

# ACTUALITĂȚI ÎN DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL COMPONENTEI FIBROMIALGICE DIN BOLILE REUMATOLOGICE

Lia Georgescu

Clinica de Balneologie-Reumatologie  
Universitatea de Medicină și Farmacie Tîrgul-Mureș

Fibromialgia este un sindrom clinic de un interes crescînd în ultimii ani în reumatologia clinică. Prin polimorfismul său clinic, simptomatologia atipică și incidența tot mai ridicată, aceasta creează probleme de diagnostic diferențial tot mai complexe în cadrul afecțiunilor reumatologice, iar prin caracterul refractar la mijloacele terapeutice tradiționale generează teamă de invaliditate, neîncredere în profesiunea medicală, apeluri repetate la internări, abuz de medicamente și tratamente empirice și, în ultimă instanță, consum inutil de timp și mijloace materiale.

Studiile și literatura de specialitate a ultimilor ani au conturat două forme majore înrudite ale acestei afecțiuni abarticulare, și anume: fibromialgia (FM) și durerea miofascială (DMF). Fibromialgia primară este o entitate relativ bine delimitată în conformitate cu criteriile de diagnostic, în timp ce fibromialgia secundară, care grevează afecțiunile reumatologice de fond, este insuficient studiată, iar la noi în țară fiind mai puțin cunoscută, este cu siguranță subdiagnosticată.

## *Evoluția conceptului de fibromialgie*

Reumatismul părților moi reprezintă una din cele mai frecvente cauze de dureri musculoscheletale și alterări funcționale.

Multe din aceste cazuri sînt de natură locală și frecvent cauza precisă este identificabilă și tratabilă. Cu toate acestea, o largă proporție de pacienți cu reumatism al părților moi acuză dureri difuze, frecvent asociate cu o mare varietate de simptome, în absența unor semne fizice definite.

În multe cazuri, simptomele pot fi atribuite unor procese patologice locale sau asociate cu boli sistemice definite. Rămîne însă un grup numeros de pacienți unde nu pot fi demonstrate aceste conexiuni, și unde medicul înfruntă scepticismul atît al pacienților cit și al colegilor. În aceste situații, frecvent se utilizează termenul de "fibrozită", dar etichetarea aceasta are implicații patologice, psihologice și ciinice atît de inconstante și uneori atît de puțin evidente, încît aproximativ doar jumătate din reumatologi recurg la acest

diagnostic, evident fiind deci faptul, că o mare parte din cazuri rămân subdiagnosticate.

Actualmente există un interes crescând față de această entitate clinică, ea devenind explicit descriabilă, iar astăzi în sfârșit i se poate aplica descrierii tradiționale de sindrom de fibrozită, termenul de fibromialgie reumatică desemnând un sindrom de durere musculo-scheletală generalizată asociată clasic cu redoare matinală, fatigabilitate și multiple arii de sensibilitate în localizări tipice.

Asocierea durerii cronice, a senzației de istovire și a multiplelor acuze somatice cu o bună stare de sănătate fizică aparentă și o supraviețuire lungă, are un istoric îndelungat.

Sindromul a avut mai multe denumiri, incluzind : reumatism muscular, neurastenie, invalidism.

De o excepțională relevanță istorică se bucură literatura medicală germană veche prin lucrările lui *Simons* și *Froriep* (1843) privind prima asociere între "reumatism" și zone dureroase în masa musculară.

În 1904 Sir *W. Gowers* în lucrarea intitulată "Lumbago : lecții și analogii" publicată în revista "British Medical Journal" desemnează termenul de "fibrositis" prin analogie cu celulita.

În același an 1904, *Stockmann*, publică un raport, documentînd 7 biopsii musculare din nodulii fibrozitici, cu un grad redus de reacție inflamatorie, bănuită a fi indusă de o infecție. Autorul oferă de asemenea o succintă definire a profilului considerat tipic al pacienților cu noduli fibrozitici și anume: dureri, fatigabilitate musculară, interferență cu mișcări musculare libere și foarte frecvent o lipsă de energie și vigoare. Încercările repetate de a reproduce elemente histologice descrise de anatomopatologul *Stockmann* au întîmpinat dificultăți.

Acum este clar că termenul de "fibrozită" este o denumire greșită, din moment ce nu există evidențe histologice și de laborator pentru inflamație și pacienții cu fibrozită nu răspund la corticosteroizi.

În 1909 *Osler*, avertizat fiind asupra termenului de "reumatism articular", conchide că: "este cert că țesutul muscular este sediul bolii".

În 1930 studiul citorva biopsii negative din nodulii fibrozitici l-a determinat pe *Hench* (Mayo Clinic) să afirme : "nodulii fibrozitici, care pentru unii autori înseamnă mult, pentru alții sînt accesibili doar degetului închipuirii", afirmînd în continuare că: "fibrozita este o boală pe care medicul o găsește dar chirurgia mai rar". Nu toate autoritățile în materie erau atît de negativiste, noțiunea a cîștigat teren, cu toate evaluările morfologice ulterioare au eșuat sistematic în ce privește descrierea unor modificări de tip inflamator. În fața acestor eșecuri *Elliot* în 1944, a încercat să introducă conceptul de "spasm muscular localizat" iar *Copeman* și *Ackerman* în 1944 au prezentat dovezi care păreau destul de convingătoare în legătură cu hernierea și peduncularea transfacială a țesutului fibrogrăsos (nodulii *Copeman*).

Crucială pentru conceptul contemporan de fibromialgie reumatică este lucrarea lui *Lewis* și *Kellgren* (1937 - 1939) asupra durerii referite.

Observațiile autorilor au fost amplificate de *J. Travell* privind durerea miofascială și conceptul de imagine corporală.

În aceeași perioadă, literatura de specialitate relevă și alte teorii referitoare la recunoașterea fibrozitei ca o boală de modulare a durerii, cum sînt: "tension rheumatism", "depresie mascată", teoria punctului trigger, bursită neconfirmată, psihoneuroză, reflex distrofic.

La sfîrșitul anilor 1960 și începutul anilor 1970, *Smythe* (Toronto) acordă un interes special în lucrările sale durerii difuze asociate cu simptome nedureroase cu sint : "pattern" de somn nereconfortant și prezența punctelor sensibile reproductibile fixe în mușchi, elemente indispensabile în stabilirea diagnosticului de fibromialgie. Colaborarea lui *Smythe* cu *Moldofsky* s-a concretizat printre altele în lucrarea lor documentară privind studiul tulburărilor de somn de stadiu 4 non-REM la bolnavii cu sindroame algice generalizate. Aceste rezultate obiective au reprezentat factorul major în stimularea interesului reumatologilor nord-americani în studiul fibrozitei și au condus la un studiu clinic al grupului de cercetări condus de *Yunus, Wolfe Benett* și *Campbell* care în final duc la etichetarea fibrozitei în mod ferm ca un diagnostic valid.

Rezumînd perspectiva istorică, se poate spune că termenul de fibrozită, statuată de *Payne* este o denumire greșită, care a generat multe confuzii semantice și nosologice. Noțiunea a evoluat spre conturarea acelor sindroame distincte: fibromialgia și durerea miofascială - recunoscute actualmente ca forme comune în cadrul reumatismului abarticlar.

Fibromialgia reprezintă după ARA (American Rheum. Assoc.) a treia cauză de imbolnăvire (7%) după P.R. (14%) și artroze (13%).

#### *Diagnosticul componentei fibromialgice din bolile reumatologice*

Fibromialgia are două forme clinice principale:

- 1.F.M. primară - fără o boală asociată, evidentă ;
- 2.F.M. secundară - cînd fibromialgia se asociază pentru a completa sau a se confunda cu manifestările uneia dintre bolile reumatologice (P.R., LED, P.M., vasculite sistemice, spondilartrita anchilozantă, artrite reactive, Sdr. Sjögren, reumatismul palendromic), neoplazice, infecțioase, endocrine, neuropsihiatrice.

Incidența fibromialgiei secundare bolilor reumatologice este în permanentă creștere, datorită punerii la punct a criteriilor de clasificare și de diagnostic - elaborate de Colegiul American de Reumatologie în 1990 (ACR - 1990).

Criteriile ACR - 1990 pentru clasificarea fibromialgiei secundare prevăd: 1. un istoric de : durere răspîdită în anamneză în ultimele 3 luni, în prezența unei boli reumatologice inflamatorii; 2. durere în 11 din 18 puncte sensibile la palparea digitală cu o forță de aproximativ 4 kg.

**Criteriile ACR - 1990 privind caracteristicile majore ale persoanelor cu fibromialgie :**

1. Durere generalizată, larg răspândită (97,6%);
2. Sensibilitate: 11 din 18 puncte sensibile (90,1%);
3. Alte simptome: - fatigabilitate (81,4%);
  - redoare matinală de peste 15 minute (77%);
  - tulburări de somn (74,6%);
  - paretezii (62,8%);
  - cefalee (52,8%);
  - anxietate (47,8%);
  - anamneză de dismenoree (40,6%);
  - simptome "sicca" (35,8%);
  - depresie (31,5%);
  - sindrom de colon iritabil (29,6%);
  - urgențe urinare (26,3%);
  - fenomen Raynaud (16,7%);

Pentru diagnosticul de fibromialgie este necesară persistența durerii larg răspândite cu durată de peste 3 luni.

Frecvent în practică, diagnosticul de FM este dificil de stabilit în condițiile în care criteriile ACR 1990 nu sînt satisfăcute. Această eventualitate apare de obicei, cînd în anamneză figurează multe caracteristici ale bolii, dar tabloul clinic nu satisface criteriile punctelor sensibile (criteriul 2). Se sugerează, că dacă 40% pînă la 60% din punctele sensibile (8-10) sînt prezente și pacientul are cel puțin 3 din următoarele simptome : fatigabilitate, tulburări de somn, anxietate, colon iritabil, cefalee, paretezii, un diagnostic de FM secundară poate fi elaborat. Se cere o atenție deosebită în situațiile cînd punctele sensibile nu apar într-o localizare singulară, de exemplu: gît-centura scapulară, eventualitate care poate reflecta mai degrabă o patologie locală decît un sindrom de durere generalizată aferentă fibromialgiei.

În clinică, în fața unui caz de fibromialgie debutantă, practicianul întilnește triada a) durere musculoscheletală difuză, adesea modulată de factori exteriori (schimbări meteorologice, efort fizic, stres etc.); b) rigiditate musculară în deosebi dimineața, însoțită de oboseală și c) multiple puncte sensibile în sedii caracteristice. Punctele sensibile pot să difere de la un pacient la altul, dar la același bolnav sînt relativ constante ca număr, localizare și sensibilitate.

Această triadă apare fie în stadiile incipiente ale bolilor reumatologice de fond, fie în stadiile avansate cu multiple dezechilibre musculare consecutive deformărilor, anchilozelor din poliartrită reumatoidă sau stadiile finale ale celorlalte colagenoze asociate de regulă cu vasculite sistemice, știut fiind faptul că aceste condiții de dezechilibru muscular, tulburări statice severe și hipoxia sînt condiții indispensabile de apariție a fibromialgiei.

Diagnosticul de FM secundară se stabilește exclusiv pe scema datelor clinice. Ea se poate confunda cu mai multe boli sau poate să facă parte din tabloul clinic al acestora, încît diagnosticul diferențial prezintă numeroase fațete și dificultăți.

În practică se observă frecvent, că acuzele bolnavilor cu boli reumatologice nu cedează la tratamentul specific, ci dimpotrivă se accentuează, acest efect "paradoxal" fiind tocmai rezultatul fibromialgiei secundare supraadăugate.

În acest context, componenta fibromialgică apare ca o entitate reumatologică aparte care conferă anumite particularități clinico-evolutive ale bolii reumatologice inflamatorii de bază, studiul componentei fibromialgice în bolile reumatologice prezintă importanță aplicativă diagnostică și terapeutică din cel puțin următoarele considerente : 1. Odată delimitată, componenta fibromialgică în tabloul clinic al bolilor reumatologice, tratamentul medicamentos se va adresa strict acesteia, reducând astfel potențialul efectelor secundare ale dozelor mari de antiinflamatoare nesteroidiene și/sau corticoterapie. 2. Potențarea secreției de endorfine endogene, recurgind la proceduri fizicale de tratament (TENS); 3. O posibilă corelare a secreției de estrogeni la femei în preajma menopauzei cu apariția fibromialgiei, acest moment fiind și un virf de debut al multor afecțiuni reumatologice (poliartrita reumatoidă, osteoporoza, artrozele); 4. Studiul tulburărilor de somn non-REM și a afectivității (depresie, anxietate) va permite asocierea ca metodă adjuvantă de tratament a cimpului magnetic și/sau a procedurilor antistres și biofeedback în tehnicile de relaxare.

În practica reumatologică, pacienții cu componență fibromialgică apar ca personalități distorsionate, cu credința că sînt amenințați de invaliditate. De aceea ei își pierd repede încrederea în medic și devin noncomplanți, ostili, cverulenți și chiar agresivi. La baza suferinței lor stă un deficit relativ de endorfine endogene și tulburări severe de nocicepție, fenomene fiziopatologice care reclamă sancțiune terapeutică obligatorie pentru ameliorarea suferinței lor.

Astfel, pe lângă tratamentul specific al afecțiunii reumatologice de fond, acești bolnavi vor beneficia de doze mici antialgice din grupul medicamentelor AINS, infiltrații locale cu Xilină 1% (fără preparate cortizonice), antidepresante triciclice (Amitripulină 25-50 mg seara) sau nontriciclice: Trazodona. Medicamentul din ce în ce mai recomandat la ora actuală este un anxiolitic: Alprazolam, care în combinație cu 200-400 mg Paduden s-a dovedit deosebit de eficient. Rațiunea utilizării TENS (stimulării electrice nervoase transcutane) și a MDF (magnetodiaflux sedativ) este eliberarea de endorfine endogene și creșterea pragului durerii somatice.

#### *Bibliografie*

1. *Bennett R.M.*: Fibrositis: misnomer for a common rheumatic disorder. *West. J. Med.* 1981, 134, 405-413;
2. *Boloșiu H.D.*: Două sindroame reumatologice mai puțin cunoscute : fibromialgia și durerea miofascială. *Viața med.* 1989, 36, 437-448;
3. *Bonica J.J.*: The management of pain. 2-nd ed. *Lea & Febiger*, Philadelphia, 1990, 159-197;

4. *Boulware D.W., Schmidt L.:* The fibromyalgia syndrome, *Postgrad. Med.*, 1990, 87;
5. *Campbell S.M., Clark S., Tindall E.:* Clinical characteristics of fibrositis. A "blinded" controlled study of symptoms and tender points. *Arthritis Rheum.*, 26, 817-824;
6. *Campbell S.M., Bennet R.M.:* Fibrositis. *Dis. Mon.* 1986, 23, 654-722;
7. *Georgescu L.:* Actualități în diagnosticul și tratamentul periartritei scapuloumerale. Vol. publ. Al V-lea Congres Român de Reumatologie, 1991;
8. *Grichnik K.P., Ferrante F.:* The difference between Acute and Chronic Pain. *The M. Sinai J. of Medicine*, 1991, 58, 217-219;
9. *Klein C.M., Sorkin L.S., Carlton S.M.:* Changes in peptide immunoreactivity in rat dorsal horn following electrical simulation of the sciatic nerve, *Neurosci. Abstr.*, 1989, 15, 299;
10. *Payne T. C., Leavitt F., Garron D.C.:* Fibrositis and psychologic disturbance, *Arthritis Rheum.* 1982, 25, 213-217;
11. *Perini G., Battegay, Muller W.:* Die Behandlung der generalisierten Tendomyopathie, *Aktuel. Rheumatol.* 1985, 10, 59-62;
12. *Smythe H. A.:* Non-articular rheumatism and psychogenic musculoskeletal syndrome. In: *Arthritis and Allied Conditions. Mc Cardy D.J. (red.) ed. a Lea and Febiger, Philadelphia*, 1979, 881-891;
13. *Sorkin L.S.:* Nociceptive Transmission Within the Spinal Cord *The M. Sinai J. of Med.*, 1991, 58, 208-215;
14. *Wall P.D., Melza Ck.:* *Textbook of Pain.* Churchill, Livinstone, 1984, 2;
15. *Wolfe F.:* Diagnosis of fibromyalgia. *J. Musculoskeletal Medicine* 1990, July, 53-59;
16. *Zimmermann M.:* *Documenta Geigy*, 1985, 14, 2-3.