

“ Docteur, j’ai mal partout ! ” ... ou tout savoir sur la fibromyalgie

Cette plainte émane de plus de 2 % de la population française, dont environ 80 % de femmes, ce qui revient à estimer à près de 700 000 le nombre de patients affectés par cette maladie en France (données de 2009).

Une maladie répandue et enfin mieux reconnue

La fibromyalgie, appelée dans les années 1980 syndrome polyalgique diffus (SPID), a suscité de nombreuses hypothèses et controverses ces dernières années. En 1992, l’OMS a reconnu officiellement la maladie. En 1995 s’est créée en France la première association de malades. La Haute Autorité de santé a consacré un rapport de 120 pages sur le sujet en 2010.

Quelles sont les plaintes des patients ?

Le tableau clinique associe des douleurs musculo-tendineuses et articulaires diffuses avec présence d’au moins 11 points typiques sur 18 (critères de l’American College of Rheumatology en 1990), existant depuis au moins 3 mois. Ces douleurs sont accompagnées de grande fatigue générale ou de fatigabilité, de troubles du sommeil (sommeil non réparateur avec réveils multiples), de troubles digestifs à type de colopathie fonctionnelle, d’un syndrome anxio-dépressif fréquent.

Il existe des formes localisées pour lesquelles la plainte douloureuse porte souvent sur la colonne.

D’autres symptômes sont rapportés : enraidissement matinal, fourmillements des extrémités, troubles cognitifs, difficultés d’apprentissage, troubles de la mémoire, troubles vasomoteurs, instabilité tensionnelle, syndrome des jambes sans repos, maux de tête, syndrome de Raynaud,

palpitations, prurit chronique. La douleur et la fatigue chroniques peuvent être à l’origine d’un handicap important avec fort retentissement socioprofessionnel.

Le diagnostic

Il est difficile à poser en l’absence de signes biologiques (dans la prise de sang) et radiologiques spécifiques, et cela en fait un diagnostic d’élimination.

L’examen clinique met en évidence la douleur sur 18 sites d’attaches tendineuses, mais ne trouve rien d’autre sur le plan articulaire ou viscéral. Toute une série de pathologies, occasionnant des douleurs chroniques, doivent être éliminées : polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite ankylosante, pseudo-polyarthrite rhizomélique, hypothyroïdie, hyperparathyroïdie (hyperactivité de la parathyroïde

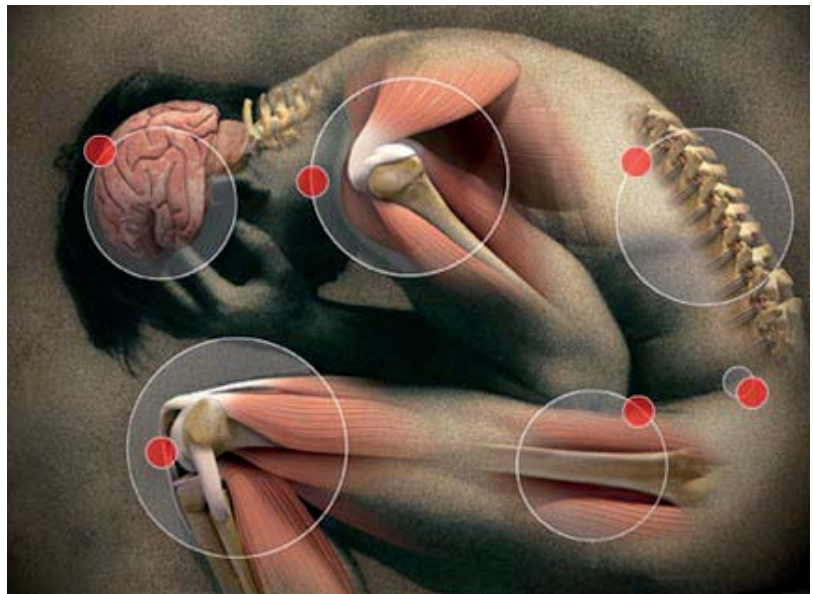
qui régule le métabolisme du calcium, du phosphore et de la vitamine D), maladies infectieuses (SIDA, hépatites B et C), maladie de Lyme (transmise par la piqûre de tique), effets secondaires de médicaments (hypocholestérolémiants, certains antibiotiques) ; la liste n’est pas exhaustive.

En résumé, tous les examens sont normaux, mais les examens d’imagerie peuvent cependant mettre en évidence de l’arthrose, des tendinites, des calcifications, qui ne sont pas directement la cause des douleurs (autrement dit, l’arbre qui cache la forêt !).

Quelles sont les causes de la fibromyalgie ?

Les mécanismes sont très discutés et vraisemblablement multifactoriels.

Il est admis maintenant que les douleurs diffuses qui caractérisent la fibromyalgie semblent traduire une



perturbation de la transmission de la douleur de la périphérie au système nerveux central avec la mise en jeu de neurotransmetteurs, notamment la sérotonine qui est diminuée, et d'autres substances (substance P, Nerve Growth Factor) dont la concentration est augmentée dans le liquide céphalorachidien. Pour l'exprimer différemment, il y a abaissement du seuil douloureux chez les fibromyalgiques, comme s'ils percevaient leur corps comme douloureux en permanence. Des études du cerveau en PET Scan (nouvelle imagerie) ont mis en évidence une diminution d'activité des récepteurs mu-opioïdes (notre cerveau contient des récepteurs à la morphine que l'on appelle opioïdes). Des études en IRM fonctionnelle montrent l'existence d'un dysfonctionnement global des processus centraux de la douleur.

On met assez souvent en évidence un facteur déclenchant : un traumatisme, soit physique comme un accident de la circulation ou une intervention chirurgicale, un choc affectif ou une série de situations stressantes, une période de surmenage, une infection virale ou bactérienne, en particulier la maladie de Lyme (transmise par les tiques). Il peut y avoir également association avec un rhumatisme inflammatoire. Les violences subies dans l'enfance seraient un facteur de risque de la fibromyalgie.

Des théories variées

Plusieurs arguments vont dans le sens d'un facteur génétique, la prévalence familiale atteignant 26 %.

La théorie auto-immune n'est pas écartée. Des études ont mis en évidence dans la fibromyalgie une fréquence particulière de certains auto-anticorps et des taux anormalement élevés de cytokines pro-inflammatoires (ces mêmes protéines impliquées dans les rhumatismes inflammatoires).

La théorie microbienne a été étudiée, spécialement à Lyon. Deux immunologues ont mis en évidence une réactivité anormale aux antigènes microbiens comme le *Candida albicans*



(une levure qui colonise souvent notre tube digestif) ou le staphylocoque doré, cela par le biais d'une hyperperméabilité intestinale ; la paroi intestinale (normalement étanche), devenue poreuse secondairement à une perturbation de la flore intestinale, laisse passer dans notre organisme des invités indésirables, tels que ces antigènes microbiens qui vont activer le système immunitaire et inflammatoire, localement dans l'intestin et à distance dans tout l'organisme.

La théorie hormonale a été également évoquée : déficit en hormone de croissance, et perturbations de la régulation de la sécrétion de cortisol, notre cortisone naturelle, hormone du stress.

Pour terminer, est-ce que la fibromyalgie est une affection psychiatrique ? Actuellement, on a plutôt tendance à penser que l'état dépressif est secondaire à la douleur chronique, et qu'il existe un terrain anxieux prédisposant et aggravé par la maladie.

Traitements

Il n'y a pas de traitement spécifique, et il est nécessaire d'envisager une prise en charge multidisciplinaire.

Parmi les médicaments, le paracétamol, les anti-inflammatoires, les corticoïdes, la morphine sont réputés peu efficaces. L'antalgique le plus utilisé est le tramadol. Les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (nous avons parlé plus haut de la sérotonine) donnent des résultats variables. Il en va de même pour les antiépileptiques (eh oui, ils ont un effet antalgique !) mais il faut utiliser de fortes doses, au prix d'une somnolence et de vertiges. Les anxiolytiques peuvent être utilisés, mais attention à la dépendance aux benzodiazépines, ainsi que les somnifères. Des études prometteuses

ont été faites avec l'hormone de croissance, mais on se heurte à un problème de coût.

Thérapeutiques non médicamenteuses

L'éducation thérapeutique est un concept récent : c'est à la fois une information et une aide à la prise en charge personnelle de la douleur.

L'exercice physique avec reconditionnement à l'effort est très important. Les cures thermales peuvent être bénéfiques.

Les thérapies cognitives et comportementales ou TCC permettent au patient d'être acteur de son traitement, avec comme objectif d'apprendre à « gérer » la douleur.

L'hypnose, avec apprentissage de l'autohypnose, et la relaxation peuvent être utilisées avec succès, avec une efficacité reconnue surtout pour les troubles du sommeil.

L'acupuncture a un effet discret significatif sur la douleur.

Les traitements à visée intestinale utilisent les probiotiques, les extraits de pépin de pamplemousse (réputés pour avoir une action anti-*Candida*), associés à des modifications alimentaires : suppression des aliments qui pourraient nourrir le *Candida albicans*, en particulier les aliments riches en sucre et en féculents raffinés.

En cas de portage nasal de staphylocoque doré, mis en évidence par un prélèvement, on propose un traitement antibiotique local.

Enfin les résultats de la stimulation magnétique transcrânienne, partant du principe de l'existence d'un dysfonctionnement des centres de la douleur au niveau cérébral, sont encourageants.

Alors affaire à suivre... Il existe de nombreuses nouvelles pistes intéressantes concernant les mécanismes de cette pathologie, et de nouveaux espoirs thérapeutiques. Pour l'heure, l'essentiel est de reconnaître la maladie et le malade dans sa souffrance. ■

Dr Christiane Ricard-Meille
Rhumatologue