Fibromialgia: una malattia invisibile ma reale

Dott.ssa Claudia Vanzo
Reumatologa

Poliambulatori Territoriali Ospedale Cardinal Massaia

Sezione provinciale di Asti



Fibromialgia

È stata a lungo considerata una “malattia immaginaria”, ma oggi sappiamo che non è così



IL SECOLO XIX

L’importanza della diagnosi

La fibromialgia non è un’invenzione

Dolori diffusi, stanchezza, insonnia, ansia sono una malattia precisa, che va individuata



Fibromialgia



Sindrome caratterizzata da DOLORE CRONICO DIFFUSO, rigidità muscolare, alterazioni del sonno, affaticamento e disturbi cognitivi.

Sezione provinciale di Asti

Fibromialgia

American College of Rheumatology: «una sindrome da sensibilizzazione centrale caratterizzata dalla disfunzione dei neurocircuiti preposti alla percezione, trasmissione e processazione delle afferenze nocicettive, con prevalente estrinsecazione del dolore a livello dell'apparato muscolo-scheletrico»

Sezione provinciale di Asti

Fibromialgia

Per diversi secoli, i dolori muscolari sono stati conosciuti come reumatismi e poi come reumatismi muscolari.

Il termine **fibrosite** fu coniato da Gowers nel **1904** e non fu cambiato in **fibromialgia** fino al **1976**. Smythe gettò le basi del riconoscimento della sindrome nel 1972 descrivendo dolore diffuso e “tender points”.

Sezione provinciale di Asti

Fibromialgia

La **sindrome fibromialgica** è una malattia che viene **classificata tra le malattie reumatiche** ed è riconosciuta dall'Organizzazione mondiale della sanità dal 1992.

World Health Organization

Fibromialgia

La FM occupa per frequenza il 2°-3° posto tra le malattie reumatiche e

rappresenta il 10-20% delle diagnosi formulate in ambito ambulatoriale,

dopo l'osteoartrosi.

La sua prevalenza nel mondo industrializzato è stimabile intorno al 2-7%.

Fibromialgia

E’ molto più frequente nelle donne di età compresa tra i 30 e i 55 anni,

ma può interessare, in percentuale minore, anche gli uomini.

Fibromialgia=malattia di genere

Sezione provinciale di Asti

CLASSIFICAZIONE

FIBROMIALGIA PRIMARIA

FIBROMIALGIA SECONDARIA (IN CORSO DI MALATTIE AUTOIMMUNI)

Eziopatogenesi

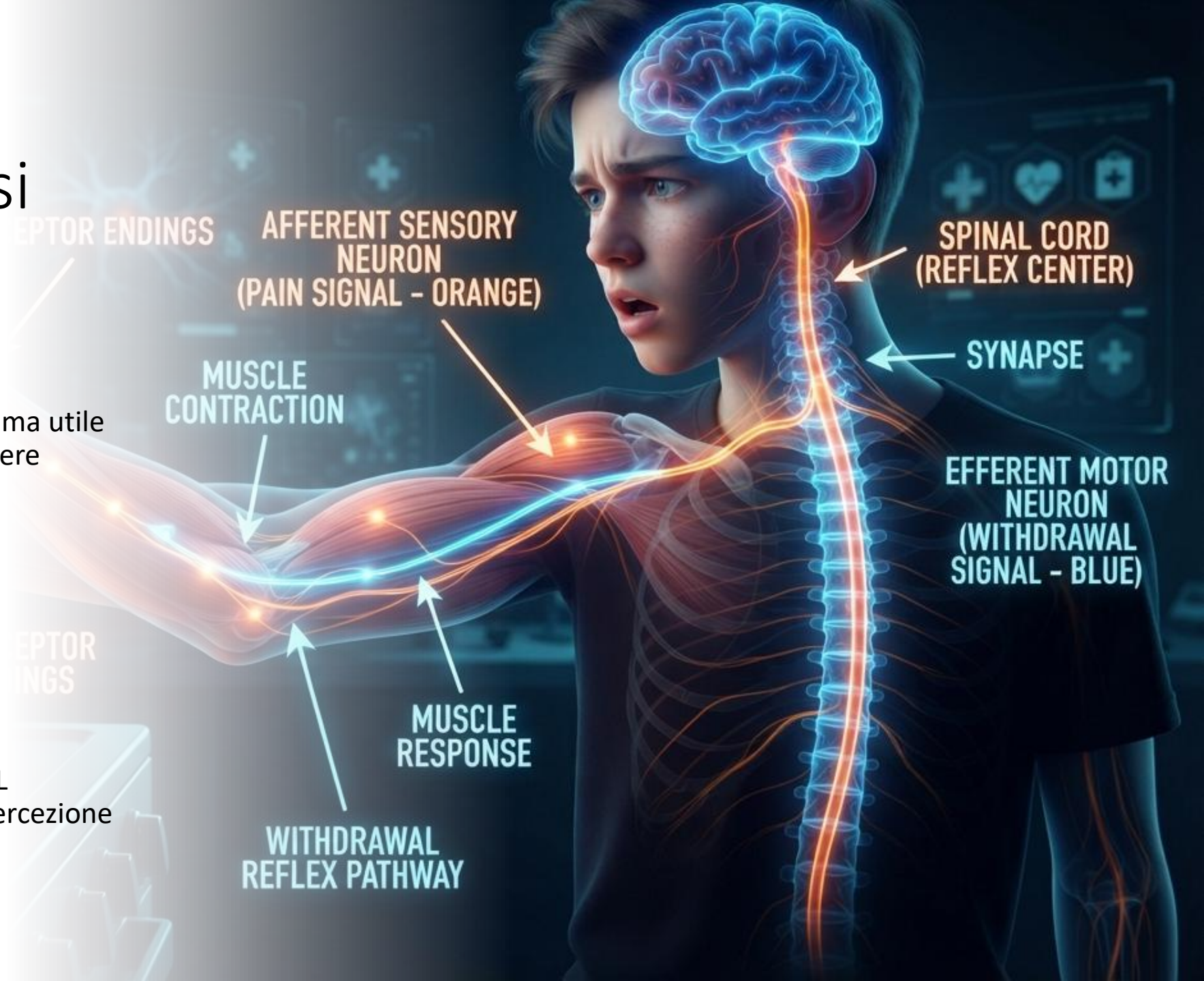
AD OGGI LA PATOGENESI DELLA MALATTIA NON E’ DEL TUTTO NOTA, SI RITIENE CHE LA CAUSA SIA MULTIFATTORIALE E SI SVILUPPI IN SOGGETTI PREDISPOSTI



Eziopatogenesi

DOLORE= sensazione spiacevole ma utile in quanto ha il compito di difendere l'organismo da uno stimolo potenzialmente dannoso

SENSIBILIZZAZIONE CENTRALE AL DOLORE= amplificazione della percezione dello stimolo doloroso



Eziopatogenesi

STRESSORS

TRAUMI fisici e psicologici

Infezioni (parvovirus, EBV, borrelia)

Alterazioni ormonali (ipo o ipertiroidismo)

INDUCONO

SENSIBILIZZAZIONE CENTRALE AL DOLORE (uno dei meccanismi coinvolti nel cosiddetto dolore nociplastico, cioè un dolore che non dipende da un danno tissutale attivo o da una lesione nervosa periferica)



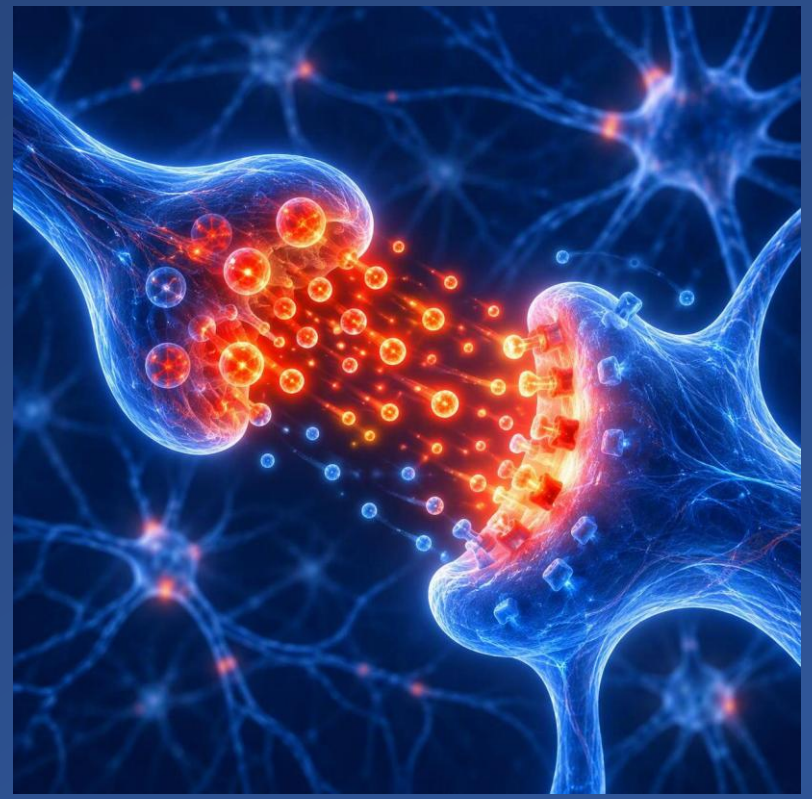
Eziopatogenesi

1. AUMENTO DELLA SOSTANZA P, DEL GLUTAMMATO E DI ALTRI AMINOACIDI (SOSTANZE CHE FACILITANO IL PASSAGGIO DI IMPULSI DOLOROSI)
2. DIMINUZIONE DELLA SEROTONINA, DELLA NORADRENALINA E DELLE ENDORFINE (CHE BLOCCANO LA TRASMISSIONE DEGLI IMPULSI DOLOROSI)

IPERALGESIA (UNO STIMOLO DOLOROSO PERCEPITO COME PIU' DOLOROSO)

ALLODINIA (UNO STIMOLO NORMALMENTE NON DOLOROSO PERCEPITO COME DOLOROSO)

IN ASSENZA DI DANNO TISSUTALE



Eziopatogenesi

Ruolo primario della SEROTONINA

Deficit ematico di triptofano (precursore serotoninico) che correla con la gravità dei sintomi

Alterata modulazione della sensibilità al dolore

Alterata regolazione del sonno non REM

Alterazione del tono dell'umore

Eziopatogenesi

FENOMENO DEL WIND-UP

Normalmente le FIBRE C amieliniche del primo neurone veicolano impulsi al secondo neurone che li trasmette con uguale frequenza.

Se stimolate ripetutamente, le fibre C rilasciano glutammato, che stimola i recettori post-sinaptici (NMDA e AMPA) con aumento della frequenza di trasmissione degli impulsi del secondo neurone

Eziopatogenesi

Nella Fibromialgia esiste anche una componente PERIFERICA, sebbene la malattia sia considerata come il prototipo dei disturbi da sensibilizzazione centrale.

NEUROPATIA DELLE PICCOLE FIBRE

E' presente in circa la metà dei casi dei pazienti con FM e coinvolge i piccoli nervi sensoriali e autonomi situati nella pelle e nei tessuti.

Questa alimenta la sensibilizzazione centrale, attraverso la genesi di impulsi dolorosi autonomi (scariche ectopiche) che mantengono uno stato di ipereccitabilità del SNC.

Studi su biopsie cutanee hanno mostrato in molti pazienti una RIDUZIONE DELLA DENSITA' delle piccole fibre nervose e alterazioni dei vasi sanguigni

Eziopatogenesi

1. ALTERAZIONI DEL SISTEMA NERVOSO AUTONOMO (disautonomia)
2. ASSE IPOTALAMO-IPOFISI-SURRENE DISFUNZIONALE (bassi livelli di cortisolo sierico mattutino e aumento dell'ormone trofico corticosurrenale)
3. RUOLO DEL SISTEMA IMMUNITARIO (elevata prevalenza in corso di malattie autoimmuni)
4. ASSE INTESTINO-CERVELLO (livello più basso di microbioma intestinale)
5. OBESITA' E SOVRAPPESO (causa o conseguenza?)
6. FATTORI GENETICI E FAMILIARI (identificati numerosi polimorfismi di geni che codificano per neurotrasmettitori o recettori o enzimi coinvolti nel metabolismo dei neurotrasmettitori, in particolare serotonina e dopamina)
7. MAST CELLS TALAMICHE possono contribuire alla genesi del dolore mediante il rilascio di istamina, IL1, IL6, TNF

Eziopatogenesi

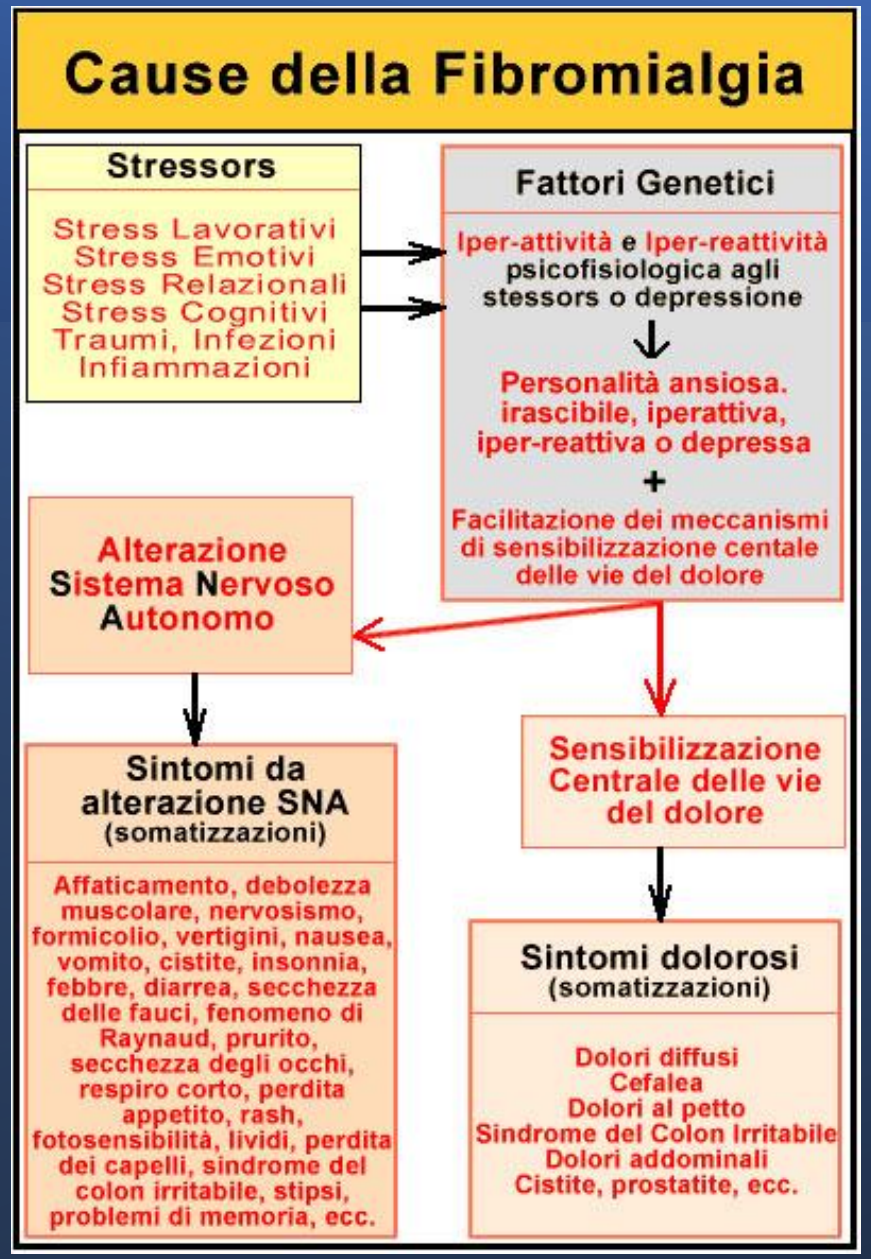
Un’aberrazione dei meccanismi fisiologici alla base della nocicezione

+

Molteplici fattori genetici/ambientali

Insorgenza e cronicizzazione della Fibromialgia

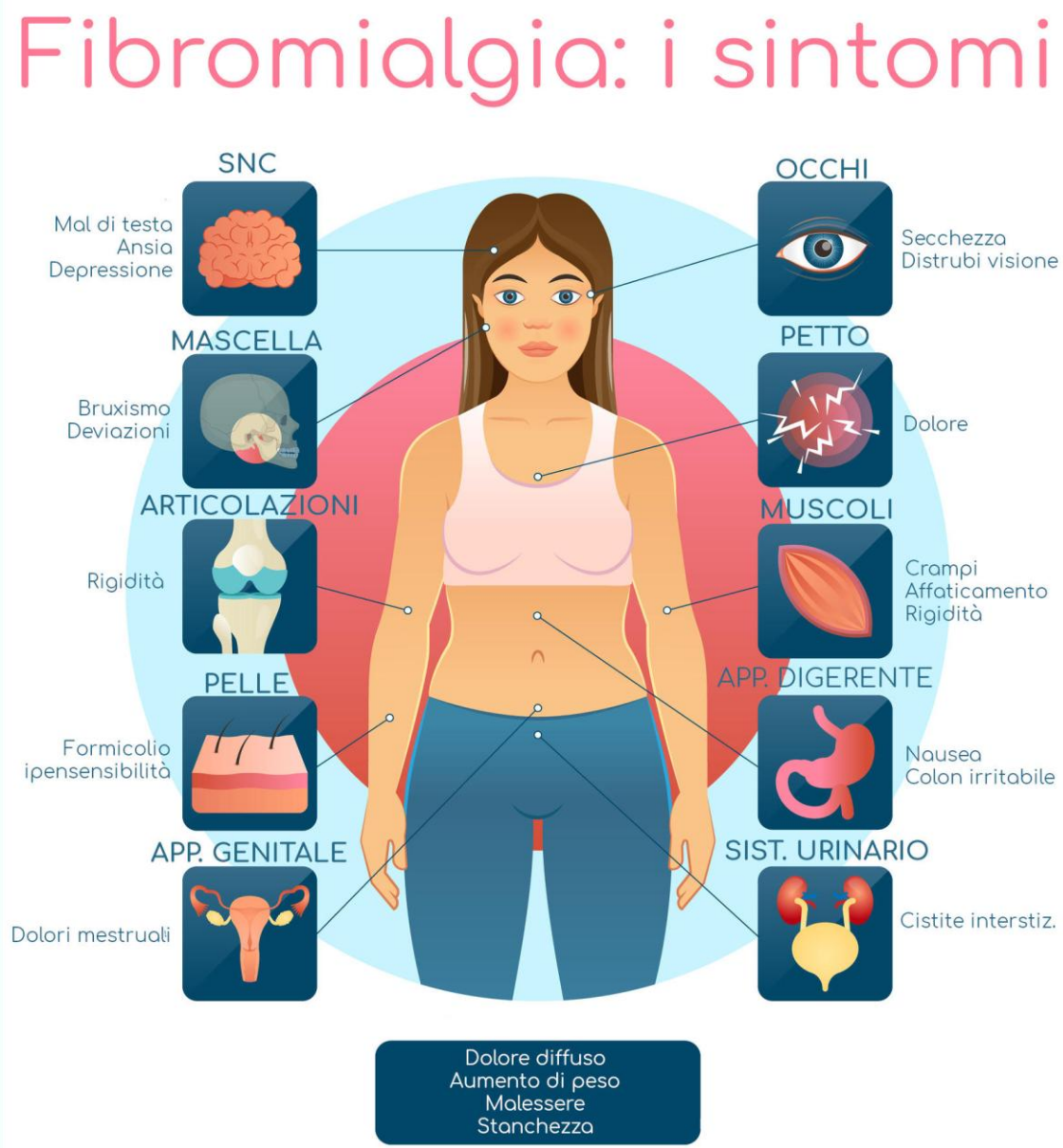




Sezione provinciale di Asti

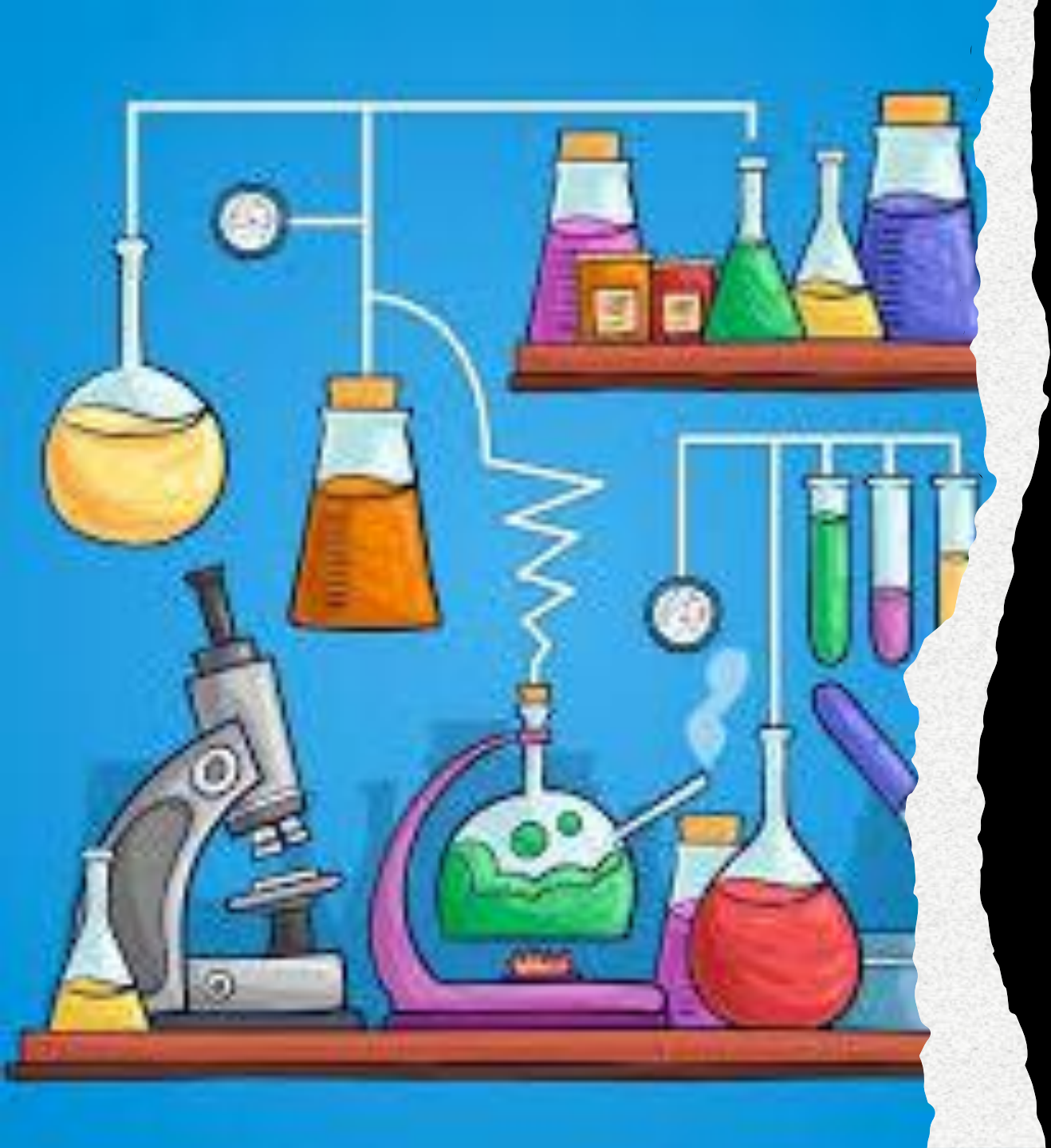
SINTOMATOLOGIA

Sezione provinciale di Asti



SINTOMATOLOGIA

- DOLORE CRONICO DIFFUSO (formicolio, dolore profondo, urente e trafittivo)
- FATIGUE
- DISTURBI DEL SONNO (marcata carenza della fase 4 del sonno)
- FIBRO-FOG (nebbia mentale o cognitiva)



ESAMI DIAGNOSTICI

ATTUALMENTE NON CI SONO TEST DI LABORATORIO OGGETTIVI O ESAMI STRUMENTALI SPECIFICI PER PORRE DIAGNOSI DI FIBROMIALGIA



DIAGNOSI DOPO MOLTI ANNI DI SOFFERENZA , MOLTE VISITE MEDICHE E NUMEROSI TEST DIAGNOSTICI.

GENDER GAP PAIN

DIAGNOSI

Criteri di classificazione ACR del 1990

Dolore diffuso da almeno 3 mesi (lato destro e sinistro, parte superiore e inferiore del corpo e almeno 1 segmento di colonna)

Rilievo obiettivo di dolorabilità di almeno 11 su 18 tender points

Criteri di classificazione ACR del 2010 (revisione 2011 e 2016)

Non richiedono la valutazione dei tender points e definiscono la FM come una sindrome polisintomatica, considerando fondamentale la presenza di sintomi accessori oltre al dolore (disturbi del sonno, fatigue, disfunzione cognitiva)

Criteri ACTTION-APS del 2018/2019

Creazione dei «core diagnostic criteria»: dolore generalizzato, stanchezza cronica e disturbi del sonno



LA DIAGNOSI

- ✓ DOLORE DIFFUSO
- ✓ DISTURBI DEL SONNO
- ✓ FATIGUE
- ✓ PRESENZA DI SINTOMI DI ACCOMPAGNAMENTO (PROBLEMI COGNITIVI, EMICRANIA, DOLORE /CRAMPI ADDOMINALI , SINDROME DELLE GAMBE SENZA RIPOSO, DEPRESSIONE ecc.)
- ✓ DURATA DELLA SINTOMATOLOGIA PARI AD ALMENO 3 MESI



DIAGNOSI

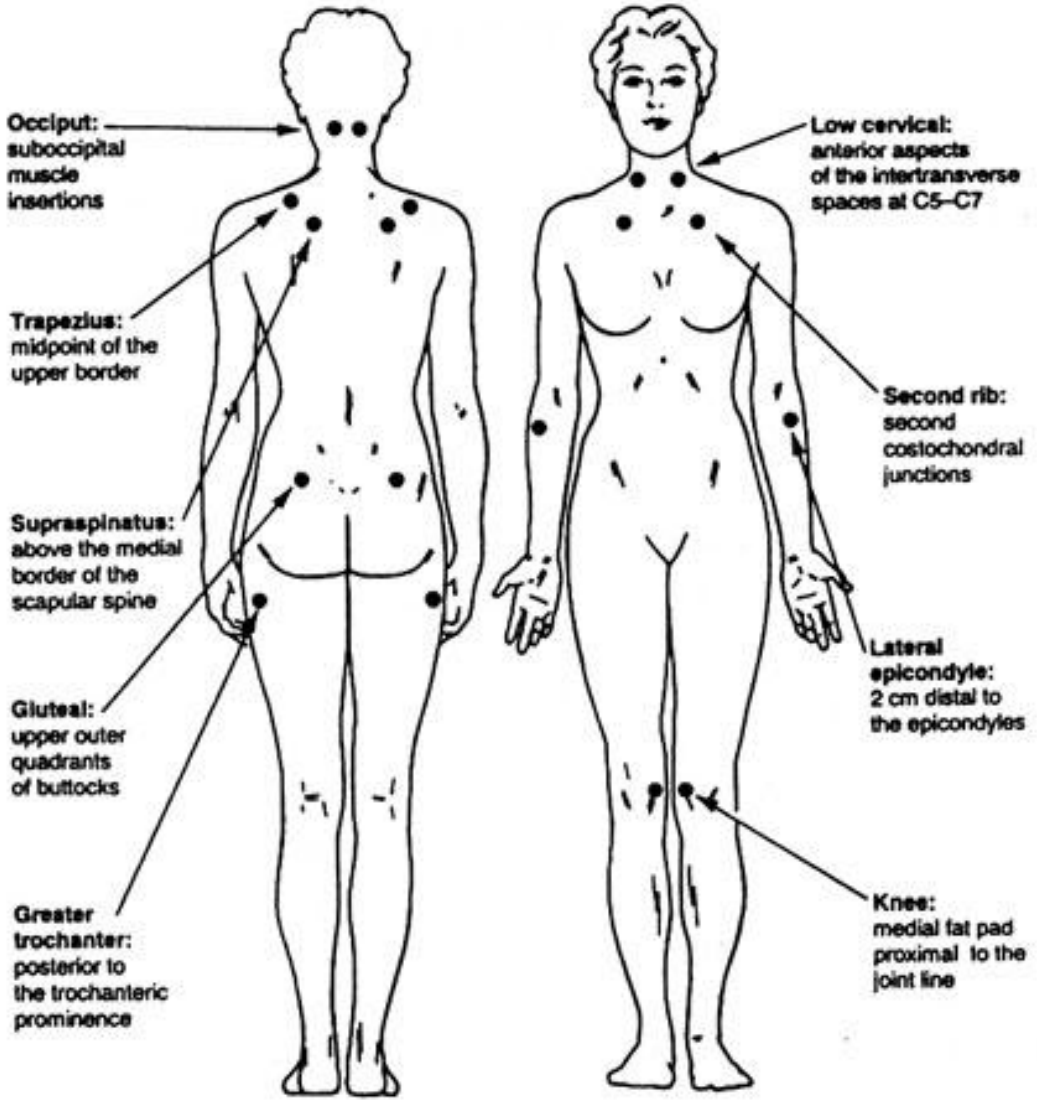
In primis l’esame obiettivo

a) Importante tensione muscolare: soprattutto a carico di muscoli del collo e dei paravertebrali

b) Allodinia

c) Iperalgesia: si valuta con l’esame dei punti dolorabili (tender points), punti di dolorabilità profonda, non dolenti spontaneamente ma solo alla digitopressione dell’esaminatore (applicare una forza di circa 4 kg/cm2, corrispondente alla forza necessaria per sbiancare il letto ungueale)

TENDER POINTS



Fibromyalgia Tender Points

General locations of the 18 tender points that make up the criteria for identifying fibromyalgia.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

<u>Tutte le malattie caratterizzate da dolore cronico diffuso!</u>

1) Associate a lesioni organiche: malattie reumatiche, neoplasie, malattie metaboliche, malattie endocrine

2) Non associate a lesioni organiche: sindromi dolorose regionali (sindrome dell'intestino irritabile, sindrome della vescica irritabile, vulvodinia, cefalea muscolo-tensiva), sindrome da fatica cronica, disturbi psichiatrici

Attenzione alle sindromi da dolore miofasciale che possono essere confuse con la FM

Fondamentale la presa in carico multidisciplinare del paziente

Sezione provinciale di Asti

GRAZIE



TERAPIA

Quale approccio?

I pazienti con Fibromialgia possono essere, a volte, molto difficili da curare.



TERAPIA

AL MOMENTO NON ESISTE un trattamento in grado di indurre con certezza la guarigione dalla FIBROMIALGIA.

Il fine del trattamento è rappresentato dal CONTROLLO DEI SINTOMI ed il miglioramento della qualità di vita di questi pazienti.

TERAPIA NON FARMACOLOGICA



Sezione provinciale di Asti

TERAPIA FARMACOLOGICA

ANTIDEPRESSIVI TRICICLICI A BASSO DOSAGGIO

INIBITORI SELETTIVI DELLA RICAPTAZIONE DELLA SEROTONINA E DELLA NORADRENALINA

ANTICONVULSIVANTI
E
MIORILASSANTI CENTRALI

SEDATIVI IPNOTICI

ANALGESICI SEMPLICI ED ALTRI OPPIOIDI DEBOLI

AGONISTI DOPAMINERGICI IN CASO DI S. GAMBE SENZA RIPOSO (10 VOLTE PIU' COMUNE NEI PAZIENTI FM RISPETTO ALLA POPOLAZIONE GENERALE)

CANNABINOIDI

TERAPIA FARMACOLOGICA

ANTIDEPRESSIVI TRICICLICI A BASSO DOSAGGIO

AMITRIPTILINA a basso dosaggio, agisce principalmente inibendo la ricaptazione di serotonina e noradrenalina nel SNC (utilizzo off label e con poche evidenze di efficacia).

Generalmente scarsamente tollerata per l'effetto sedativo e anticolinergico

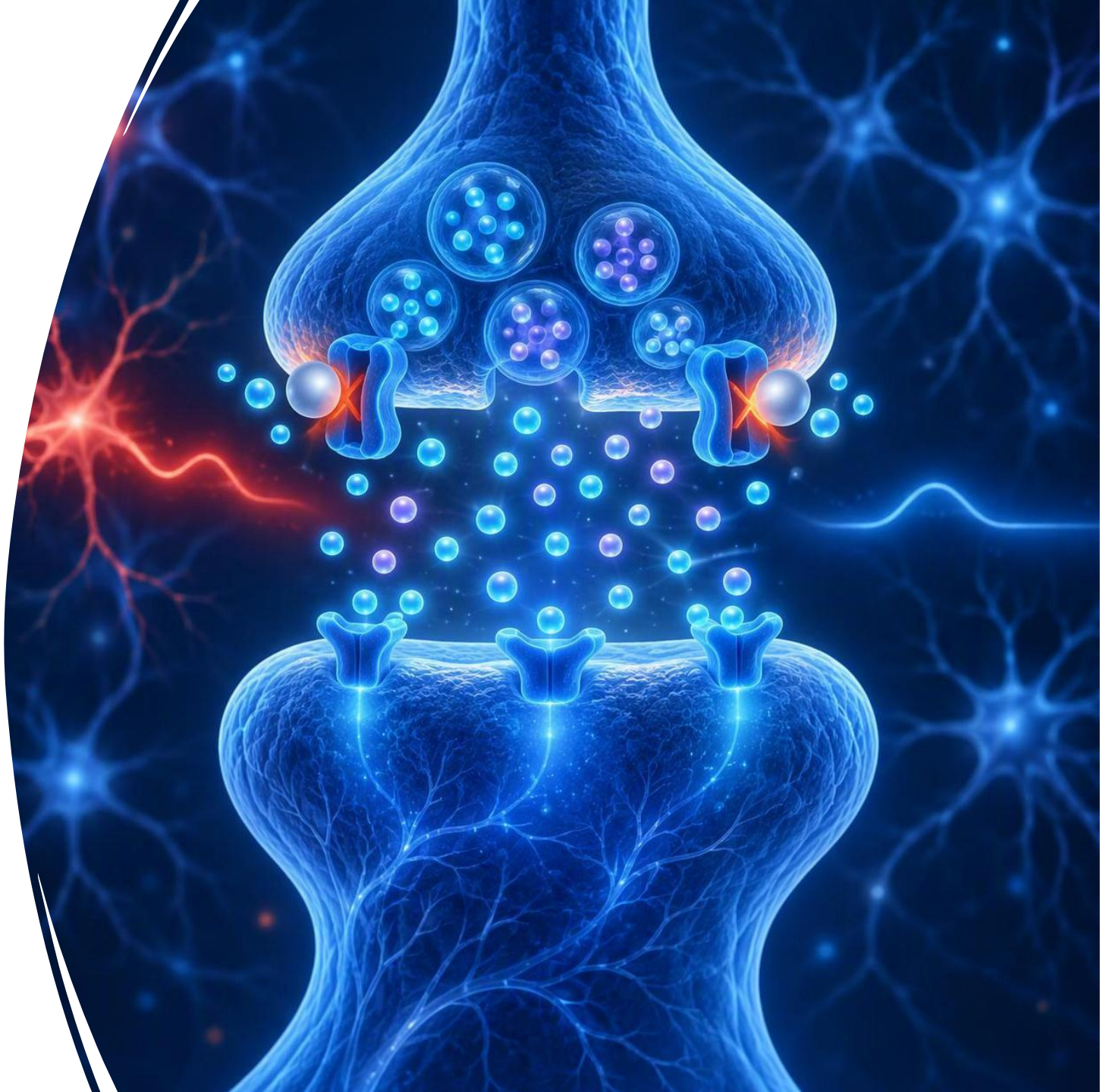
Basse dosi non sono sufficienti per trattare i disturbi dell'umore che spesso si associano alla FM (es. depressione)

TERAPIA FARMACOLOGICA

- ✓ INIBITORI SELETTIVI DELLA RICAPTAZIONE DELLA SEROTONINA E DELLA NORADRENALINA
- DULOXETINA, VENLAFAXINA (inibitori della ricaptazione della serotonina e della noradrenalina), FLUOXETINA, PAROXETINA, SERTRALINA (inibitori della ricaptazione della serotonina), MILNACIPRAN (quest'ultimo approvato negli USA ma non in Europa per la FM)

Meglio tollerati rispetto ai TCA in quanto non interagiscono con i recettori colinergici, adrenergici o istaminergici o con i canali del sodio.

Efficaci nel miglioramento della qualità del sonno, della depressione e del dolore



TERAPIA FARMACOLOGICA



- ✓ ANTICONVULSIVANTI

- PREGABALIN migliora la qualità del sonno e riduce significativamente il dolore attraverso un'azione inibitoria sulla sostanza P.

Tolleranza individuale variabile, gli effetti collaterali più comuni sono sonnolenza,

vertigini, secchezza delle fauci

- GABAPENTIN migliora la qualità del sonno e riduce il dolore, tuttavia sono

necessarie dosi molto elevate

TERAPIA FARMACOLOGICA



TERAPIA FARMACOLOGICA

- ✓ ANALGESICI SEMPLICI ED ALTRI OPPIOIDI DEBOLI
  - PARACETAMOLO con o senza associazione alla CODEINA, TRAMADOLO,
  TAPENTADOLO
  - Corticosteroidi, FANS e oppiodi forti non sono raccomandati
- ✓ MIORILASSANTI CENTRALI
  - CICLOBENZAPRINA, TIZANIDINA, BACLOFENE
- ✓ CANNABINOIDI

Sezione provinciale di Asti

Fibromialgia



BUONE NOTIZIE PER LE PERSONE COLPITE DA FIBROMIALGIA: RICONOSCIMENTO DI MALATTIA INVALIDANTE ED INSERIMENTO NEI LEA.



RICONOSCERE QUESTA MALATTIA COME INVALIDANTE SIGNIFICA, IN PRIMIS, DARE VOCE A TUTTE QUELLE PERSONE CHE, COLPITE DA UNA PATOLOGIA DOLOROSA E INSIDIOSA, OLTRE CHE INVISIBILE, DEVONO COMBATTERE ANCHE CON L'INCOMPRENSIONE DA PARTE DI CHI SPESSO NON RICONOSCE LA LORO CONDIZIONE DI PERSONE CHE PROVANO DOLORE, CON RICADUTE SU MOLTI ASPETTI DELLA VITA QUOTIDIANA – NON ULTIMI QUELLI PSICOLOGICI.

Fibromialgia

INSERIMENTO NEI LEA

Il codice di esenzione 068 riconosce la FM come malattia cronica e invalidante all'interno dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in Italia, a partire dal 30 ottobre 2026.

Requisiti per l'esenzione:

- GRAVITA': l'esenzione spetta solo a chi ha forme severe
- PUNTEGGIO FIQR: è necessario un punteggio >82 nel questionario clinico FIQR (Fibromyalgia Impact Questionnaire Revised)
- DURATA: 2 anni

Prestazioni sanitarie gratuite incluse:

- Visita reumatologica di controllo ogni 12 mesi
- Rieducazione motoria in gruppo (fino a 6 pazienti) per un ciclo di 10 sedute da 60 minuti ogni anno
- Visita psichiatrica di controllo ogni 12 mesi (solo in presenza di comorbidità psichiatriche accertate)
- Cure termali SSN (fanghi e bagni)

RICONOSCIMENTO PERCENTUALE DI INVALIDITÀ

Fibromialgia

Come funziona la spesa per i farmaci

- **Nessuna esenzione con il codice 068:** Come stabilito a livello nazionale con l'ingresso della patologia nei LEA, il codice di esenzione **068 copre esclusivamente le visite specialistiche e le sedute riabilitative** indicate nel pacchetto di cura.



GRAZIE

