluridisciplinaire. La kinésithérapie à elle seule n'est pas suffisante. Notre rôle n'est pas seulement de donner des exercices à faire au patient. Il faut prendre le temps de l'écouter, de le conseiller, de l'orienter. Il faut se montrer patient et attentif.

Les patients sont prêts à tout pour tester de nouvelles méthodes afin d'aller mieux. Certains se tournent vers de nouvelles approches tels que l'homéopathie (39) ou la mésothérapie (40). Une technique à suivre de près est la stimulation transcrânienne (41) qui a montré, pour le moment, des effets bénéfiques à court terme.

«L'être humain n'est jamais détruit directement par la souffrance. Mais il peut être détruit par une souffrance dont il ne peut trouver le sens.» Auteur inconnu

BIBLIOGRAPHIE

1. Blotman F, Jasson M-C, ORPHANET, La fibromyalgie, Juillet 2006, www.orpha.net/data/patho/Pub/fr/Fibromyalgie-FRfrPub10465v01.pdf(page consultée le 13 juin 2014)
2. Thomas E., Missounga L., Blotman F. Fibromyalgie. EMC (Elsevier SAS, Paris), Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation, 26-305-B-10,2006
3. Spaeth M, Rizzi M, Fibromyalgia and sleep, Best Practice & Research Clinical Rheumatology, 25(2011)227-239
4. J. Crofford Leslie, MD, American College of Rheumatology, Fibromyalgia, February 2013, http://www.rheumatology.org/Practice/Clinical/Patients/Diseases_And_Conditions/Fibromyalgia/ (page consultée le 30 juin 2014)
5. G. Aeschlimann A, Bachman S, Cedraschi C, Curatolo M, Egloff N, J. Keel Peter, Thomas P, Syndrome fibromyalgique : de nouvelles connaissances relatives au diagnostic et au traitement, Forum Med Suisse ; 13(27-28) : 541-543
6. Iversen M-D, Fibromyalgia impact questionnaire (FIQ), Arthritis Care & Research, Vol. 49, No.5S, pp S210-S213
7. Cedraschi C, Desmeules J, Luthy C, Allaz A-F, Aspect psychologiques de la fibromyalgie, Revue du rhumatisme, 70(2003) 331-336
8. Camerlain M, La fibromyalgie : nouvelle approche, nouveaux espoirs, Le clinicien, juillet/août 2010, p50-53
9. Person M, Etat des lieux de la recherche pour le traitement masso-kinésithérapique de la fibromyalgie, Kinésither Scient, 2013;549 :5-16

10. Li Y, Wang F, Feng C, Yang X, Sun Y. Massage therapy for fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PloS One*. 2014;9(2):e89304.
11. Gordon C, Emiliozzi C, Zartarian M. Use of a Mechanical Massage Technique in the Treatment of Fibromyalgia: A Preliminary Study. *Arch Phys Med Rehabil*. 2006;87(1):145-7.
12. Ekici G, Bakar Y, Akbayrak T, Yuksel I. Comparison of Manual Lymph Drainage Therapy and Connective Tissue Massage in Women With Fibromyalgia: A Randomized Controlled Trial. *J Manipulative Physiol Ther*. 2009;32(2):127-33.
13. Citak-Karakaya I, Akbayrak T, Demirtürk F, Ekici G, Bakar Y. Short and long-term results of connective tissue manipulation and combined ultrasound therapy in patients with fibromyalgia. *J Manipulative Physiol Ther*. 2006;29(7):524-8.
14. Özkurt S, Dönmez A, Karagülle MZ, Uzunoğlu E, Turan M, Erdoğan N. Balneotherapy in fibromyalgia: a single blind randomized controlled clinical study. *Rheumatol Int*. 2012;32(7):1949-54.
15. Kesiktas N, Karagülle Z, Erdogan N, Yazıcıoğlu K, Yılmaz H, Paker N. The efficacy of balneotherapy and physical modalities on the pulmonary system of patients with fibromyalgia. *J Back Musculoskelet Rehabil*. 2011;24(1):57-65.
16. Fioravanti A, Perpignano G, Tirri G, Cardinale G, Gianniti C, Lanza CE, et al. Effects of mud-bath treatment on fibromyalgia patients: a randomized clinical trial. *Rheumatol Int*. 2007;27(12):1157-61.

17. Bcttoni L, Bonomi FG, Zani V, Manisco L, Indlicato A, Lanteri P, et al. Effects of 15 consecutive cryotherapy sessions on the clinical output of fibromyalgic patients. *Clin Rheumatol*. 2013;32(9):1337-45.
18. Glombiewski JA, Bernardy K, Häuser W. Efficacy of EMG- and EEG-Biofeedback in Fibromyalgia Syndrome: A Meta-Analysis and a Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Evid-Based Complement Altern Med ECAM* ; 2013:962741.
19. De Bisshop G., De Bisshop E., Nundall R., Gouget J.L., Biofeedback électro-myographique : principes et indications, <http://www.electronicconseil.com/docs/bfb-principes.pdf> (page consultée le 14 octobre 2014)
20. Exercise and fibromyalgia, Arthritis information sheet, June 2014, <http://www.arthritisvic.org.au/UsefulInformation/InformationtoDownload/PDFs/Exerciseandfibromyalgia.aspx> (page consulté le 6 septembre 2014)
21. Sañudo B, Galiano D, Carrasco L, Blagojevic M, de Hoyo M, Saxton J. Aerobic exercise versus combined exercise therapy in women with fibromyalgia syndrome: a randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil*. 2010;91(12):1838-43.
22. Sañudo B, Galiano D, Carrasco L, de Hoyo M, McVeigh J. Effects of a prolonged exercise program on key health outcomes in women with fibromyalgia: A randomized controlled trial. *J Rehabil Med*. 2011;43(6):521-6.
23. Andrade SC de, Carvalho RFPP de, Soares AS, Freitas RP de A, Guerra LM de M, Vilar MJ. Thalassotherapy for fibromyalgia: a randomized controlled trial comparing aquatic exercises in sea water and water pool. *Rheumatol Int*. 2008;29(2):147-52.

24. Matsumoto S, Shimodozono M, Etoh S, Miyata R, Kawahira K. Effects of thermal therapy combining sauna therapy and underwater exercise in patients with fibromyalgia. *Complement Ther Clin Pract*. 2011;17(3):162-6.
25. Fibromyalgie France, Enquête sur les attentes des fibromyalgiques en termes de cures thermales, [http://www.fibromyalgiefrance.org/uploads/images/Enquete_cures_thermales_FF_CNETH_2009\(1\).pdf](http://www.fibromyalgiefrance.org/uploads/images/Enquete_cures_thermales_FF_CNETH_2009(1).pdf) (page consultée le 15 octobre 2014)
26. Segura-Jiménez V, Romero-Zurita A, Carbonell-Baeza A, Aparicio VA, Ruiz JR, Delgado-Fernández M. Effectiveness of Tai-Chi for decreasing acute pain in fibromyalgia patients. *Int J Sports Med*. 2014;35(5):418-23.
27. Zhou M, Zhou D, He L. A randomized trial of tai chi for fibromyalgia. *N Engl J Med*. 2010;363(23):2265; author reply 2266-7.
28. Carbonell-Baeza A, Romero A, Aparicio VA, Ortega FB, Tercedor P, Delgado-Fernández M, et al. Preliminary Findings of a 4-Month Tai Chi Intervention on Tenderness, Functional Capacity, Symptomatology, and Quality of Life in Men With Fibromyalgia. *Am J Mens Health*. 2011;1557988311400063.
29. Meeus M, Nijs J, Vanderheiden T, Baert I, Descheemaeker F, Struyf F. The effect of relaxation therapy on autonomic functioning, symptoms and daily functioning, in patients with chronic fatigue syndrome or fibromyalgia: a systematic review. *Clin Rehabil*. 8 sept 2014;
30. Altan L, Korkmaz N, Bingol Ü, Gunay B. Effect of Pilates Training on People With Fibromyalgia Syndrome: A Pilot Study. *Arch Phys Med Rehabil*. 2009;90(12):1983-8.

31. Mannerkorpi K, Nordeman L, Cider Å, Jonsson G. Does moderate-to-high intensity Nordic walking improve functional capacity and pain in fibromyalgia? A prospective randomized controlled trial. *Arthritis Res Ther.* 2010;12(5):R189.
32. Carson JW, Carson KM, Jones KD, Bennett RM, Wright CL, Mist SD. A pilot randomized controlled trial of the Yoga of Awareness program in the management of fibromyalgia. *PAIN.* 2010;151(2):530-9.
33. Van Koulil S, Effting M, Kraaijmaat FW, van Lankveld W, van Helmond T, Cats H, et al. Cognitive-behavioural therapies and exercise programmes for patients with fibromyalgia: state of the art and future directions. *Ann Rheum Dis.* 2007;66(5):571-81.
34. G. Aeschlimann A, Bachmann S, Cedraschi C, Curatolo M, Egloff N, J. Keel Peter, et al. Syndrome fibromyalgique : nouvelles connaissances relatives au diagnostic et au traitement. *Forum Med Suisse.* (13(27-28):541-543):3.
35. Martin J., Torre F., Padierna A., Aguirre U., Gonzalez N., Matellanes B., Quintana J.M., Impact of interdisciplinary treatment on physical and psychosocial parameters in patients with fibromyalgia : results of a randomised trial. 2014, 68, 5, 618-627
36. Bruchon-Schweitzer M., Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress, *Recherche en soins infirmiers*, 2001, N°67, 68-83
37. Aparicio VA, Ortega FB, Carbonell-Baeza A, Gatto-Cardia C, Sjöström M, Ruiz JR, et al. Fibromyalgia's key symptoms in normal-weight, overweight, and obese female patients. *Pain Manag Nurs Off J Am Soc Pain Manag Nurses.* 2013;14(4):268-76

38. Chos D, Riché D, Fibromyalgie et micronutrition, SANTE INTEGRATIVE, Sept/Oct 2009, N°11, 24-27
39. Boehm K, Raak C, Cramer H, Lauche R, Ostermann T. Homeopathy in the treatment of fibromyalgia-A comprehensive literature-review and meta-analysis. *Complement Ther Med.* 2014;22(4):731-42.
40. Coute-Rudelle A, Jankowiak S, La fibromyalgie : traitement par mésothérapie à propos de 4 cas, 2003, 34p, DIU de mésothérapie : Paris VI
41. Passard A, Attal N, Benadhira R, Brasseur L, Saba G, Sichere P, et al. Effects of unilateral repetitive transcranial magnetic stimulation of the motor cortex on chronic widespread pain in fibromyalgia. *Brain J Neurol.* 2007;130(Pt 10):2661-70
42. C. Kim S, E. Landon J, H. Solomon D, Clinical characteristics and medication uses among fibromyalgia patients newly prescribed Amitriptyline, Duloxetine, Gabapentin, or Pregabalin, *Arthritis Care & Research*, vol.65, No.11, 2013, pp1813-1819
43. M. Arnold L, Lu, Y, J. Crofford L, Wohlreich M, J. Detke M, Iyengar S. J. Goldstein J, A double-blind, multicenter trial comparing Duloxetine with placebo in the treatment of fibromyalgia patients with or without major depressive disorder, *Arthritis&Rheumatism*, vol.50, No9, 2004, pp2974-2984

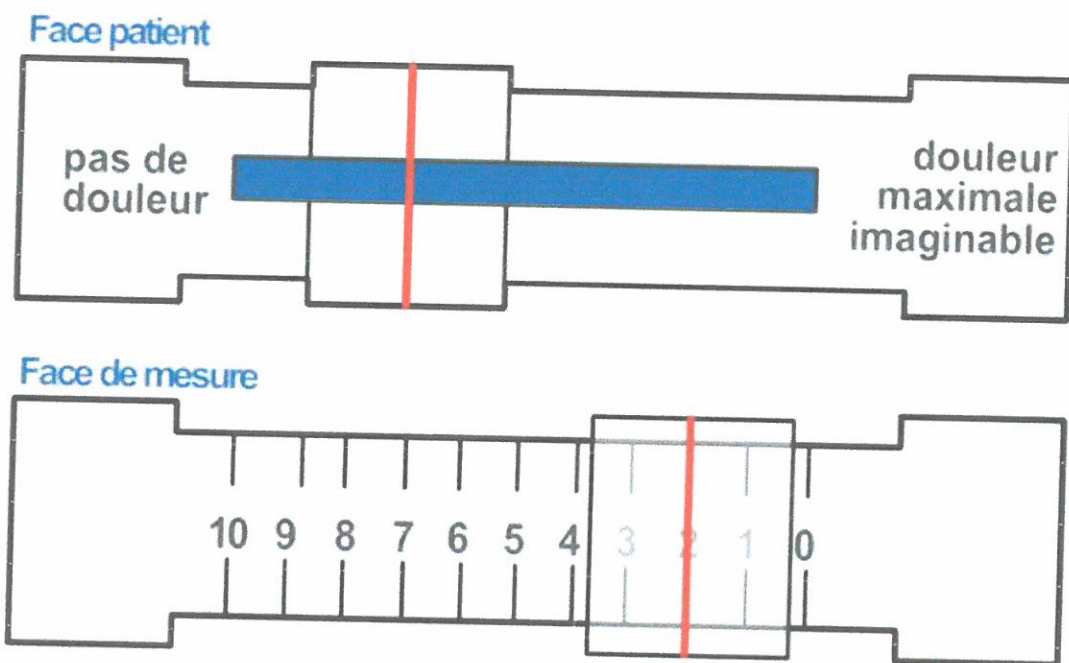
Pour en savoir plus :

- Fibromyalgie France, enquête, « Perte d'autonomie et de qualité de vie du douloureux chronique fibromyalgique », 12 mai 2014, http://www.fibromyalgie-france.org/uploads/PAQV_Copyright_V2%281%29.pdf (consulté le 26 mai 2014)
- Syndrome fibromyalgique de l'adulte, Rapport d'orientation, HAS, juillet 2010, http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/syndrome_fibromyalgique_de_ladulte_-_rapport_dorientation.pdf (consulté le 10 juin 2010)
- Fibromyalgie – Prise en charge multidisciplinaire, juin 2014, <http://sante-medecine.commentcamarche.net/faq/1854-fibromyalgie-prise-en-charge-multidisciplinaire> (consulté le 24 septembre 2014)
- Site de Fibromyalgie SOS : <http://fibromyalgiesos.fr/rdv2/>
- Site de Fibromyalgie France : <http://www.fibromyalgie-france.org/>
- Site de la Fédération Nationale des Associations Française de Fibromyalgie (FNAFF) : <http://www.fnaff.fr/>

ANNEXES

ANNEXE I : l'Echelle Visuelle Analogique (EVA)

EVA : ECHELLE VISUELLE ANALOGIQUE



ANNEXE II : Questionnaire d'impact de la FM (FIQ)

Figure 7 : Questionnaire d'impact de la fibromyalgie

FIQ (Fibromyalgia Impact Questionnaire)

Instructions : pour les questions 1 à 11, entourez le chiffre correspondant à la réponse qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) la semaine dernière. Si vous n'effectuez pas habituellement une des activités demandées, entourez le chiffre 9 ("Non applicable").

	Toujours	La plupart du temps	De temps en temps	Jamais	Non applicable			
1. Êtes-vous capable de faire les courses ?	0	1	2	3	9			
2. Êtes-vous capable de faire la lessive en machine ?	0	1	2	3	9			
3. Êtes-vous capable de faire à manger ?	0	1	2	3	9			
4. Êtes-vous capable de faire la vaisselle à la main ?	0	1	2	3	9			
5. Êtes-vous capable de passer l'aspirateur ?	0	1	2	3	9			
6. Êtes-vous capable de faire les lits ?	0	1	2	3	9			
7. Êtes-vous capable de marcher plusieurs centaines de mètres ?	0	1	2	3	9			
8. Êtes-vous capable d'aller voir des amis ou de la famille ?	0	1	2	3	9			
9. Êtes-vous capable de faire du jardinage ?	0	1	2	3	9			
10. Êtes-vous capable de conduire une voiture ?	0	1	2	3	9			
11. Êtes-vous capable de monter les escaliers ?	0	1	2	3	9			
12. Au cours des 7 derniers jours, combien de jours vous êtes-vous senti(e) bien ?	0	1	2	3	4	5	6	7
13. Combien de journées de travail, y compris de travail domestique, avez-vous manquées au cours de la semaine dernière à cause de la fibromyalgie ?	0	1	2	3	4	5	6	7

ANNEXE III : Questionnaire DDM (Dépistage de Déficiences Micronutritionnelles)

A - FATIGUE ET TROUBLES DE L'HUMEUR

Je me sens fatigué(e)
 J'ai des difficultés à me motiver
 J'ai des problèmes de sommeil
 J'ai des difficultés de concentration
 J'ai des difficultés de mémoire
 Je me sens anxieux(se)
 Je me sens angoissé(e) je me sens déprimé(e)

0 1 2 3

●	●	●	●
●	●	●	●
●	●	●	●
●	●	●	●
●	●	●	●
●	●	●	●
●	●	●	●
●	●	●	●
●	●	●	●
●	●	●	●

Total score A =

B - TROUBLES DIGESTIFS

Je ressens des brûlures à l'estomac
 J'ai des reflux acides
 Je ressens des nausées
 J'ai des diarrhées
 Je suis constipé(e)
 Je présente des alternances diarrhée/constipation
 J'ai des ballonnements après manger
 J'ai des crises de colite

●	●	●	●
●	●	●	●
●	●	●	●
●	●	●	●
●	●	●	●
●	●	●	●
●	●	●	●
●	●	●	●
●	●	●	●
●	●	●	●

Total score B =

C - TROUBLES OSTÉO-ARTICULAIRES ET DÉGÉNÉRATIFS

Je ressens des douleurs au niveau du dos, du cou
 Je souffre des articulations (poignets, coudes, épaules, chevilles, genoux, hanches)
 J'ai mal dans les muscles, les tendons
 Quand je fais du sport, je me blesse facilement
 J'ai une maladie rhumatismale
 Je souffre des yeux (cataracte, yeux secs...)

●	●	●	●
●	●	●	●
●	●	●	●
●	●	●	●
●	●	●	●
●	●	●	●
●	●	●	●
●	●	●	●
●	●	●	●
●	●	●	●

Total score C =

D - TROUBLES INFECTIEUX

Je présente régulièrement les troubles suivants :
 • maux de gorge, angines, rhumes, sinusites, otites
 • bronchites, infections des poumons
 J'ai régulièrement des infections urinaires
 J'ai régulièrement des infections génitales
 J'ai régulièrement des infections digestives
 J'ai régulièrement des infections cutanées

●	●	●	●
●	●	●	●
●	●	●	●
●	●	●	●
●	●	●	●
●	●	●	●
●	●	●	●
●	●	●	●
●	●	●	●
●	●	●	●

Total score D =

E - TROUBLES CUTANÉS

J'ai la peau sèche
 Je fais régulièrement de l'eczéma
 Je fais de l'acné
 J'ai souvent de l'herpès au niveau du visage
 Je perds mes cheveux : ils sont ternes, cassants
 Mes ongles sont cassants : ils se dédoublent

●	●	●	●
●	●	●	●
●	●	●	●
●	●	●	●
●	●	●	●
●	●	●	●
●	●	●	●
●	●	●	●
●	●	●	●
●	●	●	●

Total score E =

F - TROUBLES CIRCULATOIRES

J'ai les jambes lourdes
 Je fais de l'œdème (chevilles, mains, doigts...)
 J'ai souvent les extrémités froides
 J'ai des fourmillements aux extrémités
 J'ai des troubles avant les règles (soins tendus, douleurs, fatigue, déprime)

●	●	●	●
●	●	●	●
●	●	●	●
●	●	●	●
●	●	●	●
●	●	●	●
●	●	●	●
●	●	●	●
●	●	●	●
●	●	●	●

Total score F =

IEDA

G JE CONSOMME RÉGULIÈREMENT

Cigarettes

- de 1 à 4 cigarettes par jour = 1
- de 5 à 15 cigarettes par jour = 2
- Plus de 15 cigarettes par jour = 3

Cinéma/jeux

- Plus de 3 verres et moins de 75cl de vin par jour = 1
- Entre 75 et 150 cl par jour = 2
- Plus de 150 cl par jour = 3

Un médicament

- Régulièrement = 2
- Tous les jours = 3

Utiliser un contraceptif

- Oral (pilule) = 3
- Sécrites = 3

Je suis diabétique (de sang) = 3

1 2 3



RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Nom :

Prénom :

Tel : Email :

Date de naissance :

Taille :

Poids :

Profession :

Nombre d'heure(s) d'activités physiques par semaine :

Total score G =



Score total
A+B+C+D+E+F+G =



IED

Etudiez
votre score...
D. D. M.



institut français de l'énergie et de nutrition

Depistage de Déficience Micronutritionnelle

Veuillez bien répondre
à l'ensemble de ces questions,
en utilisant la cotation suivante :

0 = je ne ressens jamais ces symptômes

1 = je ressens de temps en temps ces symptômes,
mais ils disparaissent sans autre raison

2 = je ressens ces symptômes de manière régulière,
de façon répétitive et/ou avec douleur
à l'effort ou en s'allongeant

3 = je ressens ces symptômes de façon continue,
de façon répétitive ou avec douleur
permanente sans autre raison

plus élevée votre DDM à votre médecin Micronutritionniste

IEDM - 20 rue Emeriau - 75015 Paris Tél : 06 10 00 43 36
Mail : contact@iedm.asso.fr Site internet : www.iedm.asso.fr

ANNEXE IV : Questionnaire DNS (Dopamine Noradrénaline Sérotonine)

L'échelle D.N.S. : Où j'en suis avec mes neuromédiateurs ?

Les scores D, N, et S sont des scores de probabilité d'hypofonctionnement dans chacun de ces 3 axes :
D : Dopamine,
N : Noradrénaline,
S : Sérotonine.

La correction nutritionnelle du score S est toujours prioritaire.

Interprétation du score S

entre 10 et 14 : score moyen
entre 15 et 19 : score fort
entre 20 et 30 : score très fort

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Nom : _____
Prénom : _____
Tél : _____ Email : _____
Date de naissance : _____
Taille : _____
Poids : _____
Profession : _____
Nombre d'heure(s) d'activités physiques par semaine : _____

DNS-2011 Document imprimé en Copyleft par le Centre de Recherche en Nutrition

IEDM

L'échelle D.N.S. :

Où j'en suis avec mes neuromédiateurs ?

Etudiez votre score... D.N.S.

Veuillez bien répondre à l'ensemble de ces questions, en utilisant la cotation suivante :

0 = symptôme absent

1 = symptôme modéré

2 = symptôme gênant

3 = symptôme très gênant

Vous pouvez remettre votre D.N.S. à votre médecin Médecin Généraliste



Institut Français de Nutrition et Métabolisme

IEDM - 20 rue Emertau - 75015 Paris - Tél : 08 10 00 43 36
Mail : contact@iedm.asso.fr Site Internet : www.iedm.asso.fr

DOPAMINE

- Vous sentez-vous moins motivé(e) ?
- Portez-vous moins d'intérêt à vos occupations ?
- Avez-vous tendance à vous replier sur vous ?
- Etes-vous moins attiré(e) par vos hobbies ?
- Recherchez-vous moins les contacts avec vos ami(e)s ?
- Avez-vous des problèmes de concentration ?
- Vous sentez-vous l'esprit moins créatif ?
- Avez-vous des difficultés à faire de nouveaux projets ?
- Votre sommeil est-il agité, non reposant, insatisfaisant ?
- Vous sentez-vous fatigué(e) ?

NORADRENALINE

- Vous sentez-vous déprimé(e) ?
- Souffrez-vous moralement ?
- Avez-vous l'impression de fonctionner au ralenti ?
- Ressentez-vous moins de désir ?
- Avez-vous des difficultés à prendre du plaisir ?
- Ressentez-vous une baisse d'appétit sexuel ?
- Avez-vous des difficultés avec votre mémoire ?
- Avez-vous des difficultés pour apprendre ?
- Vous sentez-vous mal aimé(e) ?
- Etes-vous fatigué(e) moralement ?

SEROTONINE

- Vous sentez-vous irritable ?
- Vous sentez-vous impatient(e) ?
- Avez-vous des difficultés à supporter les frustrations et les contraintes ?
- Vous sentez-vous agressif(ve) ?
- Vous sentez-vous incompris(e) ?
- Etes-vous attiré(e) par le sucré ou le chocolat en fin de journée ?
- Vous sentez-vous dépendant(e) d'activité répétitive ? (tabac, alcool, grignotage, sport intensif, achats compulsifs)
- Avez-vous des difficultés à vous endormir ?
- Vous sentez-vous vulnérable au stress ?
- Vous sentez-vous « d'humeur changeante » ?

0 1 2 3

TOTAL = 0

TOTAL = 0

TOTAL = 0

TOTAL D. N. S. = 0

IEDM

ANNEXE V : Questionnaire de Vulnérabilité Digestive (QVD)



Etudiez votre score...

**QUESTIONNAIRE
DE VULNÉRABILITÉ DIGESTIVE**

Q.V.D.

Vous êtes dérangé(e) sur le plan digestif...
Vous ne tolérez pas certains aliments...
Vous vous plaignez de troubles infectieux, cutanés
de douleurs ostéo-articulaires...
Présentez-vous une vulnérabilité digestive ?

Pour le savoir, remplissez ce questionnaire
Votre médecin saura vous conseiller

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Taille :

Poids :

Date :

Institut Européen de Diététique et Micronutrition

A. Antécédents familiaux

Avez-vous un antécédent familial (père, mère ou frère, sœur), qui ait présenté une ou des infections suivantes :

(Cocher la réponse possible)

- 1 • Allergie :
- 2 • Diabète :
- 3 • Maladie de Crohn :
- 4 • Maladie coeliaque :
- 5 • Rhumatisme inflammatoire :
- 6 • Psoriasis :

Score A (total des cases cochées) =

B. Antécédents personnels

Avez-vous un antécédent personnel parmi les infections suivantes :

(Cocher la réponse possible)

- 1 • Allergie :
- 2 • Intolérance au lait :
- 3 • Eczéma :
- 4 • Urticaire :
- 5 • Asthme :
- 6 • Infection digestive :

Score B (total des cases cochées) =

C. Actuellement, êtes-vous sujet à une des perturbations suivantes :

- 1 • Trouble digestif fréquent :
- 2 • Fatigue permanente :
- 3 • Troubles de l'humeur :
- 4 • Infections récurrentes :
- 5 • Problèmes de peau :
- 6 • Douleurs crainantes des articulations :
- 7 • Migraines récurrentes :

Score C (total des cases cochées) =

D. Actuellement présentez-vous ?

- 1 • Une intolérance alimentaire :
- 2 • Une intolérance au gluten :
- 3 • Un rhumatisme inflammatoire :
- 4 • Un diabète :
- 5 • Une maladie digestive :
- 6 • De l'asthme :
- 7 • Une maladie de la peau :

Score D (total des cases cochées) =

Score Total :

RESUME

Longtemps considérée comme « hystérie féminine » ou associée à un problème psychiatrique, le fibromyalgie (FM) mit un certain temps avant d'être officiellement reconnue par l'American College of Rheumatology (ACR) en 1990 puis par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1992.

Son origine reste toujours indéterminée bien que certaines pistes soient exploitées mais sans succès. Le diagnostic met plusieurs mois voire plusieurs années avant d'être posé.

Chez tous les patients atteints de FM, nous retrouvons des douleurs, des troubles du sommeil ainsi qu'une fatigue chronique généralisée. Certains tombent dans la dépression et l'anxiété alors que d'autres se retrouvent avec des symptômes associés tels que des céphalées, des paresthésies ou encore une hyper-acuité des sens. Les tableaux cliniques sont assez variés.

Chaque patient fibromyalgique réagit différemment en fonction des traitements médicamenteux, kinésithérapiques ou toutes autres alternatives telles que la médecine chinoise ou l'homéopathie.

La prise en charge de chaque patient est donc personnalisée et adaptée à son état général. Elle est pluridisciplinaire et fait intervenir le médecin traitant ainsi que le spécialiste de la douleur, le rhumatologue, le kinésithérapeute, le psychiatre ou le psychologue. De plus, la nutrition a un rôle important à jouer. La mise en place d'une alimentation qui se base sur un « modèle d'épargne digestive » permet de diminuer les douleurs et les signes associés à la FM.

Mots clés :

- Français : fibromyalgie, nutrition, traitement
- Anglais : fibromyalgia syndrom, fibromyalgia diet, fibromyalgia treatment