

REVUE MÉDICALE SUISSE

WWW.REVMED.CH

16 mars 2022

773

RHUMATOLOGIE

PRISE EN CHARGE PERSONNALISÉE DES PATIENTS ATTEINTS DE RHUMATISME

Scores pour le suivi de la polyarthrite
rhumatoïde et autres arthropathies
inflammatoires

Suivi biologique des traitements
de fond en rhumatologie

Rhumatisme inflammatoire:
comorbidités

Polyarthrite rhumatoïde ou
spondylarthrite: fibromyalgie
secondaire

Prévention vaccinale chez les patients
avec des maladies rhumatismales

Patient lombalgique: quel examen
d'imagerie choisir?

Nutrition artificielle en situation
palliative avancée

Volume 18, 457-500
ISSN 1660-9379

M.H
MÉDECINE & HYGIÈNE

RMS

SMSR
SOCIÉTÉ MÉDICALE
DE LA SUISSE ROMANDE



Évaluation de la fibromyalgie secondaire à la polyarthrite rhumatoïde ou la spondylarthrite

Dr PEDRO MING AZEVEDO^a, TIFFANY PRÉTAT^b et Pr THOMAS HÜGLE^a

Rev Med Suisse 2022; 18: 477-81 | DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.773.477

La douleur est l'un des principaux facteurs évalués dans la plupart des scores utilisés pour mesurer l'activité de la polyarthrite rhumatoïde (PR) et des spondylarthrites (SpA). Cependant, l'expérience de la douleur est complexe, subjective et influencée par de nombreux facteurs. La fibromyalgie (FM) est présente chez 16 à 38% des patients atteints de maladies rhumatismales inflammatoires (MRI) et il a été démontré qu'elle augmente de manière significative les indices d'activité de la maladie, empêchant souvent une réponse adéquate aux traitements immunosuppresseurs. La reconnaissance de la FM secondaire est importante pour éviter le surtraitement. Cet article explore la relation entre la FM et les MRI, et comment optimiser l'évaluation et le traitement de l'une en présence de l'autre.

Assessment of secondary fibromyalgia in patients with rheumatoid arthritis or spondylarthritis

Pain is one of the main factors assessed in most of the scores used to measure activity in rheumatoid arthritis (RA) and spondylarthritis (SpA). However, the experience of pain is complex, subjective and influenced by many factors. Fibromyalgia (FM) is present in 16-38% of patients with inflammatory rheumatic diseases (IRD) and has been shown to significantly increase indices of disease activity, often preventing an adequate response to immunosuppressive treatments. Recognition of secondary FM is important to avoid overtreatment. This article explores the relationship between FM and IRD, and how to optimise the assessment and treatment of one in the presence of the other.

INTRODUCTION

La polyarthrite rhumatoïde (PR) et la spondylarthrite (SpA) sont des maladies inflammatoires et autoimmunes. D'un côté, l'avènement des thérapies immunosuppressives ciblées a énormément amélioré les résultats et le handicap.¹ De l'autre, la rémission clinique complète prolongée de ces maladies n'est obtenue que dans environ 30% des cas²⁻⁴ et la persistance de douleurs et de la fatigue est un phénomène courant chez ces patients. La fibromyalgie (FM) secondaire est associée à la fatigue et influence fortement la perception et la persistance de la douleur dans les MRI (maladies rhumatismales inflammatoires) et entrave la réalisation d'une stratégie Treat to Target (T2T) efficace. Dans certains cas, typiquement chez

les patients diagnostiqués de SpA non radiographique polyenthésitique chez qui plusieurs lignes de traitement ont échoué, la FM (primaire ou secondaire) peut être la pathologie unique ou principale. Il est donc important de comprendre la FM en tant que pathologie concomitante dans les MRI afin de permettre aux patients la meilleure approche thérapeutique possible. Cet article passe en revue l'association entre la FM et les MRI, principalement les SpA et la PR, et développe la façon d'évaluer ces maladies inflammatoires en présence de FM, et vice versa.

DÉFINITIONS, MÉTHODES D'ÉVALUATION ET DÉPISTAGE DE LA FIBROMYALGIE

Bien que des références à la FM existent depuis le 18^e siècle,⁴ ce n'est qu'en 1990 que la condition reçoit sa première définition officielle, avec la création des premiers critères de l'American College of Rheumatology (ACR).⁵ Cependant, grâce aux progrès récents des neurosciences, notre compréhension de la physiopathologie de la FM a fait un bond en avant au cours des dernières décennies.⁵ Nous savons, par exemple, que la sensibilisation centrale est une caractéristique capitale de la FM, ainsi que de plusieurs autres syndromes «fonctionnels», appelés ensemble de «syndromes d'hypersensibilité centrale» (SSC).⁶⁻⁸

La sensibilisation centrale est définie comme un état dans lequel les neurones activés par des stimuli nociceptifs sont «sensibilisés» par ces stimuli et deviennent ensuite hyper-réactifs aux stimuli dans le champ récepteur de tels neurones. Il en résulte des phénomènes de sommation temporelle (windup), d'hyperalgésie et d'allodynie subséquentes, non seulement dans le site de la nociception, mais aussi dans d'autres parties du corps où aucune blessure/inflammation n'a eu lieu.⁸

Les critères de diagnostic sont utiles pour permettre la création de groupes de patients suffisamment homogènes pour les essais cliniques. En même temps, ils créent des frontières artificielles et sélectionnent des sous-groupes de patients dans lesquels une combinaison spécifique de symptômes est plus importante. Les critères ACR de 1990,⁹ par exemple, sont basés exclusivement sur la douleur diffuse et l'allodynie (un état dans lequel un stimulus normal est perçu comme étant douloureux⁸). La version de 2010 de ce critère exclut l'évaluation de l'allodynie et inclut celle des «symptômes somatiques associés», avec un poids plus important sur la fatigue, la

^aService de rhumatologie, Hôpital orthopédique, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne, ^bUniversité de Lausanne, École de médecine, 1005 Lausanne
pedro.ming-azevedo@chuv.ch | tiffany.pretat@unil.ch | thomas.hugle@chuv.ch

somnolence et les dits «symptômes cognitifs» (troubles de la mémoire, de la concentration et du raisonnement).¹⁰ Ce critère énumère 41 de ces symptômes, dont beaucoup sont aussi typiques d'autres syndromes de sensibilité centrale, comme le syndrome du côlon irritable ou de la vessie irritable. Les critères ACR 2010 ont été modifiés en 2011¹¹ puis à nouveau en 2016.¹² Ces derniers maintiennent l'accent sur la douleur diffuse et, dans une moindre mesure, sur la fatigue, la somnolence et les symptômes cognitifs, et réduisent la liste des autres symptômes associés à 3: maux de tête, douleurs abdominales et dépression.

FM comme un continuum: «fibromyalgians»

L'ACR 2010 inaugure le concept de «fibromyalgians», une échelle qui peut essentiellement être interprétée comme la probabilité de souffrir de FM.⁸ Cette probabilité est représentée par la Polysymptomatic Distress Scale (PDS), qui est calculée en additionnant les deux composantes de l'ACR 2010, le Widespread Pain Index (WPI) et le Symptom Severity Scale (SSS). Wolfe et coll. ont utilisé la PDS dans une cohorte de 2455 personnes pour étudier si la FM était un trouble catégorique ou dimensionnel et ont trouvé des preuves à l'appui de celle-ci en tant que trouble dimensionnel ou continuum.¹³ Selon ce concept, même si des valeurs seuils doivent être déterminées à des fins de recherche, les facteurs qui, ensemble, sont appelés «FM» sont présents dans la population générale selon une distribution typique d'un continuum. Ainsi, la question pertinente n'est plus de savoir si un patient ou un individu particulier est atteint de FM ou non, mais de connaître le degré de FM que cet individu présente à un moment donné.

Le Fibromyalgia Rapid Screening Tool (FiRST) est un outil de dépistage de la fibromyalgians. Il est composé de 6 questions à répondre par «oui» ou «non» qui donnent une force égale à la douleur diffuse et à 5 autres symptômes associés (fatigue, douleurs atypiques, dysesthésies, présence de symptômes typiques d'autres syndromes somatoformes et présence des troubles cognitifs).¹⁴ Il accorde ainsi une plus grande importance aux symptômes associés que les critères ACR.

RELATIONS ENTRE LA FM ET LES MRI

La FM a été constatée chez environ 21% des patients atteints de PR,¹⁵ chez 16 à 22% des patients atteints d'APsO (arthrite psoriasique)¹⁵ et chez 16 à 38% des patients atteints de SpA axiale (axSpA).^{16,17} Ces taux sont bien supérieurs à la prévalence de la FM dans la population générale, estimée entre 0,4 et 8,8%,⁸ ce qui suggère une association non fortuite.

L'inflammation systémique est un lien entre la MRI et la FM par des mécanismes périphériques et centraux. Dans la périphérie, les cytokines pro-inflammatoires (CPI) jouent un rôle essentiel dans la sensibilisation à la douleur.¹⁸ Les effets des CPI sur les nocicepteurs sensibilisateurs ont été aussi bien documentés.¹⁸ De ce fait, la FM qui se développe chez les patients atteints d'une maladie inflammatoire est couramment appelée FM «secondaire».

Des données provenant de modèles animaux de FM (décrites dans¹⁹) suggèrent que l'association entre MRI et FM ne s'arrête

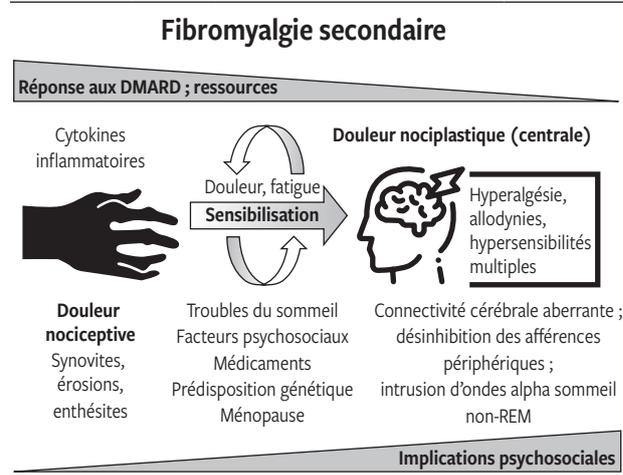
pas à l'inflammation chronique. Dans ces modèles, les hypersensibilités centrale et périphérique sont induites chez des rongeurs par plusieurs protocoles, notamment ceux qui impliquent l'induction de douleur nociceptive (douleurs déclenchées par l'activation des nocicepteurs) à répétition, la privation de sommeil, et par plusieurs modèles de stress. Il est à noter que, comme l'inflammation, la douleur nociceptive à répétition est une caractéristique cardinale des MRI, tandis que le manque de sommeil et le stress accompagnent souvent ces maladies, causés respectivement par la douleur nocturne et la perte progressive de fonction. Ensemble, ces données suggèrent une relation causale entre les MRI et la FM, via l'inflammation systémique, la douleur nociceptive continue, le manque de sommeil et le stress chronique. Cela contribue à expliquer pourquoi la FM est plus fréquente chez les patients atteints de PR sévère, même selon des méthodes d'évaluation objectives^{20,21} (figure 1).

ÉVALUATION DES MRI LORS DE LA PRÉSENCE DE FM

Dans une étude observationnelle prospective multicentrique, Montó et coll. ont étudié l'impact de la FM sur l'efficacité du traitement anti-TNF bêta chez 508 patients diagnostiqués avec une axSpA. Les résultats montrent que les patients atteints de FM sont moins susceptibles d'obtenir de bons résultats après l'instauration de ces immunosuppresseurs, selon la plupart des indices d'activité utilisés dans cette maladie. Cependant, aucune différence n'a été observée entre les deux groupes en ce qui concerne les signes objectifs d'inflammation (sacroiliite par IRM ou radiographies et CRP anormale à la semaine 12 de traitement). Les auteurs concluent que la FM semble avoir un impact négatif sur la réponse à l'anti-TNF bêta, ce qui semble davantage lié aux instruments d'auto-évaluation utilisés.¹⁷ En effet, la grande majorité des indices

FIG 1 Mécanismes associés à la fibromyalgie secondaire

Chez les patients atteints de maladies rhumatismales inflammatoires (MRI). Douleur chronique et cytokines inflammatoires sont associées à l'hypersensibilité centrale. La douleur, les troubles du sommeil, la fatigue, les facteurs psychosociaux et l'utilisation chronique de médicaments antalgiques potentialisent le processus dans une boucle de rétroaction positive. Les prédispositions génétiques et la ménopause influencent. DMARD: médicaments modificateurs de la maladie; REM: Rapid Eye Movement.



d'activité utilisés dans la pratique clinique et dans les études scientifiques sur les MRI se sont totalement ou partiellement basés sur la façon dont le patient se sent, ce qui est directement influencé par la présence de la FM.

Plusieurs auteurs ont étudié la présence de la FM dans différentes MRI et, hormis de rares exceptions, ils sont arrivés à la même conclusion que lorsque la FM est présente, les scores d'activité de la maladie basés sur les PROM (Patient-Reported Outcome Measures) ont tendance à être plus hauts.¹⁶

La conséquence immédiate de ce biais est une réduction de la capacité à atteindre un taux de maladie faible ou une rémission chez les patients avec FM concomitante, ce qui tend à pousser les médecins et les patients vers une utilisation exagérée d'immunosuppresseurs ou un changement de traitement inapproprié. Dans ces cas, la stratégie T2T est inadéquate. Dans ce contexte, il n'est pas surprenant que le rapport final de la réunion mondiale sur le T2T de 2019 ait indiqué comme priorité élevée l'élaboration de définitions de la maladie réfractaire (PR) et de mesures de l'activité de la maladie (APsO) adaptées à la coexistence de FM.¹⁵

En théorie, il y a deux manières de mesurer l'activité de la MRI «d'une façon adaptée à la coexistence de FM»: en utilisant des mesures objectives de l'activité de la MRI ou en corrigeant les mesures subjectives en fonction du degré de FM existant.

Malheureusement, les mesures objectives de l'activité des MRI, telles que médiateurs de la phase aiguë, ne sont ni assez sensibles, ni assez spécifiques pour éliminer le besoin des évaluations subjectives (de la part des patients et des médecins). Cela ne signifie pas que ces examens sont inutiles. Au contraire, dans l'étude de Moltó et coll.,¹⁷ par exemple, alors que la présence de la FM entraînait une aggravation statistiquement significative du score ASDAS (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score), cette différence n'était pas statistiquement significative pour l'ASDAS-CRP (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score based on CRP), ce qui plaide en faveur des mesures composites comme plus fiables dans l'axSpA. En conclusion, même si les tests de phase aiguë ne sont pas des marqueurs particulièrement sensibles ni spécifiques de l'activité dans la SpA, ils ajoutent de l'objectivité/spécificité aux mesures composites traditionnelles.

Les méthodes d'imagerie telles que l'échographie et l'IRM sont des moyens très sensibles et moins subjectifs dans l'évaluation de l'activité des MRI, et peuvent aider à distinguer les patients qui restent en activité inflammatoire de ceux dont les symptômes proviennent d'une autre cause, comme la FM. L'IRM, pourtant, est limitée par son coût et sa disponibilité.

L'échographie est plus précise que l'examen clinique dans l'évaluation de l'arthrite périphérique, en particulier dans les articulations de la hanche et de l'épaule où l'épanchement articulaire peut passer inaperçu. De plus, elle aide au diagnostic différentiel avec d'autres pathologies articulaires telles que l'arthrite microcristalline, l'arthrose et les pathologies périarticulaires. Cependant, dans certaines situations cliniques, comme dans le cas d'une synovite persistante à doppler positif dans le cadre d'une PR, il n'est pas toujours évident de savoir si les douleurs qui ne répondent pas aux médicaments modi-

ficateurs de la maladie (DMARD) ou à la cortisone sont réellement dues à la synovite chronique ou à la FM.

Dans le cas de la FM secondaire dans le cadre de la SpA ou de l'APsO se pose la question d'une enthésite. En présence de points sensibles (Tender Points (TP)), l'échographie joue ici un rôle diagnostique important, mais sa sensibilité est relativement faible pour détecter une enthésiopathie inflammatoire.

Plusieurs systèmes d'évaluation de l'enthésite utilisant l'échographie ont été développés. En 2019, le groupe de travail sur l'échographie du GRAPPA²² a avancé sur le travail de l'OMERACT²³ et a identifié 5 lésions élémentaires et 6 sites enthésiens aux extrémités qui permettent de distinguer les patients atteints de PsA des contrôles appariés. Ces études présentent pourtant certaines limites. Premièrement, elles ont inclus un échantillon relativement petit de patients, qui peuvent ne pas être représentatifs de la population globale. Ensuite, la spécificité et la sensibilité de ces protocoles dans la vie réelle restent à définir. En outre, la méthode dépend de l'expérience du clinicien. Enfin, tous les scores US d'enthésite publiés se concentrent sur la valeur diagnostique pour distinguer l'enthésite inflammatoire des autres formes d'enthésites, ou des sujets sains, mais leur capacité à mesurer l'activité de la maladie et le suivi de la réponse au traitement n'a pas encore été évaluée.²²

En pratique, l'évaluation de la MRI est en fait compromise en présence d'une FM concomitante. Les méthodes objectives d'évaluation de l'inflammation sont d'une grande aide, mais elles ont leurs limites et n'éliminent pas complètement le besoin d'une évaluation subjective. Dans ce contexte, pour éviter le surtraitement ou le changement inadéquat de médicaments, le médecin tente subjectivement d'adapter les résultats des scores composites au degré de FM qu'il considère comme existant. Cela nous amène à questionner la manière d'évaluer la FM chez un patient atteint d'une MRI.

ÉVALUATION DE LA FM CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS D'UNE MRI

Certaines des manifestations musculosquelettiques des MRI peuvent être cliniquement assez objectives et sont donc généralement faciles à distinguer des symptômes de la FM, comme l'arthrite périphérique ou la dactylite. À l'autre extrême, il y a encore une fois l'enthésite.

L'enthèse a comme but principal de dissiper le stress mécanique de la contraction musculaire en transmettant la force générée à l'os. Ce faisant, elle évite le dommage aux tissus qu'elle relie, mais devient en même temps elle-même un site fréquent de dommages.²⁴ Conjointement, les terminaisons nerveuses y sont abondantes, y compris les fibres proprioceptives et les récepteurs de la douleur.²⁵ L'ensemble de ces faits explique pourquoi les enthèses sont souvent des endroits douloureux, même en l'absence d'inflammation.

L'hyperalgésie est l'un des aspects centraux de la FM et se définit comme une condition dans laquelle un stimulus douloureux est perçu comme étant encore plus douloureux.⁸ L'hyperalgésie implique que les enthèses, qui sont normalement les points les plus douloureux, seront particulièrement

douloureuses chez les patients atteints de FM. Il n'est donc pas surprenant qu'il existe une grande concordance entre les points de douleur des critères de FM ACR 1990 (TP) et le score d'enthésite MASES (Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesitis score) chez les patients atteints d'axSpA.²⁶

Par conséquent, l'appréciation de la FM par l'évaluation de la douleur diffuse ou de l'allodynie peut être compromise chez les patients atteints de SpA et de polyenthésite. Dans une moindre mesure, cela peut également être le cas chez les patients atteints de polyarthrite. On peut comprendre donc pourquoi Moltó et coll.¹⁸ ont observé que les critères ACR de 1990 étaient moins efficaces que le FiRST pour prédire l'impact de la FM sur l'effet des médicaments anti-TNF chez les patients atteints de SpA. Alors que l'ACR de 1990 s'appuie exclusivement sur les TP et sur l'allodynie, le FiRST accorde une pondération plus importante à la présence des douleurs atypiques, aux symptômes somatiques associés et à la présence des symptômes typiques d'autres SSC. Par conséquent, même si la question de l'évaluation de la FM chez les patients atteints de MRI n'en est qu'à ses débuts, à la lumière des données actuelles, les méthodes davantage basées sur les symptômes associés (par exemple, le FiRST ou l'ACR 2010) semblent plus prometteuses que celles basées sur la douleur diffuse/l'allodynie (par exemple, l'ACR 1990).

Il n'y a cependant aucune raison de limiter l'analyse aux aspects cliniques analysés dans les critères. Le **tableau 1** liste les principaux symptômes somatiques couramment associés à la FM, ainsi que d'autres situations qui, lorsqu'elles sont présentes, doivent faire suspecter la présence de cette affection.

Dans le calcul subjectif, pour un patient donné, de la part des symptômes qui sont secondaires à la FM, l'existence des antécédents de symptômes évocateurs de FM ou d'autres SSC qui précèdent le développement de la MRI est une donnée importante qui peut contribuer à la décision clinique. Même si une telle anamnèse ne dit rien sur l'état présent du patient, elle peut indiquer une prédisposition à la FM et constitue une aide supplémentaire au jugement, plus ou moins comme le HLA-B27 (Human Leukocyte Antigen B27) est susceptible de contribuer au diagnostic d'une SpA, sans rien dire pour autant sur l'état inflammatoire actuel du patient.

PRISE EN CHARGE DE LA FM SECONDAIRE

Chez certains patients, le traitement de la MRI suffit à faire disparaître la FM secondaire. Chez d'autres, la FM persiste même lorsque la rémission de la MRI est obtenue. Dans ces cas, comprendre le concept de FM secondaire et le communiquer au patient est déjà une partie importante de la thérapie.

Plusieurs médicaments sont approuvés pour être utilisés dans la FM, mais en général, ils sont peu efficaces surtout à long terme. Les opioïdes sont associés à un pronostic plus défavorable et leur utilisation chronique doit être si possible évitée. Les médicaments peuvent toutefois être utiles, surtout lorsqu'ils sont employés pour aider le patient à mettre en place les traitements non médicamenteux. Ceux-ci consistent en des approches physiques, psychocomportementales, sociales et professionnelles, et ne sont possibles que de manière

TABLEAU 1	Signaux cliniques qui font suspecter la présence de fibromyalgie
-----------	--

Chez les patients souffrant d'une spondylarthrite ou d'une polyarthrite rhumatoïde. DMARD: médicaments modificateurs de la maladie; MRI: maladie rhumatismale inflammatoire.

^aCritère ACR 1990; ^bCritère ACR 2010; ^cCritère ACR 2011; ^dCritère ACR 2016; ^eFiRST.

- Douleur généralisée^{a,b,c,d,e}
- Allodynie^a
- Troubles du sommeil^{b,e}
- Fatigue^b
- Somnolence^b
- Troubles cognitifs (concentration, attention, mémoire, raisonnement)^{b,e}
- Migraine ou céphalée de tension^{b,c,e}
- Symptômes végétatifs (dysfonction œsophagienne,^b gastrique,^b intestinale,^{b,c,d,e} troubles de la défécation ou de la miction,^{b,e} vertiges,^b hypotension, diminution de la variation de la fréquence cardiaque)
- Myalgies^b
- Douleurs atypiques (d'allure neuropathique, brûlures, décharges électriques ou crampes)^e
- Dysesthésies (fourmillements, picotements ou sensations d'engourdissement)^e
- Dépression^{b,c,d,e}
- Anxiété^b
- Acouphènes^b
- Photophobie et phonophobie^b
- Bruxisme
- Impatience des jambes^e
- Dysménorrhée invalidante
- Fatigue comme symptôme principal (en absence d'un syndrome inflammatoire)
- Échec de plusieurs traitements, y compris DMARD et AINS
- Polyallergie ou intolérance médicamenteuse multiple
- Absence de marqueur inflammatoire objectif (CRP, IRM, échographie)
- Hypermobilité articulaire
- Catastrophisme
- Présence des symptômes ci-dessus avant le début de la MRI, surtout dans l'enfance ou l'adolescence
- Traumatisme psychologique dans le passé

multidisciplinaire. La physiothérapie avec reconditionnement musculaire et cardiovasculaire et corrections des troubles statiques, la gestion de la douleur et de l'énergie, l'hygiène du sommeil, le développement des moyens de détente et la thérapie cognitivo-comportementale sont les principaux piliers du traitement de la FM, qui s'appliquent également à la FM secondaire. Aucune mesure n'est efficace si elle n'est pas répétée suffisamment longtemps pour devenir familière et automatique pour le patient. Ainsi, le traitement de la FM secondaire, comme celui de la FM primaire, ne sera efficace que s'il devient une routine. Aussi, les mesures comportementales se heurtent souvent à une résistance qui provient davantage de l'environnement du patient que du patient lui-même. C'est pourquoi, selon notre expérience, idéalement le traitement multimodal doit être combiné au retrait du patient de son environnement dans un métier hospitalier.

CONCLUSION

Les évidences actuelles suggèrent que la FM est fréquente chez les patients atteints de MRI, qu'il existe une relation de causalité entre les maladies (le concept de FM secondaire) et que la FM est un continuum et non un trouble catégorique. Par conséquent, nous devons toujours nous demander dans quelle mesure les symptômes de nos patients sont secondaires à la FM, surtout lorsque la réponse au traitement immunosuppresseur est incomplète et que les méthodes objectives d'évaluation de l'inflammation sont négatives. Malheureuse-

sement, cette évaluation, sur laquelle repose toute décision thérapeutique, reste très subjective. Les méthodes d'évaluation de la FM basées sur la douleur diffuse ne semblent pas convenir dans le contexte d'une MRI. Dans ce cas, les méthodes qui reposent davantage sur la présence d'une douleur atypique et d'autres symptômes somatiques associés, en particulier ceux qui sont décrits dans les autres SSC, semblent être plus appropriées. Une anamnèse positive pour de tels symptômes précédant l'apparition de la MRI peut être considérée comme une prédisposition à la FM et peut également aider au jugement. Enfin, puisque c'est le bien-être du patient qui importe, dans les cas où la FM est la source totale ou partielle des symptômes, ce trouble doit également être traité.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

1 Smolen JS, Breedveld FC, Burmester GR, et al. Treating rheumatoid arthritis to target: 2014 update of the recommendations of an international task force. *Ann Rheum Dis* 2016;75:3-15. DOI: 10.1136/annrheumdis-2015-207524.

2 Ajeganova S, Huizinga T. Sustained Remission in Rheumatoid Arthritis: Latest Evidence and Clinical Considerations. *Ther Adv Musculoskelet Dis* 2017;9:249. DOI: 10.1177/1759720X17720366.

3 Grigor C, Capell H, Stirling A, et al. Effect of a Treatment Strategy of Tight Control for Rheumatoid Arthritis (the TICORA Study): A Single-Blind Randomised Controlled Trial. *Lancet* 2004;364:263-9. DOI: 10.1016/S0140-6736(04)16676-2.

4 Coates LC, Moverley AR, McParland L, et al. Effect of Tight Control of Inflammation in Early Psoriatic Arthritis (TICOPA): A UK Multicentre, Open-Label, Randomised Controlled Trial. *Lancet* 2015;386:2489-98. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00347-5.

5 Bellato E, Marini E, Castoldi F, et al. Fibromyalgia Syndrome: Etiology, Pathogenesis, Diagnosis, and Treatment. *Pain Res Treat* 2012;2012:426130. DOI: 10.1155/2012/426130.

6 *Yunus MB. Fibromyalgia and Overlapping Disorders: The Unifying Concept of Central Sensitivity Syndromes. *Semin Arthritis Rheum* 2007;36:339-56.

7 **Nijs J, George SZ, Clauw DJ, et al. Central Sensitisation in Chronic Pain Conditions: Latest Discoveries and Their Potential for Precision Medicine. *Lancet Rheumatol* 2021;3:e383-92. Disponible sur : www.thelancet.com/article/S2665991321000321/fulltext

8 **Sarzi-Puttini P, Giorgi V, Marotto D, Atzeni F. Fibromyalgia: An Update on Clinical Characteristics, Aetiopathogene-

sis and (Internet) Treatment. *Nat Rev Rheumatol* 2020;16:645-60. Disponible sur : www.nature.com/articles/s41584-020-00506-w

9 Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990;33:160-72. DOI: 10.1002/art.1780330203.

10 Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, et al. The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2010;62:600-10.

11 Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, et al. Fibromyalgia Criteria and Severity Scales for Clinical and Epidemiological Studies: A Modification of the ACR Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. *J Rheumatol* 2011;38:1113-22.

12 Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, et al. 2016 Revisions to the 2010/2011 Fibromyalgia Diagnostic Criteria. *Semin Arthritis Rheum* 2016;46:319-29. Disponible sur : www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0049017216302086?via%3Dihub

13 *Wolfe F, Brähler E, Hinz A, Häuser W. Fibromyalgia Prevalence, Somatic Symptom Reporting, and the Dimensionality of Polysymptomatic Distress: Results from a Survey of the General Population. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2013;65:777-85.

14 Fan A, Tournadre A, Pereira B, et al. Performance of Fibromyalgia Rapid Screening Tool (FIRST) to Detect Fibromyalgia Syndrome in Rheumatic Diseases. *Rheumatology (Oxford, England)* 2016;55:1746-50. DOI: 10.1093/rheumatology/kew244.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- La FM (fibromyalgie) est fréquente chez les patients atteints de MRI (maladies rhumatismales inflammatoires) et lorsqu'elle est présente, elle peut compromettre l'évaluation de la maladie inflammatoire, avec des implications sur la thérapie
- Le traitement et l'évaluation des MRI doivent être adaptés à la présence de la FM
- L'évaluation de la FM basée sur les douleurs diffuses peut être compromise dans un contexte de MRI
- Les évaluations de la FM basées sur la présence des douleurs atypiques et d'autres symptômes somatiques associés semblent être plus appropriées
- Le traitement de la FM secondaire, comme celui de la FM primaire, est multidisciplinaire et largement non médicamenteux

15 Winthrop KL, Weinblatt ME, Bathon J, et al. Unmet Need in Rheumatology: Reports from the Targeted Therapies Meeting 2019. *Ann Rheum Dis* 2020 (cited 2021 Nov 14);79:88-93. (Consulté le 14 novembre 2021). Disponible sur : <https://ard.bmj.com/content/79/1/88>

16 Mease PJ. Fibromyalgia, a Missed Comorbidity in Spondyloarthritis: Prevalence and Impact on Assessment and Treatment. *Curr Opin Rheumatol* 2017;29:304-10. DOI: 10.1097/BOR.0000000000000388.

17 *Moltó A, Etcheto A, Gossec L, et al. Evaluation of the Impact of Concomitant Fibromyalgia on TNF Alpha Blockers' Effectiveness in Axial Spondyloarthritis: Results of a Prospective, Multicentre Study. *Ann Rheum Dis* 2018;77:533-40.

18 *Sommer C, Kress M. Recent Findings on How Proinflammatory Cytokines Cause Pain: Peripheral Mechanisms in Inflammatory and Neuropathic Hyperalgesia. *Neurosci Lett* 2004;361:184-7.

19 *Brum ES, Becker G, Fialho MFP, Oliveira SM. Animal Models of Fibromyalgia: What Is the Best Choice? *Pharmacol Ther* 2021;230:107959. Disponible sur : DOI.org/10.1016/j.pharmthera.2021.107959

20 Wolfe F, Michaud K. Severe Rheumatoid Arthritis (RA), Worse Outcomes, Comorbid Illness, and Sociodemographic Disadvantage Characterize RA Patients with Fibromyalgia. *J Rheumatol* 2004;31:695-700.

21 Wach J, Letroublon MC, Coury F, Tebib JG. Fibromyalgia in Spondyloarthritis: Effect on Disease Activity Assessment in Clinical Practice. *J Rheumatol* 2016;43:2056-63. DOI: 10.3899/jrheum.160104.

22 Tom S, Zhong Y, Cook R, et al. Development of a Preliminary Ultrasonographic Enthesitis Score in Psoriatic Arthritis – GRAPPA Ultrasound Working Group. *J Rheumatol* 2019;46:384-90. (Consulté le 11 décembre 2021). Disponible sur : www.jrheum.org/content/46/4/384

23 Balint PV, Terslev L, Aegerter P, et al. Reliability of a Consensus-Based Ultrasound Definition and Scoring for Enthesitis in Spondyloarthritis and Psoriatic Arthritis: An OMERACT US Initiative. *Ann Rheum Dis* 2018;77:1730-5. (Consulté le 11 décembre 2021). Disponible sur : <https://ard.bmj.com/content/77/12/1730>

24 Watad A, Cuthbert RJ, Amital H, McGonagle D. Enthesitis: Much More than Focal Insertion Point Inflammation. *Curr Rheumatol Rep* 2018;20:41. DOI: 10.1007/s11926-018-0751-3.

25 Claudepierre P, Voisin MC. The Entheses: Histology, Pathology, and Pathophysiology. *Joint Bone Spine* 2005;72:32-7.

26 Hamitouche F, Lopez-Medina C, Gossec L. A Large Agreement Between the Pain Points of the ACR 1990 Fibromyalgia Criteria and the MASES Enthesitis Score Is Observed in Patients with Axial Spondylitis, Including in Patients Without Concomitant Fibromyalgia – ACR Meeting Abstracts. (cited 2021 Dec 10). Disponible sur : <https://acrabstracts.org/abstract/a-large-agreement-between-the-pain-points-of-the-acr-1990-fibromyalgia-criteria-and-the-mases-enthesitis-score-is-observed-in-patients-with-axial-spondylitis-including-in-patients-without-concomitant/>

* à lire

** à lire absolument