

La douleur myofasciale et la fibromyalgie

Robert Urbanowicz, BEng, MD, FRCPC

Cours de sciences de base en douleur chronique

Le 30 mai 2026

Conflit d'intérêt

- Aucun

Objectifs*

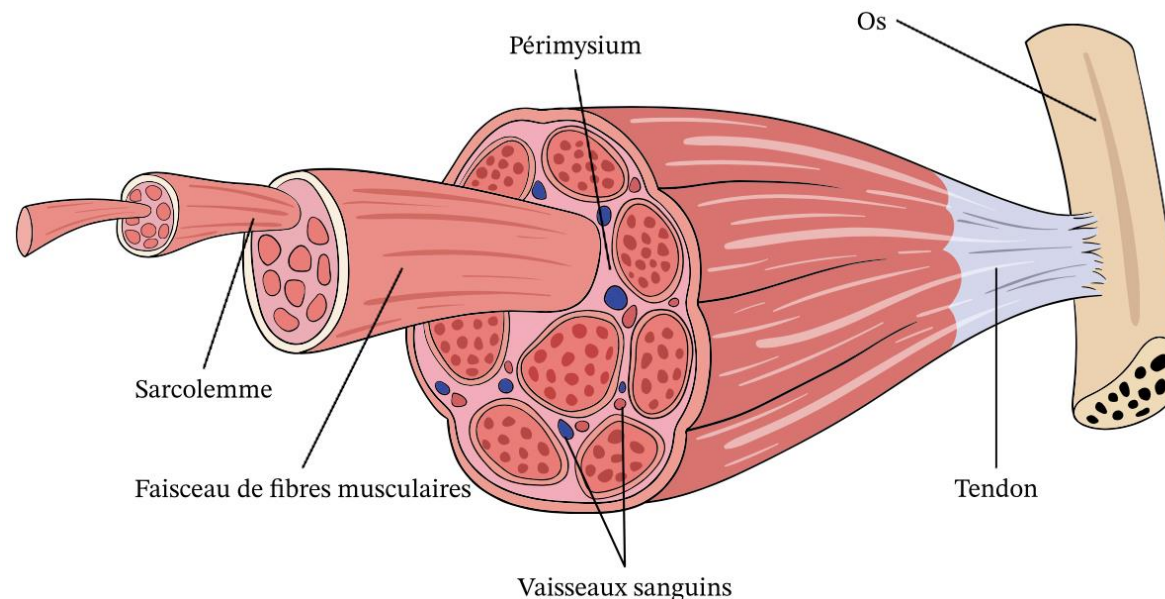
- Définir, diagnostiquer et connaître les grandes lignes de traitement du **syndrome myofascial**
- Définir, diagnostiquer et connaître les grandes lignes de traitement de la **fibromyalgie**
- Reconnaître les ressources disponibles pour les patients
- *Pas d'objectif spécifique du Curriculum National de Résidence en Anesthésiologie du Collège Royal du Canada (juillet 2022).
- *Comité de programme de la médecine de la douleur jugeait ces sujets importants pour la formation de résidence.

Syndrome myofascial



Définition du syndrome myofascial

- Syndrome douloureux des tissus mous, aigu ou chronique, local ou régional, associé à une sensibilité ou douleur localisée au niveau d'un point « gachette » (*trigger point*)
- Point « gachette »: spasme linéaire ou nodulaire le long d'un muscle ou faisceau spécifique de fibres musculaires

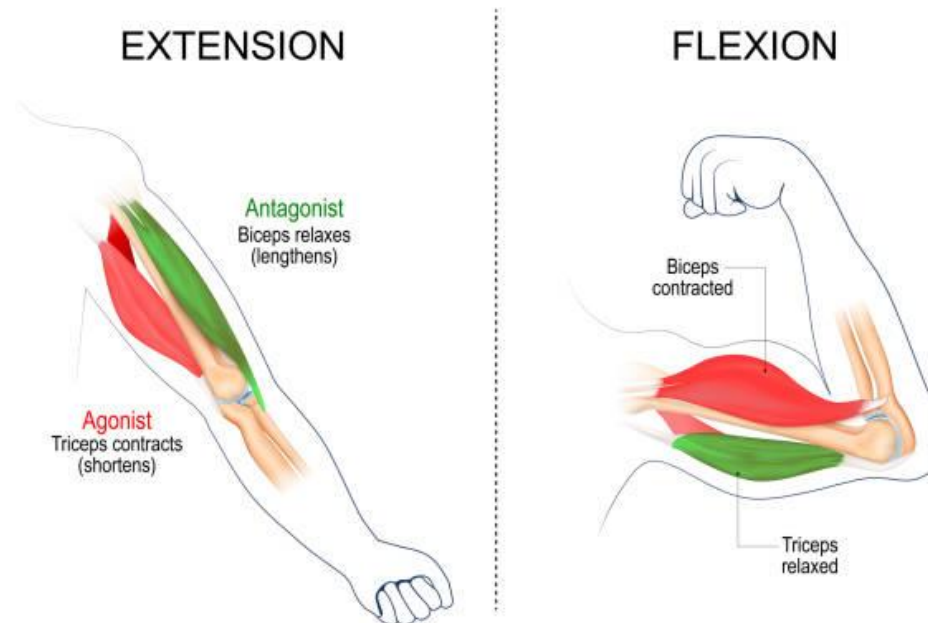


Épidémiologie

- Syndrome myofascial est une source fréquente de consultation en clinique primaire ad tertiaire
- Prévalence approximative 20-30%
- Affecte jusqu'à 85% des adultes durant leur vie
- Accompagne souvent d'autres syndromes douloureux chroniques, tels:
 - Douleur de tête et cou:
 - Céphalée tension
 - Syndrome post-Whiplash
 - Dysfonction temporo-mandibulaire
 - Bruxisme
 - Douleur lombaire mécanique (facettaire, discale, SI)
 - Douleur pelvienne (plancher pelvien et périné)

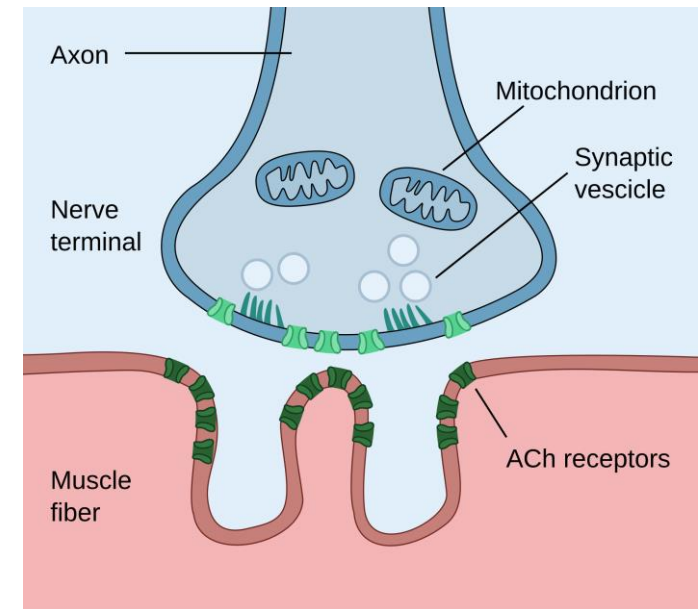
Pathophysiologie

- Tension exercée sur un muscle, **en traction ou compression**, de manière aiguë (ex.: Whiplash) ou chronique (ex.: mauvaise posture) menant à l'apparition de **contracture ou spasme**
- Manifestée sous forme de douleur qui peut se propager à toute la région musculaire ainsi qu'aux muscles antagonistes



Pathophysiologie

- Pourquoi la contracture ou le spasme persistent-ils:
 - **Libération excessive d'ACh** à la jonction neuromusculaire va dépolariser la cellule musculaire et créer une contraction prolongée
 - Contraction prolongée va:
 - provoquer une **augmentation de consommation d'énergie**
 - vasoconstricter les vaisseaux et va mener à une **hypoperfusion et ischémie**
 - ACh libérée va créer une activité électrique spontanée a/n de la jonction neuromusculaire, provoquant un spasme musculaire (*local twitch response*) à l'insertion d'une aiguille



Pathophysiologie

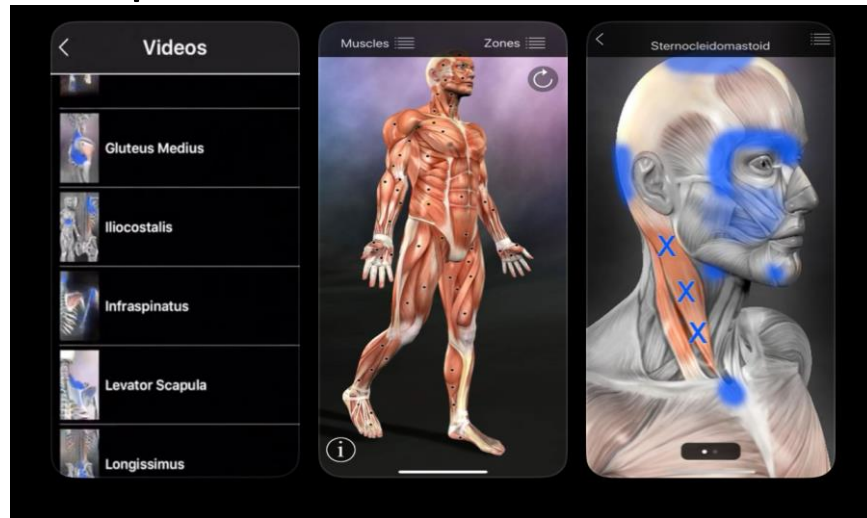
- Implication de plusieurs médiateurs:
 - Médiateurs vasoactifs + inflammatoires, neurotransmetteurs algogéniques (bradykinine, NE, sérotonine, substance P, $\text{TNF}\alpha$, interleukine 1-B) sont responsables de l'expérience douloureuse, incluant la douleur référée et le spasme douloureux
 - Libération prolongée de ces médiateurs sensibilise les nerfs périphériques nociceptifs, menant à une **sensibilisation centrale**.

Anamnèse

- Douleur:
 - Localisation: locale ou régionale
 - Type: principalement de nature somatique
 - Facteurs déclenchants: déclenchée ou exacerbée à l'activité physique, mais peut être présente au repos dans des cas sévères
 - Périodes d'exacerbations et d'accalmie
 - Peut se résorber spontanément

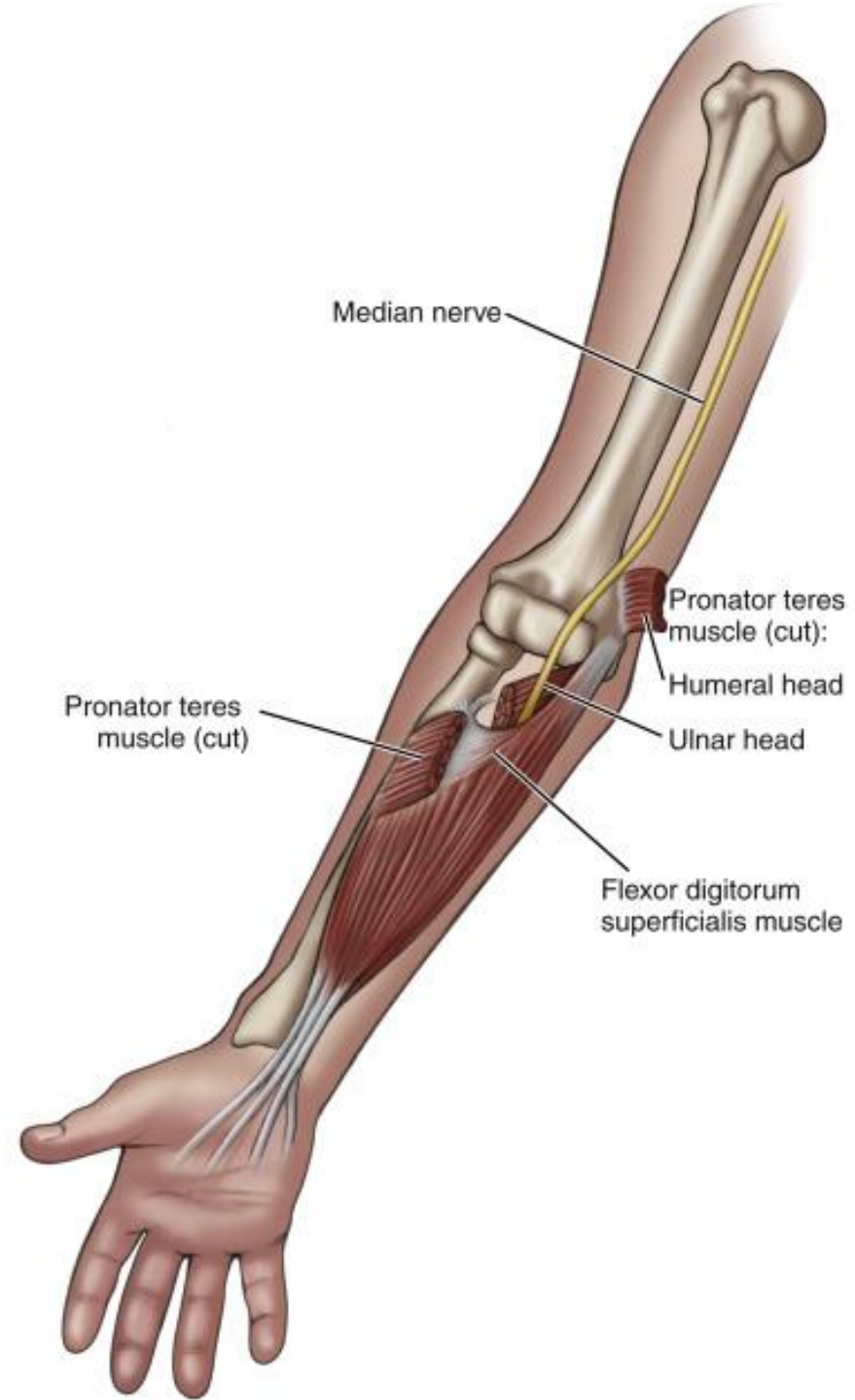
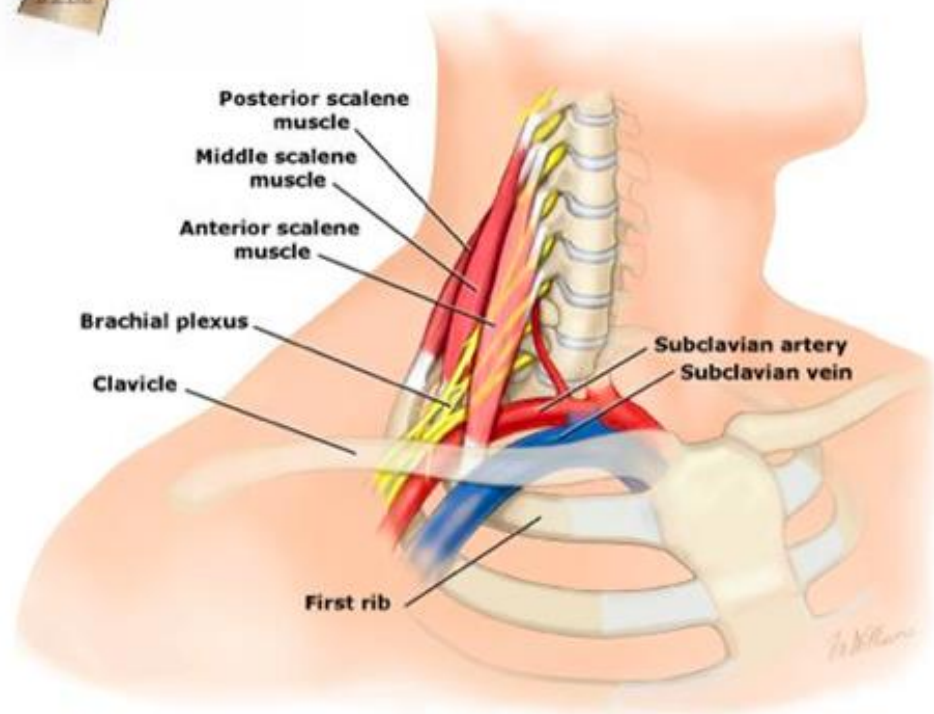
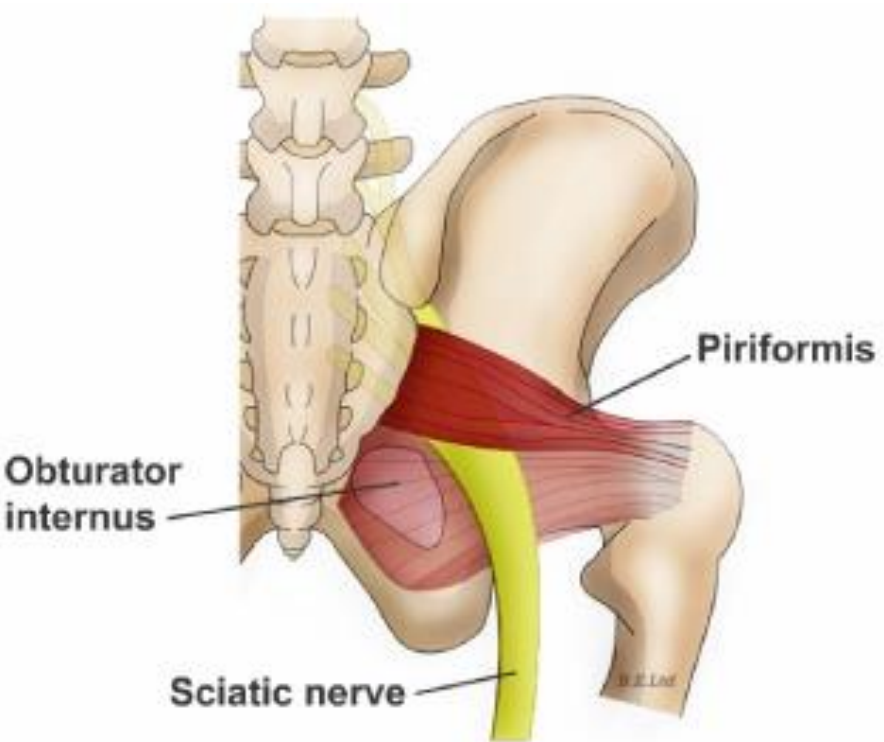
Anamnèse

- Irradiation de la douleur:
 - Selon la localisation du muscle impliqué
 - Souvent le long du trajet du muscle (origine et insertion)
 - Plusieurs applications mobiles disponibles



Anamnèse

- Les spasmes musculaires peuvent provoquer une compression nerveuse et **mimer une plexopathie ou neuropathie** (présence de douleur neuropathique):
 - Syndrome piriforme → nerf sciatique
 - Contraction du compartiment inter-scalénique → plexus brachial
 - Contraction du muscle rond pronateur du bras (*pronator teres*) → nerf médian



Anamnèse

- Important de rechercher les **éléments déclencheurs ergonomiques**:
 - Posture au travail
 - Travail manuel répétitif
 - Position lors du sommeil
- Important de rechercher les **éléments déclencheurs psychogéniques**:
 - Stresseurs de vie (familiaux, financiers, relationnels etc...)
- Associé à:
 - Sommeil perturbé
 - État dépressif ou anxieux



Examen physique

- Inspection:
 - Augmentation du diamètre du muscle, réduction de la longueur du muscle
 - Asymétrie corporelle
- Palpation:
 - Présence de points « gachette »:
 - « Fibre sur la corde raide » (*taut band*)
 - Actifs: douloureux en tout temps
 - Latents: asymptomatiques mais précipités par palpation



Examen physique

- Palpation (suite):
 - Reproduction d'une douleur **reconnue** par le patient
 - Douleur référée après 4-5 sec (suit le trajet du muscle)
- Diminution de l'amplitude de mouvement (ROM) de la région musculaire
- Faiblesse antalgique de la région musculaire

Investigations

- Aucun laboratoire nécessaire
- Diagnostic basé sur l'anamnèse et l'examen physique principalement

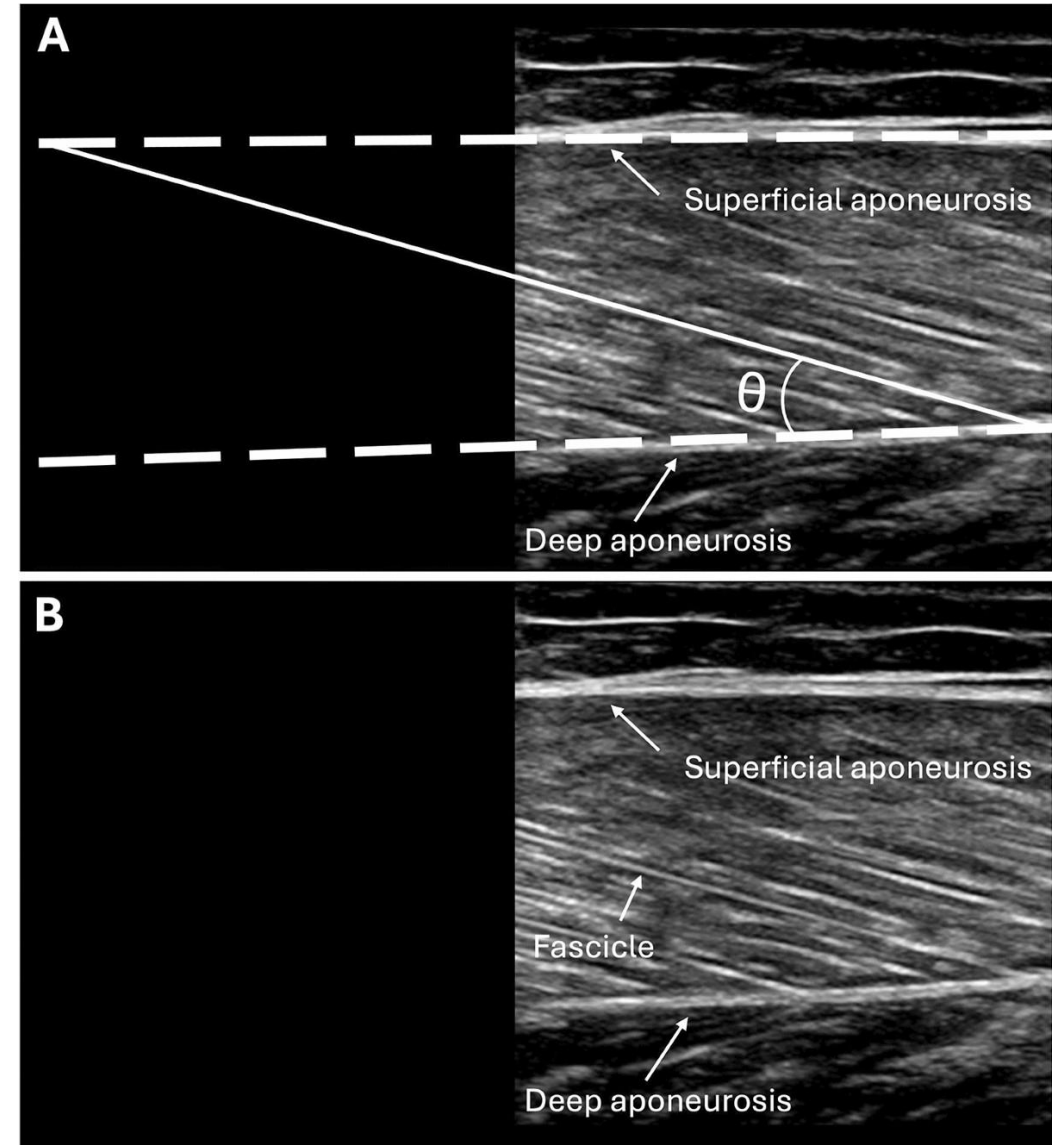
Échographie (vue longitudinale)

- Région hypoéchogène:
 - Région noire focale à l'intérieur d'un muscle
 - Secondaire à densité du tissu et contenu liquidien altéré
- Texture hétérogène:
 - Tissu irrégulier et non-continu (vs tissu uniforme dans muscle sain)



Échographie

- Angle de pennation (θ):
 - Angle entre l'orientation uniforme des fibres musculaires et l'aponévrose ou fascia musculaire
 - Modifié selon la mécanique du muscle:
 - Contraction: angle augmenté
 - Relaxation: angle diminué



Échographie

- Angle de pennation et syndrome myofascial:
 - Fibres musculaires distortionnés
 - Architecture du muscle désorganisée
 - Angle de pennation **local** augmenté ou irrégulier
 - Angle de pennation du muscle **entier** demeure préservé



Objectifs de traitement

- Spécifiques:
 - Traiter les points « gachettes » directement
- Généraux:
 - Diminuer la sensation douloureuse, anxiété, dépression
- Correctifs:
 - Identifier et réduire les facteurs précipitants et aggravants

Traitements interventionnels

- Traiter/désactiver le point « gachette »:
 - Thérapie manuelle
 - Fait par professionnel de la santé (massothérapeute, physiothérapeute, chiropraticien)
 - Permettre au muscle de reprendre sa forme initial de repos
 - Restauration de fonction normale du muscle

Traitements interventionnels

- Thérapie à l'aiguille (*needling*)
 - Geste diagnostique
 - Contraction locale à la stimulation mécanique (*local twitch response*)
 - Geste thérapeutique
 - Diminution rapide de la douleur
 - Insertion de l'aiguille **sans** injection (*dry needling*)
 - Insertion de l'aiguille **avec** injection (*wet needling*):
 - Anesthésique local
 - Toxine botulinique type A ou B

Dry Needling Versus Trigger Point Injection for Neck Pain Symptoms Associated with Myofascial Trigger Points: A Systematic Review and Meta-Analysis

Marcos J Navarro-Santana ^{1 2}, Jorge Sanchez-Infante ³, Guido F Gómez-Chiguanó ⁴,
Joshua A Cleland ⁵, César Fernández-de-Las-Peñas ^{6 7}, Patricia Martín-Casas ^{1 8},
Gustavo Plaza-Manzano ^{1 8}

Affiliations + expand

PMID: 34114639 DOI: [10.1093/pm/pnab188](https://doi.org/10.1093/pm/pnab188)

- Méta-analyse de 6 études randomisées-contrôlées
- *Wet needling* (lidocaïne) **est supérieur** au *Dry needling* pour diminuer la douleur à court terme (2 à 12 semaines) de 2.13 points
- Aucune différence sur degré d'incapacité (*disability score*), ROM cervical, seuil de pression douloureuse, score de dépression
- Grande hétérogénéité dans les études
- Aucune mention des doses de lidocaïne
- Aucune donnée à moyen et long terme (> 12 semaines)



Comparison of dry needling and trigger point manual therapy in patients with neck and upper back myofascial pain syndrome: a systematic review and meta-analysis

Jennalyn Lew , Jennifer Kim  and Preeti Nair 

Department of Physical Therapy, Samuel Merritt University, Oakland, CA, USA

- Méta-analyse de 6 études randomisées-contrôlées
- N=241 participants
- *Dry needling* vs thérapie manuelle **effet positif similaire sur la douleur et fonction** à court (1 semaine) et moyen terme (28 jours)
- Fréquence optimale des interventions reste à définir

Botulinum toxin for myofascial pain syndromes in adults

[Adriana Soares](#) ¹, [Régis B Andriolo](#), [Alvaro N Atallah](#), [Edina M K da Silva](#)

Affiliations + expand

PMID: 25062018 PMCID: [PMC7202127](#) DOI: [10.1002/14651858.CD007533.pub3](#)

[Free PMC article](#)



Cochrane
Library

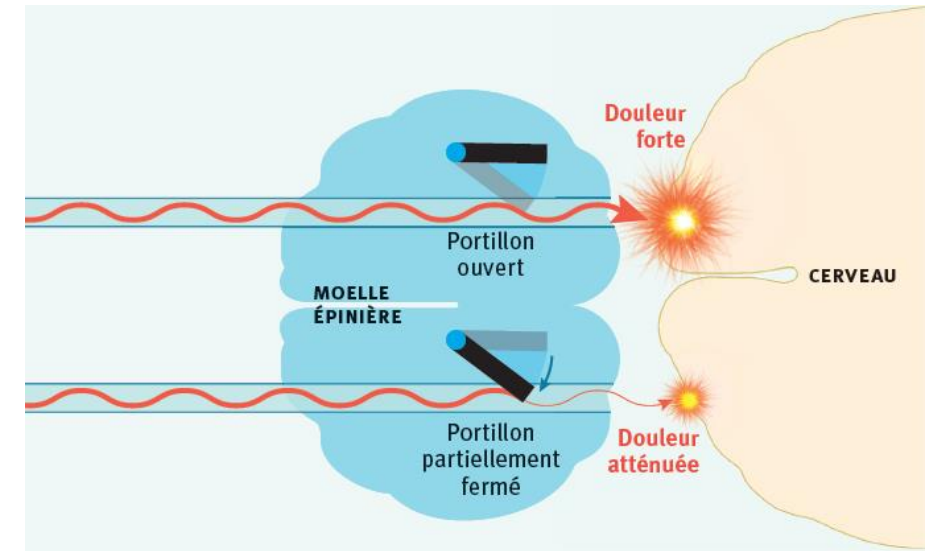
Cochrane Database of Systematic Reviews

- Toxine Botulinique (BTX):
 - Produite par bactérie *Clostridium botulinum* (7 types: A - G)
 - Toxine inhibant la contraction musculaire par blocage de l'ACh a/n jonction neuromusculaire
 - Affaibli les muscles et interrompt le cycle douloureux
- 4 études, N=233 participants, BTX A vs placebo
 - Étude #1: 145 participants, effet substantiel sur score de douleur
 - Études #2-3-4: aucun bénéfice
 - Grande hétérogénéité
 - Autres études nécessaires avec suivi à plus long terme (durée moyenne du BTX 3-12 mois)

Traitements interventionnels

- TENS

- *Transcutaneous electrical nerve stimulation*
- Permet à l'utilisateur de modifier l'influx électrique:
 - Fréquence (haute vs basse)
 - Durée
 - Intensité
- Mécanismes d'action proposés:
 - Active le système inhibiteur central
 - Augmente la production d'endorphines endogènes
 - Théorie du portillon



BMJ Open Efficacy and safety of transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for acute and chronic pain in adults: a systematic review and meta-analysis of 381 studies (the meta-TENS study)

Mark I. Johnson ¹, Carole A. Paley ^{1,2}, Gareth Jones,¹
Matthew R. Mulvey ³, Priscilla G. Wittkopf ^{1,4}

- British Medical Journal 2022
- Méta-analyse, 381 études randomisées-contrôlées, N=24 532 patients
- TENS plus efficace que placebo pour la diminution de la douleur **pendant et immédiatement après traitement** chez patients souffrants de douleur **aiguë ou chronique**
- Type de douleur et diagnostic ne modifiait pas l'effet du TENS
- Pas d'effet secondaire notable

Comparison

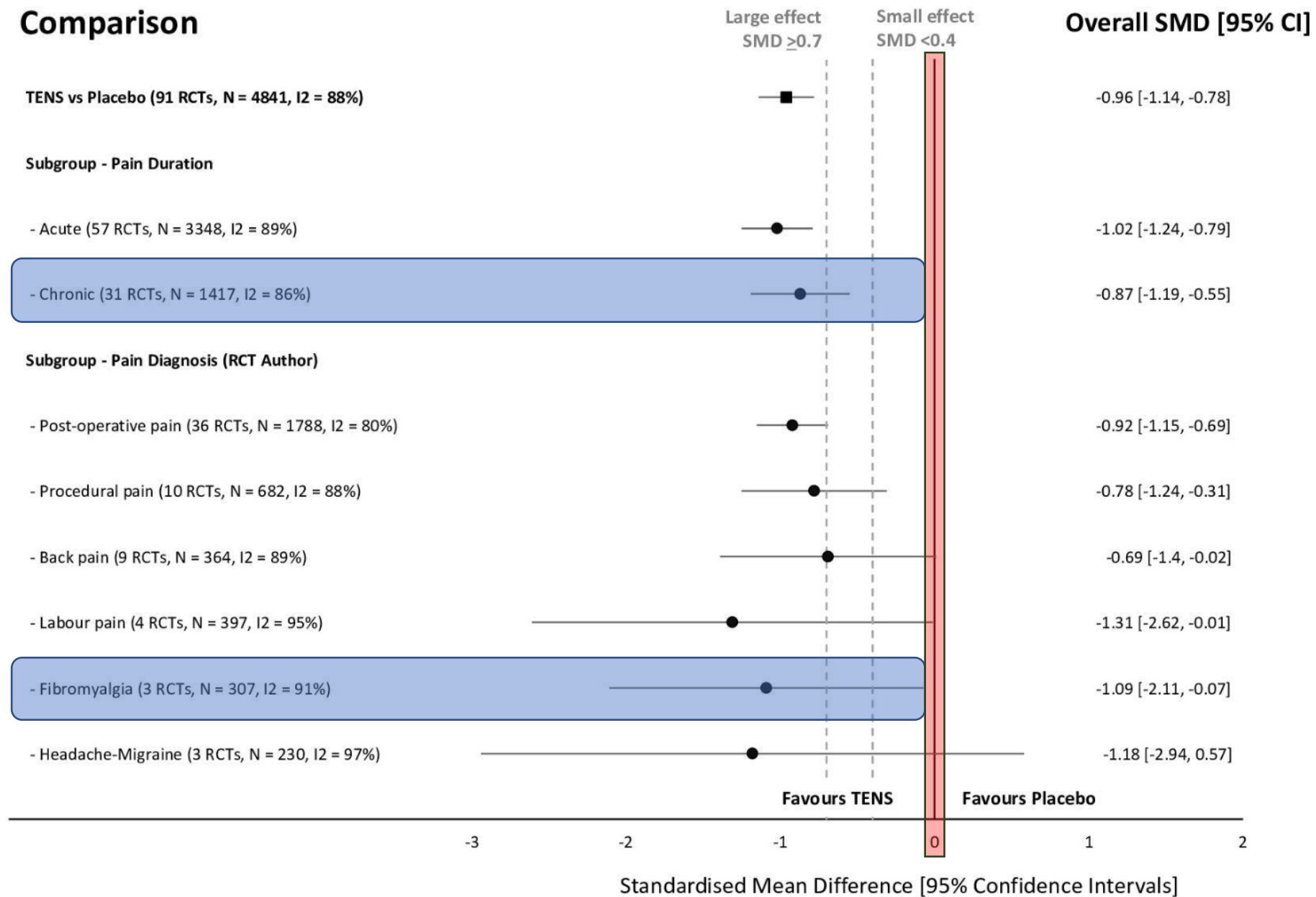


Figure 4 Summary of standardised mean difference (SMD) and 95% CI of pain intensity between TENS and placebo for types of pain in analyses with greater than 100 pooled data points in each trial arm . RCTs, randomised controlled trials; TENS, transcutaneous electrical nerve stimulation.

Comparison

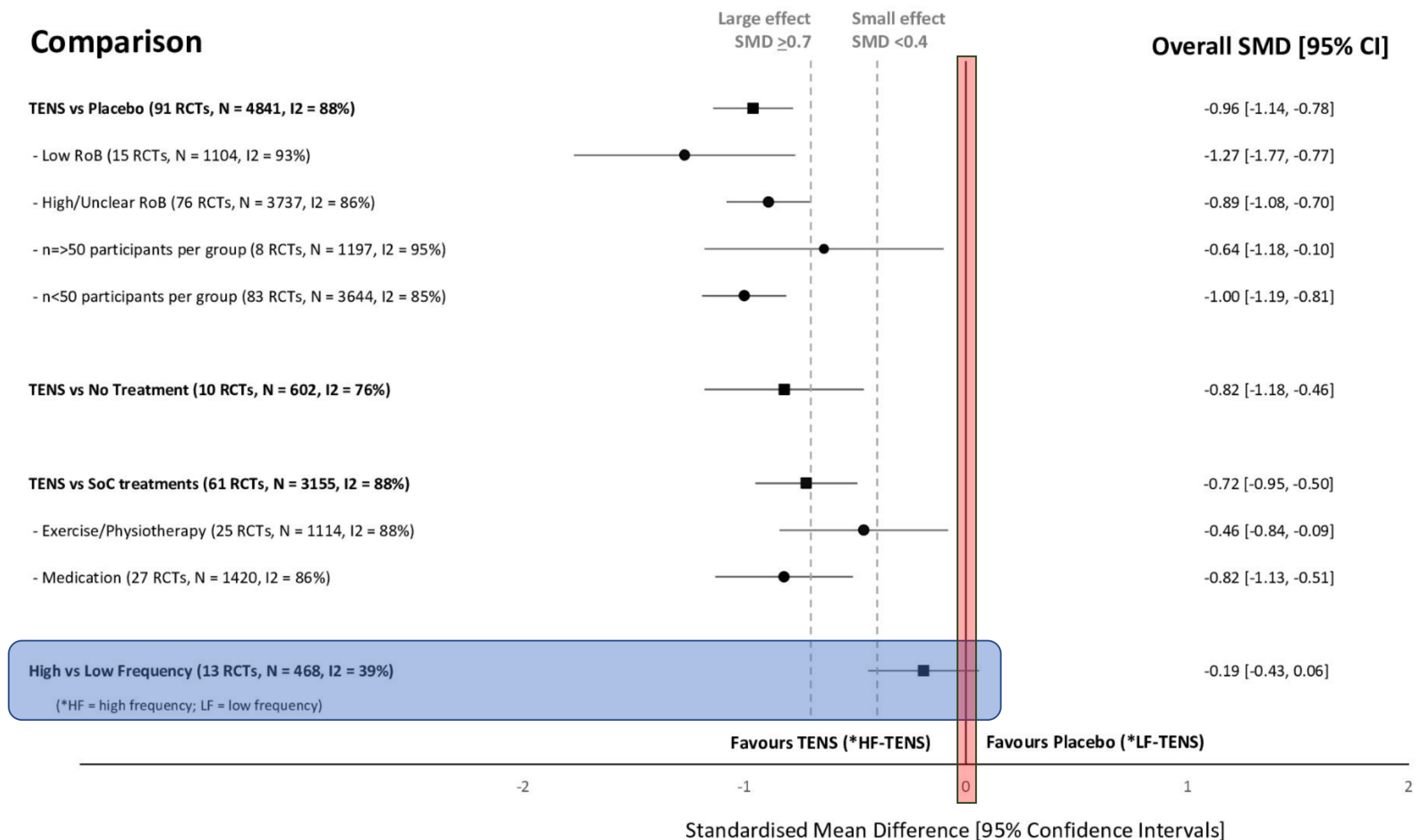


Figure 3 Summary of standardised mean difference (SMD) and 95% CI of pain intensity for intervention comparisons and subgroup analyses of risk of bias (RoB), trial arm size and type of standard of care (SoC) intervention.

BMJ Open Efficacy and safety of transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for acute and chronic pain in adults: a systematic review and meta-analysis of 381 studies (the meta-TENS study)

Mark I. Johnson ¹, Carole A. Paley ^{1,2}, Gareth Jones,¹
Matthew R. Mulvey ³, Priscilla G. Wittkopf ^{1,4}

- Utilisation du TENS ne devrait pas être basée sur le diagnostic ou caractéristique de la douleur mais plutôt sur le **symptôme douloureux** du patient.
- TENS indiqué comme ajout à thérapie standard pour diminuer la douleur, tension ou spasme musculaire
- Type de modulation électrique n'influence pas le résultat, à condition que le stimuli soit assez fort, non-douloureux et au site (ou à proximité du site) douloureux

Traitement pharmacologique

-  Acétaminophène
-  AINS pour propriété analgésique et non anti-inflammatoire
-  Relaxants musculaires:
 - Cyclobenzaprine:
 - antagoniste des récepteurs 5-HT₂, réduit l'hyperactivité motrice du SNC
 - Baclofène:
 - agoniste récepteurs GABA, réduit l'excitabilité des neurones moteurs du SNC
-  Opiacés:
 - Risque de tolérance et dépendance à long terme
-  TCA ou ISRS/IRSNA: à considérer si Sx anxiodépressifs ou sensibilisation centrale

Traitements non-pharmacologiques

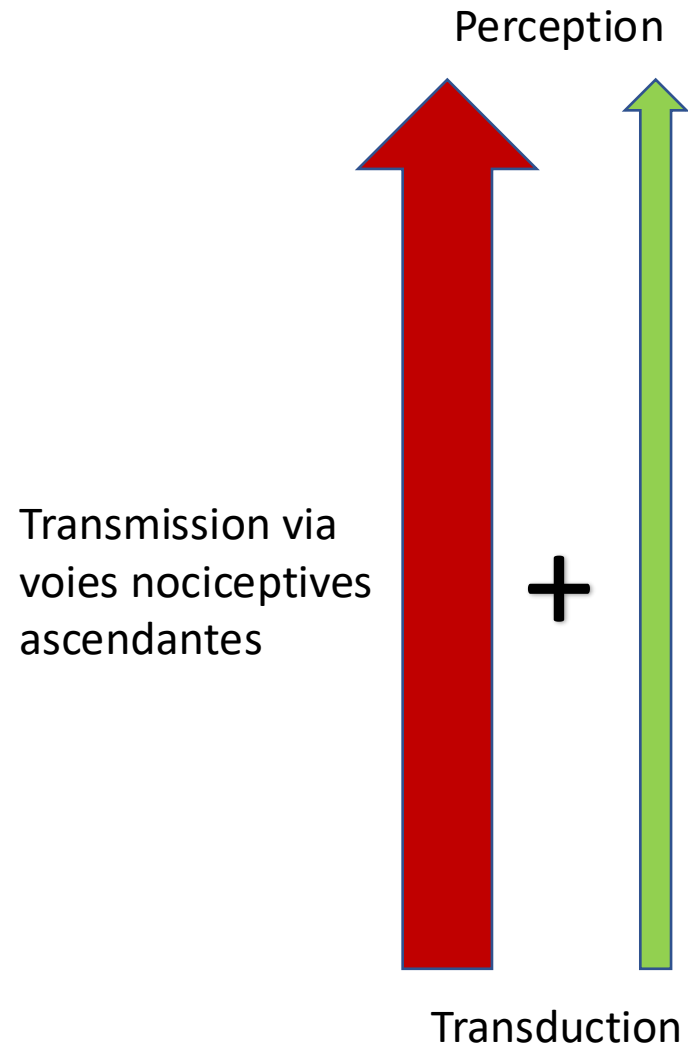
- Identification et correction des facteurs posturaux et ergonomiques (travail, sommeil)
 - Référence en physiothérapie ou ergothérapie
- Modification des stresseurs de vie (familiaux, financiers, relationnels etc...)
 - Référence en psychothérapie
- Identification et correction des facteurs nutritionnels et hormonaux
 - Référence en nutrition

La fibromyalgie

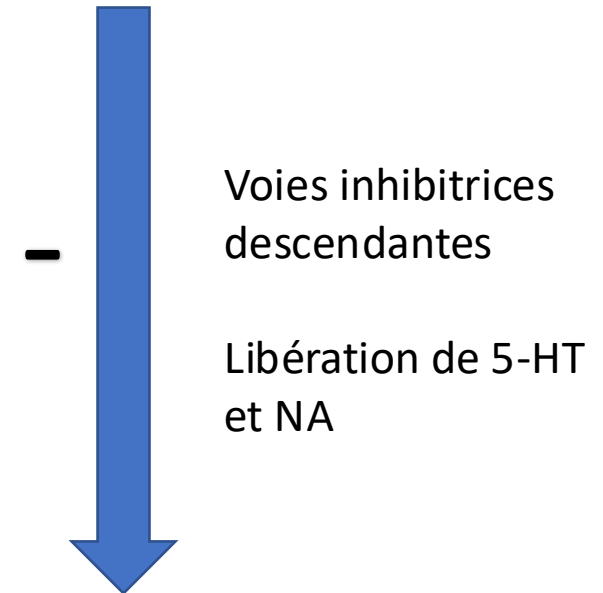
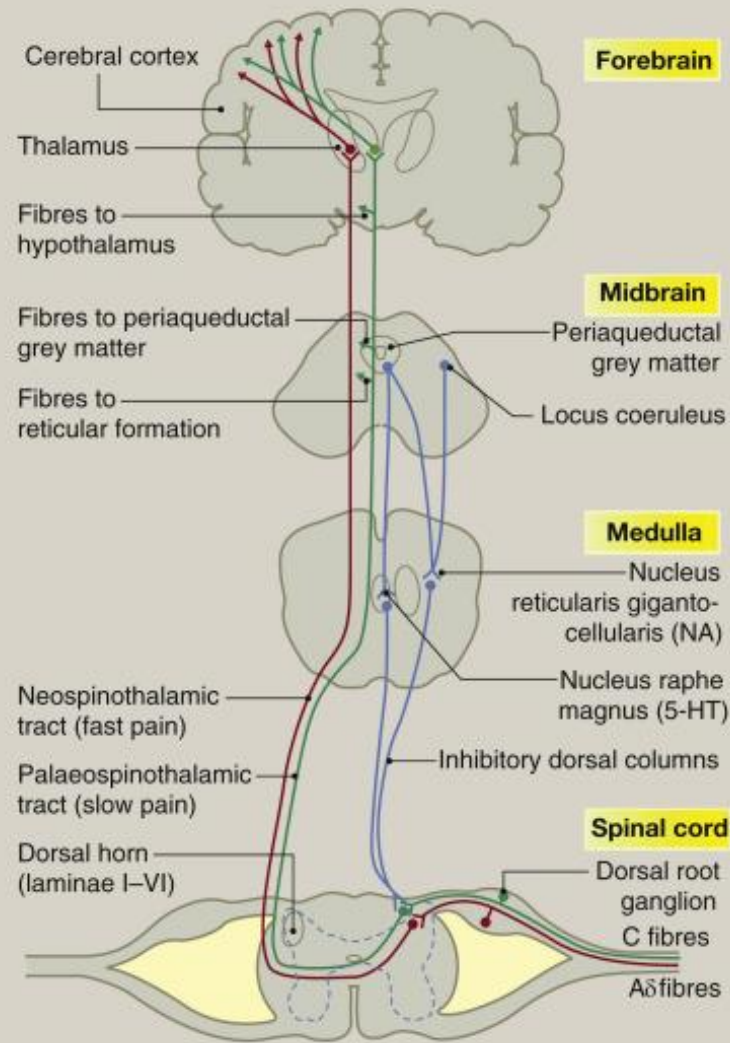


Épidémiologie

- Peut survenir à tout âge, mais surtout chez l'adulte d'âge moyen
- Facteurs précipitants:
 - Traumatisme
 - Stress physique
 - Stress émotionnel
- Facteurs génétiques expliquent la prédisposition familiale
- Prévalence canadienne 1 à 5%
- Ratio ♂vs♀ est passé de 1:6 à 1:2 depuis la modification des critères diagnostiques



Spinal and supraspinal pathways of pain



Ascending nociceptive fast (red) and slow (green) pathways.
Descending inhibitory tracts (blue).
NA, noradrenaline; 5-HT, 5-hydroxytryptamine.

Pathophysiologie

- Cause inconnue
- Modifications dans le traitement de l'information douloureuse a/n CNS
 - Diminution de l'activation du **système inhibiteur descendant**
 - **Système sérotoninergique et noradrénergique**: sérotonine et NE libérés par les voies inhibitrices descendantes, plus particulièrement les noyaux du tronc cérébral (matière grise pré-aqueducale - PAG, locus ceruleus) pour moduler la signal nociceptif a/n de la corne postérieure de la moelle épinière

Abnormal neuroinflammation in fibromyalgia and CRPS using [11C]-(R)-PK11195 PET

Seongho Seo¹, Ye-Ha Jung², Dasom Lee², Won Joon Lee³, Joon Hwan Jang^{2 4},
Jae-Yeon Lee², Soo-Hee Choi⁵, Jee Youn Moon⁶, Jae Sung Lee^{7 8 9}, Gi Jeong Cheon^{8 9},
Do-Hyung Kang¹⁰

Affiliations + expand

PMID: 33556139 PMCID: [PMC7870009](#) DOI: [10.1371/journal.pone.0246152](#)

- Neuroinflammation pourrait jouer un rôle en fibromyalgie?
 - Même pathologie que CRPS (Martinez-Lavin et al.)
 - Origine commune : hyperexcitabilité du ganglion de la corne postérieure
 - Neuroinflammation cérébrale (Seo et al.)
 - Niveau d'inflammation plus élevé chez patients atteints de FM et CRPS vs contrôles au PET scan (12 FM, 11 CRPS, 15 contrôles)
 - Neuropathie des petites fibres
- Autres études nécessaires

Anamnèse

- Douleur corporelle diffuse, 2 côtés du corps, au-dessus et sous la ceinture, de nature migratoire
- Variable en intensité dans le temps
- Durée > 3 mois
- Patients se plaignent de:
 - Douleur musculaire (surtout)
 - Douleur articulaire
 - Raideur matinale
 - Possible caractère neuropathique (DN4+) avec examen neuro N
- Absence de toute autre condition pouvant mieux expliquer les Sx
- Diagnostic d'exclusion!

Anamnèse

- Douleur exacerbée par:
 - Froid/humidité
 - Stress physique ou émotionnel
 - Inactivité
 - Effort physique minimal

Anamnèse

- S'accompagne de:
 - Fatigue (90% des patients)
 - Trouble du sommeil (75% des patients - sommeil léger, non-réparateur, fragmenté, difficulté à s'endormir)
 - Changements cognitifs:
 - Trouble de mémoire/concentration
 - Résultat d'une combinaison de fatigue, douleur et dépression
 - Troubles de l'humeur (30-60%):
 - Dépression
 - Anxiété
 - Troubles obsessionnels-compulsifs
 - État de stress post-traumatique
 - Exposition à multiples stressseurs/traumas
 - Abus physique, mental, sexuel etc...

Anamnèse

- Autres manifestations somatiques (prévalence 20-50%):
 - Céphalée (>50% des patients):
 - Migraine ou de tension
 - Côlon irritable
 - Cystite interstitielle/vulvodynie/douleur pelvienne
 - Syndrome de jambes sans repos
- Ce sont tous des syndromes fonctionnels qui font partie du même spectre et sont la manifestation d'un trouble de sensibilisation centrale

Examen physique

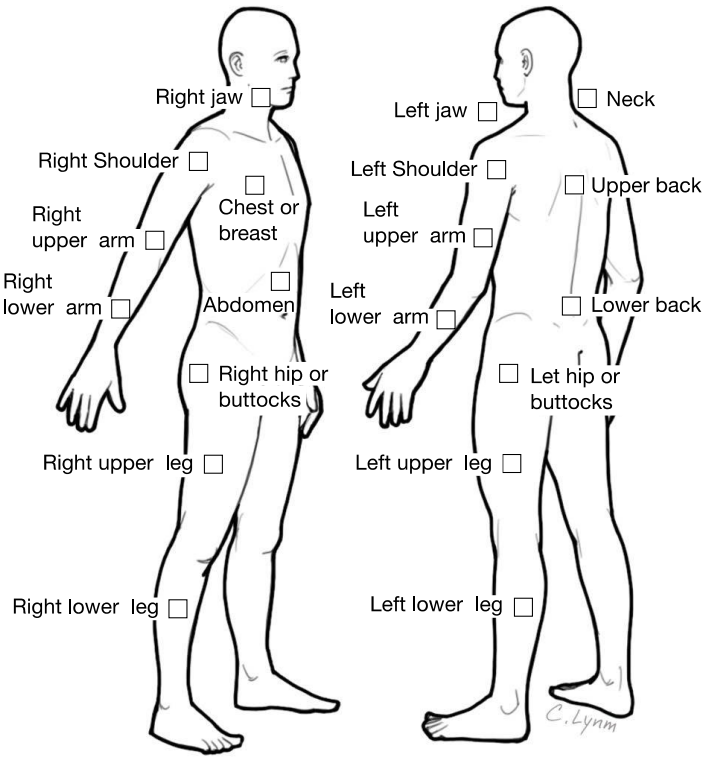
- Attention particulière à l'examen neurologique et musculo-squelettique
- Sensibilité excessive des tissus mous au toucher sous forme de:
 - Hyperalgésie
 - Allodynie
- Examen physique par ailleurs normal
- *Évaluation des neuf paires de points douloureux à l'examen physique n'est plus nécessaire pour poser le diagnostic (depuis 2010)

Questionnaires

- Plusieurs questionnaires disponibles:
 - Outil diagnostique:
 - *2016 American College of Rheumatology (ACR) criteria*
 - *Preliminary Nociceptive-based Fibromyalgia Features (NFF) tool*
 - Quantifier la sévérité de la maladie:
 - *Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire*
 - *Modified Fibromyalgia Assessment Status*
 - *Polysymptomatic Distress Scale*

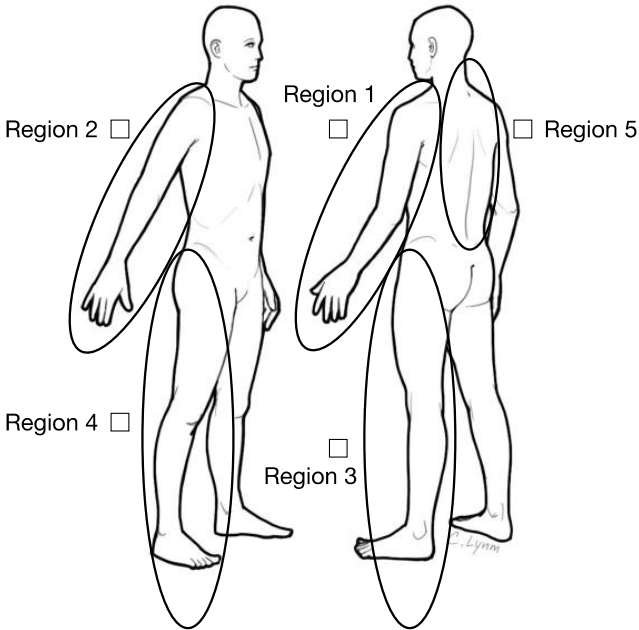
① Widespread Pain Index (WPI score range 0 - 19)

Pain and tenderness *during the past week*



Widespread Pain Index Total (maximum 19) _____

② Generalized pain - do not count jaws, chest, or abdomen



Generalized Pain Total (maximum 5) _____

③ Symptom Severity Score (SSS score range 0 - 12)

Over the past week:

No problem

Slight or mild problem: generally mild or intermittent

Moderate problem: considerable problems; often present and/or at a moderate level

Severe problem: continuous, life-disturbing

	No problem	Slight/mild	Moderate	Severe
• Fatigue	☐ = 0	☐ = 1	☐ = 2	☐ = 3
• Trouble thinking or remembering	☐ = 0	☐ = 1	☐ = 2	☐ = 3
• Waking up tired (unrefreshed)	☐ = 0	☐ = 1	☐ = 2	☐ = 3

During the past 6 months:

• Pain or cramps in the abdomen	☐ No = 0	☐ Yes = 1
• Depression	☐ No = 0	☐ Yes = 1
• Headache	☐ No = 0	☐ Yes = 1

Symptom Severity Score Total (maximum 12) _____

All of the following criteria must be met to make a diagnosis of Fibromyalgia

1. WPI ≥ 7 and SSS ≥ 5 OR WPI 4 to 6 and SSS ≥ 9 ☐ No ☐ Yes

2. Generalized pain: at least 4/5 regions ☐ No ☐ Yes

3. Have the symptoms in section 3 and pain been present at a similar clinical level for **at least 3 months**? ☐ No ☐ Yes

Fulfills all diagnostic criteria for FM ☐ No ☐ Yes

Implication of the Nociplastic Features for Clinical Diagnosis of Fibromyalgia: Development of the Preliminary Nociplastic-Based Fibromyalgia Features (NFF) Tool

Banafsheh Ghavidel-Parsa,¹  Ali Bidari,²  Zahra Atrkarroushan,¹ and Mohammad-Javad Khosousi¹ 

TABLE 5. Nociplastic-based Fibromyalgia Features (NFF)

Items	Yes	No
1. Do you have pain all over the body?		
2. Does the patient have any dominant localized pain? ^a		
3. Is your pain migratory or nonconsistent?		
4. Is your pain intensified with physical stress (such as excessive physical activity or cold exposure) or emotional stress?		
5. Do you experience the pain with excruciated or suffering quality?		
6. Do you have disabling fatigue, especially in the morning?		
7. Are there TPs in the manual examination? ^b		

Note: All items were related to problems within the last 3 months.

^a The dominant localized pain is defined as the pain maximally focused over one or two the noncontiguous anatomical body sites including left and right arm and leg, chest, abdomen, upper back, and lower back.

^b The presence of two or more TPs (out of paired trapezius and supraspinatus areas) is considered a positive response.

Abbreviation: TP, tender point.

- Résultat ≥ 4/7 indique un diagnostic de Fibromyalgie
- Sensibilité 82% et spécificité 91% lorsque comparé à ACR 2011, ACR 2016, opinion d’experts

Diagnostic

- Essentiellement clinique, basé sur les signes et symptômes du patient
- S'assurer qu'aucune autre pathologie ne pourrait expliquer ces S+S
- Il est important de rechercher et d'identifier les pathologies concomitantes possibles (ex.: gonarthrose, radiculopathie) et de mettre en place les traitements recommandés pour ces conditions
- Il n'est pas nécessaire d'adresser le patient en spécialité pour confirmer le diagnostic

Investigations

- **Aucune analyse de labo ni imagerie** ne permet de confirmer le diagnostic de fibromyalgie
- Labos suggérés afin d'éliminer d'autres conditions:
 - FSC (anémie)
 - CRP (maladie inflammatoire)
 - TSH (hypothyroïdie)
 - CK (cardiomyopathie)
- Tout autre examen complémentaire doit être appuyé par des trouvailles justifiant sa pertinence

Diagnostic différentiel

- S+S de fibromyalgie peuvent s'apparenter à d'autres maladies
- Fibromyalgie peut survenir de façon concomitante à d'autres conditions (20-25% des patients):
 - PAR
 - LED
 - Spondylite ankylosante

Diagnostic	Symptômes distinctifs
Polyarthrite rhumatoïde	• Œdème articulaire, augmentation CRP
Lupus érythémateux disséminé	• Atteinte multisystémique absente en fibromyalgie : - Anomalies à la FSC - Atteinte rénale - Ulcères buccaux - Manifestations cutanées - Synovite - Sérosité
Polymyalgia rheumatica	• 50 ans • Augmentation CRP • Douleur aux épaules bilatérale
Spondylite ankylosante	• Diminution de la mobilité lombaire et du cou • Augmentation CRP
Hypothyroïdie	• Peut être difficile à distinguer de la fibromyalgie cliniquement, mais généralement, les douleurs sont moins importantes qu'en fibromyalgie • TSH augmentée
Myopathie aux statines	• Douleurs musculo-squelettiques peuvent mimer la fibromyalgie, mais les patients n'ont pas les autres symptômes associés. • CK augmenté • Association temporelle avec le traitement aux statines
Maladie de Lyme	• Œdème articulaire • Rash cutané caractéristique
Arthrose	• Douleur localisée au niveau des articulations atteintes • Absence des autres symptômes associés à la fibromyalgie
Myosite Myopathie	• Faiblesse et fatigue musculaire prédominant • Généralement pas de douleur diffuse • CK augmenté
Désordre neurologique	• Douleur diffuse inhabituelle dans les conditions neurologiques • Anormalité à l'examen neurologique

Traitement

- Pas de traitement curatif
- Traitements non-pharmacologiques
- Traitements pharmacologiques
- Objectif de traitement:
 - Atténuer les symptômes
 - Aider à mieux vivre avec la condition

Traitements non-pharmacologiques

- Approche multidisciplinaire (médecin + physiothérapeute + ergothérapeute + psychologue):
 - Enseignement (niveau d'évidence 1A):
 - Reconnaître que maladie réelle et de nature bénigne
 - Expliquer transmission de la douleur et lien avec fatigue, sommeil et humeur
 - Exercice physique (niveau d'évidence 1A)
 - Aérobique > renforcements > étirements
 - Aucune augmentation de douleur > 2/10
 - Progression de 10% par semaine
 - Encourager une activité appréciée, facile, dans les limites du budget

Traitements non-pharmacologiques

- Thérapie cognitivo-comportementale (niveau d'évidence 1A)
 - Objectif:
 - Modification des émotions négatives et comportements néfastes en lien avec la condition
 - Acquisition des habiletés ou outils de gestion (relaxation, respiration abdominale, résolution de problèmes)
- A démontré son efficacité dans:
 - Diminution de la douleur
 - Catastrophisation
 - Détresse psychologique
 - Trouble du sommeil
 - Fatigue
 - Confiance en soi

Traitements non-pharmacologiques

- En combinaison plus efficace qu'individuellement
- Objectif:
 - Favoriser l'acceptation de la maladie
 - Évoluer le patient d'une attitude passive vers une **prise en charge active** de sa condition
 - Encourager le patient à se **fixer des objectifs précis** en regard de son état de santé et de sa qualité de vie
 - Rester actif, trouver des positions de confort, maintenir des loisirs, éviter l'isolement, encourager les techniques physiques antalgiques (chaud/froid...)

Traitement pharmacologique

- Pas de visée curative mais plutôt contrôle des symptômes
- Commencer par petites doses, augmenter graduellement (*start low, go slow*)
- Suivi mensuel lors de l'ajustement de médication
- Pharmacothérapie ayant obtenu l'approbation de la FDA :
 - Duloxetine (Cymbalta) - IRSN
 - Pregabalin (Lyrica) – anti-convulsivant
 - Milnacipran (Savella) – IRSN (non disponible au Canada)
 - Levomilnacipran (Fetzima) – IRSN (disponible mais non-couvert au Canada)
 - Cyclobenzaprine sublinguale (Tonmya) – relaxant musculaire (non disponible au Canada)

Traitement pharmacologique

Médication	Posologie	Autres symptômes ciblés (hormis la douleur)	Principaux effets secondaires
IRSN Duloxétine Venlafaxine Levo/milnacipran	30 à 120mg/jour 37.5 à 225mg/jour 12.5 à 100mg/jour	Humeur Prophylaxie céphalées	Nausée Bouche sèche Somnolence Perte de poids
Anti-convulsivants Gabapentin Pregabaline	100 à 800mg TID 25 à 300mg BID	Insomnie	Œdème périphérique Étourdissements Prise de poids
ISRS Sertraline Paroxétine Fluoxétine Citalopram		Humeur	Dyspepsie Insomnie Bouche sèche
TCA Amitriptyline Nortriptyline	5 à 75mg/jour	Insomnie Prophylaxie céphalées	Bouche sèche Constipation Étourdissements
Relaxants musculaires Cyclobenzaprine	5 à 20mg HS	Insomnie	Fatigue Bouche sèche

Traitement pharmacologique

Médicaments	Utilité clinique
Acétaminophène	Utile pour traiter d'autres conditions concomitantes Aucune évidence en fibromyalgie
AINS	Utile pour traiter d'autres conditions concomitantes Aucune évidence en fibromyalgie
Opiacés	Aucune évidence en fibromyalgie Risques >>> Bénéfices
Tramadol	Utilisé pour exacerbations par son effet sur ↑NE et 5-HT

Traitement pharmacologique

- Naltrexone à basse dose?
 - Antagoniste opioïde
 - Dose de 50mg approuvée par Santé Canada pour le traitement de la dépendance à l'alcool et opiacés
 - Antagonise les récepteurs mu
 - Module la relâche des substances pro-inflammatoires des cellules gliales dans le CNS et l'activation des cellules immunitaires pro-inflammatoires = **réduit la neuroinflammation**
 - Augmente la libération de dopamine, endorphines, Opioid Growth Factor
 - 0.25 ad 4.5mg/jour
 - Non-disponible commercialement
 - Couverture par assurance privée
- Kétamine?
- Cannabis?
- Études en cours

Traitements alternatifs

- Sécuritaires
- Effets positifs démontrés
- Méthodologie à parfaire
- Favoriser les stratégies d'autogestion plutôt que rechercher les traitements « miracles » à visée curative

Traitements alternatifs		
Yoga	Tai Chi	Qi-Gong
Pilates	Méditation	Pleine conscience
Hypnose	Biofeedback	Hydrothérapie
TENS	Chaleur	Musicothérapie

Traitements alternatifs

- Notion de « Pacing »:
 - méthode de dosage d'activité
 - techniques favorisant une constance dans le niveau d'activation seraient les plus bénéfiques
 - Variation des activités en fonction de l'intensité de la douleur serait associé à une amplification de la douleur (la douleur ne doit pas dicter l'activité)

Fibromyalgie et travail

- Encourager le patient à maintenir ou trouver un travail
- Multiples bénéfices:
 - Contribuer à la société
 - Revenu financier
 - Socialisation
 - Donne un rôle/ identité
 - Structure l'horaire
 - Meilleure estime de soi
- Si travail impossible, proposer le bénévolat

Pronostic

- Majorité des patients vivent une vie normale et active, malgré la persistance des symptômes de fibromyalgie (douleur, fatigue etc...)
- Documentation et ressources disponibles pour les patients:
 - Association de la fibromyalgie de l'Estrie (www.fibromyalgie.ca)
 - Association de la fibromyalgie de l'Île de Montréal (www.fibromylagiemontreal.ca)
 - Association québécoise de la douleur chronique (gerermadouleur.ca)
 - Groupe d'entraide
 - Ligne d'écoute
 - Activités/conférences
 - Outils d'auto-gestion
 - Informations sur la douleur

Comment différencier le syndrome myofascial de la fibromyalgie?

Syndrome myofascial	Fibromyalgie
Douleur musculaire localisée irradiant le long du muscle	Douleur corporelle diffuse
Points « gachettes »	Points douloureux
De courte durée	Chronique
Peut être auto-résolutif	Nécessite gestion à long terme



A close-up photograph of a person's back and shoulder. A hand is resting on the person's right shoulder. The background is a solid light blue color.

Merci!

Références

- <https://creeksidechiro.com/storage/app/media/pronator-teres.jpg>
- <https://www.disc-me.com/piriformis-syndrome/>
- <https://www.mountainhp.ca/conditions-treated/what-is-thoracic-outlet-syndrome/>
- <https://www.medicalnewstoday.com/articles/myofascial-pain-syndrome-vs-fibromyalgia>
- Clément et al., Algorithme de prise en charge de la fibromyalgie, MSSS: 2021
- Giorgi et al., Fibromyalgia: one year in review 2022, Clinical and Experimental Rheumatology 2022; 40: 1065-1072
- Lew et al., Comparison of dry needling and trigger point manual therapy in patients with neck and upper back myofascial pain syndrome: a systematic review and meta-analysis, Journal of Manual & Manipulative Therapy, 2021, Vol. 29, No. 3, 136-146
- Navarro-Santana et al., Dry Needling Versus Trigger Point Injection for Neck Pain Symptoms Associated with Myofascial Trigger Points: A Systematic Review and Meta-Analysis, Pain Medicine, 23(3), 2022, 515-525
- Seo et al., Abnormal neuroinflammation in fibromyalgia and CRPS using [11C]-(R)-PK11195 PET, PLoS One, 2021 Feb 8, 16(2): e0246152
- Vera Cruz et al., Machine learning reveals the most important psychological and social variables predicting the differential diagnosis of rheumatic and musculoskeletal diseases, Rheumatol int. 2022 Jun, 42(6), 1053-1062
- Ghavidel Parsa et al., Implication of the Nociceptive Features for Clinical Diagnosis of Fibromyalgia: Development of the Preliminary Nociceptive-Based Fibromyalgia Features (NFF) Tool, ACR Open Rheumatology, Vol. 0, No. 0, Month 2021, pp1-6
- Bennett et al., Which symptoms best distinguish fibromyalgia patients from those with other chronic pain disorders, Journal of Evaluation in Clinical Practice, 27 septembre 2021
- Soares et al., Botulinum toxin for myofascial pain syndrome in adults (review), Cochrane Database of Systematic Reviews, 2014, Issue 7. Art. No.: CD007533
- Johnson MI, Paley CA, Jones G, et al. Efficacy and safety of transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for acute and chronic pain in adults: a systematic review and meta-analysis of 381 studies (the meta-TENS study). BMJ Open 2022;12:e051073
- Kumbhare D, Singh D, Rathbone H. A, et al, Ultrasound-Guided Interventional Procedures: *Myofascial Trigger Points With Structured Literature Review*, Regional Anesthesia & Pain Medicine 2017;42:407-412.