
FIBROMYALGIE : ASPECTS THÉRAPEUTIQUES ACTUELS, PLACE DE LA BALNÉOTHÉRAPIE

Éric THOMAS¹, Christian HERISSON², Francis BLOTMAN¹

Résumé

La fibromyalgie, affection fréquente, entraîne, souvent, une lourde invalidité pour des patients considérés par beaucoup comme purement psychiatriques. Les aspects psychologiques sont, certes, importants et contribuent à aggraver le handicap. Ils ne suffisent pas à expliquer l'ensemble des troubles. Les récentes recommandations de l'EULAR sur la prise en charge de la fibromyalgie insistent sur la nécessaire intrication de traitements pharmacologiques et non pharmacologiques. Parmi ceux-ci, l'exercice tient une place importante. L'hydrothérapie en constitue une modalité dont l'intérêt sur la douleur, l'humeur et l'état général est bien démontré par plusieurs essais contrôlés. La crénothérapie paraît une voie intéressante à valider pour traiter ces patients.

Mots clés : Fibromyalgie, Douleurs chroniques, Thérapeutique, Hydrothérapie

Abstract

Fibromyalgia is a common rheumatologic condition characterised by chronic wide spread pain with hyperalgesia and allodynia. Among associated features, fatigue, depression, anxiety, sleep disturbances, irritable bowel are very common. Psychological problems do not resume fibromyalgia. EULAR recommendations for the management of fibromyalgia syndrome insist on a multidisciplinary approach with a combination of pharmacological and non pharmacological treatment modalities. Individually tailored exercises are beneficial for patients. Hydrotherapy is effective and allows patients to do more easily exercises. Crenotherapy may be a good way for hydrotherapy.

Key words : Fibromyalgia, Chronic pains, Therapy, Hydrotherapy

Sans lésion anatomique définie, sans signe biologique caractéristique, sans explication physiopathologique univoque [3], la fibromyalgie est fréquente (environ 680 000 cas en France) [4], avec un important retentissement sur la qualité de vie et un coût important pour la société.

Des recommandations récentes concernant sa prise en charge ont été récemment mises en ligne par la Ligue Européenne contre le Rhumatisme (EULAR) [9]. L'hydrothérapie en général, et le thermalisme en particulier, peuvent jouer un rôle important dans la prise en charge multidisciplinaire nécessaire

¹. Service de Rhumatologie, Hôpital Lapeyronie 34295 Montpellier Cedex 5 Courriel : f-blotman@chu-montpellier.fr

². Service de Médecine physique et réadaptation, Hôpital Lapeyronie 34295 Montpellier Cedex 5

La fibromyalgie et ses principaux signes

Il s'agit, surtout, de femmes (80 %), même si l'homme peut, aussi, être touché avec d'ailleurs des formes graves. Le début de la maladie est habituellement à la trentaine, souvent, après un traumatisme psychologique ou physique. Les douleurs sont l'élément constant du tableau clinique, douleurs intenses, diffuses, rebelles. Ce sont des douleurs vertébrales (cervicales, dorsales, lombaires, coccygiennes, arnoldalgies) et / ou articulaires et musculaires diffuses. Elles sont, en général, rebelles aux anti-inflammatoires non stéroïdiens et aux antalgiques habituels. Elles peuvent s'associer à une impression de gonflement articulaire matinal avec raideur.

Critère important pour le diagnostic, les douleurs s'accompagnent d'un grand nombre de signes fonctionnels. Le premier, quasi-constant, est la fatigue, intense, surtout matinale, mais aussi fatigabilité pour le moindre effort. Les malades sont souvent plus gênées par la fatigue que par la douleur. Cette fatigue est accompagnée d'un sommeil non réparateur. Les contractures musculaires, avec impression de muscles noués, sont également très habituelles. De multiples autres plaintes sont possibles : fourmillements des mains, troubles digestifs avec colon irritable, troubles de l'articulé dentaire, hypotension artérielle, cystalgies à urines claires...

L'ensemble des symptômes est très aggravé par le stress, le surmenage, le repos trop prolongé, le temps froid et humide, amélioré par le repos, une activité modérée, un temps sec et chaud.

La fibromyalgie peut être suspectée sur l'association, chez une femme, de douleurs diffuses, chroniques et de différents signes fonctionnels. Les critères actuellement utilisés pour le diagnostic (critères de l'American College of Rheumatology ou ACR [37]) comportent les douleurs chroniques de plus de trois mois et 11 points douloureux sur 18. Ces critères de l'ACR, en fait critères de classification plus que critères de diagnostic, posent de multiples problèmes [24]. Le plus important, à notre sens, est l'absence de distinction et la confusion avec les fibromyalgies secondaires. Syndrome de Gougerot-Sjögren, polyarthrite rhumatoïde, hypothyroïdie, spondylarthropathies, pour ne citer que les plus fréquentes, à l'évidence, imposent des thérapeutiques spécifiques.

Clairement, il n'y a pas de "gold" standard biologique pour le diagnostic de fibromyalgie, qui ne peut être qu'un diagnostic d'exclusion, nécessitant un bilan biologique minimum (recherche d'un syndrome inflammatoire, d'anomalies immunologiques, etc.).

Les principaux éléments de physiopathologie

Nous ne les envisagerons que de façon très schématique, ne retenant que les éléments essentiels pour la thérapeutique.

La fibromyalgie apparaît comme un trouble de la modulation de la douleur avec hyperalgésie et allodynie, baisse de perception du seuil de la douleur. Un traumatisme physique ou psychologique déclenchant est habituel. Un terrain particulier (agrégation familiale), peut-être génétique, est probable [8]. Différents facteurs peuvent expliquer

l'apparition de l'hyperalgésie et de l'allodynie. Les troubles psychologiques sont habituels, aboutissant au cinglant : "c'est dans votre tête", souvent asséné à ces patients. La dépression est certes habituelle, avec des signes communs évidents (douleur, fatigue), mais elle peut avoir précédé la pathologie et ne plus être au premier plan. La dépression ne résume pas la fibromyalgie. Les troubles anxieux, parfois critiques, avec bouffées d'angoisse, malaises, fourmillements, troubles divers sont habituels, assimilables aux crises observées dans la classique spasmophilie. Kinésiophobie, peur du mouvement et peur de la douleur avec hypervigilance aggravent la situation et vont majorer l'impotence par l'amplification du déconditionnement à l'effort. La situation psychologique est aggravée par le catastrophisme [22] : "sensation d'être seul, sans secours ; la situation est mauvaise et ne peut que s'aggraver. Les autres ne me comprennent pas et me laissent tout seul au bord du chemin avec mes problèmes". L'information et une véritable éducation thérapeutique du patient et de sa famille permettent d'améliorer ce catastrophisme, responsable de 50 % de la variance des douleurs chroniques. L'hypersensibilité au stress, quelle qu'en soit la nature (bruit, odeurs, lumière, froid...) se retrouve dans la grande fréquence des effets secondaires des médicaments utilisés. Les techniques de relaxation sont efficaces.

De nombreuses anomalies organiques, périphériques ou centrales, ont été observées parallèlement aux troubles psychologiques. La contracture musculaire est constante. Il existe, de fait, de multiples anomalies musculaires [25], mais qui paraissent plus la conséquence que la cause de la fibromyalgie, par hypoxie relative du muscle. Les techniques de kinésithérapie, en particulier le stretching, peuvent contribuer à diminuer la contracture.

Le système nerveux central est très probablement en cause. Des modifications de la vascularisation cérébrale sont connues depuis 1995 [30] et les perturbations fonctionnelles ont été confirmées par de nombreux auteurs, en particulier l'équipe de Gracely et Clauw [19-20] par IRM fonctionnelle. Il existe une sensibilisation du système nerveux central [12] avec un phénomène de "wind up", un peu à la manière des douleurs des membres fantômes. Les anomalies des neuro-médiateurs (sérotonine, adrénaline, dopamine, substance P...) en sont probablement responsables. Elles rendent compte, probablement aussi, des troubles du sommeil, avec des perturbations du sommeil lent profond ("rythme alpha-delta", quasi-constant chez les fibromyalgiques) [29]. Les anti-dépresseurs, par leur modulation de la recapture de l'adrénaline et / ou de la sérotonine modifient profondément les neuro-médiateurs, améliorant les douleurs, les troubles du sommeil et l'humeur. L'appareil hypothalamo-hypophysaire, responsable de la réponse au stress, connaît aussi des perturbations, tout comme le système sympathique. Le dernier élément à prendre en compte est le déconditionnement à l'effort [28]. Conséquence des douleurs chroniques et de la peur du mouvement, il aggrave le handicap. L'exercice physique est donc indispensable.

La prise en charge actuelle de la fibromyalgie

Les recommandations de l'EULAR [9] insistent sur plusieurs éléments (tableau 1), en particulier, sur l'intégration nécessaire de thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses.

Recommandations	Niveau de preuve	Grade
Générales		
Nécessité d'une évaluation détaillée de la douleur, de la fonction et du contexte psycho-social. La fibromyalgie est un état complexe et hétérogène avec une anomalie de la modulation de la douleur et de multiples signes associés.	IV	D
Le traitement optimal nécessite une approche multidisciplinaire avec prise en charge pharmacologique et non pharmacologique adaptée, tenant compte de l'intensité de la douleur, du retentissement fonctionnel et des signes associés tels que dépression, fatigue et troubles du sommeil, discutés avec la patiente.	IV	D
Prise en charge non pharmacologique		
L'hydrothérapie avec ou sans exercices est efficace dans la fibromyalgie.	II a	B
Un programme d'exercices adaptés individuellement, comportant des exercices aérobies et de renforcement musculaire peut améliorer certains patients fibromyalgiques.	II b	B
Les thérapeutiques cognitivo-comportementales peuvent bénéficier à certains patients fibromyalgiques.	IV	D
On peut utiliser, selon les besoins individuels des patients, d'autres thérapeutiques, comme la relaxation, la rééducation, la physiothérapie, une aide psychologique.	II b	C
Prise en charge pharmacologique		
Le tramadol est efficace dans la fibromyalgie.	I b	A
Les antalgiques standards, comme le paracétamol et les opioïdes faibles peuvent être utilisés. Les corticoïdes et les opiacés ne sont pas recommandés.	IV	D
Les anti-dépresseurs, amitriptyline, fluoxétine, duloxétine, milnacipran, moclobémide et pirlindole diminuent la douleur et, souvent, améliorent la fonction ; ils sont donc recommandés dans la fibromyalgie.	I b	A
Le tropisetron, le pramipexole et la pregabaline diminuent la douleur et sont recommandés dans le traitement de la fibromyalgie.	I b	A

Tableau 1 : Les recommandations de l'Eular (traduit et adapté de Carville et al [9])

L'information du patient est un premier élément indispensable, permettant en particulier, de lutter contre le catastrophisme. Le diagnostic de fibromyalgie permet souvent de supprimer l'incertitude, de diminuer, ensuite, les coûts médicaux, en arrêtant de multiples examens complémentaires sans intérêt [1]. Un support familial, l'empathie des soignants, un règlement rapide de conflits professionnels, sociaux sont également importants.

Le traitement pharmacologique [5,34] repose, d'abord, sur les antalgiques de paliers I et II de l'OMS. Le chlorhydrate de tramadol a été particulièrement étudié dans la fibromyalgie où il est efficace sur les douleurs. Les morphiniques ne sont pas recommandés. Les anti-convulsivants (gabapentine, clonazepam, pregabaline) sont également largement prescrits. Une somnolence exagérée est fréquente avec ces médicaments. Le clonazepam est à éviter en cas de syndrome d'apnées du sommeil associé. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les corticoïdes ne sont pas recommandés. L'acupuncture peut être utile.

Les anti-dépresseurs sont efficaces sur les douleurs, la fatigue, même si le sujet n'est pas déprimé. Une dizaine d'études contrôlées ont montré l'efficacité de l'amitryptiline. Les anti-dépresseurs plus modernes ont également fait la preuve de leur intérêt. La fluoxetine, la duloxetine, le milnacipran, le moclobemide, le pirlindole sont utilisables. Le problème reste la tolérance, souvent médiocre en liaison avec l'hyper-réactivité au stress, que nous avons déjà indiquée. Les nouveaux anti-dépresseurs, plus sélectifs, seront, peut-être, mieux supportés. Les hypnotiques sont souvent utiles, en évitant les benzodiazépines dont l'action sur le sommeil lent profond n'est pas très bénéfique au cours de la fibromyalgie.

Parmi les traitements non pharmacologiques, les techniques cognitivo-comportementales, la relaxation sont importantes pour améliorer la tolérance au stress, diminuer les contractures musculaires. Ceci peut être complété par un support psychothérapique, quelle qu'en soit la forme.

L'exercice physique et l'hydrothérapie complètent le traitement.

Exercice physique, hydrothérapie et thermalisme

Nous les considérons comme essentiels à la prise en charge des patients fibromyalgiques. Le niveau de preuve dans la revue de l'EULAR est bon (niveau II, avec un grade B pour l'hydrothérapie). L'expérience quotidienne en montre l'intérêt.

L'exercice physique

Les exercices physiques [16-18,26-27,29,33,36] comprennent trois axes essentiels : entraînement aérobie, renforcement musculaire et étirements, utilisés seuls ou en combinaison. Certains programmes associent des techniques cognitivo-comportementales [13,35]. L'efficacité de l'exercice est démontrée sur la douleur, le seuil douloureux, l'humeur, l'état général par Dupree-Jones dans une méta-analyse de 46 études [14].

Certaines règles [32] doivent être respectées dans la prescription de l'exercice : personnalisation, progressivité, faible intensité au départ. Les exercices collectifs peuvent être utiles pour diminuer la sensation d'isolement des patients fibromyalgiques. La durée des

premiers exercices peut être courte, d'une dizaine de minutes, puis progressivement augmentée, de 10 % environ, lorsque le patient se sent confortable. Les résultats sont d'autant meilleurs que parallèlement, on a agi par les autres thérapeutiques pharmacologiques et non pharmacologiques sur la douleur et le stress. Rooks insiste aussi sur le nécessaire accord entre le patient et le thérapeute. Parmi les activités aérobies proposées, la marche est facile à pratiquer, facile à doser, bien acceptée. Une alternative est la pratique du vélo. Les exercices de stretching sont également utiles pour diminuer les contractures. Difficile à faire admettre au départ par des patients fatigués, douloureux, l'exercice est, néanmoins, fondamental pour la lutte contre le déconditionnement.

L'hydrothérapie

L'action décontracturante de l'eau chaude, le principe d'Archimède font de l'hydrothérapie une modalité particulièrement intéressante pour l'exercice. La revue générale de Gowans [17], basée sur 8 essais thérapeutiques randomisés en piscine, avec, certes, des programmes hétérogènes en termes de durée (6 à 24 semaines), du nombre de séances (1 à 3 par semaine), d'exercices réalisés, aboutit à des conclusions très positives, avec une efficacité comparable à celle des exercices à sec, l'hydrothérapie étant, peut-être, plus efficace sur le sommeil et l'humeur [2,11,21,23,31]. Les résultats se maintiennent pendant plusieurs mois, voire 2 ans. Cedraschi [10] aboutit à des résultats analogues à partir d'un programme de 6 semaines d'hydrothérapie, associé à une éducation du patient. L'hydrothérapie paraît particulièrement intéressante chez les sujets ayant peur que l'exercice exacerbe leurs douleurs.

Deux études ont spécifiquement porté sur le thermalisme : Buskila dans la Mer Morte [7] et Evcik [15] en Turquie, à Afyon avec des eaux thermales entre 36 et 60°. Les résultats sont positifs sur le nombre de points douloureux, l'échelle visuelle analogique de la douleur, les questionnaires spécifiques de la fibromyalgie, en particulier, le questionnaire d'impact de la fibromyalgie (FIQ).

La cure thermale idéale pour la fibromyalgie

À côté des thérapeutiques pharmacologiques, nous avons essayé de montrer l'utilité de l'exercice physique et de l'hydrothérapie. Le thermalisme peut être une voie, encore insuffisamment utilisée et prouvée, de traitements de ces malades difficiles. Informer les médecins thermaux sur la fibromyalgie est un premier temps important, à charge pour eux de le retransmettre aux personnels soignants pour qu'ils fassent bénéficier les fibromyalgiques d'une empathie active. La fibromyalgie peut souvent se résumer pour les malades à une simple phrase qu'il faut faire mentir : "j'ai mal partout depuis toujours et personne ne m'a jamais écouté, ni compris, ni aidé". La cure peut les aider. Le premier moment devrait être une reprise d'information sur la pathologie, certes, maladie chronique, mais qui, contrairement à ce que pensent beaucoup de patients, de façon exprimée ou non, n'aboutit jamais au fauteuil roulant. La cure pourrait être également l'occasion de l'information de la famille sur les difficultés réelles de la patiente. La cure proprement dite devrait être complétée d'exercices pour le reconditionnement à l'effort, en

suggérant des parcours de marche et d'activités de stretching. Une bonne cure devrait, également, permettre un soutien psychologique par des groupes de paroles permettant de diminuer le sentiment fréquent d'isolement.

En conclusion, la fibromyalgie reste une entité contestée ; les malades existent et méritent une prise en charge adaptée. Le thermalisme peut les aider efficacement et finalement à peu de frais. Une validation scientifique française de cette proposition serait indispensable.

Références

1. Annemans L, Wessely S, Spaepen E et al. Health economic consequences related to the diagnosis of fibromyalgia syndrome. *Arthr Rheum* 2008;58:895-902.
2. Assis MR, Silva LE, Alves AM et al. A randomized controlled trial of deep water running : clinical effectiveness of aquatic exercise to treat fibromyalgia. *Arth Care Res* 2006;55:57-65.
3. Auquier L, Bontoux D, Loo H et al. La fibromyalgie. *La revue de Médecine interne* (2007), doi:10/1016/j.revmed.2007.08.004.
4. Banwarth B, Blotman F, Caubere JP et al. Données sur la prévalence de la fibromyalgie en France. *Rev Rhum* 2007;74: p 1002 abstract O 59.
5. Blotman F, Thomas E. What are the effective pharmacological treatments for fibromyalgia ? Fibromyalgia : from complaints to evidence. *Entretiens du Carla* 14-15 avril 2004 p 58-64. P. Fabre ed.
6. Blotman F et Branco J. *La fibromyalgie ou la douleur au quotidien*. Privat eds. Toulouse 2006. (bibliographie complémentaire)
7. Buskila D, Abu-Shakkra M, Neumann L et al. Balneotherapy at the Dead Sea. *Rheumatol Int* 2001;20:105-108.
8. Buskila D. Genetics of chronic pain states. Best practice. *Res Clin Rheumatol* 2007;21:535-547.
9. Carville SF, Arendt-Nielsen L, Bliddal H et al. EULAR evidence based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome. *Ann Rheum Dis* 2007.doi:10.1136/ard 2007.071522.
10. Cedraschi C, Desmeules J, Rapiti E et al. Fibromyalgia : a randomized controlled trial based on self management. *Ann Rheum Dis* 2004;63:290-296.
11. De Melo Vitorino DF, Coin de Carvalho LB, Do Prado GF. Hydrotherapy and conventional physiotherapy improve total sleep time and quality of life of fibromyalgia patients : randomized clinical trial. *Sleep Medicine* 2006;7:293-396.
12. Desmeules JA, Cedraschi C, Rapiti E et al. Neurophysiologic evidence for a central sensitization in patients with fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 2003;48:1420-1429.
13. Dobkin PL, Abrahmowicz M, Fitzcharles MA et al. Maintenance of exercise in women with fibromyalgia. *Arth Care Res* 2005;53:724-731.
14. Dupree-Jones K, Adams D, Winters-Stone K et al. A comprehensive review of 46 exercise treatment studies in fibromyalgia (1998-2005). *Health and Quality of life outcomes* 2006;4 :67 doi:10.1186/1477-7525-4-67.
15. Evcik D, Kizilay, Gokcen E. The effects of balneotherapy on fibromyalgia patients *Rheumatol Int* 2002;22:56-59.
16. Gowans SE et DeHueck A. Effectiveness of exercise on managment of fibromyalgia *Curr Opin Rheumatol* 2004;16:138-142.

17. Gowans SE et DeHueck A. Pool exercise for individuals with fibromyalgia *Curr Opin Rheumatol* 2007;19:168-173.
18. Gowans SE et DeHueck A. Exercise for fibromyalgia : benefits and practical advice *J Muscul Med* 2006;23:614-622.
19. Gracely RH, Petzke F, Wolf JM et al. Functional magnetic resonance imaging evidence of augmented pain processing in fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 2002;46:1333-1343.
20. Gracely RH, Geisser ME, Giesecke T et al. Pain catastrophizing and neural responses to pain among persons with fibromyalgia. *Brain* 2004;127:835-843.
21. Gusi N, Tomas-Carus P, Hakkinen A et al. Exercise in waist-high warm water decreases pain and improves health related quality of life and strength in the lower extremities in women with fibromyalgia. *Arth Care Res* 2006;55:66-73.
22. Hassett AL, Cone JD, Patella SJ et al. The role of catastrophizing in the pain and depression of women with fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum* 2000;43:2493-2500.
23. Jentoft ES, Kvalvik AG, Mengshoel AM. Effects of pool-based and land-based aerobic exercise on women with fibromyalgia /Chronic widespread muscle pain. *Arthr Care Res* 2001;45:42-74.
24. Kahn MF. Les critères de la fibromyalgie. Une étude critique. *Rev Rhum* 2003;70:292-294
25. Le Goff P. La fibromyalgie est-elle une maladie du muscle ? *Rev Rhum* 2006;73:418-421.
26. Mannerkorpi K. Exercise in fibromyalgia. *Curr Opin Rheumatol* 2003;17:190-194.
27. Mannerkorpi K, Iversen MD. Physical exercise in fibromyalgia and related syndromes. Best Practice. *Res Rheumatol* 2003;17:629-647.
28. McCain GA, Bell DA, Mai FM et al. A controlled study of the effects of a supervised cardio vascular training program on the manifestations of primary fibromyalgia. *Arthr Rheum* 1988;31:1135-1141.
29. Moldofsky H, Scarisbrick P, England R et al. Musculoskeletal symptoms and non REM sleep disturbance in patients with “fibrositis syndrome” and healthy subjects. *Psychosom Med* 1975;34:341-351.
30. Mountz JM, Bradley LA, Modell JG et al. Fibromyalgia in women : abnormalities of regional cerebral blood flow in the thalamus and the caudate nucleus are associated with low pain threshold. *Arthritis Rheum* 1995;38:926-938.
31. Munguia-Izquieredo D, Legaz-Arrese A. Exercise in warm water decreases pain and improves cognitive function in middle aged women with fibromyalgia. *Clin Exp Rheum* 2007;25:823-830.
32. Rooks DS. Talking to patients with fibromyalgia about physical activity and exercise *Curr opin Rheumatol* 2008;20:208-212.
33. Sprott H. What can rehabilitation interventions achieve in patients with primary fibromyalgia. *Current Opin Rheumatol* 2003;15:145-150.
34. Thomas E et Blotman F. Are antidepressants effective in fibromyalgia ? *Joint Bone Spine* 2002;69:531-533.
35. Van Koulil S, Eftting M, Kraaimaat FW et al. Cognitive-behavioural therapies and exercise programmes for patients with fibromyalgia : state of the art and future directions. *Ann Rheum Dis* 2007;66:571-581.
36. Velim V, Oliveira L, Suda A et al. Aerobic fitness effects in fibromyalgia. *J Rheumatol* 2003;30:1060-1069.
37. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB et al. The American College of Rheumatology, criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990;33:160-172.

Discussion lors de la présentation de ce travail aux Journées 2008

Francis Blotman : Il n'y a pas de critères biologiques pour affirmer le diagnostic de fibromyalgie ; par contre les travaux physiopathologiques sont très nombreux.

X : Est-ce que la fibromyalgie n'a pas remplacé la spasmophilie ?

FB : Historiquement, on parlait de la neurasthénie puis de la fibrosite et il y a un certain nombre de traits communs entre ces deux entités, en particulier les bouffées d'angoisse paroxystiques. L'efficacité du magnésium n'a pas été démontrée. La spasmophilie était très à la mode dans les années 70 et est actuellement remplacée en partie par la fibromyalgie mais il y a des points de contact indiscutables.

Patrice Queneau : Parmi ces 680 000 patients souffrant de fibromyalgie, combien vont en cure thermale ? A-t-on un recul de l'efficacité de ce traitement ?

FB : Il y a des stations qui prennent en charge cette maladie, comme Lamalou ou Barèges. On constate une amélioration de quelques mois sur les douleurs et de l'état.

Romain Forestier, Aix-les-Bains : Lorsqu'on analyse la littérature, on se rend compte que les travaux publiés sur la fibromyalgie et balnéologie sont d'un même niveau méthodologique (moyen) que dans l'arthrose des membres par exemple. Or vous nous avez montré que la balnéothérapie est recommandée par les experts dans la fibromyalgie alors qu'elle ne l'est pas dans l'arthrose des membres, du moins pour l'instant. Est-ce lié à l'absence d'alternative thérapeutique pour la première ?

FB : Il y a deux études que je vous ai présentées avec un bon niveau scientifique et des publications dans des revues à impact factor élevé. Ce n'est pas stricto sensu la crénothérapie puisqu'il s'agit d'hydrothérapie.

RF : Pensez-vous qu'il serait intéressant de mener de telles études dans nos stations ?

FB : Je me sens un peu coupable car j'avais déposé un projet d'étude en 2005 auprès de l'Afreth mais je ne suis pas allé jusqu'au bout... Il faut faire ces études car je suis convaincu de l'efficacité du thermalisme.

P Roux, Royat : Vous avez parlé des nouveaux médiateurs, du syndrome des jambes sans repos en relation avec la dopamine : est-ce que celle-ci apparaît dans les mécanismes physiopathologiques ? Une étude a été faite à Royat chez 80 patients qui montre une amélioration à 3 et 6 mois mais pas au-delà.

FB : En effet il y a une multitude de travaux sur la dopamine. En réalité la question est de relier toutes les pièces du puzzle pour en découvrir le point de départ ; on a le terrain, le traumatisme, la pathologie chez une femme hyperactive qui, un beau jour "craque" et qui n'a pas un terrain psychiatrique majeur.

PQ : Dans votre série de 80 patients à Royat, vous n'avez pas de série contrôle, j'imagine.

PR : Non. Il s'agit d'une thèse qui n'est pas encore terminée.

PQ : Vous parlez du Tramadol : agit-il plus volontiers que d'autres antalgiques de niveau 2 ?

FB : Personnellement, je n'en suis pas convaincu mais c'est cette molécule qui a été la plus étudiée.

PQ : Cette maladie est un enjeu pour nous, avec un désarroi des patients et des thérapeutes.

RF : L'impression clinique est que les patients vont mieux après une cure mais on ne guérit pas leur maladie.

PR : Vous avez parlé d'éducation thérapeutique, on peut aussi parler de nutrition. Pour certains, la fibromyalgie pourrait être en rapport avec des troubles digestifs, pour d'autres, certains micronutriments pourraient être bénéfiques. Avez-vous un avis ?

FB : Un certain nombre d'études sur régime et fibromyalgie ont été faites mais elles sont toutes négatives.

PQ : D'autres questions ?

Alain Françon, Aix-les-Bains : Je suis dans le groupe douleur de la Société française de rhumatologie et il y a une grosse demande d'évaluation du thermalisme dans cette indication. Une étude multicentrique est possible en liaison avec les sociétés savantes. Le problème est celui du recrutement.

FB : Pour moi, le problème est celui du groupe contrôle et j'avais imaginé de faire remplir des auto-questionnaires sur la douleur et la qualité de vie au moment où les gens s'inscrivent en cure et de les récupérer à l'arrivée en cure avec donc un état avant la cure, pendant et après. Faire une étude pragmatique, donc.

PQ : On a évoqué le rôle institutionnel des sociétés savantes et je pense à la Société française d'étude et de traitement de la douleur qui serait très intéressée par un protocole et où l'on aura un excellent accueil.

Olivier Dubois, Saujon : Pour nous psychiatres, ce sujet nous intéresse.