

UNIVERSITÉ DE BRETAGNE OCCIDENTALE
FACULTÉ DE LETTRES ET SCIENCES SOCIALES
DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

MASTER 2 de PSYCHOLOGIE CLINIQUE ET PATHOLOGIQUE
Option déviances, traumas et exclusions

France MARCHAND-CADALEN

LE SYNDROME POLYALGIQUE DIFFUS
OU
FIBROMYALGIE

UE de Droit du travail

Année 2005-2006

SOMMAIRE

Avertissement	p.7
Introduction	p.9
Historique	p.12
Définitions	p.13
Epidémiologie/prévalence	p.14
Critères diagnostics de référence	p.15
Critères de l'American College of Rheumatology	p.15
Ces critères sont-ils suffisants ?	p.16
Description clinique	p.17
Sexe – Age - Profession	p.19
Facteurs déclenchants	p.19
Le patient typique.....	p.19
Etude 2005.....	p.19
Physiologie	p.23
Le dysfonctionnement autonome	p.23
Les centres végétatifs	p.23
Les douleurs : douleur aiguë/douleur chronique	p.24
Les principaux types de douleurs	p.24
1) Les douleurs par excès de nociception	p.24
2) Les douleurs neuropathiques	p.25
3) Les douleurs idiopathiques ou essentielles	p.26
4) Les douleurs viscérales et les douleurs projetées (référées, rapportées)	p.27
Les mécanismes des douleurs chroniques	p.27
L'implication de la sphère psycho-sociologique	p.28
Terminologie	p. 29
Physiopathologie	p.30
La théorie centrale	p.30
La théorie périphérique	p.32
Quelques questions	p.37
Le rôle des hormones sexuelles	p.37
Le rôle de la thyroïde	p.37
La fibromyalgie, douleur psychogène?	p.37
Notion de terrain	p.37
Diagnostic différentiel	p.39
Examens complémentaires	p.40
Examen clinique	p.41
Prise en charge thérapeutique	p.41
Les difficultés d'observance	p.43

Le traitement	p.48
Les traitements médicamenteux	p.48
➤ <i>Les médicaments à visée neuro-psychiatrique</i>	p.48
- Les antidépresseurs	p.48
- Les antiépileptiques	p.48
- Les benzodiazépines	p.49
- Les inducteurs de sommeil	p.49
- Les hypnotiques	p.49
➤ <i>Les médicaments à visée antalgique</i>	p.49
- Le Paracétamol	p.49
- Les anti-inflammatoires non-stéroïdiens	p.49
- Les corticoïdes	p.49
- Le chlorhydrate de Tramadol	p.49
- Les morphiniques	p.50
- Le Kétalar	p.50
➤ <i>Les médicaments à visée métabolique</i>	p.52
- Vitamine B12	p.52
- Vitamine B1, B6	p.52
- Vitamine E	p.52
➤ <i>Les médicaments à visée décontracturante</i>	p.52
- La Carnitine	p.52
Les traitements non médicamenteux	p.52
➤ <i>Les techniques de kinésithérapie</i>	p.52
➤ <i>La rééducation et la réadaptation à l'effort</i>	p.54
➤ <i>Les infiltrations</i>	p.55
➤ <i>L'acupuncture</i>	p.56
➤ <i>L'électrostimulation Nerveuse Transcutanée (TENS)</i>	p.56
➤ <i>La prise en charge des Dysfonctionnements de l'Appareil Manducateur (ADAM)</i>	p.56
➤ <i>La sophrologie</i>	p.57
➤ <i>La relaxation</i>	p.57
➤ <i>La prise en charge par la psychologue et/ou le sociologue de la santé</i>	p.58
<i>Le support bio-psycho-sociologique</i>	p.59
Le réseau de soins	p.61
L'évolution	p.61
Coûts, indemnisations, invalidité	p.63
Les définitions	p.65
- L'inaptitude	p.65
- L'invalidité	p.66
- L'incapacité de travailler	p.66
Notre point de vue	p.67
Le droit et la douleur Article de Maître Gilles Devers, Avocat	p.68
REFLEXION, DECISION, RESPONSABILITE	
I - Les difficultés du droit à percevoir la douleur	p.69
A - Une notion longtemps considérée comme une résultante	p.69
1. La douleur négligée	p.69
<i>a - Le silence des textes</i>	p.69
<i>b - Une affirmation par la jurisprudence</i>	p.69
2. L'indemnisation du pretium doloris	p.70

<i>a - Un élément du préjudice corporel</i>	p.70
<i>b - Un contenu peu défini</i>	p.70
<i>c - Un cadre juridique nouveau pour limiter la douleur</i>	p.70
B. Au niveau des pratiques professionnelles	p.71
1. Le principe législatif	p.71
<i>a - Un processus tortueux</i>	p.71
<i>b - Un contenu symbolique</i>	p.71
2 - Les règles professionnelles	p.72
<i>a - Profession médicale</i>	p.72
<i>b - Profession infirmière</i>	p.72
II – Une réponse en termes de responsabilité	p.73
A - Les bases par la responsabilité juridique	p.73
1 - L'organisation des soins	p.73
<i>a - Protocoles de soins</i>	p.74
<i>b - Information préalable</i>	p.74
2. La mise en cause de la responsabilité	p.75
<i>a - Responsabilité civile ou administrative</i>	p.75
<i>b - Responsabilité pénale</i>	p.75
<i>c - Responsabilité disciplinaire</i>	p.76
B - L'accomplissement par la responsabilité morale	p.76
1. Dignité humaine et conscience infirmière	p.76
<i>a - Le principe de dignité</i>	p.76
<i>b - Un moteur dans la pratique des soins</i>	p.76
2. Douleur et fin de vie	p.77
<i>a - Savoir décider</i>	p.78
<i>b - Structurer la réflexion</i>	p.79
Les associations de malades	p.80
Conclusion et perspectives	p.81
Du côté du patient	p.81
Dans le domaine médical	p.82
En direction de la justice	p.82
Contacts	p.83
Internet	p.84
Références bibliographiques	p.84
Annexes	

*« La lutte contre la douleur est une usure,
consentir à la souffrance est une sorte de suicide lent.
Il n'y a qu'une douleur qu'il soit facile de supporter,
c'est la douleur des autres ».*

René LERICHE, La chirurgie de la douleur, 1937

Remerciements

Ce travail a été mené dans le cadre des consultations des douleurs chroniques rebelles de Brest (29) et de Lannion-Trestel (22) qui m'ont accueillie en tant que stagiaire en DEUG 2, licence, Master 1 et Master 2 de psychologie clinique et pathologique.

Il est né d'une rencontre entre le Droit, la Médecine et la Psychologie, au travers d'une volonté commune de mieux comprendre ce qui nous est étranger, sans a priori ni parti pris autres que ceux du respect mutuel des compétences et missions de chacun.

Il a pour but de rassembler les données actuelles dont disposent les différents acteurs des domaines des soins, de l'accompagnement thérapeutique et du droit afin de pouvoir proposer à chacun son point de vue sur le syndrome polyalgique diffus, ou fibromyalgie.

Je tiens à remercier les équipes pour m'avoir fait confiance ainsi que Monsieur le Professeur Paul Le Goff pour ses encouragements à m'engager dans des recherches sur les douleurs chroniques dans le cadre de mes études de psychologie.

Avertissement

Les données contenues dans cette étude ont été dûment vérifiées par les instances médicales compétentes.

Cependant l'auteur ne saurait en aucune façon être tenue pour responsable d'une utilisation des indications produites sans recours à une prescription médicale.

Longtemps considérée uniquement comme un symptôme ou la conséquence d'une pathologie connue, la douleur chronique est un problème en soi. La douleur ne se résume pas à des récepteurs, des voies de transmission et des centres d'analyse.

« La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en des termes évoquant une telle lésion ». IASP (International Association for the Study of Pain)

Cependant, les douleurs dans la fibromyalgie ne doivent aucunement faire oublier que cette pathologie exprime d'abord le dysfonctionnement global du système nerveux autonome.

Introduction

Le syndrome de fibromyalgie exprime d'abord un dysfonctionnement global du système nerveux autonome. Les douleurs ne sont que la partie émergente de l'iceberg. Ce syndrome douloureux chronique se distingue car il ne comporte pas d'explication lésionnelle et ne laisse pas apparaître de façon significative d'anomalies au niveau des examens biologiques. D'où la difficulté à le faire entrer dans un cadre nosographique standard compte tenu des multiples signes cliniques par lesquels cette affection se signale.

Ce syndrome se trouve au centre de controverses dans le monde médical français. Pourtant, l'abondante revue de littérature, en langue anglo-saxonne essentiellement (d'où peut-être la moindre diffusion des idées en France ?) montre que depuis des années déjà, cette pathologie est étudiée et que des équipes de renommée internationale se sont penchées sur les signes cliniques récurrents et les manifestations pathologiques, à la recherche de la clé du problème.

La présentation de ce travail s'appuie sur les observations menées depuis plusieurs années par l'équipe multidisciplinaire des douleurs chroniques rebelles des consultations de Brest (29) et de Lannion-Trestel (22). Les nombreuses personnes accueillies dans ce cadre ont permis d'affiner au fil du temps les observations, de mieux préciser les critères d'inclusion et surtout d'établir un diagnostic différentiel essentiel à empêcher d'utiliser le terme de fibromyalgie comme solution fourre-tout.

En premier lieu, il convient d'affirmer qu'il s'agit, à cause de la multiplicité des signes cliniques, d'un problème de diagnostic différentiel et que le diagnostic positif ne peut se

faire que sur la base d'une bonne connaissance de la Médecine Interne. Le diagnostic positif repose sur des signes cliniques qu'il importe de bien connaître pour ne pas passer à côté de ce syndrome. Les examens biologiques ne servent qu'à affirmer le caractère primitif en éliminant les causes de fibromyalgie secondaire et les autres causes de polyalgies.

A l'origine, il y a un dysfonctionnement chronique du système nerveux autonome qui souligne que ce sont les structures diencephaliques qui sont initialement touchées. Tous les signes cliniques s'expliquent par ce dysfonctionnement qui exprime moins l'atteinte du système sympathique que le déficit du système parasympathique.

Les douleurs, essentiellement neuropathiques, s'expliquent par le dysfonctionnement central des contrôles des douleurs. Les points gâchettes, localisés et reconnus en tant que syndrome myofascial, vont à cause de la chronicité « diffuser » la douleur, à la manière de l'onde de propagation d'un caillou jeté à la surface de l'eau. Cette propagation va provoquer d'autres foyers douloureux qui engendrent à leur tour d'autres ondes douloureuses, et donc une généralisation des localisations.

Les points gâchettes peuvent-ils évoluer jusqu'à la rupture des disques Z ?

Actuellement, le traitement bénéficie d'une meilleure connaissance de la physiopathologie de la douleur, de la sémiologie et des étiologies des douleurs neuropathiques et enfin de la connaissance clinique des pathologies musculaires. Il s'organise autour d'une prise en charge multidisciplinaire qui intègre à part égale les données biologiques, psycho-affectives et sociologiques. Le point faible dans le traitement est de ne pas disposer de traitements spécifiques du système nerveux parasympathique.

Il faut bien admettre que cette pathologie marque un constat d'échec des prises en charges antérieures. Par manque de connaissance des diagnostics différentiels et des mécanismes physiopathologiques, et par manque de temps d'écoute, un phénomène nociceptif qui au départ avait une expression aiguë n'a pas été suffisamment pris en compte- soit par le patient lui-même, soit par le médecin - et les processus de chronicisation de la douleur se sont installés. Pour preuve, le passé de nomadisme médical de ces patients, sans amélioration de leur pathologie voire avec une aggravation notoire du fait qu'il leur ait été dit que c'était « dans la tête » qu'était leur problème.

Dans ce contexte, le médecin algologue pratique d'abord un examen clinique complet, prend en compte et évalue les facteurs psycho-sociaux. En raison de la chronicité des douleurs, ceux-ci ont un impact dans l'expression de la plainte.

Le diagnostic différentiel doit mettre en évidence les pathologies intercurrentes ainsi que la porte d'entrée dans le syndrome. Le temps d'écoute permet d'établir l'anamnèse, les portes d'entrée somatique et/ou psychique et de rétablir la confiance afin de pouvoir affirmer la reconnaissance de la dystonie neuro-végétative et des douleurs.

Ensuite le contrat thérapeutique peut s'organiser autour des traitements ainsi que des actions d'éducation à la santé en direction du malade et de son entourage, ce qui contribue à améliorer la qualité de vie (8). Des études (5)(6), ont montré que la qualité de vie de femmes atteintes de fibromyalgie est inférieure à celle de malades atteints de polyarthrite rhumatoïde et est aussi mauvaise que celle des femmes aux prises avec une grave affection pulmonaire chronique et des femmes diabétiques soumises à l'insulinothérapie.

Bien qu'il soit reconnu et admis que le traitement médical de la pathologie porte d'entrée, le traitement des douleurs (médical, infiltrations, kiné), l'activité physique personnelle (7) et la re-socialisation sont les éléments majeurs qui permettent une amélioration, le contexte d'incertitudes et même souvent de rejet (de la part des médecins qui méconnaissent la situation et de la part des patients exprimant de façon agressive leur mal-être) a grandement focalisé le débat sur le degré d'invalidité procuré par cet état douloureux chronique, au préjudice des recherches de solutions raisonnées et discutées avec le médecin traitant, le médecin du travail et les organismes sociaux.

Historique

S'il fallait qu'il y eut un premier et illustre patient douloureux chronique dans l'histoire du monde, peut-être pourrions-nous y faire figurer Job. La Bible nous livre en effet un tableau clinique minutieux et complet d'une pathologie qui semble exister depuis la nuit des temps.

Dans le registre des écrits médicaux, nous retrouvons au XVIème siècle, sous la plume de Guillaume de Baillou (1538-1616), médecin français, une description des douleurs chroniques dans un de ses *Liber* consacré à la rhumatologie. C'est en 1904 que William Glowers introduit le terme de fibrosite (3) ; en 1929, Murray celui de myofibrosite et en 1976, Hensch propose le terme de fibromyalgie, repris en 1981 par Yunus.

Il est constitué à partir de *fibro* qui se réfère aux ligaments de tissu fibreux et aux tendons ; *myo* qui concerne les muscles et *algie* pour la douleur.

On retrouve encore les termes de polyarthropathie, ou syndrome polyalgique idiopathique diffus (1).

Le mot syndrome désigne un ensemble de signes/symptômes qui sont perçus en même temps. L'étiologie de la fibromyalgie n'étant pas encore assurée, cette entité est définie par un ensemble de symptômes, raison pour laquelle le terme de maladie est inapproprié.

La définition actuelle s'appuie essentiellement sur des données cliniques nombreuses et variées, c'est pourquoi nous avons introduit le terme de *syndrome polyalgique diffus* pour mieux rendre compte de cet état douloureux diffus et chronique individualisé au sein des polyalgies.

Définitions

C'est un syndrome associant :

- 1) Un dysfonctionnement global du système nerveux autonome (syndrome de l'intestin irritable, syndrome urétral chronique, intolérance au froid, faux vertiges...) expliquant la diversité de la sémiologie clinique ;
- 2) des douleurs chroniques localisées et diffuses, avec enraidissement matinal d'intensité variable et à prédominance axiale, rhizomélique, touchant surtout les insertions tendineuses et les muscles de la partie supérieure du tronc, avec des points douloureux à la palpation, en l'absence, le plus souvent, d'anomalies musculo-squelettiques identifiable par l'anatomo-pathologie ;
- 3) Une fatigue chronique mixte (d'origine centrale ou périphérique) ;
- 4) Des troubles du sommeil ;
- 5) De l'anxiété beaucoup plus que de la dépression.

Il n'existe pas de signe inflammatoire biologique propre à la fibromyalgie (il peut en exister en relation avec une pathologie porte d'entrée), ce qui permet d'éliminer, au moment de l'examen, la présence d'une pathologie rhumatismale. C'est pourquoi en France, le syndrome polyalgique diffus a été considéré comme une affection psychogène tant qu'aucune anomalie biologique n'a pu être retrouvée sur les examens complémentaires. C'est au cours des années '70 que la découverte d'anomalies électroencéphalographiques chez des patients souffrant de fibrosite a relancé l'intérêt de la communauté scientifique pour cette affection.

Néanmoins, du fait de l'absence de « gold standard » en terme biologique ou anatomo-pathologique, le syndrome polyalgique diffus reste encore un ensemble de signes et symptômes dont les mécanismes physio-pathologiques sont en discussion. Certains pensent qu'il s'agit d'une maladie ayant un support organique encore non identifié et d'autres pensent qu'il s'agit d'une perception particulière du stress psychosocial. Ces controverses sont cependant peu importantes car, de l'observation quotidienne de patients qui présentent un tableau de dysfonctionnement autonome et des douleurs chroniques dans un contexte de troubles psychologiques –porte d'entrée ou réactionnels aux douleurs- répondant au concept de fibromyalgie, nous retenons et affirmons qu'il s'agit d'abord d'un dysfonctionnement central des contrôles de la douleur et que ce dysfonctionnement physiologique neurologique a, entre autres, des modes d'expressions tendino-musculaires.

Après la mise en évidence du diagnostic clinique, les recherches actuelles sur étiologie musculaire s'intéressent au problème des points gâchettes douloureux. Leur évolution douloureuse chronique serait-elle à l'origine de la rupture du disque Z, telle qu'elle est observée grâce aux techniques de balayage microscopiques ? (10).

Epidémiologie

La prévalence de la fibromyalgie a pu être établie dès lors que les critères de l'American College of Rheumatology ont été définis (2). Elle touche 2,2% de la population mondiale.

En France, on estime que plus de 1,3 millions de personnes sont atteintes. A noter toutefois qu'elle peut se confondre ou être associée aux troubles musculo-squelettiques liés au travail (TMS).

Prévalence	
Population générale	1 à 4 % 4,9 % des femmes et 1,6 % des hommes (White et al. J Rheumatol1999;26:1570-6)
Médecine générale	2 à 6 %
Hôpital	5 à 8 %
Consultation de rhumatologie	14 à 20 % (Cathébras et al. Ann.MédInterne1998;149: 405-14)

Tableau 1. Prévalence du syndrome polyalgique diffus ou fibromyalgie.

La fibromyalgie peut débuter à l'adolescence, le plus souvent entre 20 et 35 ans et touche les femmes dans 70 à 90 % des cas. Cette prédominance féminine pourrait s'expliquer par le fait que chez les femmes, le seuil de tolérance à la douleur est inférieur à celui des hommes. Ce phénomène vient d'être confirmé par des chercheurs montrant que les femmes possèdent un plus grand nombre de récepteurs cutanés, leur conférant une sensibilité accrue à la douleur (4).

La fibromyalgie est reconnue par l'O.M.S. depuis 1992 et figure dans la liste CIM-10 en tant que rhumatisme non spécifié M79.0.

Critères diagnostics de référence

Les critères de diagnostic de l'American College of Rheumatology (ACR) (2) établis en 1990 sont plus à visée épidémiologique que clinique et font l'objet de critiques : ils sont subjectifs et ne comportent pas de critères d'exclusion ; ils sont focalisés sur la douleur et ne font pas référence aux autres signes cliniques.

Ces critères sont au nombre de deux :

- la présence pendant au moins trois mois de douleurs étendues, c'est-à-dire qui intéressent à la fois le côté droit et le côté gauche du corps, au-dessus et au-dessous de la ceinture, et en outre le rachis cervical, dorsal ou lombaire.
- l'existence d'au moins 11 des 18 points douloureux, ce qui suppose qu'ils soient davantage que sensibles.

Critères de l'American College of Rheumatology de 1990
- Contexte de douleur diffuse : douleur du côté droit et du côté gauche du corps, en dessous et au-dessus de la taille et douleur du squelette axial (rachis, paroi thoracique antérieure)
- Douleurs chroniques évoluant depuis plus de 3 mois
- Douleur à la palpation digitale de 11 à 18 points suivants :
<ul style="list-style-type: none">• sous occipitaux• rachis cervical inférieur (espaces intertransversaires C5 - C7)• bord supérieur du trapèze• jonction chondrocostale des deuxièmes côtes• insertion du sus-épineux au niveau du bord interne de l'épine de l'omoplate• épicondyle• grand trochanter• quadrant supéro-externe de la fesse• en-dessous de l'interligne interne du genou (patte d'oie)
La pression doit s'exercer avec une pression théorique de 4 kg, ce qui en pratique correspond à une palpation qui permet de blanchir l'ongle. La présence d'autres points douloureux est possible.

Tableau 2. Les critères de l'American College of Rheumatology de 1990

Ces critères sont-ils suffisants ?

Le dysfonctionnement d'origine centrale / d'origine périphérique

La fibromyalgie correspond, sur un terrain donné (le plus souvent une femme dans l'âge de la procréation), à un dysfonctionnement global du système nerveux autonome et des mécanismes centraux de contrôle de la douleur, soit par réponse à un état clinique anxio-dépressif chronique, soit par sensibilisation et /ou amplification des douleurs à partir d'un foyer douloureux périphérique.

Par ailleurs, tout processus douloureux périphérique d'origine musculaire ou non peut, par les mécanismes de la sensibilisation et /ou d'amplification à la douleur, entraîner un dysfonctionnement central et l'apparition de douleurs neuropathiques.

La diminution généralisée du seuil de la douleur et l'hyperesthésie ne sont pas limitées aux seuls points définis par l'ACR. D'ailleurs ces points peuvent être plus ou moins sensibles chez des sujets normaux. De plus, nous pensons qu'un diagnostic de fibromyalgie est possible sans prendre en considération ces points.

Pour établir un diagnostic clinique s'appuyant sur un diagnostic différentiel basé sur nos connaissances en médecine interne, il est indispensable de vérifier les signes de dysfonctionnement du système nerveux autonome, d'évaluer les différentes composantes des douleurs, des troubles du sommeil quasi constants, de la fatigue, des troubles anxio-dépressifs, de la présence de syndromes canaux....

En 2006, les connaissances ont évolué et les critères de l'ACR ne sont plus suffisants à établir le diagnostic. Ils ont eu le mérite d'exister en leur temps pour tenter de fixer un cadre commun à définir une pathologie complexe dans ses modes d'expression. Ces critères sont en cours de révision et seront diffusés lors du prochain congrès de l'EULAR (European League Against Rheumatism) en juin 2006.

Description clinique

Les malades présentent un nombre considérable de signes et symptômes –c'est pourquoi certains ont donné à ces patientes une étiquette d'hystérique- exprimant **le dysfonctionnement du SNA.**

Elles se plaignent aussi d'avoir "mal partout". **La douleur est un symptôme majeur mais ne doit pas occulter les autres signes apparus bien avant l'apparition des douleurs.** Les douleurs sont essentiellement **neuropathiques.**

Les patients se plaignent de douleurs musculaires : localisées ou diffuses.

La douleur localisée est ressentie comme une sensation de nouure musculaire accompagnée de points douloureux aux insertions musculo-tendineuses.

Les douleurs n'apparaissent qu'après une longue évolution des signes de dystonie neurovégétative.

Les descriptions font état de fluctuations des douleurs dans le temps en fonction des variations, surtout hormonales (nombre de patientes gardent de bons souvenirs de leur période de grossesse où les douleurs diminuaient fortement), de l'activité physique, du stress, des positions longtemps maintenues dans la vie professionnelle ou les activités ménagères, des événements de vie traumatisants et du surmenage professionnel.

Les douleurs ne peuvent être précisées qu'à l'issue d'évaluations répétées à l'aide du questionnaire de Saint Antoine et du DN4 (cf. annexe). Il est important de connaître la nature des douleurs et à quel type de fibre nerveuse grosse ou fine elles sont rattachées.

La fatigue chronique est accentuée par **des troubles du sommeil** provoquant un sommeil non réparateur.

Le tableau 3 indique les signes cliniques observables dans le syndrome de fibromyalgie.

La liste, pour impressionnante qu'elle soit, ne doit pas conduire à classer d'emblée la patiente dans la catégorie psychosomatique. L'analyse attentive des signes et symptômes colligés dans ce tableau confirme le dysfonctionnement du système nerveux autonome. Ces symptômes font partie du tableau clinique et les méconnaître peut entraîner des conséquences de deux ordres. D'abord, une prescription inutile et coûteuse d'investigations complémentaires qui ne montreraient rien mais contribueraient à alimenter le syndrome anxio-dépressif de la patiente. Ensuite, il ne faut pas passer à côté d'une possible pathologie intercurrente.

<p>Manifestations pathologiques où le dysfonctionnement du système nerveux autonome est prédominant</p> <ul style="list-style-type: none"> - Equilibre instable (vertiges, sensation ébrieuse) - Phénomènes de sens exacerbés (photophobie, phonophobie) - Phosphène - Larmolement - Trouble de la convergence - Intolérance au chaud/froid - Acouphènes - Dysphonie - Arythmies cardiaques - Hypotension orthostatique - Vertigo vasomoteur instable - Syndrome <u>Sjogren</u> - Température instable - Troubles respiratoires - Troubles intestinaux ou mouvements intestinaux dérangés avec ou sans problèmes d'intestins irritables - Dysménorrhée - Syndrome de Raynaud - Prurit sine materia - Incontinence urinaire à l'effort
<p>Manifestations neurologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des problèmes neurologiques apparaissent souvent comme des muscles hypertoniques et hypotoniques - Modèles atypiques d'engourdissement et de picotements (paresthésies des extrémités) - Réaction convulsive anormale de muscles, crampes musculaires, faiblesse des muscles et des faisceaux nerveux (syndrome des jambes sans repos avec clonies musculaires) - Céphalées de tension - Syndromes canalaire - Dysfonctionnement et douleurs des articulations temporo-mandibulaires - Faiblesse généralisée - Perception dérangée (trouble proprioceptif avec sensation de gonflement des parties molles)
<p>Troubles neuropsychiatriques - Manifestations cognitives</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manque de concentration - Renforcement de la mémoire à court terme - Performance diminuée à faire plusieurs tâches en même temps et/ou dépassé mentalement - Syndrome dépressif - Troubles anxieux plus fréquents que les troubles dépressifs
<p>Fatigue</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fatigue réactionnelle et persistante accompagnée d'une résistance physique et mentale réduite
<p>Sommeil perturbé</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sommeil non réparateur - Sommeil léger incluant insomnie, réveils fréquents pendant la nuit, spasmes nocturnes et/ou le syndrome des jambes sans repos
<p>Manifestation neurologique endocrinienne</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perte d'adaptation et de tolérance au stress, écrasé émotionnellement - Dépression latente et/ou réactive
<p>Raideurs</p> <ul style="list-style-type: none"> - Raideurs généralisées ou régionales sont communes, plus sévères au réveil et typiquement durant plusieurs heures. Ces raideurs peuvent revenir durant les périodes d'inactivités dans la journée
<p>Manifestations dermatologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Livedo - Peau sèche
<p>Manifestations musculaires</p> <ul style="list-style-type: none"> - zones gâchettes - douleurs musculaires diffuses
<p>Symptômes urinaires</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pollakiurie

Tableau 3. Les signes cliniques observables

Sexe - Age - Profession

Il s'agit de femmes en majorité, se situant dans une moyenne d'âge de 40 ans. Elles sont actives, exerçant le plus souvent leur métier dans des domaines qui requièrent une disponibilité et un rapport à autrui très prégnant, comme par exemple les professions de médecin, d'infirmière, d'institutrice, d'assistante sociale...

Facteurs déclenchants

L'anamnèse permet fréquemment de situer l'origine de la fibromyalgie à l'issue d'un facteur déclenchant, à valeur traumatique, qu'il soit physique (trauma mineur du rachis cervical, accident de la circulation, intervention chirurgicale, survenue de maladie : hypothyroïdie, diabète, déficit nutritionnel...) ou psychique (syndrome anxio-dépressif, trouble anxieux généralisé, maltraitance, abus sexuels, vécu d'injustice...). Il est souvent rapporté aussi des conflits dans le monde professionnel ou dans les relations familiales.

Le patient typique

C'est une femme qui se plaint de signes de dystonie ou de dysautonomie neuro-végétative, de myalgies diffuses, de points gâchettes toujours localisés sur les muscles cervicaux et le tronc, de douleurs temporo-mandibulaires, de céphalées de tension, de troubles psychiques, de fatigue (mais pas autant que dans le syndrome de fatigue chronique) et de troubles du sommeil. Elle présente également des plaintes aspécifiques, dites fonctionnelles, comme par exemple « j'ai mal partout », « je suis fatiguée tout le temps », « je dors mal, et même si je dors, je me réveille épuisée ».

Les signes de dystonie neuro-végétative remontent à plusieurs années, à bien avant l'installation des douleurs. La patiente fait elle-même la remarque que, du fait de la chronicisation des douleurs, c'est une douleur diffuse qui s'installe avec en conséquence une hypersensibilisation à la douleur qui accentue l'allodynie...et le cercle vicieux s'installe.

Etude 2005

Une étude que nous avons menée en 2005 auprès de 232 patients fait apparaître une prédominance dans 92% des cas de fibromyalgies d'une porte d'entrée somatique (importance à nouveau soulignée du diagnostic différentiel) concernant les domaines suivants :

- Endocrinologie : hypothyroïdie, hyperthyroïdie, GEU...
- Rhumatologie : spondylarthropathies, lombalgies, polyarthrite rhumatoïde, lupus.

- Post-chirurgie,
- Infection chronique,
- Syndrome anxio-dépressif chronique (notamment le trouble anxieux généralisé).

Les signes de la dysautonomie sont nombreux et constants. Ils sont fortement marqués par les troubles digestifs et les sensations de vertiges (cf. tableau 4). Il est à noter que les troubles de la libido sont établis dans au moins 68 % des réponses, ce qui n'est pas sans s'accompagner de répercussions au niveau des relations au sein du couple.

L'étude ne prenait pas en compte les données socioprofessionnelles. Pourtant il ressort de l'histoire de vie de ces personnes qu'il y a parmi elles une forte proportion de divorce ou de séparation du conjoint.

Dystonomie neuro-végétative	N = 232
Troubles digestifs	87.37%
Vertiges	75.79%
Palpitations	68.42%
Baisse libido	67.89%
Hypersudation	67.37%
Sécheresse de la bouche	66.84%
Acouphènes	59.47%
Hypotension orthostatique	58.95%
Otalgie	47.37%
Rhinite chronique	46.84%
Fièvre	36.32%
Cystite à urine claire	22.63%

Tableau 4. Confirmation de l'implication fondamentale du dysfonctionnement du système nerveux autonome. Il existe une hypertonie sympathique due à une diminution du tonus parasympathique.

L'étude s'est aussi focalisée sur l'évaluation des douleurs afin de définir le type de douleurs ressenties.

Nous avons utilisé les questionnaire de Saint Antoine et le DN4 (cf. annexe) sur un échantillon de N= 419 (389 femmes ; 30 hommes- Moyenne d'âge : 54 ans).

Ils ont permis de mettre en évidence des douleurs essentiellement neuropathiques, avec une moyenne de score sur les sept premiers items du DN4 de : **4, 82.**

Ce résultat confirme l'hypothèse de la prévalence des douleurs neuropathiques dans le syndrome polyalgique diffus.

Questionnaire DN4 douleurs neuropathiques N= 419 (30 hommes; 389 femmes)	331 réponses ≥ score 4
78 sujets	Score 4
104 sujets	Score 5
86 sujets	Score 6
63 sujets	Score 7

Tableau 5. L'importance des douleurs neuropathiques dans le syndrome polyalgique diffus (score de référence : >4)

Questionnaire DN4 douleurs neuropathiques	N= 419 (30 hommes; 389 femmes)
engourdissement	85,19 %
brûlure	80,78 %
fourmillements	76,62 %
décharges électriques	69,35 %
picotements	65,19 %
sensation de froid douloureux	52,21 %
prurit (démangeaison)	47,53 %

Tableau 6. L'implication au niveau périphérique des grosses fibres (normalement les grosses fibres ne jouent pas de rôle dans la nociception)

Les paresthésies :fourmillements, sensations de coups d'aiguille et de pointes sont le témoin d'une atteinte des fibres nerveuses myélinisées.

Les brûlures sont le témoin de l'atteinte des fibres nerveuses non myélinisées

Le prurit - ce n'est pas une douleur - est noté chez 47,53% des patients, soulignant le dysfonctionnement des fibres Aδ et C.

Il est noté également de façon constante :

- **Les douleurs musculo-tendineuses** :

→ soit des douleurs localisées (**zones gâchettes douloureuses**, diagnostic différentiel avec des douleurs référées) ;

→ soit des douleurs musculaires diffuses (image de l'onde de choc vibratoire dans l'eau)

Les douleurs musculaires sont à l'origine d'un **déconditionnement à l'effort**.

- **La fatigue chronique** (diagnostic différentiel avec le syndrome du même nom).

- **Les troubles du sommeil** font partie des symptômes les plus notés chez les patients. (Ils signent les perturbations diencéphaliques). Ces troubles sont invalidants en privant le patient des bases de la récupération de la fatigue musculaire mais aussi du rôle analgésique joué par le sommeil sur l'organisme.

- **Le syndrome anxio-dépressif** est très présent, le plus souvent réactionnel (67,12%) et en comorbidité avec la pathologie « porte d'entrée » (19,14%). Dans ce dernier cas, le syndrome anxio-dépressif est rapporté à de lourds antécédents psychiques remontant souvent à l'enfance. 2/ 3 des patients présentent un syndrome anxieux.

- Etude de la personnalité : concernant **la névrose hystérique** que certains ont souvent associée au syndrome polyalgique diffus, il ressort de notre étude qu'il n'y a pas de sur-représentation de cette pathologie par rapport à la population générale et qu'il n'y a pas lieu de mettre en avant des signes de conversion hystérique pour l'identifier (Étude menée sur 40 fibromyalgiques, au centre de rééducation fonctionnelle de Trestel (cf. annexe).

- **Les douleurs des articulations temporo-mandibulaires** sont quasi constantes. L'articulation temporo-mandibulaire possède un disque, une innervation autonome y compris osseuse, des récepteurs endocriniens. Ils sont associés à des **troubles de la posture, des douleurs cervico-occipitales et des céphalées de tension**.

- Une fréquence plus importante **des syndromes canaux** (canal carpien et sus-scapulaire) par rapport à la population générale.

Physiologie

A- Le dysfonctionnement autonome

Le système nerveux autonome assure l'innervation du milieu intérieur (les viscères, les glandes exocrines et endocrines, et la vaso-motricité). Au plan moteur, il innerve donc toutes les *fibres musculaires lisses*. Au plan sensitif, il transmet la sensibilité viscérale, qui s'exprime par la sensation d'hyper - péristaltisme, la douleur par tension ou réplétion des viscères creux, par compression d'épanchement intra - péritonéal ou hypertrophie d'un viscère plein.

Il est composé de deux systèmes anatomiques aux réactions complémentaires : sympathique et para - sympathique

D'une façon générale, et par référence à leur neurochimie, leur fonction réciproque peut être comprise ainsi :

la partie sympathique est ergotrope, c'est à dire productrice d'énergie.

la partie para - sympathique est trophotrope, c'est à dire animatrice de fonctions métaboliques, restauratrices d'énergie.

Il existe donc entre les deux parties, un équilibre variable selon les circonstances physiques ou psychologiques de l'existence. La perturbation de cet équilibre est responsable de désordres neuro-végétatifs dans le sens de l'hyper-sympathicotonie ou de l'hyper-parasympathicotonie (hyper-vagotonie).

Chacune des parties de ce système possède des centres, des voies et des ganglions nerveux.

Les centres végétatifs

a)- Centres cérébraux :

L'hypothalamus est le cerveau végétatif. Il est en relation avec les parties profondes du cerveau (noyau dorso-médian du thalamus, lobe limbique, aires pré-frontales) et avec les noyaux para-sympathiques du tronc cérébral, par le faisceau médian du télencéphale. Il est aussi en relation neuroendocrinienne avec les deux lobes de la glande hypophyse.

b)- Centres dans le tronc cérébral :

Dans la substance réticulée du tronc cérébral, se trouvent les noyaux étagés du **para-sympathique crânien**, dont le très important noyau cardio-pneumo- ntérique qui est à l'origine du nerf vague (ou pneumogastrique).

c)- Centres médullaires cervico - thoraco - lombaires:

Dans la région centrale de la moelle se trouvent les noyaux étagés de la **partie sympathique**, disposés en deux colonnes parallèles : colonne intermedio - médiale et intermedio-latérale.

d)- Centres du renflement lombaire :

A ce niveau se trouve le noyau du **para - sympathique pelvien**.

B- Les douleurs

D'après l'IASP (International Association for the Study of Pain) : « La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en des termes évoquant une telle lésion. ».

La douleur occupe une place très particulière parmi les sensations. Pour comprendre les différents aspects de la diversité des douleurs, il est nécessaire de prendre en compte plusieurs paramètres où interviennent sensation, émotion et cognition. De ce fait, « la douleur capte toute l'attention, interfère avec l'activité et mobilise l'ensemble des ressources de l'individu et de ses stratégies de défense ».

Il existe deux schémas de la douleur : la douleur aiguë et la douleur chronique

a) douleur aiguë

Elle est souvent intense C'est un signal d'alarme qui permet de rechercher la cause, elle a un rôle protecteur. Elle est récente, transitoire et finit par céder rapidement quand elle est bien soignée. Ainsi traitée, elle ne perturbe pas le sommeil.

b) douleur chronique

La douleur entre dans une phase chronique lorsqu'elle est persistante et rebelle aux traitements classiques au-delà d'un temps variant entre trois et six mois.

Les principaux types de douleurs

1) Les douleurs par excès de nociception

Ces douleurs sont d'origine mécanique ou inflammatoire. Elles ont un horaire spécifique et sont liées à des lésions somatiques ou viscérales. Elles résultent d'une augmentation des messages directement générés par les nocicepteurs périphériques par action des différents éléments de la soupe inflammatoire. Durant un épisode inflammatoire, le seuil de déclenchement de la douleur est abaissé de telle sorte qu'un

simple effleurement peut devenir excessivement pénible (allodynie) et s'accompagner d'hyperalgésie. La limite n'est plus nette ici entre douleur inflammatoire et douleur neuropathique. La finalité biologique de ces phénomènes est de favoriser la guérison en ajustant les réactions et les comportements (position « antalgique » par ex.).

2) Les douleurs neuropathiques

Les douleurs neuropathiques évoluent sur un mode de fonctionnement anormal et inadapté associant le fond douloureux chronique aux douleurs en salves (sensations de « décharges électriques », élancements...). Elles sont l'ensemble des douleurs exprimées soit par une affection du système nerveux, soit par un dysfonctionnement de ce système. Elles résultent d'une lésion et/ou d'une transformation pathologique des systèmes somesthésiques et/ou d'un dysfonctionnement des systèmes modulateurs ou des systèmes de contrôles inhibiteurs :

- au niveau de la fibre nerveuse (trauma, compression, infections, diabète, cancer, alcool, certains médicaments...)
- au niveau de la corne dorsale (dysfonctionnement du gate control, des récepteurs NMDA,)
- au niveau supra-spinal (dysfonctionnement des mécanismes de contrôle ou de modulation, AVP, SEP, Parkinson ...).

Parmi les lésions classiques à l'origine des douleurs neuropathiques, on trouve : post-trauma, amputation, élongation plexus, diabète, zona, SDRC 1 et 2, certaines chimio anti-cancéreuses, certaines sciatalgies post-opératoires, syndromes canaux...

Les patients se plaignent soit de douleurs spontanées continues (sensation de serrement, élancement, brûlure...), soit de douleurs paroxystiques (coup de couteau, décharges électriques).

A ces deux types de douleurs, il faut ajouter des douleurs provoquées par des stimulations mécaniques (pression légère, poids d'un drap, frottement superficiel de la peau...) - ces stimulations peuvent être thermiques (action du froid). Les stimulations ne doivent pas être de forte intensité. Les douleurs provoquées expriment les altérations profondes des processus physiologiques de la nociception. On parle d'allodynie ou d'hyperalgésie (douleurs provoquées ou augmentées par des stimulations normalement non ou faiblement douloureuses).

Le diagnostic des douleurs neuropathiques est clinique. Il repose sur un bon interrogatoire, une évaluation précise et un examen des différents modes de la

sensibilité. Ce diagnostic, à cause des évaluations nécessaires, ne peut être pratiqué que par des médecins spécialistes de la prise en charge de la douleur.

L'examen clinique est très important car il doit montrer que la douleur neuropathique siège dans un territoire précis où l'on doit trouver à l'examen un trouble d'un des modes de la sensibilité. Ce déficit doit être recherché au tact léger, à la piquûre, aux tests au froid et à la chaleur. L'examen clinique doit rechercher la présence d'une allodynie, en particulier au frottement ou au contact avec un objet froid dans la zone.

La mise en évidence dans les états de polyalgies diffuses de douleurs neuropathiques a été rendue possible grâce aux évaluations répétées des douleurs. Certes on ne retrouve pas dans la fibromyalgie tous les signes qui viennent d'être cités mais nous disposons d'éléments physiologiques et cliniques suffisants pour confirmer la nature neuropathique de ces douleurs. Pour préciser le type de douleurs dont se plaint le patient, nous avons utilisé d'abord la sémiologie puis les évaluations (Saint Antoine et DN4).

Il est important de signaler qu'aucun des symptômes ou signes pris individuellement n'est pathognomonique ou spécifique d'une douleur neuropathique. C'est l'association de ces différents symptômes et signes qui oriente vers une douleur neuropathique.

Les douleurs par excès de nociception et les douleurs neuropathiques coexistent souvent dans les douleurs chroniques, générant ainsi des « douleurs mixtes » dont le diagnostic exige un examen clinique soigné et des évaluations. En fait, dans le cadre précis de la fibromyalgie, c'est-à-dire sans considérer la pathologie porte d'entrée, nous ne rencontrons pas de douleurs nociceptives. Ces dernières sont généralement associées à des processus inflammatoires responsables d'une augmentation des messages nociceptifs, générés par les récepteurs de la douleur et surtout à l'amplification de leur transmission vers le système nerveux central.

3) Les douleurs idiopathiques ou essentielles

Elles sont l'expression des modulations des voies et centres nerveux (du cerveau à la périphérie) et des dysfonctionnements des contrôles inhibiteurs descendants.

La modulation est due soit à la sensibilisation à la douleur (stimulus douloureux chronique), soit à un dysfonctionnement des systèmes modulateurs neuronaux centraux (amplification de la douleur), soit le plus souvent à l'association des deux mécanismes.

A ces trois références en matière de définition des douleurs, il convient de mettre l'accent sur :

4) Les douleurs viscérales et les douleurs projetées (référées, rapportées), très fréquentes dans le cadre de la fibromyalgie

Le syndrome de l'intestin irritable, la dyspepsie, la vessie irritable sont des affections médicales que l'on retrouve souvent en comorbidité avec la fibromyalgie. Comme les afférences nociceptives viscérales font convergence aux mêmes sites de la corne dorsale de la moelle épinière que les afférences somatiques, ceci provoque une irradiation de plusieurs douleurs viscérales aux niveaux somatiques. Chez les fibromyalgiques, la co-existence de symptômes à la fois somatiques et viscéraux est une conséquence probable de ce phénomène.

Les mécanismes des douleurs chroniques

La douleur fait intervenir plusieurs structures nerveuses. En situation normale, grâce à l'existence de récepteurs nocicepteurs périphériques, l'information nociceptive est reconnue comme étant douloureuse après un premier relais au niveau de la corne dorsale de la moelle épinière puis au niveau du tronc cérébral, du thalamus et de différentes régions corticales responsables du traitement et de l'interprétation des composantes sensorielles (cortex somatosensoriel I et II) et émotionnelles (cortex cingulé antérieur, cortex insulaire, lobes frontaux) de l'information somatosensorielle.

Des stimulations prolongées ou répétées provoquent des modifications du système nerveux périphérique et central, altérant ainsi le fonctionnement de l'ensemble des réseaux concernés. Cette **plasticité neuronale** joue un rôle majeur dans les douleurs chroniques.

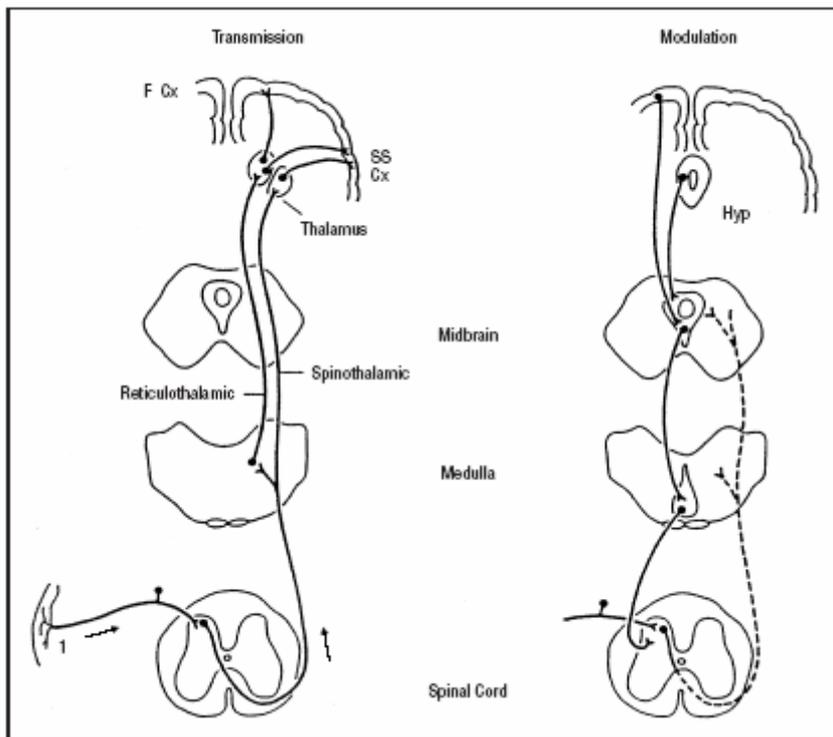


Schéma 1. Les conséquences de la chronicisation des douleurs.

Dans le cas de la douleur aiguë : le message douloureux suit les voies anatomiques et physiologiques.

Dans le cas de la douleur chronique : il existe un phénomène de modulation vraisemblablement lié au processus de plasticité neuronale (tant médullaire qu'encéphalique) aux contrôles inhibiteurs diffus descendants.

L'implication de la sphère psycho-sociologique

La définition de la douleur indique à parité une implication sensorielle et émotionnelle. Toutes les douleurs sont donc modulées par le psychisme. Divers éléments (affectifs, émotionnels, motivationnels) doivent être pris en considération. Mais ceux-ci contribuent à rendre plus difficile l'interprétation du message douloureux. L'abord de ces aspects avec le patient constitue fréquemment le point de rupture dans la prise en charge car les représentations communes associent souvent le psychiatre ou le psychologue à des professionnels exclusivement tournés vers le traitement « des fous ». Ce refus de soins contribue à développer un nomadisme médical qui laisse perdurer la chronicité et entretient la iatrogénie (cf. article « Les difficultés d'observance dans la prise en charge des douleurs chroniques non cancéreuses ».Marchand F.' Mimassi N., Autret J., Baron D. : Douleurs 2006, 7, 1 : 17-21).

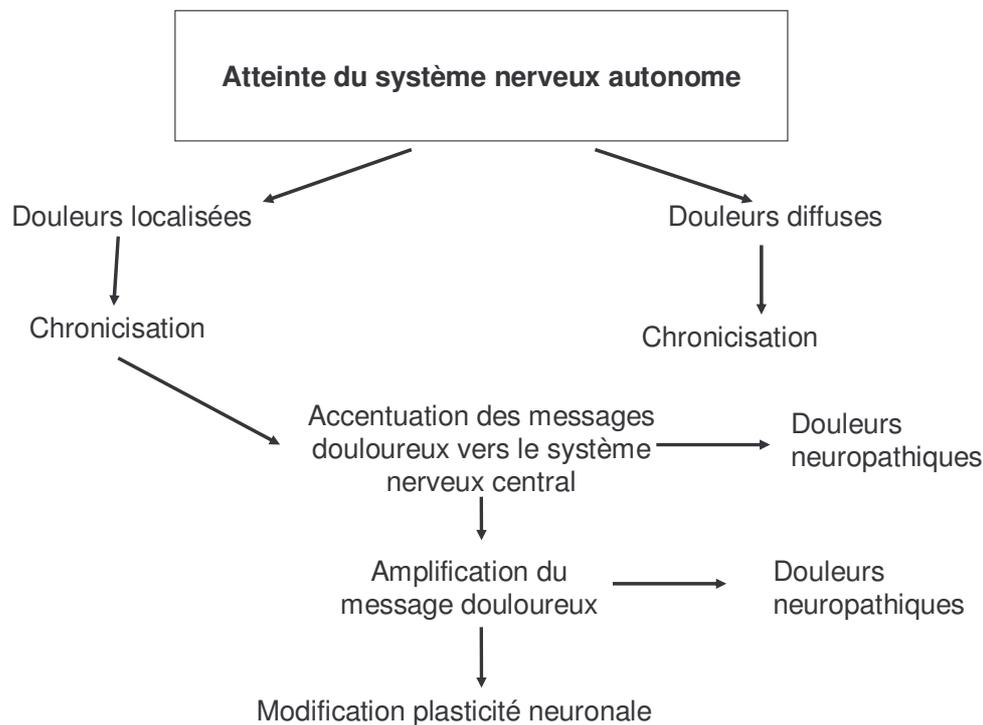


Schéma 2. Il existe pour expliquer les douleurs de la fibromyalgie deux courants : central et périphérique.

Terminologie

Points « gâchettes » : durcissement musculaire localisé, généralement de forme linéaire, facile à détecter au toucher, caractéristique du syndrome de douleur myofasciale. Stimulés, ces points déclenchent une douleur irradiante ou une contracture musculaire circonscrite.

Nociception : processus sensoriel à l'origine du message nerveux qui provoque la douleur.

Allodynie : douleur due à un stimulus qui ne provoque normalement pas de douleur.

Hyperalgésie : accentuation de la perception douloureuse.

Hyperesthésie : perception disproportionnée d'une stimulation sensitive.

Dysesthésie, paresthésie : sensations non douloureuses, désagréables et anormales, provoquées par une stimulation.