

La Myofasciite à Macrophages

Une nouvelle entité clinique ?

PATRICK CHÉRIN

Si la biopsie est le seul élément pathognomonique, les examens cliniques et biologiques permettent de distinguer objectivement la myofasciite à macrophages de la fibromyalgie et du syndrome de fatigue chronique idiopathique. Alors qu'attend-t-on pour enseigner cette nouvelle entité pathologique ?

MOTS CLÉS

Aluminium
Kinésithérapie
Muscle
Myofasciite à macrophages
Syndrome de fatigue chronique
Vaccin

En 1996, le Groupe d'Etudes et Recherche sur les Maladies Musculaires Acquises et Dysimmunitaires (GERMMAD) rapportait les observations de patients souffrant d'une nouvelle entité à tropisme fascio-musculaire, dont l'aspect histologique n'avait jamais été rencontré jusqu'à présent, et dénommée myofasciite à macrophages (MFM). Depuis son apparition en 1993 (premier cas observé à Bordeaux), cette nouvelle affection a été enregistrée avec une incidence croissante dans les principaux centres de myopathologie français [1, 2]. En décembre 2007, plus de 900 observations de myofasciite à macrophages ont été colligées.

Description clinique

L'âge des patients au moment du diagnostic est variable, mais la MFM touche dans la grande majorité des cas des sujets adultes (âge moyen : 40 ans) [1, 2]. De nombreuses observations ont été rapportées dans la littérature internationale, chez des jeunes enfants ou des adolescents [3-6]. Le sex ratio ne montre pas de prépondérance significative d'un sexe.

Le tableau clinique associe typiquement arthromyalgies à prédominance périphérique et asthénie chronique.

Les arthromyalgies chroniques, d'intensité variable (modérées à sévères) constituent la principale manifestation, révélant la maladie dans 85 à 95 % des cas. Les algies sont d'abord localisées à un membre ou aux membres inférieurs dans 80 % des cas. Les algies prédominent aux membres, notamment membres inférieurs, parfois aggravées à l'effort. Les douleurs axiales et les lombalgies sont rares, notées chez moins de 20 % des patients. L'examen clinique retrouve la notion de fatigabilité musculaire mais sans déficit moteur net. On observe chez seulement 20 % des MFM, les points douloureux caractéristiques de fibromyalgie permettant cliniquement de distinguer la MFM de la fibromyalgie primitive.

Une asthénie intense, chronique, avec fatigabilité musculaire au moindre effort, sans autre étiologie retrouvée, est notée dans 90 % des cas. Cette asthénie chronique évolue par phases, sans facteur aggravant ou déclenchant notable et se caractérise par un épuisement très rapide à l'effort modéré. L'intensité des douleurs associées et les anomalies histologiques musculaires permettent de le distinguer du syndrome de fatigue chronique idiopathique.

« Certaines anomalies aux examens complémentaires permettent de conforter l'origine organique de la MFM et de la différencier de la fibromyalgie ou du syndrome de fatigue chronique idiopathique. »

Service de Médecine Interne I, CHU Pitié-Salpêtrière
47, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris.
E-mail : patrick.cherin@psl.aphp.fr

Article commandé le : 18/09/2007

Article reçu le : 21/03/2008

Article relu le :

1^{er} relecteur : 27/03/2008

2^e relecteur : 29/03/2008

3^e relecteur : 01/04/2008

Article accepté le : 02/04/2008

La troisième manifestation clinique très fréquemment observée est l'existence de troubles du sommeil [7, 8] là aussi distinctifs des anomalies observées dans la fibromyalgie ou dans le syndrome de fatigue chronique idiopathique. Une plainte du sommeil est notée chez 77 % des patients avec une somnolence diurne dans 40 % des cas à l'échelle d'Epworth. A l'enregistrement polysomnographique nocturne, les principaux troubles du sommeil observés sont des myoclonies nocturnes

(mouvements stéréotypés rythmiques des membres inférieurs de 0,5 à 5 secondes, toutes les 20 à 40 secondes, notées dans 40 % des cas et un syndrome des jambes sans repos, notées chez 50 % des cas. Une carence martiale était fréquemment retrouvée. La recherche d'une autre étiologie à ces anomalies du sommeil (diabète, neuropathie, insuffisance rénale, etc.) était négative. La survenue de myoclonies nocturnes pendant les stades III et IV du sommeil est responsable d'une désorganisation de l'architecture et d'une fragmentation du sommeil et donc d'un sommeil de qualité insuffisante pouvant participer à l'asthénie sévère ressentie. Il s'y associe très fréquemment des troubles cognitifs portant notamment sur la mémoire de travail, la concentration [9], indépendamment de l'existence de troubles anxieux ou thymiques aux bilans cognitifs réalisés [9]. Enfin, l'association à une affection démyélinisante du système nerveux central a été rapportée [10].

« L'aluminium constitue le seul métal non physiologiquement présent dans l'organisme à la naissance. »

Les examens complémentaires

Les examens complémentaires simples sont fréquemment contributifs. Une augmentation des enzymes musculaires (CPK) est observée dans 30 % des cas dans les différentes publications parues. Un syndrome inflammatoire est inconstant (moins de 30 % des patients). Les différentes sérologies ne montrent pas d'affection évolutive. La recherche de différents auto-anticorps montre la présence de stigmates d'auto-immunité chez 15 à 35 % des patients, notamment à type de facteurs anti-nucléaires, anticorps anti-phospholipides, anticorps anti-thyroïdiens généralement à

des taux modérés. L'électromyogramme est de type myopathique chez 20 % des patients.

Ces anomalies biologiques ont été confirmées par l'enquête cas-contrôle de l'Afssaps (rapport complet d'octobre 2003) [11], comparant 26 patients avec MFM à 96 sujets contrôles, dont 30 % (29 patients) avait une myopathie génétique ou auto-immune confirmée. Selon les résultats de l'enquête de l'Afssaps: 10 des 26 patients MFM (38,5 %) avaient un syndrome inflammatoire persistant versus 7 (7,3 %) des patients contrôles ($p < 0,02$). 23,1 % des MFM (6/26) avaient une rhabdomyolyse chronique avec des CPK significativement élevées versus 31 % des patients contrôles comportant un tiers de myopathie (NS) [11]. 23 % des MFM avaient des facteurs anti-nucléaires positifs $> 1/160e$ versus 9,4 % des patients contrôles comportant des myopathies auto-immunes (à comparer aux moins de 5 % de la population générale) ($p < 0,05$). Enfin, l'électromyogramme était de type myogène chez 25 % des MFM, comparable (28,1 %) à la population contrôle (dont 30 % de myopathies) [11]. L'importance de ces anomalies aux examens complémentaires, qui ont été négligées lors de la conclusion de ce rapport, permettent de conforter l'origine organique de la MFM et de la différencier de la fibromyalgie ou du syndrome de fatigue chronique idiopathique, qui, par définition, ont des examens complémentaires normaux.

La résonance magnétique nucléaire musculaire de la ceinture scapulaire, réalisée très à distance de tout geste traumatique local (EMG, biopsie, injection, etc.), montre chez certains patients, un hypersignal en séquences fat-sat, STIR ou Gadolinium, témoignant de phénomènes inflammatoires locaux persistants (figures 1 et 2).

La scintigraphie au Gallium 67 peut montrer une fixation homogène des muscles proximaux et distaux des membres, notamment inférieurs, dans la MFM [12]. Ces fixations ne sont en règle pas observées dans la fibromyalgie [12]. Cependant la difficulté d'interprétation de cette scintigraphie limite son indication.



Figure 1. Hypersignal localisé du muscle deltoïde en séquence STIR chez un patient atteint de MFM.



Figure 2. Femme de 52 ans, MFM, IRM deltoïde, 5 ans après vaccination.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2625117>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2625117>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)