

ΙΝΟΜΥΑΛΓΙΑ. ΕΝΑ «ΑΤΥΠΟ» ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Στεργίου Β¹, Αργυρόπουλος Ρ., Κούτλας Ε³, Λιθαρή Χ¹, Σπηλιώτη Μ⁴
Εργαστήριο Κλινικής Νευροφυσιολογίας, ΑΠΘ
Β΄ Ψυχιατρική Κλινική, ΑΠΘ
Νευρολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Παπαγεωργίου
Α΄ Νευρολογική Κλινική, ΑΠΘ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή. Η ινομυαλγία είναι μία χρόνια διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από διάχυτο μυϊκό άλγος και γενικευμένη παρουσία ευαίσθητων στην πίεση σημείων. Συχνή είναι η συνύπαρξη της με το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, καθώς και με ρευματολογικά και ψυχιατρικά νοσήματα. Συχνά το σύνδρομο ινομυαλγίας εκλαμβάνεται ως μέρος ενός συνόλου διαφορετικών αλληλεπικαλυπτομένων συνδρόμων, στα οποία έχει δοθεί ο όρος «Σύνδρομο Κεντρικής Ευαισθησίας» (“Central Sensitivity Syndromes”, CSS). Όσον αφορά την αιτιοπαθογένεια του, φαίνεται ότι σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η δυσλειτουργία νευροδιαβιβαστών, οι οποίοι συνδέονται με τη διαβίβαση μηνυμάτων πόνου, όπως η σεροτονίνη (5-HT) και η νορεπινεφρίνη (NE), καθώς και το πεπτίδιο Ρ και το γλουταμινικό οξύ.

Παρουσίαση περιστατικού. Πρόκειται για ασθενή, 32 ετών, η οποία παρουσίασε αιφνίδια εγκατάσταση ημιπαισθησίας με συνοδούς παραισθησίες και μυϊκού άλγους με χαρακτηριστική εντόπιση στο αριστερό ημιμόριο του σώματος. Η συμπτωματολογία επιμένει τα τελευταία τρία έτη και επιπλέον η ασθενής παρουσιάζει χρόνια κόπωση, διαταραχές ύπνου και αίσθημα έκπτωσης της προσοχής και της πρόσφατης μνήμης. Η ασθενής υποβλήθηκε σε ποικίλες παρακλινικές εξετάσεις, οπότε αποκλείστηκαν οι νευρολογικές, ρευματολογικές και λοιμώδεις νόσοι. Η διάγνωση της ινομυαλγίας τέθηκε αρκετά όψιμα, μετά από τρία έτη, και η θεραπεία με συνδυασμό γκαμπαπεντίνης και γνωστικών-συμπεριφορικών τεχνικών οδήγησε σε σημαντικό περιορισμό των συμπτωμάτων άλγους και κόπωσης.

Συζήτηση. Η ασθενής παρουσιάζει τα βασικά διαγνωστικά κριτήρια για την ινομυαλγία. Εντούτοις, η κλινική της εικόνα εμφανίζει κάποιες αξιοσημείωτες ιδιαιτερότητες: α) η εντόπιση του άλγους, της παραισθησίας και των ευαίσθητων στην πίεση σημείων αποκλειστικά στο αριστερό ημιμόριο του σώματος, β) η αιφνίδια εγκατάσταση των συμπτωμάτων και γ) η απουσία συνυπάρχουσας ψυχικής διαταραχής, όπως πιστοποιείται από το ιστορικό, τη ψυχιατρική κλινική εξέταση και τις αντίστοιχες κλίμακες.

Λέξεις κλειδιά. Ινομυαλγία, ευαίσθητα σημεία, ημιπαισθησία, σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, μείζων κατάθλιψη, κλίμακες HAM-D-17, HAMA, WMS-II, FIQ, FSS, γκαμπαπεντίνη.

FIBROMYALGIA. AN “ATYPICAL” SYNDROME

Stergiou B¹, Argyropoulos P., Koutlas E³, Lithari C¹, Spilioti M⁴
Laboratory of Clinical Neurophysiology, AUTH
2nd Psychiatric Department, AUTH
Department of Neurology, Papageorgiou General Hospital
1st Neurology Department, AUTH

SUMMARY

Introduction. Fibromyalgia is a chronic, distressing syndrome, which is characterized by the presence of widespread, atypical muscular pain, together with tender or trigger points. Most of the patients exhibit a wide range of symptoms and signs, such as chronic fatigue, sleep disturbances, memory impairment, tension headache, muscle weakness and stiffness, hypothyroid mood and irritable bowel syndrome. There is a high rate of comorbidity between fibromyalgia and chronic fatigue syndrome, rheumatologic and psychiatric disorders. The diagnosis of the syndrome is generally difficult. Several neurological, rheumatologic and psychiatric disorders should be excluded. The cause of the syndrome is unknown. It is generally attributed to the dysfunction of neurotransmitters that regulate sleep patterns, mood, psychomotor activity and pain, such as serotonin, noradrenalin, substance P and glutamate. The therapeutic approach of fibromyalgia is based upon the aforementioned hypothesis. Agents such as duloxetine, pregabalin and gabapentin have

been proven useful for the amelioration of fibromyalgia's pain symptoms.

Case study. A 32 years old female patient has been suffering from muscular pain and paresthesias for the last three years. They are exclusively located at the left half of the body. The patient also exhibits tender points and complains of chronic fatigue, sleep disturbances, gait problems, difficulty in concentration and short term memory impairment. She went through a complete clinical and laboratory examination without any pathological findings. The initial diagnosis of multiple sclerosis was not justified by the MRI findings. She did not suffer from any psychiatric disorder. The patient was diagnosed with fibromyalgia and was treated with gabapentin. The follow up examination showed a significant reduction in the patient's symptoms, according to the FIQ and FSS scales.

Discussion. This particular patient manifested some interesting differentiations from the usual clinical pattern of fibromyalgia. The symptoms and signs were exclusively located at the left part of the body, including the face and the extremities. No concomitant mood or anxiety disorder was detected. Furthermore, in contradiction to the patient's complains about memory impairment, no memory deficits were found, as she was examined with the WMS-II scale.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο πόνος αποτελεί ένα από τα συχνότερα και πλέον δυσάρεστα συμπτώματα και τη συχνότερη αιτία αναζήτησης ιατρικής βοήθειας. Ένα από τα συχνότερα αίτια χρόνιου πόνου αποτελεί το σύνδρομο ινομυαλγίας. Πρόκειται για ένα σύνδρομο, η διερεύνηση του οποίου αφορά ποικίλες ιατρικές ειδικότητες και του οποίου η διάγνωση τίθεται εξ αποκλεισμού άλλων νευρολογικών, ψυχιατρικών και ρευματολογικών νοσημάτων.

Η ινομυαλγία είναι μία χρόνια διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από διάχυτο μυϊκό άλγος και γενικευμένη παρουσία ευαίσθητων στην πίεση σημείων (1). Σύμφωνα με το Αμερικάνικο Κολλέγιο Ρευματολογίας (1990), η διάγνωση του συνδρόμου βασίζεται στα εξής δύο κριτήρια:

α) Ιστορικό διάχυτου μυϊκού άλγους, διάρκειας τουλάχιστον τριών μηνών, το οποίο περιλαμβάνει και τα τέσσερα τεταρτημόρια του σώματος.

β) Παρουσία εστιακών αλγεινών σημείων «πυροδότησης» ("trigger points") ή ευαίσθητων σημείων ("tender points"). Ο πόνος εκλύεται με εφαρμογή πίεσης, ισοδύναμης με 4 kg, με τα δάκτυλα και πρέπει να αφορά τουλάχιστον 11 από 18 τυπικές εστίες πάνω από τους μύς, τένοντες ή τα οστά. Οι εστίες αυτές είναι κυρίως συγκεντρωμένες στον αυχένα, γύρω από τους ώμους και τις παρασπονδυλικές περιοχές (2,3). Η παρουσία του δεύτερου αυτού κριτηρίου αμφισβητείται τα τελευταία έτη, μια που συχνά ασθενείς με χρόνια διάχυτο μυοσκελετικό άλγος με χαρακτήρες ινομυαλγίας δεν εμφανίζουν ευαισθησία κατά την πίεση διαφόρων μυϊκών ομάδων (4).

Μολονότι η παρουσία χρόνιου άλγους και ευαίσθητων κατά την πίεση σημείων αποτελούν ικανά κριτήρια για τη διάγνωση, σπάνια οι ασθενείς με ινομυαλγία εκδηλώνουν μόνο συμπτώματα πόνου. Ο κανόνας και όχι η εξαίρεση είναι η συνύπαρξη και άλλων συμπτωμάτων, όπως διόγκωση χειρών ή ποδών, μόνιμο αίσθημα κόπωσης, ύπνος, ο οποίος δεν ξεκουράζει, κεφαλαλγία τύπου τάσεως, παραισθησίες, άτυπα

κοιλιακά άλγη, δυσουρικά ενοχλήματα (όπως επίμονο αίσθημα επιτακτικής ούρησης), αίσθημα ζήλης, διαταραχές ως προς τη συγκέντρωση και την πρόσφατη και εργαζόμενη μνήμη και υποθυμία (1,5,6).

Συχνά το σύνδρομο ινομυαλγίας εκλαμβάνεται ως μέρος ενός συνόλου διαφορετικών αλληλεπικαλυπτόμενων συνδρόμων, στα οποία έχει δοθεί ο όρος «Σύνδρομο Κεντρικής Ευαισθησίας» ("Central Sensitivity Syndromes", CSS) (7). Τα σύνδρομα αυτά είναι τα εξής:

α) Το Σύνδρομο Χρόνιας Κόπωσης (ΣΧΚ). Η αλληλεπικάλυψη του παραπάνω συνδρόμου με την ινομυαλγία είναι εξαιρετικά συχνή με τα όρια μεταξύ των δύο συνδρόμων να καθίστανται τόσο δυσδιάκριτα, ώστε πολλοί κλινικοί να τα θεωρούν ως ένα ενιαίο σύνδρομο («Σύνδρομο Ινομυαλγίας-Χρόνιας Κόπωσης») (8). Για να τεθεί η διάγνωση του ΣΧΚ πρέπει ο ασθενής να παρουσιάζει τα εξής κριτήρια: ι) σοβαρή κόπωση, διάρκειας τουλάχιστον έξη μηνών, ιι) παρουσία τουλάχιστον τεσσάρων από τα παρακάτω συμπτώματα: υποκειμενική διαταραχή της πρόσφατης μνήμης και συγκέντρωσης, φαρυγγοδυνία, ευαισθησία κατά την ψηλάφηση λεμφαδένων, διάχυτες μυαλγίες, κεφαλαλγία, ύπνος που δεν ξεκουράζει και καταβολή δυνάμεων, διάρκειας μεγαλύτερης των 24 ωρών μετά από ήπια σχετικά άσκηση (9,10).

β) Η κεφαλαλγία τύπου τάσεως, το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, η προεμμηνορροιακή δυσφορική διαταραχή, το ουρηθρικό σύνδρομο, το σύνδρομο ανήσυχων ποδών και η άτυπη προσωπαλγία (7,11).

Υψηλή επίσης είναι η συνοσηρότητα του συνδρόμου με ψυχικές διαταραχές, σε βαθμό που να κατατάσσεται, από πολλούς κλινικούς, στις ψυχικές διαταραχές και συγκεκριμένα στις σωματόμορφες διαταραχές. Οι συχνότερες παρατηρούμενες, συνυπάρχουσες ψυχικές διαταραχές είναι η μείζων κατάθλιψη σε ποσοστό που ποικίλλει ανάλογα με τις μελέτες από 42 ως 88% (12,13), η μετατραυματική διαταραχή στρες σε ποσοστό 20% (14) και η διαταραχή πανικού. Συνήθως προηγούνται τα συμπτώματα της ψυχικής δι-

αταραχής για τουλάχιστον ένα έτος προ της εκδήλωσης των συμπτωμάτων πόνου. Στις περισσότερες δε των περιπτώσεων η συνυπάρχουσα ψυχική διαταραχή παρουσιάζει χρόνια πορεία με συχνές υποτροπές (15). Σε δικό μας μικρό δείγμα έντεκα γυναικών, ηλικιακού φάσματος μεταξύ 29 και 63 ετών, οι οποίες εμφάνιζαν ινομυαλγία-χρόνια κόπωση, επτά πληρούσαν, κατά DSM-IV-TR, τα κριτήρια της χρόνιας μείζονος κατάθλιψης, μία της υποτροπιάζουσας μείζονος κατάθλιψης, δύο της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής με ιστορικό τουλάχιστον ενός καταθλιπτικού επεισοδίου και μία της δυσθυμικής διαταραχής. Χαρακτηριστική ήταν η χρόνια, υποτροπιάζουσα πορεία των συμπτωμάτων άλγους και κόπωσης σε συνδυασμό με αυτά της κυρίαρχης ψυχικής διαταραχής.

Η διάγνωση του συνδρόμου είναι συχνά δυσχερής, μια που: α) πολλές άλλες σωματικές και ψυχικές διαταραχές πρέπει να αποκλεισθούν, β) οι παρακλινικές εξετάσεις είναι φυσιολογικές και γ) πολλοί κλινικοί αγνοούν ή αμφισβητούν την ύπαρξη του (8,16). Εντούτοις, υπολογίζεται ότι μεταξύ 2 και 5% του γενικού πληθυσμού πάσχει από ινομυαλγία, σε συντριπτική πλειονότητα (90%) γυναίκες μέσης ηλικίας (13,17).

Σχετικά με την αιτιολογία-αιτιοπαθογένεια του συνδρόμου, οι περισσότερες υποθέσεις συγκλίνουν στην άποψη μίας διαταραχής της κεντρικής επεξεργασίας των αλγεϊκών ερεθισμάτων στο επίπεδο των οπίσθιων κέρατων του νωτιαίου μυελού (N.M.), των οπίσθιων κοιλιικών και ενδοπετάλιων πυρήνων του θαλάμου και των φλοιϊκών σωματοαισθητικών κέντρων (οπίσθια κεντρική έλικα και άνω βρεγματικό λόβιο) (18,19) καθώς και στην ελάττωση του ουδού του πόνου με αποτέλεσμα συνήθη υποουδικά ερεθίσματα να γίνονται αντιληπτά ως αλγεϊνά (20). Συγκεκριμένα, η δυσλειτουργία των νευροδιαβιβαστών: σεροτονίνη (5-HT) και νορεπινεφρίνη (NE), οι οποίοι διαμεσολαβούν σε ενδογενείς μηχανισμούς αναλγησίας μέσω κατιόντων οδών αναστολής του άλγους στο στέλεχος και στα οπίσθια κέρατα του N.M. θεωρείται ότι είναι υπεύθυνη για την εμφάνιση των συμπτωμάτων του συνδρόμου. Η διαταραχή των 5-HT, NE φαίνεται ότι συνδέεται με μία πιθανή αυξημένη απελευθέρωση νευροδιαβιβαστών, οι οποίοι μεταφέρουν μηνύματα πόνου, όπως είναι το πεπτιδίο P και το γλουταμινικό οξύ. Η έκλυση των νευροδιαβιβαστών, οι οποίοι επάγουν τον πόνο από τα οπίσθια κέρατα του N.M. έχει σαν αποτέλεσμα τη μεταβίβαση και «ερμηνεία» πληροφοριών αλγεϊνού περιεχομένου στις προαναφερθείσες κεντρικές περιοχές επεξεργασίας του πόνου (21, 22, 23).

Η θεραπεία σπάνια οδηγεί στην πλήρη αποδρομή των συμπτωμάτων ή στην προφύλαξη από νέες υποτροπές. Ακρογωνιαίο λίθο αποτελεί η επεξήγηση της φύσης της διαταραχής και η ανακούφιση του ασθενή από πιθανές φοβικές γνωστικές διαστρεβλώσεις σχετικά με την προέλευση των συμπτωμάτων. Οι ασθενείς με ινομυαλγία υποβάλλονται συνήθως σε ποικί-

λες εργαστηριακές εξετάσεις και επισκέπτονται ιατρούς διαφορετικών ειδικοτήτων για την διερεύνηση της αιτίας των συμπτωμάτων τους ή στην προσπάθεια αποκλεισμού άλλων νοσημάτων (ρευματολογικών, νευρολογικών, ενδοκρινολογικών). Συχνά η πληθώρα αυτή των εξετάσεων και η καθυστέρηση της διάγνωσης επαυξάνει τον φόβο του ασθενούς σχετικά με τη νόσο και πιθανόν οδηγεί σε έξαρση της συμπτωματολογίας του (24,25,26).

Η θεραπεία διακρίνεται σε μη φαρμακευτική και φαρμακευτική. Όσον αφορά τη μη φαρμακευτική θεραπεία σημαντική είναι η εκπαίδευση του ασθενή σε ορισμένους βασικούς τομείς, οι οποίοι συνδέονται με την ανακούφιση από τα συμπτώματα: i) η αναγνώριση και διαχείριση των σημείων «πυροδότησης», ii) η σωστή υγιεινή του ύπνου, iii) η άσκηση χωρίς υπερβολές και καταπόνηση και iv) η ισορροπημένη διατροφή (8,27). Η ψυχοθεραπεία γνωστικού-συμπεριφορικού προσανατολισμού μπορεί να είναι βοηθητική, ιδιαίτερα όταν συνδυάζεται με σωματική άσκηση (28) καθώς και πιθανόν τα προγράμματα χειρομαλάξεων (massage), ο βελονισμός και τα ιαματικά λουτρά (29).

Η φαρμακευτική θεραπεία της ινομυαλγίας στηρίζεται στην πιθανή παθοφυσιολογία-παθογένεια του συνδρόμου, δηλαδή σε σκευάσματα, τα οποία ενισχύουν τη σεροτονινεργική νευροδιαβίβαση (εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης, SSRI'S), τη σεροτονινεργική και νοραδρενεργική νευροδιαβίβαση (τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης, SNRI'S) ή αναστέλλουν την αυξημένη γλουταμινική δραστηριότητα (αναστολείς των υπομονάδων α2δ των διαύλων ασβεστίου) (30,31). Οι παράγοντες, οι οποίοι έχουν επιδείξει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στην ανακούφιση των συμπτωμάτων πόνου στην ινομυαλγία είναι οι εξής: τα SNRI δουλοξετίνη και μιθρασιπράνη (32,33) και οι αναστολείς των υπομονάδων α2δ των διαύλων ασβεστίου Πρεγκαμπαλίνη (34,35) και Γκαμπαπεντίνη (36,37).

Παρακάτω παρατίθεται το ιστορικό μίας ασθενούς με σύνδρομο ινομυαλγίας με άτυπη κλινική συμπτωματολογία και σημειολογία.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Η ασθενής Δ.Μ., 32 ετών, άνεργη εμφάνισε προ τριετίας περίπου (συγκεκριμένα πριν από 32 μήνες) αιφνίδια εγκατάσταση, μετά από αναφερόμενο ψυχοπρωτογενές γεγονός, ημιυπαισθησίας με συνοδούς παραισθησίες (αιμωδίες) στο αριστερό ημιμόριο του σώματος, περιλαμβανομένου του ημίσεως του προσώπου, του σύστοιχου άνω και κάτω άκρου και του ημίσεως του κορμού. Επακολούθησε προοδευτική εγκατάσταση, εντός των επόμενων ημερών, άλγους, το οποίο εντοπιζόταν σε διάφορες μυϊκές ομάδες της ραχιαίας επιφάνειας του αριστερού ημίσεως του κορμού, χωρίς επέκταση προς το δεξιό ήμισυ, και στο αριστερό άνω

και κάτω άκρο. Επίσης εκδηλώθηκε αίσθημα ζάλης με συνοδό ναυτία, η οποία δεν εμφάνιζε περιστροφικό χαρακτήρα.

Έπειτα από βραχύχρονη νοσηλεία της ασθενούς, χωρίς ανεύρεση παθολογικών ευρημάτων από τις παρακλινικές εξετάσεις έχει εγκατασταθεί έκτοτε διαλείπον μυϊκό άλγος, το οποίο έχει χαρακτήρα σύσφιξης ή πίεσης στη ραχιαία επιφάνεια του αριστερού ημιμορίου του κορμού και στο σύστοιχο άνω και κάτω άκρο. Το άλγος επιδεινώνεται κατά τη σωματική κόπωση και ενίοτε καθίσταται ιδιαίτερα έντονο με συνέπεια να περιορίζει τη λειτουργικότητα της ασθενούς και να προκαλεί δυσχέρεια ως προς την έλευση του νυκτερινού ύπνου ή διάσπαση της συνέχειας αυτού. Το άλγος περιορίζεται χαρακτηριστικά στο αριστερό ημιμόριο του σώματος με διακοπή ακριβώς κατά τη μέση γραμμή. Ενίοτε παρατηρείται επέκταση του πόνου και στο αριστερό κάτω άκρο. Συνυπάρχουν, όπως αναφέρει η ασθενής, σημεία ευαισθησία κατά τη ψηλάφηση ή την πίεση. Οι αιμωδίες επίσης χαρακτηριστικά επιμένουν, ιδίως στο αριστερό ήμισυ του προσώπου και του τραχήλου.

Ταυτόχρονα με την παρουσία του πόνου, η ασθενής παρουσιάζει και τα εξής συμπτώματα, τα οποία έχουν διαλείποντα χαρακτήρα:

A) Χρόνιο, διάρκειας περίπου ενός έτους, υποτροπιάζον αίσθημα κόπωσης με συνοδό απουσία ξεκούρασης μετά το νυκτερινό ύπνο. Συχνά η παραμικρή προσπάθεια οδηγεί σε καταπόνηση και ανάγκη ξεκούρασης με συνοδό κλινοφιλία.

B) Διαταραχές ύπνου, κυρίως εξαιτίας του άλγους.

Γ) Επεισόδια ζάλης με αναφερομένη διαταραχή ισορροπίας και βάδισης.

Δ) Υποκειμενική αίσθηση μείωσης της μυϊκής ισχύος του αριστερού άνω και κάτω άκρου.

Ε) Αναφερόμενη διαταραχή συγκέντρωσης και έκπτωση της πρόσφατης μνήμης.

Η ασθενής έχει ιστορικό: α) μεγαλοβλαστικής αναιμίας προ δεκαετίας, το οποίο αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με ενδομυϊκή χορήγηση συμπλέγματος βιταμινών Β, β) διαβρωτικής γαστρίτιδας με θετικό ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού υπό θεραπεία εκρίζωσης και γ) συνδρόμου πολυκυκλικών ωοθηκών χωρίς αραιομηνόρροια.

Τα αρχικά συμπτώματα της υμιμπαισθησίας με συνοδούς παραισθησίες έγειραν τη υποψία πιθανής πολλαπλής σκλήρυνσης (MS), οπότε πραγματοποιήθηκε, κατά τη νοσηλεία της ασθενούς, μαγνητική τομογραφία (MRI) εγκεφάλου και αυχενικής μοίρας νωτιαίου μυελού (AMNM), η οποία δεν κατέδειξε παρουσία απομυελινωτικών εστιών, καθώς και οσφυονωτιαία παρακέντηση (ONΠ), η οποία δεν αποκάλυψε αύξηση της αναλογίας της γ-σφαιρίνης ή του δείκτη IgG (IgG index). Έκτοτε διενεργήθηκαν άλλες δύο MRI εγκεφάλου και μία MRI AMNM χωρίς ανεύρεση εστιών απομυελίνωσης. Επίσης η διενέργεια σωματοαισθητικών προκλητών δυναμικών και ταχυτήτων αγωγής καθώς και ηλεκτρομυογραφήματος (ΗΜΓ) στα άνω και κάτω

άκρα δεν κατέδειξε παθολογικά ευρήματα. Ο αιματολογικός (γενική αίματος, σίδηρος, φερριτίνη, σιδηροδεσμευτική ικανότητα TIBC, φυλλικό οξύ και βιταμίνη Β12) και βιοχημικός έλεγχος ήταν αρνητικός. Πραγματοποιήθηκε επίσης εργαστηριακή διερεύνηση για αυτοάνοσα (ΤΚΕ, CRP, ANA, AMA, ASMA, αντι-dsDNA, αντι-ssDNA, αντι-Sm, αντιφωσφολιπιδικά αντισώματα, ρευματοειδής παράγοντας, επίπεδα συμπληρώματος, ομοκυστεΐνη, HLA-B27) και λοιμώδη (HIV, VDRL, δείκτες ηπατίτιδας Β, C, ASTO) νοσήματα, καθώς και θυρεοειδικός έλεγχος, χωρίς την αποκάλυψη παθολογικών ευρημάτων.

Η ασθενής έλαβε κατά την πορεία της διαταραχής της, τα εξής σκευάσματα: α) τοπιραμάνη σε συνολική δόση 50 mg, χωρίς κλινική ανταπόκριση και β) γκαμπαπεντίνη σε συνολική δόση 900 mg με μερική ύφεση των συμπτωμάτων άλγους.

Κατά την αρχική εκτίμηση, η ασθενής ήταν αρκετά ανήσυχη σχετικά με τη διάγνωση και πρόγνωση της διαταραχής της, μια που μέχρι τότε, από την έναρξη δηλαδή των συμπτωμάτων της, είχε υποβληθεί σε πληθώρα παρακλινικών εξετάσεων, χωρίς την παρουσία παθολογικών ευρημάτων και την διατύπωση μίας «επίσημης» διάγνωσης.

Η νευρολογική εξέταση κατέδειξε κάποια μη κλινικά αξιολογούμενα σημεία, όπως αναφερόμενη μειωμένη επιπολής αισθητικότητα σε διάφορα μεταβαλλόμενα κατά την πορεία της εξέτασης σημεία του αριστερού ημιμορίου του σώματος, ενώ επίσης η μυϊκή ισχύς του αριστερού άνω και κάτω άκρου υπολειπόταν ελαφρά σε σχέση με τα δεξιά αντίστοιχα άκρα (σημειώνεται ότι η ασθενής είναι δεξιόχειρας). Η διερεύνηση για ευαισθησία σημεία («tender points») κατέδειξε πέντε (5) ευαισθησία στην πίεση σημεία, όλα εντοπιζόμενα αριστερά, στην τραχηλική και παρασπονδυλική χώρα. Έγινε αξιολόγηση του βαθμού βαρύτητας των συμπτωμάτων άλγους, δυσκαμψίας και κόπωσης με τη χρήση των εξής αυτοσυμπληρούμενων κλιμάκων: α) ερωτηματολόγιο επίπτωσης της ινομυαλγίας (fibromyalgia impact questionnaire, FIQ) (38) και β) κλίμακα βαρύτητας της κόπωσης (fatigue severity scale, FSS) (39). Κατά την αρχική εκτίμηση, η ασθενής σημείωσε υψηλές επιδόσεις στις δύο παραπάνω κλίμακες (64 και 50 αντίστοιχα), γεγονός, το οποίο αντικατοπτρίζει την αυξημένη βαρύτητα της διαταραχής της.

Από τη ψυχιατρική εξέταση δεν βρέθηκαν συμπτώματα, τα οποία να στοιχειοθετούν κάποια διαταραχή της διάθεσης ή κάποια αγχώδη διαταραχή. Λαμβάνοντας το ιστορικό της ασθενούς δεν φάνηκε επίσης να υπήρξε κάποια τέτοια διαταραχή στο παρελθόν. Τη ψυχιατρική κλινική εξέταση επιβεβαιώνει και η εκτίμηση με τις κλίμακες Hamilton Depression Scale – 17 item (HAMD-17) για τη διερεύνηση πιθανής κατάθλιψης και Hamilton Anxiety Scale (HAMA) για τον έλεγχο συνυπάρχουσας αγχώδους διαταραχής (40). Οι επιδόσεις της ασθενούς στις παραπάνω κλίμακες βρισκόταν εντός των φυσιολογικών ορίων (score: 6

και 5 αντίστοιχα). Διενεργήθηκε επίσης και η δοκιμασία Wechsler Memory Scale, form II (WMS-II) με στόχο τη διερεύνηση πιθανών μνημονικών διαταραχών, εξαιτίας των υποκειμενικών της ενοχλημάτων σχετικά με τη μνήμη και συγκέντρωση (41). Η ασθενής σημείωσε συνολική επίδοση 80,5 με κατώτερο φυσιολογικό όριο το 46,8, η οποία απέκλειε οποιαδήποτε υπόνοια μνημονικής έκπτωσης.

Θεραπευτικά, μετά τον καθορισμό και επεξήγηση της διάγνωσης, δόθηκαν αρχικά κάποιες βασικές κατευθυντήριες οδηγίες γνωστικού-συμπεριφορικού προσανατολισμού σχετικά με τη φύση, πορεία και πρόγνωση της διαταραχής. Δόθηκαν επίσης κάποιες πρακτικές συμβουλές, οι οποίες αφορούσαν την υγιεινή του ύπνου, την άσκηση και την ξεκούραση κατά τις περιόδους εξάρσεων των συμπτωμάτων. Χορηγήθηκε γκαμπαπεντίνη με προοδευτική αύξηση σε 1200 mg σε τρεις διηρημένες δόσεις και ζητήθηκε από την ασθενή να παρακολουθεί, σε συνεργασία με τον θεράποντα, την πορεία των συμπτωμάτων της, συμπληρώνοντας άπαξ μηνιαίως τις κλίμακες FIQ και FSS και τηρώντας καθημερινό ημερολόγιο πόνου.

Η επανεκτίμηση της ασθενούς μετά από τρεις μήνες από την έναρξη της θεραπείας κατέδειξε υποκειμενική βελτίωση κατά περίπου 50%, με μείωση των συμπτωμάτων πόνου, περιορισμό των περιόδων έντονης κόπωσης, ομαλοποίηση του ύπνου και βελτίωση της συνολικής λειτουργικότητας της. Η ασθενής σημείωσε επίσης στις κλίμακες FIQ και FSS τις εξής επιδόσεις: α) FIQ: 31, δηλαδή ποσοστό βελτίωσης: 51,5% και β) FSS: 29, δηλαδή ποσοστό βελτίωσης: 62%.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το σύνδρομο ινομυαλγίας είναι μία χρόνια, υποτροπιάζουσα διαταραχή, κύριο χαρακτηριστικό της οποίας αποτελεί το διαλείπον μυϊκό άλγος, το οποίο εντοπίζεται διάχυτα σε όλο το σώμα, συχνά σε συνδυασμό με την παρουσία ευαίσθητων στην πίεση σημείων (1,2). Η συνοσηρότητα του συνδρόμου με το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης και τη μείζονα κατάθλιψη είναι ιδιαίτερα υψηλή (8,12). Το σύνδρομο προσβάλλει το 2-4% του πληθυσμού και σε συντριπτική πλειονότητα γυναίκες μέσης ηλικίας (17). Η αιτιολογία αυτού είναι άγνωστη. Φαίνεται ότι πρόκειται για μία σύνθετη ψυχο-νευρο-ενδοκρino-ανοσολογική διαταραχή, στην οποία κεντρικό ρόλο διαδραματίζει η δυσλειτουργία όσον αφορά την κεντρική επεξεργασία αλγινών ερεθισμάτων.

Στην περίπτωση της παραπάνω ασθενούς παρατηρούνται ορισμένα από τα κύρια χαρακτηριστικά του συνδρόμου, όπως:

Α) Η εγκατάσταση του άλγους, το οποίο είναι διαλείπον και φέρει ινομυαλγικούς χαρακτήρες.

Β) Η παρουσία ευαίσθητων κατά την πίεση σημείων («tender points»).

Γ) Η συνύπαρξη χρόνιας κόπωσης. Η ασθενής ανέ-

φερε την εμφάνιση περιόδων έντονης, αδικαιολόγητης ως προς το βαθμό άσκησης ή καταπόνησης, κόπωσης, καθώς και κλινοφιλίας, με παραμονή στο κρεβάτι για τουλάχιστον δώδεκα ώρες ημερησίως. Ανέφερε επίσης ότι ο νυκτερινός ύπνος δεν επέφερε ξεκούραση.

Δ) Η υπαισθησία-παραίσθησιες.

Ε) Η εμφάνιση της υποκειμενικής αίσθησης έκπτωσης της πρόσφατης και εργαζόμενης μνήμης.

Η πορεία του συνδρόμου είναι χαρακτηριστική με εξάρσεις και υφέσεις, χωρίς να επιτευχθεί πλήρης αποδρομή των ενοχλημάτων για χρονικό διάστημα μεγαλύτερου του ενός μηνός. Η ασθενής επισκέφθηκε πολλούς ιατρούς, ποικίλων ειδικοτήτων και υπεβλήθη σε μεγάλο αριθμό παρακλινικών εξετάσεων, χωρίς την ανεύρεση παθολογικών ευρημάτων. Η επιμονή των συμπτωμάτων σε συνδυασμό με την απουσία «επίσημης» διάγνωσης επαύξανε τη δυσφορία και την ανησυχία της και πιθανόν οδήγούσε σε βαρύτερη υποκειμενική βίωση των συμπτωμάτων. Χαρακτηριστική ήταν η έκπτωση της λειτουργικότητας της σε βασικούς τομείς, όπως η εργασία, η αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου και οι διαπροσωπικές σχέσεις.

Εντούτοις, η κλινική εικόνα της ασθενούς παρουσιάζει κάποιες αξιοσημείωτες διαφοροποιήσεις-αποκλίσεις από το «συνήθη» τρόπο εκδήλωσης του συνδρόμου. Συγκεκριμένα:

Α) Χαρακτηριστική ήταν η εντόπιση του άλγους, το οποίο αφορούσε το αριστερό ημιμόριο της ραχιαίας επιφάνειας του κορμού και το αριστερό άνω και κάτω άκρο. Το άλγος σπάνια επεκτεινόταν στο δεξιό κάτω άκρο. Τα ευαίσθητα κατά την πίεση σημεία αφορούσαν επίσης την αριστερή τραχηλική και αριστερή παρασπονδυλική χώρα. Η υπαισθησία και οι αιμωδίες ακολουθούσαν το πρότυπο εντόπισης του άλγους. Η ασθενής παρουσίαζε αριστερή ημιυπαισθησία με συνοδούς αιμωδίες και με χαρακτηριστικό όριο τη μέση γραμμή της πρόσθιας και οπίσθιας επιφάνειας του κορμού.

Β) Η εγκατάσταση των συμπτωμάτων ήταν αιφνίδια σε αντίθεση με το σύνθετο πρότυπο βραδείας, προοδευτικής εμφάνισης.

Γ) Η νευροψυχολογική εκτίμηση με τη δοκιμασία WMS-II δεν επιβεβαίωσε την παρουσία μνημονικών διαταραχών στους διάφορους τύπους μνήμης. Η συνολική επίδοση της ασθενούς ήταν υψηλή (score: 80,5), ενώ αξιοσημείωτες ήταν οι επιδόσεις της στην υποδοκιμασία της άμεσης ανάκλησης-δοκιμασίας ψηφίων (άμεση ανάκληση: 8/8, αντίστροφη ανάκληση: 6/7). Βέβαια, με τη δοκιμασία WMS II γίνεται εκτίμηση λειτουργικών, όπως η μνήμη που αφορά λεκτικό και οπτικό υλικό, η ικανότητα εκμάθησης συγκεκριμένου και αφηρημένου περιεχόμενου πληροφοριών και η άμεση όσο και η καθυστερημένη ανάκληση. Εντούτοις, δεν είναι τόσο αποτελεσματική για την εκτίμηση άλλων γνωστικών παραμέτρων σε σχέση με άλλες νευροψυχολογικές δοκιμασίες, όπως η προσοχή και η εργαζόμενη μνήμη (Stroop, Winsconsin Card Sorting Test) (42,43).

Δ) Η απουσία συνύπαρξης ψυχικών διαταραχών, όπως διαπιστώθηκε από το ιστορικό, τη ψυχιατρική εξέταση και τις κλίμακες HAMD-17 και HAMA. Παρά τη σχετικά μακρόχρονη παρουσία του συνδρόμου, η ασθενής δεν εκδήλωσε συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης ή αγχώδους διαταραχής. Οι ανήσυχες σκέψεις της αφορούσαν αποκλειστικά τη διάγνωση, πορεία και πρόγνωση της διαταραχής της.

Ποια ερμηνεία θα μπορούσε να δοθεί για την αποκλειστική αριστερή εντόπιση των συμπτωμάτων της ασθενούς (πόνου και παραισθησίας); Είναι πιθανό να υποκρύπτεται κάποια δυσλειτουργία στην αισθητηριακή ολοκλήρωση των ερεθισμάτων, τα οποία αφορούν την επιπολής αισθητικότητα (αφή και πόνος) στην δεξιά πρωτογενή σωματοαισθητική περιοχή και συγκεκριμένα στα πεδία 3a και 3b κατά Brodmann, καθώς και στις συνδέσεις της περιοχής αυτής με το θάλαμο και τη δευτερογενή σωματοαισθητική περιοχή (πεδία 1,2,5 κατά Brodmann στο άνω βρεγματικό ηλόβιο). Είναι γνωστό ότι οι περισσότερες περιπτώσεις ημιπαλαισθησίας, η οποία αποδίδονται σε διαταραχή μετατροπής εκδηλώνονται στην αριστερή πλευρά του σώματος. Το γεγονός αυτό έχει αποδοθεί στην επικράτηση του δεξιού άνω βρεγματικού ηλόβου όσον αφορά την ερμηνεία των αισθητικών πληροφοριών, καθώς και στην αντίληψη του σωματικού εγώ (εικόνας του σώματος) (44,45,46). Η παραπάνω υπόθεση μπορεί να έχει κλινική σημασία όσον αφορά τη θεραπευτική στρατηγική. Εφόσον η δυσλειτουργία αφορά ανώτερες φλοιϊκές περιοχές επεξεργασίας των αισθητικών ερεθισμάτων, τότε εκτός από τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, (στην περίπτωση αυτή γκαμπαπεντίνης), τεχνικές γνωστικής συμπεριφορικής τροποποίησης της ερμηνείας των αληγινών ερεθισμάτων είναι πιθανό να διαδραματίσουν εξίσου σημαντικό θεραπευτικό ρόλο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Meltzer-Brody S., Golden R.N. Σύνδρομο Χρόνιου Άλγους και συνυπάρχουσες διαταραχές διάθεσης (μετάφραση: Καμπάση Ελισάβετ). Ιατρικός οδηγός για την κατάθλιψη και τις διπολικές διαταραχές. Mendor editions 2009, 17: 443-444.
- Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB et al. The American College of Rheumatology 1990. Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum.* 33 (2): 160-172.
- Victor M, Ropper A.H. Διαταραχές των μυών που χαρακτηρίζονται από κράμπες, πόνο και εντοπισμένες μάζες. *Adams and Victor's Νευρολογία III, Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης* 2004, 55: 1822-1823.
- Wolfe F. Stop using the American College criteria in the clinic. *J. Rheumatol.* 2003 30 (8): 1671-1672.
- Wolfe F. Fibromyalgia: the clinical syndrome. *Rheum Dis Clin North Am* 1988, 15 (1): 1-18.
- Schweinhardt P, Sauro KM, Bushnell MC. Fibromyalgia: a disorder of the brain?. *Neuroscientis* 2008, 14 (5): 415-421.
- Ιακωβίδης Α. Ψυχοκοινωνική θεώρηση του χρόνιου πόνου. *Σύναψις. Κείμενα για τον πόνο και την οδύνη* 2011, 23 (7): 18-22.
- Στεργίου Β, Γεωργιάδης Γ. Σύνδρομο Χρόνιας Κοπώσεως (ΣΧΚ). Οικογενειακός ιατρικός οδηγός, University Studio Press, Θεσ/νίκη 2004, 731-733.
- Eidelman D. Chronic fatigue syndrome – medical fact or artifact. *Med. Hypotheses* 2003, 60 (6): 840-842.
- Georgiades E, Behan WM, Kilduff LP, et.al. Chronic fatigue syndrome: new evidence for a central fatigue disorder. *Clin sci.* 2003, 105 (2): 213-218.
- Yurus M. Central Sensitivity Syndromes: a new paradigm and group nosology for fibromyalgia and overlapping conditions and the related issue of disease versus illness. *Seminars in Arthritis and Rheumatism* 2008, 37: 339-352.
- Raphael KG, Janal MN, Nayak S, et.al. Familial aggregation of depression in fibromyalgia: A community based test of alternate hypotheses. *Pain* 2004, 110 (1-2): 449-460.
- Buskila D, Cohen H. Comorbidity of fibromyalgia and psychiatric disorders. *Current pain and headache reports* 2007, 11: 333-338.
- Roy-Byrne P, Smith WR, Goldberg J, et.al. Post-traumatic stress disorder among patients with chronic pain and chronic fatigue. *Psychol. Med.* 2004, 34 (2): 363-368.
- Breder CD, Conway CM. Pain systems: Interface with the affective brain. *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry, ninth edition, volume I, Lippincott Williams and Wilkins* 2009, 1.21: 344.
- Henningsen P, Zimmermann T, Sattel H. Medically unexplained physical symptoms, anxiety and depression: a meta-analytic review. *Psychosom. Med.* 2003, 65 (4): 528-533.
- Bartels EM. Fibromyalgia, diagnosis and prevalence. Are gender differences explainable?. *Ugeskr Laeger* 2009, 171 (49): 3588-92.
- Αναγνώστου Ε. Η εντόπιση του πόνου. *Σύναψις. Κείμενα για τον πόνο και την οδύνη* 2011, 23 (7): 8-12.
- Γιγής Π, Παρασκευάς Γ. Νευροανατομία – κεντρικό νευρικό σύστημα. University Studio Press 1999: 66-68, 174, 440.
- Henningsen P, Derre C, Turp JC et.al. Functional somatic pain syndromes. Summary of their overlap and etiology. *Schmerz* 2004, 18 (2): 136-140.
- Millan MJ. Descending control of pain. *Prog. Neurobiol.* 2002, 66: 355-374.
- Julien R.M. Οπισοειδή Αναλγητικά (μετάφραση:

- Παπαδοπούλου Ζωή). Βασικές αρχές ψυχοφαρμακολογίας. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ Πασαλιδής Αθήνα 2003, 9: 283-319.
23. Urban M.O, Gebhart G.F. Central mechanisms of pain. *Medical Clinics of North America* 1999, 83: 585-596.
 24. Asbring P, Narvanen A.L. Ideal versus reality: physicians perspectives on patients with chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. *Soc Sci Med.* 2003, 57 (4): 711.
 25. Goldenberg DL. Multidisciplinary modalities in the treatment of fibromyalgia. *J Clin Psychiatry* 2008, 69: 30-34.
 26. Winfield J.B. Fibromyalgia. *Medscape reference* 2011.
 27. Turk DC, Okifuji A, Sinclair JD, et al. Differential responses by psychosocial subgroups of fibromyalgia syndrome patients to an interdisciplinary treatment. *Arthritis Care Res.* Oct 1998, 11(5):397-404
 28. Williams, DA. Psychological and behavioural therapies in fibromyalgia and related syndromes. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2003. 17 (4): 649-665
 29. Khoromi S, Moquin B, Megan J.M et.al. Συμπληρωματικές και εναλλακτικές προσεγγίσεις στη θεραπεία διαταραχών της διάθεσης. (μετάφραση: Καμπάση Ελισάβετ). Ιατρικός οδηγός για την κατάθλιψη και τις διπολικές διαταραχές. *Mendor editions* 2009, 18: 453-454.
 30. Silberstein S.D, Marmura M.J. *Essential Neuropharmacology-the prescriber's guide* (consultant editor: Stephen M. Stahl). Cambridge University Press 2010: 113-116, 142-144, 272-274.
 31. Καρλοβασίτου Α., Στεργίου Β. Επιδράσεις και ανεπιθύμητες ενέργειες των αντιεπιληπτικών από τη ψυχική σφαίρα. *Εγκέφαλος* 2009, 46: 35-39.
 32. Kelly J. Duloxetine shows efficacy in fibromyalgia with or without concurrent major depression. *Medscape* 2004.
 33. Choy EH, Mease PJ, Kajdasz DK et.al. Safety and tolerability of duloxetine in the treatment of patients with fibromyalgia: pooled analysis of data from five clinical trials. *Clin Rheumatol* 2009, 28 (9): 1035-1044.
 34. Moyer P. Pregabalin may relieve fibromyalgia pain. *Medscape* 2006.
 35. Lyseng-Williamson KA, Siddiqui MA. Pregabalin: a review of its use in fibromyalgia. *Drugs* 2008, 68 (15): 2205-2223.
 36. Arnold L.M., Goldenberg DL, Stanford SB et.al. Gabapentin in the treatment of fibromyalgia: a randomized, double-blind, placebo-controlled multicenter trial. *Arthritis Rheum.* 2007, 56: 1336-1344.
 37. Moore RA, Wiffen PJ, Derry S et.al. Gabapentin for chronic neuropathic pain and fibromyalgia in adults. *Cochrane data base of systematic reviews* 2011, issue 3.
 38. Bennett R. The fibromyalgia impact questionnaire (FIQ): a review of its development, current version, operating characteristics and uses. *Clin. Exp. Rheumatol* 2005, 23 (39): 154-162.
 39. Lam RW, Michalak EE, Swinson RP. Assessment scales in depression and anxiety. *Informa* 2007: 134.
 40. Hamilton M. The role of rating scales in Psychiatry. *Psychol. Med.* 1976, 6:347-349.
 41. Ivson D. Towards a Standardization of the Wechsler Memory Scale Form 2. *The Clinical Neurophysiologist* 1993; 7 (3), 268-280.
 42. Θεοτοκά Ι. Η νευροψυχολογική εκτίμηση στη νόσο του Alzheimer. *University Studio Press Θεσσαλονίκη (Γ' έκδοση)* 2002, 10: 301-345.
 43. Lovestone S, Gauthier S. Η αντιμετώπιση της άνοιας (μετάφραση: Σπανδώνη Π, Γιωτάκος Ο). *Εκδόσεις Βαγιονάκη Αθήνα* 2001: 73-158.
 44. Kandel ER, Schwartz JH, Jessell TM. Από τα νευρικά κύτταρα στη γνωστική λειτουργία. *Νευροεπιστήμη και συμπεριφορά* (μετάφραση: Καζήλαρης Χ, Καραμανλίδης Α, Παπαδόπουλος ΓΧ). *Πανεπιστημιακές εκδόσεις Κρήτης* 2000, 18: 339-364.
 45. Escobar JI. Somatoform disorders. *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry, ninth edition, volume I, Lippincott Williams and Wilkins* 2009, 15: 1927-1948.
 46. Kanaan RA, Craig TK, Wessely SC, David AS. Imaging repressed memories in motor conversion disorder. *Psychosom Med.* 2007, 69(2):202-205.