

Zeitschrift: Physiotherapie = Fisioterapia
Herausgeber: Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband
Band: 37 (2001)
Heft: 11

Artikel: La fibromyalgie : un point sensible
Autor: Dommerholt, Jan / Travell, Janet G.
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-929184>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 30.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

La fibromyalgie: un point sensible

Jan Dommerholt, PT, MPS, Médecine de la douleur et de la réadaptation, dommerholt@painpoints.com

Janet G. Travell, MD, Seminar Series SM, Académie Internationale de la Douleur Myofasciale, 7830 Old Georgetown Road, Suite C-15, Bethesda, MD 20814 – 2432, Etats-Unis



Mots-clés:

**critères ACR, fibromyalgie,
le diagnostic de la fibromyalgie,
points sensibles**

Exposé principal du 18/19 mai 2001, Congrès FSP 2001 à Fribourg

Depuis que l'American College of Rheumatology a publié ses critères de classification de la fibromyalgie (critères ACR) en 1990, les diagnostics de fibromyalgie se multiplient [1]. Pour beaucoup de médecins, les critères ACR font autorité en matière de diagnostic de la fibromyalgie et ces critères ont d'ailleurs été repris dans le monde entier par les médecins et autres professionnels de la santé [2]. Une enquête Medline a révélé que dans la décennie écoulée, plus de 1000 articles ont été publiés et commentés par des spécialistes en la matière. On pense que la fibromyalgie peut survenir à tous les âges et toucher tous les groupes ethniques et cultures, mais que les femmes adultes sont concernées quatre à sept fois plus souvent que les hommes adultes. D'après les critères ACR, environ 2% de la population sont atteints de fibromyalgie. L'incidence la plus élevée a été enregistrée chez les femmes âgées de 50 à 60 ans [3].

INTRODUCTION

Les coûts directement imputables à la fibromyalgie dépassent chaque année 16 milliards de dollars aux Etats-Unis, étant précisé qu'environ 15% à 25% des personnes atteintes bénéficient d'une rente d'invalidité sous une forme ou une autre [4-7]. En Suisse, près de 9% des candidats à une rente d'invalidité complète ont une fibromyalgie diagnostiquée. Sur ce total, 79% des personnes sont invalides à au moins cinquante pour cent ou plus et 35% touchent une rente d'invalidité complète [8].

Les physiothérapeutes sont de plus en plus sollicités pour le traitement de personnes avec une fibromyalgie diagnostiquée. L'American Physical Therapy Association (APTA) a réagi en intégrant les critères ACR dans son cours de formation continue intitulé «Gestion du syndrome de la fibromyalgie». Ce cours a pour objectif d'enseigner aux physiothérapeutes les critères de diagnostic et les stratégies de gestion «pour aider les patients avec une fibromyalgie à gérer les symptômes et à améliorer leurs facultés fonctionnelles» (www://internet.apta.org/ceu/fibro/fibro_text_toc.htm). Le cours est basé sur un article de Krsnich-Shriwise paru en 1997 sous le titre: «Le syndrome de la fibromyalgie: un tour d'horizon», rédigé par l'auteur pendant ses études pour la maîtrise en physiothérapie, et un autre article intitulé «Gérer le syndrome de la fibromyalgie», signé par le même auteur et ses collègues dans l'édition de septembre 1997 de la revue PT Magazine [9, 10]. L'impact de ces articles et du cours APTA sur la pratique physiothérapeutique en la matière est difficile à mesurer, mais il est permis de croire qu'ils ont servi à mettre au point des régimes de traitement spécifiques de la fibromyalgie [11]. Les deux articles et le cours APTA qui s'en inspire incarnent les idées fondamentales embrassées dans les critères ACR. Malheureusement, ils omettent de préciser que le diagnostic de la fibromyalgie est assez controversé hors des milieux de la rhumatologie et que nombre d'autres cliniciens et chercheurs estiment qu'il n'est pas nécessairement dans le meilleur intérêt des patients [12-14]. L'acceptation pure et simple de critères controversés dans la pratique physiothérapeutique risque d'avoir un impact négatif sur le bien-être des patients et sur la qualité et le résultat de l'intervention physiothérapeutique. Le concept de la fibromy-

algie est entaché de plusieurs erreurs graves et les cliniciens amenés à traiter des personnes avec une fibromyalgie diagnostiquée doivent en être conscients et éviter de contribuer à la consolidation d'un concept erroné [13, 15, 16]. Le présent article a pour objectif de faire un tour d'horizon des principales erreurs dans le concept de la fibromyalgie et d'en mesurer les conséquences pour les patients et les professionnels chargés de les soigner, ainsi que de déterminer les implications qui en découlent au niveau des stratégies de gestion, notamment physiothérapeutiques.

LES CRITÈRES

Les critères ACR se fondent sur l'appréciation de dénommés «points sensibles» en dix-huit localisations anatomiques prédéterminées mais néanmoins arbitraires sur tout le corps persistant pendant plus de trois mois. Du point de vue sémantique, il est intéressant de noter que les critères ACR parlent de «11 sur 18 points sensibles anatomiquement déterminés» plutôt que de «11 points sensibles sur 18 points anatomiquement définis» [17]. D'autres symptômes qui pourraient se manifester chez les patients comme par exemple des troubles du sommeil, des dysfonctionnements psychosociaux, la fatigue et l'ankylose ne sont pas requis pour établir un diagnostic de la fibromyalgie. Il est important de noter que, parallèlement aux critères ACR largement utilisés dans les pays anglophones, des critères similaires et tout aussi arbitraires ont été élaborés dans les pays germanophones. Les critères germanophones recensent plus de points sensibles (24 contre 18) et leur localisation anatomique est légèrement différente, il faut moins de pression (2 kg au lieu de 4) pour l'identification positive d'un «point sensible» et d'autres symptômes sont pris en compte tels que des caractéristiques anatomiques et des entraves fonctionnelles [18–21]. Bien que les critères ACR aient été intentionnellement qualifiés de critères de «classification» pour les différencier de critères de «diagnostic», ils laissent néanmoins entendre qu'un diagnostic clinique de la fibromyalgie est possible en présence d'une combinaison des critères suivants [1]:

- Des antécédents de douleur diffuse (définie en tant que douleur dans le côté gauche du corps, douleur dans le côté droit du corps, douleur au-dessus de la taille et douleur en dessous de la taille. Il faut en plus la présence d'une douleur axiale).
- La douleur diffuse doit persister depuis au moins trois mois.
- Douleur en 11 points sensibles sur 18 anatomiquement définis lors de la palpation avec une force d'environ 4 kilos. Les points sensibles sont localisés par paires aux neufs emplacements suivants:

Occiput: aux insertions musculaires sousoccipitales
 Cervical bas: aux intertransversaux antérieurs à C5–C7
 Trapèze: au milieu du bord supérieur
 Susépineux: aux origines, au-dessus de l'épine scapulaire, près du bord médial

Deuxième côte: aux deuxième jonctions costochondrales, juste en position latérale par rapport aux jonctions aux surfaces supérieures

Epicondyle latéral: à 2 cm distal des épicondyles

Fessier: dans les quadrants supérieurs extérieurs des fesses, dans le pli antérieur du muscle

Grand trochanter: après la proéminence trochantérienne

Genou: au bourrelet de graisse médial proximal à la ligne de l'articulation

Le terme «classification» a été utilisé pour définir le standard minimal justifiant l'inclusion de sujets dans la recherche et les études épidémiologiques; cependant, les critères ACR laissent supposer que ces critères pouvaient aussi être utilisés aux fins d'un diagnostic clinique [1]. Un document consensuel élaboré lors du deuxième congrès mondial sur la douleur myofasciale et la fibromyalgie à Copenhague, en 1992, prônait l'utilisation des critères ACR en tant que critères «diagnostiques» même à défaut du nombre «requis» de points sensibles [22]. D'après la déclaration de Copenhague, le comptage des points sensibles est à respecter scrupuleusement dans les protocoles de recherche, mais lorsque les critères ACR servent à des fins «diagnostiques», une fibromyalgie peut être diagnostiquée avec moins de 11 points sensibles, une opinion reprise plus tard dans d'autres publications [3, 22, 23]. Suite à la publication des critères ACR et de la déclaration de Copenhague, les médecins et autres professionnels soignants du monde entier se mirent à appliquer ces critères dans leurs cabinets. Ce sont les rhumatologues qui, de tous les spécialistes, établissent le diagnostic le plus fréquemment [14].

Le fait que des critères de qualification soient appliqués aux populations de patients cliniques devrait immédiatement susciter une certaine inquiétude. Il est vrai que la vaste acceptation des critères ACR peut signaler un réel besoin de critères diagnostiques, mais rien ne permet d'affirmer que ce bond vers la pratique clinique soit d'une validité ou d'une utilité quelconque. Peu importe que les critères soient utilisés à des fins de classification ou de diagnostic, il est toujours absurde d'assimiler une seule caractéristique clinique telle que la sensibilité à tout un syndrome de douleur [15]. Même quand une fibro-

myalgie a été diagnostiquée, les patients risquent de continuer à se demander pourquoi ils souffrent. Sur quoi le médecin va invariablement leur répondre «vous souffrez parce que vous avez une fibromyalgie». Ce genre de raisonnement est une véritable lapalissade, puisqu'il signifie que les patients ont mal parce qu'ils ont mal. En ne faisant pas de distinction entre la cause et l'effet, on tourne inévitablement en rond [13]. En résumé, la première erreur dans l'approche actuelle de la fibromyalgie consiste à appliquer des critères de classification à la pratique clinique.

LE DIAGNOSTIC D'INCLUSION

La deuxième erreur dans le concept de la fibromyalgie est que l'on veuille absolument faire du diagnostic de la fibromyalgie un «diagnostic d'inclusion». Il n'y a pas de doute que pour nombre de sujets étudiés dans le cadre des travaux de recherche sur la fibromyalgie, la sensibilité, la douleur et autres symptômes soient imputables à un diagnostic clinique différent. Les défenseurs du concept de la fibromyalgie défendent corps et âme le diagnostic de la fibromyalgie indépendamment d'autres diagnostics et recommandent d'éviter les médecins qui pensent que la fibromyalgie est un diagnostic d'exclusion [2]. Or, c'est au contraire le diagnostic d'inclusion qui souvent a des conséquences néfastes pour le patient en plus de créer des idées fondamentalement fausses sur la fibromyalgie, raison pour laquelle les critères de diagnostic allemands reconnaissent au moins que le diagnostic de la fibromyalgie est toujours un diagnostic d'exclusion [19]. Comme le diagnostic se fait avant tout sur la base du comptage des points sensibles, plusieurs autres diagnostics se caractérisant par des douleurs diffuses entreront dans la catégorie des fibromyalgies d'après les critères ACR. Il n'existe pas d'études pour documenter le nombre de fois qu'une fibromyalgie est diagnostiquée quand d'autres diagnostics seraient également possibles. Parmi ces diagnostics pouvant se manifester sous forme de douleurs diffuses et d'un comptage positif des points sensibles figurent l'hypothyroïdie et d'autres insuffisances métaboliques, les myalgies en réaction à certains médicaments, y compris tous ceux du groupe «statine» utilisés pour abaisser les taux de cholestérol, les infections parasitaires, une déficience de myoadénylate désaminase, d'autres maladies rhumatismales, les diagnostics psychologiques, le syndrome de la douleur myofasciale, le syndrome de l'hypermotilité, le traumatisme cervical et même des brûlures graves [17]. Pour la plupart de ces diagnostics, il existe des thérapies éprouvées et il n'est pas nécessaire d'y ajouter le diagnostic complémentaire d'une fibromyalgie, surtout quand on sait que les avocats de la fibromyalgie estiment qu'il n'existe pas de traitement efficace de la fibromyalgie.

- Pour les patients atteints d'hypothyroïdie, des médicaments tels que la lévothyroxine apportent la solution.
- Les médicaments du groupe «statine» peuvent provoquer une myalgie chez certains patients [25]. Pour les patients qui commencent à se plaindre de douleurs diffuses quelques semaines ou quelques mois après le début d'un traitement à base de médicaments du groupe «statine», un changement de la médication peut donc mener à une issue heureuse [17].
- Les infections parasitaires, par exemple les infections amibiennes, peuvent générer ou contribuer à l'apparition de douleurs diffuses. Il existe des traitements médicamenteux efficaces dans ce cas [26, 27].
- La déficience de myoadénylate désaminase est un syndrome de carence enzymatique des muscles qui peut susciter des douleurs diffuses rebelles à tout traitement permanent dans quelques rares cas. Les patients avec des douleurs résultant de la myoadénylate désaminase sont traités par les méthodes courantes de maîtrise de la douleur [28].
- Dans son travail avec des patients souffrant de douleurs, le Dr Janet Travell a été une des premières à suggérer que les insuffisances et les carences métaboliques telles que le manque de vitamine B12, acide folique et ferritine pouvaient éventuellement contribuer ou être à l'origine de problèmes de douleur localisée ou diffuse [29]. Bien qu'il n'existe pas d'études scientifiques pour étayer les affirmations de Travell, les cliniciens qui connaissent son travail recommandent de prendre en considération des insuffisances ou carences métaboliques lorsque les patients ne sont que temporairement soulagés après un traitement physiothérapeutique [30]. Une déficience est une valeur qui sort de l'ordinaire et qui est facilement repérable; une insuffisance ne sort pas de l'ordinaire et risque donc de passer inaperçue; or, les insuffisances peuvent causer des problèmes sérieux chez certains patients [29]. Il s'est avéré que la suppression d'insuffisances et de déficiences pouvait conduire à la disparition totale de la douleur chez certains patients, ou alors les préparer à répondre favorablement à un traitement médicamenteux ou physiothérapeutique [29].
- Les rhumatologues peuvent traiter la plupart des maladies rhumatismales à l'aide de médicaments et de mesures d'adaptation en association avec la physiothérapie et une thérapie occupationnelle [31].
- L'approche pour les patients avec un diagnostic psychologique et des douleurs doit être interdisciplinaire et combiner la médication avec des mesures d'ordre psychologique, des exercices et des techniques de gestion du stress, l'accent étant à placer sur les aspects psychosociaux, comportementaux et organiques de la douleur chronique [32]. Plutôt que de diagnostiquer une fibromyalgie pour ces patients, il semble plus approprié de se baser sur les critères du Manuel diagnostique et statistique de la Société Américaine de Psychiatrie (DSM-IV) qui peuvent inclure la dysthymie, la

dépression et les problèmes de douleur somatoforme [33]. On pense souvent que le syndrome de la douleur myofasciale est un problème localisé; or, près de la moitié des patients avec ce syndrome souffrent de douleur dans trois ou quatre quadrants du corps [34]. Les patients avec un syndrome de douleur myofasciale répondent très favorablement à une thérapie des zones chimio-réactives spécifiques en combinaison avec l'élimination de divers facteurs de perpétuation [35]. Rien ne permet d'affirmer qu'un syndrome de la douleur myofasciale va évoluer vers une fibromyalgie [2].

- Le syndrome de l'hypermotilité est difficile à traiter, mais les physiothérapeutes peuvent diminuer les symptômes y associés et améliorer la fonction par l'éducation des patients et la modification de leurs activités [36, 37].
- D'après un rapport sur l'évolution de la fibromyalgie suite à un accident de la route, les médecins seraient plutôt enclins à diagnostiquer une fibromyalgie alors qu'un diagnostic de troubles associés à un traumatisme cervical serait plus approprié. En fait, la littérature courante ne soutient pas la thèse d'une relation causale entre un traumatisme et la fibromyalgie [39–41]. Certaines personnes ayant subi un traumatisme cervical peuvent souffrir d'un problème de stress posttraumatique présentant de nombreux symptômes similaires à la fibromyalgie [42]. Par ailleurs, il est concevable que chez certains patients victimes d'un traumatisme cervical, la glande thyroïde soit touchée, ce qui contribuerait à son tour à une hypothyroïdie posttraumatique avec douleurs diffuses, fatigue et autres symptômes généralement attribués à la fibromyalgie [43]. Il a été prouvé que l'implication dans un accident de la route pouvait produire une sensibilisation centrale et des douleurs diffuses, mais le fait de diagnostiquer une fibromyalgie n'apporte rien à ces accidentés de la route [44].
- Il est possible que les brûlés graves répondent aux critères ACR d'une fibromyalgie, mais il ne viendrait à l'idée d'aucun médecin de diagnostiquer une fibromyalgie dans ce cas [45].

Pourquoi un médecin confronterait-il ses patients à un diagnostic susceptible de provoquer un désespoir iatrogène, une dépression, la colère, l'anxiété, un comportement de malade et autres conséquences psychologiques et émotionnelles dévastatrices quand il existe des options thérapeutiques facilement accessibles? Il est vrai que dans un premier temps, le diagnostic d'une fibromyalgie fournit aux patients une justification de leur syndrome de douleur, mais la plupart des autres diagnostics accomplissent la même chose sans risquer de générer des sentiments de désespoir et de dépression et de laisser peu d'espoir aux patients et à leur personnel soignant quant à une issue heureuse [46, 47]. Les critères allemands de la fibromyalgie admettent que le diagnostic de la fibromyalgie est un «diagnostic d'exclusion» et recommandent de n'y recourir qu'après avoir éliminé tous les autres diagnostics

possibles [19]. Les médecins qui appliquent les principes du diagnostic différentiel et qui reconnaissent tout au plus à la fibromyalgie un statut de diagnostic d'exclusion vont rarement diagnostiquer un syndrome de fibromyalgie chez leurs patients. Les patients avec des douleurs diffuses auront éventuellement intérêt à éviter les médecins qui poseraient un diagnostic de fibromyalgie avant d'avoir exclu tous les autres diagnostics possibles. Cela leur évitera éventuellement de sombrer dans le désespoir, la dépression, l'anxiété et la peur au lieu de concentrer leurs efforts sur une amélioration significative de leur qualité de vie. De plus, il se peut qu'une fois une fibromyalgie diagnostiquée, les médecins ne cherchent pas plus loin, puisque ce diagnostic fournit un paradigme acceptable pouvant expliquer la symptomatologie. Peut-être est-ce une des raisons qui contribue aux piètres résultats enregistrés dans les études d'évolution à long terme où l'on constate invariablement que l'état des patients chez lesquels on a diagnostiqué une fibromyalgie ne s'améliore pas [48]. Serait-il possible qu'une fois le diagnostic d'une fibromyalgie établi, les médecins n'aillent pas chercher plus loin les causes d'une douleur diffuse? Est-ce que cela fait de la fibromyalgie un syndrome iatrogène, étant donné que l'on ne cherche ni applique le diagnostic approprié et des options thérapeutiques efficaces? Dans quelle mesure un diagnostic d'inclusion influence-t-il les idées que l'on se fait de la fibromyalgie si ces patients sont inclus dans les travaux d'étude mais ne reçoivent pas de traitement médical approprié pour les éventuelles causes sous-jacentes? Ainsi par exemple, on voit très bien des patients avec des myalgies comme effet secondaire indésirable de l'absorption de médicaments du groupe «statine» continuer de souffrir s'ils n'arrêtent pas de prendre ledit médicament. Et on imagine aisément que dans les études de l'évolution à long terme, ces patients seront devenus dépressifs, anxieux ou frustrés et atteints de douleurs chroniques, ce qui semblerait confirmer l'hypothèse qu'il n'y a pas de traitement efficace de la fibromyalgie et que les symptômes peuvent en fait s'intensifier et se multiplier. D'où il découle que non seulement un diagnostic d'inclusion peut avoir des effets négatifs sur les buts cliniques, mais qu'en plus les enseignements que l'on est en train d'accumuler sur la fibromyalgie comportent une faille inhérente en ce sens que les critères ACR ne considèrent pas la fibromyalgie comme un «diagnostic d'exclusion».

UN MANQUE DE SPÉCIFICITÉ

La troisième erreur dans le concept de la fibromyalgie, c'est de penser qu'en combinant diverses caractéristiques cliniques, on puisse créer une entité apparemment homogène appelée fibromyalgie [13]. Plusieurs études conduites par des défenseurs de la fibromyalgie suggèrent que des symptômes particuliers tels que la sensibilité, les troubles du sommeil, les anomalies neuroendocriniennes, les problèmes psychosociaux, etc. pris individuellement ou ensemble, sont des caractéristiques spécifiques de la fibromyalgie pouvant éventuellement justifier l'existence du syndrome en tant qu'entité clinique à part. Et pourtant, de nombreuses autres études démontrent que les symptômes caractéristiques de la fibromyalgie ne sont pas spécifiques à ce syndrome et se rencontrent de façon très générale en présence de tout syndrome de douleur chronique tel que par exemple, une lombalgie ou les maux de tête chroniques. Plusieurs autres maladies telles que la cystite interstitielle, le syndrome de selle irritable et les céphalées ont été associées à la fibromyalgie [49–51]. Au lieu d'associer la fibromyalgie à ces entités et syndromes pathologiques, on ferait peut-être mieux de reconnaître qu'après tout, la fibromyalgie n'est pas un syndrome à part.

La sensibilité évaluée au moyen du comptage des points sensibles n'est pas le signe distinctif d'une entité clinique particulière, mais peut indiquer une allodynie ou une hyperalgésie comme caractéristiques de la sensibilisation centrale [52, 53]. La sensibilisation centrale n'est pas une caractéristique spécifique à la fibromyalgie et on la rencontre régulièrement en association avec d'autres syndromes de douleur chronique, y compris le syndrome de la douleur myofasciale, les lésions de la moelle épinière, les brûlures graves, les névralgies post-herpétiques, la douleur fantôme des amputés, la névralgie trigéminal, le mal du dos et de la nuque, les troubles associés au traumatisme cervical, la douleur temporomandibulaire, les céphalées, etc. [44, 54–62]. Certains signes semblent indiquer que des modifications dans le taux hormonal ou chimique peuvent contribuer à une sensibilité globale [63, 64]. Par ailleurs, des études à base de l'imagerie neurologique de patients souffrant de divers syndromes de douleur chronique dont la lombalgie, la fibromyalgie, la douleur neuropathique, les céphalées fragmentées et la douleur myofasciale montrent des altérations spécifiques dans l'activité fonctionnelle du cerveau qui peuvent contribuer à l'allodynie, la sensibilité et d'autres phénomènes de douleur anormale [65, 66].

Les troubles du sommeil ou les insomnies s'observent fréquemment non seulement chez les personnes avec une fibromyalgie diagnostiquée, mais également chez les sujets sains et les malades du SIDA ou les personnes atteintes d'ostéoarthritis, d'arthrite rhumatoïde, de douleur myofasciale, de dépression, du syndrome des jambes agitées et de l'apnée obstructive du sommeil [67–73]. On a tendance à penser que les personnes avec une fibromyalgie ont un schéma du

sommeil perturbé avec une anomalie alpha-delta caractéristique ou une interruption du stade de sommeil lent, cependant, plusieurs études récentes ne corroborent pas toujours cette affirmation. L'anomalie du sommeil alpha-delta n'a été décelée que chez un tiers des personnes avec une fibromyalgie diagnostiquée [74]. Les cliniciens considèrent généralement l'insomnie comme une conséquence de la douleur et les patients supposent aussi que c'est la douleur qui les réveille la nuit. Or, le type et le degré d'insomnie était égal chez les personnes avec une douleur chronique et celles avec une insomnie primaire, ce qui suggère que la douleur nocturne n'est pas du tout en relation causale avec le manque de sommeil delta et la fragmentation grave du sommeil [73]. Beaucoup de symptômes secondaires de la fibromyalgie, y compris le dysfonctionnement cognitif, la fatigue et les problèmes de concentration à la durée peuvent être expliqués par l'insomnie, mais ne sont pas non plus spécifiques [73].

Les anomalies neuroendocriniennes et hormonales les plus fréquemment évoquées un relation avec la fibromyalgie englobent des taux élevés de substance P et du facteur de croissance des nerfs, ainsi que des déficiences de sérotonine, d'hormone de la croissance, de cortisol et de déhydroépiandrostérone [64, 75–82]. En dépit de ces études, il serait prématuré d'affirmer que les taux anormaux dont il a été fait état sont spécifiques à la fibromyalgie. Une étude récente n'a pas identifié des différences significatives dans le tryptophane plasmatique des patients avec une fibromyalgie [83]. Le tryptophane est le précurseur de la sérotonine. Il a été prouvé que la sérotonine, le facteur de croissance des nerfs et la substance P sont impliqués dans la régulation spinale de la nociception et on peut donc s'attendre à des anomalies en présence de la plupart des états de douleur chronique [58, 81, 84, 85]. Des taux élevés de substance P dans la moelle épinière et des faibles taux de sérotonine ont en effet été observés en présence de nombreux problèmes de douleur chronique, y compris les céphalées, les lombalgies, les douleurs cervicales, la polyneuropathie, la névrite lombo-ischiatique, l'ostéoarthritis, l'arthrite rhumatoïde, etc. [86–89]. Des chercheurs allemands ont décrit des titres élevés d'anticorps spécifiques à la sérotonine, ce qui tendrait à suggérer qu'un processus auto-immunitaire pourrait contribuer aux faibles taux de sérotonine, mais deux études consécutives n'ont pas pu confirmer la présence constante d'anticorps de la sérotonine [90–93]. Alors que des déficiences d'hormones de la croissance ont été établies dans certains sous-groupes de patients avec une fibromyalgie, il n'a pas été possible d'en conclure à une spécificité de la fibromyalgie, étant donné que certaines études n'ont pas étayé l'existence de telles déficiences [77, 94–97]. Les taux de cortisol et de déhydroépiandrostérone sont d'excellents indicateurs de la fonction adrénocorticale et ils présentaient des anomalies chez les patients avec une fibromyalgie [80, 98–101]. Les chercheurs ne sont pas parvenus à s'entendre sur les mécanismes res-

ponsables de ces anomalies et il n'a pas été établi pour quelle raison ces endocrinopathies seraient associées à des syndromes de douleur chronique [2]. Il est probable que les taux anormaux de cortisol et de déhydroépiandrostérone sont liés aux troubles psychologiques observés chez certains patients souffrant d'une douleur chronique [102]. Il a été suggéré que la fibromyalgie représentait la phase finale d'un enchaînement de douleur et de désarroi, mais ces preuves sont-elles vraiment suffisantes pour justifier la création d'un nouveau syndrome? Des études multiples ont confirmé que les déclarations exagérément négatives et dépressives et la recherche d'une confirmation de la maladie apparaissent plus volontiers chez les patients avec une fibromyalgie diagnostiquée que chez ceux avec d'autres syndromes de douleur [47, 103–105]. Hudson et Pope ont suggéré que la fibromyalgie était une «perturbation du spectre affectif» avec plus de problèmes émotionnels et psychologiques qu'on n'en rencontre avec d'autres diagnostics de la douleur, mais là encore, rien ne permet d'affirmer avec certitude que toutes les personnes avec une fibromyalgie présentent plus de dysfonctionnements psychologiques [106–109]. Pas tous les patients avec une fibromyalgie diagnostiquée sont déprimés et il est probable que pour de nombreux patients, la dépression soit liée au niveau de perception de la douleur et aux effets des symptômes sur leurs activités fonctionnelles [108–113]. D'autres avis ont été émis dans le sens que la dépression et la fibromyalgie pourraient être le résultat d'une anomalie commune sous-tendue telle qu'une déficience thyroïdienne, une hyperactivité de l'hormone productrice de corticotropine, la présence d'anticorps de la sérotonine ou éventuellement, un dysfonctionnement d'une voie spinale descendante inhibitrice, caractérisé par une neurotransmission sérotonergique ou catécholaminergique insuffisante [24, 78, 91, 114, 115].

Plusieurs études ont confirmé que la dépression, la colère, l'anxiété et un comportement de malade ont un effet négatif sur la perception qu'ont les patients d'eux-mêmes, ce qui se traduira par des attentes pessimistes de leur part et celle de leurs thérapeutes et par des résultats insatisfaisants au niveau de la physiothérapie et de la rééducation [116–119]. Un fait intéressant à noter, c'est que d'après une étude, il était plus probable que les patients non déprimés aient bénéficié de physiothérapie que les patients déprimés [113]. Un diagnostic psychiatrique de dépression et de problèmes de douleur somatoforme risque de donner l'impression aux patients que les médecins ne prennent pas leur douleur au sérieux et pourtant, les faits prouvent que certains patients avec les symptômes typiques d'une fibromyalgie ont de si graves problèmes psychologiques que le syndrome risque effectivement de devenir une excuse pour ne pas se confronter aux difficultés de leur vie [47, 120]. Plusieurs auteurs ont laissé entendre que la fibromyalgie n'était rien d'autre qu'un problème de somatisation caractérisé par l'absence de symptômes physiques objectifs [120–122]. Reste

à voir quelle est la définition exacte de la somatisation et si les médecins qui voient dans la fibromyalgie un problème de somatisation ont exclu toutes causes physiques de douleur et de dysfonctionnement [123]. Il apparaît que pour certains auteurs, la somatisation est synonyme d'un comportement de malade. Le comportement de malade ou le fait de magnifier les symptômes se rencontre très couramment chez les personnes avec une douleur et un dysfonctionnement chroniques [124]. Il est possible que des symptômes somatiques communs soient amplifiés et que les personnes avec un comportement de malade les attribuent à leur maladie globale. Une autre caractéristique du comportement de malade consiste à vouloir se faire confirmer l'existence d'une maladie par la consultation répétée de nombreux médecins et autres professionnels de la santé [47, 103–105, 125–128]. Le comportement de malade est une caractéristique commune à toutes les personnes avec une douleur non identifiable et non une spécificité de la fibromyalgie.

En résumé, les symptômes tels que la sensibilité, les troubles du sommeil, les déficiences neuroendocriniennes et les problèmes psychologiques ne sont pas spécifiquement liés à la fibromyalgie. Aucune évidence scientifique ne permet d'amalgamer ces symptômes pour en faire une entité à part.

GESTION PHYSIOTHÉRAPEUTIQUE

Les directives spécifiques pour le traitement physiothérapeutique des personnes avec une fibromyalgie diagnostiquée dépassent le cadre du présent article, cependant, la prise de conscience des erreurs inhérentes au concept de la fibromyalgie peut éventuellement encourager les physiothérapeutes à développer leurs propres opinions sur le sujet en conduisant des recherches critiques et les aider à déterminer un diagnostic physiothérapeutique et des mesures thérapeutiques appropriés. Le physiothérapeute se voit fréquemment confronté à des patients avec un diagnostic mal défini dans son cabinet, la fibromyalgie n'a donc rien d'exceptionnel dans ce sens [129]. A mesure qu'il devient plus facile d'accéder directement à la physiothérapie sans détour par un médecin, il se peut que de nombreux patients aient diagnostiqué leur fibromyalgie eux-mêmes. Dans une étude sur les patients des cabinets privés, il s'est avéré que cinquante et un pour cent des patients n'avaient pas consulté un allopathe ou un ostéopathe, un dentiste ou un psychologue avant de solliciter un bilan physiothérapeutique [130]. Les physiothérapeutes doivent se rendre compte que de nombreux patients ont été mal diagnostiqués, soit par eux-mêmes, soit par un médecin, et que cela risque d'avoir un impact majeur sur le système des croyances et des attentes du patient et de son thérapeute. L'éventualité envisagée d'une entrave permanente, de limitations fonctionnelles, voire même d'un handicap, va avoir une influence négative sur le résultat de l'intervention physiothé-

rapeutique. En d'autres termes, une fois que les patients et les professionnels de la santé se sont résignés à accepter qu'il n'existe pas de traitement de la fibromyalgie, ni les uns, ni les autres ne seront motivés à viser un résultat optimal [131]. Les croyances et les attentes des patients concernant la douleur et leur futur vont fortement influencer leur comportement, leur attitude envers la physiothérapie, leur présence aux séances, leur sérieux dans l'exécution des exercices et leur volonté d'explorer des nouvelles voies thérapeutiques [117, 132, 133]. Le Guide de Physiothérapie met en évidence cinq éléments de gestion du patient pour le physiothérapeute: l'examen, l'évaluation, le diagnostic, le pronostic et l'intervention. Les données recensées en cours d'examen sont synthétisées pour établir le diagnostic physiothérapeutique, le pronostic et le plan des mesures thérapeutiques. Le diagnostic physiothérapeutique reflète «l'impact d'un état sur la fonction au niveau du système (en particulier l'appareil moteur) et au niveau de la personne dans son ensemble» [134]. L'intervention englobe non seulement des procédures ordinaires de physiothérapie, mais aussi l'instruction du patient et l'éducation concernant son état, ses entraves spécifiques et ses limitations fonctionnelles. En étant capable d'expliquer aux patients avec une fibromyalgie diagnostiquée que dans de nombreux cas, un diagnostic potentiel d'ordre médical ou psychologique n'a pas été envisagé, les physiothérapeutes assument leur responsabilité en matière d'éducation des patients en vue «d'aider les patients avec une fibromyalgie à gérer les symptômes et à améliorer la fonction» et à diminuer l'impact de leur état sur la personne dans son ensemble. S'il est vrai que le rôle de la physiothérapie ne peut consister à pratiquer la médecine, il est également vrai qu'un diagnostic médical correct aura un impact sur les limitations fonctionnelles perçues et sur l'adhésion au programme d'intervention. Les physiothérapeutes n'ont pas la formation nécessaire pour exclure des causes et des facteurs de nature médicale pouvant contribuer à la douleur diffuse tels que les complications provenant d'une médication d'abaissement du taux de cholestérol, d'une infection parasitaire ou d'une hypothyroïdie, mais d'autres causes possibles et facteurs contributifs tombent tout à fait dans les compétences des physiothérapeutes, tels que par exemple l'existence de zones chimio-réactives myofasciales et l'hypermotilité. Il peut parfois être difficile de communiquer ces soupçons au médecin de référence, car certains médecins pourraient y voir une remise en question par les physiothérapeutes du «niveau des soins médicaux» ou craindre que les physiothérapeutes ne veuillent jouer au médecin sans en avoir les qualifications, cependant, l'intérêt du patient devrait toujours primer. Les physiothérapeutes devraient communiquer leurs soucis et leurs découvertes au médecin, sans toutefois oublier que la responsabilité du diagnostic médical réside auprès du médecin [135].

Les physiothérapeutes doivent comprendre que les patients avec une douleur chronique mettent au point différents modes d'adaptation à leur état, indépendamment du diagnostic de la douleur [136–139]. Plutôt que de traiter différemment les patients avec une fibromyalgie diagnostiquée de ceux avec une autre douleur chronique, les physiothérapeutes devraient déterminer les mesures les plus aptes à donner le résultat recherché. Bien que le physiothérapeute devrait connaître le comptage des points sensibles liés à la fibromyalgie, cela n'apporte pas grand chose que de l'incorporer à la routine quotidienne du cabinet de physiothérapie [17]. Les physiothérapeutes pourraient être tentés de croire qu'il serait indiqué de traiter les points sensibles en tant qu'élément d'une approche thérapeutique globale, compte tenu de l'importance qui leur est accordée dans la littérature sur la fibromyalgie. Mais comme il n'existe aucune preuve d'une lésion structurelle quelconque du muscle ou d'un métabolisme musculaire entravé chez les personnes avec une fibromyalgie diagnostiquée, l'accentuation clinique des points sensibles peut être contre-productive et d'une importance très relative par rapport à un regard attentif prenant en compte l'ensemble des aspects psychosociaux, comportementaux et organiques chez les individus atteints d'une douleur diffuse chronique [32, 140–144]. Dans leur travail avec les patients qui souffrent de douleurs chroniques, les physiothérapeutes auront meilleur temps de focaliser leur attention sur les méthodes susceptibles d'améliorer l'efficacité individuelle des patients en atténuant la boucle de réactions positives qui existe lorsque le stress et la douleur chronique engendrent des symptômes secondaires [145]. Les concepts de l'efficacité individuelle et de la douleur chronique ont été décrits en détail par Bandura et plus tard par Buckelew [146–150]. La lecture de ces ouvrages est vivement recommandée. La physiothérapie peut jouer un rôle primordial dans la gestion de personnes avec une fibromyalgie diagnostiquée. L'important, c'est de se rendre compte des erreurs qui entachent le concept de la fibromyalgie, les patients et la société en seront les bénéficiaires.

RÉFÉRENCES:

Veillez commander la liste des références chez:

Association Suisse de Physiothérapie, édition «FISIO Active», Oberstadt 8, CH-6204 Sempach Stadt