

Fibromialgia: fisiopatologia e accompagnamento terapeutico

M. Guinot, S. Launois, A. Favre-Juvin, C. Maindet-Dominici

La fibromialgia è una sindrome dolorosa cronica spesso invalidante, i cui meccanismi fisiopatologici si basano su un'alterazione della regolazione centrale delle vie del dolore. La sua diagnosi si basa sull'associazione di un dolore cronico diffuso, di disturbi del sonno, di un'astenia globale e di sintomi generali della sfera digestiva, urinaria o cognitiva. La ricchezza della sintomatologia contrasta, in genere, con la relativa normalità dell'esame clinico. L'iter diagnostico consiste nell'eliminare le diagnosi differenziali (soprattutto neurologiche e reumatologiche) e nell'individuare le comorbidità che aggravano i sintomi e richiedono una gestione specifica. La gravità della malattia deve essere valutata considerando il dolore e la ripercussione sulle capacità funzionali di sforzo e sulle attività professionali, eventualmente con l'ausilio di un autoquestionario. L'accompagnamento terapeutico è complesso e deve inserirsi nel tempo, con l'obiettivo di migliorare la qualità di vita di questi pazienti malgrado i loro sintomi. Esso dovrebbe essere pluridisciplinare, coinvolgendo rieducatori, medici delle specialità interessate, medico curante e psicologi. Deve essere adattato in funzione della gravità dei sintomi e delle comorbidità psichiatriche e neurologiche, associando un'educazione del paziente per migliorare l'autoefficacia di fronte al dolore, la stanchezza, i disturbi del sonno e la gestione dell'attività fisica. Il trattamento si basa sulle terapie non farmacologiche (essenzialmente attività fisica, balneoterapia, terapia cognitivocomportamentale) e su dei trattamenti farmacologici del dolore e dei disturbi del sonno. Tenuto conto della precarietà (sociale, economica, professionale) di alcuni pazienti, un accompagnamento medicosociale può completare il progetto terapeutico in modo da attenuare o compensare la disabilità causata da questa sindrome dolorosa.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Fibromialgia; Dolori diffusi; Disturbi del sonno; Attività fisica; Balneoterapia; Terapie cognitive e comportamentali

Struttura dell'articolo

■ Introduzione e problematica generale	1
■ Descrizione	2
Caratteristiche epidemiologiche	2
Caratteristiche cliniche	2
Ripercussione funzionale della fibromialgia	3
■ Aspetti fisiopatologici	3
Concetto di «sensibilizzazione» centrale	3
Principali meccanismi di sensibilizzazione centrale del dolore	4
Fibromialgia, dolori cronici e modello biopsicosociale	4
■ Aspetti diagnostici	5
Riconoscere la fibromialgia	5
Diagnosi differenziali e comorbidità	5
Comorbidità psichiatriche	7
■ Valutazione dei pazienti che soffrono di fibromialgia	7
Gravità della fibromialgia	7
Conseguenze sulla condizione fisica	7
Disturbi del sonno	7
Comorbidità psichiatriche	7

■ Accompagnamento terapeutico	7
Principi generali	7
Approccio «educativo»	8
Terapie non farmacologiche	8
Trattamenti farmacologici	8
Accompagnamento medicosociale e professionale	9
■ Conclusioni	9

■ Introduzione e problematica generale

La fibromialgia (FM) è una sindrome dolorosa cronica frequente, che colpisce soprattutto la donna. Essa ha come caratteristica principale una sintomatologia funzionale ricca che contrasta con un esame clinico poco contributivo^[1]. Essa provoca una sofferenza e un'invalidità spesso gravi^[2]. L'insufficienza della comprensione dei suoi meccanismi fisiopatologici provoca numerose controversie sulla natura di questi sintomi e sul loro trattamento^[3]. Per evitare che questi pazienti vaghino da medico

a medico, è necessario riconoscere la loro sofferenza e aiutarli nel loro percorso di cure. Inoltre, la sintomatologia dolorosa si inserisce spesso in un contesto di comorbidità psichiatriche^[4], neurologiche (disturbi del sonno)^[5] e dell'obesità^[6], che contribuiscono a rendere complesso l'iter diagnostico e terapeutico. Tuttavia, la loro gestione è necessaria, in quanto esse svolgono verosimilmente un ruolo nel mantenimento o nell'aggravamento dei sintomi. Così, occorre innanzitutto collegare i sintomi dolorosi alla FM^[7], aiutandosi con indagini complementari per la diagnosi differenziale. In seguito, bisogna valutare la ripercussione della FM sulla qualità di vita e sulle capacità funzionali dei pazienti. Infine, occorre valutare la gravità delle comorbidità neuropsichiatriche e proporre un accompagnamento terapeutico per migliorare la qualità di vita e il sentimento di autoefficacia di questi pazienti.

■ Descrizione

Caratteristiche epidemiologiche

La FM è la patologia dolorosa cronica diffusa più frequente in tutte le regioni e culture del mondo^[1,4]. Essa interessa circa il 2-4% della popolazione generale e il 14% dei pazienti che si presentano a visita in reumatologia^[8], con una predominanza femminile di almeno l'80%^[1,4,9,10]. Questa prevalenza ha delle spiegazioni multifattoriali, che si riferiscono allo stesso tempo a esperienze dolorose differenti, di origine psicologica e socioculturale, ma anche a meccanismi di amplificazione e di inibizione neurologiche del dolore che hanno un supporto genetico e ormonale^[9]. La maggioranza delle diagnosi è posta prima dei 60anni, con un picco tra i 40 e i 50anni. Esistono anche delle forme giovanili che evolvono frequentemente nel quadro di una sindrome di affaticamento cronico^[11] che può compromettere il progetto scolastico di questi bambini o adolescenti.

Caratteristiche cliniche

La FM è caratterizzata dall'associazione quasi costante di tre sintomi: dei dolori, una stanchezza generale e dei disturbi del sonno^[4,7,12]. A questa triade vengono ad aggiungersi spesso dei disturbi cognitivi e, in maniera più incostante, dei sintomi nella sfera otorinolaringoiatrica, digestiva o uroginologica^[3,4,12]. In

realtà, i pazienti fibromialgici descrivono un'associazione di sintomi multipli che hanno portato a riconsiderare i criteri diagnostici della FM^[1,12,13,14].

Dolori

La FM si presenta soprattutto sotto forma di un quadro doloroso cronico (che evolve da più di tre mesi) e diffuso^[4]. L'esordio può essere progressivo o brutale, nei postumi diretti di un trauma (psicologico o fisico) o di una patologia dolorosa cronica preesistente. I dolori, anche se permanenti, fluttuano nel tempo e nello spazio corporeo con una grande variabilità intra- e interindividuale. Essi possono avere una presentazione articolare, muscolare, tendinea o neurologica ed essere isolati o combinati. Questi dolori hanno generalmente una recrudescenza notturna e mattutina, con una sensazione di rigidità che può simulare un reumatismo infiammatorio cronico.

Lo sforzo muscolare aggrava, in genere, i dolori. Spesso, essi si prolungano dopo uno sforzo, potendo persistere più giorni, e l'insieme contribuisce a ridurre l'attività fisica e a favorire i comportamenti sedentari di questi pazienti^[6].

Per contrasto, l'esame neurologico e osteoarticolare di questi pazienti è, il più delle volte, normale al di fuori dell'evidenziazione di punti dolorosi. Questa permette di orientare la diagnosi, in quanto oggettiva un'iperalgia e/o un'allodinia che riflettono l'origine neurologica centrale del dolore^[7,15-17] (Fig. 1). Sono stati descritti alcuni deficit neurologici^[18], che pongono il problema della diagnosi differenziale ma anche quello delle relazioni con le patologie dolorose locali preesistenti alla FM^[13,14] e il loro ruolo nella cronicizzazione dei dolori^[15].

Astenia

Essa fa parte dei sintomi cardinali della FM ed è presente in più del 90% dei casi. Si tratta di un'astenia generalizzata invalidante quanto dei dolori. Essa limita le attività, in particolare l'attività fisica. Essa è presente fin dal risveglio, per migliorare a volte nella giornata e ricomparire la sera. In linea generale, è correlata alla gravità della FM, inducendo, a volte, un vero e proprio esaurimento dei pazienti. Come il dolore, essa è aggravata dagli stress (psicologici, emotivi, fisici, traumatici, ecc.). Questo sintomo è condiviso con la sindrome di affaticamento cronico e queste due patologie derivano probabilmente da meccanismi fisiopatologici comuni^[11]. Questo affaticamento non è associato a un'alterazione dello stato generale, a febbre o a un dimagrimento.

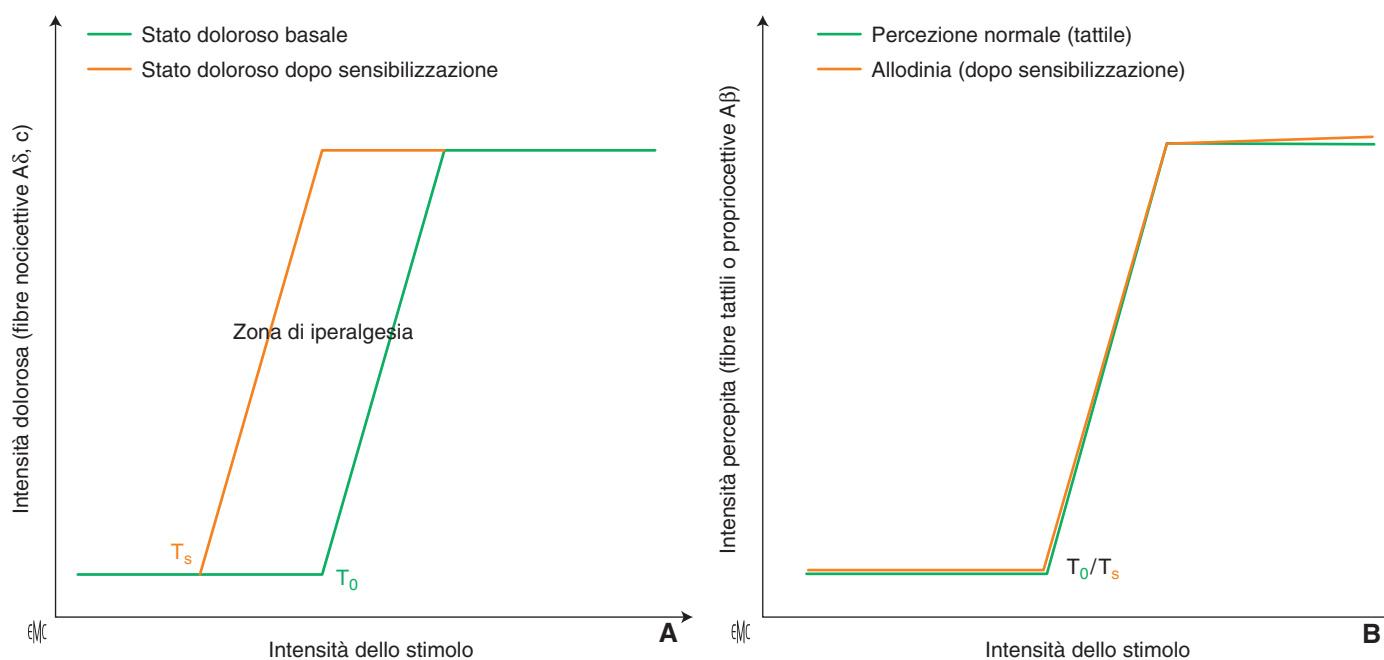


Figura 1. Modificazioni della percezione del dolore indotta per sensibilizzazione centrale (secondo^[17]).

A. Iperalgia: la soglia di percezione di uno stimolo nocicettivo allo stato basale (T_0) appare per un'intensità più bassa dopo sensibilizzazione (T_s).

B. Allodinia: percezione di una sensazione dolorosa (T_s) per uno stimolo che non era doloroso prima della sensibilizzazione (T_0).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2617720>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2617720>

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