

Sindrome fibromialgica di difficile diagnosi

Un'assistita di 62 anni viene in ambulatorio per manifestarmi l'accentuazione di dolore muscolo-scheletrico in diverse sedi, che le causano anche disturbi del sonno, oltre ad astenia. Potrei definire la paziente come "frequent attender", in quanto spesso mi consulta per vaghi disturbi dello spettro ansioso-depressivo ed è affetta da sindrome dell'intestino irritabile, che le causa ricorrenti dolori addominali. Alcuni di questi disturbi, in primis i sintomi muscolo-scheletrici, sono presenti in forma sfumata da vari anni, ma si sono accentuati alcuni mesi fa, dopo un incidente automobilistico dal quale la paziente è uscita illesa.

Storia clinica

Nel 2000, per sintomatologia dolorosa alla spalla, la paziente esegue una radiografia che evidenzia una periartrite scapolo-omerale sinistra trattata con infiltrazioni di cortisone. Dopo alcuni mesi compare una sindrome del tunnel carpale bilaterale.

Nel 2005 una radiografia di bacino e anche rileva una emisacralizzazione sinistra di L5 con riduzione in altezza, superiore al 15% del corpo di D2. Un anno dopo compaiono altri disturbi osteoarticolari: periartrite dell'anca destra ed epicondilita del gomito destro.

Nel dicembre del 2006 si verifica l'incidente automobilistico, in seguito al quale vengono effettuate diverse indagini.

■ **Rx della colonna cervicale:** megapofisi traversa di C7; scomparsa della fisiologica lordosi in paziente con segni diffusi di spondiloartrosi.

■ **Rx lombare:** addensamento osteosclerotico delle limitanti somatiche vertebrali; accenno alla reazione osteofitaria marginale; ridotto lo spazio discale tra L5 e S1, con note di spondiloartrosi e discopatia.

Dopo alcuni mesi si accentuano le algie e le parestesie agli arti inferiori e si rende necessaria una RMN.

■ **RMN lombosacrale:** iperlordosi lombare con normale ampiezza del canale spinale osseo. Le strutture nervose contenute nel canale midollare mostrano normale morfologia e intensità di segnale. Il disco L4-L5 appare disidratato con protrusione

del profilo posteriore e associata piccola ernia postero-laterale destra, che impegna il recesso laterale. Anche il disco L5-S1 appare disidratato con piccola ernia posteriore mediana.

Iter diagnostico

Di fronte a questa variegata collezione di disturbi, sono perplesso e prescrivono una serie di indagini per indirizzarmi verso una corretta diagnosi. Gli esami ematochimici di routine, con orientamento verso gli indici reumatologici e di flogosi, si rivelano negativi, così come le radiografie dei distretti corporei interessati dai dolori. Prendo in considerazione scenari diagnostici comprendenti principalmente artrosi, artriti e disturbi da ipotiroidismo, ma di fronte all'esclusione diagnostica di queste affezioni, risalta un dato incontrovertibile: un terreno nevrotico-depressivo, evidenziato soprattutto dall'eccessiva preoccupazione dei propri disturbi da parte della paziente, accompagnata da una certa insistenza nel volere fare sempre più indagini, andando oltre la ragionevole valutazione diagnostica orientata per problemi. Decido di inviare la paziente all'attenzione di un reumatologo. Sulla base della negatività dei riscontri ematochimici e strumentali lo specialista non formula una diagnosi reumatologica precisa.

I sintomi però persistono, dunque cerco di approfondire il più possibile il caso, ricorrendo anche a test di reumatologia. Il soccorso mi arriva

dalla letteratura: in soggetti sottoposti a stress e che abbiano subito traumi è opportuno ricercare una possibile fibromialgia.

L'incidente automobilistico che ha agito da stressor e l'investimento psichico della paziente sulla propria sintomatologia mi aprono uno spiraglio. Coesistendo anche la sindrome dell'intestino irritabile e i disturbi del sonno, insisto nel percorso diagnostico.

Convoco la paziente e applico la digitopressione sui cosiddetti tender points: muscoli trapezio e sovraspinato, epicondilo laterale del gomito, grande trocantere, zona superiore del gluteo. Il riscontro di comparsa del dolore riguarda solo il distretto femorale e del muscolo trapezio.

Non essendo un reumatologo, sottopongo la mia disamina clinica a una critica serrata considerando altre possibilità: sindrome da stanchezza cronica, fase iniziale di una connettivopatia, reumatismo psicogeno.

Rimando la paziente da un altro reumatologo, questa volta con il sospetto diagnostico di fibromialgia.

Lo specialista conferma il sospetto, pone diagnosi di sindrome fibromialgica e prescrive amitriptilina gocce e un antinfiammatorio non steroideo.

Commento

La sindrome fibromialgica colpisce il 5-7% circa della popolazione generale ed è più frequente nel sesso femminile. Esistono diverse forme: neurologica, autoimmune, post-traumatica o dopo stress, post-infettiva, associata a connettivopatie o ad artrosi, ecc. Oltre agli opportuni presidi farmacologici, è fondamentale che il Mmg fornisca al paziente consigli comportamentali, quali regolarizzare il sonno, evitare situazioni stressanti, praticare esercizi distensivi. Soprattutto il Mmg non dovrebbe mai stancarsi di seguire questi pazienti, facendo sentire loro la partecipazione emotiva non solo nei momenti critici di riacutizzazione sintomatologica, ma sempre, *quoad valetudinem, quoad vitam*.