

1-2% de la population adulte
80% des femmes

FIBROMYALGIE

Examen physique
Sensibilité accrue à la pression des muscles, enthèses, os.
Sensibilité à la palpation des points de fibromyalgie : pas obligatoire.
Pas de trouvaille objective par ailleurs

Bilan initial
• FSC, VS, CRP, électrolytes, CPK
• Calcium, Phosphore, albumine
• Phosphatase alcaline
• 25-OH Vitamine D
• TSH

APPROCHE THÉRAPEUTIQUE

**NON PHARMACOLOGIQUE
+++**

1. Éducation
2. Exercice d'aérobie structuré : clinique de physiothérapie CURE (CHUS), Tai chi, aquaforme
3. Exercices d'étirements

Voir le verso s.v.p.

Douleurs diffuses :

- Supérieures et inférieures à la ceinture, droite et gauche et atteinte axiale.
- Peuvent être augmentées par activité physique, stress, froid, manque de sommeil, émotions.

Manifestations associées :

- Trouble du sommeil (non réparateur)
- Anxiété
- Humeur dépressive
- Fatigue/manque d'énergie
- Raideur prolongée mais non améliorée par l'activité physique
- Colon irritable
- Céphalées
- Dysménorrhées
- Cystalgies
- Cystite interstitielle

PHARMACOLOGIQUE (voir tableau au verso)
Approche par symptôme(s) selon les dimensions suivantes :

F : Fatigue
I : Insomnie ou troubles du sommeil

- Évaluer pour possibilité de syndrome d'apnée/hypopnée du sommeil
- Évaluer pour possibilité de syndrome des jambes sans repos

B : Blues, humeur, anxiété, dépression
R : Raideur
O : Ouch : douleur

Éviter les benzodiazépines : potentiel addictif et n'aide pas la qualité du sommeil.

Débuter toute pharmacothérapie à petites doses et augmenter lentement, à intervalles de 1-2 semaines.

Les agents pharmacologiques aident significativement environ le 1/3 des patients, seulement.

SYMPTÔME	Traitement SUGGÉRÉ	POSOLOGIE
(F) Fatigue	Duloxétine	Débuter 30 mg die augmenter q semaine, selon besoin ad 60 bid
	Venlafaxine Bupropion Mirtazapine	Voir ci-bas
(I) Insomnie (sommeil)	Prégabaline (préserve bonne architecture du sommeil);	Voir ci-bas
	Amitriptyline , nortriptyline	10 mg hs, puis augmenter ad 75 mg si requis
	Cyclobenzapine	10-50 mg/jour, doses fractionnées ou non
	Trazodone (architecture du sommeil préservée)	50-100 mg hs
	Mirtazapine	15-30 mg hs
	Zopiclone	5-7,5 mg hs
(B) Humeur (Blues)	Venlafaxine	Débuter 37,5 – 75 mg die augmenter selon besoin ad 225 mg die
	ISRS : fluoxétine ou citalopram Tricycliques (amitriptyline, nortriptyline)	10-150 mg die
	Mirtapazine	15-30 mg hs
(R) Raideur	Tramadol	Tramacet 1 co aux 6 heures augmenter ad 2 co q 6 heures si requis
	Cyclobenzaprine	10 mg le soir, peut être augmenté ad 50 mg die ou en dose fractionnée
(O) Douleur (Ouch) Penser à ajouter agent à action analgésique rapide (eg. acetaminophène, tramadol) pour traiter accès douloureux et pendant la période de titrage de pregabaline/ duloxétine/ tricycliques.	1^{er} Prégabaline	Débuter 25-50 mg HS, 12h avant éveil, augmenter de 25-50 mg chaque semaine selon sx ad 150mg, puis ajouter dose matinale progressivement, dose max 300 mg bid
	2^e Duloxétine	Débuter 15-30 mg die et augmenter chaque 2 semaines, si requis, ad 60 mg bid
	3^e Tricycliques	Voir ci-haut Note : ne pas combiner tricycliques à IRSN (duloxétine ou venlafaxine)
	4^e Acetaminophène, tramadol, Tramadol / acetaminophène	
	5^e Gabapentin	100-300 mg hs et accroître progressivement ad 800 mg tid, au besoin (alternative à la prégabaline)
Apnée du sommeil	Évaluer en pneumologie et considérer BIBAP nasal	
Syndrome des jambes sans repos	Agoniste dopaminergique :	
	Pramipexole	0,125 mg die, augmenter ad 1 mg die, par pallier de 1 semaine
	Ropinirole	0,25 mg hs, augmenter aux semaines, prn, ad max 4 mg
	L-dopa/carbidopa (sinemet)	