

N° 15 • JUIN - JUILLET - AOUT 2007

Profession
Kinésithérapeute
numéro [15] 2007 - 10€

Profession **Kinésithérapeute**

Le magazine des masseurs-kinésithérapeutes passionnés

Cahier supplémentaire :
La Fibromyalgie

www.professionkine.com

Sommaire

LA FIBROMYALGIE

D
O
S
S
I
E
R

A - HISTORIQUE _____	p5	<i>4 - FM et troubles psychiatriques</i> _____	p11
B - DÉFINITION _____	p6	<i>5 - Et la prédominance féminine ?</i> _____	p12
C - ÉPIDÉMIOLOGIE _____	p6	H - PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE _____	p12
D - CLINIQUE _____	p7	<i>1 - Information</i> _____	p12
<i>1 - Symptômes</i> _____	p7	<i>2 - Traitements médicamenteux</i> _____	p12
a → Douleur _____	p7	<i>3 - Kinésithérapie</i> _____	p13
b → Signes associés quasi constants _____	p7	<i>4 - Approche mentale</i> _____	p15
c → Autres signes associés _____	p7	<i>5 - Approche médico-sociale</i> _____	p15
<i>2 - Examen clinique</i> _____	p8	I - EVOLUTION _____	p15
<i>3 - Formes cliniques</i> _____	p9	CONCLUSION _____	p15
E - BILAN COMPLÉMENTAIRE _____	p9	BIBLIOGRAPHIE _____	p16
F - DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL _____	p9		
<i>1 - Pathologies à éliminer</i> _____	p9		
<i>2 - Syndromes voisins</i> _____	p9		
G - PHYSIOPATHOLOGIE _____	p10		
<i>1 - Affection multifactorielle</i> _____	p10		
a → Facteurs génétiques _____	p10		
b → Facteurs déclenchants _____	p10		
c → Facteurs d'entretien _____	p10		
<i>2 - Théorie périphérique</i> _____	p10		
<i>3 - Théorie centrale</i> _____	p10		
a → Troubles de modulation centrale de la douleur _____	p10		
b → Troubles du sommeil _____	p11		
c → Perturbations du système neuro-endocrinien _____	p11		

Pour en savoir plus sur l'équipe...

Pour transmettre vos idées,
vos réflexions, vos commentaires,
n'hésitez pas à nous écrire à :

Profession Kinésithérapeute
Kalistene

5, route de Nanfray 74960 Cran-Gevrier
Tél. 04 50 69 01 97 - Fax 04 50 69 17 80
infos@profession-kinesitherapeute.com

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : Olivier PERRISSIN
RESPONSABLE DÉLÉGUÉE : Christelle LEBRETON
RÉDACTEUR EN CHEF : Bernard BONTHOUX

www.professionkine.com

La Fibromyalgie

DR A. DUMOLARD⁽¹⁾, SERVICE DE RHUMATOLOGIE ET CENTRE DE LA DOULEUR

PR R. JUVIN⁽¹⁾, CHEF DU SERVICE RHUMATOLOGIE

J.Y. BOUCHET⁽¹⁾, MCMK AU SERVICE DE RHUMATOLOGIE-RÉÉDUCATION

A.M. SÉVENIER⁽¹⁾, F. TROGER⁽¹⁾, MK AU SERVICE DE RHUMATOLOGIE-RÉÉDUCATION

(1) CHU DE GRENOBLE

Avec des critères diagnostiques peu spécifiques, l'absence de signes objectifs cliniques ou paracliniques et une physiopathologie qui reste obscure en dépit de pistes très intéressantes, la fibromyalgie (FM) reste une entité encore controversée.

Ce syndrome très fréquent, était jusqu'à peu relativement mal connu par la communauté médicale et scientifique, avec l'absence d'enseignement spécifique jusqu'à une époque récente.



Ce nouveau chapitre de la pathologie, la reconnaissance, l'étude et la prise en charge des troubles dits « fonctionnels », a mis du temps pour être reconnu et faire sa place en médecine. La progression rapide de l'intérêt qu'elle suscite s'exprime dans le nombre croissant des communications sur le sujet dans les congrès nationaux et internationaux de diverses disciplines [1].

De multiples travaux ont été menés ces dernières années, avec les progrès de la neurophysiologie, mettant en évidence des éléments objectifs témoignant de perturbations de la neuromodulation et du traitement de la douleur au niveau du système nerveux central, et il apparaît de plus en plus que la FM ne saurait se résumer à un trouble psychologique.

La prescription de médicaments ne peut prétendre à elle seule améliorer significativement ce syndrome. La prise en charge doit s'inscrire dans une démarche multidisciplinaire, dans laquelle la part de la rééducation est fondamentale à côté de l'abord socio-professionnel et psychologique.

A-HISTORIQUE

La FM est un syndrome bien identifié depuis le début du XXème siècle, alors dénommé fibrosite (Gowers, 1904) dans l'hypothèse d'une origine inflammatoire.

C'est à partir des années 1970, avec la mise en évidence de troubles du sommeil (Moldofsky, 1975), que les scientifiques se sont véritablement intéressés à la FM. En 1976, le terme de fibromyalgie est adopté (Hench) mais ne fait pas l'unanimité du fait de sa référence explicite au muscle et au tissu fibreux, dont l'implication dans les symptômes est probablement minime, et pourra se voir préférer longtemps en France celui de syndrome polyalgique idiopathique diffus (SPID) [2].

En 1990, les critères de diagnostic ont été établis par l'American College of Rheumatology [3], essentiellement à des fins épidémiologiques. A l'heure actuelle, la FM est considérée comme une entité clinique à part entière, reconnue par l'OMS depuis 1992.

La Fibromyalgie



tableau 1

CRITÈRES DE L'AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY DE 1990

- Histoire 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 trois mois
- Douleur à la palpation digitale de 11 des 18 points suivants:
 - 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
 - interligne interne du genou

Fig 1 : Distribution des points douloureux retenus dans les critères ACR de 1990. [Représentés sur "les trois grâces", d'après Jean Baptiste Regnault, Musée du Louvre Paris]

B - DÉFINITION

La FM est un syndrome caractérisé par :

- des douleurs diffuses, durables (plus de 3 mois) et non expliquées par une autre étiologie de polyalgies ;
- associées très fréquemment à des troubles du sommeil, une fatigue générale et une fatigabilité musculaire ;
- et par des manifestations fonctionnelles variées ;
- avec un examen clinique normal, en dehors de points douloureux à la palpation.

Le début le plus courant est progressif et se manifeste à l'âge adulte, entre 30 et 50 ans. Dans un tiers des cas, les plaintes débutent de façon subite.

Critères de l'American College of Rheumatology (ACR) de 1990

En 1990, des critères de classification sont publiés sous l'égide de l'ACR. Les critères ACR (tableau 1, figure 1) permettent de porter un diagnostic de FM avec une spécificité de 88 % et une sensibilité de 81 %.

Ces critères ont été définis plus à visée épidémiologique que clinique et peuvent faire l'objet de critiques : ils sont subjectifs et ne comportent pas de critères d'exclusion, ils ne font pas référence aux autres signes fonctionnels. D'autre part, la FM correspond à une diminution généralisée du seuil de la douleur et n'est pas limitée aux seuls points définis par l'ACR. Ces points peuvent être plus ou moins sensibles chez des sujets normaux.

Enfin, certains auteurs considèrent qu'un diagnostic de FM est possible avec moins de 11 points positifs à l'examen.

La définition de nouveaux critères est en cours d'élaboration.

C - EPIDÉMIOLOGIE

Il s'agit d'une affection fréquente, avec une prévalence aux Etats-Unis de 2 % dans la population générale, 3,4 % chez les femmes, 0,5 % chez les hommes [4].

Une enquête européenne récente révèle qu'en France 4,34% de la population souffrirait d'un syndrome fibromyalgique [5]. Il s'agit de femmes dans 70 à 90 % des cas.

Elle concerne 2 à 5 % des consultations de médecine générale, 10 à 25% des consultations de rhumatologie, ce qui la place au deuxième rang après l'arthrose.

La FM est habituellement diagnostiquée chez la femme d'âge moyen. La prévalence augmente avec l'âge [4], étant maximale dans la tranche 60-79 ans où elle atteint 7%.

Ce tableau n'est pas l'apanage des seuls pays industrialisés. On constate la grande fréquence de la FM (7,3%) dans la communauté Amish, qui n'a aucun bénéfice social à retirer d'une telle pathologie [6].