

Les Médecins Maîtres-Toile

Accueil ▶ Publications médicales ▶ La fibromyalgie

Publié le : 29 juin 2008

 **Imprimer cet article**

Auteur :

Abdellah El Maghraoui



La fibromyalgie

Une maladie fréquente et souvent méconnue

Résumé :

La fibromyalgie est une affection fréquente, de nosologie toujours controversée et posant parfois des problèmes diagnostiques et thérapeutiques importants notamment en cas d'implication médico-légale. Des progrès récents ont été faits dans la compréhension de sa physiopathologie et l'élaboration d'une stratégie de prise en charge rationnelle. Il s'agit d'un syndrome rhumatismal caractérisé par un état douloureux musculaire diffus « j'ai mal partout ! », évoluant de façon chronique, associé à une fatigue, un dérouillage matinal, des troubles du sommeil et de l'humeur et la présence de points douloureux caractéristiques à la palpation. Le diagnostic est facile et repose uniquement sur la clinique. Ce n'est pas un diagnostic d'élimination : la fibromyalgie peut coexister avec toute autre pathologie. Il s'agit d'une affection fréquente (2% de la population générale) touchant la femme dans 80 – 90% des cas le plus souvent entre 30 et 60 ans. Le traitement, bien qu'il ne soit pas curatif, améliore l'état d'environ 80 % des patients grâce à un ensemble de mesures pharmacologiques (essentiellement les antidépresseurs) et non pharmacologiques. Malheureusement, en l'absence de compréhension réelle de la physiopathologie de la FM, il n'existe pas encore de « médicament miracle » pour traiter définitivement cette affection. Il est néanmoins important de noter que le simple fait de poser un diagnostic sur les plaintes multiples de ces patients constitue un grand pas vers l'amélioration de leur état.

Sommaire

- [Epidémiologie](#)
- [Etude clinique](#)
- [Diagnostic](#)
- [Physiopathologie](#)
- [Traitement](#)

La fibromyalgie (FM) est un syndrome rhumatismal caractérisé par un état douloureux musculaire diffus, évoluant de façon chronique, associé à une fatigue, un dérouillage matinal, des troubles du sommeil et de l'humeur, la présence de points douloureux caractéristiques à la palpation et divers

autres symptômes.

Il s'agit d'une affection fréquente mais malheureusement encore largement méconnue par les médecins. Le tableau typique est représentée par une femme de la cinquantaine consultant pour des douleurs diffuses « j'ai mal partout ! » évoluant depuis des années, et il est classique de recevoir ces patientes avec de gros dossiers contenant une multitude d'examen complémentaires (tous normaux) et une pile d'ordonnances (toutes jugées plus ou moins inefficaces).

Le diagnostic est cependant très facile et repose uniquement sur la clinique. Ce n'est pas un diagnostic d'élimination : la FM peut coexister avec toute autre pathologie.

Epidémiologie

On retrouve cette maladie partout dans le monde. La prévalence est autour de 2% dans la population générale, 2 - 5,7 % des consultations de médecin généraliste et de 14 - 20% des consultations de rhumatologie. Elle représente actuellement le 3eme « rhumatisme » pris en charge par les rhumatologues [1]. Elle touche la femme dans 80 - 90% des cas le plus souvent entre 30 et 60 ans mais peut se rencontrer aussi chez l'homme et chez l'enfant. Elle est plus fréquente dans les milieux défavorisés et de faible niveau d'instruction.

Bien que certains postulent une épidémie engendrée par les systèmes de compensation des pays occidentaux, il n'y a pas de preuve d'un accroissement de l'incidence ou de la prévalence. La recherche ne confirme pas que le fait de poser le diagnostic entraîne un comportement anormal et une dépendance au système médical. Au contraire, le fait de porter ce diagnostic rassure en général le patient que ses souffrances sont réelles et qu'ils sont partagés par un grand nombre d'autres patients.

Etude clinique

Les douleurs musculo-squelettiques

Les douleurs sont souvent perçues comme venant des muscles, parfois aussi des articulations et parfois plus profondes « tous mes os me font mal ! ». Les douleurs sont souvent bilatérales et diffuses, avec parfois cependant prédominance d'un hémicorps par rapport à l'autre. La plupart des personnes souffrant de FM se plaignent d'avoir le cou, les épaules, les régions dorsales hautes et basses ainsi que les hanches douloureux et raides. Une acrocyanose, un phénomène de Raynaud, des paresthésies des doigts voire une sensation de doigts boudinés sont souvent rapportés. Les douleurs sont souvent fluctuantes, tant au niveau intensité qu'au niveau localisation, en fonction des différentes journées de la semaine. Elles sont par ailleurs très variables dans la description des sensations perçues. Les douleurs sont souvent plus importantes le matin et s'accompagnent de raideur musculaire, diminuant entre 11 heures le matin et 15 heures l'après-midi. Elles peuvent augmenter lors de certaines activités physiques et surtout s'amplifier après celles-ci. Ces douleurs sont aussi favorisées par le surmenage, le mauvais temps, l'anxiété, avec des phases de rémission relative, contemporaines des périodes de bien-être psychophysique (vacances - temps chaud). A l'examen clinique, les articulations sont normales. L'examen ne mettra en évidence qu'une sensibilité accrue à la palpation des parties molles plus marquée au niveau des insertions tendineuses et particulièrement à celles choisies par les experts du Collège Américain de Rhumatologie (ACR) pour définir la maladie [2] (Fig. 1).

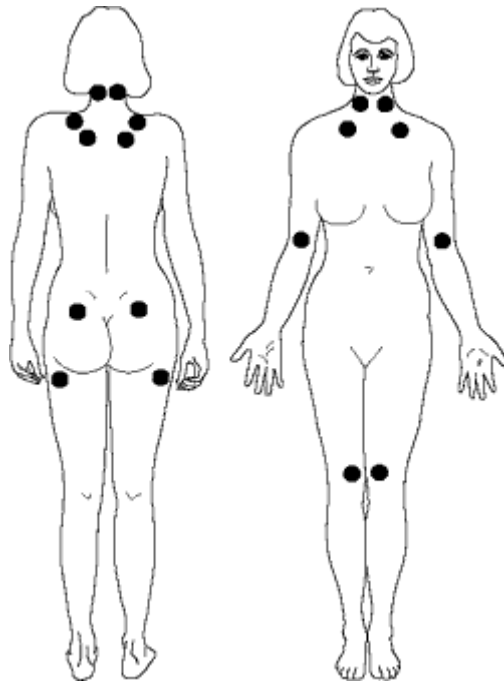


Figure 1 : les 18 points gâchettes à rechercher pour le diagnostic de la fibromyalgie.

Tableau de douleur diffuse

Une douleur est considérée comme diffuse si tous les éléments suivants sont présents :

- douleur du côté gauche du corps
- douleur du côté droit du corps
- douleur au dessus de la taille
- douleur en dessous de la taille
- de plus, une douleur squelettique axiale (colonne cervicale ou paroi antérieure de la colonne dorsale ou lombalgie) doit être présente.

Dans cette définition, une douleur de l'épaule ou de la fesse est à considérer comme telle pour chaque côté atteint. Une lombalgie est une douleur du segment inférieur.

Douleur à la palpation digitale de 11 des 18 points sensibles suivants :

- occiput : bilatéral, à l'insertion des muscles sous occipitaux
- cervical bas : bilatéral, à la partie antérieure des espaces intertransversaux au niveau C5-C7
- trapézien : bilatéral à la partie moyenne du bord supérieur [du muscle]
- sus-épineux : bilatéral, à l'insertion au dessus de l'épine de l'omoplate, près de son bord interne
- 2^e côte : bilatéral, à la seconde jonction chondrocostale, juste à côté de la jonction à la surface supérieure
- épicondylien latéral : bilatéral, à 2 cm au dessous des épicondyles
- fessier : bilatéral, au quadrant supéro-externe de la fesse, au pli fessier antérieur
- trochantérien : bilatéral, en arrière de la saillie du grand trochanter
- genou : bilatéral, vers le coussinet graisseux médian, proche de l'interligne

La palpation [pression] digitale doit être faite avec une force approximative de 4 kg. Pour qu'un point douloureux soit considéré comme présent, le sujet doit signaler que cette palpation est douloureuse. Sensible n'est pas considéré comme douloureux. Pour satisfaire l'objectif de classification, les patients doivent associer les 2 critères. La douleur diffuse doit avoir été présente au moins 3 mois. La présence d'un tableau clinique associé n'exclut pas le diagnostic de fibromyalgie.

Tableau I : Critères 1990 de l'ACR pour la classification de la fibromyalgie

Même quand les patients se plaignent de tuméfaction articulaire aucune synovite n'est mise en évidence. Il n'est pas rare cependant que la FM coexiste avec une polyarthrite rhumatoïde, un

syndrome de Gougerot-Sjogren ou une arthrose, et dans ce cas on retrouvera les signes d'examen de ces affections associés aux points douloureux de la FM.

D'autres douleurs peuvent être rencontrées :

douleurs faciales (céphalées de tension, névralgies d'Arnold, douleurs temporo-mandibulaires, douleurs oculaires...);

douleurs pariétales thoraciques souvent vécues avec angoisse par le patient (souvent bilatérales, accentuées par la pression des muscles intercostaux);

douleurs abdominales souvent pariétales, accompagnées de crampes, avec alternance diarrhée et constipation (côlon irritable), douleurs souvent diminuées par l'évacuation intestinale;

douleurs ou inconforts au niveau de la sphère urinaire, avec parfois symptômes de vessie irritable (avec dysurie, pollakiurie, fuites urinaires...).

Fatigue

Elément majeur du diagnostic, il s'agit souvent d'un état de fatigabilité anormal, pour des tâches physiques et/ou mentales banales.

Troubles du sommeil

Les patients fibromyalgiques rapportent un sommeil non réparateur qui pose un problème à pratiquement 80 % des patients atteints, malgré le fait qu'ils dorment parfois plus de 8 heures d'affilée. Beaucoup se plaignent d'un sommeil léger avec plusieurs réveils nocturnes. La cause est une anomalie dans la configuration des ondes électriques du cerveau, qui peut être relevée par un test en laboratoire spécialisé dans les troubles du sommeil. Le premier stade ou alpha constitue le niveau de sommeil le plus léger tandis que le quatrième ou delta, est le plus profond. Chez les fibromyalgiques, le sommeil delta est interrompu par un éclat d'ondes alpha. D'autres désordres du sommeil peuvent se déclarer avec une FM : l'apnée (respiration interrompue) et la myoclonie nocturne.

Troubles de l'humeur

On retrouve des antécédents de dépression dans 50 % à 70 % des cas de FM. En revanche, seulement de 18 % à 36 % des patients souffrent à la fois de FM et de dépression. Les symptômes de fatigue, de troubles du sommeil et de problèmes cognitifs sont communs aux deux maladies. Les comorbidités comme la céphalée, la fatigue chronique, le côlon irritable et le syndrome prémenstruel sont aussi fréquents dans les deux maladies. On parle de « spectre des syndromes dysfonctionnels » qui se chevauchent et ont des caractères communs [3]. La dépression est plus souvent liée avec la perte d'autonomie, entraînant un sentiment de culpabilité. On sait par ailleurs que si la psychopathologie n'explique pas à elle seule la cause du tableau, elle influence qui consultera et qui s'engagera dans le cercle vicieux de la douleur chronique.

Désordres cliniques associés

Syndrome des jambes impatientes, dysfonction cognitive avec troubles de l'attention et troubles de la mémoire, intolérance au froid, sécheresse oculaire, sensibilité à certains aliments, à certains médicaments et à certains allergènes...

Diagnostic

Diagnostic positif

Il s'agit donc d'un diagnostic clinique ne nécessitant aucun examen complémentaire : la FM a été définie selon l'ACR en 1990 par la présence de douleur musculaire diffuse (les 4 membres et le tronc), avec douleur à la pression digitale de 11 points sur 18 (points gâchettes siégeant sur les insertions tendineuses : Fig. 1). Cette symptomatologie clinique doit subsister plus de trois mois (Tableau II) [2].

Anomalies musculaires

- Diminution de la phosphocréatine et de l'adénosine triphosphate musculaire
- Diminution de la perméabilité capillaire

Anomalies du système nerveux central

- Anomalies du sommeil
- Trouble d'interprétation de la douleur

Neurohormones et amplification de la perception de la douleur

- Déficience en sérotonine
- Métabolisme anormal des endorphines
- Augmentation de la substance P du liquide céphalorachidien
- Déficience de l'hormone de croissance
- Diminution de la réponse adrénalienne
- Dysfonction de l'axe hypothalamo-hypophysaire

Troubles immunitaires

- Rôle des cytokines

Tableau II : Les mécanismes proposés dans la physiopathologie de la fibromyalgie.

Selon la description historique initiale, la pression appliquée doit être de 4 kilogrammes au point, soit assez pour faire blanchir l'ongle. Les sujets normaux tolèrent en moyenne 5,6 kg. Les critères de l'ACR sont des critères de classification et non de diagnostic : celui-ci reste basé sur les arguments cliniques déjà décrits plus hauts [4].

Diagnostic différentiel

La première étape est évidemment d'éliminer devant un tableau douloureux diffus, tout ce qui est différent de la FM par l'existence d'une structure anatomique précise. C'est le cas pour une polyarthrite débutante, une myosite, une affection neurologique périphérique ou centrale telle un syndrome extra-pyramidal débutant. Les principaux diagnostics différentiels sont les rhumatismes inflammatoires chroniques (essentiellement la polyarthrite rhumatoïde, le syndrome de Gougerot-Sjögren, les spondylarthropathies, le lupus et les myosites), l'ostéomalacie, l'hypothyroïdie, l'hyperparathyroïdie, le diabète phosphoré, la maladie de Parkinson ou une polyneuropathie. Le bilan souhaitable comprendrait donc une vitesse de sédimentation et une protéine C- réactive, un hémogramme, une calcémie, une phosphorémie, un ionogramme, la créatine phospho-kinase, la TSH, les anticorps anti-nucléaires et la sérologie rhumatoïde. La clinique reste cependant maîtresse puisque un rhumatisme inflammatoire chronique peut s'accompagner d'un bilan biologique strictement normal au début, de même qu'il est très fréquent d'observer l'association de la FM aux différents rhumatismes inflammatoires chroniques. Dans ce dernier cas, le danger est de croire à l'inefficacité des traitements et d'entrer dans une logique d'escalade de traitements très toxiques pour la plupart. Mais, s'il est nécessaire de rester vigilant quant à une pathologie organique, il faut éviter les investigations trop poussées, qui renforcent les attributions dysfonctionnelles et l'inquiétude du malade.

Diagnostic étiologique

Divers facteurs « étiologiques » peuvent être incriminés, qu'il est commode, quoique assez artificiel, de classer en *facteurs prédisposants, précipitants, et d'entretien* [5] :

- les facteurs prédisposants comprennent les expériences passées de maladies organiques et traumatismes psychologiques et les traits de personnalité, ainsi que les antécédents de

dépression (plus fréquents chez les asthéniques chroniques et les fibromyalgiques que la dépression actuelle) ;

- les facteurs précipitants peuvent être infectieux, traumatiques (par exemple, un traumatisme cervical inaugural est parfois retrouvé chez les fibromyalgiques), ou des facteurs de stress non spécifiques (événements de la vie tels les séparations : départ des enfants du foyer pour études ou mariage ou décès d'un conjoint par exemple, épuisement professionnel, etc...) ;
- parmi les facteurs d'entretien et de renforcement se placent des facteurs physiologiques (dont le rôle est important dans le cas de la FM) comme les troubles du sommeil et le déconditionnement musculaire, des facteurs psychologiques (démoralisation, perte de confiance, crainte de souffrir d'une maladie grave, croyances erronées sur les symptômes corporels), et des facteurs sociaux (statut social de malade comportant d'éventuels bénéfices secondaires, difficultés professionnelles, litiges avec les organismes sociaux) ;
- ces facteurs interagissent en cercles vicieux complexes qu'il faut essayer de dérouler. Par exemple, une infection virale chez un sujet vulnérable (stressé, en carence de sommeil, aux antécédents de maladie anxieuse) déclenche myalgies et fatigue. Le repos favorise le déconditionnement musculaire, et donc l'intolérance à l'exercice, la survenue de douleurs à l'effort, et des troubles du sommeil qui gênent la récupération. La persistance des symptômes entraîne une perte de confiance en soi, et des inquiétudes sur la maladie (particulièrement si des proches souffrent de maladies organiques graves), qui renforcent à leur tour la focalisation de l'attention sur le corps. Une démoralisation, voire une authentique dépression, peut s'installer, aggravant à son tour les préoccupations vis-à-vis des symptômes physiques, les troubles du sommeil, et la perception douloureuse. La découverte d'une anomalie radiologique ou biologique mineure, la discordance des avis médicaux reçus, la crainte d'être considéré comme un malade imaginaire et la revendication d'un statut de malade parachèvement, dans le pire des cas, cette « construction » dans laquelle les médecins, et en tout cas l'idéologie médicale (qui promeut dans la société la croyance que tout symptôme doit avoir une cause et que toute souffrance relève de la médecine) sont rarement innocents. Une telle approche des symptômes fonctionnels permet de personnaliser la prise en charge de chaque malade (au-delà de l'étiquette diagnostique), de fournir des explications réellement rassurantes, et d'ouvrir la porte à des changements positifs [5].

Physiopathologie

Plusieurs hypothèses sont évoquées pour tenter d'expliquer cette maladie, mais aucune n'apporte encore de réponse définitive (tableau II). Aucun de ces mécanismes ne fait l'unanimité et n'est encore prouvé par une méthodologie scientifique rigoureuse. On suggère présentement que la FM résulte d'interactions complexes entre des stressseurs externes, des construits comportementaux, des perturbations hormonales, des neurotransmetteurs et des systèmes sympathique et immunitaire. Il en résulte un abaissement du seuil douloureux et le syndrome polyalgique diffus caractéristique.

Certaines recherches récentes particulièrement intéressantes ont montré lorsqu'on compare la résonance magnétique cérébrale de personnes normales à celle de fibromyalgiques que l'on soumet à une pression du lit de l'ongle du pouce, on constate une réponse douloureuse à 2,4 kg/cm² pour les fibromyalgiques et une réponse à 4,2 kg/cm² pour le groupe témoin. L'activité cérébrale est aussi différente dans les deux groupes : chez les fibromyalgiques, elle augmente dans les régions somatosensorielles primaires, secondaires et d'association de même que dans l'insula, le putamen et le cervelet [6] Ce phénomène ne peut s'expliquer uniquement par des facteurs psychologiques. On a aussi démontré que les récepteurs delta et kappa sont exprimés de façon accrue dans la peau des fibromyalgiques, ce qui peut être secondaire à la douleur persistante. Les altérations du sommeil, de la sérotonine et de la substance P, de même que l'hypothèse d'une hyperexcitabilité de la corne postérieure médullaire, sont depuis longtemps connues [7] [8]. Il s'est ajouté récemment le rôle des cytokines (IL 1, IL 6 et IL 8) dans les interactions complexes impliquées dans la FM. D'autres études présentent des anomalies neuroendocrines avec une fonction anormale de l'axe hypothalamo-hypophysaire et surrénalien et de l'axe de l'hormone de croissance. Ces anomalies, comme celles du système nerveux autonome, pourraient expliquer les sensations de douleur, d'asthénie et de fatigue dont se plaignent ces patients [9].

Traitement

Bien qu'il ne soit pas curatif, un ensemble de mesures pharmacologiques et non pharmacologiques améliore l'état d'environ 80 % des patients. Les formes les plus graves auront besoin d'équipes multidisciplinaires et souvent d'aide psychiatrique et psychocomportementale [10].

Règles générales de prise en charge

La FM doit être prise en charge par un médecin qui y croit et qui a du temps à consacrer à ce genre de patients :

Il doit en effet poser un diagnostic certain et éduquer le patient sur les mécanismes, les interactions et les facteurs psychosociaux en cause dans cette maladie.

Il doit rassurer le patient sur la nature bénigne de la FM, lui dire qu'elle ne cause aucun dommage tissulaire, tout en reconnaissant que la douleur est réelle.

Il doit éviter les phrases du genre : « vous n'avez rien, tout est normal », « c'est dans la tête que ça se passe »...

Il doit diriger le patient dans une prise en charge active et précoce de sa maladie, et il est impératif d'éviter toutes les mesures qui encouragent la passivité et le rôle de victime.

Il doit individualiser l'approche selon la gravité des symptômes et les facteurs aggravants. Les problèmes mentaux doivent être reconnus, abordés puis traités et référés en spécialité si nécessaire sans « psychiatriser » l'affection. L'approche comportementale cognitive est recommandée. On vise une attitude positive et une responsabilisation du patient.

La gestion du sommeil est une étape essentielle : on commencera par les conseils d'hygiène d'abord puis on recourra aux moyens pharmacologiques en cas de besoin. L'activité physique allant vers l'aérobic doit être entreprise rapidement et de façon progressive : c'est la base même du traitement. On peut conseiller diverses modalités de gestion du stress comme la méditation ou le yoga.

Il faut par ailleurs décourager l'utilisation d'une canne, d'un fauteuil roulant ou d'autres aides à la mobilité qui n'ont pas leur place dans le traitement de la FM. De la même façon, il faut éviter l'arrêt de travail prolongé, qui centre le patient sur sa douleur, le prive d'une source importante de valorisation personnelle et sociale, engendre une perte de revenus pour lui et sa famille et le dirige souvent dans un processus de litige où le besoin de prouver qu'il est invalide va à l'encontre de la réadaptation souhaitée [11].

Les mesures pharmacologiques

Plusieurs médicaments qui agissent sur le système nerveux central sont utilisés dans le traitement de la FM. Les antidépresseurs sont la classe médicamenteuse qui a montré le plus d'efficacité dans cette affection. Ils sont utilisés à des doses moins importantes que dans la dépression maladie. Les principaux produits sont résumés avec leur dosage et leur effets et toxicités dans le tableau III.

Tableau III : Les agents pharmacologiques d'action centrale utilisés pour traiter la fibromyalgie.

	DCI	Noms commerciaux*	Dose quotidienne (mg)	Inhibiteur de la recapture		Effets secondaires	
				Sérotonine	Norépinéphrine	Anti-cholinergiques	Sédation
Agents tricycliques	Amitriptyline	Laroxyl	10 à 100	+++	+	+++++	++++
	Maprotiline	Ludiomil	25 à 100	+++	+	+++++	++++
	Imipramine	Tofranil	10 à 100	+++	++	++++	+++
	Clomipramine	Anafranil	10 à 100	+++	++	++++	+++
	Désipramine	Pertofran	10 à 100	++	+++++	++	+
ISRS	Fluoxétine	Prozac	10 à 60	++++	0	+	0
	Paroxétine	Deroxat	10 à 40	+++++	0	+	0

	Sertraline	Zoloft	25 à 50	++++	0	+	0
Antidépresseurs atypiques	Venlafaxine	Effexor	25 à 50	+++	+++	+	0
	Miansérine	Athymil	10 à 30	+++	+	+	+++

0 : aucun ; + : faible à +++++ : très élevé.

ISRS : Inhibiteur sélectif de recapture de la sérotonine.

* seules les spécialités princeps sont citées.

Les indications varieront avec l'effet recherché : on préférera un antidépresseur ayant une action sédatrice respectant les différentes phases du sommeil chez les patients présentant une mauvaise qualité du sommeil au premier plan (exemple : amytriptiline ou miansérine en prise unique au coucher). Par contre, on utilisera plus volontiers un inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine en cas de syndrome dépressif important (fluoxétine ou sertraline par exemple). Les tricycliques sont plus souvent efficaces que les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine, mais l'association des deux classes paraît avoir un effet additif partiel [12] [13]. Les effets secondaires de ces molécules sont fréquents chez ces malades, dont la caractéristique est d'avoir une tolérance médicamenteuse limitée. Les doses doivent être calculées au plus juste pour tenir compte de la nécessité de préserver une vie sociale. La difficulté de la prescription vient de la faible marge existant entre des doses efficaces mais pouvant entraîner un arrêt précoce pour intolérance ; et des doses insuffisantes, responsables de l'arrêt du traitement pour inefficacité.

Les antalgiques et les anti-inflammatoires non stéroïdiens, pourtant largement prescrits s'avèrent régulièrement peu ou pas efficaces. Les corticoïdes doivent être évités. Les anxiolytiques et les décontractants peuvent être utilisés pour de courtes durées. Il faut commencer par les anxiolytiques non benzodiazépiniques comme l'hydroxyzine (Atarax®) qui a un effet sédatif intéressant respectant les phases du sommeil et n'ayant pas d'effet d'accoutumance. Les opiacés doivent également être évités [14].

Les mesures non pharmacologiques

La physiothérapie antalgique est intéressante par son action sédatrice et décontractante musculaire permettant un soulagement temporaire. Plusieurs techniques peuvent être utilisées : application de chaleur, électrothérapie, vibrothérapie (ultrasons), massages doux. L'exercice musculaire et le reconditionnement à l'effort peuvent être intéressants s'il sont supportés. L'aquagym et la balnéothérapie peuvent être d'appoint au début. Les techniques de relaxation sont également très utiles dans la prise en charge de la FM.

On peut dire que 80 % des patients améliorent leur état grâce à l'ensemble des mesures pharmacologiques et non pharmacologiques simples. Les autres devront bénéficier d'une approche multidisciplinaire. Une prise en charge rapide et vigoureuse améliorera encore le pronostic de cette maladie, qui est meilleur qu'on ne l'avait cru en pratique de première ligne. Malheureusement, en l'absence de compréhension réelle de la physiopathologie de la FM, il n'existe pas encore de « médicament miracle » pour traiter définitivement cette affection. Il est néanmoins important de noter que le simple fait de poser un diagnostic sur les plaintes multiples de ces patients constitue un grand pas vers l'amélioration de leur état [15].

[1] Lawrence RC, Helmick CG, Arnett FC, Deyo RA, Felson DT, Giannini EH, et al. Estimate of the prevalence of arthritis and selected musculoskeletal disorders in the United States. *Arthritis Rheum* 1998 ; 41 : 778-99.

[2] Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia, Report of the multicenter criteria committee. *Arthritis Rheum* 1990 ;33 : 160-72.

[3] Cohen H, Neumann L, Haimon Y, Matar MA, Press J, Buskila D. Prevalence of post traumatic stress disorder in Fibromyalgia patients : overlapping syndromes or post traumatic fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum* 2002 ; 32:38-50.

[4] M.-F. Kahn. Les critères de la fibromyalgie. Une étude critique. *Revue du rhumatisme* 2003 ; 70 : 292-294

- [5] Cathébras P. La fibromyalgie : une affection psychosomatique ? Rev Rhum 2003 ; 70 :337-339
- [6] Kwiatek R, Barnden L, Tedman R, Jarrett R, Chew J, Row C, et al. Regional cerebral blood in fibromyalgia. Arthritis Rheum 2000 ; 43 : 2823-33.
- [7] Staud R, Vierck CJ, Cannon RL, Mauderli AP, Price DD. Abnormal sensitization and temporal summation of second pain (wind-up) in patients with fibromyalgia. Pain 2001 ; 91:165-75.
- [8] Staud R. Evidence of involvement of central neural mechanisms in generating fibromyalgia pain. Cur Rheumatol Rep 2002 ; 4 : 299-305.
- [9] Offenbaecher M, Bondy B, Dejonge S, Glatzeder K, Kruger M, Schoeps P, et al. Possible association of fibromyalgia with a polymorphism in the serotonin transporter regulatory region. Arthritis Rheum 1999 ;42:2482-8.
- [10] Bennett RM. Rationale management of fibromyalgia. Rheum Dis Clin N Am 2002 ;28:181-460. 294
- [11] Goldenberg DL. Rationale management of fibromyalgia. Rheum Dis Clin N Am 1996 ;22:219-410.
- [12] Carette S, Bell MJ, Reynolds WJ. Comparison of amitriptyline, cyclobenzaprine, and placebo in the treatment of fibromyalgia. A randomized double blind clinical trial. Arthritis Rheum 1994 ; 1 : 32-40.
- [13] O'Malley PG, Balden E, Tomkins G, Santoro J, Kroenke K, Jackson J. Treatment of fibromyalgia with antidepressants : a meta-analysis. J Gen Intern Med 2000 ; 15 : 659-66.
- [14] 15. Blotman F, Touchon J. Polyenthésopathies. In : Bardin T, Kuntz D, Eds. Thérapeutique rhumatologique. Flammarion : Paris ; 1995. p. 607-14.
- [15] Crofford LJ, Clauw DJ. Fibromyalgia, Where are we a decade after the American College of Rheumatology classification criteria were developed. Arthritis Rheum 2002 ; 46:1136-8.



 [Imprimer cet article](#)

Copyright Médecins Maîtres-Toile francophones
[Espace membres](#) - [Administration](#) - [Crédits](#)
