

QUANDO FA MALE DAPPERTUTTO: LA SINDROME FIBROMIALGICA

Introduzione

MF ha 40 anni, non si è mai rivolta ad un medico fino a 3 anni fa, quando ha iniziato ad avvertire dei formicolii diffusi ad ambedue le braccia associati a calo di forza. Si è quindi sottoposta ad alcune visite specialistiche presso ortopedici e fisiatristi e sono stati consigliati numerosi accertamenti, comprese TAC e RM, tutti risultati normali. In seguito al peggioramento della sintomatologia è stata ricoverata in un reparto di Neurologia ove, dopo ulteriori esami, hanno diagnosticato una probabile sclerosi multipla. MF è stata sottoposta a terapia con interferone ad alte dosi con comparsa di numerosi effetti collaterali, ma i sintomi non sono migliorati.

AR ha 32 anni e da alcuni anni presenta il fenomeno di Raynaud alle mani (dolore ed arrossamento dopo esposizione al freddo), associato a dolori articolari diffusi ed intensa stanchezza. Viene visitata in un centro di Reumatologia dove vengono eseguiti esami dopo i quali viene diagnosticata una Sclerodermia e iniziata terapia con cortisonici ed immunosoppressori. Dopo 2 anni di terapia la situazione è immutata.

GF ha 34 anni e fin da bambina ha sempre sofferto di emicrania. Da diversi anni presenta dolori articolari e muscolari diffusi, intensa stanchezza, insonnia, vertigini, gastrite e colite. E' in cura presso un centro per la terapia della cefalea ma i molteplici farmaci utilizzati non sono riusciti a ridurre la frequenza e l'intensità del mal di testa.

Cosa hanno in comune queste 3 pazienti con una storia clinica così diversa?

La risposta è che tutte e 3 sono affette da Sindrome Fibromialgica (SFM), che non hanno mai avuto altre malattie, e che da quando è stata fatta la diagnosi corretta, e quindi la terapia adeguata, stanno bene.

Ma la SFM esiste?

La diagnosi di SFM è stata proposta nel 1990 dall'American College of Rheumatology (ACR) che ha presentato i criteri diagnostici per la SFM (Criteri ACR: **Fig. 1**) e riconosciuta a livello internazionale come facente parte delle malattie reumatiche nel 1992 con la cosiddetta "Dichiarazione di Copenhagen", a seguito della quale la Organizzazione Mondiale della Sanità ha incluso la SFM nella Classificazione internazionale delle Malattie come "Rheumatism unspecified" (Malattie reumatiche dei tessuti molli). Tale riconoscimento è senza dubbio più che sufficiente per stabilire che la SFM è una malattia reumatica ben distinta, allora perché chiedersi oggi se la SFM esiste?

Evidentemente la domanda è provocatoria e serve a sottolineare il problema principale che riguarda questa patologia: e cioè che, nonostante siano trascorsi oltre 10 anni dal suo riconoscimento ufficiale, **la SFM continua ad essere poco conosciuta dalla classe medica e pertanto raramente diagnosticata**. Nel caso in cui la malattia venga diagnosticata, i pazienti affetti da SFM vengono per lo più considerati come depressi, ansiosi, ipocondriaci o simulatori (sindrome da indennizzo).

La enorme massa di dati di cui disponiamo sulla SFM dimostra inequivocabilmente che:

1. la SFM è una malattia reumatica che causa una tipica triade sintomatologica (dolore diffuso, stanchezza, insonnia) e che si caratterizza per la presenza di specifici punti dolorosi muscolo-tendinei (tender points)
2. che non è una malattia psichiatrica e che, pur non essendo rara un'associazione tra SFM ed ansia o depressione, tale rapporto non è di tipo causale
3. che la qualità della vita dei pazienti con SFM risulta più compromessa di quella dei pazienti con altre malattie considerate più "gravi" (come l'Artrite Reumatoide, il LES ed il Diabete).

E' quindi evidente che non è più giustificato un atteggiamento volto a sminuire l'importanza di tale patologia o addirittura a negarne l'esistenza.

Frequenza della SFM nella popolazione generale

Sapere riconoscere la FM è innanzi tutto importante per la elevata frequenza che tale malattia ha nella popolazione generale. Negli ultimi 10 anni sono stati pubblicati numerosi studi di popolazione volti a valutare la prevalenza della SFM. Nel complesso *si può considerare che la reale prevalenza della SFM nella popolazione generale sia compresa tra il 5 ed il 6 %* (che in Italia significa circa 3.000.000 di individui affetti), con una incidenza maggiore nel sesso femminile (almeno 4-5 volte più che nel sesso maschile) che può raggiungere circa il 10% nelle classi di età oltre i 50 anni: tra le malattie reumatiche la SFM risulta quindi per frequenza seconda solo alla artrosi.

Classificazione della SFM

Dal punto di vista classificativo è possibile distinguere una *SFM isolata (o primaria)* da una *SFM associata (o concomitante)* con altre malattie come ad es. Artrite Reumatoide, Artrosi, Malattie autoimmuni, Rettocolite ulcerosa, disturbo da attacchi di panico, ecc. (**Tab. 1**). La possibilità che la SFM sia associata ad altre malattie è importante in quanto spesso i sintomi delle due patologie si sovrappongono e si rischia di fare errori terapeutici (per esempio di usare un cortisonico per trattare sintomi che richiederebbero invece un decontratturante muscolare). Ciò rende anche ragione della necessità di eseguire un controllo di alcuni esami di laboratorio in tutti i pazienti nei quali viene posta diagnosi di SFM (**Tab. 2**).

I sintomi della SFM

Oltre alla tipica triade già citata, il quadro clinico della SFM può essere estremamente vario, e questo è uno dei motivi per cui sono frequenti gli errori diagnostici.

Dolore: il paziente che si presenta dicendo "mi fa male dappertutto" è certamente quello più tipico, ma diagnosticare la FM solo in questi casi porta a sottostimare enormemente la malattia: si può affermare che questo tipo di paziente costituisce solo la "punta dell'iceberg". Bisogna pensare alla FM in tutti i casi in cui il paziente riferisce: dolore al collo e/o al dorso e/o lombalgia cronica, sciatalgia bilaterale, epicondilite bilaterale, dolore ad una metà del corpo ("mi fa male il collo a dx, la spalla dx, l'anca dx ed il ginocchio dx" oppure "ho dolore alle anche, alle ginocchia ed alle caviglie, ma non ho dolore nella parte alta del corpo"), dolore plantare bilaterale.

A volte il paziente non parla di dolore bilaterale in quanto prevale da un lato, per cui si rende necessario rivolgergli una domanda precisa in tal senso. Circa nella metà dei casi il dolore ha un esordio lento e progressivo negli anni, negli altri pazienti insorge invece dopo un evento traumatico specifico (che talvolta il paziente stesso riconosce come causa scatenante): incidente stradale, trauma psichico (es. lutto), episodio infettivo acuto, ecc. Il dolore viene riferito spesso come di tipo muscolare, non raramente associato a fascicolazioni e crampi muscolari e può anche essere presente rigidità mattutina di breve durata; alcuni pazienti parlano invece di dolore e tumefazione articolare ("ho male a tutte le giunture"), correlabili alla tensione delle strutture periarticolari, e questo può portare a diagnosi erranee di malattie reumatiche infiammatorie (es. Artrite Reumatoide). Il dolore ha un andamento variabile: può cambiare di intensità nel corso della giornata e nel tempo in relazione a numerosi fattori.

Hanno in genere carattere di "fattori peggiorativi": le brusche variazioni climatiche, in particolare il clima con elevato tasso di umidità; le alterazioni ormonali (fase premenstruale, iperprolattinemia, ecc.); l'attività fisica intensa; gli stress emotivi.

E' importante poi sottolineare che talvolta il paziente fibromialgico non si rivolge al medico per il dolore, che può essere anche di minima entità, risultando quindi prevalenti l'astenia o l'insonnia oppure vari altri sintomi, in particolare quelli viscerali, cioè a carico di vari organi.

Stanchezza: si tratta di una stanchezza da moderata a severa, non raramente tale da impedire lo svolgimento delle comuni attività quotidiane o della attività lavorativa. Si associa ad una facile affaticabilità muscolare per minimi sforzi. Talvolta la stanchezza domina il quadro clinico, a fronte di una sintomatologia dolorosa minima che, come già ricordato, il paziente può non riferire al medico. In questi casi spesso il paziente viene considerato affetto da Sindrome della Stanchezza Cronica, patologia che attualmente molti autori non riconoscono come malattia a sé stante, per la ampia sovrapposizione appunto con la SFM.

Insonnia: più che dalla difficoltà ad addormentarsi è caratterizzata da frequenti risvegli notturni e da sonno non ristoratore: con tale termine si intende indicare che il paziente dorme senza riuscire a riposare per cui al risveglio si sente stanco, rigido e dolorante.

Altri sintomi: tra i sintomi aggiuntivi alcuni sono del tutto generici, mentre altri si ritrovano difficilmente al di fuori della FM: distemie (piedi bollenti, mani gelate, un arto inferiore freddo ed uno caldo alternativamente, ecc.), formicolii diffusi, sintomi visivi in assenza di qualunque obiettività (difficoltà a mettere a fuoco, presenza di un velo davanti agli occhi, ecc.), dolore al cuoio capelluto, dolore temporo-mandibolare in genere bilaterale, sindrome delle gambe senza riposo.

Manifestazioni viscerali: tali manifestazioni rivestono una grande importanza per il fatto che portano frequentemente il paziente a consultare il medico, ma, se non vengono messe in relazione alla sintomatologia muscoloscheletrica, raramente inducono a sospettare la SFM. Di fronte a ciascuna di tali

manifestazioni occorre quindi prendere in considerazione la possibilità di una SFM, anche se apparentemente il paziente non lamenta altri sintomi.

1. Colon irritabile: circa la metà dei pazienti con FM sono affetti da sindrome del colon irritabile. Esaminando una casistica di pazienti che si rivolgono al medico in quanto affetti da colon irritabile, il 32% risulta affetto da SFM, secondo i criteri ACR. L'utilità nella pratica clinica di riconoscere nei singoli pazienti l'associazione tra colon irritabile e FM risiede nel fatto che la terapia instaurata per la SFM è in grado di fare completamente regredire la sintomatologia gastroenterica.

2. Vescica irritabile: stimolo frequente e necessità di urinare in assenza di alterazioni organiche e/o di processi infettivi documentabili a carico di vescica ed uretra.

3. Dismenorrea: la maggior parte delle pazienti fibromialgiche sperimentano un peggioramento dei sintomi della malattia in fase premestruale, ma può essere presente una dismenorrea indipendentemente dai sintomi specifici della SFM. Anche il dolore in corso di rapporti sessuali (dispareunia) viene riferito da molte pazienti.

4. Tachicardia: crisi tachicardiche con cardiopalmo e dispnea con elettrocardiogramma nella norma.

5. Alterazioni dell'equilibrio: senso di instabilità, di sbandamento, vere e proprie sindromi vertiginose spesso ad andamento cronico e che vengono erroneamente imputate all'artrosi cervicale o a problemi dell'orecchio.

6. Disturbi cognitivi: difficoltà a concentrarsi sul lavoro o nello studio, "testa confusa", perdita di memoria a breve termine (nella letteratura anglosassone tali manifestazioni vengono definite "fibro-fog", cioè annebbiamento fibromialgico).

Qual è la causa della SFM?

Da molti anni si stanno studiando i meccanismi alla base della SFM, una cosa certa è che non esiste una causa unica, ma la genesi è sicuramente multifattoriale.

Cercando di riassumere i moltissimi dati raccolti in questi anni, si può affermare che *la SFM è una malattia dei centri nervosi che controllano il dolore*. Questi centri si trovano a livello cerebrale e del midollo spinale dell'uomo e di tutti gli animali e sono di fondamentale importanza per il mantenimento della specie. Il dolore e la conseguente reazione di allarme rappresentano infatti un fondamentale meccanismo di difesa dell'organismo. Nella SFM i centri che devono riconoscere ed interpretare lo stimolo doloroso non funzionano correttamente, per cui le persone che ne sono affette presentano due caratteristiche alterazioni:

1. **la iperalgesia**, cioè la percezione di dolore molto intenso a seguito della esposizione a stimoli dolorosi lievi (es. piccoli traumi)

2. **la allodinia**, cioè la percezione di dolore in risposta a stimoli che normalmente non sono dolorosi (es. massaggio manuale)

Queste alterazioni della sensibilità dolorifica giustificano la maggior parte dei sintomi della SFM e sono correlate al malfunzionamento di una serie di sostanze prodotte dalle cellule nervose (neurotrasmettitori come la serotonina, la noradrenalina e la dopamina). I neurotrasmettitori rappresentano il bersaglio prevalente dei numerosi farmaci di cui oggi disponiamo per la terapia della SFM.

La terapia della SFM

L'esperienza clinica di chi si occupa di SFM insegna che con una buona gestione globale della malattia (che significa non solo affidarsi ai farmaci, ma agire a più livelli sullo stile di vita del paziente) *la SFM può essere curata con successo*. Pur essendo infatti una malattia cronica, molti pazienti riescono a vivere bene senza alcuna limitazione nella loro vita quotidiana, e questo deve essere l'obiettivo principale del trattamento, poiché, come già sottolineato, la SFM incide molto sulla "qualità della vita".

Terapia farmacologica: oltre agli analgesici (che devono essere analgesici ad azione sui centri del dolore e non semplici antinfiammatori la cui efficacia nella SFM è praticamente nulla), possiamo distinguere fondamentalmente due classi di farmaci utilizzati per il trattamento della FM: i farmaci miorilassanti, che

agiscono sulla manifestazione "periferica" della FM cioè sulla contrattura muscolare, e i farmaci che potenziano l'attività dei neurotrasmettitori che agiscono invece sui meccanismi "centrali" della malattia. Generalmente questi farmaci vengono associati nello stesso paziente.

Senza volere entrare nel merito dei singoli farmaci, ritengo che sia necessario chiarire bene alcuni aspetti relativi ai farmaci ad azione sui neurotrasmettitori. Possiamo distinguere almeno tre famiglie di farmaci:

Farmaci che potenziano l'attività della serotonina: sono i primi farmaci utilizzati da oltre 20 anni che hanno radicalmente cambiato la prognosi della malattia. Sono classificati come "farmaci antidepressivi serotoninergici" e questo fa sì che molti pazienti siano fortemente prevenuti nel loro utilizzo. "Ma io non sono depresso, sono farmaci che fanno ingrassare, si diventa dipendenti" e così via, queste sono le frasi che si sentono comunemente.

Occorre fare capire che questo atteggiamento è estremamente deleterio per il paziente in quanto questi farmaci hanno veramente cambiato l'andamento della SFM, non bisogna essere prevenuti nei loro confronti, fondamentalmente **per 2 motivi**:

il primo è che vengono usati a dosaggio molto inferiore rispetto alle dosi utilizzate per la terapia della depressione (questo fa sì che gli effetti collaterali siano rari);

il secondo è che se vengono usati nel modo giusto per un periodo di tempo sufficientemente lungo (almeno un anno), possono modificare i recettori per la serotonina a livello delle cellule dei centri del dolore, e quindi migliorare in modo stabile la disfunzione alla base della malattia (persistenza del miglioramento dopo sospensione del farmaco).

2. Farmaci che potenziano l'attività di serotonina e noradrenalina: rappresentano una nuova categoria di farmaci classificati come "farmaci antidepressivi serotoninergici e noradrenergici" e risultano in generale molto efficaci sul dolore e meglio tollerati dei precedenti.

3. Farmaci antiepilettici: agiscono su numerosi neurotrasmettitori e possono essere molto efficaci soprattutto nei pazienti che non riescono ad assumere i farmaci serotoninergici.

Terapia non farmacologica: si può affermare che tutte le terapie non farmacologiche note, più o meno ortodosse, sono state utilizzate nel trattamento della FM. Non è pertanto semplice districarsi nell'ambito di un campo nel quale molto spesso risulta difficoltoso separare la reale efficacia di un trattamento dalla semplice suggestione.

E' quindi necessario basarsi solo sui dati dimostrati che derivano dagli studi scientifici.

Il primo punto da chiarire è relativo alle **terapie fisiche** (TENS, ionoforesi, termoterapia, ecc.) che vengono spesso consigliate ai pazienti con FM: a parte la TENS che risulta efficace fino al 70% dei casi, nessuna altra terapia fisica ha dimostrato risultati certi.

Per quanto riguarda il **massaggio**, è stato utilizzato in pochi studi: è comunque comune esperienza dei pazienti con FM che il massaggio può fare peggiorare nettamente la sintomatologia.

Almeno due studi hanno documentato l'efficacia del **biofeedback elettromiografico**, metodica che ha il limite di essere poco diffusa e quindi per lo più sconosciuta ai pazienti.

Un altro argomento che suscita interesse è quello della **omeopatia** che, negli ultimi anni, anche in Italia è andata sempre più diffondendosi: di ampio utilizzo, con risultati variabili, sono l'arnica ed il rhus toxicodendrum.

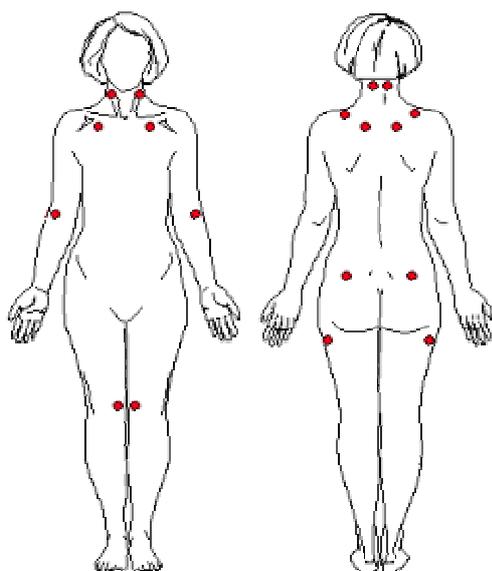
Per quanto riguarda l'**agopuntura**, non esistono studi decisivi, alcuni pazienti riferiscono benefici con tale trattamento (che peraltro è una terapia analgesica riconosciuta anche dalla medicina ufficiale), altri pazienti lamentano un peggioramento del dolore e la intolleranza al posizionamento degli aghi (tipico esempio di allodinia).

FIG. 1 - CRITERI DIAGNOSTICI ACR 1990 PER LA SINDROME FIBROMIALGICA

Dolore cronico diffuso

Tender points

La diagnosi viene posta in presenza di dolore cronico diffuso (dolore presente da almeno 3 mesi e che interessa l'emisoma destro e sinistro, superiore ed inferiore come anche lo scheletro assiale) con dolorabilità in almeno 11 dei 18 tender points.



TAB. 1 – CLASSIFICAZIONE DELLA SINDROME FIBROMIALGICA

FM ISOLATA (O PRIMARIA)
FM ASSOCIATA (O CONCOMITANTE) CON ALTRE MALATTIE (es. ARTRITE REUMATOIDE, ARTROSI, CONNETTIVITI AUTOIMMUNI, RETTOCOLITE ULCEROSA, DISTURBO DA ATTACCHI DI PANICO, ecc.)

TAB. 2 - ESAMI DI LABORATORIO NELLA SINDROME FIBROMIALGICA

VES, PCR, ANA TEST
EMOCROMO CON FORMULA
CPK, LDH, TRANSAMINASI
TSH, FT4

Dott. Marco Ghini
Specialista Reumatologo
Interno AUSL 16
Modena

