

La sindrome fibromialgica: una, nessuna e centomila.

di Marco Cazzola

Scagli la prima pietra il riabilitatore che non ha mai visitato né curato un paziente che "ha male dappertutto", è ansioso, dorme poco e male e si sente sempre stanco, eppure ha tutti gli esami radiologici e di laboratorio nella norma. E ammetta questo riabilitatore di avere provato un certo imbarazzo quando ha dovuto pur emettere una diagnosi e prescrivere una cura.

Fortunatamente la Letteratura gli ha offerto le diagnosi di fibromialgia (1,2,3,6,7,13,15), sindrome miofasciale (5) e -più recentemente- sindrome da affaticamento cronico (4,5), in una delle quali -più o meno stretto- il suo paziente può quasi sempre rientrare.

Un recente articolo proclama la scoperta di "nuove associazioni" (9). La fibromialgia potrebbe associarsi con frequenza significativa a

una decina di altre condizioni: problemi "di concentrazione", rigonfiamento linfoghiandolare, tosse cronica tachicardia e via associando. Gli Autori erano animati dalle migliori intenzioni di fare chiarezza su patogenesi e diagnosi della fibromialgia. Come vedremo, hanno forse contribuito a confondere un quadro già sufficientemente confuso.

Fibromialgia e sindrome miofasciale: chi è chi?

In tutti i "set" diagnostici proposti finora, elemento necessario per la diagnosi di fibromialgia è considerata la presenza di un numero variabile di "tender points" (punti di tensione algogeni) localizzati in aree muscolo-tendinee o legamentose.

Il trigger point (TRP) vorrebbe differenziarsi in modo netto dal tender point (TP), cardine della diagnosi di sindrome fibromialgica. Ricordiamo che secondo Simons (8) il TRP può essere definito come: 1) area di dolorabilità locale 2) situata in una bendelletta palpabile di fibre muscolari la cui stimolazione determina 3) una contrazione rapida (twitch) delle stesse e 4) si associa ad un dolore riferito che riproduce il dolore riferito

dal paziente.

Alla prova dei fatti, la differenza fra TP e TRP non si è rivelata delle più nette, tanto che studi autorevoli hanno finito per ammettere che essa è più terminologica che sostanziale (1,6).

Quali argomenti potrebbero soccorrere le due sindromi nel loro tentativo di differenziarsi? La letteratura ammette per la fibromialgia la possibilità che esistano i più vari sintomi di accompagnamento: quanto vari è solo timidamente accennato dalla Tab 1. Per evitare che ognuno potesse vedere nel suo paziente un fibromialgico e nell'insieme dei suoi vari problemi una nuova associazione "tipica" nel 1990 l'American College of Rheumatology (ACR) ha prodotto uno studio multicentrico su 558 pazienti con fibromialgia primaria o secondaria alle più varie patologie (12). I pazienti venivano posti a confronto con soggetti dello stesso sesso e di pari età affetti da altre patologie reumatiche. Sono state considerate non solo la presenza di tender points ma anche molte associazioni "classiche" (rigidità muscolo-articolare, colon irritabile, ansia, depressione ecc.), singolarmente o in associazione fra loro, al fine di identificare le caratteristiche più discrimi-

TABELLA 1

DIFFERENTI SETS DI CRITERI DIAGNOSTICI PER LA SINDROME FIBROMIALGICA COMPARI IN LETTERATURA

AUTORE (rif.)	Nr. MINIMO DI TENDER POINTS	DOLORE MUSCOLO SCHELETRICO				SINTOMI ASSOCIATI			FATTORI DI MODULAZIONE			
		DOLORE DIFFUSO	ASTENIA	ANSIA DEPRESSIONE	CEFALEA	S. DA COLON IRRITABILE	ALTERAZIONI DEL SONNO	CLIMA	STRESS	ATTIVITA' FISICA	RUMORI	
SMYTHE (14)	12/14	+	+	+	-	-	+	-	-	+	+	
YUNUS (12)	3 O 5/40	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
WOLFE (9)	7/14	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
CAMPBELL (13)	12/17	+	+	-	+	-	+	+	+	+	-	
GOLDENBERG (11)	3/14	+	+	-	+	-	+	-	-	-	-	
YUNUS (15)	2 O 4/14	+	+	+	-	+	+	-	-	-	-	
WOLFE-ACR (1)	11/18	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

MODIFICATA DA: PC SARZI PUTTINI, M CAZZOLA: LA SINDROME FIBROMIALGICA PRIMARIA

nanti del quadro clinico. La presenza di 11 TP positivi su 18 possibili e la storia clinica di dolore muscolare ha fornito la combinazione più sensibile, specifica ed accurata per identificare il paziente "fibromialgico". Lo studio concludeva per una indistinguibilità fra fibromialgia primaria e secondaria, e quindi per l'abolizione di quest'ultima entità nosologica. Veniva invece riaffermata la possibile concomitanza di altre patologie reumatiche.

La possibilità di "associazioni" avrebbe dovuto lasciare la porta aperta alla definizione di quadri clinici "tipici" complessivamente omogenei e ben distinguibili. Purtroppo per la fibromialgia la letteratura (l'articolo sopra citato non è che l'ultimo di tanti) ha continuato più di prima a scoprire le più svariate situazioni "di accompagnamento".

Forse la soluzione stava nel riconoscimento di una condizione clinica sottostante sia alla fibromialgia, sia alla sindrome miofasciale, come già suggerito da Simons (5). Con questa incoraggiante prospettiva è stato condotto un importante studio controllato (11). Quattro esperti in fibromialgia e 4 esperti in sindromi miofasciali hanno studiato, in cieco, 3

gruppi di pazienti: uno affetto da fibromialgia secondo i criteri ACR del 1990, uno affetto da sindrome miofasciale secondo i criteri proposti da Simons, uno composto da soggetti sani.

Gli esperti in sindromi miofasciali riscontrarono TRP attivi nel 17% circa dei muscoli esaminati sia in soggetti "miofasciali" sia in soggetti "fibromialgici". La frequenza della famosa bendelletta muscolare palpabile, "obiettività" cardine del TRP, variava notevolmente fra gli osservatori, ma non fra i tre gruppi di soggetti (incluso dunque quello di soggetti sani). Se si rinunciava a questo criterio, l'esame diveniva più sensibile ma non molto più specifico. Per la verità, divenivano negativi i soggetti normali. Nei pazienti i gruppi muscolari positivi per dolore locale salivano al 75%, percentuale che restava comunque al 45% se si introduceva il criterio più restrittivo di dolore riferito: il fatto è che i pazienti più frequentemente affetti da TRP erano ...quelli fibromialgici! Bendelletta palpabile, "twitch" e dolore riferito, dunque, meriterebbero di scomparire dalla definizione di TRP: resterebbe la dolorabilità profonda non riconosciuta dai pazienti al di fuori dell'esa-

me clinico. Ma così sparirebbe la differenza fra TTP e TP: e infatti, a questo punto la frequenza di riscontro di TP non variava fra i diversi osservatori e fra i due gruppi di pazienti.

Se l'esame obiettivo non riesce a discriminare fra fibromialgia e sindrome miofasciale, non resta che sperare nella specificità dei sintomi di accompagnamento, che assurgerebbero da criteri minori a criteri maggiori per la diagnosi. Il che - come si è visto - ci riporterebbe in alto mare, visto il proliferare entusiastico di "nuove associazioni".

Dal canto loro, gli studiosi della sindrome da affaticamento cronico hanno pensato bene di scoprire anch'essi condizioni di accompagnamento varie e vaste, fino ad includervi... la fibromialgia!

(5, Tab.2) E così, in dieci anni le tre aree nosologiche tanto gelosamente divise si sono fuse nuovamente in un solo calderone nosologico. Che cosa racconteremo al nostro paziente?

segue

TABELLA 2

REVISIONE DEI CRITERI DI ESCLUSIONE PER PORRE DIAGNOSI DI SINDROME DA AFFATICAMENTO CRONICO

	ESCLUSIONE	INCLUSIONE
MALATTIE CRONICHE	NEOPLASIE MALIGNE MALATTIE ENDOCRINOLOGICHE " " NEUROLOGICHE " " IMMUNITARIE	FIBROMIALGIA
CONDIZIONI POST-INFETTIVE	EPATITE CRONICA MALATTIA DI LYME INFEZIONE DA HIV TUBERCOLOSI	MONONUCLEOSI QUALSIASI MALATTIA INFETTIVA ADEGUATAMENTE TRATTATA
MALATTIE PSICHIATRICHE	PSICOSI DEPRESSIONI MAGGIORI S. DISTIMICHE BIPOLARI SCHIZOFRENIA S. TOSSICOFILICHE	DEPRESSIONI MINORI ANSIA SOMATIZZAZIONE

MODIFICATA DA SCHLUEDERBERG ET AL (5)

BIBLIOGRAFIA

- 1) Bengtsson A, Henriksson KG, Jorfeldt L et al: Primary fibromyalgia: a clinical and laboratory study of 55 patients. *Scand Rheumatol* 1986; 15: 340-347.
- 2) Campbell SM, Clark SC, Tindall EA et al: Clinical characteristics of fibrositis. I. A blinded controlled study of symptoms and tender points. *Arthritis Rheum* 1986; 29: 817-825.
- 3) Goldenberg DL, Felson DT, Dinerman H: A randomized, controlled trial of amitriptyline and naproxen in the treatment of patients with fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1986; 29: 1371-1377.
- 4) Holmes GP, Kaplan JE, Gantz NM et al: Chronic fatigue syndrome: a working case definition. *Ann Intern Med* 1988; 108: 387-389.
- 5) Schluederberg A, Straus SE, Peterson P et al: Chronic fatigue syndrome research. *Ann Intern Med* 1992; 117: 325-331.
- 6) Simons DG: Fibrositis/Fibromyalgia: a form of myofascial trigger points? *Am J Med* 1986; 81(93): 93-98.
- 7) Smythe HA, Moldofsky H: Two contributions to understanding of the fibrositis syndrome. *Bull Rheum Dis* 1977; 28: 928-931.
- 8) Travell J, Simons DJ: Myofascial pain and disfunction: the trigger point manual. Williams & Wilkins Baltimore, 1983.
- 9) Waylonis GB, Heck W: Fibromyalgia syndrome. New associations. *Am J Phys Med Rehabil* 1992; 71: 343-348.
- 10) Wolfe F, Hawley DJ, Cathey MA et al: Fibrositis: symptom frequency and criteria for diagnosis. *J Rheumatol* 1985; 12: 1159-1163.
- 11) Wolfe F, Simons DG, Friction J et al: The fibromyalgia and myofascial pain syndromes: a preliminary study of tender points and trigger points in persons with fibromyalgia, myofascial pain syndrome and no disease. *J Rheumatol* 1992; 19: 944-951.
- 12) Wolfe F., Smythe HA, Yunus MB et al: American College of Rheumatology 1990 criteria for the classifications of fibromyalgia. Report of the multicenter criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990; 2: 160-172.
- 13) Yunus MB: Diagnosis, etiology and management of fibromyalgia syndrome: an update. *Compr Ther* 1988; 14: 8-20.
- 14) Yunus MB, Masi AT, Aldag JC: Preliminary criteria for primary fibromyalgia syndrome (PFS). Multivariate analysis of a consecutive series of PFS, other pain patients and normal subjects. *Clin Exp Rheum* 1989; 7: 63-69.
- 15) Yunus MB, Masi AT, Calabro JJ et al: Primary fibromyalgia (fibrositis): clinical study of 50 patients with matched normal controls. *Semin Arthritis Rheum* 1981; 15: 1-171.