

COS'E' LA FIBROMIALGIA

A cura del Dr Giuseppe Paolazzi

UO Reumatologia

Ospedale Santa Chiara Trento

La sindrome fibromialgica è una forma comune di dolore muscoloscheletrico diffuso e di affaticamento (astenia)

associata alla dolorabilità alla palpazione di specifici punti dolorosi chiamati punti tender (tender points). Il dolore muscolare diffuso, che è una componente della sindrome fibromialgica, è un problema comune e fonte di importante disabilità nella popolazione generale. La sua prevalenza è stimata tra il 4 ed il 13%. La prevalenza della fibromialgia è del 2-4%. Si può dire che ne sono affetti circa 1,5-2 milioni di italiani. Il termine fibromialgia significa dolore nei muscoli e nelle strutture connettivali fibrose (i legamenti e i tendini). Questa condizione viene definita "sindrome" poiché lo stesso paziente può avere segni (ciò che il medico riscontra alla visita) e sintomi (ciò che il malato riferisce) contemporaneamente presenti nello stesso paziente e tra loro diversi. Il paziente può cioè avvertire, oltre al dolore diffuso ed alla stanchezza, una altra serie di disturbi che riguardano non solo l'apparato muscolo scheletrico ed avere, oltre la dolorabilità dei punti tender, anche altre obiettività rilevabili alla visita del medico. Le più comuni affezioni che vengono riscontrate nei pazienti fibromialgici sono la sindrome da stanchezza cronica (nel 21-80%) una sindrome caratterizzata in particolare da stanchezza grave inspiegata e persistente che dura da oltre sei mesi, la sindrome del colon irritabile (nel 32-80%) caratterizzata da dolore funzionale addominale accompagnato da alternanza di diarrea e stitichezza perdurante da oltre tre mesi, il dolore temporo-mandibolare (nel 75%) caratterizzato da ricorrenza di dolore e/o limitazione a livello della articolazione temporo mandibolare; altre manifestazioni riscontrabili nei pazienti fibromialgici sono la cefalea da tensione, la sindrome da ipersensibilità chimica multipla (il paziente ha ipersensibilità ad agenti chimici ed odori particolari), la cistite interstiziale caratterizzata da segni di cistite ricorrenti con negatività delle colture per germi, il dolore pelvico cronico (dolore ed ipersensibilità a livello pelvico e degli organi genitali) ed anche il dolore miofasciale cronico localizzato.

La fibromialgia spesso confonde poiché alcuni dei suoi sintomi possono essere riscontrati in altre condizioni cliniche comprese alcune forme reumatiche infiammatorie quali le artriti croniche e le connettiviti.

Un tempo questa malattia veniva chiamata fibrosite. Questo termine peraltro è improprio perché evoca la presenza di una infiammazione che è assente in questa sindrome. La fibromialgia non è infatti una sindrome infiammatoria; non sono presenti artriti, articolazioni cioè infiammate (rigonfie, dolenti e calde). Talora il paziente può avere la sensazione di rigidità, di gonfiore articolare e di algie articolari ma in realtà non c'è infiammazione e quindi non c'è nemmeno evoluzione verso deformazioni articolari.

La fibromialgia interessa principalmente i muscoli e le loro inserzioni sulle ossa e rappresenta quindi una forma di reumatismo extra-articolare o dei tessuti molli diffuso. La sindrome fibromialgica manca di alterazioni di laboratorio; non ci sono segni di infiammazione nel sangue come non ci sono alterazioni degli esami di auto-immunità. La sua diagnosi è una diagnosi clinica, basata essenzialmente sulla tipologia dei sintomi che il paziente riferisce al medico associata, come già detto, alla positività di almeno 11 dei 18 punti dolorosi specifici della malattia. Se tale sindrome veramente sia reale è stato un problema molto dibattuto. Molti la considerano ancora un non problema od un problema psicologico-psichiatrico.

Negli ultimi 10 anni, tuttavia, essa è stata meglio definita attraverso studi che hanno stabilito le linee guida per la diagnosi. Questi studi hanno dimostrato che certi sintomi, come il dolore muscoloscheletrico diffuso e la presenza di specifiche aree dolorose alla digitopressione (tender

points) sono presenti nei pazienti affetti da sindrome fibromialgica e non comunemente nelle persone sane o in pazienti affetti da altre patologie reumatiche dolorose. La fibromialgia rappresenta quindi un problema reale, che si lega a peggioramento della qualità di vita di chi ne è affetto e spesso ad alterazione dei rapporti familiari, a costi importanti per esami, visite, ricerca di terapie. Il dolore che il paziente riferisce è maggiore di quello riferito dai pazienti con artrite reumatoide o con osteoartrosi configurandosi quindi come malattia molto impattante dal lato sociale.

Quale prevalenza? C'è differenza di genere?

La prevalenza della fibromialgia è nettamente più alta nel sesso femminile con un rapporto femmine maschio di 20:1. La fibromialgia colpisce uomini e donne di media età con un incremento sopra i 50-59 anni. Alcuni studi indicano la più alta prevalenza nel gruppo di età compreso tra i 59 e 74 anni. L'alta prevalenza nei gruppi di età avanzati, potrebbe essere spiegata anche da un accumulo di casi in queste classi di età considerata la cronicità del disturbo, comunque benigno. La fibromialgia può peraltro colpire anche soggetti in età più giovane compresi adolescenti e bambini. La prevalenza nel gruppo di età tra i 9 e 15 anni è stimata del 1.2% con alcuni studi indicativi di prevalenza maggiore.

La motivazione della maggiore prevalenza nel sesso femminile non è chiara.

Non ci sono studi che dimostrino relazione tra fibromialgia e lunghezza del ciclo mestruale, uso di contraccettivi orali e durata del loro uso; non è stata dimostrata relazione con l'età della menopausa. Certamente gli estrogeni hanno un ruolo importante nella modulazione del dolore come pure un ruolo importante lo ha la ridotta produzione del testosterone presente nel sesso femminile. Probabilmente la differenza tra i due sessi va ricercata in una interazione tra fattori genetici, biologici, psicologici e socio culturali diversi nei due sessi.

Le donne hanno comunque più dolore cronico degli uomini. Ampi studi lo dimostrano. In parte questa differenza di genere è data dalla maggiore prevalenza di alcune sindromi dolorose nel sesso femminile; la maggiore incidenza di alcune sindromi dolorose nel sesso femminile rimane tuttavia ancora non spiegata. Le donne hanno maggiore attenzione al sintomo dolore, maggior sensibilità, riconoscono il dolore più precocemente, hanno un corredo ormonale diverso che ne influenza la ricezione e la modulazione, presentano anche sperimentalmente una maggiore sensibilità al dolore; nella donna è inoltre differente la modulazione del dolore legata al sistema oppioide per un minore rilascio di oppioidi endogeni con azione inibitrice sullo stimolo doloroso. Anche le differenze anatomiche (vagina ed utero come porta di entrata di agenti esterni che possono causare sensibilizzazione midollare dolorosa) possono giocare un ruolo nella maggior percezione del dolore. Appare peraltro evidente come la sola biologia non può spiegare tutto il problema della differenza di genere.

Quali i segni e sintomi?

Il dolore è il sintomo predominante della fibromialgia. E' un dolore spesso totale anche se talora può essere riferito in zone localizzate (collo, colonna dorsale, lombare, torace, arti, altre sedi) per poi diffondersi in altre sedi. Il dolore può essere avvertito a dx o a sx, sopra e sotto la cinta. E' un dolore bruciante, lancinante, a fitte, come qualcosa che morde, che disturba; è descritto con gli aggettivi più catastrofici e particolari; spesso il paziente descrive contratture muscolari, fascicolazioni (vibrazioni del muscolo), sensazioni di rigidità, di formicolio, di gonfiore. Non è infrequente che il paziente descriva prima un dolore localizzato (alla colonna, alle spalle, alle gambe, alle ginocchia) per poi riferirne la sua diffusione con sensazione anche di irrigidimento, di deficit della funzione, di impegno di tutto il corpo. Il dolore può essere favorito da qualsiasi oggetto che stringa, che schiacci, che avvolga, come calze, maglie, vestiti, gioielli. Il paziente descrive spesso tensione ai muscoli, sensazione di gambe senza riposo, specie durante il riposo notturno. Il dolore può essere avvertito anche al torace, come "fitte al cuore" di intensità tali da togliere il respiro; può essere favorito da posizioni particolari, da movimenti ripetitivi e posture obbligate (tipo di lavoro). Il paziente può descrivere artralgie alle mani e ad altre articolazioni con sensazione di

gonfiore e limitazione della funzione, caratteristiche spesso confondenti e che potrebbero orientare erroneamente verso forme di reumatismi infiammatori. Una accurata anamnesi e una precisa attenzione alla tipologia dei sintomi riferiti orientano peraltro in maniera corretta la diagnosi. Il dolore può variare di intensità nell'ambito dei diversi momenti della giornata, può essere favorito dai cambiamenti meteorologici; può essere avvertito maggiormente in relazione a situazioni stressanti, a stati di tensione, a momenti particolari della vita, a sovraccarichi di lavoro, a stress psichici. In alcuni pazienti può assumere le caratteristiche della iperalgesia (presenza di dolore eccessivo per lo stimolo che lo ha generato) e della allodinia (presenza di dolore per stimoli che in genere non provocano dolore). Difficilmente il paziente ha periodi senza dolore anche se possono esserci periodi di maggior benessere. Il dolore si accompagna alla positività dei punti dolorosi come bene evidenzia la visita clinica. La mappa dei punti dolorosi (tenders) è stata individuata con chiarezza.

Altro sintomo fondamentale, quasi sempre presente, è la stanchezza che può essere totale, talmente invalidante da costringere il paziente a letto per lunghi periodi della giornata. La sindrome da stanchezza cronica ne è l'estremo. Spesso lavori anche non eccessivi o una attività fisica moderata causano astenia, motivo per il quale il paziente fibromialgico tende a non muoversi e ad abbandonare l'attività motoria. Come già accennato possono essere presenti altri segni e sintomi. La cefalea muscolo tensiva ed anche l'emigrania sono frequenti; è comune la presenza di disturbi del sonno con sonno agitato, non ristoratore e risveglio precoce. Sono comuni i sintomi legati al colon irritabile con dolori addominali ed alternanza di stitichezza e diarrea, i disturbi vescicali con minzioni frequenti e bruciore urinario, la tensione genitale con fastidio al solo tocco. Spesso i pazienti riferiscono difficoltà di concentrazione, peso toracico, ansia, depressione, sensazione di non farcela e di inadeguatezza. Ci può essere sensazione di deglutire male, senso di soffocamento.

E' ovvia quindi la preoccupazione del paziente e dei famigliari di fronte a tale insieme di sintomi con la successiva richiesta di continui esami di laboratorio e strumentali, spesso ripetuti, fonte di errori diagnostici e di terapie inutili.

Il tutto è aggravato dallo scetticismo di molti medici verso l'effettiva presenza di questa sindrome (una malattia che non c'è) con giudizi sommari di tipo "psichiatrico", "nevrotico" nei confronti di questi pazienti e conseguente frustrazione e sensazione di nullità generata negli stessi.

Esistono dei criteri diagnostici?

Il problema della diagnosi differenziale.

Esistono precisi criteri diagnostici per la fibromialgia fissati dal Collegio dei Reumatologi Americani (ACR) nel 1990.

Tali criteri si basano sulla presenza di dolore diffuso da almeno tre mesi definito come un dolore presente da entrambi i lati del corpo (a dx e a sx) , sopra e sotto la cinta associato a dolore di colonna (cervicale, parete toracica anteriore, colonna dorsale e lombare) e dalla presenza di dolorabilità in 11 dei 18 punti dolorosi (tender) definiti. La positività di tali punti è considerata tale se una palpazione eseguita con una forza di circa 4 kg risveglia dolore (è la forza che sbianca l'unghia premendo sul punto doloroso). Peraltro nel fibromialgico molti altri muscoli o aree di inserzione di tendini e legamenti possono essere dolenti. I tender points possono essere talora dolenti alla sola lieve digitopressione o al solo sfioramento.

MAPPA DEI TENDER



OCCIPITE (bilaterale, all'inserzione del muscolo sott'occipitale)

TRAPEZIO (bilaterale, al punto mediano del margine superiore del muscolo trapezio)

SECONDA COSTA (bilaterale, alla seconda sicondrosi costocondrale, appena a lato delle giunzioni

sulla superficie superiore delle coste)

GRANDE TROCANTERE (bilaterale, posteriormente alla prominenza trocanterica)

GINOCCHIO (bilaterale, in corrispondenza del cuscinetto adiposo mediale del ginocchio, in sede prossimale rispetto alla linea articolare)

CERVICALE (bilaterale, superficie anteriore dei legamenti intertrasversari C5-C7)

SOVRASPINATO (bilaterale, all'origine del muscolo sovraspinato, al di sopra della spina scapolare, in prossimità del margine mediale della scapola)

EPICONDILO LATERALE (bilaterale, punto situato 2 cm al di sotto dell'epicondilo laterale)

GLUTEO (bilaterale, punto situato su quadrante superoesterno della natica, nella plica anteriore del grande gluteo).

La diagnosi di fibromialgia è quindi una diagnosi clinica, che si basa cioè su quello che dice il paziente e sulla obiettività (i punti tenders) riscontrata alla visita clinica. Non è una diagnosi che si fa con gli esami di laboratorio o con gli esami strumentali. Non è nemmeno una diagnosi di esclusione, una diagnosi cioè che si fa escludendo la presenza di altre malattie. Certo è che i sintomi riferiti dal paziente possono trarre in inganno orientando verso altre diagnosi o facendo diagnosticare come fibromialgici pazienti affetti da altre affezioni anche più gravi. E' comune vedere eseguite moltissime indagini anche invasive, spesso ripetitive, prima che si giunga ad un inquadramento diagnostico preciso. È quindi molto importante che il medico di base sappia, nel sospetto, indirizzare il paziente verso lo specialista reumatologo, medico che si farà poi carico di una diagnostica più orientata e della gestione del paziente. Una attenta anamnesi e un esame obiettivo accurato possono nella maggior parte dei casi escludere altre condizioni cliniche di dolore cronico e di astenia.

La diagnosi differenziale va posta verso affezioni reumatologiche e non che possono presentarsi con gli stessi sintomi. Sia il dolore muscolo scheletrico cronico diffuso che la fibromialgia possono associarsi ad altre affezioni: in questo caso il paziente avrà la coesistenza sia della fibromialgia che di un'altra malattia. Le affezioni da porre in diagnostica differenziale con la fibromialgia sono affezioni muscolo scheletriche – reumatologiche, neurologiche, infettive, endocrine, metaboliche, neoplastiche, psichiatriche.

Vari reumatismi, non infiammatori ed infiammatori, vanno differenziati dalla sindrome fibromialgica.

Per quanto riguarda i reumatismi non infiammatori la fibromialgia va posta in diagnostica differenziale con le sindromi dolorose regionali. Sono queste sindromi reumatologiche caratterizzate da dolore, localizzato in una parte del corpo, a partenza dalla struttura articolare, dal tessuto molle periarticolare, dai muscoli o dal sistema nervoso. Varie componenti articolari quali la capsula, i legamenti, i tendini, il tessuto peritendineo, le borse, le entesi (punti di collegamento dei tendini e della capsula all'osso), possono essere interessate; anche il muscolo, i nervi periferici ed il sistema nervoso centrale possono essere sede di partenza di tale tipo di dolore. Si possono avere così sindromi dolorose legate a tendiniti, ad infiammazioni peritendinee, a borsiti, ad entesiti, a contratture muscolari localizzate, a radicolopatie (tipo le radicolopatie da ernia discale), a sindromi da intrappolamento (come la sindrome del tunnel carpale, del tunnel tarsale, della compressione del nervo femoro cutaneo all'inguine, cosiddetta meralgia parestesia, che causa un'area di parestesia alla superficie esterna della coscia); rientrano in questo ambito anche il dolore neuropatico legato alla nevralgia post erpetica, alla neuropatia diabetica, i tic dolorosi ed il dolore legato a neuropatie centrali (che colpiscono cioè il cervello o il midollo spinale) quali il dolore cronico post ictus, il dolore in corso di sclerosi multipla, il dolore da stenosi del canale midollare, il dolore nei pazienti con siringomielia.

Il dolore muscolo scheletrico regionale, localizzato, è la principale causa di morbilità "reumatologica" nella popolazione ed è riferito in particolare alla colonna, alle spalle, alle

ginocchia, alle anche, ai piedi ed alle mani.

Ha varie cause ed è di diversi tipi.



Può essere di tipo “nocicettivo”, termine con il quale si indica un dolore causato da insulti traumatici, termici, chimici con relazione causa effetto tra insulto e danno e con rapporto tra intensità dello stimolo ed intensità della risposta dolorosa; è questo un dolore proveniente in genere dalla cute, dai muscoli, dalle articolazioni, dai tendini e dalle ossa, è limitato nel tempo, ha finalità di allontanamento, di fuga, dall’agente causale di danno e fa conservare la memoria dell’evento dannoso.

Può essere di tipo neuropatico, proveniente cioè da insulti al sistema nervoso periferico o centrale.

Può essere di tipo infiammatorio e di tipo funzionale.

In alcune sindromi dolorose regionali il dolore è presente anche senza causa evidente nocicettiva ed essere quindi legato ad una alterata processazione di stimoli periferici da parte del sistema nervoso centrale; in alcuni pazienti i due processi possono coesistere. Il dolore può assumere caratteristiche di dolore sordo, vago, non localizzabile, talora riferito in sedi distanti dalla sede di danno (irradiato), caratteristiche che possono essere confondenti. Come nella fibromialgia anche in queste sindromi fattori personali sia fisici, che di genere (la donna ne è maggiormente affetta), che genetici, razziali, psicologici, di lavoro, di disagio, di insicurezza, economici, possono influenzarne la percezione, la espressività, la persistenza e la evoluzione in dolore cronico diffuso. La definizione del dolore come una esperienza personale spiacevole legata ad danno attuale o potenziale tissutale e la sua distinzione tra dolore nocicettivo e neuropatico, funzionale ed infiammatorio rende bene la diversa espressione del dolore in questi soggetti.

I pazienti con sindrome dolorosa regionale possono avere dolore intenso, persistente, disabilitante: va riconosciuto, va posta diagnosi corretta, vanno cercati di capire i meccanismi che ne sono alla base e va evitata la cronicizzazione e la progressione verso il dolore muscolo scheletrico cronico diffuso, verso un dolore cioè non più sintomo ma esso stesso malattia. La valutazione clinica permetterà di distinguere se trattasi di disturbo regionale legato ad un problema “nocicettivo” con dolore tipicamente presente durante l’attività fisica o subito dopo, spesso legato a specifiche attività od a particolari lavori, spesso presente (se muscolare), uno o due giorni dopo una eccessiva attività ed avvertito come debolezza, fatica, rigidità localizzate nell’area specifica o dolore neuropatico, più frequente, avvertito come sensazione di parestesie, di formicolio, di bruciore, di qualcosa di elettrico in un territorio specifico. Non c’è un tempo specifico di maggior espressione del dolore neuropatico ma lo stress, l’emozione, la stanchezza e situazioni personali possono peggiorarlo. Una valutazione clinica attenta permetterà di definire bene il tipo di affezione e di escludere problematiche cliniche diverse. Anche l’assenza di febbre, di perdita di peso, di sudorazione notturna, l’assenza di storia clinica di malattie particolari infiammatorie, tumorali, neurologiche sono importanti nell’inquadramento del disturbo.

Va posta attenzione anche alla differenziazione dei punti tenders (dolorosi), tipici della fibromialgia, dai punti “trigger”. Questi sono rappresentati da zone di muscolo o di fasce muscolari che si presentano dolenti (spesso duri) alla palpazione; la palpazione, o meglio la compressione o la pinzatura della zona suscitano dolore in un’area bersaglio (cosiddetta “target” area o area di riferimento) con possibili contrazioni o fascicolazione localizzate nella stessa area. Questo tipo di dolore regionale, scatenato dalla palpazione dei punti “trigger”, è tipico del reumatismo miofasciale.

Parlando sempre di affezioni muscolo scheletriche non infiammatorie, la fibromialgia si associa spesso alla sindrome da iperlassità legamentosa, in particolare nei bambini e negli adolescenti. Molti studi hanno evidenziato tale associazione evidenziando come molti soggetti con sindrome da iperlassità siano fibromialgici e come molti fibromialgici abbiano iperlassità, fatto non presente in

altre malattie reumatiche. Il dato anatomico-funzionale rappresenterebbe quindi un fattore di rischio.

Altre malattie reumatologiche, di tipo infiammatorio autoimmune (legate cioè a meccanismi che coinvolgono il nostro sistema di difesa immunitario che invece di difendere in questi casi reca danno a tessuti dell'organismo), possono entrare in diagnosi differenziale. I pazienti con sindrome fibromialgica hanno astenia persistente, riferiscono spesso gonfiore e rigidità articolare, lamentano artralgie, rachialgie, localizzano il dolore come a sede articolare, hanno parestesie periferiche, lamentano secchezza dell'occhio e della bocca ed altri disturbi che possono fare sospettare la presenza di connettiviti o di malattie articolari croniche infiammatorie come l'artrite reumatoide o altri reumatismi infiammatori.

In particolare per quanto riguarda le connettiviti va posta diagnosi differenziale con le connettiviti indifferenziate, con il LES, con il morbo di Sjogren e con le miositi infiammatorie. Per quanto riguarda le artriti con le artriti indifferenziate, con l'artrite reumatoide, con le artriti sieronegative e con le forme reattive ad agenti infettivi.

Alcuni pazienti fibromialgici, come già detto, possono avere associazione tra le malattie. In particolare il Sjogren si associa di frequente alla sindrome fibromialgica. Alcuni pazienti con sola fibromialgia possono avere alcuni esami autoimmunitari come gli ANA ed il FR positivi. In genere sono positività a basso titolo prive di reale significato in un contesto clinico che escluda malattie specifiche. La diagnosi di una malattia reumatica è una diagnosi clinica che poggia cioè sulla storia, sui sintomi e segni clinici del paziente e non sul singolo dato di laboratorio. È comunque non infrequente che sia posto inizialmente il sospetto di una forma indifferenziata infiammatoria. Il decorso clinico chiarirà peraltro poi la diagnosi precisa.

Va posta diagnosi differenziale con alcune malattie causate da agenti infettivi, come il virus dell'epatite C che determina spesso una serie di manifestazioni cliniche anche reumatologiche compresa la sindrome fibromialgica, o come la borelliosi di Lyme, malattia legata alla puntura di una zecca.

Da ricordare infine la necessità di escludere la presenza di tiroiditi, di ipotiroidismo e altri disturbi endocrini come le disfunzioni delle ghiandole paratiroidi e di altre disendocrinopatie.

La diagnosi differenziale verso malattie neurologiche di tipo autoimmune come la sclerosi multipla deve essere precisa come la diagnosi differenziale verso forme tumorali maligne che possono manifestarsi anche con segni inizialmente sfumati. Esistono, come già spiegato, delle "red flags" (segni di allarme) che orientano il medico verso una diagnostica differenziale corretta.

Il paziente fibromialgico non deve preoccuparsi; un medico esperto conosce questi problemi. Una volta confermata la diagnosi di fibromialgia va proseguito il controllo clinico ed il programma terapeutico evitando la trasformazione personale di ogni sintomo verso la presunta presenza di una malattia grave. A mio parere la visione "tecnicista" molto "contemporanea" della medicina, dove tutto deve essere relazionato a qualcosa di dimostrabile con "una macchina" o comunque con uno strumento analitico per essere presente e reale, visione presente spesso anche negli stessi malati, non facilita un approccio sereno ad una malattia che "non c'è" se guardiamo il dato strumentale. Il concetto che uno ha qualcosa se è dimostrato con gli esami va superato. Molti aspetti del nostro "male" sono legati a meccanismi non quantificabili con un dato analitico. Anche la definizione di gravità, in tutti noi presente, come qualcosa che può fare morire (la paura della morte è insita nell'animo umano) facilita nei medici, nelle persone vicine al paziente, l'atteggiamento di disconoscimento della sindrome fibromialgica come problema serio e reale; probabilmente anche lo stesso paziente spesso inconsciamente vive questo problema ed è alla spasmodica ricerca di qualcosa di strumentale che documenti la malattia. Nasce da questo non riconoscere la malattia come problema "reale" in quanto non dimostrato con "qualcosa di tecnicistico" l'atteggiamento di compatire più che capire il paziente.

Il problema della stanchezza e i disturbi del sonno.

Circa il 90% dei pazienti affetti da sindrome fibromialgica riferisce affaticamento. Tale affaticamento può essere così severo e limitante da portare il paziente ad abbandonare ogni attività fisica e di svago e passare gran parte della giornata a letto. La fatica può essere distruttiva. Il paziente fibromialgico ha la sensazione che qualsiasi attività fisica lo affatichi e lo peggiori; la sua resistenza alla fatica è molto ridotta; alcuni capiscono che una attività fisica regolare gli migliora ma avvertendo spossatezza dopo l'attività fisica anche non massimale tendono ad abbandonarla. La stanchezza, in alcuni pazienti, può essere il sintomo preminente, più limitante del dolore diffuso. Tali pazienti possono essere diagnosticati come affetti da sindrome da affaticamento cronico (CFS). I confini tra sindrome fibromialgica e sindrome da affaticamento cronico sono labili, trattandosi verosimilmente dello stesso problema con i sintomi preminenti (astenia- dolore), che fanno propendere per una diagnosi rispetto ad un'altra; spesso può risultare difficile distinguere le due condizioni o può essere fatta diagnosi differente in momenti differenti.

La maggior parte dei pazienti affetti da sindrome fibromialgica riferisce inoltre disturbi del sonno con sonno non ristoratore. Il paziente può non trovare difficoltà ad addormentarsi ma ha un risveglio precoce con difficoltà poi al riaddormentamento. E' un po' quello che succede anche a soggetti non fibromialgici in situazione di stress prolungati. Il risveglio precoce e la conseguente stanchezza mattutina sono campanelli di allarmi di queste condizioni. Talora il paziente ha invece continui risvegli con sonno molto leggero. Pare assente nel fibromialgico la fase REM del sonno ristoratore. L'assenza della fase profonda del sonno può alterare importanti funzioni del corpo ed alterare la percezione del dolore. È molto interessante, a questo proposito, il nesso tra la sindrome fibromialgica e la sindrome delle apnee notturne spesso presenti nello stesso paziente. Tale sindrome porta il paziente ad avere sonno rumoroso (russante) con periodi di apnee (mancanza di respiro) anche prolungate con ripresa poi di respiro; il paziente ha poi problemi di addormentamento incoercibile durante il giorno. E' dimostrato in questi pazienti un maggior rischio cardiovascolare (aritmie o altri disturbi) oltre che un maggior rischio di incidenti traumatici (automobilistici o di altro tipo); è quindi presente una maggiore mortalità. In entrambi le sindromi il paziente al risveglio si sente molto affaticato, come se non avesse dormito.

Fattori di rischio per la fibromialgia. Fibromialgia e depressione.

Il fattore di rischio principale per avere una sindrome fibromialgica è sicuramente il sesso femminile. I dati di prevalenza e di incidenza di questa sindrome, nettamente maggiore come già detto nel sesso femminile, ne sono la conferma; la motivazione peraltro non è chiara. Non sono stati ancora definiti precisi fattori genetici predisponenti; alcuni dati orientano in tal senso compresa la possibile presenza di sindrome fibromialgica nei componenti della stessa famiglia; l'influenza dei fattori ambientali ha comunque un ruolo verosimilmente maggiore.

Fattori socio culturali sono importanti nel suo sviluppo; la fibromialgia mostra una relazione inversa con il livello di educazione, appare maggiormente associata a pazienti con problemi famigliari come l'essere divorziato-a,

con l' avere problemi fisici che incidano sulla personale autostima, con gli eventuali trascorsi di "abuso" psichico e sessuale specie in età adolescenziale e giovanile, con

l'essere un immigrato o disadattato, con il vivere in aree socialmente depresse, con il non avere motivazioni sociali adeguate, con l' avere un tipo di lavoro manuale non gratificante. Anche la personalità del singolo è predisponente specie se condiziona una visione passiva degli eventi. Il ruolo dei fattori meccanici, delle posture scorrette, di fattori antropometrici personali, di fattori esterni meccanici come movimenti ripetitivi, vibrazioni, sono stati valutati trovando spesso correlazione con il successivo sviluppo di dolore muscolo scheletrico prima localizzato, poi diffuso ed infine di fibromialgia. Un trauma, anche non grave come il colpo di frusta, può essere descritto come origine dei disturbi; le circostanze del trauma possono anch'esse avere un ruolo favorente. La lombalgia benigna cronica, attribuita spesso a lavori particolari e poco apprezzati dal paziente, può

essere un fattore favorente; in maniera simile anche dolori muscolo scheletrici regionali, localizzati, persistenti o recidivanti possono rappresentare il primo esordio di un dolore che poi diventa diffuso specie se si inserisce in una personalità particolare o in un contesto personale socio-culturale ed ambientale favorente. Il ruolo delle infezioni nello sviluppo della fibromialgia è stato molto studiato. Molti pazienti riferiscono l'esordio della malattia dopo infezioni virali, compresa l'infezione da virus C. Solo una minoranza di pazienti peraltro riportano male di gola, ingrossamento dei linfonodi, febbre prima dell'esordio. Interessante è il fatto che una infezione virale come trigger di malattia è stata proposta anche nella sindrome da stanchezza cronica. La presenza di depressione è un fattore predittivo per lo sviluppo di dolore muscolo scheletrico cronico e della fibromialgia. Circa il 30% dei fibromialgici hanno problemi di depressione e questa comunque rappresenta un fattore di peggioramento. Anche l'ansia è comune. Molto spesso, peraltro, sia la depressione che l'ansia sono reattive, secondarie, al dolore cronico, alla presenza di un dolore persistente in grado di peggiorare a volte anche drammaticamente la qualità di vita. Si crea così un circolo vizioso tra dolore- depressione- ansia- maggior dolore-maggior ansia e depressione distruttiva per il paziente. Il paziente sta male ed ha la sensazione di non essere, ed il più delle volte non lo è, compreso; un semplice sintomo di accompagnamento genera paure; il paziente vive la consapevolezza che è inutile spiegare, perché la percezione del proprio vissuto è negata dal mondo esterno,

Anche i cambiamenti del tono dell'umore o del pensiero sono comuni nella fibromialgia. I pazienti affetti da fibromialgia possono riportare difficoltà a concentrarsi oppure ad eseguire semplici elaborazioni mentali.

Si può dire in sintesi che le situazioni psicologiche-psichiatriche rappresentano un fattore di rischio per lo sviluppo della fibromialgia vista la loro reale presenza in un buon numero di pazienti anche se in alcuni pazienti possono peraltro essere conseguenza della malattia.

Che lo stress psicologico abbia una importanza causale in alcuni pazienti mentre in altri sia la conseguenza della malattia è comunque accertato.

La sindrome fibromialgica non è peraltro né un disturbo psichiatrico, né un disturbo ipocondriaco dai quali va differenziata.

Quali i meccanismi che “mantengono” la fibromialgia?

Abbiamo visto come molti e differenti possano essere i fattori predisponenti o scatenanti la sindrome fibromialgica e come sia difficile pensare che tale sindrome sia generata da una singola causa. Ogni paziente va valutato singolarmente; anche se il singolo spesso non è in grado di identificare specifici fattori scatenanti, l'analisi clinica rileva nella maggior parte dei casi delle precise situazioni favorenti.

Sono stati proposti molti “modelli” per spiegare il perché la fibromialgia si “mantiene”. Il modello biomedico ha cercato di spiegare la persistenza della malattia attraverso una visione “biologico-medica” della stessa. Tale visione vedeva in possibili alterazioni muscolari, in disturbi psicologici, in disturbi biologici, in disturbi del sonno, in problemi legati ad una alterata performance fisica, associati alla presenza di una ridotta soglia del dolore le possibili cause della malattia. Peraltro nessuno di questi fattori è stato confermato come causale: i disturbi del sonno, la scarsa forma fisica possono essere fattori di peggioramento, mentre la ridotta soglia del dolore è sicuramente presente nei pazienti.

Il modello bio-psico-sociale è certamente più rispondente alla realtà. Tale modello cerca di vedere la malattia attraverso la co-presenza di vari fattori che associati, con maggiore o minore forza nel singolo individuo, possono spiegare la persistenza del dolore cronico diffuso e della fibromialgia. Sono fattori biologici (alterazioni di mediatori chimici quali i neurotrasmettitori a livello centrale, particolare vulnerabilità dei muscoli a microtraumi ripetuti ed altri), fattori psicologici (personale comportamento di fronte al dolore, capacità di autonomia, capacità di affrontare il dolore, tipo di personalità, personale autostima, senso di abbandono e di mancanza di aiuto), fattori e variabili

socio-culturali (stato civile, problemi coniugali, problemi genitoriali, grado di cultura, disadattamento sociale, esperienze passate di dolore sia personali che vissuti familiari, dinamiche familiari particolari, stress da prestazione sia sportiva che sociale con carico psicologico inadeguato sul singolo soggetto, abusi sessuali e fisici specie in età adolescenziale come già detto), che incidono sul singolo paziente nella espressione clinica di malattia. Molti di questi problemi sono particolarmente importanti nell'adolescente e spiegano l'esordio e la possibile persistenza della fibromialgia nelle classi di età più giovanile. Che ci sia poi nel paziente una alterazione dei meccanismi di trasmissione, modulazione e processazione degli stimoli periferici da parte del sistema nervoso centrale che portano e mantengono il dolore cronico è accertato. Questo significa che sono state dimostrate variabili genetiche e biologiche che fanno in modo che il paziente affetto da fibromialgia abbia più dolore a causa di una maggiore espressione a livello centrale dello stimolo doloroso e della alterata possibilità di modularlo e controllarlo. Le variabili sociali, cognitive, comportamentali, culturali, razziali, sociali rivestono poi molta importanza nel modulare la "spiacevole esperienza" personale del dolore e possono incidere nel processo che porta alla amplificazione del dolore ed alla sua cronicizzazione. Stress, ansia, depressione, credenze e significato attribuito culturalmente al dolore, strategie personali in risposta al dolore (atteggiamento attivo o passivo), grado di autostima, tono dell'umore, situazioni di paura-frustrazione sono tutte situazioni importanti nella singola persona. Nei fibromialgici è alterato, esaurito, anche il sistema di reazione allo stress che rappresenta l'insieme delle reazioni messe in moto dall'organismo per contrastare eventi esterni nocivi. Tale esaurimento, legato ad una eccessiva stimolazione cronica, porta ad una maggiore sensibilità al dolore. Si può avere dolore cronico se i centri dolorosi centrali sono lesi anatomicamente nella loro funzione (come nel dolore cronico post ictus) ma anche se sono anche lesi solo funzionalmente.

SCHEMA RIASSUNTIVO DI INQUADRAMENTO DELLA SINDROME FIBROMIALGICA (dal materiale di informazione della Associazione Italiana Malati fibromialgici)

<p>FM secondaria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Endocrinopatie • Patologie infiammatorie • Post-traumatica 		<p>FM concomitante</p> <ul style="list-style-type: none"> • Osteoartrosi • AR, LES • Altre patologie
	<p>SINDROME FIBROMIALGICA PRIMARIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • artrite reumatoide • lupus eritematoso sistemico

Fattori socio-ambientali <ul style="list-style-type: none"> • Stress lavorativi-familiari • Conflitti legali • Conflitti interpersonali 	CARATTERISTICHE INDIVIDUALI NELLA SINDROME FIBROMIALGICA	Fattori neuroendocrini <ul style="list-style-type: none"> • Intolleranza al freddo • Astenia, affaticabilità • Sonno non ristoratore
Fattori bio-meccanici <ul style="list-style-type: none"> • Iperlassità • Microtraumi ripetuti • Contrattura muscolare 		Fattori psicologici <ul style="list-style-type: none"> • disordini della sfera affettiva • comportamenti vittimistici

Come si cura la fibromialgia?

Considerata la complessità del paziente fibromialgico con tutte le variabili bio-psico-sociali-comportamentali presenti e la scarsa conoscenza sulle eventuali basi “biologiche” della malattia è ovvio che la terapia rimane empirica.

Qualsiasi approccio terapeutico non può peraltro prescindere da una visione di insieme del paziente. Il paziente deve capire la malattia, deve capire che è una malattia non evolutiva nel senso anatomico-deformante-di danno strutturale, deve capire che molte variabili personali sono importanti, deve capire che c’è una reale alterata soglia del dolore per cause biologiche e non, deve capire che l’atteggiamento attivo verso la malattia è importante, deve capire che la visione “strumentale” alla disperata ricerca di qualcosa che sia segnato dagli esami è distorta, deve capire che deve avere una guida terapeutica e che il solo farmaco non può risolvere tutto.

Da qui parte un approccio terapeutico corretto. Il malato fibromialgico non può migliorare indipendentemente dalla acquisizione corretta, dalla consapevolezza del tipo di malattia presentata.

Le opzioni terapeutiche farmacologiche mirano essenzialmente al controllo del dolore attraverso farmaci analgesici sia periferici (analgesici minori, anti infiammatori classici), che centrali (come il tramadolo) ed attraverso farmaci che controllano il dolore attraverso una sua modulazione come è il caso degli antidepressivi che “alzano” la soglia del dolore facendolo avvertire meno al paziente. Vari sono i farmaci antidepressivi usati: i triciclici (amitriptilina), gli inibitori del reuptake della serotonina (paroxetina, fluoxetina, sertralina, venlafaxina escitalopran), altri farmaci con meccanismi di azione combinati (duloxetina), farmaci “anti epilettici” come il gabapentin o il

pregabalin che agiscono sempre attraverso un azione nel controllo del dolore. Se il paziente ha sintomi di ansia ed agitazione possono essere usati sedativi o ipnotici se presenti disturbi del sonno. Tra i farmaci analgesici centrali il tramadolo, per il suo particolare tipo di azione, è considerato un farmaco utile mentre gli analgesici narcotici maggiori non sono in genere raccomandati se non in casi molto selezionati. I miorilassanti possono avere, nel caso singolo, beneficio.

Si può dire, dai dati di letteratura, che circa un terzo dei pazienti con fibromialgia trattati con basse dosi di triciclici rispondono nel breve termine ma che tendono peraltro poi a perdere l'effetto sul dolore nel tempo; che i sedativi analgesici da soli hanno un effetto limitato anche se possono essere d'aiuto; che i soli anti infiammatori hanno anch'essi un risultato limitato nel breve termine e che il loro uso cronico va valutato in relazione ai loro effetti dannosi gastro-intestinali a vascolari. Va inoltre considerato che la fibromialgia non è una malattia infiammatoria e che quindi si sfrutta, quando si usano i FANS (anti infiammatori), il loro effetto analgesico. I cortisonici sono da proscrivere (da evitare).

In realtà non ci sono studi controllati seri sulla reale efficacia della terapia farmacologia; molti studi sono disponibili, ma sono di breve durata e –o non randomizzati (controllati contro placebo).

In sintesi: alcuni farmaci antidepressivi appaiono efficaci nel breve termine, peccano però nell'efficacia a lungo termine; i sedativi e gli ipnotici sono più sintomatici su alcuni disturbi ma non migliorano il dolore, i FANS, compresi i Cox2, hanno scarsa efficacia; il tramadolo è forse il farmaco analgesico centrale più promettente.

Varie terapie “complementari” sono state vagliate, come pure è stata valutata l'efficacia della medicina alternativa. Sono state sperimentate tecniche di rilassamento, di meditazione, di ipnosi, di auto- sostegno, di biofeedback. Sono state valutate l'efficacia della agopuntura, delle tecniche di manipolazione, dell'uso della balneo- fango e fieno terapia, dell'uso di erbe medicali e di tecniche fisioterapiche come le TENS.

I dati più favorevoli sono legati alle tecniche che cercano di rilassare il corpo e di “controllare” la mente come le tecniche di biofeedback, di ipnosi, di terapia cognitivo-comportamentale. Le tecniche manipolative non hanno grandi dati a loro sostegno; controversi sono i dati sulla agopuntura anche se in singoli pazienti può essere un buon approccio mentre in altre risveglia il dolore. Anche le tecniche di controllo del dolore attraverso le TENS possono avere beneficio nel singolo paziente.

In linea generale nessuna tecnica in sé è vincente nel singolo paziente. Va fatto, in relazione al tipo di paziente, un personale programma terapeutico.

E' essenziale una attività fisica aerobica regolare. Il beneficio di una attività aerobica regolare (corsa, nuoto ma anche ballo ed altre attività fisiche aerobiche) è stato dimostrato da molti studi. L'attività fisica migliora la performance personale, rende il muscolo meno vulnerabile a stimoli esterni ambientali, migliora la tolleranza allo sforzo, migliora la recezione centrale del dolore, modifica in senso positivo le endorfine che inibiscono il dolore, svaga, rilassa la mente e lo spirito. Il fibromialgico.

spesso è stanco e non vorrebbe muoversi; l'attività fisica lo pare stancare più frequentemente. Peraltro il paziente si accorgerà che lo sforzo di iniziare e proseguire una regolare attività fisica lo renderà meno dolorante ed astenico.

I punti focali della strategia di terapeutica sono quindi:

- la diagnosi corretta
- la valutazione della severità della malattia

- l'educazione personale (la comunicazione) sul perché della malattia cercando di enfatizzare i fattori scatenanti, la buona prognosi, l'importanza di stili di vita corretti, della attività fisica regolare, delle tecniche di rilassamento.

Si potrà successivamente intervenire con farmaci, in primo con basse dosi di triciclici o con farmaci cosiddetti SSRI (inibitori del reuptake della serotonina) specie se il paziente è depresso e-o con analgesici.

Sarà importante il supporto psicologico e psichiatrico ove necessario e, in casi “complessi”, sarà da formalizzare un programma interdisciplinare che si basi sulla educazione del paziente, sulle tecniche psicoterapeutiche, sulla programmazione di un esercizio fisico regolare non massimale, sull'uso di farmaci e di una terapia occupazionale adeguata.

La fibromialgia dovrebbe essere una malattia potenzialmente reversibile se curata in modo adeguato.