

Fibromyalgie : Un diagnostic précis est possible

Mots clés :

Méthode de diagnostic « reconnaître la fibromyalgie ». Reconnaître le syndrome fibromyalgique et les syndromes pseudo-végétatifs connexes. Synthèse des connaissances d'extrême Orient et des plus récentes compétences en neuroanatomie et neurologie.

Résumé :

Il s'agit d'une introduction à une nouvelle méthode de diagnostic visant à clairement identifier la fibromyalgie et le syndrome fibromyalgique chez les patients, quel que soit leur sexe ou leur âge. Des résultats faussement positifs n'ont pas été observés à ce jour tandis que des résultats faussement négatifs sont causés par des circonstances spécifiques. La technique d'examen est une synthèse de la médecine dite occidentale et de la médecine dite extrême orientale.

Le diagnostic de la fibromyalgie, ci-dessous notée FM, est incertain. C'est pourquoi certains médecins pensent que la FM n'existe pas en tant qu'affection puisqu'elle n'est ni mesurable, ni visible. Ils estiment qu'il s'agit d'un diagnostic par élimination, si on ne peut rien prouver d'autre, alors ce diagnostic peut être pris en considération. Ils peuvent aussi considérer qu'il s'agit d'un trouble mental dans la mesure où il ne suit pas un modèle compréhensible. Ces définitions psychosomatiques sont fortement sujettes à question pour la simple raison que le terme « modèle compréhensible » est basé sur la supposition erronée que tous les médecins possèdent le même savoir et que ce « savoir » est un point commun de référence.

La tentative de création d'une définition utilisant des points sensibles était mal interprétée. Les points qui provoquaient la douleur lorsqu'ils étaient soumis à une pression étaient considérés comme la maladie elle-même, ce qui n'est pas exact. Comme suite à ce malentendu, les patients souffrant de douleurs ont été systématiquement soumis à des traitements douloureux qui tentaient d'influencer les points qui étaient douloureux à la pression (points sensibles) par le biais de modification de régime alimentaire, injection de différentes substances, traitement chirurgical ou traitements aux ultrasons basés sur la lithotritie.

Toutefois, ces traitements extrêmement douloureux aggravaient encore la condition de tous les patients. Ce n'est pas étonnant, étant connu que les principes suivants s'appliquent :

Toute cause de douleur aggrave la FM.

Les points sensibles sont la preuve de la présence d'une maladie dans les tissus mous et dans les tissus musculaires ainsi que du syndrome de la douleur. Si la présence de points sensibles est justifiée et que l'histoire du patient correspond à l'image clinique des troubles, un diagnostic de fibromyalgie / syndrome fibromyalgique est probable

La différence entre les points de déclenchement (points douloureux à la pression avec effet distant, par ex. en cas de douleur myofasciale) et les points sensibles (en cas de FM) doit être observée. A l'inverse des points sonnettes, les points sensibles à la pression ne sont douloureux qu'à la pression et le patient n'en n'est pas conscient. C'est pourquoi les patients sont susceptibles de critiquer leur médecin après l'examen : « Docteur, avant de venir vous voir je n'avais pas mal et maintenant mon corps tout entier me fait mal. » Les acupuncteurs ont également observé ce phénomène.

Il convient de souligner que les patients souffrant du syndrome myofacial ont uniquement des points sonnettes tandis que les patients avec FM ont les deux (Pongratz 1998). Selon Dung (2004), les points sonnettes peuvent être définis comme des « points d'acupuncture en phase réactive » tandis que les points sensibles peuvent être définis comme des « points d'acupuncture en phase passive ».

L'introduction du palpomètre-algorimètre-dolorimètre ne représente pas une solution à ce dilemme. Bien que la pression de contact puisse être mesurée et/ou appliquée d'une manière ciblée, la réaction du patient n'est toujours pas quantifiable. En fin de compte, l'intensité des réactions du patient à une même pression de contact est variable. Les réactions dépendent des médications et de leurs effets, elles varient également en fonction de l'heure et d'un jour à l'autre.

C'est pourquoi, l'auteur choisit un chemin différent entre 1984 et 1987. L'observation selon laquelle les patients souffrant de douleurs présentaient des points d'acupuncture sensibles à la pression lorsqu'ils étaient touchés alors que ces mêmes points n'étaient pas douloureux ou ne causaient que de faibles douleurs chez les sujets sains constitua le point de départ. Il apparut que les 18 points sonnettes définis par l'ACR correspondaient aux points connus d'acupuncture. Bien qu'ils ne correspondent pas toujours à 100%, les 18 zones définies comme points sonnettes (il ne s'agit pas de vrais points) correspondaient largement aux zones qui comprennent les points d'acupuncture reconnus comme les points les plus importants d'acupuncture. Sans déroger à l'accomplissement de l'ACR, il convient de dire que leurs auteurs ont finalement réinventé la roue – quoique de manière incomplète en comparaison des observations des ancêtres d'extrême Orient plusieurs milliers d'années plus tôt.

Sur la base de cette correspondance, une hypothèse a été développée selon laquelle un point d'acupuncture peut devenir un point sonnette en fonction des symptômes de douleur ainsi que de la durée et de l'intensité du syndrome de douleur. Durant les quelques premières années (1984-1990), l'emplacement des points provoquant une douleur à la pression a été enregistré de manière manuelle sur un mannequin d'acupuncture. Au fil du temps, il apparut que certains points d'acupuncture étaient constamment identifiés, alors que d'autres l'étaient beaucoup plus rarement.

On créa des cartes empiriques, par ex. un système de points d'acupuncture ainsi qu'une sorte de hiérarchie des points d'acupuncture. Il apparut qu'afin de comprendre l'emplacement de la douleur, sa distribution ainsi que son origine (par ex. l'histoire du patient), le corps du patient peut être divisé en quatre quarts de cercle et que chacun de ces quarts de cercle est contrôlé par une zone de points d'acupuncture. Les quarts de cercle supérieurs sont contrôlés par les points d'acupuncture de l'avant-bras à proximité de l'épicondyle extérieur, tandis que les quarts de cercle inférieurs sont contrôlés par les points d'acupuncture situés à l'intérieur de la cheville (Bauer 1998-1999).

Il existe également d'autres points d'acupuncture qui peuvent provoquer une douleur à la pression. Au plus le nombre de points d'acupuncture supplémentaires qui causent une douleur à la pression est élevé et au plus difficile devient la tâche d'évaluer l'image clinique de la fibromyalgie et du syndrome fibromyalgique.

Bien entendu, la sensibilité de tous les points d'acupuncture qui jouent le rôle de points sensibles dépend également de l'utilisation d'antidouleurs ou même de drogues. Alors qu'il est possible d'influencer l'intensité de la douleur causée par une palpation, **la localisation des points douloureux ne peut pas être influencée.**

Cela conduit à un système de points qui peuvent causer une douleur à la pression quelle que soit l'intensité de cette pression et/ou l'intensité de la douleur à la pression. Les points sont comptabilisés sans tenir compte de l'intensité de la douleur, fournissant ainsi une méthode objective et quantifiable des syndromes douloureux.

Patients et méthodes

Les hypothèses décrites ci-dessus ont été testées sur des patients entre 1984 et 1990. L'indication d'intervention chirurgicale dans les quatre zones importantes identifiées a commencé en 1990.

Depuis 1990, le nombre de patients qui ont été examinés et de ceux qui ont été opérés a augmenté de manière exponentielle.

Rétrospectivement, depuis 1997, il est possible d'évaluer le nombre d'examens à environ 10.000 et celui du nombre de patients de ce groupe qui ont été opérés à 3.200.

Environ un tiers des patients examinés souffraient de fibromyalgie suffisamment grave pour recommander la chirurgie et pour emporter l'accord du patient.

Comme suite au volume d'effort requis et aux coûts élevés –aucun sponsor de recherche n'a été trouvé – une étude rétrospective en vue d'examiner la qualité des résultats a été limitée aux patients opérés entre 1990 et 2000. Une seconde étude prospective toujours en cours a démarré en septembre 2003. Les patients sont pris en compte dans l'étude en fonction de la date de l'opération afin de créer un échantillon aléatoire. Un contrôle placebo n'est pas nécessaire, car toutes les options de traitement avaient été épuisées pour les patients opérés. Toutes les mesures recommandées et disponibles remboursées par une assurance ont été tentées sans succès.

Il convient également de noter qu'une maladie considérée comme incurable requiert l'utilisation de règles statistiques différentes à celles d'une étude médicamenteuse sur un composé non essentiel qui remplace un autre composé que le patient abandonne.

Le principe du tout ou rien s'applique aux maladies incurables et au traitement chirurgical. Tous les patients qui ne sont pas opérés continuent en fait à souffrir. Le nombre de patients qui ne ressentent pas de douleurs après l'opération progresse et est clairement le résultat de la découverte (Bauer, Myopain 2004).

Résultat :

Sans opération, tous les patients continuent à ressentir des douleurs. Grâce à l'opération, les patients ont de bonnes chances de ne plus ressentir de douleurs.

Il s'agit de la preuve nécessaire pour confirmer l'efficacité de l'opération en comparaison avec les thérapies multimodales conventionnelles, même d'un point de vue de la médecine factuelle.

L'objectif de ce document est de présenter la méthode de diagnostic. Il n'est pas de communiquer la qualité des résultats pour l'opération.

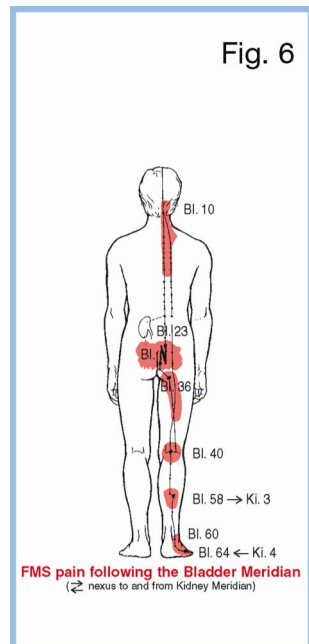
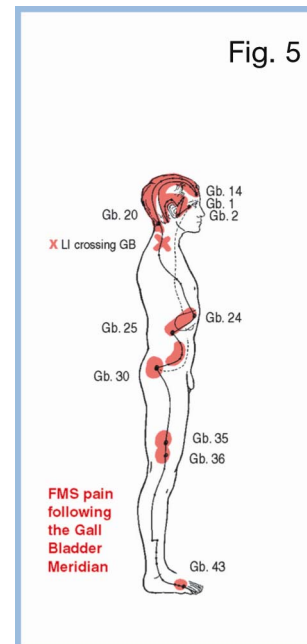
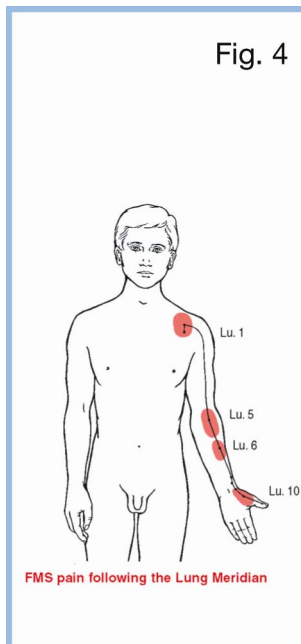
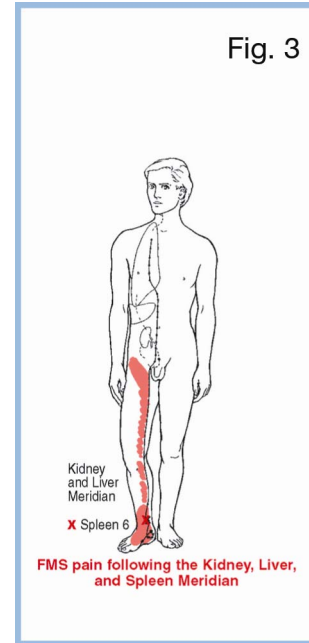
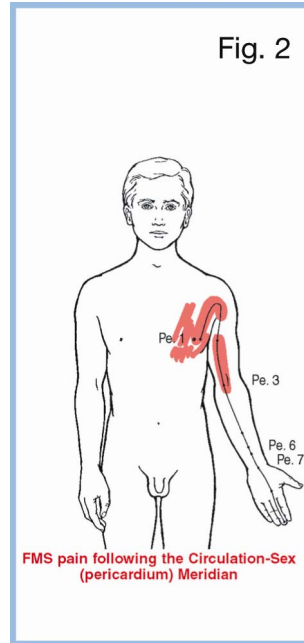
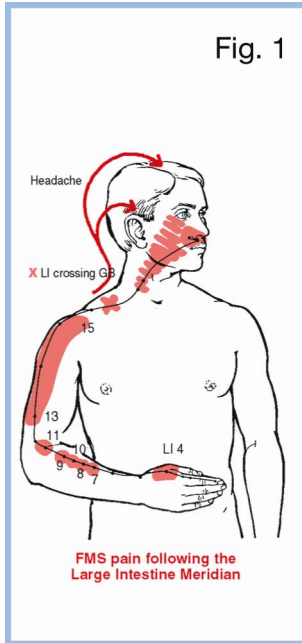
La nouvelle technique d'examen est la première à fournir une fraternité médicale de manière à répondre objectivement et précisément à la question posée par le patient à son médecin :

"Ai-je ou non de la fibromyalgie ?"

S'il s'avère, au fil des ans, que 2% à 3% de la population adulte employée souffre de fibromyalgie – comme on peut le penser – il convient alors d'envisager l'aspect socio-économique.

Des millions de personnes souffrant de fibromyalgie doivent faire reconnaître leur maladie et ont besoin d'aide.

1. Technique d'examen des quadrants supérieurs



Le patient s'assied face au praticien, droit, la partie supérieure du corps à découvert, et est examiné selon les règles de l'acupression. La remarque suivante devra être prise en compte. Bien que l'intensité, la durée, le type et la localisation de la douleur change, cette douleur se déplace en suivant un modèle simple : elle se traduit par des acupoints qui sont douloureux quand ils sont soumis à une pression, et qui se situent sur ce qu'on appelle les méridiens.

Avant l'examen, le patient remplit un questionnaire.

Le patient s'assoit sur un tabouret sans dossier, face au praticien, de manière détendue. De nombreuses techniques de massage et d'examen sont utilisées. Pour plus de commodité, elles sont abrégées et des explications sont fournies entre parenthèses quand elles se révèlent nécessaires.

Étreinte de la main droite (le patient et le praticien utilisent tous les deux la main droite).
Étreinte de la main gauche (le patient et le praticien utilisent tous les deux la main gauche).

Y a-t-il une différence entre les deux côtés, un côté est-il plus faible que l'autre, un côté est-il plus douloureux que l'autre ? Le côté qui attire l'attention est peut-être le « pire » côté et sera le premier candidat à une intervention, si nécessaire.

Posez des questions se rapportant à la latéralité manuelle en fonction des efforts et du travail physique accomplis dans le passé.

Après ce premier contact, le patient est informé que le praticien va appliquer des pressions en différents endroits comme une sorte de jeu. On demande au patient de manifester la douleur de manière audible lorsqu'elle est ressentie et de ne rien dire si aucune douleur n'est ressentie.

Les extrémités supérieures, en commençant par les doigts et en remontant jusqu'au cou, à la tête et au sommet du crâne, sont examinées en employant cette technique d'examen « oui/non ». Plusieurs techniques d'examen de chirurgie de la main, chirurgie nerveuse périphérique, neurologie, acupuncture scientifique, chirurgie générale et orthopédie sont utilisées simultanément sans que cela ne soit expliqué au patient. Palpation des articulations du petit doigt tout en observant si l'axe du doigt est droit ou bien dévié en direction ulnaire. (Dans le cas d'une déviation ulnaire, il y a une forte probabilité de véritable rhumatisme : polyarthrite chronique.) Si les axes des doigts sont droits, la probabilité d'une polyarthrite est faible même si d'autres indications pointent dans cette direction puisqu'elle conduit principalement à une déviation ulnaire des doigts.

Il est également nécessaire de chercher d'éventuels gonflements / agglutination des articulations interphalangiennes distales (nodosités d'Heberden) et d'éventuels gonflements / agglutination des articulations interphalangiennes proximales (nodosités de Bouchard). De plus, l'articulation en selle devra être palpée et mobilisée avec précaution. Si elle n'est pas douloureuse, on peut augmenter la pression et essayer de provoquer un craquement par palpation. Si un craquement peut être produit par palpation et que le patient signale une douleur dans la zone de l'articulation en selle, il faudra prendre en compte la possibilité d'une arthrose de l'articulation en selle, aussi appelée rhizarthrose.

Il est important de remarquer que les nodosités d'Heberden, de Bouchard et la rhizarthrose ne sont pas caractéristiques de la polyarthrite chronique ; c'est à dire qu'elles ne doivent pas être confondues avec le véritable rhumatisme.

Au même moment, la stabilité des ligaments collatéraux des articulations interphalangiennes et la stabilité des ligaments collatéraux des articulations de la base du pouce devront également être observées.

Manipulation du tendon extenseur.

Manipulation du tendon fléchisseur.

Doigt.

Palpez la face palmaire dans la région des articulations de la base du pouce et des doigts afin de rechercher des gonflements du tendon fléchisseur qui pourraient conduire au doigt à ressaut. La ténosynovite sténosante de De Quervain et la maladie de Raynaud ne doivent pas être confondues avec le véritable rhumatisme.

Sensibilité à la percussion du nerf médian au niveau du canal carpien, sensibilité à la percussion du rameau thénarien, le nerf médian situé sous le thénar.

Sensibilité à la percussion du nerf ulnaire au niveau de l'hypothenar.

Sensibilité de la peau sur les faces dorsale et palmaire de la main (tous ces examens servent à établir cliniquement s'il y a présence de syndromes de compression nerveuse). La douleur provoquée par la pression du nerf médian doit être clairement différenciée de la douleur provoquée par la pression de l'acupoint du poumon n° 10 à l'extrémité du premier métacarpien et de la douleur provoquée par la pression de l'acupoint du gros intestin n° 4 au dessus du premier muscle interosseux.

(La douleur provoquée par la pression de ces deux points est le premier signe d'une éventuelle fibromyalgie !)

Examen du coude et, en particulier, de l'épicondyle latéral et médial de l'humérus, recherche de douleur à la pression. Cet examen sert à déterminer s'il y a un quelconque signe d'épicondylite (*tennis elbow* si externe – *golfer's elbow* si interne). Ensuite, le nerf ulnaire est palpé dans sa gouttière et aussi plus distalement au niveau de l'avant-bras et plus proximale à l'extrémité distale du haut du bras. Une douleur provoquée par une pression dans cette région est un signe du syndrome de compression du nerf cubital qui peut être établi ou exclu avec un EMG.

Acupoints du gros intestin n° 13 et n° 14. Il est nécessaire de demander si un vaccin a été administré en particulier près de la zone du point du gros intestin 14, et si c'est le cas, il est important de savoir si c'était un vaccin à agents vivants atténués. S'il s'avère qu'un vaccin à agents vivants atténués a été administré à l'emplacement exact du point du gros intestin n°13 ou n° 14, il y a un risque que l'agent vivant inocule les petits nerfs de l'acupoint correspondant et déclenche ou active ainsi une fibromyalgie. Le fait que les vaccins injectés dans le haut bras ne doivent pas être administrés dans la ligne centrale ou à la hauteur de la naissance du muscle deltoïde, précisément afin d'empêcher les vaccins à agents vivants d'inoculer les nerfs au niveau de ces acupoints, est supposé être connu de tous.

Des mouvements d'inversion indolores de la tête du radius sous le pouce qui palpe doivent être possibles.

Établissez l'existence de douleur à la pression des acupoints du gros intestin n°11, 10, 9, 8, 7 et 6.

Puis s'il y a douleur à la pression des acupoints du poumon n°5 et 6 (partie antérieure de l'avant-bras) ainsi que des points du poumon n° 1 et 2 (partie antérieure de l'articulation de l'épaule).

Établissez l'existence de douleur à la pression des acupoints restants des méridiens de l'avant-bras et du bras, du triangle latéral du cou, de la mâchoire inférieure, et du point dit de sortie du trijumeau (RAS).

Examen de la tête

L'examen débute au niveau de la région occipitale et suit en grande partie les points du méridien de la vésicule biliaire jusqu'à l'oreille, l'articulation temporo-mandibulaire et l'œil. Percussion de la voûte du crâne, palpation des points du méridien de la vessie. Plusieurs acupoints situés à des endroits spécifiques de la région de l'épaule et du cou ainsi qu'à la naissance des cheveux peuvent provoquer une douleur à la pression, plus particulièrement les acupoints situés le long du méridien de la vésicule biliaire et du méridien de la vessie.

Le contour des épaules et du cou ainsi que la partie supérieure médiale et le bord inférieur de la scapula seront également palpés au même moment. La sensibilité à la percussion de la colonne vertébrale est examinée (chez les patients atteints de fibromyalgie, la colonne vertébrale n'est généralement pas sensible à la percussion mais le méridien respectif de la vessie sur les **côtés** droit et gauche de la colonne est lui, sensible).

Sensibilité à la pression des points du méridien de la vésicule biliaire au niveau des zones du thorax et des cartilages costaux (il est d'abord recommandé de titiller doucement le patient dans cette région afin de le distraire ; le choc d'une douleur soudaine lorsque la pression est appliquée au point correspondant sur le méridien de la vésicule biliaire est beaucoup plus important).

Par la suite, le méridien de la vessie devra être massé doucement à droite et à gauche afin de soulager une éventuelle tension de la part du patient.

Enfin, l'instabilité de la glande thyroïdienne devra être examinée, des ganglions lymphatiques éventuels dans la région de la mâchoire inférieure devront être recherchés, la parole et le chant devront faire l'objet de questions, et l'on devra questionner le patient à propos d'éventuelles difficultés à avaler ou des sensations de gorge serrée.

Évaluation finale

Le diagnostic de fibromyalgie du quadrant supérieur après examen est établi de façon certaine si les points du gros intestin n°7, 8, 9, 10, 11, 13 (et éventuellement 14) et les points du poumon n°5 et 6 (et éventuellement 1 et 2) sont douloureux à la pression. Tous les autres points également douloureux à la pression servent à confirmer le diagnostic et à faciliter une estimation de l'étendue et de la sévérité de la maladie au niveau du quadrant et donc une estimation de la probabilité de succès d'une intervention sur la partie externe de l'avant-bras correspondant.

2. Technique d'examen des quadrants inférieurs :

On demande au patient de s'habiller afin qu'il n'ait pas froid ou qu'il n'attrape pas un rhume si l'examen a été douloureux. Puis on demande au patient de retirer son maillot de corps au niveau des quadrants inférieurs et de s'étendre sur la table d'examen. La tête de la table devra être légèrement surélevée ; on devra fournir au patient un appui pour sa tête ou son cou s'il le désire. Une fois le patient étendu, on lui demande si le fait d'être allongé sur une surface relativement dure provoque une quelconque douleur. S'il répond par l'affirmative, ceci est considéré comme un signe de forme particulièrement sévère de fibromyalgie.

Tout d'abord, on saisit avec prudence les chevilles du patient et on étend doucement ses jambes. Le but de cette manipulation est d'aligner les jambes afin de déterminer si une jambe est plus courte que l'autre. Très souvent, une jambe est effectivement plus courte. Cependant, la différence est généralement de moins d'un centimètre et un ajustement de 6 mm environ peut donc être recommandé, à moins qu'une fibromyalgie soit détectée et qu'une intervention soit nécessaire. Une intervention réussie montrera que la jambe était plus courte à cause de la douleur. Tandis que la musculature se relâche après une intervention réussie, la différence de longueur entre les jambes disparaît d'elle-même.

Étapes d'examen supplémentaires :

Douleur à la compression de l'avant-pied. Une douleur à la compression de l'avant-pied peut également survenir si le patient souffre du névrome de Morton. Cette possibilité peut être exclue par un examen clinique au-dessus et en-dessous des interstices métacarpiens. Tester l'insensibilisation à l'aide d'une injection d'anesthésique local sans adjuvants tels que l'adrénaline pourra s'avérer nécessaire. Les patients atteints de fibromyalgie souffrent typiquement d'une douleur à la compression de l'avant-pied qui peut s'accroître par pression de l'interstice entre le 3^{ème} et le 4^{ème} orteil (acupoint de la vésicule biliaire / estomac n°43).

Frottez vigoureusement le bord du tibia du proximal au distal, frottez vigoureusement le dessus du péroné du distal au proximal. Le but de ces deux étapes de l'examen est de vérifier le cheminement des méridiens de l'estomac et de la vésicule biliaire. La direction du massage est orientée selon la douleur éventuelle.

Pressez les acupoints du méridien du rein, plus particulièrement les n°1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 et 9 jusqu'à l'étoile formée par les trois méridiens rate-pancréas/foie/rein à l'intérieur du tiers inférieur de la jambe inférieure. Chez les patients FM, ces points sont extrêmement sensibles à la pression. Des réactions de défense, des pleurs ainsi qu'une augmentation de la tension artérielle sont des réponses possibles à la douleur.

La douleur ressentie à la pression des points du méridien du rein diminue normalement proximale jusqu'à ce qu'elle augmente à nouveau significativement juste en dessous du genou du côté médial dans la région de la tête du tibia. Les acupoints du méridien de la vésicule biliaire sur la partie externe de la jambe inférieure sont examinés, ainsi que l'acupoint au milieu de l'intérieur de la cuisse qui fait partie du méridien du foie.

Palpez l'aine, l'épine iliaque antéro-supérieure et la crête iliaque.

Palpez les cartilages costaux et sous l'os xiphoïde dans la région de l'estomac.

Palpez l'abdomen (la technique d'examen interniste-chirurgicale courante de l'abdomen devra être appliquée dans sa totalité, et comprendra l'inspection de toute cicatrice ainsi que des questions concernant d'éventuelles opérations antérieures).

Douleur à la pression du nombril.

Demandez si des douleurs au niveau génital ou anal sont ressenties, ce type de douleur est souvent dissimulé par honte (problèmes durant le coït, problèmes pendant les mouvements intestinaux, brûlures anales, etc.).

Percussion afin de déceler des flatulences au niveau de l'abdomen, questions spécifiques concernant la défécation et les dysfonctionnements qui s'y rapportent, plus particulièrement concernant une alternance de constipation et de diarrhée (signes du syndrome du côlon irritable), demandez si une douleur qui irradie depuis les reins jusqu'à l'aine est ressentie (reins, appareil urinaire).

Demandez si des brûlures à la miction sont ressenties et la fréquence des mictions (vessie irritable en termes de cystite interstitielle).

Laisser respirer profondément le patient et lui permettre d'adopter une position plus confortable sur la table d'examen est recommandé.

Effectuez la manœuvre de Lasègue. Flexion des extrémités inférieures, examinez la mobilité de l'articulation de la hanche en demandant au patient de la fléchir à 90° en position couchée et en fléchissant également la jambe inférieure à 90° par rapport à la cuisse. De cette manière, la jambe inférieure sert d'indicateur de la rotation interne et externe de l'articulation de la hanche. Si le patient se plaint d'une gêne dans la région de l'aine ou de la fesse pendant la rotation externe mais que l'articulation se déplace librement, ceci est considéré comme un signe de fibromyalgie. Cela s'applique également si le patient se plaint d'une gêne égale ou similaire pendant la rotation interne.

La stabilité de l'articulation du genou est examinée tandis que le genou est fléchi (afin d'exclure la possibilité d'une lésion du ménisque ou des ligaments internes et externes). S'il y a un quelconque signe de lésion intérieure de l'articulation du genou, une IRM de l'articulation du genou devra être recommandée au patient avant de procéder à une opération sur le quadrant inférieur (évitons l'arthroscopie si elle n'est pas nécessaire !).

Le creux poplité est lui aussi palpé tandis que le genou est fléchi. En cas de fibromyalgie, les acupoints de la vessie n°39 et 40 sont douloureux à la pression. (Ceci peut entraîner un diagnostic incorrect du kyste poplité). Il va de soi que cet examen doit être réalisé de manière similaire des côtés gauche et droit, à la même vitesse et de la même façon, afin que d'éventuelles différences entre les deux côtés apparaissent clairement.

On demande alors au patient de s'asseoir et de laisser pendre ses jambes. On lui demande s'il ressent des vertiges, s'il a du mal à voir correctement, s'il voit des points,

etc. Quand le patient est stable, on lui demande de se lever. Le praticien s'assoit face au patient. On fait effectuer une rotation de 180° au patient et un examen de la colonne vertébrale et de la hanche est effectué. On demande au patient d'arrondir le dos. La percussion du processus épineux de la colonne vertébrale est réalisée dans cette position. Ce procédé est indolore chez les patients atteints de fibromyalgie. Par contre, une pression sur l'interstice de l'articulation sacro-iliaque provoque une douleur. (À l'emplacement où les méridiens de la vessie forment une sorte de Z.) On demande alors au patient de se tenir droit. Les pouces restent sur les points sensibles à la pression, à droite et à gauche de la transition entre la colonne et le sacrum. On demande au patient si la douleur se déplace ou reste au même endroit. Normalement elle reste au même endroit.

Ensuite, le patient est examiné afin de mettre en évidence une douleur à la pression le long de la partie externe du méridien de la vessie. Pour plus de simplicité, trois points qui se trouvent sur une diagonale entre l'interstice de l'articulation sacro-iliaque et le pli fessier sont sélectionnés. Le praticien place sa main droite sur l'épine iliaque antéro-supérieure du pelvis et une pression brève mais ferme est appliquée sur les trois points du méridien de la vessie avec la main gauche. Une pression modérée devra être appliquée la première fois puis, suivant la réaction du patient, une pression plus forte la deuxième fois.

Inversez les mains. Le praticien place la main gauche sur l'épine iliaque antéro-supérieure du flanc gauche du patient, et à l'aide de son pouce droit, il exerce une pression sur les points de la partie externe du méridien de la vessie du côté droit. On passe ensuite à l'examen de trochanterodynie, c'est-à-dire de la douleur à la pression des 30 acupoints de la vésicule biliaire, à gauche et à droite. Tout d'abord, la percussion est exercée sur le point à l'aide du poing nu. Ceci est généralement indolore. La pression est ensuite exercée sur l'acupoint avec les pouces. Le patient bascule généralement d'un côté à cause de la douleur et s'écarte de l'autre côté avec le pelvis. Il faudra être préparé à une réaction de défense prononcée, et à saisir le pelvis du patient à l'aide des deux mains pour l'empêcher de tomber si nécessaire. (Ce résultat est souvent confondu avec la bursite trochantérienne !)

Récapitulation de l'examen :

Le diagnostic de fibromyalgie pour le quadrant inférieur par examen est établi avec certitude si les points de la vésicule biliaire n°43, du rein n°3 et 9, du MP 6 ainsi que des points à l'intérieur de la tête du tibia sont douloureux à la pression. Tous les autres points confirment le diagnostic de fibromyalgie et sont des indications de la sévérité du syndrome dans ce quadrant. Toute différence entre les côtés gauche et droit devra être notée.

On demandera également au patient ce qui a été le plus douloureux pour lui, l'examen des quadrants supérieurs ou des quadrants inférieurs et l'examen du côté droit ou du côté gauche du corps.

Les réponses du patient seront notées en tant qu'information subjective du patient, tandis que les impressions et les résultats du praticien seront inscrits sur de petits croquis schématiques du patient. Pour plus de clarté, il est recommandé de ne pas faire figurer tous les points mais d'utiliser principalement des cercles concentriques (inscrits sur les coudes ou chevilles correspondants du croquis) afin d'indiquer l'intensité des résultats. Cette vue d'ensemble simplifiée indique clairement si le patient souffre de fibromyalgie sur les quatre quadrants, si le patient souffre d'une fibromyalgie plus prononcée du côté droit ou du côté gauche, s'il existe une diagonale d'un des quadrants supérieurs vers le quadrant inférieur opposé, etc. Ce croquis peut ainsi être utilisé pour indiquer à la fois la sévérité et la distribution de la fibromyalgie.

En prenant en compte d'autres symptômes dits « végétatifs » ou « psychosomatiques » discutés avec le patient, il est possible d'indiquer si l'un des problèmes suivants est également présent :

- Maux de tête
- Douleur orale / faciale
- Syndrome du côlon irritable
- Syndrome de la vessie irritable
- Difficultés pour avaler
- Problèmes cardiaques
- Épuisement
- Difficultés de concentration
- Syndrome de Korsakoff
- Autre

L'examen des quatre quadrants prend environ 1 heure si les antécédents du patient sont abordés simultanément.

On se rend facilement compte que les techniques d'examen de la chirurgie de la main, de la chirurgie générale, de l'orthopédie, de la neurologie, de la neurochirurgie et de la médecine interne ont été utilisées. Ceci donne une vue d'ensemble du patient qui récapitule tous les aspects liés à la douleur, les symptômes et les affections dont le praticien peut prendre connaissance.

La plupart des patients sont très volontaires, car ils n'ont jamais été examinés aussi minutieusement. Naturellement, cette découverte consolide la relation de confiance entre le praticien et le patient, créant de bonnes bases pour une discussion pesant le pour et le contre d'un éventuel traitement chirurgical de la fibromyalgie. Ceci est particulièrement important dans les cas sévères où les quatre quadrants sont touchés et où le patient doit accepter le risque qu'une opération soit insuffisante dans 50% des cas et que plusieurs opérations (de 2 à 4 au maximum) sur plusieurs quadrants pourront être nécessaires.

Évaluation de la technique d'examen :

La technique d'évaluation, qui a été développée à la fin des années 80, a été systématiquement améliorée depuis 1990. Il faut souligner les points suivants : les patients à qui l'on a recommandé la chirurgie n'ont pas montré de résultats négatifs dans le sens où aucune agglutination ou formation de plaque cicatricielle n'a pu être observée dans la région des structures nerveuses correspondantes pendant l'opération. **De tels changements de tissus ont été observés dans tous les cas.** Ceci prouve que la technique d'examen ne conduit pas à des résultats négatifs erronés.

Des résultats négatifs erronés ont lieu lorsque le patient a utilisé des analgésiques puissants avant l'examen ou lorsque le praticien est inexpérimenté et que son manque de confiance l'amène à ne pas appuyer assez fort ou presse si fort que le patient refuse de coopérer. Dans ces cas là, l'examen doit être répété après 3 mois environ. Il est également difficile d'évaluer la situation si le patient montre des signes subjectifs de douleur de localisation fluctuante et de douleur diffuse dans tout le corps, cependant le praticien établit que tous les points qui ont été examinés sont douloureux à la pression puisque le patient passe apparemment par une phase aigüe qui rend tous les acupoints latents et passifs actifs. Dans de tels cas, l'examen interniste/infectiologique du patient combiné à des diagnostics des infections virales s'est révélé efficace. Le traitement devra être réalisé dans un service de traitement de la douleur et le patient devra être hospitalisé. Le patient devra recevoir un traitement massif avec médication. Un nouvel examen une fois la phase aigüe terminée est recommandé.

On peut ainsi attendre de la technique d'examen décrite ci-dessus qu'elle débouche sur un diagnostic qui permette de répondre à deux questions simples :

Le patient souffre-t-il de fibromyalgie ? Oui / non
Une approche chirurgicale est-elle justifiée ? Oui / non

Récapitulatif

Afin de mieux souligner le respect et l'honneur de la sagesse antique d'Extrême Orient, aucune nouvelle nomenclature n'a été développée. Les termes consacrés par l'usage tels que méridien et acupoint ainsi que les noms consacrés ont été gardés. De nouveaux noms ne sont pas nécessaires pour cette nouvelle technique d'examen diagnostic. Bien au contraire. Garder la nomenclature antique établie en Extrême Orient pour les acupoints facilite les discussions avec les acupuncteurs expérimentés et encourage aussi la profession de la médecine occidentale à accepter les connaissances d'Extrême Orient. Ceci est dit sans arrière-pensées ou intention de dénigrer les accomplissements des chercheurs qui travaillent aussi dans ce domaine.

La forte demande pour une nouvelle médecine globale se voit couronnée de succès par l'intervention chirurgicale du quadrant qui en représente l'aboutissement. Elle permet de soulager ce qui semble être une affliction mentale grâce à une intervention chirurgicale du système nerveux périphérique (SNP).

Liste des littératures

Bauer JA: FMS - The Fibromyalgia Syndrome (FMS) (since 2004)

The actual issue of Fibromyalgia Patient's Guide, free of charge, can be requested under: office@fms-bauer.com

Bauer JA: Fibromyalgia – Healing is possible. Trafford Publishing (UK) Ltd. (2008)

English Translation of the Original Book Fibromyalgie - Heilung ist möglich

© Droemersch Verlagsgesellschaft Th. Knaur Nachf. GmbH & Co. KG, München (2002)

Bauer JA: Pathological Findings and Clinical Outcomes Study of 101 Fibromyalgia Patients Treated by Quadrant Pain Intervention. *Frontier Perspectives* 15 (2) 35-41
The Center for Frontier Sciences at Temple University, Philadelphia, USA (2007)

Wormer EJ, Bauer JA (Ed.): *Gesundheit, Vitalität und Lebensfreude*,
12 Volumes, Helmut Lingen, Köln (2006)

Bauer JA (Ed.): *Audiovisual Lecture about Fibromyalgia, Allodynia and the Somatoforme Pain-Disturbances*. DVD, English, German, French (2006)

Wormer EJ, Bauer JA (Ed.): *Neues Grosses Lexikon, Medizin und Gesundheit*.
CD-ROM, EMMI SA Group, Berlin (2004 - 2006)

Bauer JA: *Fibromyalgie - Heilung ist möglich*. Weltbild, Augsburg
(2005, 2006, 2007)

Bauer JA: *Fibromyalgie - Körper ohne Schmerz*. Erd Verlag, München
Volume II of the Bauer Book (2005)

Bauer JA: *Fibromialgia, la scoperta risolutiva contro il dolore*. Casa Editrice Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli - Roma (2005)

Wormer EJ, Bauer JA (Ed.): Neues Grosses Lexikon, Medizin und Gesundheit
Helmut Lingen, Köln (2004)

Dung HC, Acupuncture: An Anatomical Approach / Dung Houchi, Curtis P. Clogston
and Joeming W. Dunn, CRC Press LCC, Boca Raton FLA (2004)

Bauer JA: La fibromyalgie : En guérir c'est possible. Guy Trédaniel Éditeur, Paris (2004)

Bauer JA (Spon.): Surgical procedure as a cure for intractable fibromyalgia syndrome
of long duration. MYOPAIN World Congress, The International MYOPAIN Society (IMS)
Sixth International Scientific and Clinical Meeting, München (2004)

Bauer JA (Spon.): A New Method for Diagnosis and Therapy of Fibromyalgia Syndrome
(FMS). Presentation, San Diego, Convention Center (2002)

Bauer JA: Fibromyalgie - Heilung ist möglich
Droemersch Verlagsgesellschaft Th. Knauer Nachf. GmbH & Co. KG, München (2002)

Bauer JA: Ein neuer Denkansatz in Sachen Fibromyalgie
Presentation, 9. Jahrestagung der Österreichischen Schmerzgesellschaft, Velden/
Wörthersee, Austria (2001)

Bauer J, Heine H: Acupuncture Points and Quadrant Pain
Diagnostic Procedure and Causal Relations. Biol Med 29(6) 282-288 (2000)

Bauer J, Heine H: Possibilities of Surgical Intervention in Case of Fibromyalgetic Pain
(Back and Lower Extremities). Connections with Acupuncture Points
Biol Med 28(3) 135-141 (1999)

Bauer J, Heine H: Acupuncture points and Fibromyalgia
Possibilities of Surgical Intervention. Biol Med 27(6) 257-261 (1998)

Pongratz DE, Späth M, Fibromyalgie, Akt Neurol 25: 13-18
Georg Thieme Verlag KG Stuttgart New York (1998)