

Avertissement: Notes prises au vol. Erreurs possibles. Prudence.

Mardi 10 mai 2011

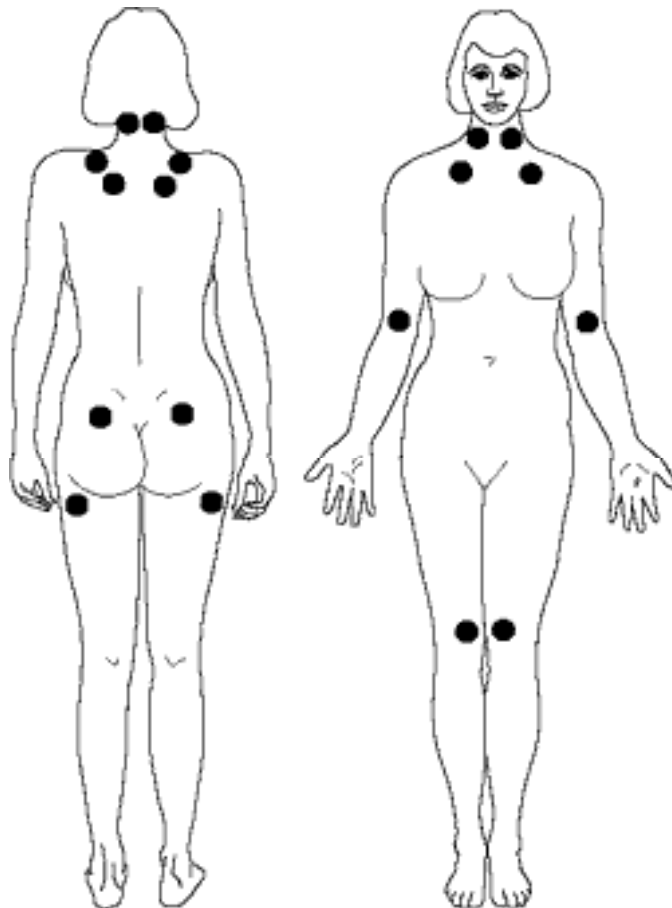
Hôpital cantonal de Genève

[La fibromyalgie: souffrance ou maladie?](#)

Dr A. Finckh, Dr C. Cedraschi

Des douleurs diffuses et persistantes, une fatigue chronique, un sommeil non réparateur, des troubles de la mémoire ou de la concentration, d'autres symptômes somatiques parfois tels le colon irritable p.ex....ne sont ils qu'un syndrome, est ce une maladie, faut il chercher une clé physiopathologique explicative ou bien est ce le signe d'un mal de vivre qui ne trouve à s'exprimer que de cette façon...On ne sait pas...

Pour certains, le diagnostic repose sur l'existence des zones gachettes, soit des zones ou la pression de l'examineur est ressentie comme douloureuse.



Il y a 18 trigger zones et quand 11/18 sont douloureuses et que les douleurs diffuses durent plus de 3 mois on est en droit de poser le diagnostic.

On comprendra que ceci est peu spécifique et dépend de la force de l'examineur au moment où il appuie sur la zone examinée.

La nouvelle tendance est d'avoir une autoévaluation par le patient de ses douleurs et de quantifier la sévérité des symptômes associés: fatigue, sommeil, troubles cognitifs et autres troubles fonctionnels selon un score.

Lorsque le Widespread Pain Index (WPI) est supérieur à 7 et que la Sévérité des Symptômes (SS) est supérieure à 5, on pose le diagnostic à condition qu'il n'y ait pas d'autres étiologies possibles.

En ce qui nous concerne, on sera surtout attentif à exclure:

-une spondylarthropathie: raideur matinale, douleurs rachidiennes, douleurs nocturnes, sommeil perturbé, et efficacité des AINS

-une connectivite : Sjögren, Sclerodermie, Lupus, Polymyosite, Vasculite. On sera attentif aux arthralgies diffuse, aux myalgies, au syndrome inflammatoire et à la présence d'auto anticorps.

-une polyarthrite rhumatoïde: (voir <http://rawarrior.com>) Arthrites, synovites, synd. inflammatoire, autoanticorps en particulier Facteur rhumatoïde et antiCCP.

-une polymyalgia: syndrome inflammatoire, réponse spectaculaire aux stéroïdes, absence de douleurs aux extrémités.

-polyarthrose: caractéristique «mécanique» de la douleur.

Il y a aussi d'autres diagnostic différentiel qu'il faudrait évoquer bien que plus rares...

- le syndrome d'hyperlaxité articulaire (danseuses)
- l'ostéomalacie
- l'hyperparathyroïdie primaire
- une néoplasie p.ex. myélome multiple, ou tumeur métastatique
- des infections virales: parvovirus, hépatites B/C, HIV, EBV ou autres (Maladie de Lyme).
- des effets secondaires médicamenteux (statines, antiaromatases).

Donc face à un tableau clinique de douleurs diffuses chroniques, exclure les autres causes évoquées ci-dessus. C'est comme toujours l'anamnèse et l'examen clinique la base de la démarche. Le laboratoire n'a pas besoin d'être extensif. On conseille dans un 1^{er} temps VS ou CRP, TSH, ALAT et CK. On peut confirmer la présence des points douloureux ou bien effectuer une liste des symptômes et de leur gravité (WPI et SS), et on verra si l'on veut ou non parler de « fibromyalgie» au patient.

Du point de vue psy...les «fibromyalgiques» sont hétérogènes.

On ne peut pas les mettre tous dans le même casier...La douleur varie, l'anxiété varie, le catastrophisme aussi, tout comme la dépression.

Ce qui frappe c'est la notion d'un corps puissant et fiable «avant», d'un événement,

puis d'une souffrance, suivie d'une perte de confiance avec cette notion de «paradis perdu», d'une réparation impossible«après».

De l'hyperadaptation à la perte irréparable...

Mais ce que nous voyons est-ce la cause ou la conséquence? nous ne le savons pas...

On nous dit que de nommer la maladie aide à répondre à cette perte de crédibilité vécue par le patient et permet de rendre visible aux autres la douleur invisible dont il souffre...

Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
ericbdh@hin.ch

transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch