

Syndrome fibromyalgique: nouvelles connaissances relatives au diagnostic et au traitement

Partie 1: tableau clinique, contexte de survenue et évolution

André G. Aeschlimann^a, Stefan Bachmann^b, Christine Cedraschi^c, Michele Curatolo^d, Niklaus Egloff^e, Peter J. Keel^f, Petra Thomas^g

Quintessence

- Le syndrome fibromyalgique est un problème douloureux très répandu, qui est à l'origine d'altérations considérables de la qualité de vie, ainsi que de coûts médicaux et sociaux élevés.
- Les nouveaux critères diagnostiques publiés en 2010 ont permis de simplifier le dépistage de la maladie; grâce à l'ajout de nouveaux symptômes clés, comme la fatigue et le sommeil non réparateur, ces nouveaux critères reflètent davantage les manifestations cliniques de la maladie par rapport aux anciens critères qui se limitaient à la douleur (à la pression).
- Etant donné qu'il s'agit d'un trouble multifactoriel, les options médicamenteuses uniquement sont insuffisantes; l'adoption d'une approche multidisciplinaire à dominante psychothérapeutique s'est encouragée être la mesure la plus efficace.
- Ces recommandations reflètent l'état actuel des connaissances concernant le diagnostic, le diagnostic différentiel, la pathogenèse et le traitement du syndrome fibromyalgique.


Définition

Le syndrome fibromyalgique (SFM), qui est communément appelé «fibromyalgie», est un complexe de symptômes caractérisé par des douleurs chroniques intéressant l'appareil locomoteur et localisées en particulier au niveau des muscles et de zones d'insertion des tendons typiques. Par ailleurs, ce syndrome se manifeste par de nombreux symptômes associés comme la fatigue, l'épuisement rapide, le sommeil non réparateur, le syndrome du côlon irritable, la vessie irritable, l'humeur dépressive ou les troubles de la mémoire. Dans la classification internationale des maladies de l'OMS, le SFM figure parmi les «maladies de l'appareil locomoteur et du tissu conjonctif», sous le code M79.70. Aujourd'hui, le diagnostic repose sur les nouveaux critères diagnostiques proposés en 2010 par le *American College of Rheumatology* (ACR) [43].



Peter Keel

Critères diagnostiques

Un SFM est présent lorsque trois conditions sont remplies (tab. 1 

1. Douleurs au niveau d'au moins 7 zones corporelles définies et présence de certains symptômes associés *ou* douleurs au niveau de seulement 3 à 6 zones corporelles mais avec des symptômes associés bien plus prononcés.

2. Les symptômes sont présents depuis au moins 3 mois.
3. Le patient ne présente aucune autre maladie détectable qui pourrait totalement expliquer les symptômes.

À côté des difficultés de concentration et des troubles de la mémoire, le sommeil non réparateur et la fatigue ou la fatigabilité accrue constituent des symptômes associés particulièrement importants. Si les trois symptômes sont très prononcés, les cinq points requis de l'index de sévérité sont déjà remplis. Un grand nombre de symptômes associés supplémentaires sont évalués avec trois points additionnels. Parmi ces symptômes, le syndrome du côlon irritable est particulièrement fréquent (env. 80% des patients), de même que les douleurs articulaires (85%) qui, bien qu'elles ne figurent pas dans la liste, font souvent redouter aux patients d'être atteints d'une polyarthrite rhumatoïde.

Les nouveaux critères diagnostiques simplifient la démarche diagnostique et ils favorisent un bilan exhaustif grâce auquel les patients, avec leurs multiples symptômes, se sentent pris au sérieux.

Sur proposition de l'ACR, les nouveaux critères devraient remplacer les critères datant de 1990, qui étaient en vigueur jusqu'à présent pour le diagnostic du SFM [45]. Les principales modifications incluent:

- La palpation d'au moins 11 des 18 points douloureux («tender points») définis, avec une pression de 4 kg/cm², pour diagnostiquer la douleur a été abandonnée par manque de fiabilité et de reproductibilité.
- Au lieu de l'examen des points douloureux, les nouveaux critères se basent sur une combinaison du «Widespread Pain Index» (WPI) et de l'échelle «Symptom Severity (SS) Scale Score».
- La présence concomitante (comorbidité) d'une maladie rhumatismale inflammatoire n'exclut pas le diagnostic de SFM.

Recommandations du groupe d'intérêt «Fibromyalgie et Central Sensitivity Syndromes» de la Société Suisse pour l'Etude de la Douleur (SSED), sous la direction de Peter Keel

^a CMO and Ärztlicher Direktor Rheumatologie, RehaClinic, Bad Zurzach

^b Chefarzt Klinik für Rheumatologie und internistische Rehabilitation, Rehabilitationszentrum Valens

^c Psychologin, Service de Médecine Interne de Réhabilitation & Centre de la douleur, Service de Pharmacologie et Toxicologie cliniques, Hôpitaux Universitaires, Genève

^d Leitender Arzt, Universitätsklinik für Anästhesiologie und Schmerztherapie, Inselspital, Bern

^e Oberarzt, Psychosomatik, Inselspital, Bern


^f Chefarzt, Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik, Bethesda-Spital, Basel

^g Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik, Bethesda-Spital, Basel

A. Aeschlimann: activité de conseil en faveur de Pfizer. Les autres auteurs ne déclarent aucun soutien financier ni d'autre conflit d'intérêts en relation avec cet article.

- Des symptômes associés majeurs, comme le sommeil non réparateur, la fatigue et les troubles cognitifs, sont pris en compte.

Epidémiologie

En fonction des études, la prévalence du SFM dans les pays industrialisés s'élevé à env. 3,5% chez les femmes et à env. 0,5% chez les hommes [42, 44]. Dans la pratique médicale générale et dans la pratique clinique, cette prévalence est accrue (respectivement, 5% et jusqu'à 15%) [9]. Les femmes sont plus souvent touchées que les hommes, avec un rapport de 9:1 en moyenne (les données de la littérature varient entre 2 et 21:1) [23]. La prévalence augmente parallèlement à l'âge; elle atteint son maximum à l'âge d'env. 75 ans, puis diminue à nouveau légèrement (fig. 1 ). Il est ainsi possible de conclure uniquement à une légère tendance à l'amélioration avec l'âge.

Prédispositions et facteurs de risque

Certains indices suggèrent l'existence d'une composante héréditaire. Des polymorphismes génétiques, qui sont à l'origine de perturbations de l'équilibre des neurotransmetteurs (entre autres, métabolisme sérotoninergique) et surviennent avec une vulnérabilité variable, peuvent être associés à un risque accru de SFM. Dès lors, le risque de développer la maladie peut être plus élevé en cas d'antécédents familiaux [33].

Le risque de SFM est également accru (prévalence de 20–25%) lorsque le patient souffre déjà d'une maladie rhumatismale inflammatoire comme la polyarthrite rhumatoïde ou le lupus érythémateux systémique.

Les expériences traumatiques (par ex. négligence émotionnelle durant l'enfance ou à l'âge adulte, maltraitance, abus sexuel) et le stress psychosocial (avant tout sur le lieu de travail) sont considérés comme des facteurs de risque exogènes avérés de troubles douloureux

Tableau 1

Critères diagnostiques du SFM [43, 5].

Les **critères diagnostiques** sont remplis si les 3 conditions suivantes sont présentes:

1. Widespread Pain Index (WPI) >7 et Symptom Severity (SS) Scale Score >5 *ou* WPI 3–6 et SS >9
2. Les symptômes persistent à une intensité stable depuis au moins 3 mois
3. Le patient ne présente pas d'autre maladie ou trouble, qui pourrait expliquer les symptômes et les douleurs

Widespread Pain Index

Au niveau de combien des zones corporelles suivantes le patient a-t-il éprouvé des douleurs au cours de la dernière semaine? Comptabiliser 1 point par zone corporelle douloureuse; le score peut être compris entre 0 et 19 points.

Ceinture scapulaire gauche	Hanche (fessier, trochanter) gauche	Mâchoire gauche
Ceinture scapulaire droite	Hanche (fessier, trochanter) droite	Mâchoire droite
Bras gauche	Avant-bras gauche	Rachis dorsal
Bras droit	Avant-bras droit	Rachis lombaire
Cuisse gauche	Jambe gauche	Nuque
Cuisse droite	Jambe droite	Cage thoracique
Abdomen		

Symptom Severity Scale Score

Pour les 3 symptômes suivants:

- Fatigue
- Sommeil non réparateur
- Symptômes cognitifs

il convient de déterminer le degré de sévérité des symptômes au cours des 7 derniers jours en se basant sur l'échelle suivante:

- 0 = pas de problèmes
- 1 = problèmes légers; le plus souvent, discrets ou intermittents
- 2 = problèmes modérés; souvent présents et/ou à un degré modéré
- 3 = problèmes sévères; constamment présents et invalidants

Par ailleurs, des symptômes somatiques et fonctionnels supplémentaires¹ sont caractérisés au moyen de l'échelle suivante:

- 0 = pas de symptômes
- 1 = peu de symptômes
- 2 = symptômes occasionnellement présents
- 3 = symptômes souvent présents

Le Symptom Severity Scale Score est obtenu à partir de la somme des 3 symptômes (fatigue, sommeil non réparateur et symptômes cognitifs) et du degré de sévérité des symptômes somatiques. Le score final peut être compris entre 0 et 12.

¹ Douleurs musculaires, syndrome du côlon irritable, épuisement/fatigue, troubles de la mémoire, faiblesse musculaire, céphalées, douleurs/crampes abdominales, sensation d'engourdissement, confusion, troubles du sommeil, dépression, constipation, douleurs épigastriques, nausées, vomissements, nervosité, douleurs thoraciques, troubles visuels, fièvre, diarrhée, sécheresse buccale, aphte, prurit, bourdonnements d'oreille ou acouphènes, phénomène de Raynaud, pyrosis, perturbations du goût, sécheresse oculaire, dyspnée, perte d'appétit, rougeurs cutanées, sensibilité au soleil, ecchymoses provoquées par des traumatismes minimes, difficultés auditives, alopecie, pollakiurie, symptômes de vessie irritable, dysurie, crampes vésicales.

chroniques et dans des cas individuels, ils jouent également un rôle majeur dans le SFM [21].

Comorbidités

Compte tenu des composantes exogènes de stress mentionnées, il n'est pas étonnant que le SFM s'accompagne fréquemment de maladies psychiatriques ou de symp-

tômes psychiques. En fonction de la définition utilisée et de l'approche diagnostique adoptée, le SFM, en tant que comorbidité, est très souvent associé à des troubles affectifs (30–80%) et à un syndrome de stress post-traumatique (30–60%) [38]. Des taux accrus de troubles anxieux, de troubles alimentaires, d'abus de substances et de troubles de la personnalité borderline ont également été rapportés [4].

Les symptômes nerveux centraux typiquement observés en cas de SFM (difficultés de concentration, fatigue, tendance dépressive, irritabilité) surviennent également dans le cadre d'autres syndromes somatiques fonctionnels douloureux, par ex. le syndrome du côlon irritable (32–70%), les céphalées de tension (22–60%), la migraine (22–48%), les douleurs de l'articulation temporo-mandibulaire (24–75%) et la dysménorrhée (45–55%) [47]. Tous ces troubles partagent une caractéristique commune: une sensibilité excessive des structures nerveuses responsables de la perception.

Diagnostic différentiel

Vu que le SFM présente des caractéristiques qui se recoupent fortement avec d'autres tableaux cliniques organiques, le diagnostic différentiel revêt une importance particulière [1, 2, 47]. Le tableau 2 [↔](#) fournit un aperçu des principales maladies qu'il convient de distinguer du SFM. Le tableau 3 [↔](#) énumère les motifs de suspicion et les caractéristiques discriminantes des diagnostics différentiels les plus fréquents. En complément de l'anamnèse et de l'examen clinique, les analyses de laboratoire recommandées (tab. 4 [↔](#)) permettent généralement d'exclure dans une large mesure des maladies rhumatismales ou infectieuses inflammatoires, ainsi que des troubles métaboliques. Les patients éprouvent aussi souvent la peur d'être atteints d'une tumeur maligne, crainte sur laquelle il convient de se pencher consciencieusement.

Evolution, pronostic et conséquences de la maladie

Souvent, le SFM débute par des douleurs cervicales ou lombaires localisées et éventuellement, par des douleurs de l'articulation temporo-mandibulaire. Ce n'est qu'au fil des mois, voire des années, que la douleur s'étend à l'ensemble des quatre quadrants. L'évolution du SFM est clairement constante; les symptômes et les limitations associées persistent à vie chez la plupart des patients. Parfois, les patients parviennent à mieux s'adapter aux symptômes avec le temps; l'initiation de mesures thérapeutiques appropriées augmente alors la probabilité de réussir à surmonter les manifestations de la maladie. Le SFM est généralement assorti d'une multitude de conséquences négatives, qui sont ressenties non seulement par l'individu touché, mais également par son entourage (réseau social, employeur, Etat/société):

- Limitation de la qualité de vie du patient
- Problèmes dans la gestion du quotidien
- Retrait social ou perte des renforcements sociaux

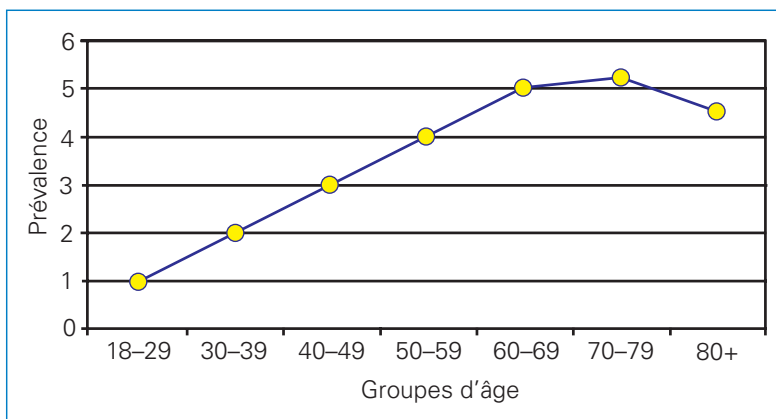


Figure 1
Prévalence du SFM en fonction de l'âge [23].

Tableau 2

Diagnostiques différentiels pour le SFM: classification (modifié d'après [2]).

Maladies rhumatismales inflammatoires	Lupus érythémateux systémique
	Syndrome de Sjögren
	Polyarthrite rhumatoïde
	Pseudo-polyarthrite rhizomélisque
	Polymyosite/dermatomyosite
	Spondylarthrite (séronégative)
Infections	Hépatite B et C
	VIH
	Borreliose
	Virus Epstein-Barr
	Parvovirus B19
Néoplasies	Myélome multiple
	Lymphome
	Cancers métastatiques (cancer du sein, cancer du poumon, cancer de la prostate)
Maladies endocriniennes	Hypovitaminose D
	Hyperparathyroïdie
	Hypothyroïdie
	Maladie de Cushing
	Thyroïdite auto-immune (Hashimoto)
Effets indésirables médicamenteux	Statines
	Inhibiteurs de l'aromatase
	Sevrage stéroïdien
Maladies psychiatriques	Dépression
	Trouble anxieux
	Trouble de déficit de l'attention/hyperactivité chez l'adulte
	Autres syndromes douloureux fonctionnels (par ex. dissociatifs)
	Stress post-traumatique

Tableau 3

Motifs de suspicion et caractéristiques discriminantes des diagnostics différentiels les plus fréquents (modifié d'après [2, 23]).

	Points communs/motifs de suspicion	Différences, résultats spécifiques
Polyarthrite rhumatoïde	Douleurs articulaires, fatigue	Dans le SFM, pas de tuméfactions articulaires et analyses de laboratoire sans particularité (pas d'anticorps anti-CCP)
Lupus érythémateux systémique	Myalgies, arthralgies, fatigue, symptômes de sécheresse oculaire	Dans le SFM, pas d'exanthème typique du lupus érythémateux systémique, pas d'anticorps antinucléaires, pas d'anticorps anti-dsDNS
Syndrome de Sjögren	Sécheresse oculaire, sécheresse buccale	Dans le SFM, pas de tuméfaction parotidienne et analyses de laboratoire sans particularité. En cas de syndrome de Sjögren, test de Schirmer positif, biopsie labiale positive et éventuellement, anticorps antinucléaires positifs
Hypothyroïdie primaire	Manque d'entrain, douleurs myofasciales diffuses	En cas d'hypothyroïdie, concentration sérique élevée de TSH
Pseudo-polyarthrite rhizomélique	Douleurs musculaires, abattement	En cas de pseudo-polyarthrite rhizomélique, paramètres inflammatoires très élevés, réponse rapide aux stéroïdes
Polymyosite	Faiblesse musculaire	En cas de myosite, taux de créatine kinase généralement élevé et altérations à l'électromyographie; IRM musculaire, biopsie
Syndrome de fatigue chronique	Fatigue, troubles du sommeil, difficultés de concentration	En cas de syndrome de fatigue chronique, pas de douleurs multiloculaires et pas de points douloureux; initialement, infection fréquente
Hépatite B et C	Fatigue, douleurs diffuses	Sérologie de l'hépatite
Carence en fer	Fatigue	Faibles concentrations de fer et de ferritine
Hypovitaminose D, hyperparathyroïdie secondaire	Douleurs musculaires et douleurs articulaires non spécifiques	25-OH-vitamine D, Ca ⁺
Spondylarthrite (séronégative)	Mobilité axiale limitée, douleurs nocturnes, anamnèse familiale positive	En cas de SFM, analyses de laboratoire sans particularité, altérations radiologiques typiques en cas de spondylarthrite

Abréviation: anticorps anti-CCP = anticorps anti-peptide cyclique citrulliné

Tableau 4


Analyses de laboratoire en cas de SFM [2]; ces analyses doivent être adaptées en fonction des manifestations cliniques.

Vitesse de sédimentation, protéine C réactive
Formule sanguine différentielle, éventuellement ferritine
Paramètres hépatiques et rénaux (alanine amino-transférase, phosphatase alcaline, créatinine, créatine kinase)
TSH
Ca ⁺ , 25-OH-vitamine D
Facteurs rhumatoïdes, anticorps anti-CCP, anticorps antinucléaires
VHC, VIH, VHB (en concertation avec le patient)

- Développement de mécanismes d'adaptation inappropriés (par ex. comportement d'évitement)
- Exigences élevées en matière de prestations médicales (visites médicales fréquentes, examens et traitements fréquents), engendrant des coûts directs élevés
- Incapacité de travail et/ou départ à la retraite anticipé, engendrant des coûts indirects élevés.

Etiologie et pathogenèse: modèle explicatif biopsychosocial

Dans la pratique clinique quotidienne, il est utile d'expliquer la survenue du SFM au moyen d'un modèle

biopsychosocial (fig. 2 ) , tout en sachant que le développement et la persistance de la maladie ne sont pas uniquement conditionnés par des facteurs psychiques, mais également par des facteurs génétiques, biologiques, endogènes et exogènes [14]. Même si le stress n'a pas des répercussions identiques chez tous les patients atteints de SFM, des études ont montré le lien entre un stress persistant et les symptômes physiques mentionnés [14, 34]. Les facteurs de stress incluent à la fois des composantes psychiques et biologiques. Des études chez l'animal ont notamment montré qu'un stress persistant, par le biais d'une sécrétion accrue de cortisol et d'adrénaline, pouvait être à l'origine d'une sensibilisation périphérique à la douleur des terminaisons nerveuses libres et d'une hyperalgésie [27].

Facteurs psychiques

Parmi les facteurs psychiques, les expériences traumatiques infantiles (négligence émotionnelle, abus physique et sexuel, décès d'un parent, hospitalisation prolongée ou accident de la route) jouent un rôle majeur [21]. Une étude de cohorte prospective a montré un lien entre les expériences violentes précoces et les maladies douloureuses chroniques (pas uniquement le SFM) [24]. Il pourrait en résulter des troubles relationnels et des troubles de l'attachement: par peur d'abandon, les sujets touchés cherchent à conserver un degré élevé d'indépendance, tout en s'adaptant à certaines relations de manière ex-

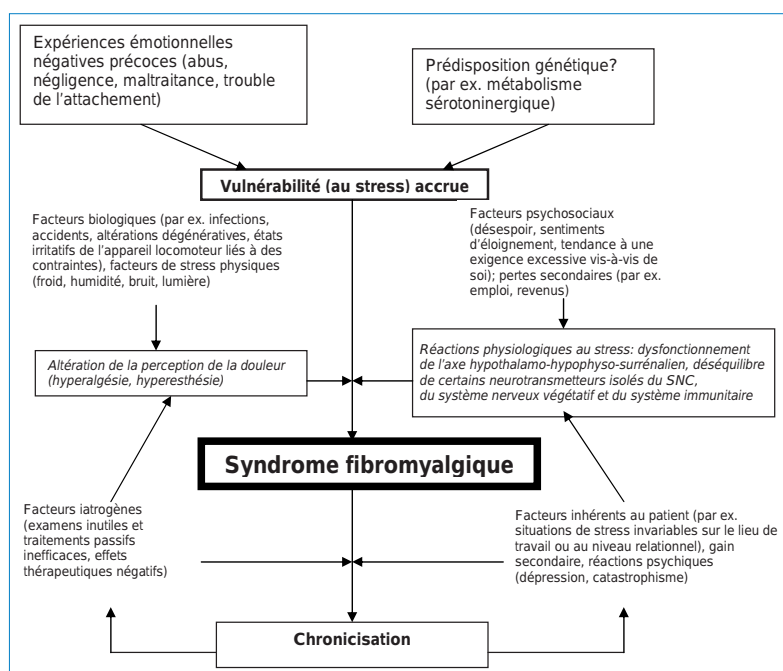


Figure 2
Modèle pathogénique biopsychosocial du SFM (modifié d'après [14]).

cessive [30]. On pense également qu'une estime de soi perturbée puisse être responsable d'une fatigabilité accrue par le biais d'une hyperactivité compensatoire [37]. Chez les personnes subissant des changements douloureux dans leur vie, le risque de développer un SFM est multiplié par 20 en l'espace de 15 mois [39]. A l'âge adulte également, les situations de vie pénibles jouent un rôle essentiel. Ainsi, dans une étude prospective conduite sur une durée de 2 ans chez des salariés victimes de stress ou de mobbing sur leur lieu de travail, le risque de développer un SFM était augmenté de deux à quatre fois [28]. Par ailleurs, les patients supportent également fréquemment des événements de vie difficiles au moment où la maladie s'est déclarée [11]. Des analyses sérologiques ont déjà permis d'établir une corrélation entre des signes de stress élevé persistant, mais souvent non perçus, et un déséquilibre du taux

de cortisol [31], ainsi qu'un dérèglement du système nerveux végétatif [15]. Tout comme dans la dépression, l'hypercortisolisme initial typique explique les troubles du sommeil. En outre, en cas de SFM, un déficit en hormone de croissance est souvent retrouvé dans ce contexte. Ces dysfonctionnements endocriniens et végétatifs peuvent en partie expliquer les symptômes variables du SFM [29].

Facteurs biologiques et autres

5 à 10% des patients qui contractent certaines infections, comme l'infection au virus Epstein-Barr, la fièvre Q ou la borréliose de Lyme, développent un syndrome douloureux chronique. Il est intéressant de noter qu'après une infection intestinale à *Campylobacter*, *Shigella* ou à *Salmonella*, certains patients développent également un syndrome du côlon irritable post-infectieux [20]. Dans le cadre du SFM, des processus de sensibilisation à la fois centraux et périphériques ont pu être identifiés comme cause de l'hyperalgésie [32, 34]. Des stimuli douloureux intenses et persistants, même de relativement courte durée, peuvent déclencher des altérations au niveau de la perception de la douleur [46, 47]. Par exemple, en cas de SFM, l'hypersensibilité générale aux stimuli désagréables comme la douleur, mais aussi le froid, l'humidité, le bruit et la lumière, peut provoquer une hyperalgésie. L'enregistrement du réflexe nociceptif de flexion («spinal nociceptive flexion reflex») [6, 13] et l'IRM fonctionnel [18] ont révélé, à plusieurs reprises, des troubles de perception de la douleur.

Correspondance:

Prof. Peter Keel
Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik
Bethesda-Spital
CH-4020 Basel
[peter.keel\[at\]unibas.ch](mailto:peter.keel[at]unibas.ch)

Références

Une liste des principaux travaux originaux et des principales recommandations est disponible à la fin de la partie 2. La liste complète des références numérotées se trouve sous www.medicalforum.ch.