

FIBROMYALGIE EN REEDUCATION FONCTIONNELLE A COTONOU : CARACTERISTIQUES ET VECU SOCIO-PROFESSIONNEL DES PATIENTS.

*ALAGNIDE HE, KPADONOU-FIOSSI E,
NIAMA NATTA D, DENAHOU GM,
YEDJENOU ANL, AMANZONWE R, KPADONOU GT.*

*Clinique Universitaire de Médecine Physique
et Réadaptation du CNHU-HKM*

Auteur correspondant :
ALAGNIDE H. Etienne
03 BP 1250 Cotonou.
Tél : (00229) 95704099.
Email : calagnide@yahoo.fr

Résumé

La fibromyalgie est une affection essentiellement marquée par la douleur chronique. Elle est peu connue sous les tropiques. Elle pourrait altérer le vécu quotidien des patients. Objectif : Présenter les caractéristiques des cas de fibromyalgie suivis en Médecine Physique et de Réadaptation au CNHU-HKM de Cotonou, de même que le retentissement socio-professionnel noté chez ces patients. Méthode : Etude transversale de type descriptif ayant porté sur 60 patients diagnostiqués fibromyalgiques selon les critères de l'ACR 1990 et suivis en rééducation fonctionnelle du CNHU-HKM du 31 décembre 2009 au 30 Avril 2015. Ces patients ont été réévalués du 31 octobre 2014 au 30 Avril 2015 avec l'auto-questionnaire de Dallas pour apprécier le retentissement socio-professionnel de leur affection. Résultats : L'âge moyen des patients a été de 48,55 ans. Il s'agissait de 91,7% de femmes. La douleur était de type variable. Sa durée d'évolution était en moyenne de $89,38 \pm 74,77$ mois. Elle était d'installation progressive (73,4%), intermittente (50%) et d'intensité au moins forte (88,4%). Des points douloureux spécifiques ont été identifiés dans notre série. La principale étiologie évoquée par les patients était la dépression et l'anxiété (95%). Un important retentissement des activités quotidiennes, professionnelles et des interactions sociales a été noté chez la majorité des patients. Conclusion : Les répercussions de la fibromyalgie sur les patients sont assez marquées. Il paraît judicieux d'associer à la rééducation un accompagnement psycho-social chez ces patients.

Mots-clés : Fibromyalgie, douleur chronique, rééducation fonctionnelle, Cotonou, Bénin.

FIBROMYALGIA IN FUNCTIONAL REHABILITATION DEPARTMENT IN COTONOU: CHARACTERISTICS AND SOCIO-PROFESSIONAL EXPERIENCE OF PATIENTS.

Summary

Fibromyalgia is a chronic pain condition, little known in Africa. It could alter the daily experience of patients. Objective: To present characteristics of fibromyalgia patients followed in Physical Medicine and Rehabilitation at the CNHU-HKM of Cotonou and socio-professional impact noted with these patients. Method: Descriptive cross-sectional study involving 60 patients diagnosed as fibromyalgia according to the 1990'th criteria of the ACR and followed in functional rehabilitation in CNHU-HKM from 31st December 2009 to 30th April 2015. These patients were reassessed from 31st October 2014 to 30th April 2015 with Dallas self-questionnaire to assess socio-professional impact of their affection. Results: The mean age of patients was 48.55 years. They were 91.7% women. Pain presentation was variable. Its duration of evolution was on average 89.38 ± 74.77 months. It was onset gradually (73.4%), intermittent (50%) and at least of intensity (88.4%). Specific pain points have been identified in our series. The main aetiology reported by patients was depression and anxiety (95%). A significant impact on daily activities, work and social interactions was noted in the majority of patients. Conclusion: Repercussions of fibromyalgia on patients are quite marked. It seems wise to combine rehabilitation with psycho-social support in these patients.

Keywords: Fibromyalgia, chronic pain, functional rehabilitation, Cotonou, Benin.

Introduction

La douleur est un sujet vaste et complexe qui entrave la vie de nombre de sujets et engendre souvent de grandes difficultés dans sa prise en charge. Les douleurs chroniques imposent une souffrance au long cours, sans espoir de soulagement. C'est le cas de la fibromyalgie (FM). En effet, il s'agit d'une douleur musculo-squelettique chronique, diffuse s'accompagnant typiquement d'une détresse psychologique [1].

Souvent considérée comme l'exemple type d'état douloureux chronique, la fibromyalgie est un syndrome complexe et multidimensionnel, qui imposerait une interaction plurifactorielle dans son déterminisme. Ces facteurs prédisposeraient, précipiteraient ou perpétueraient la symptomatologie [2]. Les aspects psychologiques et socioprofessionnels semblent y avoir une place importante dans un processus dynamique constant entre le somatique et le psychique. Ainsi, l'identification d'un facteur prédictif à un moment donné de l'évolution du syndrome, n'exclut pas la possibilité que ce facteur soit aussi une conséquence de l'expérience douloureuse [3]. Nous évaluons dans ce travail, le vécu socio-professionnel des fibromyalgiques suivis en rééducation fonctionnelle au CNHU-HKM de Cotonou.

1. Méthodologie

Il s'agit d'une étude transversale de type descriptif. Elle a consisté à revoir du 31 octobre 2014 au 30 Avril 2015 les patients ayant consulté dans la clinique universitaire de Médecine Physique et réadaptation (CUMPR) du CNHU-HKM du 31 décembre 2009 au 30 Avril 2015, chez qui le diagnostic de fibromyalgie avait été retenu, dont le dossier comportait une adresse téléphonique ou géographique valide, retrouvés pendant la période de collecte des données, sans trouble de la mémoire ni de l'expression orale d'étiologie antérieurement connue et qui ont donné leur consentement éclairé pour participer à l'étude.

A la CUMPR du CNHU-HKM de Cotonou, le diagnostic de fibromyalgie est posé selon les critères de l'ACR (American college of rheumatology) de 1990. En effet, la fibromyalgie est définie par la présence de douleurs à la pression digitale de 4 kg/cm², évoluant depuis plus de trois mois, intéressant les deux hémicorps à la fois au-dessus et au-dessous de la taille, aux niveaux axial et périphérique, d'au moins onze des dix-huit points de la fibromyalgie appelés triggers points [4], ou d'autres points retrouvés dans notre série. Les triggers points classiques sont présentés dans le tableau I. Soixante (60) patients ont été alors enrôlés dans l'étude.

Du point de vue thérapeutique, les patients bénéficient de traitements médicamenteux et non médicamenteux. En ce qui concerne les médicaments utilisés, il s'agissait essentiellement d'amitriptiline, clonazépam, magnésium parfois d'antalgiques purs palliers I ou II de l'organisation mondiale de la santé. Du point de vue non médicamenteux, déjà à la consultation médicale, des informations sont données au patient sur cette affection et une psychothérapie de soutien lui est faite si besoin, avant les prescriptions médicamenteuses et de séances de kinésithérapie. Ces dernières sont faites par un kinésithérapeute spécialisé dans la prise en charge de la douleur chronique. Il s'agissait généralement de séances en petits groupes (3 à 5 au maximum). Ces séances comportaient essentiellement massages, physiothérapie, exercices d'auto-étirements, balnéothérapie, relaxation, réentraînement à l'effort.

Nous avons utilisé l'auto-questionnaire de Dallas dans sa version française pour déterminer l'impact de la fibromyalgie dans les différents domaines de l'échelle : activités de la vie quotidienne, activités professionnelles et interactions sociales. Le retentissement a été dit faible, modéré, important ou sévère selon que les proportions d'atteinte tenant compte du score du domaine a été de 0 à 25%, 26 à 50%, 51 à 75% ou au-delà de 75% respectivement. Pour les patients non instruits, nous leur avons traduit ce

questionnaire, au moment de la collecte des données.

Les données de l'enquête ont été analysées à l'aide du logiciel EPI-INFO version 7.0.

2. RESULTATS

2.1. *Caractéristiques socio-démographiques des patients*

Les patients étaient âgés de 24 à 73 ans, avec une moyenne de $48,55 \pm 13,14$ ans. Le tableau II présente les autres caractéristiques socio-démographiques des patients de l'étude.

2.2. *Caractéristiques de la douleur des patients de l'étude*

Le délai moyen d'évolution de la douleur des patients a été de $89,38 \pm 74,78$ mois. Les douleurs ont été notées sur 12 à 18 triggers points. Les tableaux IIIa et IIIb présentent les autres caractéristiques de la douleur des patients de l'étude.

2.3. *Aspects étiologiques de la fibromyalgie (selon les patients)*

Ces résultats sont présentés sur la figure n°1.

2.4. *Vécu socio-professionnel de la fibromyalgie*

Il s'agit des répercussions socio-professionnelles de la fibromyalgie. Leurs résultats sont présentés sur le tableau IV.

Tableau I. Liste des 18 points douloureux (9 paires) dans la fibromyalgie selon les critères ACR – 1990 [4].

- Régions cervicales hautes (Occiput) : bilatérales, à l'insertion des muscles sous-occipitaux
- Rachis cervical inférieur : bilatérales, sur les versants antérieurs des espaces intertransversaires C5-C7
- Trapèze : bilatérales, au milieu du bord supérieur
- Sus-épineux : bilatérales, à l'origine de l'épine de l'omoplate, près de son bord interne
- 2e côte : bilatérales, à la deuxième articulation costochondrale, à côté de la face supérieure de l'articulation
- Epicondyle latérale: bilatérales, à 2 cm au-dessous de l'épicondyle
- Fessières : bilatérales, dans le cadran supéro-externe de la fesse
- Grand trochanter : bilatérales, au bord postérieur du grand trochanter
- Genou : bilatérales, près de l'interligne interne.

Tableau II : Répartition des patients de l'étude selon leurs caractéristiques socio-démographiques.

	Effectifs	Pourcentages
Sexe		
Féminin	55	91,7
Masculin	5	8,3
Niveau d'instruction		
Aucun	2	3,3
Primaire	6	10
Secondaire	22	36,7
Universitaire	30	50,0
Statut professionnel		
Fonctionnaire de l'Etat	22	36,7
Particulier (à son propre compte)	20	33,3
Employé du secteur privé	18	30,0
Statut matrimonial		
Marié	38	63,3
Autres	22	36,7

Tableau IIIa : Répartition des patients de l'étude selon les caractéristiques de leur douleur (1^{ère} partie)

	Effectifs	Pourcentages
Délai d'évolution (en années)		
Inférieur ou égal à 3	22	36,7
[4-6]	12	20,0
[7-9]	3	5,0
10-12]	10	16,6
Supérieur à 12	13	21,7
Intensité de la douleur		
Extrêmement forte	10	16,7
Forte	43	71,7
Modérée	7	11,6
Périodicité de la douleur		
Intermittente	30	50,0
Continue	30	50,0
Mode de survenue		
Progressif	44	73,4
Brutal	16	26,6
Facteurs atténuants		
Séances de kinésithérapie	34	56,7
Exercice physique/ Occupation professionnelle	27	45,0
Traitements médicamenteux	21	35,0
Musique/ Autres divertissements	14	23,3
Prières/ Méditation	8	13,3
Signes associés		
Fatigue chronique	38	63,3
Irritabilité	34	56,7
Agressivité	18	30,0
Troubles cognitifs	7	11,7

Tableau IIIb : Répartition des patients de l'étude selon les caractéristiques de leur douleur (2^{ème} partie)

	Effectifs	Pourcentages
Type		
Tiraillement	35	58,3
Fourmillement	29	48,3
Picotement	25	41,7
Décharges électriques	22	36,7
Brûlure	21	35,0
Etau/ Ecrasement	11	18,3
Piqûre	10	16,6
Siège		
Colonne lombaire	57	95,0
Colonne thoracique	54	90,0
Trapèze supérieur	38	63,3
Régions occipitales	37	61,7
Genoux	35	58,3
Crêtes tibiales	33	55,0
Styloïdes radiales	29	48,3
Fourchette sternale	25	41,7
Régions péri malléolaires	22	36,7
Creux xyphoïdien	21	35,0
Epicondyles latérales	17	28,3
Styloïdes ulnaires	16	26,7
Grands trochanters	15	25,0
Sus épineux	13	21,7
Régions fessières	11	18,3
Olécrânes	11	18,3

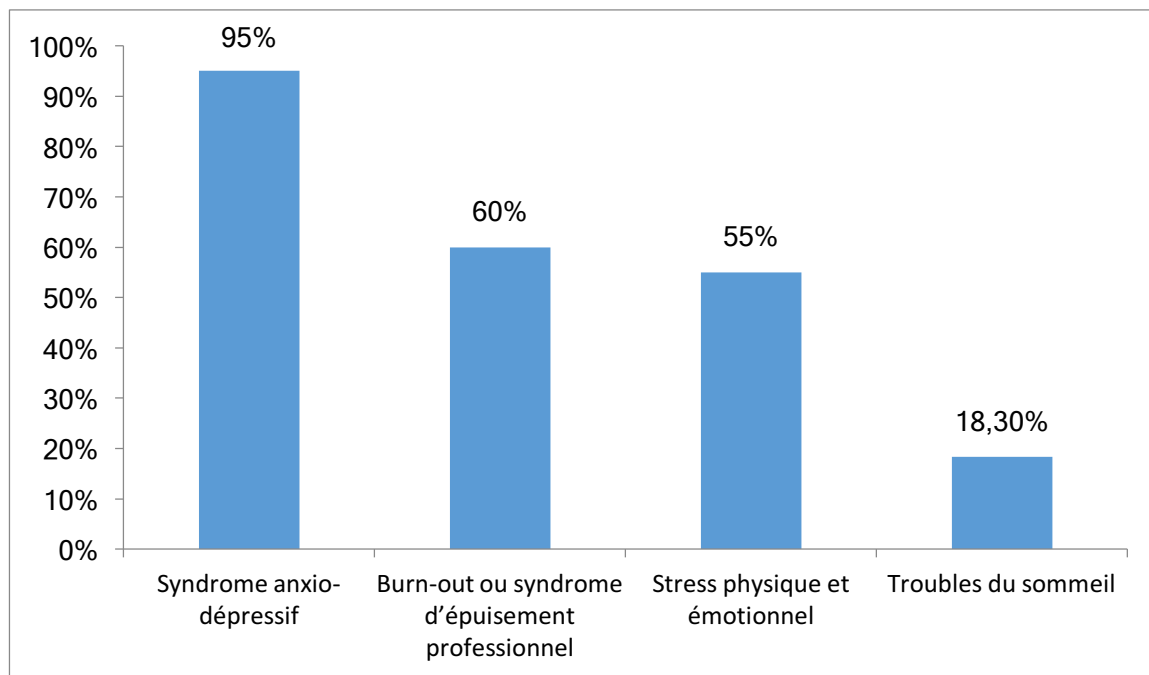


Figure 1 : Etiologies de la fibromyalgie évoquées par les patients.

Tableau IV : Répartition des patients selon leur niveau de répercussion socio-professionnelle

	Faible		Modéré		Important		Sévère	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Activités de la vie quotidienne	2	3,3	8	13,3	27	45,0	23	38,4
Activités professionnelles	4	6,7	14	23,3	9	15,0	33	55,0
Interactions sociales	10	16,6	19	31,7	12	20,0	19	31,7

3. DISCUSSION

3.1. *Caractéristiques socio-démographiques des patients*

L'âge moyen des patients de l'étude a été de $48,55 \pm 13,14$ ans, avec des extrêmes allant de 24 à 73 ans. Nous n'avons pas eu d'enfant fibromyalgique. Notre résultat se rapproche de celui de la série de de Girard en Suisse [5] et de Aïni et al en France [6], avec des âges moyens de $50 \pm 9,8$ ans et $50,4 \pm 6,9$ ans respectivement.

Notre population d'étude a été largement dominée par le sexe féminin (91,7%). Le sex-ratio homme/femme a été de 0,09. Cette prédominance féminine du syndrome fibromyalgique dans notre étude a été également retrouvée par des travaux d'autres auteurs selon lesquels les femmes sont touchées dans plus de huit voire neuf cas sur dix [5-8]. Plusieurs théories pourraient justifier cette prédominance féminine.

Sur la base de la théorie algologique du dérèglement des voies de la douleur, les femmes possèderaient un nombre de récepteurs nociceptifs périphériques cutanés, musculaires et viscéraux plus important que les hommes [9], avec un seuil de perception de la douleur plus bas. Selon la théorie hormonale, les hormones sexuelles masculines (les androgènes) auraient un effet antalgique plus élevé que celles féminines (œstrogènes) [10]. Selon la théorie neuroendocrinienne, les fœtus féminins seraient plus sensibles au stress que ceux de sexe masculin. Un fort stress pendant la grossesse, pourrait engendrer un dysfonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien lors de sa mise en place de celui-ci chez le fœtus in utero [11].

3.2. *Caractéristiques cliniques et étiologiques de la fibromyalgie*

La présentation de la douleur des patients a été de type très variable, comme l'ont rapporté Jasson et al dans leur série [8].

En moyenne quinze points douloureux ont été retrouvés dans notre série. Girard et al ont rapporté des résultats comparables (16 points) [5]. Cela confirme le caractère diffus de la douleur du patient fibromyalgique. Mais en dehors des triggers points classiquement décrits [12], d'autres points ont été retrouvés dans notre série. Il s'agit de la crête tibiale (55%), styloïde radiale (48,3%), régions périmalléolaires, creux xyphoïdien (35%), styloïde ulnaire (26,7%) et l'olécrâne (18,3%). Ces localisations non habituellement rapportées pourraient faire évoquer une hypothèse génétique raciale à la physiopathologie de la fibromyalgie qui reste encore mal connue [13].

De manière globale, le délai d'évolution de la douleur chez les patients a été très long, allant jusqu'à plus de 12 ans. Chez 63,3% des patients, la douleur évoluait depuis plus de 3 ans avant le diagnostic. Ces résultats s'apparentent aux 60% retrouvés par Bannwarth et al en France dans leur étude [14]. La très longue durée d'évolution de la douleur du fibromyalgique n'est donc pas l'apanage que des pays sous-développés. Cela pourrait s'expliquer par le fait que cette affection soit encore mal connue du personnel soignant. Près de neuf patients sur dix avaient des douleurs d'intensité au moins forte. Il s'agissait de douleur quasi permanente (continue) chez une moitié de notre série et intermittente chez l'autre moitié. Nous pouvons affirmer qu'il y a une vraie souffrance physique chez les patients fibromyalgiques, ce qui pourrait retentir sur leur vie socio-professionnelle.

Pour 71,7% des enquêtés les douleurs ont commencé de façon progressive. Il s'agit souvent de contexte de retard au diagnostic, selon Bannwarth et al [14].

Les principaux facteurs atténuants retrouvés ont été les séances de kinésithérapie et l'activité physique. Outre les effets sur la douleur, d'autres auteurs ont rapporté que les exercices physiques particulièrement de type aérobie sont bénéfiques pour l'amélioration du sommeil, la fatigue et le bien-être général des patients [15]. Cet effet bénéfique des exercices physiques s'expliquerait par le fait qu'il y aurait une amélioration du métabolisme musculaire et de la vascularisation capillaire, réduisant ainsi l'hypoxie musculaire. De plus l'exercice favoriserait la sécrétion d'endorphines et de l'hormone de croissance et accroîtrait la production de sérotonine au niveau cérébral, facteurs favorables à une réduction du stress, de l'anxiété ainsi qu'à une amélioration du sommeil [16]. La musique, les prières et pensées positives ont été également retrouvés comme facteurs atténuants chez des patients de l'étude. Elles constituent un moyen de ressourcement, un moyen de connexion au Divin.

La principale manifestation associée aux douleurs dans notre série a été la fatigue chronique (63, 3%). Pour les patients fibromyalgiques, la fatigue au réveil est presque toujours présente accompagnée de la sensation de n'avoir pas dormi. Au cours de la journée, le sentiment de fatigue fluctue en fonction de l'activité physique et nécessite des pauses régulières. D'autres auteurs ont rapporté cette fatigue chronique dans des proportions plus importantes de 75 voire 95% [17,18].

Les principales étiologies incriminées par les patients ont été la dépression et l'anxiété, l'épuisement professionnel et le stress. La place des contraintes professionnelles est donc déterminante dans la survenue de cette affection, selon les patients.

3.3. Répercussions socioprofessionnelles de la fibromyalgie

Que ce soit pour les activités de la vie journalière, les activités professionnelles ou les interactions sociales, les patients ont été affectés.

La plupart des enquêtés (80%) de l'étude décrivent un tissu social nettement diminué depuis l'apparition des douleurs. La fréquence des visites à la grande famille et aux amis a progressivement diminué, laissant comme seul contact social la famille nucléaire. En effet, ces patients sont contraints de réduire leurs activités et sont finalement confinés au domicile.

Jasson et al ont obtenu des résultats similaires dans leur étude dans laquelle 63% des malades décrivent des perturbations sociales ; dans 54% des cas, les relations familiales avec les proches sont gravement perturbées [8]. Aussi, selon Aïni et al, le discours des patients fibromyalgiques serait souvent empreint du sentiment de ne plus intéresser les proches, d'une angoisse d'abandon et, à long terme d'une crainte d'isolement total [6].

CONCLUSION

La fibromyalgie, affection marquée essentiellement de douleur chronique affecte de manière considérable les patients

au quotidien, dans leur cadre de vie familial, social et professionnel. Outre les moyens médicamenteux, une éducation thérapeutique et accompagnement psychologique de ces patients sont donc déterminants dans leur prise en charge.

REFERENCES

- [1] GORDON DA. Fibromyalgie- Document de travail à l'intention du Tribunal d'appel de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail. Toronto, 2003, 15 p.
- [2] NEERINCKX E, VAN HOUDENHOVE B, LYSSENS R, VERTOMMEN H. What happens to the fibromyalgia concept? Clin Rheumatol 2000, 19.: 1-5.
- [3] MEASE P. Fibromyalgia syndrome: review of clinical presentation, pathogenesis, outcome measures and treatment. J Rheumatol 2005, Suppl 75: 6-21.
- [4] WOLFE F, SMYTHE HA, YUNUS MB, BENNETT RM, BOMBARDIER C, GOLDENBERG DL. *The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia*. Report of the multicenter criteria committee. Arthritis Rheum 33(2). 1990: 160-72.
- [5] GIRARD E. Attributions causales de la maladie de patients souffrant de douleurs chroniques. Thèse de doctorat en Médecine: Univ. Genève, no. Méd 10481. 2006 : 16.
- [6] AINI K, CURELLI-CHEREAU A, ANTOINE P. L'expérience subjective de patients avec une fibromyalgie : analyse qualitative. Annales Médico-psychologiques revue psychiatrique 2010, 168(4):255-62.
- [7] YUNUS MB. The role of gender in fibromyalgia syndrome. Curr Rheumatol Rep 2001, 3(2) : 128-34.
- [8] JASSON MC. 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
- [9] JAVIER RM, PIERROT S. Les hommes et les femmes sont-ils différents face à la douleur ? Quel impact pour la pratique du rhumatologue ? Joint Bone Spine 2010, 77 : 227-9.
- [10] MARCHAND S. Influences des hormones sexuelles sur les mécanismes endogènes impliqués dans le développement et la persistance de la douleur. Douleurs, 2006 ; 7: p12.
- [11] MATTHEWS SG, OWEN D, BANJANIN S, ANDREWS MH. Glucocorticoids, hypothalamo-pituitary-adrenal (HPA) development, and life after birth. Endocr Res 2002, 28: 709-718.

- [12] BELGRAND L, SO A. Critères de diagnostic de la fibromyalgie. Rev Med Suisse 2011, 7 : 604-8.
- [13] PERRUCHOUD C. La fibromyalgie. In : PERRUCHOUD C, ALBRECHT E, MORET V. Manuel pratique d'algologie- Prise en charge de la douleur chronique. Elsevier Masson, Issy-les-Moulineaux 2017.171-178.
- [14] BANNWARTH B, BLOTMAN F, ROUÉ-Le Lay K, CAUBÈRE JP, ANDRÉ E, TAÏEB C. Fibromyalgia syndrome in the general population of France: a prevalence study. Joint Bone Spine 2009, 76(2) : 184-7.
- [15] MAQUET D, DEMOULIN C, CROISIER JL, CRIELAARD JM. Benefits of physical training in fibromyalgia and related syndromes. Annales de réadaptation et de médecine physique 2007, 50(6): 363-8.
- [16] COICHARD CG, CABANE J, BERENBAUM F, BOUREAU F. Intérêt d'une prise en charge plurimodale et pluridisciplinaire du patient fibromyalgique. Revue du rhumatisme 2003, 70 : 354-7.
- [17] GARNIER P, KEITA D. La fibromyalgie. Revue de médecine du travail 2000, 27(3) : 152-4.
- [18] CEDRASCHI C, DESMEULES J, LUTHY C. Aspects psychologiques de la fibromyalgie. Revue du rhumatisme 2003, 70 : 331-6.