



Service de Rhumatologie. CHU  
Beni Messous, Alger - Algérie

Correspondance à :  
Selma ABDELLAOUI  
sante76@hotmail.fr

**Historique de l'article :**  
Reçu le 4 janvier 2020  
Accepté le 15 mars 2020

**Pour citer l'article :**

Abdellaoui S.  
Fibromyalgie, une maladie  
enfin reconnue. *Batna J  
Med Sci* 2020;7:6-9.

## Fibromyalgie, une maladie enfin reconnue

### *Fibromyalgia, a finally recognized disease*

Selma Abdellaoui, Bilal Bengana, Abdenour Boukabous, Salima Lefkir-Tafiani

#### RÉSUMÉ

La fibromyalgie est un syndrome douloureux chronique associé à une diminution du seuil douloureux. L'absence d'éléments objectifs cliniques ou paracliniques explique les difficultés diagnostiques. Les critères de classification établis par le Collège américain de rhumatologie (ACR) de 2010 révisés en 2016 nécessitent la conjonction d'un score de syndrome douloureux de plus de trois mois et d'un score de sévérité. Ils comportent toutefois certaines limites, en particulier le nombre élevé de symptômes. L'évaluation de la fibromyalgie peut étudier de manière individuelle les divers symptômes, mais sa nature multidimensionnelle nécessite de préférer des méthodes d'évaluation globale, telles que le questionnaire d'impact de la fibromyalgie qui est un index composite explorant les différents symptômes de la FM. Cet article dresse l'état des connaissances présentes sur la fibromyalgie, sa place nosographique, son diagnostic positif, les recommandations diagnostiques pratiques et la prise en charge thérapeutique et sociale appropriée aux patients qui en souffrent.

**Mots-clés :** Fibromyalgie ; seuil de la douleur ; critères.

#### ABSTRACT

Fibromyalgia is a chronic pain syndrome associated with a decrease in the pain threshold. The absence of objective clinical or lab elements explains diagnostic difficulties. The classification criteria established by the American College of Rheumatology (ACR) on 2010, revised in 2016 require the combination of a pain syndrome score of more than three months and a severity score. They do however have certain limits, in particular the high number of symptoms. The evaluation of fibromyalgia can involve various symptoms individually, but the multidimensional nature of fibromyalgia requires to prefer global evaluation methods, such as the fibromyalgia impact questionnaire which is a composite index exploring the different symptoms of fibromyalgia. This article presents the current state of knowledge on fibromyalgia, its nosographic position, its positive diagnosis, the practical diagnostic recommendations and the appropriate therapeutic and social care for patients who suffer from it.

**Keywords:** Fibromyalgia ; Pain threshold; Criteria.

#### INTRODUCTION

Entre 10 et 12 % de la population générale souffre de douleurs chroniques diffuses. La fibromyalgie (FM) est la pathologie chronique diffuse la plus fréquente. Sa prévalence en France est estimée à 1,6 %, elle touche 7 à 10 fois plus la femme que l'homme, les anglosaxons parlent de « *nociplastic pain* » car elle n'est pas due à une lésion anatomique mais plutôt un défaut de modulation de la douleur, ainsi que de « *somatic symptom disorders* » puisque il s'agit d'un trouble somatoforme, trouble fonctionnel avec association de « symptômes médicalement inexpliqués » : céphalées, syndrome du colon irritable, douleur de l'articulation temporo-mandibulaire qui font partie intégrante du diagnostic et ayant un impact sur la sévérité de la FM [1,2].

#### DIAGNOSTIC POSITIF

Il est basé sur un faisceau d'arguments cliniques et paracliniques [1].

#### LE DEPISTAGE CLINIQUE

Le délai diagnostique est estimé à 5 ans ; ainsi le dépistage clinique par auto-questionnaire est primordial dans cette pathologie : 2 questionnaires de dépistage ont été élaborés destinés à la médecine générale afin d'éviter les errances diagnostiques et de débiter une prise en charge :

1- Auto-questionnaire en 6 questions validé en 2010 : *Fibromyalgia Rapid Screening Tool FiRST* positif 5/6 (Se, Sp = 90%) devant toutes douleurs chroniques diffuses articulaires musculaires ou tendineuses > 3mois (Figure 1).

2- Auto-questionnaire de 14 questions établi par groupe européen multidisciplinaire en 2014 « *Fibrodetect* » positif 6/14 Se=90% Sp=67%. Il évalue toutes les dimensions de FM : douleur, fatigue, histoire personnelle, comportement, symptômes, impact (Figure 2).

|   | Oui | Non |
|---|-----|-----|
| Mes douleurs sont localisées partout dans tout mon corps  |     |     |
| Mes douleurs s'accompagnent d'une fatigue générale permanente   |     |     |
| Mes douleurs sont comme des brûlures, des décharges électriques ou des crampes  |     |     |
| Mes douleurs s'accompagnent d'autres sensations anormales comme des fourmillements, des picotements ou des sensations d'engourdissement, dans tout mon corps          |     |     |
| Mes douleurs s'accompagnent d'autres problèmes de santé comme des problèmes digestifs, des problèmes urinaires, des maux de tête, ou des impatiences dans les jambes  |     |     |
| Mes douleurs ont un retentissement important dans ma vie : en particulier, sur mon sommeil, ma capacité à me concentrer avec une impression de fonctionner au ralenti |     |     |

Figure 1. Questionnaire FIRST.

Figure 2. Questionnaire FIBRODETECT

**Les prérequis :**

Afin d'établir le diagnostic positif de la FM il faudrait intégrer au préalable un certains nombres de prérequis [3,4] :

Les symptômes de base touchent les « aponévroses », ce sont des douleurs localisées au début puis qui deviennent diffuses (+/- diffuses au début)

- Il y a un continuum entre localisations (plusieurs organes), symptômes et leur intensité : des critères diagnostiques de type oui/non ne peuvent être appliqués.
- Les symptômes affectent plusieurs tissus (Troubles fonctionnels intestinaux, vessie irritable, douleur de l'ATM/thoracique, flou visuel/ œil sec, céphalées, prurit, acouphènes etc.), symptômes à rechercher systématiquement.
- La douleur est neuropathique (brulures, fourmillements, décharges électriques), sans lésion nerveuse identifiée.
- La douleur est « nociplastique » : Trouble nociception sans lésion anatomique.
- L'atteinte est dynamique : Symptôme fluctuant, migrateur d'un site à un autre, d'un organe à un autre.

**Le diagnostic positif proprement dit :**

Les symptômes variables d'un patient à l'autre.

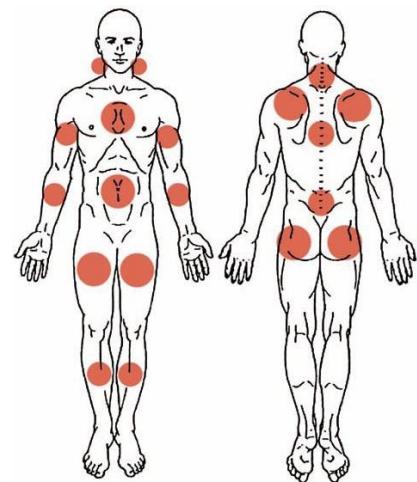
- Les douleurs sont constantes, sévères, intermittentes ou permanentes, migratrices, évoluant par crises
- Troubles sommeil (75 %)
- Dérouillage matinal (80 %)
- Migraines / Céphalées de tension (50 %)
- Troubles fonctionnels digestifs (30 %)

+/- phénomène de Raynaud, paresthésies distales, acouphènes, dysménorrhées, troubles urinaires.

L'examen clinique rhumatologique et neurologique est strictement normal, même si rendu difficile par l'allodynie diffuse.

**Les critères diagnostiques :**

Anciens critères ACR 1990 (Figure 3) : 11 points douloureux à la pression de 18 localisations.



- Nuque
- Ceinture scapulaire droite et gauche
- Région dorsale
- Région lombaire
- Thorax
- Abdomen
- Articulations temporo-mandibulaires droite et gauche
- Bras droit et gauche
- Avant-bras droit et gauche
- Hanches (trochanter-fesse) droite et gauche
- Cuisses droite et gauche
- Jambes droite et gauche

Figure 3 : Critères de l'ACR 1990.

| Critère ACR 2010 :<br>WPI* Présence de douleur au cours de la semaine précédente <sup>1</sup>  | Critères ACR 2010 - <sup>2</sup><br>Échelle SS** | Échelle  |
|--|--|--|
| Ceinture scapulaire (droite et gauche)<br>Partie supérieure du bras (droit et gauche)<br>Partie inférieure du bras (droit et gauche)<br>Hanche (fesse, trochanter) (droite et gauche)<br>Mâchoire (côtés droit et gauche)<br>Partie supérieure de la jambe (droite et gauche)<br>Partie inférieure de la jambe (droite et gauche)<br>Thorax<br>Abdomen<br>Haut du dos<br>Bas du dos<br>Cou | Fatigue  | 0 = Aucun problème<br>1 = Problèmes légers/modérés, généralement légers ou intermittents   |
|  | Sommeil non réparateur                           | 2 = Problèmes modérés, considérables, souvent présents et/ou à un niveau modéré<br>3 = Problèmes sévères, prépondérants, continus, gênant la vie quotidienne |
|  | Symptômes cognitifs                              |  |
|  | Symptômes somatiques                             | 0 = Aucun symptôme<br>1 = Quelques symptômes<br>2 = Nombre modéré de symptômes<br>3 = Nombreux symptômes   |

\* L'index WPI se situera entre 0 et 19  
\*\* Un score à l'échelle SS représente la somme de la sévérité des 3 symptômes plus l'importance des symptômes somatiques.  
Score final entre 0 et 12

Figure 4 : Critères de l'ACR 2016.

**Critères ACR 2010 révisés en 2016 (Figure 4)**

Il s'agit d'un score global associant :

- Score de douleurs diffuses [Widespread Pain Index] = nombre de sites douloureux (0 -19)
- Score de sévérité SS [Symptom Severity Scale ] (0 -12)= 4 items ( autres symptômes physiques, sommeil non reposé, Troubles cognitifs et fatigue) chacun côté de 0 à 3 selon son importance.

Le diagnostic est retenu si > 7 points douloureux+ SS >5 OU 4-6 points douloureux + SS >9

La nouvelle révision 2016 spécifie bien :

- 1/ Douleurs diffuses touchant au moins 4 sur 5 régions du corps.
- 2/ Symptômes depuis au moins 3 mois.
- 3/ Diagnostic si : > 7 points douloureux+ SS >5 OU 4-6 points douloureux + SS >9
- 4/ Diagnostic de FM n'excluant pas une pathologie associée.

Tous ces critères sont utiles au diagnostic mais sont insuffisants car il ne faudrait pas omettre l'histoire médicale complète (parcours de vie) et établir un examen clinique minutieux.

**Nouvelle approche (2018)**

La nouvelle approche définit des critères de base portant sur un nombre plus limité de symptômes. Ces critères de base, qui suffisent pour diagnostiquer la maladie, sont complétés par d'autres symptômes et signes associés qui peuvent appuyer le diagnostic [5,6].

Le groupe d'expert décrit la FM selon 5 dimensions.

- Dimension 1 : Critères diagnostiques de base essentiels au diagnostic
- Dimension 2 : Caractéristiques fréquentes (autres symptômes et signes associés mais non essentiels au diagnostic)
- Dimension 3 : Autres troubles de la santé souvent présents en même temps
- Dimension 4 : Conséquences neurobiologiques, psychosociales et fonctionnelles.
- Dimension 5 : Mécanismes neurobiologiques et psychosociaux possibles, facteurs de risque et facteurs de protection.

**EXAMENS COMPLEMENTAIRES**

Doivent être limités selon l'APS (American Pain Society)

*Biologiques* : Faire une formule sanguine, une vitesse de sédimentation / C reactive protein, les enzymes musculaires, un bilan thyroïdien

Compléter par un bilan *d'autoimmunité* : facteurs antinucléaires et rhumatoïde, fer sérique et dosage de la vitamine D selon le contexte clinique.

*L'imagerie* est inutile.

**DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS (tableau 1)**

Tableau 1 : Principaux diagnostics différentiels devant une suspicion de fibromyalgie.

| Domaines                             | Maladies   |
|--------------------------------------|--|
| Rhumatologie et maladies systémiques | PR, SGS, LES, SpA, PPR, hyperlaxité articulaire  |
| Neurologie                           | Myosite, myopathie, neuropathie périphérique   |
| Endocrinologie                       | Troubles métaboliques TSH, PTH, vit D  |
| Psychiatrie                          | Anxiété, dépression  |
| Infection                            | Hépatite C   |
| Pathologie tumorale                  |  |
| Médicaments                          | Statines = Douleurs musculaires<br>Opioides = Douleurs diffuses<br>Chimiothérapies= Douleurs neuropathiques<br>Anti-aromatases= arthralgies et douleurs diffuses<br>Bisphosphonates= Douleurs osseuses |

**TRAITEMENT**

La thérapeutique est complexe et n'est toujours pas codifiée ; elle obéit à un programme d'accompagnement multimodal, il peut être plus ou moins efficace selon le type de patient et la forme clinique de la FM [7] (Figure 5).

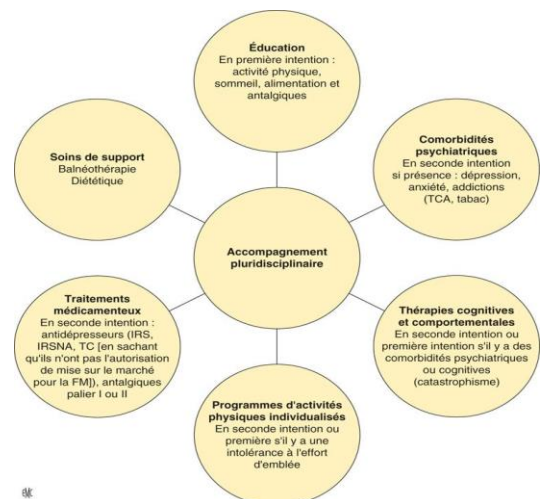


Figure 5. Programme d'accompagnement multimodal.

## CONCLUSION

La fibromyalgie correspond à une authentique pathologie douloureuse chronique diffuse dont le mécanisme douloureux est de type « nociplastique ». Ce mécanisme correspond à des troubles de la modulation de la douleur sans lésion tissulaire. Les douleurs diffuses font partie des symptômes cardinaux de la maladie et sont associées à de nombreux autres facteurs psycho-sociaux multiples et peu spécifiques qui conditionnent le plus souvent sa sévérité. L'existence même de la fibromyalgie classée "somatotrope" a fait l'objet de controverses, pourtant ses symptômes sont facilement reconnaissables et elle ne constitue en aucun cas un diagnostic d'élimination. De plus, les critères diagnostiques ont évolué ces dix dernières années, critères qui doivent être impérativement associés à la connaissance de l'histoire médicale complète du patient et à la mise en œuvre d'un examen clinique minutieux. En outre, il existe de nombreux diagnostics différentiels, ceux-ci pouvant constituer, dans le même temps, des diagnostics associés. La prise en charge de la fibromyalgie est multidisciplinaire, le rhumatologue va préciser le diagnostic et en conséquence adaptera le traitement. Ainsi, la combinaison de thérapies médicamenteuses avec les médecines complémentaires et alternatives peut diminuer les douleurs et améliorer la qualité de vie de ces patients.

**Déclaration d'intérêts :** les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt en rapport avec cet article.

## RÉFÉRENCES

1. Laroche F. Fibromyalgie. Encyclopédie médico-chirurgicale, appareil locomoteur. 2014. 15-916-A-10.
2. Anie Genevart, Fibromyalgie enfin reconnue, France, fév 2018.
3. J-M.M. Reconnaissance de la fibromyalgie expertise en cours, France, Nov 2016.
4. Psychosomatic Medicine, La fibromyalgie, un problème de perception, janvier-fév 2005.
5. Savali A, et al., Un ou plusieurs syndromes somatiques fonctionnels ? Comparaison de l'état de santé de personnes fibromyalgiques et électrohypersensibles, France, 2019:645-653.
6. Emilie Bucourt, Comparaison des cinq grands traits de personnalité dans la fibromyalgie et les autres maladies rhumatismales. Rev du Rhum 2018(85) : 188-194
7. Amélie Charland, Effets d'un programme d'autogestion de la douleur chronique en contexte réel pratique. Kinésithérapie, la revue, Mai 2019:10-19

Cet article a été publié dans le « *Batna Journal of Medical Sciences* » **BJMS**, l'organe officiel de « *l'association de la Recherche Pharmaceutique – Batna* »

Le contenu de la Revue est ouvert « Open Access » et permet au lecteur de télécharger, d'utiliser le contenu dans un but personnel ou d'enseignement, sans demander l'autorisation de l'éditeur/auteur.

Avantages à publier dans **BJMS** :

- *Open access* : une fois publié, votre article est disponible gratuitement au téléchargement
- Soumission gratuite : pas de frais de soumission, contrairement à la plupart des revues « Open Access »
- Possibilité de publier dans 3 langues : français, anglais, arabe
- Qualité de la relecture : des relecteurs/reviewers indépendants géographiquement, respectant l'anonymat, pour garantir la neutralité et la qualité des manuscrits.

Pour plus d'informations, contacter [BatnaJMS@gmail.com](mailto:BatnaJMS@gmail.com) ou connectez-vous sur le site de la revue : [www.batnajms.net](http://www.batnajms.net)

