



FIBROMIALGIA E DOLORI EXTRA-ARTICOLARI LOCALIZZATI DIAGNOSI DIFFERENZIALE PRESSO LO STUDIO DI MEDICINA DI FAMIGLIA

Update Reumatologia 2021



CONTENUTI

1. Nomenclatura
2. Sindrome fibromialgica
3. Problematiche extra-articolari localizzate

NOMENCLATURA

I termini relativi ai dolori extra-articolari dell'apparato locomotore non sono sempre definiti con chiarezza e a volte sono utilizzati arbitrariamente.

«REUMATISMI EXTRA-ARTICOLARI (O DEI TESSUTI MOLLI)»

Questo termine indica di norma dolori dell'apparato locomotore con manifestazione regionale o generalizzata. Essi possono essere causati da alterazioni degenerative, infiammatorie o puramente funzionali a carico di tendini, inserzioni tendinee, guaine tendinee, legamenti, borse sinoviali, muscoli nonché tessuto connettivo e adiposo.

Essendo un termine non preciso che può erroneamente fare riferimento a una patologia cronica, si consiglia al personale medico di NON utilizzarlo.

DOLORI MIOFASCIALI

Termine che indica dolori locali o regionali a carico di muscoli, fasce e tendini. A livello clinico sono caratterizzati dalla presenza di dolenzia alla pressione, ad es. in caso di sollecitazioni eccessive/errate, oppure si presentano come problematica secondaria in seguito a contratture di diversi muscoli o gruppi muscolari. In genere includono trigger point.

TRIGGER POINTS

Termine affine a MIOGELOSI. I trigger point sono punti nei muscoli con elevata dolenzia (alla pressione), spesso associati a irradiazione aspecifica (ma caratteristica del trigger point corrispondente); a volte non è presente alcuna irradiazione. Istologicamente possono corrispondere a una contrattura permanente dei sarcomeri; al tatto, il personale esperto può associarli a piccoli noduli/filamenti.

PERIARTROPATIA

Dolore localizzato attorno alle ossa articolari, senza un'identificazione precisa. Le cause possono essere attribuite a tutte le strutture adiacenti/annesse all'articolazione, ovvero problematiche a carico di muscoli, capsule, legamenti, tendini o borse sinoviali.

MIOTENDINOSI

Termine utilizzato per lo più in relazione a uno stato di irritazione o contrattura dell'aponeurosi.

TENDINOSI

Dolori tendinei (sinonimo: TENDINOPATIA) di *origine degenerativa* o derivante da *sollecitazioni eccessive/errate*.

TENDINITE

Infiammazione del tendine. Ad es. «tendinite calcifica» in caso di infiammazione da depositi di calcio.

TENDINOSI INSERZIONALE

Sinonimo: ENTESOPATIA

Irritazione/degenerazione di origine meccanica a carico dell'entesi tra osso e tendine.

ENTESITE

Sinonimo: TENDINITE INSERZIONALE

Infiammazione all'entesi tra osso e tendine.

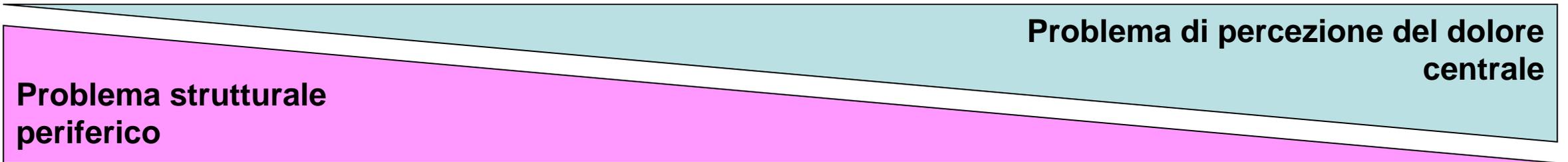
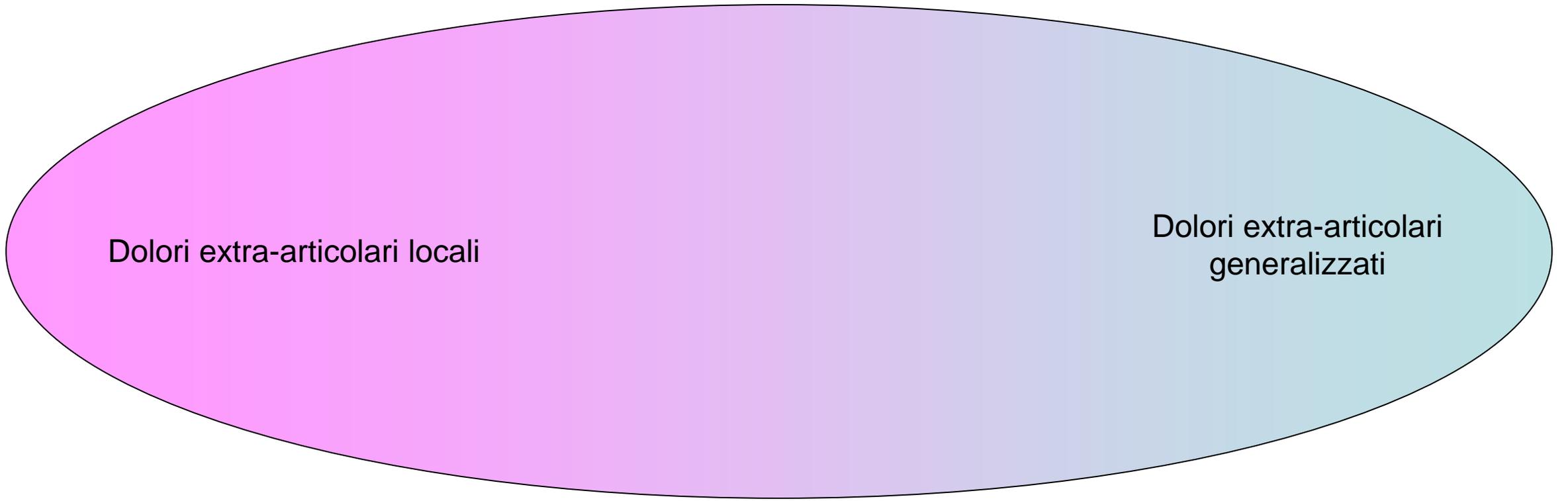
TENOSINOVITE

Infiammazione della guaina tendinea.

BORSITE

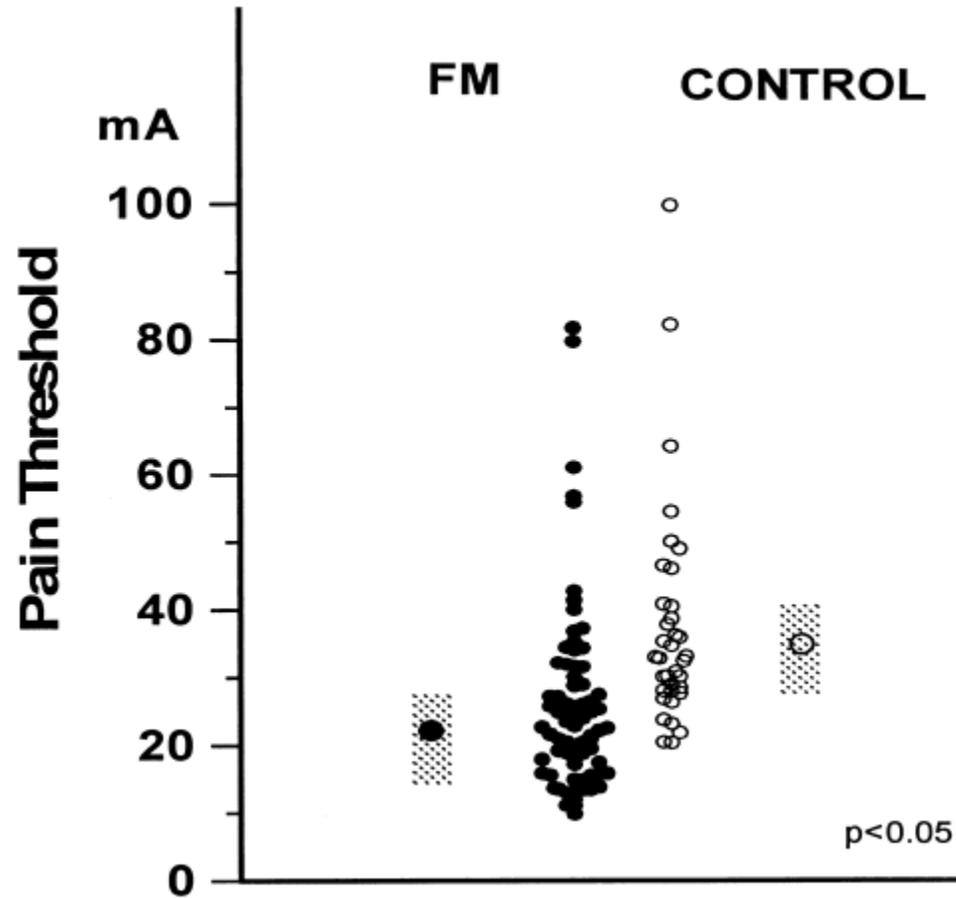
Infiammazione della borsa sinoviale.

DOLORI EXTRA-ARTICOLARI LOCALI E GENERALIZZATI



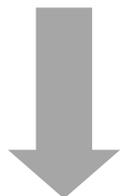
SINDROME FIBROMIALGICA – FORMA GENERALIZZATA DI DOLORE EXTRA-ARTICOLARE

ELABORAZIONE DEL DOLORE NELLA FIBROMIALGIA



Desmeules JA et al., Arthritis Rheum 2003, 48:1420-9

SINDROME DOLOROSA CRONICA NON TUMORALE



Danno ai tessuti
(nocicettivo)



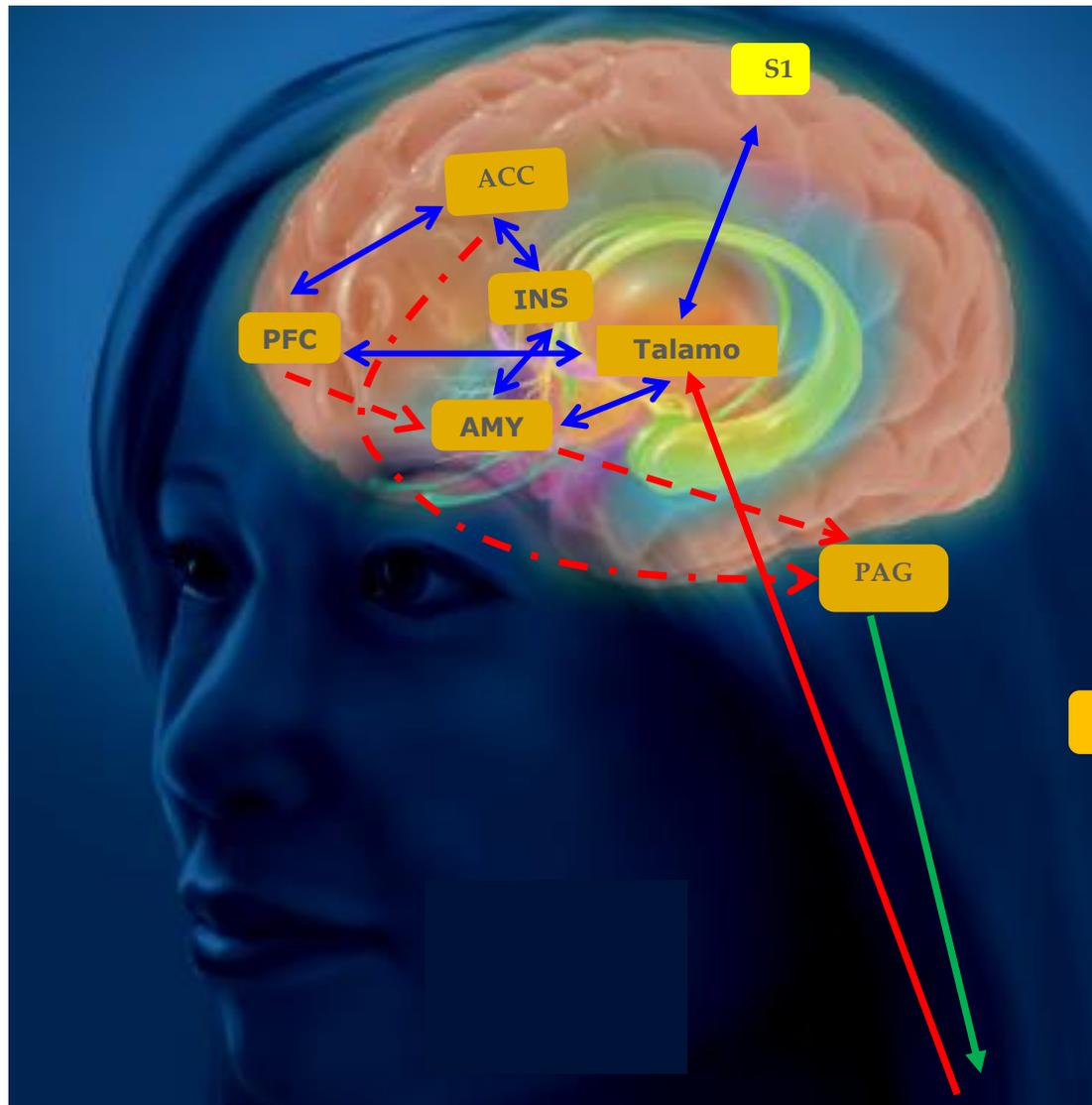
Lesione dei nervi
(neuropatico)



Iperalgesia da stress (SIH)

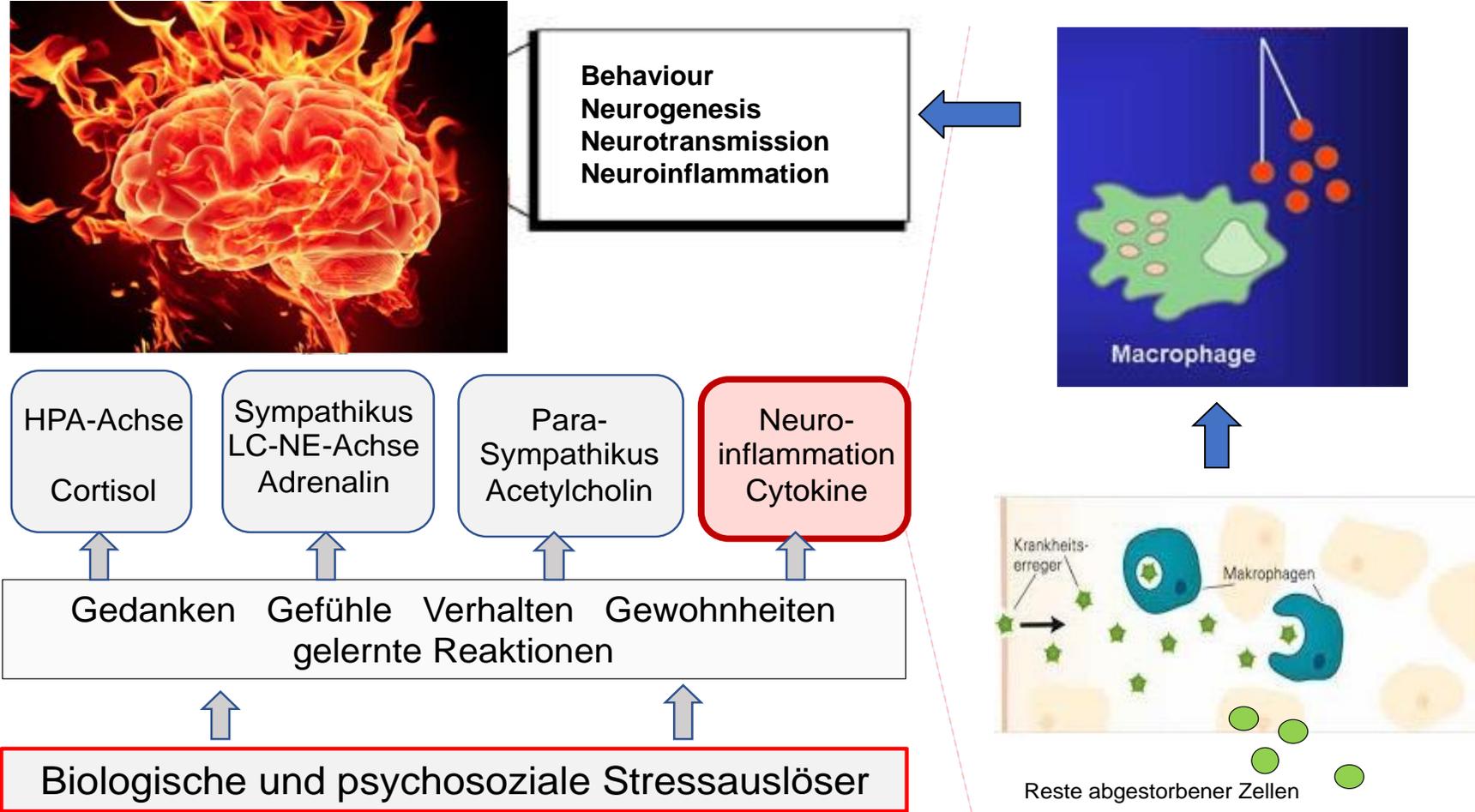


→Sindrome fibromialgica
→ Disturbo ansioso
→ Perfezionismo con
contratture muscolari

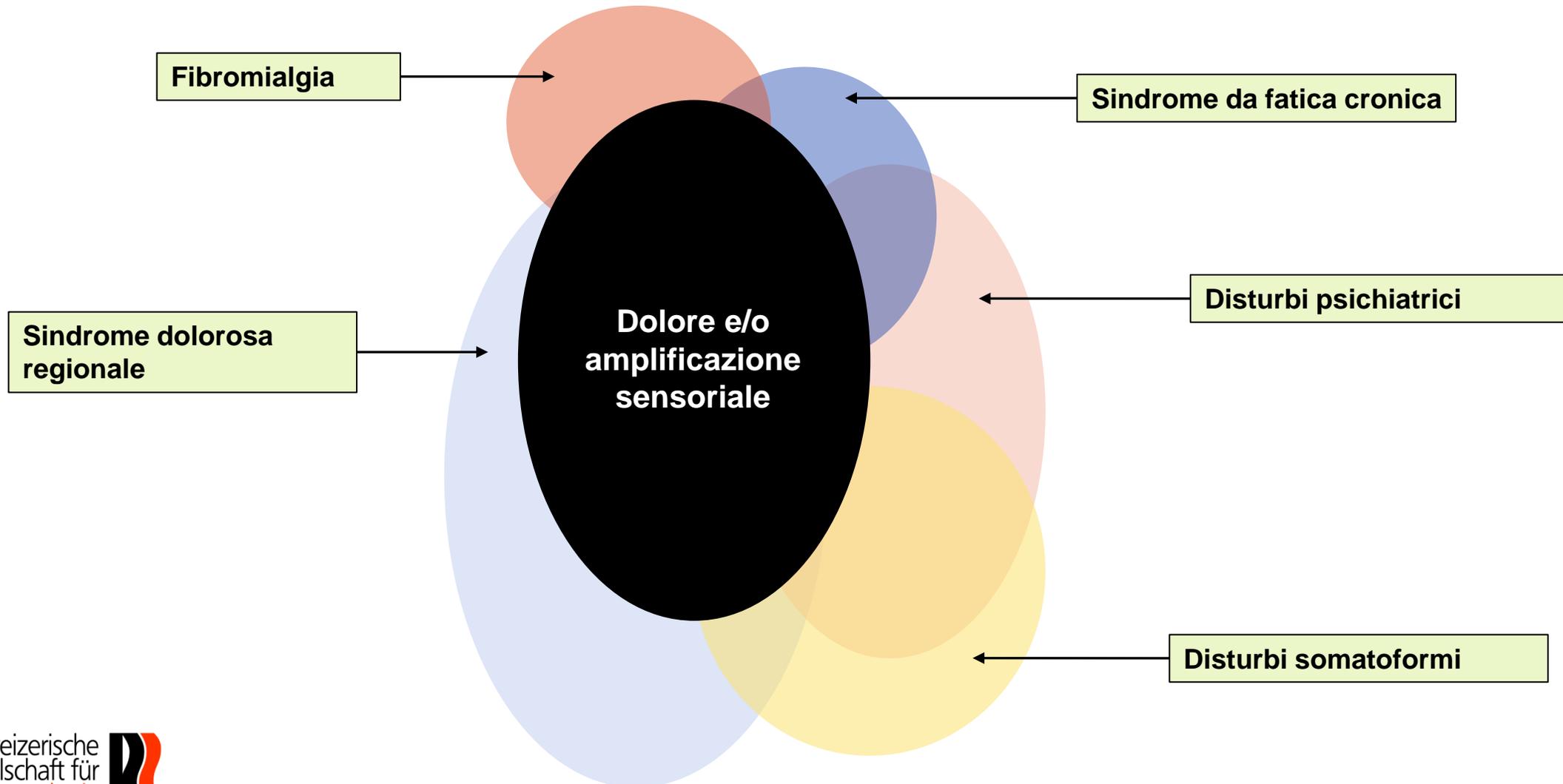


- Elevata sovrapposizione tra **elaborazione del dolore e dello stress** nei diversi livelli del sistema limbico (neuronal, ormonale)
- Le impressioni precedenti (memoria percettiva) condizionano le **aspettative** durante l'elaborazione dello stimolo (AMY, aINS, ACC)

MECCANISMI NEUROBIOLOGICI DELL'ELABORAZIONE DELLO STRESS



SOVRAPPOSIZIONE TRA SINDROMI SISTEMICHE



The Journal of Rheumatology 2003

Editorial

Stop Using the American College of Rheumatology Criteria in the Clinic

FREDERICK WOLFE, MD,
National Data Bank for Rheumatic Diseases,
Arthritis Research Center Foundation,
1035 N. Emporia, Suite 230,
Wichita, Kansas 67214, USA.



„... by ignoring the **central psychosocial and distress features** of the syndrome ... and choosing instead a physical examination item, we allowed FM to be seen as mostly a physical illness.“

SINDROME FIBROMIALGICA

NUOVI CRITERI DIAGNOSTICI (2011, RIVISTI NEL 2016)

Widespread Pain Index (WPI: 0 – 19)

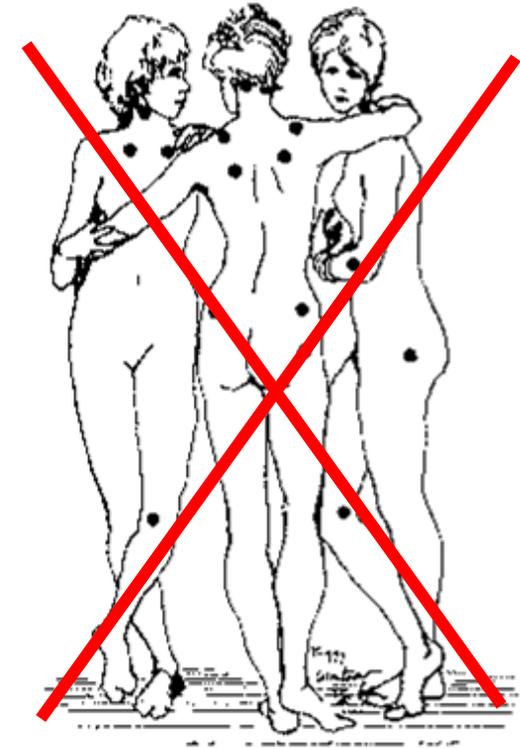
- dolore multioculare (senza dolenzia alla pressione!) in 19 parti del corpo

Symptom Severity Score (SSS: 0 – 12)

- Stanchezza (grado 0 - 3)
- Sonno non ristoratore (0 - 3)
- Limitazioni cognitive (0 - 3) -> “fibro-fog”
- Mal di testa, dolori addominali, depressione (0 - 3)

La sindrome fibromialgica si diagnostica in presenza di **tutti e 3 i punti:**

- **WPI 7 punti e SSS 5 punti, oppure WPI 4–6 punti e SSS 9 punti**
- **Dolore in 4 regioni del corpo su 5 (4 quadranti corporali più 1 per la colonna vertebrale)**
- **Sintomi persistenti da almeno 3 mesi**
- **Altre cause improbabili**



ANAMNESI

- Dolori cronici generalizzati (vedi slide precedente, nuovi criteri diagnostici 2011, rivisti nel 2016)
- Stanchezza, spossatezza, rapida affaticabilità
- Disturbi del sonno
- Sintomi d'ansia
- Altri sintomi concomitanti: sensazione di rigidità e gonfiore, sintomatologia da secchezza, parestesie, restless legs, sintomi simili a Raynaud, mal di testa, disfunzione temporo-mandibolare, intestino e vescica irritabili
- Anamnesi psichiatrica e psicosociale (ad es. traumi infantili)

ESAME CLINICO

- Esame clinico imprescindibile per distinguere le dolenzie al tatto tipiche della fibromialgia da reali dolori miofasciali (ad es. trigger point).

NELLA PRATICA

- Nella pratica si consiglia l'utilizzo dei criteri ACR aggiornati nel 2016 invece dei vecchi tender points.
- Il termine “sindrome fibromialgica” va utilizzato con cautela con le assicurazioni.

NELLA PRATICA

- Può essere utile il concetto di “fibromyalginess”
- In questo contesto, la diagnosi di fibromialgia non si configurerebbe come un netto sì o no, bensì come uno spettro riconducibile a una “fibromyalginess” più o meno marcata.
- Più la “fibromyalginess” è marcata (più sono i sintomi tipici della fibromialgia, vedi punteggio ACR 2016), maggiore è la centralizzazione del dolore e, quindi, maggiore sarà l’inefficacia di un’analgesia prettamente somatica.

SINTOMI CONCOMITANTI (VEDI ANCHE CRITERI ACR RIVISTI NEL 2016)

- Crampi muscolari
- Debolezza muscolare
- Stanchezza muscolare
- Dolore articolare
- Rigidità mattutina
- Disturbi diffusi della sensibilità
- Sensazione di gonfiore a mani e piedi
- Sintomi simili al fenomeno di Raynaud
- Mal di testa
- Disturbi del sonno
- Stanchezza
- Disturbi cognitivi
- Senso di costrizione al torace
- Sintomi dell'intestino irritabile
- Urgenza di urinare
- Secchezza orale
- Temperatura subfebbrile
- Poliallergia



LABORATORIO

Risultati nella norma per la forma idiopatica. Esami di laboratorio giustificati per escludere diagnosi differenziali.

Esempio esami di routine:

- VES/PCR
- Emocromo
- TSH
- CK

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Non utilizzata in prima linea.

Ove necessario, solo per escludere diagnosi differenziali.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE/ QUADRI CLINICI SOVRAPPONIBILI

Disturbi somatici:

- Infezioni (ad es. epatite C, altre infezioni virali)
- Patologie reumatiche infiammatorie sistemiche
- Endocrinopatie
- Malattie ossee metaboliche
- Neoplasie
- Medicamenti (ad es. statine)
- Altri (ad es. sindrome da ipermobilità)

Disturbi psichiatrici con dolore come sintomo principale, come:

- disturbo di somatizzazione («bodily distress disorder»)
- disturbo d'ansia generalizzato
- ansie sociali
- ansie legate alla salute
- perfezionismo come tratto della personalità
- disturbo da stress post-traumatico



TRATTAMENTO

Tre possibilità:

1. Allenamento e fisioterapia
2. Terapia psicologica/psicosomatica
3. Medicamenti: rilevanza limitata, soprattutto per il trattamento dei sintomi concomitanti

TRATTAMENTO

Allenamento e fisioterapia

- Definizione di regolari attività di resistenza:
Allenamento aerobico → 3-4x/settimana, polso < 120
- Allenamento per migliorare le funzioni fisiche coinvolte
- Imparare/sperimentare che si può fare movimento e lavorare nonostante il dolore - definizione di obiettivi funzionali
 - Aumentare prima la frequenza, poi la durata e poi l'intensità
- Informazioni o corsi sulla gestione del dolore
- Dialogo tra medico curante <> fisioterapista

TRATTAMENTO

Terapia psicologica/psicosomatica

- Chiarimenti e informazioni sulla patologia
- Affrontare i co-fattori psico-sociali, riduzione dello stress
- Apprendimento e pratica regolare di tecniche di rilassamento, ad es. training autogeno
- Apprendimento di tecniche cognitive comportamentali (“Muoversi e funzionare quotidianamente nonostante il dolore”)
- Colloqui regolari
- Ascolto in caso di (nuovi) sintomi e corretta valutazione

TRATTAMENTO

Medicamenti

I medicinali hanno un ruolo marginale nel trattamento della sindrome fibromialgica!

- Utilizzo a breve termine (≤ 14 giorni) di analgesici (**no oppiacei potenti!**) in caso di ricadute con dolore.
- Utilizzo a lungo termine di sostanze per la modulazione del dolore (ad es. antidepressivi); **niente oppiacei**
- **Niente steroidi**

SOSTANZE PER LA MODULAZIONE DEL DOLORE

Da utilizzare con cautela!

| | | | |
|-----------------------|------------------------------|---|---|
| Triciclici | Amitriptilina (Saroten®) | Inizialmente 10–20 mg la sera, in caso di risposta insufficiente fino a 50 mg/g | Efficacia confermata da studi: - Riduzione del dolore - Diminuzione dei tender point - Miglioramento della qualità del sonno |
| | Trimipramina (Surmontil®) | Fino a 50 mg la sera (dosaggio possibile anche con gocce) | |
| SSRI | Fluoxetina (Fluctine®) | 20–40 mg al mattino | Efficacia da soli piuttosto bassa La fluoxetina può avere una buona efficacia in combinazione con l'amitriptilina |
| | Citalopram (Seropram®) | 20–40 mg al mattino (dosaggio possibile anche con gocce) | |
| SNRI | Duloxetina (Cymbalta®) | 60-120mg al mattino | Necessario dosaggio elevato (effetto noradrenergico) |
| | Venlafaxina (Efexor®) | 75-225mg al mattino | |
| Antiepilettici | Pregabalin (Lyrica®) | 25–600mg (iniziare la sera) | Omologazione per dolori neuropatici |

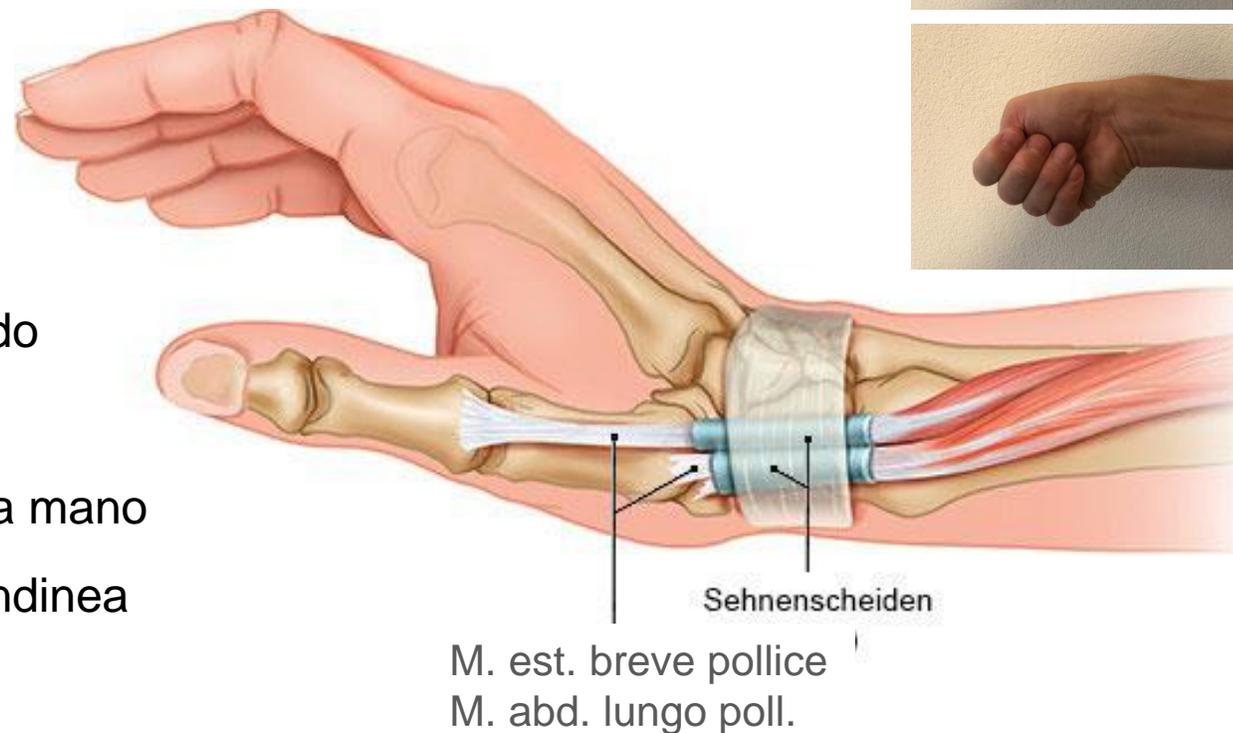
TRATTAMENTO MIRATO DEI SINTOMI CONCOMITANTI

- Disturbo del sonno (ad es. antidepressivi sedanti)
- Eemicrania (ad es. triptani)
- Colon irritabile (z.B. Constella®, Iberogast®)
- Restless Legs (agonisti dopaminergici)

SELEZIONE DI PROBLEMI EXTRA-ARTICOLARI LOCALIZZATI

«TENOSINOVITE DI DE QUERVAIN»

- Diagnosi: Dolenzia alla pressione
Test di Finkelstein:
(confronto laterale)
- Terapia: Riposo, applicazione di freddo
FANS (top./sist)
Fisioterapia/ergoterapia della mano
Infiltrazione steroidea peritendinea
(Operazione)

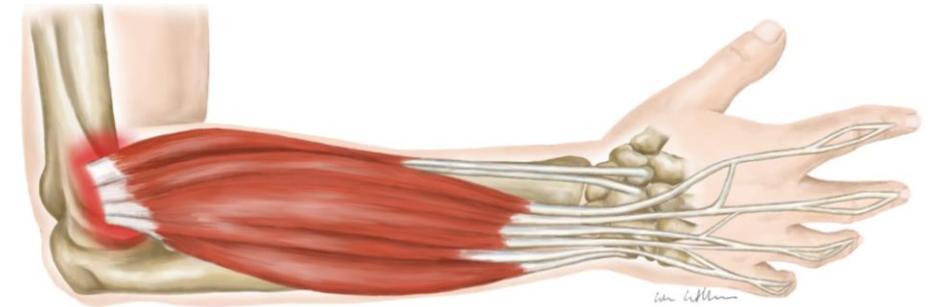


gesundheitsinformation.de

«GOMITO DEL TENNISTA»

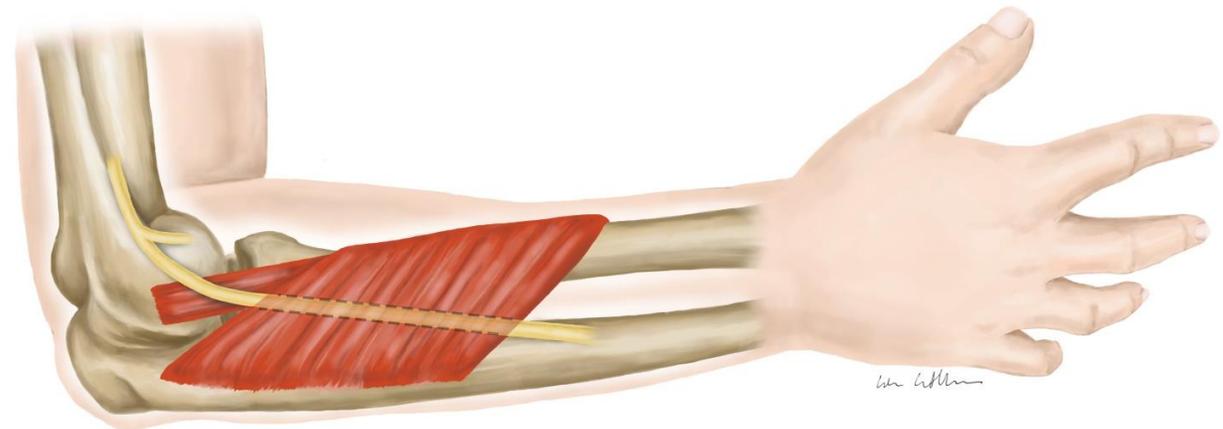
SINONIMO: EPICONDILITE

- Diagnosi: Dolenza alla pressione
Intensificazione del dolore tramite estensione polso/dita con resistenza
- Diagnosi differenziale: sindrome del supinatore (irritazione del ramo profondo del nervo radiale)
- Terapia: Evitare carichi che possono esserne causa
Esercizi di stretching; ergoterapia/fisioterapia
FANS locali
Terapia con onde d'urto; infiltrazioni PRP
Radioterapia della regione infiammata
Possibilmente, evitare le infiltrazioni con steroidi
(Raramente valutazione di un'operazione)



«SINDROME DEL SUPINATORE»

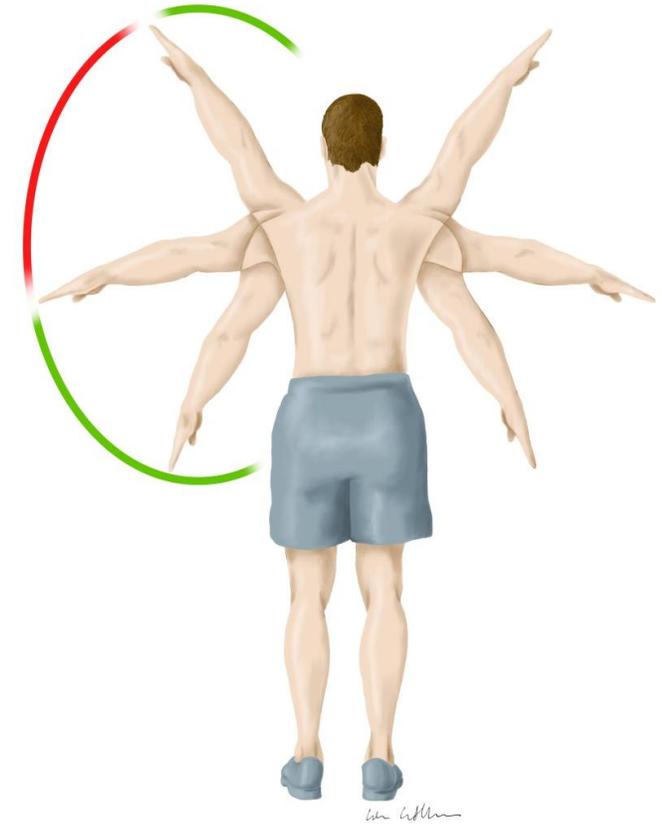
- Diagnosi: Debolezza estensori dig IV/V e polso (dolore)
Neurografia, RMT
- Terapia: Evitare movimenti che possono esserne causa
Stretching; ergoterapia
Operazione (decompressione)



«PSO SEMPLICE»

SINONIMO: SINDROME DA CONFLITTO SUBACROMIALE

- Diagnosi: Painful arc; test specifici (ad es. Hawkins, Neer)
Ecografia, radiografia, (artro-RM)
- Diagnosi differenziale: frozen shoulder; lesione cuffia dei rotatori; borsite subacromiale; (artrosi art. AC, patologia bicipite)
- Terapia: Fisioterapia
Infiltrazione subacromiale con steroidi
(Operazione)



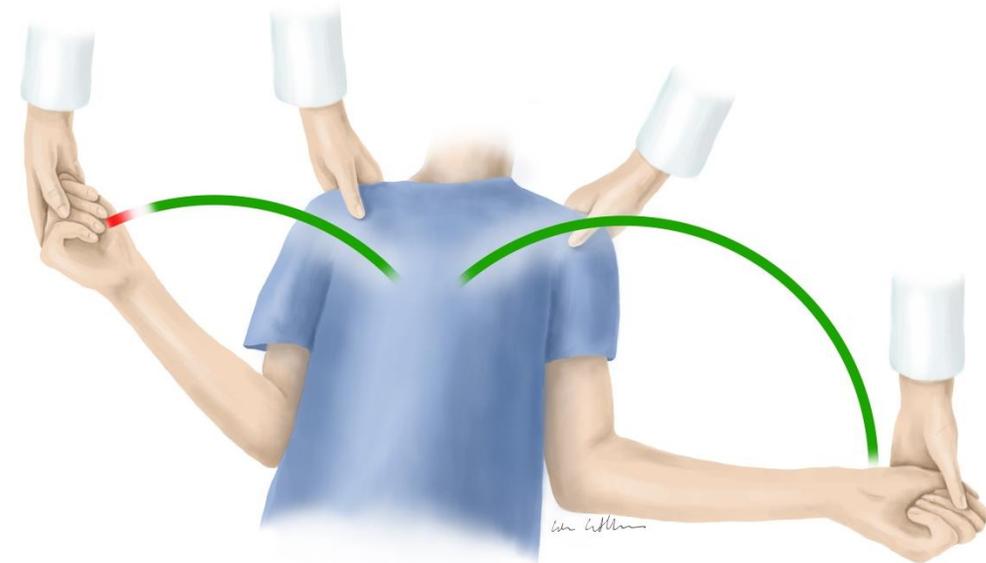
«PSO ANCHILOSANTE»

SINONIMO: CAPSULITE ADESIVA, FROZEN SHOULDER, SPALLA GELATA

- Diagnosi: Limitazione motoria attiva e passiva in tutte le direzioni (soprattutto con **rotazione esterna/interna**)

Ecografia, radiografia incl. torace, (artro-RM), glicemia a digiuno (esclusione lesione cuffia rotatori/labbro, tumore di Pancoast, diabete mellito)

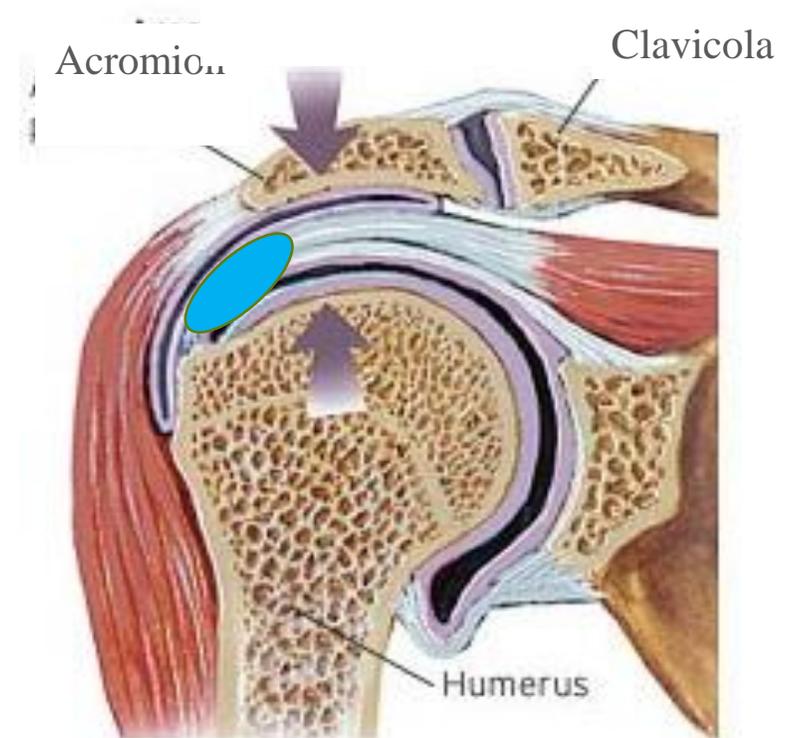
- Diagnosi differenziale: impingement, tendinite calcifica, lesione cuffia rotatori
- Terapia: Precoce: infiltrazione intrarticolare gleno-omerale con steroidi
 Fisioterapia intensiva
 (Molto raramente: adesiolisi artroscopica)



«PSO CALCIFICA»

Sinonimi: -origine meccanica: calcificazione della cuffia dei rotatori
- origine infiammatoria: tendinite calcifica

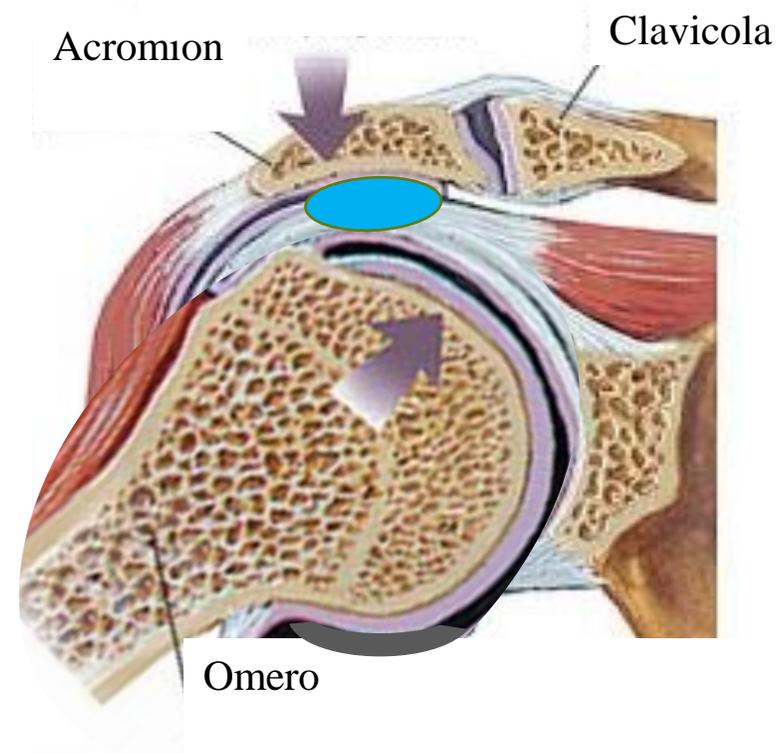
- Diagnosi: Test di impingement positivo (Hawkin)
Radiografia, ecografia
- Diagnosi differenziale:
Impingement funzionale, lesione cuffia rotatori;
patologia del tendine del bicipite
- Terapia: Fisioterapia (centraggio/decoaptazione)
Needling/infiltrazione subacromiale con steroidi
Terapia con onde d'urto
Operazione



«PSO CALCIFICA»

Sinonimi: -origine meccanica: calcificazione della cuffia dei rotatori
- origine infiammatoria: tendinite calcifica

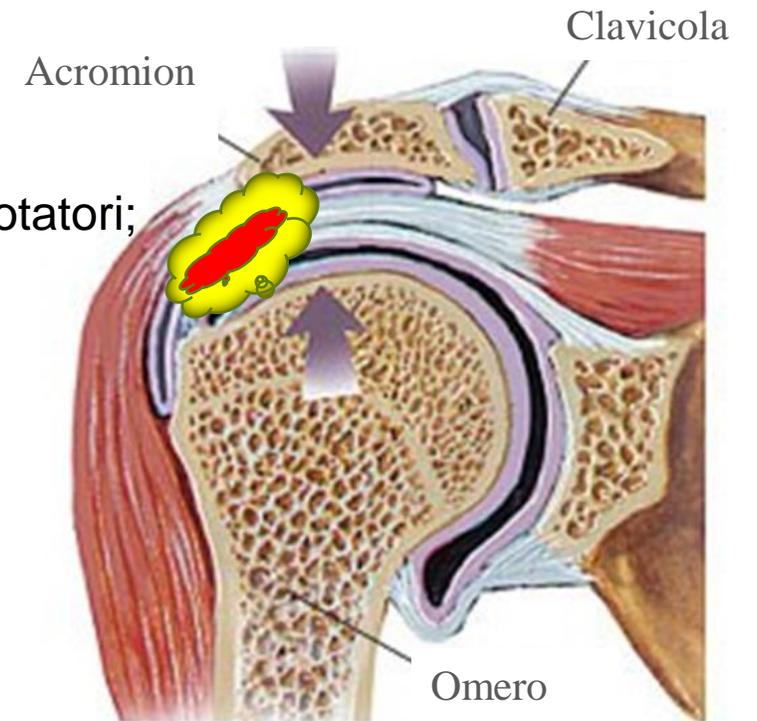
- Diagnosi: Test di impingement positivo (Hawkin)
Radiografia, ecografia
- Diagnosi differenziale:
Impingement funzionale; lesione cuffia rotatori;
patologia del tendine del bicipite
- Terapia: Fisioterapia (centraggio/decoaptazione)
Needling/infiltrazione subacromiale con steroidi
Terapia con onde d'urto
Operazione



«PHS CALCIFICA ACUTA»

Sinonimi: -origine meccanica: calcificazione della cuffia dei rotatori
- origine infiammatoria: tendinite calcifica

- Diagnosi: Forte dolore a riposo/di notte
Radiografia, ecografia
- Diagnosi differenziale: neurite del plesso; rottura cuffia dei rotatori;
artrite; infezione
- Terapia: Applicazione di freddo
FANS sistem.
Infiltrazione subacromiale con steroidi
Fisioterapia
(ev. successivo needling à froid)



«PSO TENDOPATICA» SINONIMO: ROTTURA DELLA CUFFIA DEI ROTATORI

- Diagnosi: Trauma nei giovani, degenerazione negli anziani

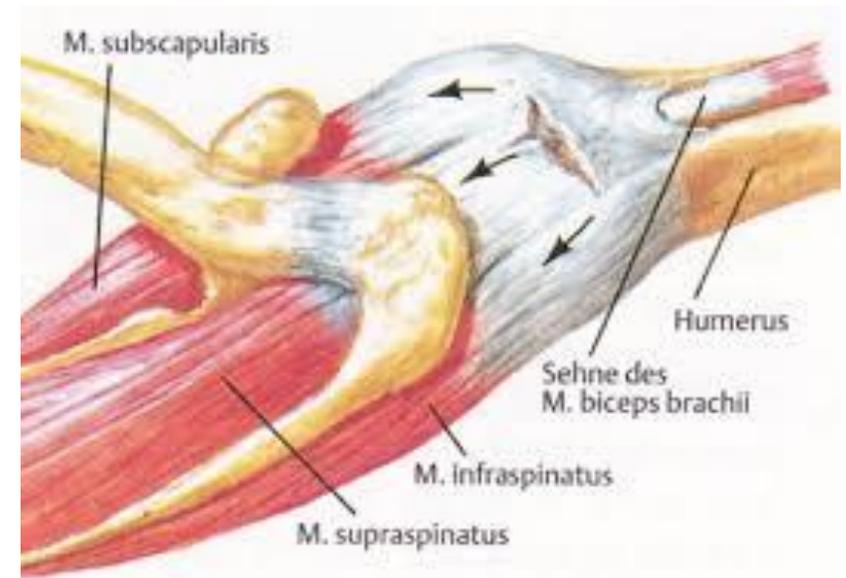
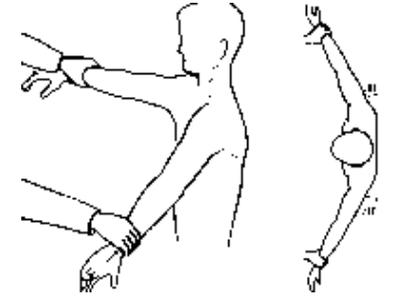
Debolezza, ev. impossibilità di movimento
(test speciali: test di Jobe, lift-off,
belly-press e altri)

(Radiografia), ecografia, artro-RM

- Terapia: Fisioterapia

(Ev. infiltrazione con steroidi)

Consulto ortopedico (operazione)



«SPERONE CALCANEARE»

Eziologia: fascite plantare o entesopatia plantare

- Diagnosi: Dolore sotto carico/all'inizio del movimento
- Diagnosi differenziale: frattura calcagno, corpo estraneo, sindrome del tunnel tarsale / spondiloartriti
- Terapia:
 - Correzione di un'ev. statica errata
 - Ammortizzazione (plantare in silicone, scarpe morbide)
 - Fisioterapia (stretching, rafforzamento della muscolatura che stabilizza il piede)
 - Terapia con onde d'urto
 - Radioterapia della regione infiammata
 - Infiltrazione con acido ialuronico/PRP
 - Analisi, informazioni sulla camminata
 - Possibilmente, evitare infiltrazioni con steroidi



«ACHILLODINIA»

Eziologia: tendinosi achillea o entesite achillea

- Diagnosi: Tendinosi: dolenzia a pressione nel terzo centrale; rigonfiamento
Entesite: dolenzia a pressione all'inserzione dell'osso
- Diagnosi differenziale: Degenerazione, carico eccessivo/errato: spondiloartriti; esostosi di Haglund; infezione; borsite subachillea; rottura
- Terapia: Correzione carico scorretto
Stretching
Onde d'urto
Infiltrazione PRP
Radioterapia della regione infiammata
Evitare per quanto possibile le infiltrazioni con steroidi

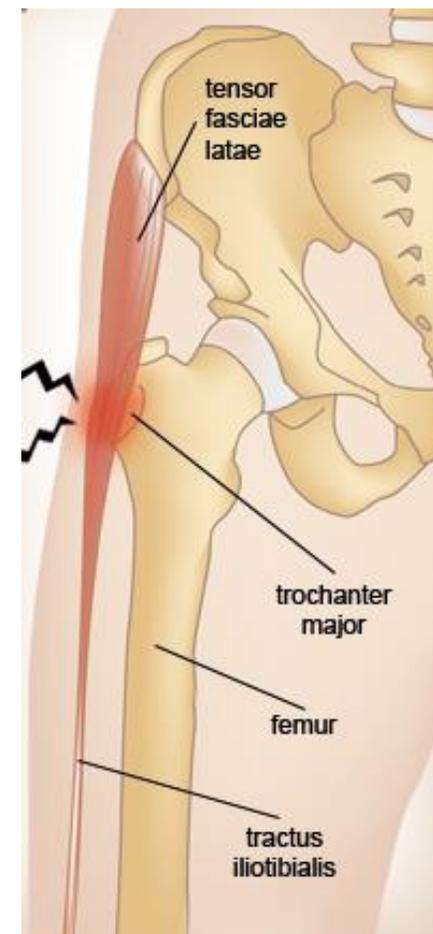


«BORSITE TROCANTERICA»

MEGLIO: «**sindrome dolorosa del grande trocantere**»

→ Perché in genere non si tratta di borsite ma di miotendinosi, entesopatie

- Diagnosi: Dolore all'inizio del movimento/sotto carico; dolenzia alla pressione; dolore mentre si giace sul lato colpito (di notte)
- Diagnosi differenziale: Calcificazione; frattura femorale atipica (bifosfonati); coxartrosi; insufficienza muscolatura glutea, necrosi testa del femore
- Terapia: Fisioterapia (stretching, rafforzamento)
Ev. singola infiltrazione con steroidi

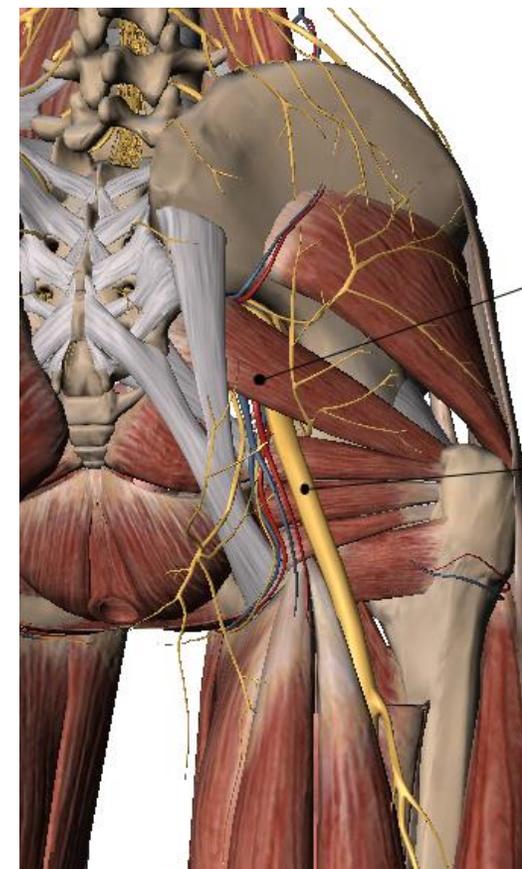


«SINDROME DEL PIRIFORME»

Effettivamente: compressione del n. ischiatico da parte del m. piriforme

In genere, però, “solo” **miotendinosi della muscolatura glutea profonda**

- Diagnosi: Dolenzia alla pressione/dolore all'estensione (RMT se necessario ricercare diagnosi differenziale)
- Diagnosi differenziale: Frattura sacrale; irritazione lomboradicolare L5/S1; sacroileite; lesioni ai rotatori dell'anca
- Terapia: Fisioterapia (stretching, rafforzamento)



POSSIBILITÀ DIAGNOSTICHE

- Anamnesi
- Clinica (dolenza alla pressione? Dolore all'estensione? Test specifici?)
- Radiografie (osteofiti/esostosi? Calcificazione? Usura? Fratture?...)
- Ecografia (funzionale; strappi muscolari, degenerativi ai tendini? Tenosinovite/borsite? Sinovite? Versamento? Calcificazione? Infiammazione?...)
- MRT (nonché ecografia, più: patologia midollare)
- Laboratorio (con quesito mirato, per es. reumatismi infiammatori, osteomalacia, miosite...?)

POSSIBILITÀ TERAPEUTICHE

- Rafforzamento muscolare/stretching/mobilizzazione (fisioterapia, ergoterapia, medicina manuale, chiropratica)
- Ev. riposo; freddo/caldo
- Trattamento trigger point (manuale, dry needling)
- Terapia neurale
- Analgesia locale/sistemica (FANS)
- Terapia con onde d'urto
- Iniezioni (anestetici locali, steroidi, acido ialuronico, platelet rich plasma)
- Operazione

ATTENZIONE: Non iniettare steroidi nei tendini

Le infiltrazioni con anestetico locale e steroidi sono coperte dall'assicurazione malattie, tutte le altre NO

La terapia con onde d'urto NON è coperta dall'assicurazione malattie