

Fibromyalgie

- **Anglais** : idiopathic diffuse polyalgia syndrome.
- **Terme issu du Grec** : mus : muscle, et algos : douleur.
- **Terme(s) connexe(s)** : Myofacial (syndrome douloureux), Fibromyosite, Polyenthésopathie, Polyalgique idiopathique diffus (syndrome), Nociception, Nociceptif, Antinociception, Palpation des points de Yunus, Points de Yunus (au cours de fibromyalgie), Fibrosite, Idiopathique diffus (syndrome)

<http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedia/fibromyalgie-1905.html>

Introduction

La fibromyalgie qui touche environ 2 à 2,5 pour 100 de la population mondiale (ce qui fait un million et demi de français concernés) est une maladie, on dit un syndrome (ensemble des symptômes), se caractérisant par l'association de douleurs chroniques qui diffusent dans l'ensemble de l'organisme, mobiles et dont le profil est variable selon les individus mais qui prédominent essentiellement dans l'axe du corps. Ces douleurs sont également présentes au niveau des racines des membres (on parle de douleurs rhizoméliques) et concernent avant tout les insertions des tendons des muscles sur les os. Une autre caractéristique importante à retenir est l'absence d'un syndrome inflammatoire biologique. Ceci signifie qu'aucun examens biologiques, aucune analyse de sang ne montrent d'inflammation à quelque niveau que ce soit de l'organisme. D'autre part, toujours en ce qui concerne les examens de laboratoire, aucune analyses que celles-ci soient faites dans le sang, dans les urines, dans le liquide céphalo-rachidien ou ailleurs dans l'organisme, ne montrent quoi que ce soit d'anormal. Les principaux symptômes dont se plaignent les individus atteints de fibromyalgie, en dehors de la douleur, sont un sommeil perturbé, des paresthésies des membres supérieurs (fourmillements), des perturbations psychiques importantes à type de dépression essentiellement, des douleur à la pression (légère) de certaines zones précises du corps (point de Janus), une impression de crispation des mains et une fatigue générale intense, entre autres . L'ensemble de ces symptômes sont développés plus loin.

Généralités

Cette pathologie essentiellement féminine (environ 80 % des cas), de survenue tardive (après 50 ans) mais dont il existe des cas avant 35 ans, amène à consulter de plus en plus fréquemment dans certains cabinets médicaux spécialisés (médecine générale, rhumatologie, ostéopathie, neurologie). Les individus atteints de fibromyalgie sont moins nombreux à partir de 70 ans. Cette affection consiste en des douleurs musculaires associées à des troubles du sommeil, une fatigue et un ralentissement des activités quotidiennes professionnelles ou autres.

De façon générale, le patient atteint de fibromyalgie ressent un malaise se caractérisant

par une douleur généralisée associée à une importante fatigue, plus précisément un surcroît de fatigue. D'autre part, certaines zones de son corps sont plus sensibles au toucher que d'autres ce qui l'empêche d'accomplir les tâches inhérentes au quotidien, aggravant du même coup son état psychologique. Les répercussions immédiates de la fibromyalgie semblent être avant tout l'incapacité pour le patient de récupérer la nuit, aggravant de ce fait le processus asthénique (de la fatigue). Des enquêtes médicales effectuées en 2003-2004 tendent à prouver le lien entre la fibromyalgie et un sommeil insuffisamment récupérateur.

La fibromyalgie est au centre d'une polémique actuellement, tout du moins en France, concernant globalement les patients et de plus en plus le corps médical. En effet, de plus en plus les patients présentant ce type de syndrome se sentent délaissés par le corps médical qui donne l'impression de ne pas s'intéresser à eux. Le patient, dans un premier temps, ne sait à quel type de spécialiste il doit s'adresser. Est-ce un rhumatologue (spécialiste des maladies concernant les articulations), un neurologue (spécialiste concernant le système nerveux), un gériatrie (spécialiste des patients âgés), un psychologue (spécialiste des maladies psychologiques), un psychiatre (spécialiste des maladies neuro- psychologiques), ou tout simplement un généraliste. La deuxième problématique est la formation (insuffisante pour ne pas dire inexistante) du corps médical concernant cette affection inclassable (pour l'instant). Chaque spécialiste semble se renvoyer la balle, pour ne pas dire le patient qui lui, bien entendu, se sent abandonné (ce qui n'arrange pas son état de santé). La troisième problématique concernant la fibromyalgie est l'absence de résultats objectifs, vue du côté médical, en ce qui concerne les analyses biologiques. Ce qui semble faire de cette affection une maladie quasi imaginaire de la part du patient, du moins c'est l'impression qu'ont les médecins qui sont amenés à être consultés par des personnes cataloguées fibromyalgique.

Longtemps, la fibromyalgie a été considérée comme une affection proche, ou en tout cas ayant des points communs avec le syndrome de la fatigue chronique. Cette affection reconnue par l'OMS depuis 1992 et qui figure dans la liste de ICD-10 rhumatisme non spécifié, est quelquefois confondue avec d'autres affections concernant, de façon globale, le muscle et le squelette.

Epidémiologie

La fibromyalgie appelée aussi fibrosite, polyarthropathie, syndrome polyalgique est une maladie qui est généralement controversée et passe pour une pathologie psychosomatique. C'est la raison pour laquelle elle a et elle est encore longtemps négligée par le corps médical. Il faut néanmoins savoir qu'elle fait l'objet de recherches de plus en plus poussées de façon à essayer de trouver sa cause et sa physiopathologie (mécanisme de survenue d'une maladie). Enfin sa définition ne cesse de changer et d'évoluer.

Cette affection qui touche essentiellement la femme concerne rarement les individus avant 35 ans.

Historique

Hench propose en 1976 le terme de fibromyalgie

Physiopathologie

De nombreuses pistes sont explorées pour essayer de comprendre le mécanisme de survenue de la fibromyalgie. Nous allons en exposer quelques-unes.

Au cours de cette affection, contrairement à ce que les médecins pensaient il y a encore quelques années, la fibromyalgie semble être le résultat d'une atteinte des muscles et non pas des articulations ou d'autres structures de l'organisme (tendon, ligaments, capsule articulaire, synoviale). En effet, les équipes médicales spécialisées ont remarqué que les patients, présentant une fibromyalgie, avaient une perturbation de leur sommeil et plus précisément de la phase numéro 4 du sommeil. Cette phase est une phase de relaxation au cours de laquelle normalement, les muscles doivent se détendre. Cette insuffisance voire absence de relaxation semble participer au processus fibromyalgique au cours duquel les muscles ne se détendent pas ou insuffisamment, aggravant le tableau symptomatique (les symptômes que présente le patient et plus particulièrement les douleurs). C'est sans doute la raison pour laquelle l'utilisation de certains antidépresseurs et plus particulièrement ceux intervenant sur la normalisation du rythme du sommeil sont quelquefois efficaces.

Selon Moldofsky, les individus souffrant de fibromyalgie présentent un sommeil fragmenté autrement dit un sommeil perturbé par de nombreux petits réveils que les spécialistes en hypnologie appellent des micro-éveils. Pour ce spécialiste canadien en psychiatrie les douleurs survenant au cours de la fibromyalgie sont le résultat de cette perturbation du sommeil et non pas le contraire. Autrement dit ce n'est pas le sommeil, toujours d'après lui, qui entraînerait l'apparition des douleurs que l'on constate au cours de la fibromyalgie. Il est possible d'avancer, sans trop s'emouiller, qu'il existe une corrélation étroite entre les capacités de régulation de la douleur (qui sont faites au niveau de l'hypothalamus) et leur survenue au cours de cette affection, suite à un sommeil réparateur. Une expérimentation intéressante a été faite à ce sujet. On a réussi, chez des individus normaux, à faire apparaître des symptômes de la fibromyalgie en perturbant leur sommeil en les réveillant plusieurs fois dans la nuit. Au contraire, toujours expérimentalement, on a réussi à réduire les symptômes des individus fibromyalgiques que en induisant chez eux un sommeil artificiel profond. Chez ce patient on a remarqué d'autre part que leurs douleurs diminuaient d'intensité.

Probablement pas d'origine génétique, mal connue, la fibromyalgie semble s'expliquer par le fonctionnement inadapté des neurotransmetteurs (neuromédiateur permettant le passage de l'influx nerveux entre les neurones et des neurones, aux muscles). Les examens de laboratoire pratiqués sur certaines patientes ont montré une diminution de la sécrétion de somathormone et une perturbation de la glycolyse (utilisation du sucre par l'organisme et plus particulièrement les muscles). La somathormone (appelée également hormone somatotrope, somatotrophine, GH, hormone de croissance) est sécrétée par le lobe antérieur de l'hypophyse (glande située au centre du cerveau au-dessous de

l'hypothalamus) et permet de stimuler la croissance. La somathormone règle également l'état et l'équilibre nutritionnel de l'individu et est anabolisante (reconstruction des tissus de l'organisme) agissant sur les protéines, le calcium, les glucides et les lipides. Son action se fait parallèlement à celle de la somatomédine. La somatomédine est une hormone dont la composition est proche d'une autre hormone à l'origine de l'insuline : la pro-insuline. La somatomédine, sécrétée par le foie et les reins est transportée dans le sang en liaison avec des protéines. C'est en fait le principal médiateur de l'hormone de croissance sous l'influence de l'hypophyse. C'est la raison pour laquelle on parle de médiateur hormonal plutôt que d'hormone proprement dite. Elle permet la fabrication des protéines, du tissu osseux, du collagène (protéine de base entrant dans la constitution de la majeure partie du tissu) et de stimuler la synthèse de l'acide désoxyribonucléique (ADN). En effet, l'hormone de croissance a une sécrétion très fluctuante et la sécrétion de somatomédine (et plus particulièrement de somatomédine C) est plus constante. On constate quelquefois un déficit de sécrétion en somatomédine consécutif à celui de l'hormone de croissance. La régulation de l'hormone somatotrope se fait par l'intermédiaire d'autres hormones d'origine nerveuse (neuro-hormone) provenant de l'hypothalamus qui la stimulent (GH-RH), la freinent ou l'inhibent (somatostatine). Le taux normal de l'hormone somatotrope est, chez l'adulte, inférieure à 5 microgrammes par litre. Ce dosage s'effectue par le test d'Evans.

Une anomalie du contrôle central de la douleur pourrait expliquer la fibromyalgie. Certains neuromédiateurs tels que la sérotonine sont accusés d'être des médiateurs de la fibromyalgie. Pour comprendre il est nécessaire de savoir ce qu'est un neuromédiateur. Il s'agit d'une substance chimique (appelée également neurotransmetteur), fabriquée par l'organisme et permettant aux cellules nerveuses (neurones) de transmettre l'influx nerveux (message), entre elles ou entre un neurone et une autre variété de cellules de l'organisme (muscles, glandes). Les neuromédiateurs constituent le langage du système nerveux, permettant à chaque neurone de communiquer avec les autres. C'est de cette façon que se fait le traitement de l'information : les messages passent à travers les cellules possédant la capacité de fabriquer ces substances dans l'organisme. La colère, la faim, le sommeil, mais également la pensée, la réflexion sont les résultats de l'action de ces molécules de communication. Dans l'ensemble les individus atteints de fibromyalgie semblent percevoir la douleur de façon différente des autres. Il semble s'agir d'une perturbation du seuil de perception de la douleur. Des expérimentations ont été faites en explorant, par dolorimétrie la perception de la douleur. Celles-ci ont montré des anomalies quantitatives et qualitatives de la réponse aux stimuli douloureux (au fait de causer une douleur).

La diminution du seuil de perception de la douleur est un phénomène généralisé dans la FM, n'affectant pas seulement les zones douloureuses à la pression. L'exploration par dolorimétrie (dosage de la douleur) a montré des anomalies quantitatives et aussi qualitatives de la réponse aux stimuli douloureux. Les équipes médicales concernées par la recherche sur la fibromyalgie estiment que les individus souffrant de cette affection, présentent un état d'allodynie généralisée. Autrement dit, chez qu'une personne ressent anormalement, trop intensément, une douleur à la suite d'un stimulus à la (excitation) thermique (par application de chaleur) ou électrique (par application d'une petite

décharges électrique). non seulement les patients la ressentent de de façon intense mais aussi ce stimuli entraînent une douleur. c'est la raison pour laquelle les équipes médicales concernées estiment qu'il existe une perturbation de l'interprétation de la douleur par le système nerveux central. On parle pour cette raison de mauvaises intégration des stimuli nociceptifs. Le terme nociceptif désigne tout ce qui est en relation ce qui capte les excitations douloureuses. Ce phénomène serait le résultat un d'un dysfonctionnement (mauvais fonctionnement) de certaines zones du cerveau et plus particulièrement du thalamus et du noyau codé qui sont des noyaux gris centraux de l'encéphale (partie du système nerveux compris dans le crâne). Une des raisons de ce dysfonctionnement serait une mauvaise vascularisation (perturbation de l'arrivée du sang, voir de son retour) de ces zones. tout ceci a été mis en évidence par des examens complémentaires médicaux tels que les techniques de débitmétrie cérébrale (single photon emission tomography (SPECT) et d'imagerie par résonance magnétique (IRM) fonctionnelle.

Revenons à la sérotonine et profitons en pour parler également d'un autre neuromédiateur, mis en cause récemment au cours de la fibromyalgie, il s'agit de la substance P. Ces deux médiateurs interviennent dans les mécanismes de nociception (perception de la douleur) et d'antinociception (contrôle de la douleur par les substances antidouleurs sécrétées par l'organisme tel que les endorphines entre autres). Les prélèvements effectués ont montré que le taux de substances P est plus concentré dans le liquide céphalo-rachidien alors que le taux de sérotonine et les substances équivalentes été diminué. D'autres substances ont également été étudiéesil s'agit entre autres de la dynorphine A, le calcitonine gene-related peptide ou le nerve growth factor. Le liquide céphalo-rachidien, appelé également LCR, a un aspect très clair qualifié d'eau de roche entoure tout le système nerveux central et qui remplit en plus les cavités ventriculaires de l'encéphale autrement dit les ventricules cérébraux.

La recherche d'un foyer inflammatoire chronique est utile. Il peut s'agir d'un affection d'une dent, d'un sinus, d'un intestin, d'une pathologie gynécologique, entre autres.

Symptômes

La première plainte d'un individu atteint de fibromyalgie et la douleur. Il s'agit soit de douleurs diffuses soit de douleurs localisées. En cas de douleurs diffuses celles-ci se situent globalement dans l'axe du corps c'est-à-dire qu'elles elles concernent les régions du cou, des lombes (bas du dos) et des fesses. Les douleurs localisées se situent au niveau du rachis (colonne vertébrale) essentiellement.

Une caractéristique importante à retenir à propos des douleurs dont se plaignent les fibromyalgies est la majoration de celles-ci par le froid, l'anxiété, le stress, ou encore la fatigue. Cette fatigue touche essentiellement les muscles et donne l'impression d'une sensation de noeud ou de brûlure.

Les patients se plaignent également d'une sensation de gonflement dont la localisation est variée selon les individus. À cela s'ajoutent d'autres symptômes moins fréquents que les précédents. Il s'agit d'une impression de fourmillements (paresthésies), de chaleur ou au contraire de froid concernant la peau, s'associant à une perturbation de la coloration cutanée (ce que l'on appelle des troubles vasomoteurs).

Plus précisément les patients atteints de fibromyalgie décrivent :

- Des douleurs durant depuis plusieurs mois en trois endroits différents au moins. La moindre douleur est insupportable, intolérable. Elles ressemblent à des brûlures mais ne touchent pas les mains et les pieds et se situent au niveau du cou, en dessous du crâne (entraînant des céphalées : maux de tête), en arrière, au niveau des épaules (pour les spécialistes à l'insertion du sus épineux et du trapèze), au niveau des coudes (zone épicondylienne) et au niveau du grand trochanter (apophyse, zone de la partie supérieure du fémur, os unique de la cuisse). Les douleurs des tendons et des muscles à la pression sont au centre du diagnostic de fibromyalgie. Les zones douloureuses sont (entre autres) les suivantes (d'après l'ACR : American Collège of Rheumatology). En commençant par le haut du corps : l'arrière du crâne (occiput), les dernières vertèbres cervicales (cinquième, sixième et septième cervicales), les coudes, le trapèze, le supra épineux, la deuxième côte, le grand trochanter (hanche), le genou (voir examen physique).
- Les patients, au cours de cette affection, se plaignent souvent d'une sensation de fatigue intense, fatigue concernant les muscles dans la majorité des cas. Ceci explique que l'individu atteints de fibromyalgie présente un handicap fonctionnelle souvent en inadéquation avec une activité professionnelle. À ce sujet de nombreux patients se plaignent de ne pas être compris ou au minimum entendu par les médecins inspecteurs et contrôleurs de la sécurité sociale qui semble ne pas prendre en considération leurs dossiers cliniques. Le médecin généraliste du patient, dans ce cas, a un rôle particulièrement important à jouer. En effet, il se doit tout d'abord d'élaborer un dossier clinique (le dossier du patient) le plus complet et le plus précis possible. Ensuite, si nécessaire, le médecin doit accompagner sa patiente (le plus souvent) de façon à rapporter le maximum d'explications pragmatiques en ce qui concerne l'impossibilité, pour un individu atteint de fibromyalgie, d'exercer sa profession. Cette incapacité fonctionnelle a été mesurée par le HAQ, autrement dit Health Assessment Questionnaire functional disability index. Il est intéressant et nécessaire de savoir que les symptômes, présentés par un patient dans ce cadre de figure, sont aussi handicapants que ceux de la polyarthrite rhumatoïde.
- Les troubles du sommeil sont fréquemment décrits (quasi-totalité des patients). Le sommeil apparaît léger, fragmenté et le patient se lève fatigué après un réveil difficile. Il est quelquefois possible de rencontrer, en plus du syndrome fibromyalgique, un syndrome d'apnée du sommeil, susceptible de s'accompagner d'assoupissement, de demi-sommeil durant la journée. Il s'agit d'anomalies du sommeil en termes de qualité pouvant expliquer la survenue de certains symptômes tels que la fatigue générale, la pression de stress, les douleurs des muscles etc. Les examens polysomnographiques ne mettent pas toujours en évidence des modifications du sommeil (anomalies architecturales du sommeil). C'est la raison pour laquelle on ne peut pas compter sur ces examens complémentaires pour

préciser le diagnostic de fibromyalgie.

- Le syndrome du côlon irritable fait également partie du tableau clinique du patient fibromyalgique. En effet, un tiers des individus sont atteints de syndrome du côlon irritable. Ce syndrome que l'on explique pas pour l'instant au cours de cette pathologie, pourrait trouver une explication dans le phénomène suivant. On a remarqué, chez les patients atteints de fibromyalgie un taux de sérotonine inférieur aux autres personnes. La sérotonine est un neuromédiateur qui est donc, de ce fait, particulièrement incriminé dans la fibromyalgie. Il semble exister au cours de cette affection une relation étroite entre les troubles digestifs concernant le colon (gros intestin) et les perturbations neurologiques, plus précisément psychoses neurologiques rencontrées dans la fibromyalgie. Neuromédiateur, appelé également neurotransmetteur (substance transmettant l'influx nerveux entre les neurones et entre un neurone et un muscle), la sérotonine a une constitution chimique de type aminé. Cela signifie que cette substance est dérivée d'un acide aminé (élément de base constitutif des protéines) le tryptophane (acide aminé essentiel fourni par l'alimentation et participant à la constitution des protéines de l'organisme). La sérotonine est synthétisée par les cellules de l'intestin mais on la retrouve dans la plupart des tissus de l'organisme. La sérotonine participe à de nombreux mécanismes. Elle agit sur les processus nerveux et vasculaires et sur la contraction des muscles lisses (muscles de la plupart des viscères et des artères possédant des contractions automatiques, à la différence des muscles striés du squelette permettant les mouvements volontaires). La sérotonine est transportée par les plaquettes sanguines, puis stockée dans la plupart des tissus où elle transmet des informations du système nerveux central (cerveau et moelle épinière).
- Le terme dysautonomie signifie : fonctionnement anormal du système nerveux autonome. La dysautonomie fait partie du syndrome fibromyalgie. De quoi s'agit-il ? La dysautonomie correspond à un trouble du passage de l'excitation nerveuse au niveau du nerf vague (appelé également nerf pneumogastrique). Ce nerf permet la transmission des sensations et des ordres aboutissant aux muscles à l'origine des mouvements du pharynx, de l'estomac, du larynx, du cœur, du foie et des intestins. Ceci aboutit à l'amphotonie, qui est un excès de tonicité portant sur les deux systèmes : le nerf sympathiques et nerf vague. L'hypoamphotonie correspond à une hypotonie (diminution du tonus normal) de ces deux systèmes. La sympathicotonie correspond à une tonicité accrue au niveau des organes innervés par le système sympathique. La vagotonie correspond à un excès de tonicité des organes innervés par le nerf vague ou pneumogastrique. En pratique, c'est-à-dire au cours de la consultation médicale et plus précisément de l'examen physique du patient, on constate la présence d'anomalies de la circulation cutanée, plus précisément de la microcirculation (petits vaisseaux sanguins) de la peau. Ces perturbations se caractérisent par une modification de la vasoconstriction. La vasoconstriction est la possibilité pour un vaisseau de se contracter au contraire de se dilater. Au cours de la fibromyalgie ce mécanisme est perturbé. Les patients présentent plutôt une vasoconstriction (diminution du calibre des vaisseaux) qu'une vasodilatation (ouverture du calibre des vaisseaux). Ce phénomène est

susceptible d'expliquer la sensibilité accrue des points caractéristiques (points de Yunus) de la fibromyalgie. L'hypotension orthostatique c'est-à-dire le fait que le patient présente une chute de sa tension artérielle la position allongée la position debout par exemple, est également significatif de la perturbation du fonctionnement de son système nerveux autonome. Une accélération de son rythme cardiaque durant le sommeil (normalement se rythme doit diminuer durant le repos nocturne) traduit également une perturbation des systèmes de régulation neurologique de son organisme. Enfin, une période de stress, paradoxalement le rythme cardiaque du patient fibromyalgique diminue alors qu'il augmente chez un patient ne présentant aucune affection du système nerveux autonome.

- Les patients se plaignent également de ce que les spécialistes en neurologie et en psychologie-psychiatrie appellent des troubles cognitifs. Il s'agit avant tout de troubles de la mémoire et pour certains patients des perturbations du traitement, plus précisément de la vitesse de traitement, des informations qui leur arrivent. Autrement dit, les patients mettent un certain délai pour comprendre ce qui leur est dit. Mais ceci n'est pas vrai pour tous les malades atteints de fibromyalgie. Les chercheurs ont remarqué qu'il existait une corrélation entre l'intensité de la douleur, l'anxiété, les anomalies du sommeil.
- Des paresthésies : il s'agit d'un trouble de la sensibilité, désagréable et non douloureux, donnant l'impression de palper du coton, et pouvant s'accompagner d'une anesthésie (disparition plus ou moins importante de la sensibilité). Le terme habituellement employé est fourmillement.
- Environ un peu moins de la moitié des patients présente une dépression importante (chiffre supérieur à la population générale). Il est impossible de savoir, pour l'instant, si celle-ci est la cause de la fibromyalgie ou sa conséquence. Le plus souvent des antécédents de dépression sont retrouvés. Il semble que sa dépression soit les conséquences de la fibromyalgie. En effet, étant donné l'états d'isolement social dans lequel se trouvent les patients il semble compréhensible qui souffre d'un syndrome dépressif. Certains examens de laboratoire, permettent de dire avec quasi-certitude que la dépression (au cours de la fibromyalgie) n'est pas organique mais sans doute secondaire. En effet, au cours de la dépression «classique» certains dosages comme par exemple celui du cortisol dans les urines, sont perturbés. Au cours de la fibromyalgie le dosage du cortisol et d'autre test (test à la dexaméthasone) sont normaux.

Examen Physique

Les critères qui permettent de poser le diagnostic de fibromyalgie ont été élaborés et validés en 1990 par le Collège américain de rhumatologie (ACR).

L'examen clinique consiste à palper le patient, et plus exactement à effectuer une pression à l'aide d'un doigt sur certains points de l'organisme dont la localisation est bien précise. Ces zones portent le nom de points de Yunus. Cette pression ne doit pas dépasser 4 kg

par centimètre carré. Les zones du corps (points douloureux correspondent aux assertions ont des tendons des muscles sur les os) où doit s'exercer la pression du pouce de l'examineur sont les suivantes :

Localisation des points douloureux au cours de la fibromyalgie. La pression exercée sur ces zones doit être d'environ quatre kilos (correspondant au blanchiment de la partie située en dessous de l'ongle du doigt de l'examineur).

Il s'agit de 9 régions bilatérales du corps :

- Occiput à l'insertion des muscles sous occipitaux (base du crâne).
- Bord supérieur du muscle trapèze.
- Zone située entre la cinquième et sixième côte (en avant).
- Omoplate (bord interne).
- Articulation entre la deuxième côte et le sternum.
- Coude.
- Fesse (partie supérieure et externe de la fesse).
- Hanche (trochanter).
- Intérieur du genou.

Le nombre des zones citées précédemment est variable selon l'état psychologique et somatique (organique) du patient. Ainsi, en cas de fatigue, de manque de sommeil, ces points sont susceptibles d'être plus importants (en nombre). D'après certaines équipes spécialisées en rhumatologie (Pr Blotman de Montpellier entre autres), l'absence de réponse à un antalgique (antidouleurs) serait relativement caractéristique de la fibromyalgie.

Par comparaison, certaines zones ne sont pas douloureuses. Il s'agit entre autres du front, de l'avant-bras et de l'avant de la cuisse. Le reste du corps ne présente pas d'anomalie. Les articulations sont indemnes, les chevilles ne sont pas toujours gonflées (ou bien il agit d'une autre maladie).

L'examen clinique des autres parties du corps ne montre aucune anomalie (articulation, os, muscle, ligament, aponévrose, peau etc.). En particulier l'examen neurologique concernant le système nerveux central et le système neurovégétatif (sympathique et parasympathique) est normal.

Labo

Les examens à réaliser vont permettre d'éliminer d'autres diagnostics proches de cette pathologie qui le plus souvent entre dans le cadre de la consultation de rhumatologie, ce

sont :

- Glycémie
- Numération formule sanguine (nombre de globules blancs, de globules rouges et de plaquettes)
- Vitesse de sédimentation
- Protéine C. réactive
- Ionogramme sanguin
- CPK
- Transaminases
- Taux de phosphore et de fer dans le sang
- Anticorps antinucléaires
- Enzymes musculaires
- TSH
- Facteurs rhumatoïdes
- Calcémie
- Recherche d'auto-anticorps (antinucléaire, anti mitochondries etc.)
- Recherche d'une sérologie d'hépatite virale.

Habituellement, ces examens sont normaux.

Diagnostic différentiel

Pour porter le diagnostic de fibromyalgie il est nécessaire de retenir les critères émis par l'American College of Rheumatology en 1990. L'affirmation du diagnostic nécessite que l'on retrouve au minimum 11 points douloureux sur 18 quand on effectue une pression sur les zones caractéristiques de la fibromyalgie.

Pour certains spécialistes la présence de cinq points douloureux est suffisant pour affirmer le diagnostic de fibromyalgie.

À ce s'ajoute ce que l'on appelle les critères mineurs c'est-à-dire certains symptômes que présentent le patient en plus, des douleurs à la pression du pouce par l'examineur. Il s'agit :

- D'une asthénie (fatigue).

- D'une anxiété.
- De troubles du sommeil.
- D'une colopathie fonctionnelle.
- D'une céphalée chronique (maux de tête).
- D'une impression de gonflement des tissus mous.
- D'un engourdissement.
- De paresthésies (fourmillements) des extrémités.
- D'une aggravation de la douleur entraînés par l'anxiété ou le stress voir par des modifications climatiques.

Le diagnostic de fibromyalgie ne peut être porté qu'après avoir éliminé d'autres affections telles que :

- La polyarthrite rhizomélisque.
- Une arthrose généralisée.
- Une polyarthrite rhumatoïde.
- Une polymyosite.
- Une connectivite.
- Un rhumatisme inflammatoire.
- Une dépression.
- Un stress.
- Une pathologie du sommeil (syndrome d'hyposommeil).
- Une asthénie chronique.
- Des perturbations psychologiques susceptibles d'entraîner des contractures musculaires. (contractures musculaires psychogènes).
- L'hypothyroïdie.
- Le syndrome de Gougerot-Sjögren.La pseudoarthrite rhizomélisque.
- La myofasciite à macrophages.
- Les connectivites.

- Le syndrome parkinsonien.
- Les états psychiatriques tels que la névrose et la dépression.
- La névralgie cervico-brachiale.
- L'épicondylalgie.
- Un névralgie d'Arnold.
- La périartérite scapulohumérale.
- La lombalgie.
- La sciatique.
- La dorsalgie.
- La cruralgie.
- Le syndromede Tietze.
- La périartérite de hanche.
- La gonarthrose.
- La tendinite de la patte d'oie (localisation à la face interne du genou).

Traitement

La fibromyalgie disparaît, plutôt rarement, grâce à un traitement adapté et à un suivi psychothérapeutique de soutien.

Les traitements médicamenteux ne sont pas toujours efficaces. Ils font appel aux décontractants musculaires qui sont peu efficaces, aux anti-inflammatoires (qui ne sont pas toujours efficaces voir jamais), aux antidépresseurs, aux antidouleurs. En ce qui concerne les antalgiques (antidouleurs), le tramadol semble plus efficace que les autres. Ceci s'explique sans doute par son action faisant intervenir la physiologie de la recapture de la sérotonine entre autres.

Certaines équipes médicales l'associent au paracétamol (Efféralgan).

Différents antidépresseurs ont été utilisés. S'agit avant tout de l'Amitriptyline, la Fluoxétine, la Paroxetine, le Citalopram etc.).

Des exercices d'élongation ou des exercices en aérobiose ainsi qu'une amélioration du sommeil peuvent apporter un certain bénéfice.

Le reconditionnement à l'effort est utilisé parfois dans la Fibromyalgie. Il semble que

cette technique ne soit pas particulièrement appréciée des patients. En effet elle entraîne quelquefois des lésions musculaires et de la fatigue supplémentaire dont se plaignent les patients fibromyalgiques.

L'application de chaleur ainsi que des massages doux associés donnent parfois d'excellents résultats, la mésothérapie également. Certaines techniques utilisant des infiltrations (injections) locales de procaïne à 1 % (anesthésique local) associées ou pas avec un corticoïde (cortisone) peuvent apporter une amélioration. Cependant, l'utilisation de la cortisone doit se faire avec parcimonie et en profondeur, de façon à ne pas entraîner de problèmes cutanés plus inesthétiques que douloureux.

Bibliographie

Place et signification des symptômes non douloureux de la fibromyalgie.

Thomas et Blotman (revue de rhumatologie de 2003,70 : 306-9).

Vade-mecum clinique de Fattorusso et Ritter.

« Fibromyalgie », Houvenagel (Encyclopédie médicochirurgicale de l'appareil locomoteur, 15-916-A-10,2003).

Blotman F., Touchon J. Polyenthésopathies Thérapeutique rhumatologique Paris: Flammarion; 1995. 607-614.

Yunus M., Masi A.T., Calabro J.J., Miller K.A., Feigenbaum S.L. Primary fibromyalgia (fibrositis): clinical study of 50 patients with matched normal control Semin. Arthritis Rheum. 1981 ; 11 : 151-171 (cross-ref).

E. Thomas * : Praticien hospitalier, L. Missounga : Assistant des Hôpitaux, F. Blotman : Professeur des Universités, praticien hospitalier.

Service de rhumatologie (Professeur F. Blotman), hôpital Lapeyronie, 191, avenue du Doyen-Gaston-Giraud, 34295 Montpellier cedex 5, France .