

La Fibromialgia

di Irma Lippolis
reumatologa

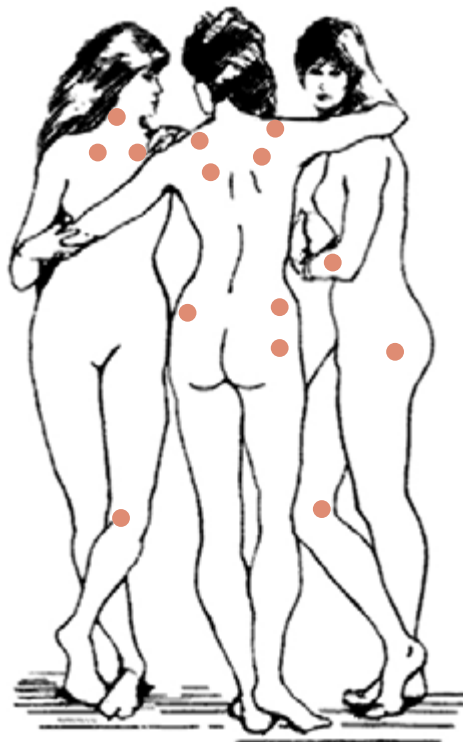
*Il dolore
che "logora"*

La **Fibromialgia** o ancor meglio, la **Sindrome fibromialgica** è genericamente definita come una condizione clinica caratterizzata da sofferenza muscolo-scheletrica diffusa, cronica, con dolore e rigidità assiale, influenzata da condizioni climatiche, attività fisica, tensioni emotive e determinata da un'alterazione della percezione del dolore a livello del sistema nervoso centrale.

Tradizionalmente la diagnosi è rigorosamente clinica, non esistendo, al momento, indagini strumentali o laboratoristiche realmente utili, se non per escludere patologie concomitanti.

Con l'**esame clinico** devono essere ricercati due elementi fondamentali: l'eccessiva tensione muscolare che riguarda i distretti muscolari tipici quali gli sternocleidomastoidei, i muscoli paravertebrali, i muscoli del collo, i punti dolorabili (tender points) ed eventuali punti grilletto.

I **tender points** sono punti dolenti assai caratteristici che, a differenza dei trigger points, non provocano dolore irradiato ma rimangono dolenti nella sede di stimo-



I tender point della fibromialgia.

lazione. La tecnica utilizzata per tastarli è la semplice pressione con un dito. La maggior parte della popolazione sana presenta alcuni tender points, nei pazienti fibromialgici se ne contano anche 50. Diagnostici sono convenzionalmente considerati +11/18.

Nel corso della storia, la **Fibromialgia** è stata considerata con termini diversi come **fibrosità**, **dolore muscolo-tensivo**, **reumatismo psicogeno**, ecc.

Verso la metà dell'800 si incominciò a distinguere il reumatismo articolare dal reumatismo extrarticolare ed è nella letteratura tedesca del XIX sec. che si ritrovano i lavori di rilevante interesse clinico sulle sindromi dolorose muscolari.

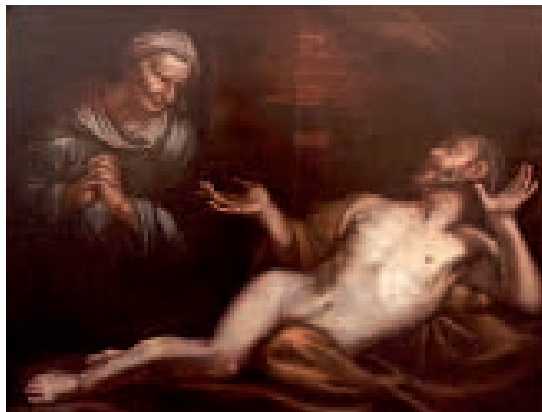
Robert Friedrich Froiep (1804-1861) introdusse il termine di "callosità muscolari" per indicare focolai muscolari dolenti, percepiti dai pazienti reumatici come corde tendinee o larghe bandellette.

Nel 1904 *William Richard Gowers* (1845-1915) introdusse il termine di "fibrosità" per indicare il dolore focale e le zone di durezza palpabile nel muscolo.

Negli anni trenta vennero introdotti i termini di dolore fasciale e di trigger points per indicare il dolore riferito alla spalla e all'arto inferiore sinistro evocato dalla pressione esercitata sulla parte superiore della scapola.

Nel 1981, *Muhammad. B Yunus* definì il termine di "fibromialgia" che descriveva una situazione clinica caratterizzata dalla presenza di dolore muscolare diffuso, presenza di tender points, presenza di sintomi generali come disturbi del sonno, ansia o depressione, cefalea, sintomi viscerali (colon irritabile), profonda stanchezza, disturbi della memoria, calo apparente della vista.

La storia ci riporta testimonianze letterarie e pittoriche di pazienti fibromialgici come il profeta *Giobbe* riguardo all'afflizione di dolori terribili e alla cattiva qualità del sonno notturno, delle sue notti di dolore (*Giobbe* 30:16-17;7:-4).



Il profeta Giobbe.

Florence Nightingale (1820-1910) si ammalò durante la guerra mentre lavorava in prima linea; l'evento scatenante, nel suo caso, sarebbe stato un traumatismo a carico del rachide dal quale si scatenò una sintomatologia dolorosa generalizzata.

Nel mondo dell'arte si ricorda *Frida Kahlo* (Magdalena Carmen Frida Kahlo y Calderón (1907-1954) che a seguito di numerose fratture da incidente stradale sviluppò un severo quadro di dolore diffuso e di astenia drammatica.

Per quanto riguarda l'epidemiologia, la Sindrome Fibromialgica conta pochi studi d'incidenza.

La prevalenza è a carico del sesso femminile con il crescere dell'età.

Tutti gli studi, infatti, evidenziano una maggiore rappresentazione del sesso femminile nella fibromialgia (le donne hanno più punti dolenti degli uomini a qualsiasi età). Da ricordare la presenza di studi che confermano la presenza della FM anche in età pediatrica ed evolutiva.

Meccanismi fisiopatologici alla base della FM

Recentemente sono stati pubblicati studi di genetica e di aggregazione familiare che confermano la predisposizione genetica della Fibromialgia. Sempre in letteratura vengono riportate alterazioni del sistema ipotalamo-ipofisi-surrene e del sistema nervoso autonomo.

Opzioni terapeutiche

Il Pregabalin, il Milnacipran e la Duloxetina rappresentano le opzioni terapeutiche più recenti.

Il Milnacipran e la Duloxetina sono antidepressivi che inibiscono il riassorbimento della ricaptazione della serotonina e dalla noradrenalina. Il Pregabalin appartiene alla classe degli antiepilettici e svolge la sua azione specifica a livello presinaptico dove interagisce con la subunità $\alpha 2$ -delta dei canali del calcio. Il Milnacipran e la Duloxetina riducono soprattutto il dolore, la fatica e la depressione migliorando il sonno e la qualità della vita.

Tuttavia, risultati assai soddisfacenti di approcci multidisciplinari non farmacologici e delle tecniche cognitivo-comportamentali hanno spostato la strategia della cura del paziente fibromialgico verso trattamenti che prevedono l'educazione del paziente, un miglioramento della forma fisica e mentale oltre alla terapia tradizionale.

Il ruolo della terapia **cognitivo-comportamentale** è quello di promuovere strategie che permettono al paziente di gestire il dolore in modo più efficace.

CAUSE FM	SINTOMI PIÙ COMUNI
Eventi traumatici	Dolore cronico diffuso
Depressione	Stanchezza
Patologie immunitarie	Facile esauribilità muscolare
Patologie degenerative scheletriche (Artrosi)	Insonnia
	Infezioni genito-urinarie ricorrenti
	Tonsilliti, faringiti recidivanti

I **programmi di potenziamento muscolare** riducono il dolore spontaneo e il numero di tender points migliorando lo stato di salute percepito dal paziente stesso.

Vi è una forte evidenza circa l'efficacia del **training aerobico** nel miglioramento della forma fisica e della qualità di vita del paziente.

Lo **stretching** è efficace solo se associato all'esercizio aerobico.

La **balneoterapia** è l'unica metodica con chiara evidenza di efficacia, purchè la temperatura dell'acqua sia pari o superiore a 30/32°.

Tai Chi, tra gli esercizi non aerobici è l'unico di comprovata efficacia clinica che deve essere strutturato in base alla patologia.

Antica disciplina cinese, combina la meditazione con movimenti lenti e dolci costruendo flessibilità, forza e rilassamento mentale, opera un notevole controllo sul dolore e mantiene l'engramma del movimento che molti pazienti tendono a perdere per il dolore evocato dall'impegno muscolare.

Terapie manuali

Manipolazioni vertebrali secondo la scuola francese di Maigne, la digitopressione ischemizzante, le tecniche cranio-sacrali.

Dieta

Alcuni studi hanno dimostrato che l'eliminazione di additivi alimentari quali, il glutammato monosodico e l'aspartame, migliorino i sintomi tipici del paziente fibromialgico.

Utile la somministrazione di magnesio nel dosaggio di circa 420 mg nell'uomo, di 320 mg nella donna (al giorno). Prodotti polovitaminici possono essere utilizzati in diete inappropriate.

Clima

I pazienti fibromialgici riferiscono una correlazione psicologica e fisiologica tra un'elevata pressione atmosferica e il dolore. Per il controllo dei sintomi da sensibilità atmosferica risulta importante evitare l'esposizione al freddo, utilizzare guanti e calze pesanti, ricorrere a bagni e docce calde.

Riorganizzazione dell'ambiente domestico e lavorativo e condivisione del lavoro domestico con i propri familiari. Lavoro possibilmente part-time; organizzazione della propria area lavorativa eventualmente con sedia e tavolo da lavoro che consentano agli avambracci di stare ad angolo retto e ai piedi di poggiare completamente a terra.

Conclusioni

La **Fibromialgia** è considerata una **sindrome riconosciuta** che causa dolore muscolo scheletrico diffuso, stanchezza ingravescente, disabilità. Richiede, pertanto, una **maggiore attenzione da parte dei medici e operatori sanitari** (attraverso un'anamnesi attenta e un rigoroso esame clinico) che tendono tuttora a considerarla un costrutto mentale con sottese problematiche psichiatriche.

Per la stesura dell'articolo mi sono avvalsa oltre che dell'esperienza personale anche dei lavori pubblicati nel Trattato "Fibromialgia" a cura dei Proff. Piercarlo Sarzi-Puttini, Marco Cazzola, Fabiola Atzeni e Stefano Tisi. ■

dott.ssa Irma Lippolis

Specialista in Reumatologia

Dottorato di ricerca in Scienze Mediche Cliniche e Sperimentali

Responsabile dell'Ambulatorio dedicato presso l'Ospedale di Valeggio Sul Mincio (Verona) Tel. 045 6338601

Ambulatorio presso Studio Arbor

Cavaion Veronese – (Verona) Tel. 045 6260447