

Ceci n'est pas une fibromyalgie !

par le Dr Jimmy FONTAINE*

* Médecin généraliste
1480 Tubize
jimmy.fontaine@dssmg.be

L'auteur déclare ne pas présenter de liens d'intérêts avec l'industrie pharmaceutique ou de dispositifs médicaux en ce qui concerne cet article.

Je rencontre Madame H., 45 ans, pour la première fois en 2018, son médecin traitant venant de déménager. Elle consulte pour un renouvellement d'ordonnance : du diclofenac et du pantoprazole ! Bien consciente de la « cascade thérapeutique », elle m'explique d'emblée que le diclofenac est le seul traitement à soulager quelque peu ses douleurs quotidiennes.

Je m'enquiers de ses antécédents et problèmes de santé : une hernie hiatale, un syndrome de Raynaud, 3 opérations au niveau des articulations temporo-mandibulaires (mais elle ne parvient pas à m'en donner la raison exacte), des céphalées chroniques, une cholécystectomie, une appendicectomie, une cure d'hallux valgus, de nombreuses tendinites (hanches, épaules, coudes). Elle m'explique présenter des douleurs depuis de nombreuses années : cervicalgies, lombalgies, scapulalgies, etc. Mais rien n'y fait. Elle a essayé de la kiné, des infiltrations, a avalé toutes sortes de médicaments (antalgiques, antidépresseurs, benzodiazépines, etc.) et de compléments alimentaires, a fait de nombreux examens complémentaires (radio, écho, scanner, IRM) et a vu de nombreux spécialistes (ortho, neuro, rhumato, psy). À part des tendinites, aucun autre diagnostic n'est tombé. Surtout ne lui parlez pas de fibromyalgie, ni de somatisation : « qui ne serait pas déprimé à ma place ?! ».

Un caractère inflammatoire

À l'anamnèse, ces douleurs ont clairement un caractère inflammatoire : raideurs matinales avec temps de déverrouillage d'environ une heure le matin, douleurs nocturnes, douleurs qui diminuent en cours de journée.

Elle n'a jamais eu de dactylite. Elle ne présente pas d'épisodes récurrents de pyrexie.

Les nombreuses prises de sang réalisées n'ont jamais révélé de syndrome inflammatoire et le HLAB-27 est négatif, me raconte-t-elle, avant que je ne puisse lui poser la question. Son père et son grand-père ont présenté une poly-myalgia rheumatica sans syndrome inflammatoire.

Énième bilan

Dans les maladies rhumatismales, une intervention thérapeutique précoce avec un DMARD (Disease Modifying Anti-Rheumatic Drug) peut avoir un impact sur le cours naturel de la maladie et ainsi réduire le handicap fonctionnel. Encore faut-il pouvoir détecter la maladie suffisamment tôt. Se pose la problématique de la fréquence de la réalisation de certains examens (biologie et imagerie) vu que le diagnostic de ces maladies repose bien souvent sur la clinique, l'imagerie et la biologie ainsi que le remboursement de certains traitements.

Après une prise de sang de nouveau « blanche », je réfère la patiente à une rhumatologue avec qui j'ai l'habitude de travailler.

ABSTRACT

Case report of a 45-year-old patient with chronic inflammatory pain.

Keywords : arthritis, spondylitis, psoriasis.

RÉSUMÉ

Histoire clinique d'une patiente de 45 ans qui présente des douleurs chroniques inflammatoires.

Mots-clés : arthrite, spondylarthrite, psoriasis.



Cette dernière relance une batterie d'examens. L'IRM des sacro-iliaques démontre une sacro-iliite débutante qui n'était pas présente lors de la précédente IRM.

Spondyloarthropathies séronégatives

Le diagnostic de spondylarthrite ankylosante est alors posé. La spondylarthrite appartient à la famille des spondyloarthropathies séronégatives (SASN) qui affectent le squelette axial (bassin et rachis), les entèses et les articulations périphériques. Son nom (« séronégatives ») se rapporte à l'absence de perturbations immunologiques, dont le fameux FR (facteur rhumatoïde). Parmi ces SASN, on retrouve la spondylarthrite (la plus fréquente), le rhumatisme psoriasique, les arthrites réactionnelles et celles associées aux maladies inflammatoires chroniques du tube digestif.

La sacro-iliite est responsable de douleurs fessières uni- ou bilatérales, à bascule, irradiant dans la face postérieure de la cuisse, sans dépasser le creux poplité. Les manœuvres de cisaillement des sacro-iliaques (appui et sautellement monopodal, pression médiane sur le sacrum en décubitus ventral, manœuvre d'écartement latéral des crêtes iliaques en décubitus dorsal) déclenchent une douleur fessière uni- ou bilatérale.

Essais thérapeutiques infructueux

Suite à ce diagnostic de spondylarthrite, plusieurs traitements sont tentés mais en vain : sulfasalazine^a, méthotrexate^b.

Cependant, le remboursement des thérapies biologiques nécessite de répondre à plusieurs critères. Dans son cas, l'absence de CRP n'autorise pas le remboursement de ces traitements (les critères de remboursement des thérapies biologiques peuvent être retrouvés sur le www.cbip.be).

Une éruption inattendue

Plusieurs mois plus tard, la patiente me consulte suite à l'apparition de plaques érythémato-squameuses au

niveau des coudes qui font songer à un psoriasis. Ce n'est pas tout, elle présente aussi une dactylite de son annulaire gauche. Il s'agit d'une atteinte radiaire c'est-à-dire que les 3 articulations d'un même rayon digital sont enflammées.

Face à ce tableau, le diagnostic de rhumatisme psoriasique est posé.

Thérapie biologique

Entretemps la patiente a présenté d'autres dactylites. Il s'agit donc d'une arthrite psoriasique poly-articulaire avec atteintes axiales et périphériques, réfractaire aux DMARDs. Afin de remplir toutes les conditions de remboursement de la thérapie, M^{me} H. a dû réaliser une intradermo réaction ainsi qu'une radiographie du thorax pour exclure une tuberculose.

Conclusion

Cette situation clinique met en évidence une tension qui existe souvent en médecine : trouver le juste milieu entre l'overdiagnosis/treatment et l'underdiagnosis/treatment. Face à l'absence d'anomalie biologique/ radiologique et à la difficulté de soulager la patiente, des diagnostics de dépression ou de fibromyalgie ont été posés. Mais il eût été déraisonnable d'user de traitements potentiellement lourds d'effets secondaires sans un diagnostic clair. Bien souvent, face à ces patients douloureux chroniques, on essaie de les écouter, de les rassurer et de les protéger d'examens itératifs inutiles, voire dangereux. Cependant, il faut essayer de rester alerte aux nouveaux symptômes qui pourraient survenir. Par chance, je connaissais la patiente depuis peu de temps et il m'était plus facile d'être attentif à ses nouvelles plaintes ce qui n'aurait peut-être pas été le cas si je la connaissais depuis plusieurs années...

De plus, rien n'est tout blanc ou tout noir en médecine. Bien souvent, on est amené à s'éloigner de l'EBM face à la singularité de la situation vécue, comme par exemple réitérer une imagerie, même si cela entachera notre profil INAMI...

Bibliographie

1. Coates L et Helliwell P. Psoriatic arthritis : state of the art review. Clin Med, February 2017. DOI : <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.17-1-65>.
2. Haroon M, Gallagher P, Fitzgerald O. Diagnostic delay of more than 6 months contributes to poor radiographic and functional outcome in psoriatic arthritis. Ann Rheum Dis, 2015 ; 74 : 1045- 50. <http://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2013-204858>.

a. Salazopyrine®
b. Ledertrexate®