

Fibromialgia

dalla diagnosi alla terapia

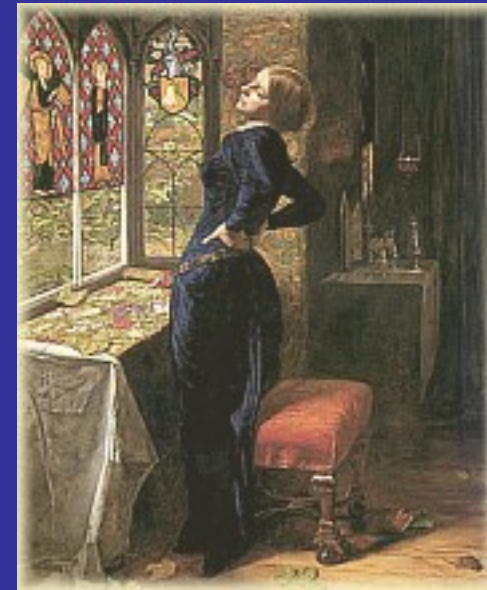
www.fisiokinesiterapia.biz

Cos'è la Fibromialgia

Cos'è la Fibromialgia?

La Fibromialgia, chiamata originariamente fibrosite, è una malattia cronica non articolare dove il dolore muscoloscheletrico è il sintomo principale.

Quest'ultimo è evocabile alla digitopressione in punti elettivi di dolorabilità, detti "tender points" (TPs), fondamentali per la diagnosi. Il termine fibrosite è stato abbandonato perchè in questa malattia non ci sono segni di infiammazione; sono inoltre tipicamente assenti alterazioni biochimiche o elettromiografiche classiche a meno che non siano presenti altre patologie.



"Mariana"
Sir John Everett Millais – 1851

The Makins Collection

Chi colpisce la Fibromialgia

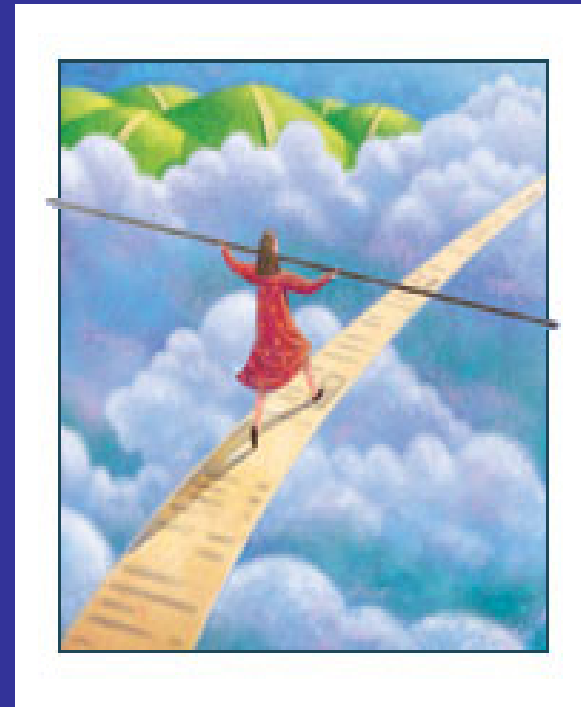
Epidemiologia:

- **Colpisce il 2-5% della popolazione generale**
- **Colpisce tutte l'età**
- **Netta prevalenza nel sesso femminile (rapporto donne:uomini 10:1)**
- **Alta prevalenza in donne bianche tra 20 e 50 anni**
- **La fibromialgia è più comune nei figli di pazienti con FM, è presente pertanto una componente familiare.**
- **Nell'insorgere della malattia sono molto importanti i fattori ambientali.**

Fattori di rischio e che influenzano la Fibromialgia

Fattori di Rischio e sintomi co- e pre-esistenti:

- ✓ **Sesso femminile**
- ✓ **Età media**
- ✓ **Diabete, obesità**
- ✓ **Malattie della tiroide**
- ✓ **Malattie autoimmuni**
- ✓ **Fattori biomeccanici**
- ✓ **Eventi traumatici fisici**
- ✓ **Eventi traumatici psichici**
- ✓ **Livello di istruzione inferiore**
- ✓ **Reddito basso**
- ✓ **Essere divorziati**



Epidemiologia:

In un recente lavoro è stata esaminata la diffusione del dolore muscolare nella popolazione adulta ed adolescente ed è stato riscontrato che:

- Il dolore muscolare è comunemente presente soprattutto nella popolazione adulta.
- Circa 1/5 della popolazione adulta riferisce dolore diffuso, 1/3 dolore alle spalle, circa 1/2 mal di schiena nell'ultimo mese.
- L'incidenza del dolore varia in base a caratteristiche dei sottogruppi (fattori socio-economici, etnia, razza) o individuali (fumo, dieta, stato psicologico).

Fattori che influenzano la Fibromialgia

Fattori negativi	Fattori positivi
Umidità e freddo	Caldo, tempo secco
Sonno non ristoratore	Sonno ristoratore
Eccessivo lavoro	Attività fisica
Inattività fisica	Bagni caldi
Stress	
Ansia	

Le cause della Fibromialgia

Eziologia

L'eziologia della Fibromialgia è al momento sconosciuta, tuttavia sono state proposte diverse ipotesi anche se a volte contrastanti.

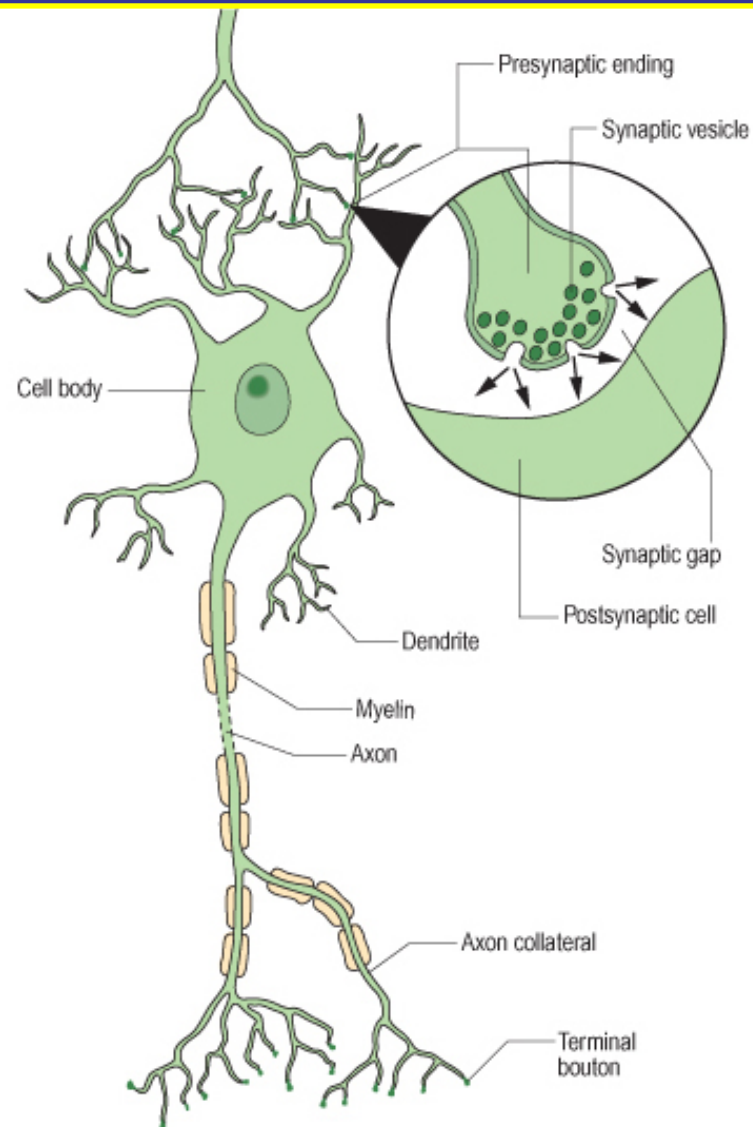
La patogenesi riconoscerebbe, alterazioni a carico di numerosi neurotrasmettitori e del sistema neuro endocrino:

1. riduzione dei livelli di amine biogene
2. un'aumentata concentrazione di neurotrasmettitori eccitatori (la sostanza P)
3. ed una disregolazione dell'asse ipotalamo-ipofisipossurrene

La sensibilizzazione neuronale in diverse aree del sistema nervoso centrale (SNC) rappresenta, ultimamente, l'ipotesi patogenetica maggiormente accreditata.



SINAPSI



Patogenesi: Fibromialgia e muscolo

La possibile correlazione tra fattori posturali e/o lavorativi ed alcune condizioni dolorose croniche, quali la fibromialgia, è stata studiata dopo la descrizione di una forma “epidemica” comparsa in un’azienda australiana negli anni ‘80.

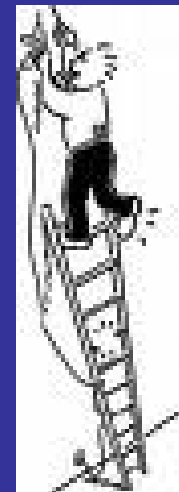
È improbabile che una particolare occupazione giochi un ruolo nella patogenesi della FM



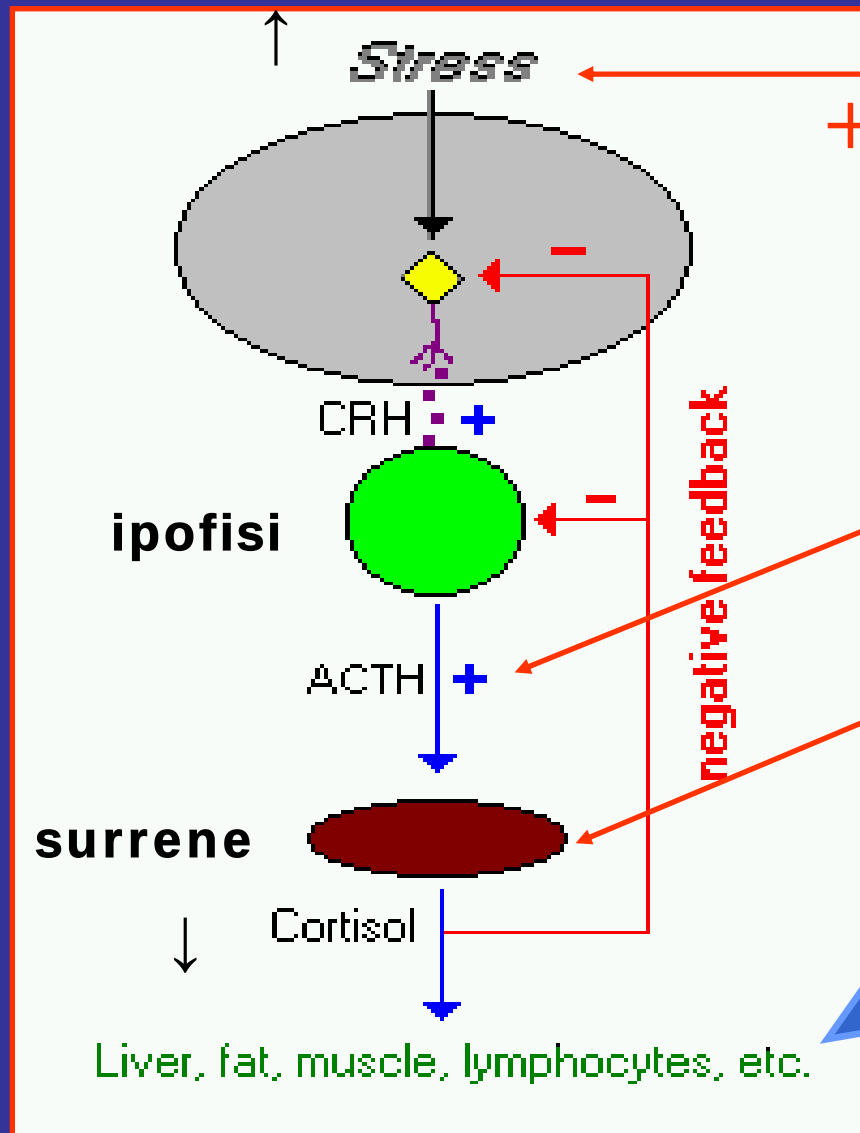
Posture scorrette

Microtraumi ripetuti

**Probabile ruolo nella
cronicizzazione o nel
peggioramento della
sintomatologia**



Patogenesi: FM e alterazioni neuroendocrine



Traumi
psichici, fisici
infezioni

Eccessivo
aumento

Ridotta
risposta
allo stimolo

Alterata risposta
allo stress

Relazione tra disturbi psicologici e Sindrome Fibromialgica

- Alta incidenza di disturbi psicologici al Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) in casistiche di pazienti selezionati nelle cliniche reumatologiche rispetto ai controlli sani o ai soggetti selezionati nelle cliniche generali
- Solo il 26% dei pazienti presenta una sindrome depressiva maggiore al momento della diagnosi di sindrome fibromialgica
- Non esisterebbero differenze significative nell'incidenza di disturbi maggiori dell'affettività tra i pazienti fibromialgici e quelli affetti da altre malattie dolorose croniche
- Nelle scale che valutano lo stress i soggetti fibromialgici presentano punteggi più elevati rispetto ai pazienti affetti da altre condizioni dolorose croniche
- La sindrome fibromialgica non può essere considerata il risultato di un processo di somatizzazione in pazienti depressi

Alterazioni del sistema immunitario

IL-1: iperalgesia, fatica, mialgia, disturbo del sonno.

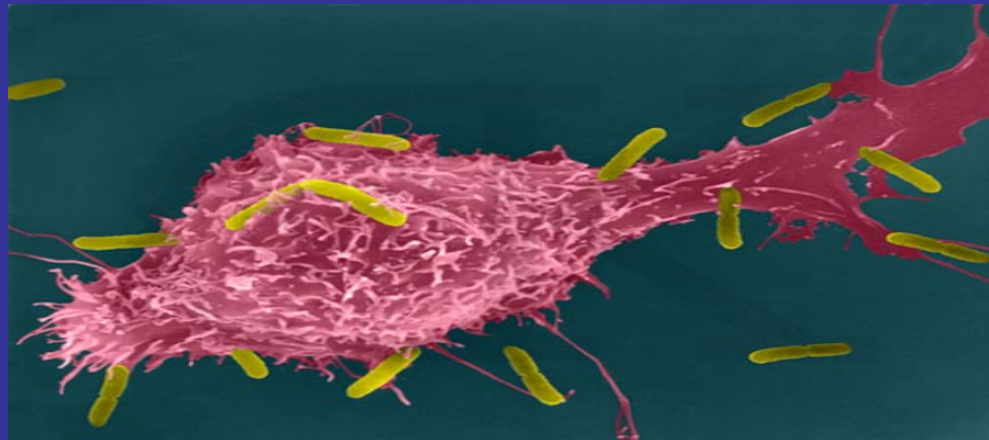
IL-1 Ra: stress, inibizione espressione IL-8.

IL-2: mialgia, disfunzioni cognitive.

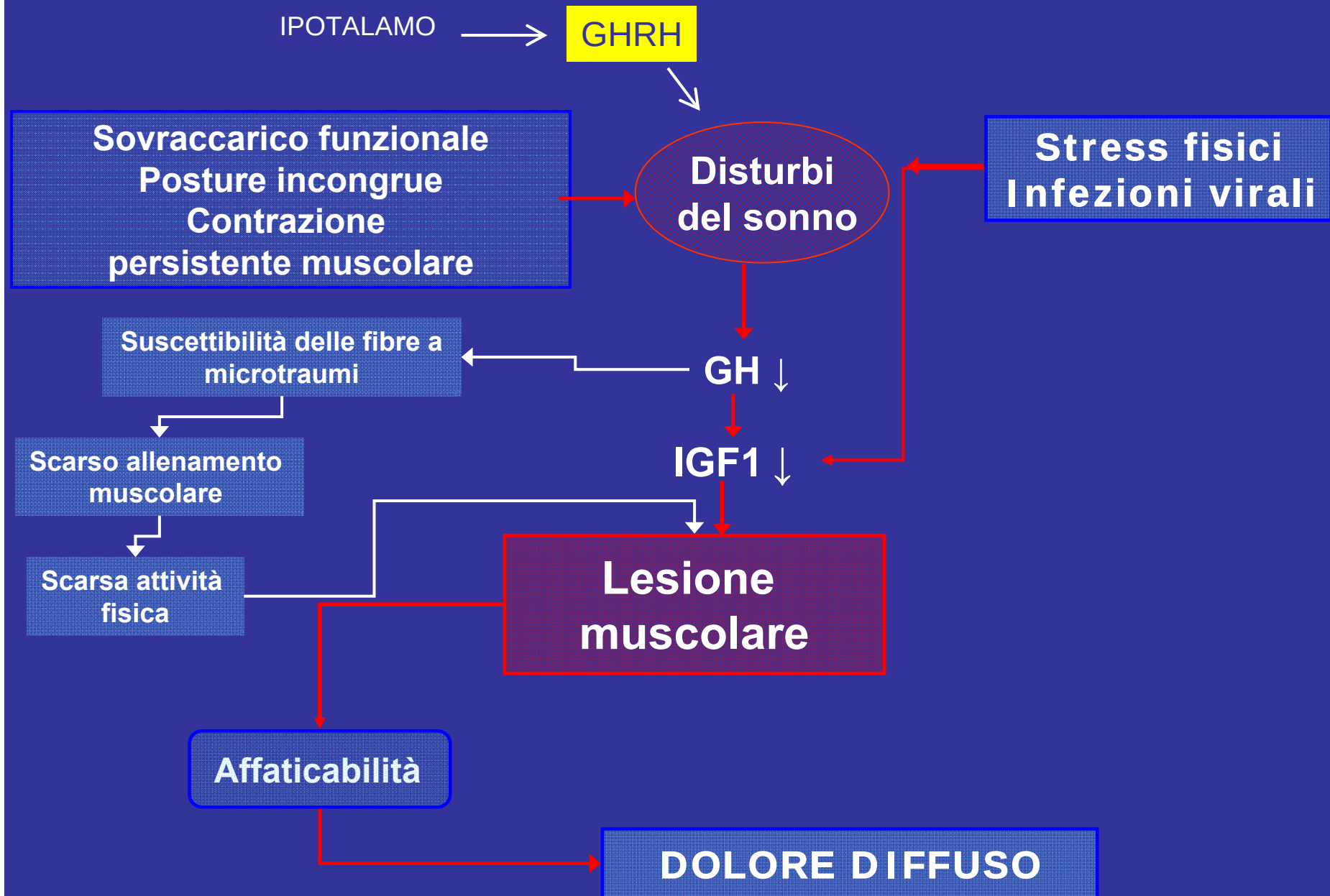
IL-6: stress, fatica, depressione, attivazione SNS, stimolazione del rilascio di sostanza P.

IL-8: stimolazione della produzione di sostanza P.

IL-10: inibisce l'infiammazione antagonizza le altre IL infiammatorie



Il sonno punto di contatto tra SN centrale e periferico



Origine periferica del dolore

Alterazioni del ciclo contrazione /rilassamento con compromissione della microcircolazione (Elert JE. Scand J Rheumatol 1989)

Flusso ematico muscolare ridotto (Bennett A. Arthritis Rheum 1989)

Riduzione di flusso ed aumento dei globuli rossi nei tender point

Iper tono simpatico (blocco del simpatico ↓del dolore)

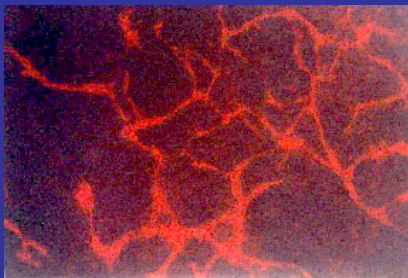
Coattivazione muscolare diffusa (Donaldson C.C.S NeuroRehabilitation 2002)

Alterazioni muscolari aspecifiche

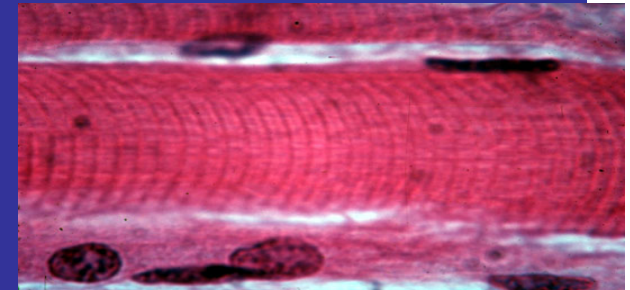


Iperattività simpatica

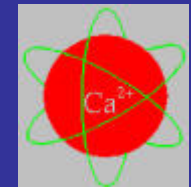
*Alterazioni ed ispessimento
dei piccoli vasi → danno endoteliale
Deficit del metabolismo energetico
Sensibilizzazione delle fibre nocicettive*



Anomalie del
metabolismo
energetico
Ipossia → dolore



Alterazione della
membrana
sarcolemmatica e del
mitocondrio



Aumento del calcio
intracellulare
con fuoriuscita del potassio

La Fibromialgia è ereditaria?

www.fisiokinesiterapia.biz

Base genetica della Fibromialgia

Studio di Buskila del 2005

20 nuclei familiari con madre affetta da FM

Studiati 58 discendenti di primo grado

Il 28% di questi aveva Fibromialgia

I fattori genetici ed ambientali giocano un ruolo fondamentale nella patogenesi della Fibromialgia.

Sembra improbabile che l'alterazione di un solo gene sia responsabile del coacervo di sintomi della Fibromialgia.

**Sembrano implicati polimorfismi
del sistema**

Dopaminergico

Catecolaminergico

Serotoninergico

**tuttavia i dati in letteratura sono
contrastanti e non univoci.**



Eziopatogenesi

Fattori di rischio + predisposizione genetica



SNC & SNA



Riduzione della
soglia del dolore

*Alterazione della processazione
e percezione del dolore*

Attivazione
dello Stress
System

FIBROMIALGIA

Come si può fare la diagnosi

Diagnosi

**Sindrome della
fatica cronica**



**REUMATOLOGO
INTERNISTA,
ONCOLOGO
INFETTIVOLOGO**

Fibromialgia



REUMATOLOGO

**Sensibilità Chimica
Multipla**



**ALLERGOLOGO,
AMBIENTALISTA**

**Sindrome della Guerra
del Golfo**



MEDICI MILITARI

Criteri diagnostici dell'American College of Rheumatology

Ad un paziente viene diagnosticata la Fibromialgia se sono presenti:

Dolore diffuso da almeno tre mesi

**Positività alla digitopressione in
11 su 18 Tender Points**

Diagnosi clinica:

Criteri dell'American College of Rheumatology (1990)

Parametri clinici che mancano di
specificità e non consentono di
misurarne l'attività, nè valutarne la
severità.

**Sindrome della
Fatica Cronica**

Sensibilità 88%
Specificità 81%

**Malattie non
reumatologiche
come
l'ipotiroidismo**

**Comorbidità con
altre patologie
reumatiche**

**La diagnosi deve essere pertanto
accompagnata dall'esclusione di patologie
che hanno sintomi, ma non cause, comuni
con la Fibromialgia**



```
graph TD; A[ ] --> B[Polimiositi]; A --> C[Polimialgia reumatica]; A --> D[Spondiloartriti];
```

Polimiositi

Polimialgia reumatica

Spondiloartriti

Caratteristiche e sintomi associate alla Fibromialgia

Caratteristiche principali

Dolore diffuso da almeno tre mesi

Positività alla digitopressione in 11 su 18 Tender Points

Sintomi associati

Ansietà

Difficoltà cognitive

Fatica

Mal di testa

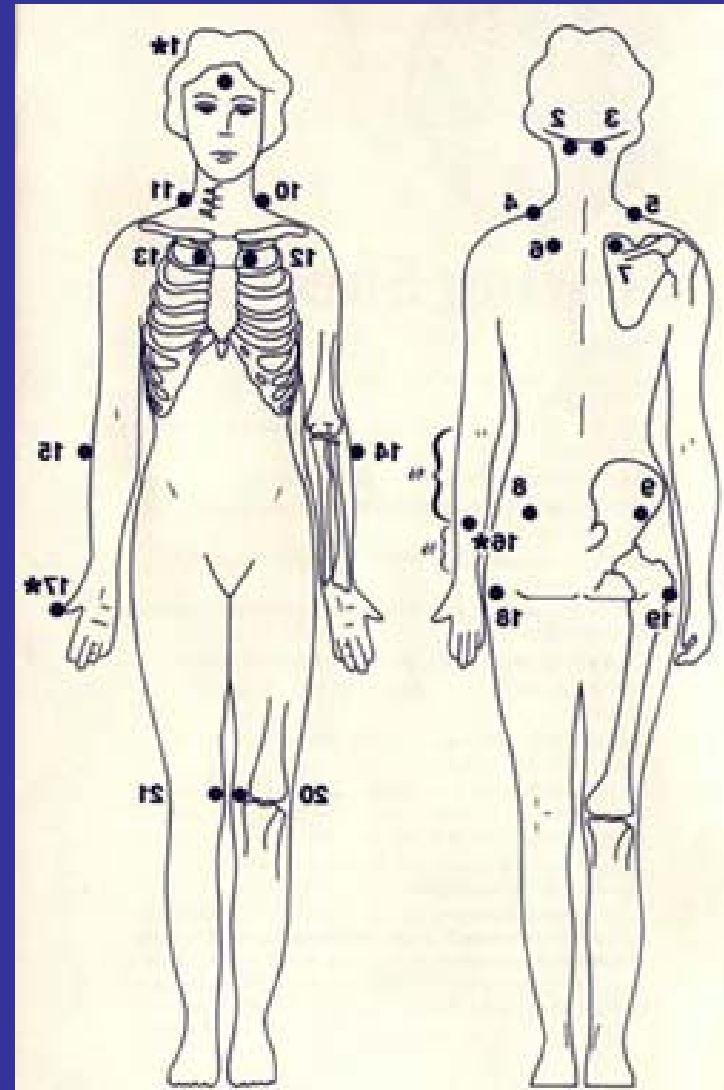
Parestesie

Disturbi del sonno

Cosa sono i Tender Points

I Tender Points (TPs) sono siti anatomici distribuiti nel sistema muscoloscheletrico. Sono posizionati tipicamente nei ventri muscolari, sulle inserzioni tendinee e sulle protuberanze ossee.

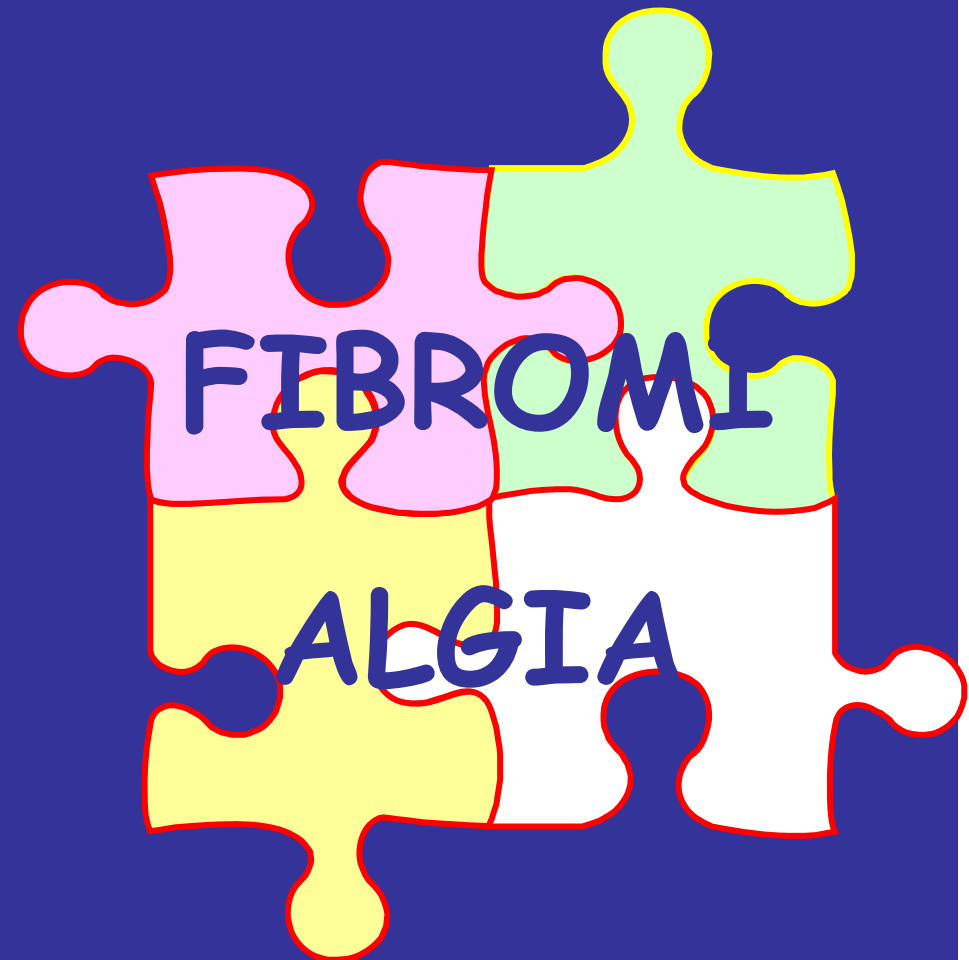
I meccanismi anatomici e fisiologici della presenza e delle cause dei TPs hanno ricevuto grande attenzione ma la loro origine rimane poco chiara.



✚ Gli studiosi stanno costruendo un puzzle

✚ A causa dell' origine multifattoriale della malattia

✚ Fibromialgia come risposta e risultato dell'organismo a diversi insulti patogeni



Diagnosi differenziale

FMS SECONDARIA

- ✓ Ipotiroidismo
- ✓ Miopatie
- ✓ Polimialgia reumatica
- ✓ Farmaci (antidislipemici, antivirali)
- ✓ Deficit di vitamina D

FMS CONCOMITANTE

- ✓ Artrite Reumatoide
- ✓ Reumatismo palindromico
- ✓ *Lupus Eritematoso Sistemico*
- ✓ *Sindrome di Sjögren*
- ✓ Miopatie infiammatorie *patologie Intestinali*
- ✓ Epatite C
- ✓ Infezioni da parvovirus
- ✓ Malattia di Lyme

Diagnosi differenziale

FMS SECONDARIA

- ✓ Ipotiroidismo
- ✓ Miopatie
- ✓ Polimialgia reumatica
- ✓ Farmaci (antidislipemici, antivirali)
- ✓ Deficit di vitamina D

25% al 50% Raynaud o
sindrome secca

FMS CONCOMITANTE

- ✓ Artrite Reumatoide
- ✓ Reumatismo palindromico
- ✓ *Lupus Eritematoso Sistemico*
- ✓ *Sindrome di Sjögren*
- ✓ Miopatie infiammatorie *patologie Intestinali*
- ✓ Epatite C
- ✓ Infezioni da parvovirus
- ✓ Malattia di Lyme

La FM è l'anticamera di una malattia autoimmune?

In un recente lavoro sono stati analizzati in maniera retrospettiva 450 pazienti FM e 129 controlli. Non sono state riscontrate differenze statisticamente significative tra i 2 gruppi, riguardo la presenza di Ab anti-nucleo, markers di malattie del tessuto connettivo (CTD). Osservando i pazienti in un lungo periodo (10 anni) è emerso che la probabilità di sviluppare malattia autoimmune è la stessa in pazienti e in controlli e che la positività verso gli Ab anti-nucleo non è predittiva per lo sviluppo di CTD.



Diagnosi differenziale

La diagnosi differenziale di Fibromialgia include:

sindrome miofasciale

sindrome della fatica cronica

ipotiroidismo

Queste condizioni possono essere presenti anche nel paziente con Fibromialgia e rendono più difficile la diagnosi.

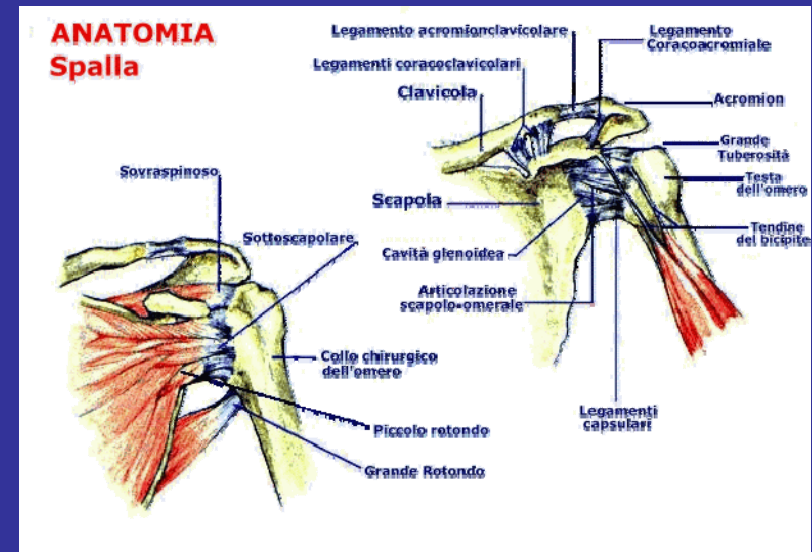


Fibromialgia e sindromi miofasciali

Il dolore miofasciale è caratterizzato da dolorabilità e aree dolenti nei muscoli. È una condizione **localizzata** senza manifestazioni sistemiche.

Diversamente dalla Fibromialgia, il dolore nelle sindromi miofasciali nasce da aree localizzate nei muscoli e **non è diffuso**.

La presenza di **Trigger Points** (punti grilletto) è una caratteristica del dolore miofasciale.



Fibromialgia e Fatica Cronica

Il dolore cronico e la fatica sono due manifestazioni caratteristiche della Fibromialgia e della Sindrome della Fatica Cronica (CFS).

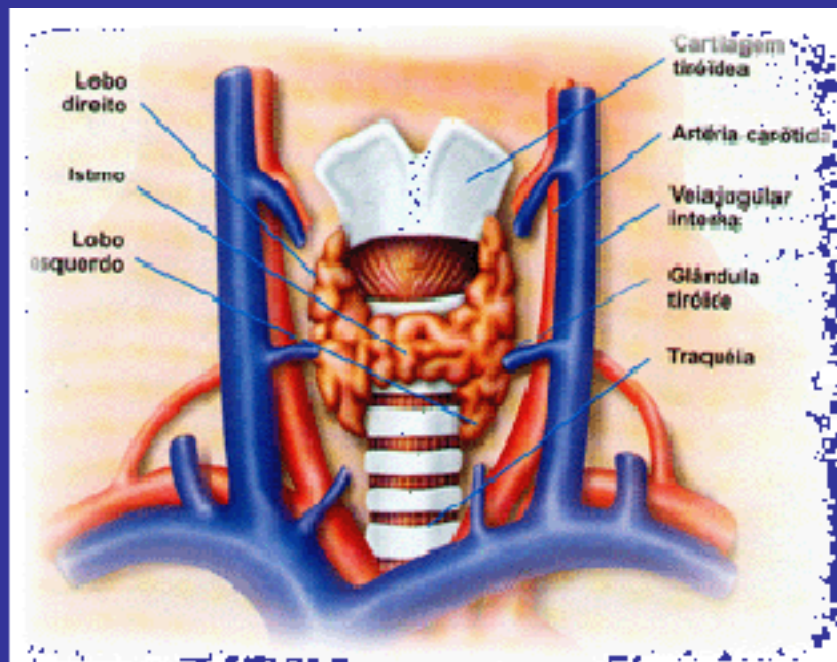
A differenza della Fibromialgia, la CFS è verosimilmente legata ad un processo infiammatorio. I pazienti affetti da CFS mostrano febbre, linfonodi gonfi ed un esordio acuto della patologia. Queste non sono presenti nella Fibromialgia.



Fibromialgia, ipotiroidismo ed ipotiroidismo subclinico

L'ipotiroidismo si manifesta come profondo senso di fatica, debolezza muscolare e malessere generalizzato, come apparentemente riportato dai pazienti affetti da Fibromialgia.

Tuttavia i pazienti con ipotiroidismo mostrano un quadro caratteristico nei valori tiroidei.



Quanto sono grave?

Come si valuta la severità della Fibromialgia

La valutazione delle condizioni del paziente fibromialgico è effettuata mediante l'analisi dei sintomi principali quali:

dolore

disturbi del sonno

depressione ed ansia

valutazione della qualità della vita

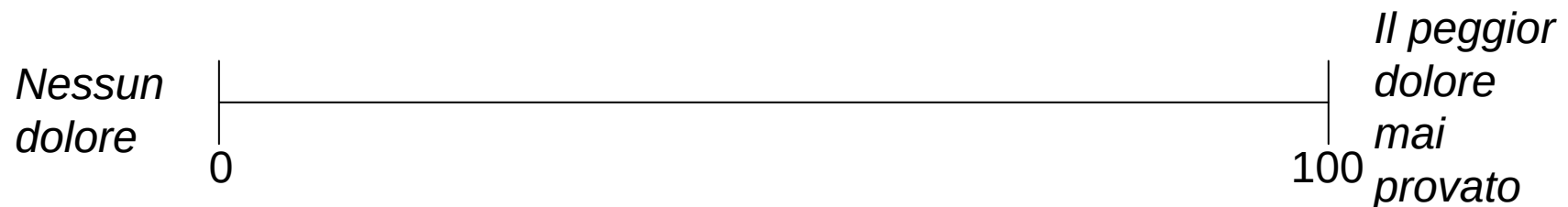
Valutazione del dolore

Vengono valutati attentamente i Tender Points. Altri strumenti di utile ausilio sono la compilazione di questionari specifici per la valutazione del dolore.

Es.

SCALA ANALOGICA VISIVA DEL DOLORE (VAS-DOLORE)

Vorremmo che Lei indicasse con una crocetta su questa scala da 0 a 100 quanto è forte il Suo dolore



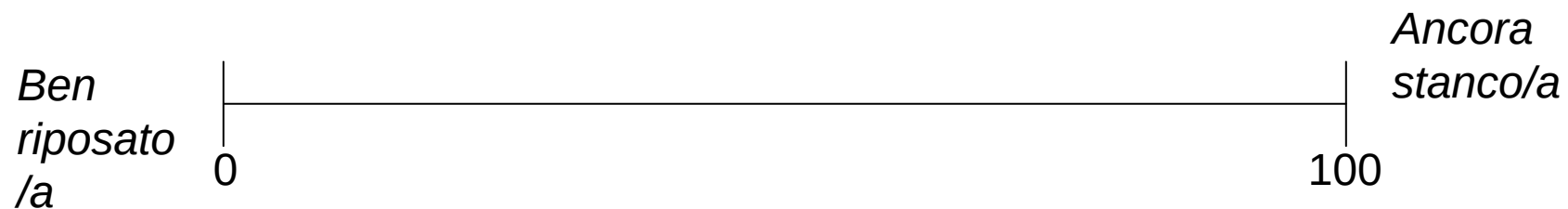
Valutazione dei disturbi del sonno

Il sonno disturbato è uno dei sintomi più frequenti della Fibromialgia.

Una buona qualità del sonno è fondamentale, non solo per lo svolgimento delle attività quotidiane e per le capacità cognitive ma anche per la riparazione muscolare. Durante il sonno viene infatti prodotto l'ormone della crescita (GH), fondamentale per la riparazione del danno muscolare.

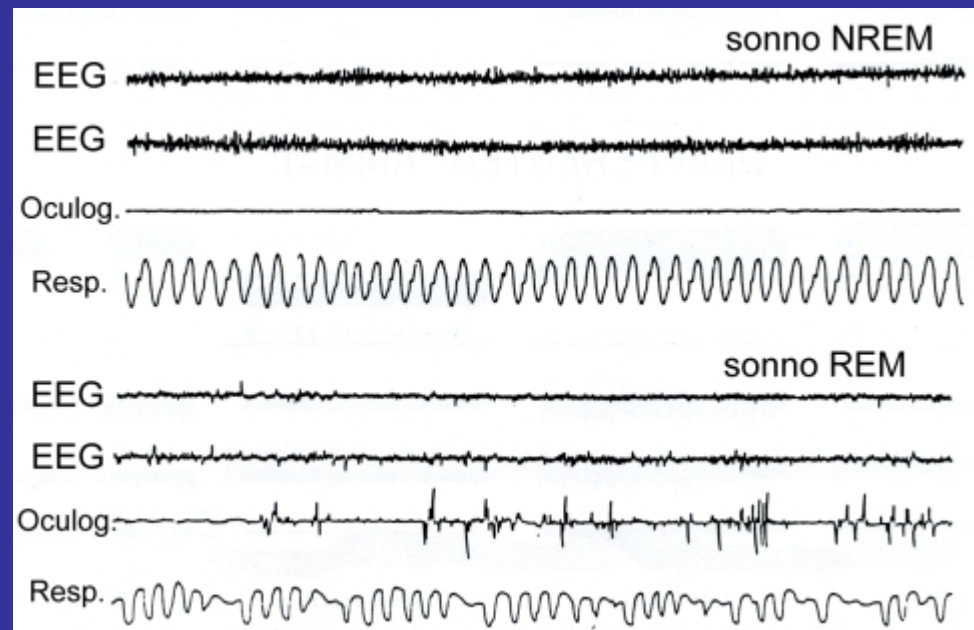
SCALA ANALOGICA VISIVA DEL SONNO (VAS-SONNO)

Come si è sentito stamani al risveglio



Valutazione dei disturbi del sonno

La polisonnografia registra l'elettroencefalogramma, l'elettrooculogramma, l'elettromiogramma e diversi parametri vegetativi. L'analisi si basa sulla continuità e sull'architettura del sonno.



Valutazione dei disturbi del sonno

La polisonnografia registra l'elettroencefalogramma, l'elettrooculogramma, l'elettromiogramma e diversi parametri vegetativi. L'analisi si basa sulla continuità e sull'architettura del sonno.

NEI FIBROMIALGICO INTRUSIONE
DI ONDE ALFA
NEL RITMO DI ONDE DELTA DEL
SONNO NREM



Valutazione psichiatrica

Depressione ed ansia sono frequentemente presenti nella Fibromialgia. È ancora controverso se la fibromialgia sia scatenata da disturbi psichiatrici oppure se la Fibromialgia contribuisce allo sviluppo di comorbidità psichiatriche.

La valutazione psichiatrica viene effettuata da specialisti psichiatri, mediante l'utilizzo di appositi questionari.



Valutazione psichiatrica

In un nostro recente lavoro, effettuato valutando l'aspetto psichiatrico di 368 pazienti è emerso che il **64%** dei pz FM aveva avuto un **episodio psichiatrico** nel corso della vita, prevalentemente di tipo depressivo, ma **solo il 34% presentava al momento della diagnosi un disturbo psichiatrico** corrente sottolineando che la patologia fibromialgica non ha stretto rapporto causa-effetto con la comorbidità psichiatrica.

il 50% dei pazienti con Fibromialgia soffre di depressione versus 29% di quelli con artrite reumatoide



Valutazione psichiatrica

In un nostro recente lavoro, effettuato valutando l'aspetto psichiatrico di 368 pazienti è emerso che il **64%** dei pz FM aveva avuto un **episodio psichiatrico** nel corso della vita, prevalentemente di tipo depressivo, ma **solo il 34% presentava al momento della diagnosi un disturbo psichiatrico** corrente sottolineando che la patologia fibromialgica non ha stretto rapporto causa-effetto con la comorbidità psichiatrica.

Concetto di spettro



Valutazione della qualità della vita

Fibromyalgia Impact Questionnaire

FIQ

È un questionario composto da 10 domande che valuta l'incidenza di sintomi caratteristici sulla qualità della vita del paziente Fibromialgico.

Ogni domanda, eccetto la prima, è costituita da una Scala Analogica Visiva 0-10

(VAS 0-10)

NOME.....

DATA.....

ISTRUZIONI: Dalla domanda n. 1 alla domanda n. 10 del questionario che segue, le verranno poste delle domande riguardo alle attività che è stato in grado di svolgere nel corso dell'ultima settimana. Risponda a ciascuna domanda, ponendo una crocetta nella casella corrispondente (solo una risposta per domanda). Se normalmente non svolge l'attività a cui fa riferimento la domanda, passi alla successiva senza segnare alcuna risposta.

1. Sei in grado di

	sempre	quasi sempre	qualche volta	mai
fare shopping				
fare il bucato				
preparare i pasti				
lavare i piatti				
scuotere un tappeto				
rifare i letti				
camminare per diversi isolati				
fare visita ad amici				
pulire il cortile				
guidare la macchina				

2. Per quanti giorni è stato/a bene nell'ultima settimana?

0 1 2 3 4 5 6 7

3. Per quanti giorni nell'ultima settimana, non le è stato possibile andare al lavoro o fare i lavori domestici a causa della fibromialgia?

0 1 2 3 4 5 6 7

4. Quanto il dolore o gli altri sintomi della fibromialgia hanno interferito con la capacità di svolgere il suo lavoro, comprese le faccende domestiche?

Nessuna difficoltà 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Estrema difficoltà

5. Quanto è stato forte il suo dolore?

Nessun dolore 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 molto forte

6. Quanto si è sentita/a stanca/a?

Nessuna stanchezza 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Molto stanca/a

7. Come si è sentita/a al risveglio?

Ben riposata 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Molto stanca/a

8. Quanto si è sentita/a rigida/a?

Nessuna rigidità 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Rigidità fortissima

9. Come descriverebbe il suo grado di ansia e nervosismo?

Per nulla ansiosa 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Molto ansiosa

10. Come descriverebbe il suo grado di malinconia o depressione?

Per nulla depressa 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Molto depressa

Calcolo FIQ

Sempre:0
Quasi sempre:1
Qualche volta:2
Mai:3

CALCOLO:
somma di risposte
date per 3.33

Punteggio risposta 1:
.....

0=7, 7=0 ecc
Calcolo: moltiplicare il
numero corrispondente
per 1.43

Punteggio risposta 2:
.....

0=0, 7=7, ecc
Calcolo: moltiplicare il
numero corrispondente
per 1.43

Punteggio risposta 3:
.....

Dalla domanda 4 alla
10 si usa scala da 0
a 10

Punteggio risposta 4:
.....

Punteggio risposta 5:
.....

Punteggio risposta 6:
.....

Punteggio risposta 7:
.....

Punteggio risposta 8:
.....

Punteggio risposta 9:
.....

Punteggio risposta 10:
.....

Moltiplicare la somma
per 10/
(numero di risposte
fornite)

TOTALE:.....

Valutazione della qualità della vita

Health Assessment Questionnaire (HAQ)

È un questionario che valuta quanto i sintomi della malattia influiscano sulle attività quotidiane.

Health Assessment Questionnaire (HAQ)

Vorremmo che Lei indicasse con una crocetta **SEMPRE** sul quadrato corrispondente alla risposta che meglio descrive la Sua reale condizione **RIFERITA ALL'ULTIMA SETTIMANA**.

Punteggio	E' in grado di:	Senza difficoltà (0 pt)	Con qualche difficoltà 1 (pt)	Con molta difficoltà 2 (pt)	No 3 (pt)
Tot__	Vestirsi da solo, allacciarsi le scarpe e abbottonarsi gli abiti?				
	Lavarsi i capelli?				
Tot__	Alzarsi da una sedia senza braccioli?				
	Salire e scendere dal letto?				
	Tagliare la carne?				
Tot__	Portare alla bocca un bicchiere o una tazza piena?				
	Aprire una confezione di latte?				
Tot__	Passeggiare su un terreno in piano?				
	Salire cinque gradini?				
	Lavare ed asciugare tutto il corpo?				
Tot__	Farsi un bagno nella vasca?				
	Utilizzare i servizi igienici da solo?				
Tot__	Raggiungere e prendere un oggetto del peso di circa due chili (per esempio un sacchetto di zucchero posto sopra la Sua testa)?				
	Chinarsi per raccogliere un indumento caduto a terra?				
	Aprire la portiera della macchina?				
Tot__	Aprire un barattolo già aperto in precedenza?				
	Aprire e chiudere un rubinetto?				
	Fare delle commissioni e fare spesa?				
Tot__	Salire e scendere dalla macchina?				
	Svolgere lavori quali passare l'aspirapolvere o pulire un cortile?				
TOTALE					

Valutazione della qualità della vita

Ad oggi non esiste un marker di malattia o di gravità

TUTTAVIA

In un campione di 285 pazienti affetti da Fibromialgia, abbiamo osservato che livelli più alti di anticorpo antipolimero (APA), correlano con una maggiore severità di malattia

Research article

Open Access

Antipolymer antibody in Italian fibromyalgic patients

Laura Bazzichi¹, Camillo Giacomelli², Francesca De Feo¹, Tiziana Giuliano¹, Alessandra Rossi²,
Marica Doveri¹, Chiara Tani¹, Russell B Wilson³ and Stefano Bombardieri¹

www.fisiokinesiterapia.biz

É una malattia invalidante?

La Fibromialgia non viene attualmente riconosciuta come causa di invalidità in Italia.

Il 10% dei soggetti fibromialgici si considera invalido.

**Indagine negli USA su 620
pazienti affetti da Fibromialgia**

**circa il 15% riceveva un
indennizzo di disabilità.**

**Il 25% si considerava
totalmente diasabile.**

**I PAZIENTI FIBROMIALGICI RIPORTANO DISABILITÀ NELLO
SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITÀ QUOTIDIANE CHE SONO ALTRETTANTO
SEVERE DI QUELLE RIPORTATE DAI PAZIENTI AFFETTI DA ARTRITE
REUMATOIDE.**

Si può guarire?

La guarigione completa è un evento estremamente raro. Tuttavia, attraverso abitudini corrette, adeguate terapie e supporto psicologico, si può convivere e migliorare i sintomi di questa malattia.



Fibromialgia: quali terapie?



TERAPIA

Gli obiettivi del trattamento della FM sono rappresentati dalla riduzione del dolore e dal miglioramento della funzione

ciò è possibile con un approccio multimodale,

- farmacologico
- riabilitativo
- psicoterapeutico

TERAPIA

I farmaci che si sono dimostrati maggiormente efficaci nel trattamento della FM sono quelli che agiscono a livello del SNC, come gli *antidepressivi*, *i miorilassanti* e *gli anticonvulsivanti*;

queste sostanze agirebbero a livello dei neuromediatori (ad es. serotonina, noradrenalina ecc.) le cui modificazioni avrebbero un ruolo patogenetico nel determinismo di questa malattia.

Terapie della Fibromialgia

Efficacia	Terapie farmacologiche	Terapie non farmacologiche
Forti evidenze	Amitriptilina (Laroxyl), Ciclobenzaprina (Flexiban)	Esercizio cardiovascolare, terapia cognitiva, educazione del paziente, terapie multidisciplinari
Moderate evidenze	Duloxetina (Cymbalta), Venlafaxina (Effexor), Fluoxetina (Prozac), antidepressivi triciclici, Pregabalin (Lyrica), Tramadolo (Unitrama), Paracetamolo (Tachipirina)	Agopuntura, Biofeedback, balneoterapia, Ipnosi
Scarse evidenze		Chiropratica, Elettroterapia, Massaggi, ultrasonografia
No evidenze	Corticosteroidi, melatonina, FANS, oppioidi, omoni tiroidei	Stretching, iniezioni sui tender points

<i>Farmaco</i>	<i>Effetti indesiderati, controindicazioni e commenti</i>
Antidepressivi Antidepressivi triciclici	<i>Effetti indesiderati:</i> secchezza delle fauci, stipsi, ritenzione urinaria, sedazione, aumento ponderale. <i>Controindicazioni:</i> alterazioni della conduzione cardiaca, recenti patologie cardiache significative, glaucoma ad angolo chiuso.
Amitriptilina, imipramina	La amine terziarie hanno maggiori effetti anticolinergici e, perciò, non dovrebbero essere utilizzate nei pazienti anziani.
Desipramina, nortriptilina	La amine secondarie hanno minori effetti indesiderati anticolinergici.
Inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina Fluoxetina, paroxetina	<i>Effetti indesiderati:</i> nausea, sedazione, riduzione della libido, disfunzioni sessuali, cefalea, aumento ponderale. L'efficacia nelle sindromi dolorose croniche è relativamente scarsa.
Nuovi antidepressivi Milnacipran	<i>Effetti indesiderati:</i> ansia, sudorazione, vertigini, disuria, secchezza delle fauci, stipsi, palpitazioni.
Venlafaxina	<i>Effetti indesiderati:</i> cefalea, nausea, sudorazione, sedazione, ipertensione, convulsioni. Effetti serotoninergici a dosi < a 150 mg/die; effetti misti, serotoninergici e noradrenergici a dosaggi maggiori.
Duloxetina	<i>Effetti indesiderati:</i> nausea, secchezza delle fauci, stipsi, vertigini, insonnia.
Farmaci anticonvulsivanti Gabapentin	<i>Effetti indesiderati:</i> sonnolenza, vertigini, astenia, nausea, sedazione, aumento ponderale.
Pregabalin	<i>Effetti indesiderati:</i> sonnolenza, vertigini, astenia, nausea, sedazione, aumento ponderale.

NESSUN TRATTAMENTO FARMACOLOGICO È UNIFORMEMENTE EFFICACE IN TUTTI I PAZIENTI.



**TRATTAMENTI
FARMACOLOGICI**

**TRATTAMENTI
NON FARMACOLOGICI**

Devono essere individuati per ogni singolo paziente, e il clinico può avere la necessità di provare differenti modalità terapeutiche, prima di ottenere un miglioramento ottimale dei sintomi del paziente.

Sessualità nel paziente Fibromialgico

Questionari specifici rilevano che il 71% dei pazienti FM ha problemi sessuali, termine che include disturbi sia psicologici che sistemici.

La sessualità è un processo complesso, coordinato a livello neurologico, endocrino e vascolare ed è influenzato da fattori familiari, sociali e religiosi. I disturbi sessuali possono essere legati anche all'età, allo stato di salute ed al vissuto. La sessualità può essere studiata globalmente ma individuare la fase del ciclo sessuale alterata può condurre a programmi educazionali e ad interventi terapeutici mirati. Migliorare la qualità della vita dei pazienti FM deve essere un obiettivo per far sì che abbiano una vita felice anche sotto l'aspetto sessuale.

**Sono stanca: ho la
Fibromialgia o la Sindrome
della Fatica Cronica?**

Florence Nightingale

Florence Nightingale (Firenze, 12 maggio 1820 – Londra, 13 agosto 1910) fu un' infermiera britannica nota come La signora con la lampada. È considerata la pioniera della moderna professione di infermiere e dell'organizzazione degli ospedali da campo militari.

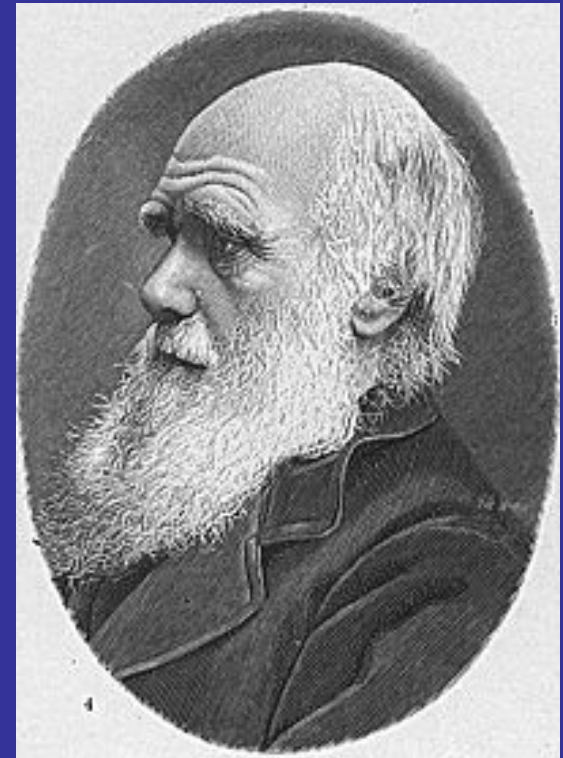
Si sentì male durante una visita ad un campo di battaglia, e fu costretta a letto per gli ultimi 50 anni della sua vita. I sintomi da lei riportati fanno presupporre che fosse affetta da Fibromialgia. Il giorno della sua nascita, 12 maggio, viene oggi celebrato come *giornata mondiale della Fibromialgia*



Charles Darwin

Charles Robert Darwin (Shrewsbury, 12 febbraio 1809 – Londra, 19 aprile 1882) è stato un naturalista, geologo e agronomo inglese, celebre per aver formulato, assieme ad Alfred Russel Wallace, la teoria dell'evoluzione delle specie animali e vegetali per selezione naturale di mutazioni casuali congenite ereditarie (origine delle specie), e per aver teorizzato la discendenza di tutti i primati (uomo compreso) da un antenato comune (origine dell'uomo).

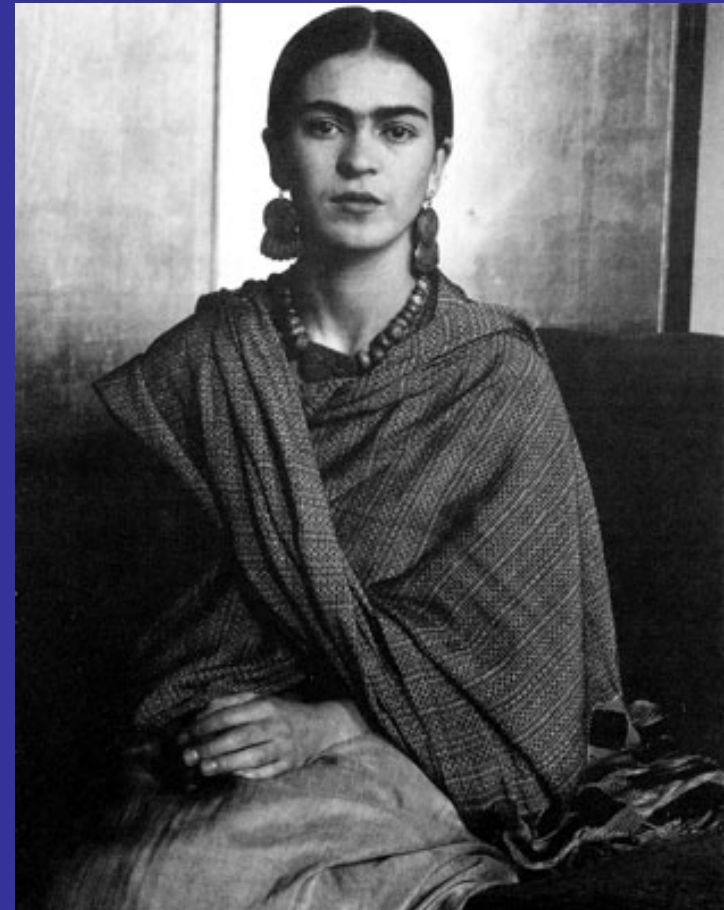
Si dice che avesse una misteriosa, con profonda astenia, dolore, vomito, cefalea, insonnia, ansia e eczemi cronici. Molti dei suoi collaboratori pensavano fosse ipocondriaco. Ma i sintomi lasciano pensare alla FIBROMIALGIA



Frida Kahlo

Frida Kahlo il cui nome completo era Magdalena Carmen Frida Kahlo y Calderón (Coyoacán, 6 luglio 1907 – Coyoacán, 13 luglio 1954) è stata una pittrice messicana. Affetta dall'età di sei anni da spina bifida, che i genitori e le persone intorno a lei scambiavano per poliomielite (ne era affetta anche sua sorella minore), fin dall'adolescenza manifestò talento artistico ed uno spirito indipendente e passionale, riluttante verso ogni convenzione sociale.

La famosa artista messicana soffrì di fibromialgia postraumatica a seguito di un grave incidente subito all'età di 18 anni.



CONCLUSIONI

I medici ed i pazienti

dovrebbero conoscere i possibili meccanismi
fisiopatologici che sottostanno alla malattia



CONCLUSIONI

stabilire insieme degli obiettivi realistici da raggiungere con tutte le possibili modalità terapeutiche disponibili.

Numerosi farmaci sono stati utilizzati per

- **il dolore**
- **migliorare la qualità del sonno**
- **l'ansia**
- **la depressione**
- **per migliorare la qualità della vita**

Le tendiniti e tenosinoviti

TENDINITE E TENOSINOVITE

- *Infiammazione di un tendine (tendinite) e della guaina di rivestimento (tenosinovite) si manifestano, generalmente, in modo simultaneo.*

SEDE

- La sede di massima infiammazione è il rivestimento sinoviale della guaina,
- ma la risposta infiammatoria può coinvolgere anche il tendine incluso (p. es., come risultato di deposito di Ca).

SEDE

- La sede di massima infiammazione è il rivestimento sinoviale della
guaina
- ma la risposta infiammatoria può coinvolgere anche il tendine incluso (p. es., come risultato di deposito di Ca).

Eziologia

- La causa sconosciuta.
- in persone di media età o in persone più anziane quando la vascolarizzazione dei tendini si attenua;
- microtraumi ripetuti possono aumentare il danno. implicati traumi ripetuti o eccessivi (prossimi alla rottura), strappi o esercizio eccessivo (non abituale)
- La tendinite può anche essere legata a malattie sistemiche :
 - AR,
 - nella sclerosi sistemica,
 - nella gotta,
 - nella sindrome di Reiter,
 - nel diabete e raramente nell'amiloidosi
 - Ipercolesterolemia marcatamente aumentati (iperlipoproteinemia Tipo II).
- Nei giovani adulti, in particolare nelle donne, l'infezione gonococcica disseminata può essere responsabile di una tenosinovite migrante acuta, con o senza sinovite localizzata.

Sintomi e segni

- Le sedi colpite più frequentemente nelle tendiniti e nelle tenosinoviti sono :
 - capsula dell'articolazione della spalla
 - tendini ad essa associati (cuffia dei rotatori)
 - il flessore radiale e ulnare del carpo
 - il flessore delle dita
 - la capsula dell'articolazione dell'anca e i tendini ad essa associati
 - il tendine d'Achille
 - l'abduuttore lungo e l'estensore breve del pollice che dividono una guaina fibrosa comune (sindrome di de Quervain).
- I tendini coinvolti sono generalmente dolenti durante il movimento; le loro guaine possono accumulare liquido ed essere visibilmente gonfie o possono rimanere secche ma causare frizione, che è avvertita o sentita con lo stetoscopio quando il tendine si muove all'interno della sua guaina.
- È presente una dolorabilità localizzata lungo il decorso del tendine, talvolta molto spiccata e tale da rendere impossibile il movimento.
- Depositi di Ca possono essere evidenziati ai raggi-x nel tendine e nella sua guaina.

La tendinite del bicipite

- deriva dall'infiammazione della guaina tendine che circonda il capo lungo del muscolo bicipite, il quale si origina dal tubercolo sopraglenoideo e, estendendosi attraverso la capsula dell'articolazione scapolo-omerale lungo il solco bicipitale dell'omero, si inserisce sul radio.
- La dolorabilità è evidente prossimalmente sul solco bicipitale dell'omero o più distalmente facendo "scorrere" il tendine del bicipite (sotto il dito dell'esaminatore).
- La flessione contro resistenza e la supinazione dell'avambraccio aggravano il dolore locale.

La tenosinovite di De Quervain

- (tendini abduuttore o estensore del pollice) è di solito diagnosticata per la dolorabilità localizzata, se non per la lieve tumefazione, lungo il corso del tendine.
- Un chiaro dolore è evocato o accentuato quando il pollice ipsilaterale viene flesso sul palmo, racchiuso dalle dita e il polso è deviato in direzione ulnare per stirare i tendini e le guaine circostanti (segno di Finkelstein nella tenovaginite stenosante).

La borsite trocanterica

- si verifica sulla prominenza laterale del grande trocantere del femore ed è di solito associata con traumatismi cronici che imprimono pressione o infiammazione in quel punto (p. es., la frizione da banda ileotibiale nell'AR).
- La dolorabilità localizzata, se non la tumefazione, su questa prominenza ossea caratterizza questa condizione.

Terapia 1

Un sollievo sintomatico può essere procurato con il riposo o l'immobilizzazione (docce di posizione o corsetto) del tendine

**l'applicazione di caldo per l'infiammazione cronica o di freddo per l'infiammazione acuta (qualunque fattore arrechi beneficio al paziente dovrebbe essere usato),
somministrazione di farmaci analgesici locali e di FANS per 7-10 giorni.**

La colchicina può essere utile in caso di depositi di urato

Sono indicati appositi esercizi, da eseguire sotto controllo, diverse volte nel corso della giornata (in modo da diventare progressivamente più attivi, sempre in rapporto alla tollerabilità da parte del paziente)

l'esercizio è particolarmente utile per prevenire la cosiddetta spalla congelata, dopo aver risolto l'infiammazione

Terapia 2 infiltrazione

- Può essere efficace l'iniezione nella guaina tendinea di un corticosteroide depot in rapporto alla gravità e alla sede del processo patologico.
- L'iniezione verrà effettuata alla cieca o appena prossimalmente nella sede di maggiore dolorabilità, qualora non si riuscisse a individuare il punto esatto della flogosi.
- Queste manovre devono essere eseguite con molta attenzione per evitare che il liquido venga iniettato nel tendine (che offre maggiore resistenza), poiché questo potrebbe causare un possibile indebolimento e rottura dello stesso, in soggetti attivi.
- Si consiglia poi di mettere a riposo la parte iniettata per diminuire il rischio di rotture tendinee.
- Il paziente deve essere avvertito sulla possibile, sebbene rara, comparsa di una infiammazione a seguito della iniezione:
- si tratta probabilmente di una forma di sinovite da cristalli, indotta dai preparati cortisonici depot; questo si verifica, generalmente, dopo diverse ore dall'iniezione e dura 24 h; tende a migliorare con l'applicazione di freddo e la somministrazione di analgesici a breve durata d'azione.

Terapia 3

- Per la completa risoluzione del processo infiammatorio possono essere necessarie terapia sintomatica e infiltrazioni ogni 2-3 sett per 1-2 mesi.
- Nei casi persistenti può essere presa in considerazione l'esplorazione chirurgica e la rimozione di depositi calcifici, seguita dalla fisioterapia graduale.
- L'approccio chirurgico è raramente necessario, eccetto per effettuare la scarcerazione da tunnel fibro-ossei (come nella sindrome di de Quervain) o la tenosinovietomia nelle infiammazioni croniche (come nell'AR).

EPICONDILITE LATERALE

- (Gomito del tennista sul rovescio)
- È una sindrome da iperutilizzazione causata dallo stress continuato sui muscoli per la prensione (estensore radiale del carpo breve e lungo) e sui muscoli supinatori (supinatore lungo e breve) dell'avambraccio, che originano dall'epicondilo laterale del gomito.
- All'inizio, presente dolore ai tendini estensori quando si estende il polso contro una resistenza (p. es., nell'avvitare). Con uno stress continuato, i muscoli e i tendini sono dolenti anche a riposo e il danno procede verso emorragie subperiostali, periostiti, calcificazioni e osteofitosi dell'epicondilo laterale.
- Durante l'esecuzione di un rovescio, il gomito e il polso vengono estesi, danneggiando i tendini estensori, in particolare l'estensore radiale breve del carpo, quando essi ruotano sopra l'epicondilo laterale e la testa del radio.
- Fattori contribuenti sono la scarsa tecnica, muscoli della spalla e del polso deboli, l'uso di una racchetta con le corde troppo tese o dal manico troppo corto, giocare con palle bagnate e pesanti e colpire la palla fuori dal centro della racchetta.

Sintomi, segni e diagnosi

- Il primo sintomo è il dolore all'epicondilo laterale quando il paziente sta effettuando un rovescio. Alla fine, il dolore diviene costante e può estendersi dall'epicondilo laterale al polso.
- All'esame fisico, se le dita sono estese contro resistenza a gomito disteso, si avvertirà dolore lungo il tendine dell'estensore comune.
- Altrimenti, si fa sedere il paziente su una sedia con il braccio appoggiato su di un tavolo. La mano è tenuta con il palmo verso il basso e il gomito disteso.
- Il medico pone una mano saldamente sopra quella del paziente che prova a sollevare la mano piegando il polso. Si presenta il medesimo dolore.

Terapia

- La terapia comprende il riposo, il ghiaccio, lo stiramento, il rafforzamento e la diminuzione dell'intensità per permettere cambiamenti adattativi.
- Qualunque attività che provoca dolore nell'estendere o pronare il polso deve essere evitata.
- Con la guarigione, si possono iniziare esercizi per rinforzare gli estensori del polso.
- In genere, si raccomandano anche esercizi per potenziare i flessori e i pronatori del polso

EPITROCLEITE

- (Gomito del tennista sul diritto; gomito del giocatore di golf; gomito del baseball; gomito da valigia)
- Una flessione e una pronazione energica del polso possono danneggiare i tendini che si inseriscono sull'epicondilo mediale;
- queste forze devono essere impiegate quando si esegue, nel tennis, *il servizio, particolarmente con il "top spin"* (con una racchetta troppo pesante, palle pesanti, un manico piccolo o un servizio con effetto di rotazione o le corde troppo tese, unito a debolezza dei muscoli della spalla e della mano);
- *nel "pitching" nel baseball; nel lancio del giavellotto;*
- *e nel trasportare una valigia pesante.*
- Se il paziente continua a sollecitare i flessori del polso, i tendini possono essere strappati dall'inserzione sull'osso, causando una emorragia subperiostale, una periostite, osteofitosi e lacerazione del legamento collaterale mediale.

Sintomi, segni e diagnosi

- Il paziente lamenta dolore ai tendini flessori e pronatori (inseriti sull'epitroclea) e all'epitroclea quando flette o proni il polso contro resistenza o quando stringe nella mano una palla di gomma dura.
- Per confermare la diagnosi, l'esaminatore fa sedere il paziente facendogli poggiare l'avambraccio su di un tavolo.
- Con la mano in supinazione, il paziente cerca di sollevare la mano a pugno piegando il polso, mentre il medico la spinge verso il basso. Si avverte dolore all'epitroclea e ai tendini flessori e pronatori.

Terapia

- Il paziente deve evitare ogni attività che provochi dolore alla flessione o pronazione del polso.
- Il paziente deve imparare a colpire la palla applicando più forza con le spalle e fare degli esercizi per rinforzare i muscoli flessori e pronatori del polso .
- In genere, devono anche essere fatti esercizi per rinforzare gli estensori del polso .
- Per quelli con dolore prolungato, la chirurgia ha generalmente successo.

ESERCIZI PER RINFORZARE GLI ESTENSORI DEL POLSO

1. Sedere su una sedia vicino a un tavolo.
2. Poggiare l'avambraccio sul tavolo con il palmo verso il basso, il gomito esteso e la mano e il polso sporgenti oltre il ciglio.
3. Tenere un peso da ½ kg nella mano
4. Sollevare e abbassare lentamente la mano flettendo ed estendendo il polso.
5. Eseguire l'esercizio 10 volte, riposarsi per 1min e quindi effettuare altre 2 serie da 10 ripetizioni (va interrotto subito se provoca dolore e ritentato nuovamente dopo 2 giorni l'esercizio va effettuato a giorni alterni).
6. Man mano che l'esercizio diventa più facile, il peso nella mano va aumentato

Poi

1. Con i palmi verso il basso, avvolgere un peso da ½ kg attaccato con una fune ad un bastone di legno del diametro di un manico di scopa.
2. Ripetere per 10 volte, ma interrompere se si avverte dolore; l'esercizio va effettuato a giorni alterni.
3. Aumentare gradualmente il peso. Il numero di ripetizioni non va aumentato.

Modificata da Mirkin G, Shangold M: *The Complete Sports Medicine Book for Women*. New York, Simon & Schuster, 1985, p. 109; riproduzione autorizzata da The Miller Press.

ESERCIZI PER RINFORZARE I FLESSORI E PRONATORI DEL POLSO

1. Sedere su una sedia vicino ad un tavolo
2. Poggiare l'avambraccio sul tavolo con il palmo verso l'alto e la mano ed il polso sporgenti oltre il ciglio.
3. Tenere un peso da ½ kg nella mano
4. Sollevare ed abbassare lentamente la mano estendendo e flettendo il polso.
5. Ripetere l'esercizio 10 volte, riposarsi per 1min e quindi effettuare altre 2 serie da 10 ripetizioni. Se si avverte dolore, l'esercizio va interrotto subito e ritentato il giorno dopo.
6. Man mano che l'esercizio diventa più facile, aumentare il peso nella mano.

Poi,

1. Con i palmi verso l'alto, avvolgere un peso da ½ kg attaccato con una fune ad un bastone di legno del diametro di un manico di scopa.
2. Ripetere per 20 volte. Interrompere se si avverte dolore; aumentare gradualmente il peso. Il numero di ripetizioni non va aumentato. Infine, diverse volte al giorno, ogni volta che sia possibile, stringere dolcemente una palla di spugna morbida e poi rilasciare.

Modificata da Mirkin G, Shangold M: *The Complete Sports Medicine Book for Women*. New York, Simon & Schuster, 1985, p109; riproduzione autorizzata da The Miller Press.