

LAVORO ORIGINALE

Fibromialgia: qualità di vita e sindromi associate*

Quality of life and associated clinical distress in fibromyalgia

E. Cacace¹, V. Ruggiero¹, C. Anedda¹, A. Denotti¹, L. Minerba², G. Perpignano¹

¹Cattedra di Reumatologia, Dipartimento di Scienze Mediche Internistiche "Mario Aresu"

²Dipartimento di Igiene e Sanità Pubblica; Università di Cagliari, Policlinico Monserrato, Cagliari

SUMMARY

Objectives: Fibromyalgia (FM) is a syndrome characterized by chronic, diffuse musculoskeletal pain and by a low pain threshold at specific anatomical points (tender points). Numerous other conditions (Irritable bowel syndrome, tension-type headache, migraine headaches, etc.) may overlap with FM. Aim of this study was to evaluate the quality of life and associated clinical distress in patients with FM.

Methods: 53 females affected by primary fibromyalgia and 40 healthy females were examined by an experienced rheumatologist and interviewed using the Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). Clinical monitoring included Visual Analogue Scale for pain and pain pressure threshold measurements.

Results: Mean FIQ scores were 66.39 ± 14.94 in FM patients and 13.15 ± 5.37 in control subjects and the difference was statistically significant. Among associated clinical distress higher frequencies have been found for paraesthesia (87%), sleep disturbance (72%), tension type headache (70%), oto-vestibule syndrome (72%) and irritable colon (60%). An R.O.C. bend was developed in the presence of paraesthesias and oto-vestibule syndromes at the same time. This allowed us to identify a FIQ cut off value of 66.85 so FM patients were divided into 2 groups according to their FIQ scores: severe degree and mild or slight degree.

Conclusions: Based on our data, it would appear possible to use a FIQ value equal to or higher than 66.85 for the clinical picture of FM to be classified as severe.

Reumatismo, 2006; 58(3):226-229

INTRODUZIONE

La fibromialgia (FM) è una sindrome complessa caratterizzata da dolore muscolo scheletrico diffuso cronico e dalla presenza di specifici punti anatomici dolenti alla pressione locale, definiti "tender points".

È una malattia difficile da diagnosticare; nel 1968 furono descritti i primi casi (all'epoca definiti: Fibrosite) ma solo negli anni 80 fu chiaro che si trattava di una patologia a se stante i cui i criteri diagnostici sono stati definiti dall'American College of Rheumatology nel 1990 (1).

L'incidenza della patologia è variabile fra l'1 ed il 4 % della popolazione con una prevalenza fra i pa-

zienti di sesso femminile fra i 20 ed i 55 anni (2); la frequenza sale al 25% in pazienti affetti da malattie reumatiche (3, 4).

L'eziologia della malattia non è stata ancora identificata, anche se sono state proposte diverse ipotesi che includono la predisposizione genetica (5), alterazioni nella regolazione neuroormonale (6), infezioni virali (7), disturbi biopsicosociali e psichiatrici (8, 9).

È ormai ben noto che la FM si associa a numerose condizioni morbose, quali cefalea, emicrania, parestesie, sindrome della fatica cronica, sindrome delle gambe senza riposo, sindrome del colon irritabile, disturbi del sonno, ansietà ed ipersensibilità a numerosi agenti chimici, solo per elencarne alcune.

La valutazione dell'andamento della malattia in funzione della terapia è spesso difficile (10, 11); negli anni 80 è stato stabilito che la valutazione dell'andamento di disturbi cronici come la FM richiede valutazioni effettuate in tempi lunghi e con un'attenzione particolare all'esperienza quotidiana

*Lavoro premiato al XLII Congresso SIR, Verona 2005

Indirizzo per corrispondenza:

Dott. Enrico Cacace, Policlinico Universitario,
Reumatologia I,
SS554 Bivio Sestu, I-09133 Monserrato Cagliari
E-mail: cacace@pacs.unica.it

dei pazienti che vivono con sintomi e limitazioni. Un questionario che offre un punto di vista globale della maggior parte dei problemi che un paziente affetto da FM sperimenta quotidianamente è l'FIQ: Fibromyalgia Impact Questionnaire, attualmente il più utilizzato ed il più utile per i pazienti (12).

Tale questionario è stato sviluppato per venire incontro alla necessità di una valutazione dello stato dei pazienti fibromialgici che fosse la più ampia possibile, comprensiva di molteplici aspetti (funzionalità, livello di dolore, affaticabilità, disturbi del sonno, alterazioni psicologiche ecc.) ed in grado di valutare l'efficacia della terapia.

Scopo del nostro lavoro è stato quello di valutare la qualità della vita in pazienti affetti da FM, utilizzando l'FIQ e individuare, se possibile, un valore soglia dell'FIQ, suggestivo per la gravità della FM conseguente alla presenza di una importante sindrome associata.

MATERIALI E METODI

Sono state esaminate 53 donne di età compresa fra 27 e 72 anni, (età media $49,19 \pm 10,69$) affette da FM primaria.

I criteri di inclusione sono quelli dell'American College of Rheumatology 1990 (1). Criterio di esclusione è stato la concomitante presenza di una patologia reumatica.

Sono state inoltre esaminate 40 donne di controllo (di età compresa fra 27 e i 72 anni, (età media $47,89 \pm 9,76$).

Tutte le pazienti affette da FM sono state esaminate da un esperto reumatologo in base al protocollo descritto da Wolf et al. (1). Dopo attenta anamnesi con esame obiettivo comprensivo di dati antropometrici, visita reumatologica e valutazione dell'intensità del dolore mediante scala analogica visuale (VAS) di Scott-Huskisson eseguita dal paziente e dal medico, la qualità della vita è stata valutata mediante questionario FIQ (Fibromyalgia Impact Questionnaire) per studiare il grado di disabilità causato dalla malattia sia in ambito lavorativo che personale.

L'analisi statistica è stata effettuata utilizzando il software statistico Statistica 6.0 (Stat.Soft Inc. USA), considerando significativo un valore di $p < 0,05$. L'analisi delle curve ROC ed il test esatto di Fisher sono stati effettuati utilizzando il software statistico SPSS 12.0.

Tabella I - Valori medi dei parametri esaminati nelle pazienti affette da fibromialgia.

Parametri esaminati	Fibromialgia	Controlli
F.I.Q. (media + DS)	66,39 + 14,94	13,15+ 5,37
VAS paziente (media ES)	74,79 (2,97)	-
VAS medico (media ES)	66,49 (2,84)	-

RISULTATI

I risultati vengono riportati nella tabella I.

I valori medi di FIQ sono risultati $66,39 \pm 14,94$ (range 36-98) nelle pazienti affette da FM e $13,15 \pm 5,37$ nei controlli con una differenza statisticamente significativa ($p < 0,001$).

La valutazione dei disturbi clinici associati ha permesso di evidenziare frequenze superiori al 50% delle pazienti per l'astenia (94%), le parestesie (87%), i disturbi del sonno (72%), le cefalee muscolo tensive (70%), la sindrome oto-vestibolare (72%) e la sindrome del colon irritabile (60%).

Percentuali inferiori al 50% delle pazienti si sono invece evidenziate per la sindrome uretrale (33%) e per l'emicrania (33%).

Utilizzando i criteri WHO per la valutazione del peso corporeo le pazienti affette da FM sono state classificate come sottopeso (7,4 %), normali (59,3 %), sovrappeso (25,9 %) e obese (7,4 %). Non è stata evidenziata alcuna correlazione statisticamente significativa tra il BMI e gli altri parametri esaminati.

Abbiamo diviso la casistica delle pazienti con FM in base alla presenza o meno di disturbi clinici associati ed abbiamo valutato le differenze nei valori medi di FIQ fra le pazienti in cui ciascuna sindrome associata era presente e quelle che non presentavano tale associazione (Tab. II).

Le pazienti che presentavano l'associazione fra la FM e le parestesie o la sindrome oto-vestibolare, si sono rivelate quelle in cui la differenza fra i valori medi di FIQ con o senza sindrome associata era significativa (Tab. II).

In base a questi presupposti abbiamo quindi costruito una curva ROC (AUC 0,75 - ES 0,07 - $p = 0,003$) basata sulla presenza contemporanea di parestesie e sindrome oto-vestibolare; ciò ci ha permesso di evidenziare un valore di cut off di 66,85 (specificità 83,3% - sensibilità 65,7%).

In base a tale valore i pazienti sono stati divisi in 2 gruppi:

- FIQ < 66,85: FM di grado medio-lieve (27 pazienti)
- FIQ \geq 66,85: FM di grado severo (26 pazienti).

Tabella II - Valori medi dell'FIQ nelle pazienti affette da Fibromialgia esaminate suddivise in base alla presenza o meno delle sindromi cliniche associate.

Disturbi clinici associati	Presente		Assente		Significatività
	n° di casi	FIQ (media - ES)	n° di casi	FIQ (media- ES)	
PARESTESIE	46	68,30 (2,09)	7	53,56 (5,36)	p = 0,013
DISTURBI DEL SONNO	38	67,50 (2,45)	15	63,52 (3,78)	p n.s.
CEFALEA MUSCOLO TENSIVA	37	67,38 (2,37)	16	64,11 (4,10)	p n.s.
SINDROME OTO VESTIBOLARE	38	70,11 (2,26)	15	56,95 (3,46)	p = 0,003
SINDROME DEL COLON IRRITABILE	32	68,60 (2,57)	21	63,00 (3,32)	p n.s.
SINDROME URETRALE	17	70,84 (3,39)	36	64,29 (2,52)	p n.s.
EMICRANIA	17	69,48 (3,29)	36	64,93 (2,58)	p n.s.

Tabella III - Valori medi della VAS nelle pazienti affette da Fibromialgia esaminate, suddivise in base alla gravità del quadro clinico.

VAS	Grado severo	Grado medio-lieve	Significatività
VAS paziente (media ES)	83,80 (4,04)	66,75 (3,74)	p = 0,003
VAS medico (media ES)	75,32 (4,37)	58,61 (3,06)	p = 0,002

I valori medi della VAS nei due gruppi di pazienti hanno evidenziato differenze statisticamente significative (Tab. III).

DISCUSSIONE

Numerosi studi hanno dimostrato che i pazienti affetti da FM non godono di una buona qualità di vita (13). Il nostro studio avvalorà i dati della letteratura in quanto le pazienti affette da FM da noi esaminate mostrano valori medi di FIQ di $66,39 \pm 14,94$ nettamente superiori a quelli dei soggetti di controllo ($13,15 \pm 5,37$).

La FM è sempre caratterizzata da dolori muscolo scheletrici diffusi e dalla presenza di dolorabilità a livello dei tender points; la maggior parte dei pazienti (nel nostro studio il 94%) lamenta astenia per cui non è stato tenuto conto di tale associazione nelle valutazioni cliniche.

Per quanto riguarda i disturbi psichiatrici (i cui dati sono in corso di pubblicazione), possiamo anticipare che una Sindrome ansioso-depressiva e Disturbi dell'umore erano alternativamente presenti rispettivamente nel 51,35% e nel 59,4% dei soggetti esaminati. Poiché l'una o l'altra patologia era-

no presenti nella quasi totalità delle pazienti esaminate, non è stato possibile effettuare una suddivisione in gruppi in base alla presenza o meno di tali associazioni e valutare quindi la loro influenza sull'FIQ.

In conclusione possiamo dire che molte pazienti affette da FM presentano sindromi associate; in particolare le pazienti affette da parestesie e sindrome oto-vestibolare sono quelle che hanno mostrato significativi incrementi nei valori dell'FIQ; abbiamo quindi ipotizzato un valore soglia di FIQ in grado di valutare con una buona sensibilità e specificità la gravità del quadro clinico.

Tale valore è stato identificato pari a 66,85: in accordo con tale valore infatti le pazienti con FIQ superiore al valore soglia erano quelle che presentavano VAS significativamente superiori. È interessante notare a tale proposito che le VAS delle pazienti, quindi suscettibili di molteplici influenze soggettive, erano perfettamente sovrapponibili a quelle valutate dal medico esaminatore, a dimostrazione del fatto che il dolore è oggettivamente una componente fondamentale nel determinare la qualità di vita nella FM.

RIASSUNTO

La fibromialgia è una sindrome caratterizzata da dolore muscolo scheletrico diffuso cronico e dolorabilità in specifici punti anatomici, con spesso sindromi cliniche associate di varia natura.

Abbiamo studiato 53 donne affette da fibromialgia primaria; su tutte le pazienti è stata effettuata una visita reumatologica con valutazione dell' FIQ e dell'intensità del dolore mediante scala analogica visuale (VAS). I valori medi di FIQ sono risultati $66,39 \pm 14,94$. Le pazienti che presentavano l'associazione fra fibromialgia e parestesie o sindrome oto-vestibolare avevano i valori di FIQ significativamente più elevati.

Abbiamo individuato un valore di cut-off di FIQ pari a 66,85 per la definizione della gravità del quadro clinico; le pazienti con FIQ superiore al valore soglia erano quelle che presentavano VAS significativamente superiori.

Key words - Fibromialgia, sindromi associate, qualità della vita, FIQ (Fibromyalgia Impact Questionnaire).

Parole chiave - *Fibromyalgia, associated clinical distress, quality of life, FIQ (Fibromyalgia Impact Questionnaire).*

BIBLIOGRAFIA

1. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the multicenter criteria committee. *Arthritis Rheum* 1990; 33: 160-72.
2. Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell U. Aspects of fibromyalgia in the general population: sex, pain threshold and fibromyalgia symptoms. *J Rheumatol*. 1995; 22: 151-6.
3. Burckhardt CS, Bjelle A. Perceived control: a comparison of women with fibromyalgia, rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus using a Swedish version of the Rheumatology attitudes index. *Scand J Rheumatol* 1995; 25: 300-6.
4. Martinez JE, Ferraz MB, Sato EI, Altra E. Fibromyalgia versus rheumatoid arthritis: a longitudinal comparison of the quality of life. *J Rheumatol* 1995; 22: 270-4.
5. Yunus MB, Khan MA, Rawlings KK. Genetic linkage analysis of multicase families with fibromyalgia syndrome. *J Rheumatol* 1999; 26: 408-12.
6. Seton M, Polisson R. Fibromyalgia ad regional pain syndromes. In: Carr PL, Friend KM, Somani S Eds. *The medical care of women*. Philadelphia: WB Saunders, 1995; 578-88.
7. Goldenberg DL. Fibromyalgia and other chronic fatigue syndromes: is there evidence for chronic viral illness? *Semin Arthritis Rheum* 1988; 18: 111-20.
8. Yunus MB. Fibromyalgia syndrome: clinical features and spectrum. *J Musculoskel Pain* 1994; 2: 5-21.
9. Thompson D, Lettich L, Takeshita J. Fibromyalgia: an overview. *Curr Psychiatry Rep* 2003; 5: 211-17.
10. Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L. Management of fibromyalgia syndrome. *JAMA* 2004; 292: 2388-95.
11. Inanici F, Yunus MB. Fibromyalgia syndrome: diagnosis and management. *J Clin Outcomes Manage* 2001; 8: 55-67.
12. Burckhardt C, Clark SR, Bennet RM. The fibromyalgia Impact Questionnaire: development and validation. *J Rheumatol* 1991; 18: 728-33.
13. Bernard AI, Prince A, Edsall P. Quality of life issues for fibromyalgia patients. *Arthritis Care Res* 2000; 13: 42-50.