

**Kiedy ruch
powoduje
ból**



**Oceń
Zrozum
Podejmij
działanie**

**OGÓLNOŚWIĄTOWY ROK NA RZECZ ULGI
W BÓLU MIĘŚNIOWO - SZKIELETOWYM**
Październik 2009 – Październik 2010

Fibromialgia

Wprowadzenie

Fibromialgia (FM) jest definiowana jako często występujący zespół reumatologiczny charakteryzujący się przewlekłym rozlanym bólem mięśniowo-szkieletowym i tkliwością uciskową z współwystępującymi objawami, wśród których najczęściej spotykane są zaburzenia snu, zmęczenie i zaburzenia afektywne.

Epidemiologia i aspekt ekonomiczny

- FM dotyka 2–10% ogólnej populacji ze wszystkich grup wiekowych, etnicznych i kulturowych.
- Występuje do siedmiu razy częściej u kobiet niż u mężczyzn.
- Fibromialgia wywiera znaczący wpływ na jakość życia i fizyczne funkcjonowanie jednostki.
- W USA około 15% pacjentów otrzymuje rentę z powodu objawów FM.

Patofizjologia

Patofizjologia FM nie jest w pełni wyjaśniona, ale w jej powstawaniu biorą udział zaburzenia neuroendokrynne i nerwowo-czuciowe, zaburzenia związane z neurotransmiterami, jak również predyspozycje genetyczne.

- *Neuroendokrynne*: Dysfunkcja osi wzgórze-przysadka-nadnercza, włączając ograniczoną reakcję wydzielania kortyzolu; zaburzona regulacja hormonu wzrostu
- *Neurotransmitery*: Zmniejszenie poziomu serotoniny w ośrodkowym układzie nerwowym; podniesiony poziom substancji P i NGF w płynie mózgowo-rdzeniowym
- *Neurosensoryczne*: Ośrodkowe nasilenie bólu i/lub ograniczenie antynocycypcji (ośrodkowa sensytyzacja, zaburzenia w obrębie zstępujących dróg przewodzenia bólu)
- *Genetyczne*: Silne rodzinne współwystępowanie FM; dowody na rolę polimorfizmu genetycznego w systemach serotonergicznym, dopaminergicznym i katecholaminergicznym w etiologii FM

Objawy kliniczne

- FM ma stopniowy samoistny lub pourazowy początek
- Ból jest opisywany jako uporczywe, rozlane, głębokie, tępe, tętniące odczucie w mięśniach, najczęściej o charakterze stałym.
- Objawy kliniczne związane z FM to: zaburzenia afektu, deficyty poznawcze, krótkotrwałe utraty pamięci, bóle głowy, sen nieprzynoszący odpoczynku i męczliwość w ciągu dnia przypominająca fizyczne zmęczenie.
- Liczne zespoły kliniczne występują częściej u pacjentów z FM niż w ogólnej populacji (współwystępowanie):
 - depresja
 - lęk
 - zespół jelita drażliwego
 - zmęczenie, włączając zespół przewlekłego zmęczenia
 - zaburzenia snu
 - bolesne miesiączkowanie, śródmiąższowe zapalenie pęcherza, inne choroby reumatyczne i zespół bólowo-dysfunkcyjny stawu skroniowo-żuchwowego
- Pacjenci z FM wykazują zaburzoną reaktywność na bolesne bodźce:
 - nadwrażliwość na bolesne bodźce aplikowane na obszar ciała nie tylko w miejscach bolesnych, ale także w miejscach niebolesnych

- niższy próg bólu na bodźce termiczne, mechaniczne, elektryczne i chemiczne
- nasilone czasowe sumowanie bólu (ból przy powtarzanej stymulacji jest silniejszy)
- po wstrzyknięciu hipertonicznego roztworu soli ból mięśni trwa dłużej, a ból rzutowany występuje w większym obszarze ciała niż w grupie kontrolnej
- Zaburzone reakcje na ból są widoczne w funkcjonalnym neuroobrazowaniu mózgu:
 - niejednoznaczne wyniki dla różnych obszarów mózgu
 - zmniejszony przepływ krwi we wzgórzu
 - zwiększona utrata substancji szarej w mózgu

Kryteria diagnostyczne

Aktualne kryteria dla rozpoznawania FM zostały ustalone przez American College of Rheumatology Committee w 1990 roku:

- 1) Obecność rozlanego bólu (włączając wszystkie 4 kończyny i tułów) przez okres co najmniej 3 miesięcy oraz:
- 2) Tkliwość uciskowa palpacyjna (nacisk 4 kg) w przynajmniej 11 z 18 (9 symetrycznych) określonych obszarach ciała zwanych punktami tkliwymi (punkt tkliwy jest definiowany jako miejsce wyjątkowej wrażliwości w tkankach miękkich, w przeciwieństwie do punktów spustowych w bólu mięśniowo-powięziowym).

Rozpoznanie i leczenie

- FM nie stanowi zagrożenia dla życia pacjenta, ale może powodować poważną niesprawność i w ten sposób znacząco obniżyć jakość życia. Prawie nigdy nie udaje się uzyskać pełnego ustąpienia objawów, ale przy adekwatnej terapii można osiągnąć znaczną poprawę.
- Leczenie FM jest zwykle wielokierunkowe:
 - edukacja chorych, rodzin i społeczeństwa
 - wspieranie pacjenta w przyjęciu aktywnej roli w leczeniu
 - wsparcie psychologiczne lub psychiatryczne
 - fizykoterapia, przede wszystkim program ćwiczeń (ćwiczenia aerobowe, rozciąganie), z włączeniem w razie potrzeby innych metod takich jak masaże lub TENS
 - efektywność wykazują umiarkowane dawki leków:
 - i. niskie dawki trójcyklicznych leków przeciwdepresyjnych (amitriptylina)
 - ii. inhibitory zwrotnego wychwyty serotoniny i noradrenaliny
 - iii. selektywne inhibitory zwrotnego wychwyty serotoniny
 - iv. leki przeciwpadaczkowe (gabapentyna, pregabalina)
 - regularny monitoring i ocena wyników leczenia

Piśmiennictwo

1. Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L. Management of fibromyalgia syndrome. JAMA 2004;292:2388–95.
2. Russell IJ, Bieber CS. Myofascial pain and fibromyalgia syndrome. In: McMahon SB, Koltzenburg M, editors. Melzack and Wall's textbook of pain, 5th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2005. p. 669–81.

