

La Fibromyalgie



SOMMAIRE

SOMMAIRE	PAG. 1
LA FIBROMYALGIE : UNE MALADIE OUBLIÉE ET POURTANT RECONNUE Pr. Jean Robert Rapin - Professeur de Pharmacologie Clinique Expert Toxicologue - Pharmacologue Université de Bourgogne	PAG. 2
LA FIBROMYALGIE Dr. David Alimi. Neurophysiologiste, Auriculothérapeute, Consultant au Centre de la Douleur de l'Institut Gustave Roussy à Villejuif, Directeur d'Enseignement du DIU d'Auriculothérapie à l'Université Paris 13.	PAG. 3
FIBROMYALGIE Dr. Yves Le Guenedal - Médecin Généraliste	PAG. 5
GÉNÉRALITÉS SUR LA FIBROMYALGIE Dr. Philippe Tournesac - Médecin Nutritionniste	PAG. 6
PERSPECTIVES DIAGNOSTICS Fondées sur l'hypothèse la plus vraisemblable physiopathologique de la fibromyalgie. Dr. Robert Nataf - Médecin Biologiste - Laboratoire Philippe Auguste à Paris	PAG. 8

LA FIBROMYALGIE : UNE MALADIE OUBLIÉE ET POURTANT RECONNUE

Pr. Jean Robert Rapin - Professeur de Pharmacologie Clinique Expert Toxicologue - Pharmacologue
Université de Bourgogne

Vous avez dit : Fibromyalgie ?

De nombreux médecins, en ville et à l'hôpital, ne connaissent pas la Fibromyalgie, ou si ils connaissent le terme, parlent de pathologie fonctionnelle « tout est dans la tête ». Pourtant cette maladie est officiellement reconnue et définie très précisément dans le cadre de la rhumatologie.

La Fibromyalgie désigne une douleur provenant des tissus fibreux des muscles, des tendons, des ligaments et d'autres tissus conjonctifs. Le point commun de tous ces tissus est la faible vascularisation et par conséquent des apports en nutriments et en micro-nutriments souvent limités.

Il n'y a pas d'anomalie histologique spécifique et aucune inflammation n'est observée, ce qui explique l'absence d'effet des anti-inflammatoires.

La Fibromyalgie est souvent primaire sans autre pathologie et parfois concomitante à une autre affection co-localisée en rapport à un surmenage ou à des microtraumatismes. La Fibromyalgie : une maladie héréditaire ?

Tous les tissus fibreux peuvent être le siège de douleurs, mais ce sont les tissus du cou, des épaules, du thorax, de l'occiput, des lombes et des cuisses qui sont le plus touchés. Ces pathologies s'observent surtout chez la Femme et uniquement sur un terrain spasmophile d'où la notion du caractère héréditaire : il existe des femmes fibromyalgiques de mère en fille.

Cependant, la notion de terrain est discutable et pourrait être liée à l'environnement et à la nutrition des personnes y compris pendant les périodes de gestation.

De plus, tous les spasmophiles ne développent pas de Fibromyalgie, ce qui laisse la place à un facteur surajouté. Ce facteur peut être d'ordre physique (traumatisme, exposition au froid, à l'humidité..), d'ordre moral (anxiété, dépression, hyperactivité, contrainte mentale) ou encore lié à une atteinte bactérienne ou virale. Par conséquent, la Fibromyalgie survient chez des jeunes femmes spasmophiles qui sont stressées, anxieuses, déprimées et hyperactives. Chez le sujet âgé, en majorité cette fois-ci chez des hommes, la Fibromyalgie est généralement associée à une arthrose vertébrale mineure (secondaire au travail ou aux sports) qui ne devrait pas entraîner de douleurs.

La Fibromyalgie : traitement par la médecine intégrative.

En dehors de la médecine symptomatique qui préconise avec un certain succès l'utilisation d'antidépresseurs sédatifs, la Fibromyalgie est l'exemple type d'une pathologie qui doit être prise en charge d'une manière globale. En effet, il s'agit d'un patient spasmophile avec un risque aggravé comme le manque de sommeil, l'hyper stress, l'anxiété etc... De plus, il existe de nombreuses carences alimentaires qui sont à l'origine d'une altération de la microcirculation au niveau des tissus fibreux. Enfin, il faut rechercher une méthode pour supprimer la douleur qui est à l'origine de la consultation en sachant que les antalgiques et les anti-inflammatoires sont inactifs.

Du point de vue nutrition, il faut insister sur:

- un apport protéique suffisant, surtout en arginine qui est l'acide aminé précurseur du monoxyde d'azote, le vasodilatateur physiologique de la microcirculation.
- un apport en acide gras oméga 3 (acide alpha linoléique, EPA et DHA) sous forme de compléments alimentaires, afin d'assurer une meilleure déformabilité des hématies et par conséquent une meilleure oxygénation des tissus.
- un apport en iode et en taurine par la prise de poissons (ou de crustacés) de mer au moins trois fois par semaine (si non remplacer par des compléments alimentaires).
- un apport en fer.
- un apport en magnésium (il s'agit de spasmophiles), vitamines du groupe B (B1, B6, B9 et B12) et vitamines liposolubles (D et A).

Du point de vue comportemental, il faut gérer le stress par tous les moyens médicaux et psychologiques (Musico-thérapie, Yoga...). Enfin, il faut supprimer la douleur, qui est une douleur des voies de conduction et qui par conséquent répond aux méthodes d'acupuncture de mésothérapie, d'auriculothérapie etc. La Fibromyalgie bien prise en compte par le médecin est lentement mais sûrement soignée alors qu'elle est aggravée si celui-ci n'accorde pas suffisamment d'attention à la plainte du malade.

LA FIBROMYALGIE

Dr. David Alimi - Neurophysiologiste - Auriculothérapeute - Consultant au Centre de la Douleur de l'Institut Gustave Roussy à Villejuif - Directeur d'Enseignement du DIU d'Auriculothérapie à l'Université Paris 13.

Le siècle médical actuel connaît une véritable révolution : les avancées dans la recherche en pathologie expérimentale, en génétique, en neuro imagerie, en biotechnologies ont totalement transformé le visage de la médecine contemporaine.

Les maladies rares ou orphelines sortent de leur ombre et comptent désormais dans le catalogue des affections humaines. Les autorités de tutelle leurs accordent une importance grandissante, à juste titre. Les chercheurs sont de plus en plus nombreux à s'intéresser à des protocoles cherchant à élucider la physiopathologie de ces maladies ou syndromes rares ou émergents.

Dans cet esprit, la **Fibromyalgie** devient une préoccupation pour le monde médical, les associations de patients jouant de plus en plus le rôle d'aiguillon.

Qu'est-ce que la fibromyalgie ? Nous ne le savons pas exactement. A la lumière des connaissances actuelles, seules des hypothèses circulent : elles tentent de rendre compte des symptômes.

Ces derniers sont assez ubiquitaires mais avec toujours un pivot central : la douleur musculaire. Chronique, elle épargne les os et les articulations, et est accompagnée de nombreuses plaintes : troubles du sommeil, fatigue, syndromes anxio-dépressifs. Cette douleur possède les caractéristiques des douleurs neuropathiques : hyperalgésie et allodynie. De ce fait certains pensent que la fibromyalgie serait une allodynie diffuse à composante cognitivo-comportementale intriquée : les difficultés existentielles, affectives, émotionnelles s'injecteraient, en le déprimant, dans le système de contrôle de la douleur dont on sait, par ailleurs ses connexions étroites avec le système limbique.

L'extrême variabilité générale des expressions douloureuses se retrouvent dans les symptômes fibromyalgiques: les anxieux et déprimés souffrent plus que les normothymiques, les femmes plus que les hommes et les sujets à comportements risqués plus que les « tranquilles ».

Ces constatations renforcent « l'hypothèse centrale » : défaut du contrôle inhibiteur descendant ?

Dysfonctionnement des opioïdes centraux ? Hyperexcitabilité des centres intégrateurs de la douleur ? Il a, à ce propos, été noté une augmentation dans le LCR de la substance p, qui est un des neurotransmetteurs métamériques de la douleur.

Quoi qu'il en soit, les fibromyalgiques, du fait de leurs douleurs quasi permanentes, souffrent aussi de troubles du sommeil et de dépression, avec un sentiment de peur et d'anxiété mêlées, un peu comme dans le syndrome de stress post-traumatique.

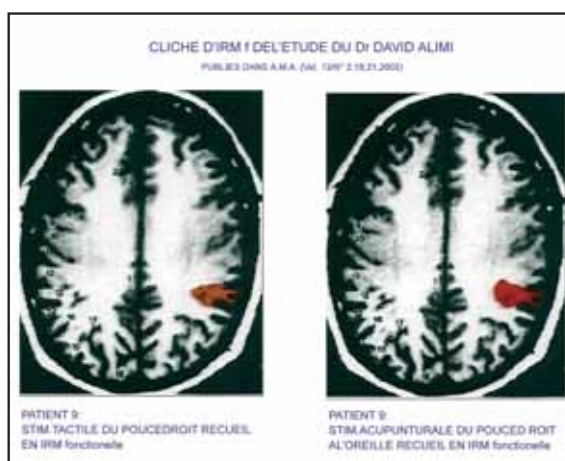
La prévalence de cette maladie n'est pas négligeable : 2,5 à 4 % de la population générale selon les pays (études WOLFE en 1995 aux Etats-Unis, WHITEKP en 1999 au Canada) et 5 % des patients d'un cabinet de médecine générale. L'impact professionnel n'est non plus pas négligeable : réduction d'environ 50 % du rendement professionnel !

Devant cette problématique médicale, la réponse thérapeutique n'est pas évidente : pas de médicament unique, comorbidités, etc.

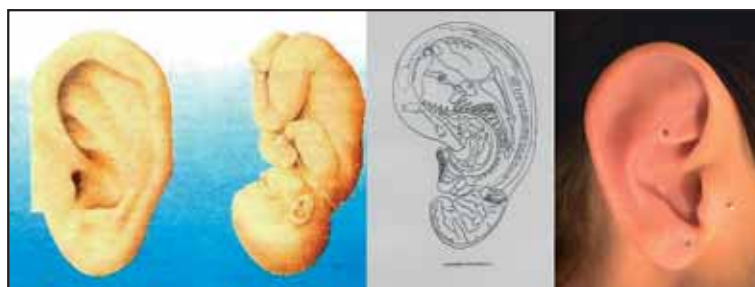
On associe le plus souvent les médicaments à la physiothérapie et à la psychothérapie. Mais la difficulté persiste du fait de l'absence de connaissance des mécanismes physiopathologiques. En effet les AINS et les antalgiques seuls sont inefficaces : il faut les associer aux anxiolytiques. La composante dépressive exige la prescription d'antidépresseurs surtout ceux à action mixte : inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline. Les antiépileptiques et les antiparkinsoniens peuvent s'avérer utiles dans certains cas.

Mais cette débauche de prescription va confiner le patient dans la spirale des effets secondaires qui vont majorer le syndrome de souffrance (toute douleur qui dure plus de 6 ou 7 mois devient souffrance) des fibromyalgiques.

Dans cette optique, l'AURICULOTHERAPIE apporte une aide complémentaire non négligeable, non iatrogène et économique. Remontant à la nuit des temps, l'auriculothérapie, validée par l'OMS en juin 1987 et novembre 1990, validée par la neuroimagerie moderne (IRM fonctionnelle), évaluée par de nombreuses études contrôlées randomisées, permet de proposer aux patients une thérapeutique synoptique prenant en charge toutes les dimensions pathogéniques de la fibromyalgie : douleur, souffrance, insomnie, anxiodépression.



Cette acupuncture de l'oreille est une réflexothérapie à effet immédiat ou retardé, qui exploite l'organisation somatotopique des fileries médullo-cérébrales, génétiquement et embryologiquement constituée.



Chaque pavillon d'oreille recèle une représentation du corps entier, à l'image du fœtus in utero, et identique à la représentation cérébrale correspondante.

Elle consiste à piquer les pavillons d'oreilles avec de minuscules aiguilles stériles à usage unique, qui tomberont d'elles même une fois que le message vers le cerveau correspondant est passé.

3 traitements initiaux à 1 mois d'intervalle sont nécessaires puis des rappels tous les 2 ou 3 mois sont, en général suffisant pour aider les patients fibromyalgiques à contenir les vagues déferlantes de leur maladie.

Elle ne représente pas une panacée, mais associée à la pharmacothérapie qu'elle permet de réduire, ou quelques fois seule, elle a sa place dans l'arsenal thérapeutique moderne, pour relever le défi d'une des affections douloureuses les plus énigmatiques.

FIBROMYALGIE

Dr. Yves Le Guenedal - Médecin Généraliste

Encore une entité comme la spasmophilie qui a du mal à délivrer ses secrets aux esprits les plus cartésiens. Elle se laisse difficilement enfermer dans une définition qui pourrait facilement et logiquement déboucher sur une action salvatrice. Mais il faut bien un petit début de construction et en 1990, l'American Collège of Rhumatology l'a définie par la présence de douleurs diffuses à prédominance axiale évoluant depuis plus de 3 mois associées à de nombreux points douloureux à la pression. Dix-huit points ont été retenus et il suffirait d'en avoir onze douloureux pour entrer dans la définition. En fait, on est en face d'une maladie multifactorielle dont la douleur est au premier plan et qui s'accompagne, selon chaque patient, d'un cortège d'autres symptômes : asthénie, état dépressif, irritabilité, maux de ventre, migraine pour ne citer que les plus fréquents. Il y a autant de fibromyalgies qu'il y a de fibromyalgiques. Comme l'allopathie y est ici moins souveraine que dans d'autres affections, cela explique que 90% de ces patients font appel à des médecines alternatives ou complémentaires (panorama du médecin du 30 octobre 2006). Cette affection nécessitant les interventions successives ou simultanées de thérapeutiques différentes est une véritable aubaine pour le médecin intégratif.

L'intensité de la douleur (parfois aussi importante que dans la polyarthrite rhumatoïde) et souvent la fatigue intense qui s'y associe, entraîne une réduction des activités sociales et professionnelles souvent quasi totales (un patient sur deux cesse de travailler). C'est une catastrophe supplémentaire pour ces patients. On retrouve souvent, comme facteurs déclenchants, des traumatismes physiques ou psychiques. Pour la thérapeutique classique : les antalgiques, surtout de niveau deux, les anti-dépresseurs (inhibiteurs de la recapture de la sérotonine les anticonvulsivants comme le clonazépam ou la gababentine apportent leur lot d'amélioration. On pourra avoir recours à la relaxation et aux psychothérapies. La kinésithérapie peut être nécessaire. Après avoir diminué la douleur, et cela me semble capital, un vrai coaching de reprise d'activité physique doit être mis en œuvre. Par les progrès, chaque jour réalisés, il va donner à nouveau confiance et faciliter la réinsertion.

Parmi les médecines alternatives ou complémentaires, la micronutrition, l'ostéopathie, l'acupuncture et l'homéopathie permettent aussi des progrès substantiels. Cette liste n'est pas exhaustive. Dans cet article je ferai une mention spéciale pour la méthode NAET, pour sa nouveauté et l'importance des améliorations qu'on pu ressentir la majorité des patientes traitées. Cette technique mise au point par un médecin américain, d'origine indienne, le docteur Nambudripad, permet de diminuer, voire de supprimer des intolérances environnementales, qu'elles soient d'origine alimentaires, respiratoires ou autres. Elle part du principe que nous avons un corps physique et électro-magnétique et qu'il en va de même pour les éléments de notre environnement. Si la rencontre entre vous et un de ces éléments est perturbante, elle va provoquer un ralentissement énergétique dans un ou plusieurs des méridiens d'acupuncture. Or comme le savent les acupuncteurs c'est le prélude à un état pathologique. Le traitement va consister à accélérer la circulation énergétique dans les méridiens par un traitement acupunctural. Pendant les soins le patient reste en contact pendant une quinzaine de minutes avec la substance perturbante. C'est en fait un processus d'accoutumance, par la confrontation à l'objet perturbant, qui est mis en action.

On peut voir ensuite très rapidement s'amender les symptômes qui étaient en rapport avec la rencontre du produit en cause.

Il est intéressant de faire le parallèle avec les techniques d'exposition utilisées en thérapies comportementales et cognitives.

En diminuant ou annulant l'intolérance à un produit alimentaire on améliore son assimilation. Ce qui est une explication partielle des améliorations obtenues dans plusieurs affections.

En conclusion, sur les fibromyalgies et toutes thérapeutiques confondues, on obtient à ce jour des améliorations qui peuvent être très appréciables mais les guérisons sont encore peu fréquentes.

GÉNÉRALITÉS SUR LA FIBROMYALGIE

Dr. Philippe Tournesac - Médecin Nutritionniste

Le concept de «fibrositis», correspondant à un état douloureux chronique, proposé par Gowers en 1904, est resté longtemps très discuté et considéré comme la simple traduction d'un désordre psychologique. Après avoir été une affection rhumatologique puis neurologique on s'oriente aujourd'hui vers un dysfonctionnement neuro-immuno-endocrinologique d'un terrain prédisposé que l'on peut qualifier d'hypermensible ou terrain spasmophile.

Le syndrome polyalgique idiopathique diffus ou SPID, le syndrome de tension musculaire allergique et bien d'autres termes ont été inventés pour étiqueter cette curieuse maladie. Le terme fibromyalgie apparaît pour la première fois en 1976 dans une publication de P.K. Hench. Il est impossible de déterminer s'il existait des personnes souffrant de fibromyalgie avant le vingtième siècle, certains retrouvent une partie de sa description dans le conte d'Andersen : la princesse au petit pois.

Après plusieurs définitions japonaises, françaises ou américaines un consensus s'est établi autour des critères fixés en 1990 par l'American College of Rheumatology (ACR) : Douleurs spontanées diffuses bilatérales à prédominance axiale, évoluant depuis plus de 3 mois, associées à un minimum de 11 points douloureux provoqués sur 18 (cf. schéma).

En 1992, cette définition est présentée lors de la déclaration consensuelle de Copenhague et l'organisation mondiale de la santé (OMS) reconnaît la fibromyalgie, on l'incorpore dans la dixième révision de la classification internationale des maladies (CIM) au chapitre du groupe des maladies non articulaires rhumatismales de cause inconnue sous le code alphanumérique M79-0.

Malgré les nombreuses descriptions cliniques effectuées depuis plus de cent ans on assiste encore à des débats sans fin entre les partisans de l'existence des fibromyalgies et les adversaires à la création d'une nouvelle entité nosologique. Cette définition symptomatique sans physiopathologie précisée a rendu et rend encore sa reconnaissance très difficile. On estime que 2% de la population américaine et 350 000 personnes en France souffrent de fibromyalgie.

Ce syndrome touche plus les femmes que les hommes les chiffres sont très variables allant d'une affection presque exclusivement féminine à une répartition de 2 femmes pour un homme.

Ce sont des douleurs d'évolution chronique localisées en de nombreuses régions de l'appareil musculo-squelettique et, notamment, les muscles, les ligaments, les insertions tendineuses et certaines protubérances osseuses. Les douleurs prédominent souvent au niveau des ceintures scapulaire et pelvienne mais elles peuvent aussi être localisées dans toutes zones de l'organisme. Elles sont exacerbées par la pression locale et influencées par toute une série de facteurs dont : la température et l'humidité ambiantes, les modifications de l'humeur et l'activité physique. Le plus souvent considérée comme bénigne on estime aujourd'hui qu'elle débouche sur autant d'invalidité que la polyarthrite rhumatoïde. A la douleur s'associent le plus souvent des troubles du sommeil, une fatigue matinale, des céphalées, des migraines, mais aussi une intolérance au froid ou à la chaleur, des fourmillements des extrémités, des extrémités refroidies, un syndrome de Raynaud, une hypotension orthostatique et, également, un côlon irritable, une vessie irritable, des troubles temporo-axillaires, des troubles orthoptiques.

Les troubles du sommeil consistent essentiellement en un sommeil non réparateur, fragmenté de nombreux réveils. Sur l'EEG, il existe des perturbations du sommeil lent profond avec intrusion d'ondes alpha rapides au milieu d'ondes delta lentes.

La fatigue est une plainte majeure. Les gestes de la vie courante, la station debout sont pénibles. Elle existe depuis plus de six mois. C'est une fatigabilité à l'effort, ne cédant pas au repos. On remarque qu'elle ne s'accompagne pas de perte de l'élan vital : il persiste une envie de profiter des plaisirs de la vie, d'entreprendre, mais gênée par l'asthénie.

Comme c'est trop souvent le cas, les incertitudes concernant le ou les mécanismes physiopathologiques, freinent la compréhension et par conséquent l'acceptation de cette maladie. Personne ne peut nier l'existence de personnes souffrant de façon chronique et diffuse, n'appartenant à aucun groupe de maladie « traditionnelle ». L'invalidité et la gêne fonctionnelle sont aussi importantes que celles occasionnées par une polyarthrite rhumatoïde.

Beaucoup en font encore une maladie psychiatrique hystérisée ou forme clinique de dépression masquée. Pourtant de nombreux travaux ont prouvés que ces hypothèses n'étaient pas fondées. Il n'existe pas plus de troubles névrotiques chez ces personnes que dans le reste de la population. Les médicaments psychotropes ont d'ailleurs peu ou pas d'action sur les douleurs ressenties même s'ils permettent d'améliorer le sommeil ou la souffrance psychologique consécutive à cet état. Certains patients souffrent de dépression cela est dû le plus souvent à une absence de prise en charge médicale et sociale de leur état associé au refus de la reconnaissance des douleurs et du handicap.

Bien que classée en 1992 comme maladie rhumatismale les « anti-fibromyalgie » demeurent actifs en particulier au niveau des compagnies d'assurance et des médecins inspecteurs de la sécurité sociale. Il leur est difficile d'accepter une catégorie de patient confronté à une invalidité importante sans qu'il soit possible de trouver un signe objectif, consensuel, biologique ou somatique. Il est plus facile de nier la maladie et de refuser les prestations auxquelles ont droit ces personnes.

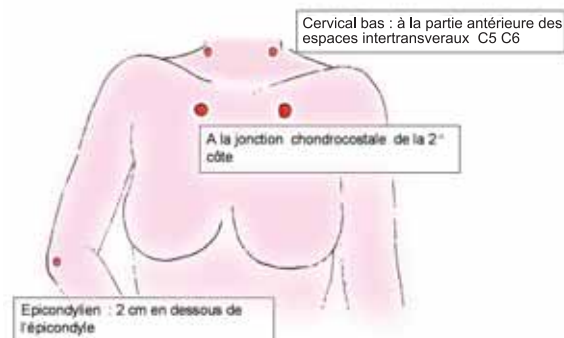
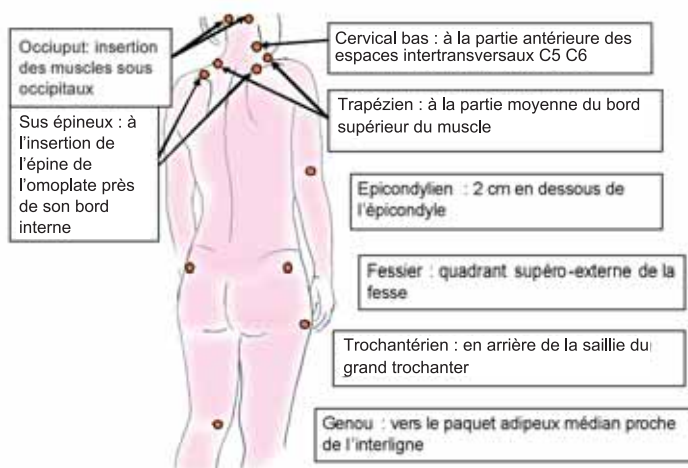
Pour comprendre cette maladie il faut remonter le temps et l'histoire du patient. Toutes les personnes concernées présentent un terrain spasmophile, cette entité définie par un questionnaire précis validé par les associations spasmophilie et sérénité et par l'association de recherche sur les troubles neurofonctionnels et la spasmophilie est très répandue dans la population. Fort heureusement les millions de personnes concernées par le terrain spasmophile ne développeront pas un jour une fibromyalgie. L'identification de ce terrain hypersensible avec décompensation dans une forme douloureuse intense chronique et généralisée est multifactorielle. Pour comprendre la physiopathologie il suffit de reprendre l'origine des maladies en général c'est-à-dire une surcharge d'agressions tant physiques que psychologiques.

Le diagnostic est d'emblée évoqué par l'interrogatoire, il nécessite un examen clinique pour éliminer une autre pathologie et pour palper les points caractéristiques. Quelques examens complémentaires seront pratiqués pour éliminer une pathologie dégénérative, inflammatoire et/ou auto-immune, une carence en vitamine D et une pathologie thyroïdienne. De l'examen initial dépend la confiance qu'accordera le ou la patiente à son thérapeute. Le nomadisme médical est le plus souvent secondaire au manque d'écoute et à la méconnaissance de cette affection.

Que faire, face à un patient souffrant de fibromyalgie ? Dans un premier temps il semble essentiel que le patient comme son ou ses thérapeutes effectuent un travail d'acceptation sur la fibromyalgie et la souffrance. Après une phase d'explication de la maladie l'espoir d'amélioration réside dans une prise en charge médicale et psychologique intégrative neuro-immuno-endocrinologique. Un jour peut être une prévention à travers le dépistage des personnes hypersensibles ou spasmophiles permettra peut être d'éviter l'entrée dans cette affection chronique invalidante.

Bilan biologique recommandé:

- NFS, VS CRP Électrophorèse des protéides
- Calcémie, Phosphorémie, Vitamine D (25OH D3)
- TSH(us), cortisolémie
- ACAN, AC antiDNA, ac antiENA
- Ionogramme
- CPK
- SGOT SGPT
- Sérologie Hépatite B, C, EBV (parfois sérologie)
- HLA B27



PERSPECTIVES DIAGNOSTICS

fondées sur l'hypothèse la plus vraisemblable physiopathologique de la fibromyalgie.

Dr. Robert Nataf - Médecin Biologiste - Laboratoire Philippe Auguste à Paris

La fibromyalgie est une maladie dont l'incidence est en croissance exponentielle actuellement, sa prévalence est de 1 à 2 % de la population en augmentation récente depuis 20 ans. La contribution environnementale est un facteur déterminant de cette maladie.

Il s'agit d'une pathologie à composante génétique (mais rien à voir avec l'autisme ou la schizophrénie), on connaît des familles de fibromyalgiques, il existe des agrégats familiaux on n'en connaît pas les gènes. C'est une maladie de découverte récente, qui s'exprime cliniquement par : fatigue, douleur, troubles du sommeil. Ces symptômes évoquent parfois un terrain dépressif et expliquent un traitement fondé sur la prescription des modulateurs de la neuro-transmission monoaminagique, ce qui paraît une déviation du traitement étiologique.

La fibromyalgie est une dysrégulation de la neuro-modulation; la neuro-transmission ne s'exerce pas uniquement au niveau du tissu nerveux, mais également au niveau des différents tissus du soma (cœur, muscles, glandes endocrines). Cette neuro-transmission est dysrégulée, les récepteurs ne sont pas touchés, c'est la transmission du signal depuis ce récepteur à la cellule elle-même qui est perturbée et cette dysrégulation se situe essentiellement au niveau du système sérotoninergique.

Nous savons qu'une hyperactivité sérotoninergique donne des douleurs ainsi qu'une hyperesthésie cutanée. La sérotonine génère la fatigue (bouffée au niveau cérébral chez le sportif qui entraîne la fatigue). Cependant la sérotonine elle-même n'est pas en cause, on ne trouve jamais de taux élevés chez le fibromyalgique, par contre il y a une dysrégulation de l'effecteur. Le message transmis par la sérotonine aux tissus est biaisé.

Par exemple :

- La sérotonine qui module la sécrétion de prolactine et de cortisol est contrastée, elle peut être importante ou très diminuée.
- La sérotonine module, avec la noradrénaline, la sécrétion de l'hormone de croissance, on a montré des taux bas d'hormone de croissance et d'IGF 1.

A partir de là, si l'on sait que la neuro-modulation de nombreux tissus se fait mal, on va s'intéresser soit aux facteurs en amont de l'environnement, soit à ce qui perturbe cette neuro-transmission.

- Si on se situe en aval on peut s'intéresser à ce phénomène de fatigue ou de douleurs, on a montré que la sérotonine module la sécrétion des cytokines inflammatoires (interleukines 6 – 2 – 10 augmentés chez les fibromyalgiques parce que la modulation neuro-humorale se fait mal).

Si on s'intéresse à la douleur, on va demander le dosage des interleukines de la substance P, mais c'est un examen très compliqué et coûteux qui n'apporte pas grand chose. On peut aussi évaluer la composante inflammatoire par le dosage de la NÉOPTÉRINE puisque la NÉOPTÉRINE elle-même est l'intégration des interleukines.

Si beaucoup de néoptérines, beaucoup d'inflammation, si peu de Néoptine, peu d'inflammation.

On peut s'intéresser à la fatigue, à travers la déperdition énergétique du muscle, pour cela on dose les PURINES (réservoirs E du muscle) le muscle est fatigué si sa réserve en purines est diminuée ou parce qu'il perd au moment de l'effort plus de Purines que d'autres, parce que les Purines on les récupère et on les recycle.

Le stress oxydant est également accru chez les fibromyalgiques mais cela n'est pas prouvé.

Si on s'intéresse en amont à cette pathologie on est certain qu'il y a une composante toxique : composés chimiques ou métaux lourds, il faudrait traiter la détoxification et doser les porphyrines urinaires. Il faut penser également à l'éco-système intestinal.

Le test à l'hydrogène permet d'évaluer l'importance de la flore microbienne du tube digestif.

Ce test est beaucoup plus positif chez les fibromyalgiques. C'est-à-dire que l'on recherchera en amont de cette dysrégulation tout ce qui contribue à la dysréguler.

Pourquoi il est dysrégulé ? Est-ce une maladie génétique ? Pourquoi ne l'était-il pas avant ? Parce que rien ne permettait cette dysrégulation, elle existe depuis 15 ou 20 ans et parce que dans notre environnement le travail humain a produit des composés chimiques qui ont révélé la fragilité génétique du sujet. C'est la rencontre, l'inter-action, le gène et l'environnement.

Les critères de diagnostics sont revus régulièrement, c'est une maladie hétérogène qui regroupe vraisemblablement de nombreux sous-groupes.

Les moyens biologiques orientent le diagnostic clinique pour s'intéresser aux déterminants en amont ou en aval de la symptomatologie.

Il faut également évoquer les hypothyroïdes qui peuvent contribuer à révéler la fibromyalgie puisque la tyroxine module les synthèses protéiques on a donc intérêt à rechercher une hypothyroïdie car la supplémentation de cet état pourrait améliorer la fibromyalgie, le dosage de T3 - T4 - TSH et la iodurie des 24 heures paraissent justifiés.

On peut également doser le cortisol salivaire le matin. Cette modulation sérotoninergique est très importante au niveau du système endocrinien, la réponse peut être paradoxale chez le fibromyalgique, on aura un trouble du métabolisme du cortisol dans tous les cas.

Deux autres hormones pourraient également être dosées (bien que leur intérêt soit relatif) on observe souvent des perturbations de l'axe somatotrope de sécrétion de la GH (le taux IgF1 est très souvent diminué dans 40 % des cas de fibromyalgie), mais cela n'apporte rien sur le plan diagnostic.

Le diagnostic reste essentiellement clinique. Le traitement en amont ou en aval en fonction de quelques éléments biologiques est fonction des compétences du médecin et de sa démarche clinique.





www.phytoquant.net

PhytoQuant - Le Montaigne, 6 Boulevard des Moulins - MC 98000 Monaco
*Numéro vert (appel gratuit) **0805 11 03 27** • Numéro vert fax **0800 90 48 61***