

FIBROMYALGIE ET MÉSOTHÉRAPIE

DU DIAGNOSTIC À LA PRISE EN CHARGE EN MÉSOTHÉRAPIE.

Docteur Philippe SALATO

INTRODUCTION ET GÉNÉRALITÉS

Longtemps ignorée, mal évaluée ou mal classifiée, la Fibromyalgie repose maintenant sur des approches diagnostiques et thérapeutiques beaucoup mieux définies. Aujourd'hui il ne vient plus à l'esprit des médecins de l'apparenter au Syndrome Dououreux Myofascial (SDM), situation qui fut parfois privilégiée par certains. Historiquement c'est Gower (1904) qui fait le premier la description de cette affection. Pendant de longues années, différentes terminologies seront proposées: Enthésopathie, Enthésiopathie, Syndrome Polyalgique Idiopathique Diffus (SPID)...

On admet classiquement qu'il s'agit donc:

- d'un rhumatisme abarticulaire diffus
- fait de douleurs musculo-squelettiques à prédominance axiale et rhizomélisque
- aggravées par des facteurs physiques et émotionnels
- accompagnées de troubles du sommeil, d'une asthénie et de points douloureux multiples, anatomiquement précis et non satellites d'une maladie inflammatoire systémique

Elle touche surtout des femmes jeunes de 20 à 45 ans et la durée des symptômes dure au delà d'un an, avec un arrêt le plus souvent après la soixantaine.

Les points douloureux caractéristiques se situent au niveau des zones d'insertions tendineuses.

Différentes hypothèses physiopathologiques ont été avancées mais actuellement on s'oriente vers une dysrégulation des systèmes de contrôle de la douleur. Le stress chronique et les actions neuroendocriniennes sont également cités. (Déficit en Sérotonine?).

C'est dans les années 90 que, grâce au travail sur le SDM du Dr Elizabeth NAUD, (Mémoire pour le Diplôme Universitaire de Mésothérapie de l'Université de Bordeaux) et également à celui du Dr Yannick HUTEAU, qui l'a mis en forme, et a développé un protocole de traitement en mésothérapie des Fibromyalgies, que nous autres, mésothérapeutes, sommes capables d'aborder ces patients avec une certaine réussite thérapeutique.

LES ELEMENTS DU DIAGNOSTIC

LES CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

La douleur

Il s'agit de douleurs diffuses chroniques, évoluant depuis plus de 3 mois, retrouvées selon une topographie prédéfinie. Elle a été parfaitement définie par l'Ameri-

can College of Rheumatology (ACR) en 1990 avec dix huit sites marqueurs (voir tableau ci-dessous).

Elles se caractérisent par une perception accrue, avec des douleurs réparties de manière diffuse, sur le squelette axial, l'hémicorps droit et gauche et sur les parties supérieures et inférieures. Le diagnostic est confirmé si la palpation d'au moins 11 points sur 18 entraîne la perception d'une douleur.

Critères de la fibromyalgie.
American College of Rheumatology

Douleur diffuse	Douleur à la palpation sur 11 des 18 points sensibles suivants
Définition	
La douleur est considérée comme diffuse quand elle existe simultanément : - du côté gauche - du côté droit - au-dessus de la taille - au-dessous de la taille - dans la région axiale (cervicale, thoracique ou lombaire)	Sous occipitaux
	Cervicaux bas : face antérieure des espaces inter transversaires de C5-C7
	Trapèzes : au milieu du bord supérieur
	Sus épineux : au-dessus de l'épine de l'omoplate près de son bord interne
	Deuxième côte : à la jonction chondrocostale, au bord supérieur, un peu en dehors
	Epicondyle : à 2 cm au-dessus
	Fessiers : quadrant supéro-externe de la fesse
	Grand trochanter : à son bord postérieur
	Genou : sur le coussinet adipeux de la face interne, au-dessus de l'interligne articulaire
	* La palpation digitale doit s'exercer avec une force d'environ 4 kg. Pour qu'un point sensible soit considéré comme positif, la personne examinée doit déclarer la palpation douloureuse.

Les signes d'accompagnement:

Ils sont essentiels au diagnostic tant par leur présence que par leur diversité. On retrouve de nombreux symptômes associés à la douleur, en particulier:

- Des troubles du sommeil avec impression de sommeil non réparateur
- Une fatigabilité nette
- Des raideurs matinales
- Un syndrome du colon irritable
- Céphalées cervicogéniques ou véritables migraines
- Palpitation
- Cystalgies à urine claire
- Troubles de la vue, vertiges ou malaises.

Ces troubles, souvent associés aboutissent à une véritable incapacité fonctionnelle aboutissant souvent à une décision de mise en invalidité.

LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES:

La Fibromyalgie est un syndrome regroupant un nombre

élevé de symptômes, non spécifiques et pouvant correspondre à beaucoup d'autres affections:

Rhumatologiques: PR, SPA, maladies systémiques tel Lupus, PPR, Sd de Gougerot-Sjögren

Dysthyroïdie

Maladies neurologiques: SEP, Myasthénie, Myopathies héréditaires

Maladies psychiatriques: les dépressions

Certaines affections virales: infections chroniques aux virus de l'hépatite ou au VIH, ou dans les formes débütantes, les infections par CMV ou Parvovirus B19

En faire le diagnostic revient donc en grande partie, à éliminer ces autres diagnostics. Pour cela on n'hésitera pas à s'entourer si nécessaire, des avis spécialisés compétents, des examens d'imagerie potentiellement utiles et d'un bilan biologique assez complet.

On réalisera classiquement:

NFS, VS ou CRP

Fer sérique et Ferritine

Latex – Waaler Rose

Anticorps antinucléaires

Enzymes musculaires

Bilan hépatique

Ionogramme, Urée et Créatinine

bilan phosphocalcique complet avec dosage de la Vitamine D

Bilan thyroïdien

Sérologies Hépatites, Hiv

Dans le cas présent, tous les éléments tant biologiques que radiographiques sont normaux.

LES TRAITEMENTS CLASSIQUES

LES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX

Les antalgiques classiques sont souvent proposés mais jusqu'à présent ils n'ont pas fait la preuve d'une efficacité sur le long terme. On privilégie actuellement l'association Tramadol / Paracétamol car il améliore de manière significative la douleur de la Fibromyalgie.

AINS comme Corticoïdes par voie générale n'ont pas apporté d'amélioration. Les morphiniques ne font pas également partie de la thérapeutique de la maladie.

Les antidépresseurs tricycliques et en particulier l'Amitriptyline se sont révélés utiles de même que certains inhibiteurs de la recapture de la Sérotonine, en particulier la Fluoxétine et plus récemment la Duloxétine (Cymbalta®). La Prégabaline (Lyrica®) a montré également une bonne efficacité sur la douleur, le sommeil et la fatigue.

D'autres traitements ont été essayés avec des résultats relatifs et n'ont pas été retenus à ce jour par l'EULAR (2007): on peut citer l'hormone de croissance ou la calcitonine.

LES TRAITEMENTS NON MÉDICAMENTEUX

De nombreux programmes comportant, un reconditionnement physique, l'apprentissage de techniques de relaxation, de gestion du stress, des ap-

proches cognitives et comportementales de leur maladie, ont apporté un soulagement accompagné d'une amélioration fonctionnelle certaine. Mais les études en cause mettaient en avant des patients volontaires. Néanmoins tout concorde à prouver l'intérêt majeur d'une approche multidisciplinaire avec prépondérance du réentrainement physique soutenu et maintenu dans le temps.

LA MÉSOTHÉRAPIE

MATÉRIEL UTILISÉ

Seringues trois corps, stériles à usage unique de 5 ou 10 cc, associées à des aiguilles: 27 ou 30G 1/6 (4 mm/0,4 ou 4 mm/0,3) pour le nappage et 30G / 1/2 (13/0.3) pour le traitement des points les plus sensibles, la profondeur d'injection de ces points étant variable selon le site à traiter.

Ce matériel peut être également remplacé par le Kit Mixte®, qui regroupe tous les éléments déjà cités.

Mésothérapie manuelle ou assistée, selon l'habitude du praticien mais toujours en technique mixte. On pratiquera une désinfection soigneuse en deux temps avec de préférence de la Biseptine®, et le geste sera pratiqué avec des gants d'examen.

PRODUITS UTILISÉS

Les molécules le plus souvent utilisées sont maintenant:

Lidocaïne

Thiocolchicoside

Calcitonines

Magnésium

Clonazépam maintenant à distribution restreinte et remplacé par le Diazépam

Amitriptyline

LES PROTOCOLES DE TRAITEMENT PAR MÉSOTHÉRAPIE.

Au niveau des zones d'insertions douloureuses

On pratiquera des injections en IDP avec une aiguille de 30G / 1/2 (13 mm /0, 3) mais variant les profondeurs d'injection suivant les sites d'injection. Le traitement sera orienté vers l'unité de compétence neurologique (UcN), et l'action décontracturante.

Lidocaïne 1% = 3 cc

Calcitonine 100 U = 1 cc

Clonazépam ou Diazépam = 1 cc

La présence d'une hyperalgie locale peut justifier de ne pas pratiquer alors d'IDP et de préférer réaliser un nappage localisé en IDS.

Au niveau des zones musculaires

On réalisera un nappage en IDS, de manière symétrique sur toutes les zones sensibles, les ceintures scapulaires et abdominales, les zones paravertébrales, les projections des acromio-claviculaires épicondyles et épitro-

La revue de Mésothérapie

chlées, faces palmaires des poignets, épines iliaques les pattes d'oies et les chevilles.

On y ajoutera la poncture en IDP des plexus nerveux (Thoracique et Solaire en particulier).

Le mélange proposé sera:

Magnésium = 2 cc
Amitriptyline = 1 cc

FRÉQUENCE DES SÉANCES

Classiquement on pratiquera des séances à J0, J15 et J30 avec évaluation à J60. Ensuite on adaptera le rythme en fonction des résultats.

TRAITEMENT ASSOCIÉS: LES MESURES CORRECTIVES

Le traitement de la Fibromyalgie ne doit pas négliger les mesures correctives et d'accompagnement. Il s'agit en effet d'une prise en charge globale, visant à rassurer le patient auquel jusqu'à présent «rien n'a été trouvé» et qui espère être soulagé.

Ces mesures d'accompagnement comprennent:

- D'une part un programme de rééducation physique adapté, fait d'exercices musculaires modérés et d'étirements à pratiquer chez soi ou avec un Kinésithérapeute.- Une physiothérapie douce, notamment la simple utilisation au domicile de l'eau chaude (douche ou bain).

- La prise en charge thérapeutique des facteurs psychologiques, l'état anxio dépressif sous jacent étant très fréquemment associé. Ceci peut passer par l'utilisation de l'Amitriptyline à faible dose ou de la Duloxétine, mais aussi sans oublier l'intérêt majeur de la relaxation et du soutien psychothérapeutique.- Il ne faudra jamais perdre de vue la fréquence des échappements thérapeutiques ce qui souligne bien la nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire, ou la mésothérapie ne peut postuler qu'à un rôle adjuvant mais nettement bénéfique.

CONCLUSION

La Fibromyalgie présente pour les praticiens de nombreuses difficultés de prise en charge. Nous nous devons d'en évoquer rapidement le diagnostic grâce à l'utilisation de critères diagnostiques aujourd'hui universels afin de gagner en efficacité.

Devant cette difficulté thérapeutique, l'absence de traitement de référence, la mésothérapie efficace et facile à mettre en œuvre représente un traitement de choix de

cette affection, au sein d'une prise en charge globale, multidisciplinaire.

Mais comme dans beaucoup de domaines, nous manquons aujourd'hui d'essais cliniques pour nous permettre de valider nos démarches et de progresser dans notre offre de soins.

BIBLIOGRAPHIE:

- ROMANO T.J, Fibromyalgia syndrome in other rheumatic conditions. *Lyon Med Medical* 1996; 32: 2143-2746
- MREJEN D., La Mésothérapie ponctuelle systématisée. *Ed Medifusion*, 1987
- WOLFE F., SMYTHE H.A., YUNUS M.B. et ALL; The American College Of Rheumatology 1990. Criteria for the classification of fibromyalgia: report of the multicenter criteria committee. *Arthritis Rheum* 1990; 33: 160-172
- NICOLLET M. La Fibromyalgie et les syndromes apparentés, *FNAF*, 28, grande rue St Nicolas
- EISINGER J., GEOFFROY M., PLANTAMURA A., ZAKARIAN H., AYAROV T., Métabolisme énergétique et statut antioxydant au cours des myalgies. *Lyon Med Medical* 1996; 32: 2771-2774
- EISINGER J., DUPORT J.L., COZZONE P.J., Anomalie de la glycolyse au cours des Fibromyalgies, étude biologique et thérapeutique. *Lyon Med Medical* 1996 ; 32 : 2181-2181
- SCHRODER H.D., HAGBERG M., BENGTTSSON A., ANDREASEN A. Muscle biopsy in Fibromyalgia. *J Musculoske Pain* 1993; 1 (3-4): 165-169
- LINDMAR R., HAGBERG M. BENGTTSSON A., HENRIKSSON K.G., THORNELL L.E. Changes in trapezius muscle structure in fibromyalgia and chronic trapezius myalgia. *J Musculoske Pain* 1993; 1 (3-4): 171-176
- RUSSEL I.J., Neuropeptides in the pathogenesis of fibromyalgia syndrome. *Lyon Med Medical* 1996; 32: 2158-2163.
- CLAUWD D.J., Non musculoskeletal features of fibromyalgia. *Lyon Med Medical* 1996; 32: 2164-2166
- KANG Y.X., RUSSEL I.J., ACWORTH I.N., VIRAIIO G.A., Low urinary 5 - hydroxyindole acetic acid in fibromyalgia syndrome. Evidence of a serotonin deficiency pathogenesis. *Lyon Med Medical* 1998; 34: 14-21
- HENRIKSSON K.G., Pathogenesis of fibromyalgia. *J Musculoske Pain* 1993; 1 (3-4): 3-7
- DUPONT J.L., WAZIÈRES de B., DESMURS R., GIL H., Fibromyalgie: une spirale pathogène complexe qui aboutit au muscle. Intérêt des bêta mimétiques?, *Lyon Med Medical* 1996; 32(516): 2197- 2199.
- BENNETT R.M., The origin of Myopain and integrated hypothesis of focal muscle changes and sleep disturbance in patients with fibromyalgia syndrome. *J of Muscul Pain* 1993; 1 (3-4): 95-112
- PISTOR M., Mésothérapie Pratique. *Ed Masson*, Paris, 1998