Pregledni rad
UDK 616.7-002.77-07/-08

FIBROMIALGIJA – KLINIČKE, DIJAGNOSTIČKE I TERAPIJSKE SMERNICE

Aleksandra Damjanović[1], Maja Ivković[2,3], Maja Pantović[3], Tanja Vučković[4], Aleksandar Damjanović[2,3]

[1]PharmaSwiss, Neuroscience Department, Beograd, Srbija
[2]Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija
[3]Klinika za psihijatriju KCS, Beograd, Srbija
[4]Zavod za rehabilitaciju "Zotović", Banja Luka

Apstrakt: Fibromialgija (FM) je hronično oboljenje koštano-mišićnog sistema koje karakterišu dugotrajni, široko rasprostranjeni bolovi, osetljivost na pritisak u određenim anatomskim tačkama mekih tkiva, poremećaj spavanja i raspoloženja, kao i izražena malaksalost i umor. Bolest se javlja 3 do 20 puta češće kod žena nego kod mučkaraca. Termin "fibromialgija" uveden je u kliničku praksu davne 1972, ali su tek 1990. godine objavljeni prvi klasifikacioni kriterijumi od strane Američkog udruženja reumatologa. Ne postoji klinički, laboratorijski ili drugi dijagnostički test koji je dovoljno specifičan za postavljanje dijagnoze FM. Dijagnoza se postavlja na osnovu detaljne anamneze, identifikacije bolnih tačaka, fizikalnog pregleda i isključenja drugih bolesti. Lečenje fibromialgije je multidisciplinarno, kombinacijom nefarmakološkog i farmakološkog lečenja. Lekovi koji se koriste u terapiji FM obuhvataju analgetike, antidepresive, antikonvulzive i hipnotike. Obuka bolesnika, kognitivno-bihejvioralna terapija, fizioterapija uz aerobni trening i hidroterapiju mogu, takođe, biti od koristi.

Ključne reči: *fibromialgija, dijagnoza, terapija*

Uvod

Fibromialgija (FM) je hronično oboljenje koštano-mišićnog sistema koje karakterišu dugotrajni, široko rasprostranjeni bolovi, osetljivost na pritisak u određenim anatomskim tačkama mekih tkiva, poremećaj sna i raspoloženja, kao i izražena malaksalost i umor. Bolest se javlja 3 do 20 puta češće kod žena nego kod mučkaraca [1]. Termin "fibromialgija" uveden je u kliničku praksu davne 1972, ali su tek 1990. godine objavljeni prvi klasifikacioni kriterijumi od strane Američkog udruženja reumatologa [2]. U opštoj populaciji najčešće se navodi prevalenca od 2-4%. Od svih pregledanih osoba u ordinaciji opšte prakse 6% su bolesnici sa FM [3], odnosno čak 10% ukoliko se posmatraju samo reumatološki centri. Faktori koji se povezuju sa FM su ženski pol (sa odnosom žene: muškarci od 3:1 do čak 20:1), srednje životno doba, niži socioekonomski status i niže obrazovanje, različiti vidovi onesposobljenosti, a nađeno je da se bolest češće javlja među razvedenim osobama [1]. FM se može javiti i kod dece i adolescenata [4-6], ali se dijagnoza obično postavlja između 20. i 50. godine života. Prevalencija raste sa godinama, tako da oko 8% osoba u populaciji do 80 godina ispunjava kriterijume Američkog udruženja reumatologa – American College of Rheumathology (ACR) za postavljanje ove dijagnoze [7]. Jedna trećina pacijenata zadovoljava kriterijume za major depresivni poremećaj, a česti su anksiozni poremećaji, nisko samopoštovanje i porodični problemi [8].

Etiologija i patogeneza

Etiologija i patogeneza FM su samo delimično poznate. Sve više dokaza ide u prilog postojanja nasledne sklonosti u nastanku ove bolesti - srodnici prve linije imaju 8 puta veću šansu za nastanak FM u poređenju sa opštom populacijom [9]. Nekoliko studija pokazalo je da su žalbe na bol češće kod osoba koje imaju pozitivnu porodičnu istoriju hroničnog bola [10]. Neki autori čak navode prisustvo gena za FM koji je povezan sa HLA regionom [11].

U objašnjenju patogeneze FM danas preovlađuje teorija "povećane centralne osetljivosti (senzitizacije)" koja podrazumeva poremećaj u obradi bolnih impulsa u kičmenoj moždini i gubitak regulacije bola u centralnom nervnom sistemu, što dovodi do pojačanja bola i kliničkog fenomena hiperalgezije [12]. Funkcionalna magnetna rezonanca pokazala je da je broj bolnih nadražaja potrebnih za započinjanje procesa njihove obrade u mozgu znatno manji kod bolesnika sa FM nego kod zdravih [13]. Povećano oslobađanje supstance P u zadnjim rogovima kičmene moždine može dovesti do centralne senzitizacije i aktivacije kičmenih glijalnih ćelija koje dalje mogu učestvovati u nastanku preosetljivosti na bol. Bolesnici sa FM imaju značajno više koncentracije supstance P u likvoru nego zdrave osobe [14].

Klasifikacioni kriterijumi

Američko udruženje reumatologa objavilo je 1990. godine klasifikacione kriterijume za FM (Tabela 1) [2]. Ovi kriterijumi su pre svega sastavljeni za epidemiološka i druga istraživanja, ali se koriste i za postavljanje dijagnoze FM sa specifičnošću od 88,4% i senzitivnošću od 81,1%. Pre pojave kriterijuma ACR, najčešće su bili korišćeni Yunus-ovi kriterijumi iz 1981. godine [15].

Tabela 1. Klasifikacioni kriterijumi za postavljanje dijagnoze FM prema Američkom udruženju reumatologa

1. Prisustvo široko rasprostranjenog bola
Definicija: bol je široko rasprostranjen ukoliko je prisutan u levoj i desnoj polovini tela, iznad i ispod struka. Bol u aksijalnom skeletu takođe mora biti prisutan (vratna kičma, prednji zid grudnog koša, grudna i slabinska kičma). Bol mora biti neprekidno prisutan tokom najmanje 3 meseca.
2. Bol na pritisak prstom* u 11 od 18 tačaka
Definicija: 1. Okcipitalno: obostrano na mestu pripoja subokcipitalnih mišića 2. Cervikalno: obostrano u nivou intertransferzalnih prostora na nivou C5-C7 sa prednje strane 3. Trapezijus: obostrano na sredini njegove gornje ivice 4. Supraspinatus: obostrano iznad skapule blizu srednje linije 5. Drugo rebro: obostrano na 2. kostohondralnom spoju 6. Spoljašnji epikondilus: obostrano, 2cm distalno od epikondila 7. Glutealno: obostrano u gornjem spoljašnjem kvadrantu 8. Veliki trohanter: obostrano sa zadnje strane trohantera 9. Kolena: obostrano sa unutrašnje strane, proksimalno od zglobne linije * Pritisak prstom treba da bude toliki da odgovara pritisku palcem do trenutka kada njegova nokatna ploča pobeli. Da bi neka tačka bila označena kao "osetljiva", ispitanik mora da navede da je pritisak bio bolan; "osetljiv" se ne smatra bolnim. Bolesnik ima FM ukoliko su oba kriterijuma zadovoljena. Prisustvo drugog oboljenja ne isključuje prisustvo ove dijagnoze.

Kriterijumi ACR iz 1990. godine insistiraju na generalizovanom bolu i bolu u 11 od 18 osetljivih tačaka – "tender points" (TP). U praksi se dijagnoza FM zasniva na preciznoj anamnezi oko identifikacije TP, fizikalnom pregledu i isključenju drugih bolesti. Odsustvo objektivnih znakova i specifične komplementarne dijagnoze čini subjektivne tegobe pacijenta osnovnim za dijagnozu. Sekundarna FM može se sresti uz reumatološke bolesti (reumatoidni artritis, osteoartritis, spondiloartropatije, lumbalni sindrom, sistemski eritemski lupus), psihijatrijske, vaskularne, endokrino-metaboličke, neurološke poremećaje i infektivne bolesti (Lajmska bolest, parvovirus, Ebstein Barr virus). U poslednje vreme i za FM postoji tendencija merenja i procene svih

kliničkih karakteristika, posebno u svetlu postojećih i novih metoda lečenja, kako farmakoloških, tako i nefarmakoloških. U kliničkoj praksi neophodni su dobro uzeta anamneza, procena bolnih tačaka i podataka koji treba da isključe bolesti u diferencijalnoj dijagnozi, kao i ispunjavanje kriterijuma ACR iz 1990. godine.

Razvijeni su različiti upitnici za procenu težine bolesti i efekata terapije. Upitnik uticaja fibromialgije – Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) procenjuje uticaj bolesti, funkciju i kvalitet života, ali se koristi samo u kliničkim studijama i specijalizovanim centrima [16].

Pod pokroviteljstvom Outcome Measures in Rheumatology Clinical Trials (OMERACT) osnovana je FMS grupa da bi formirala specifične kriterijume procene različitih domena FMS [17]. Ova grupa predložila je sledeće kriterijume za dijagnostiku i procenu stanja pacijenata: bolne tačke i njihova osetljivost na pritisak; osetljivost na druge modalitete bola (im injekcija hipertonog rastvora); psihički stres; poremećaji sna; kognitivne teškoće u pamćenju i koncentraciji; ukočenost i motorni poremećaji; zamor; biomarkeri u cerebrospinalnoj tečnosti kao što je supstanca P; funkcionalni neurološki poremećaji ili poremećeni procesi bola korišćenjem funkcionalne magnetne rezonanace i drugih metoda.

Bol

Vizuelna analogna skala (VAS) gradira intenzitet bola i treba rutinski da se koristi kod pacijenata obolelih od FM. Za istu svrhu u kliničkim studijama koriste se sofisticiraniji McGill upitnik bola, dnevnici bola ili elektronski „real time“ aparati. Brojanje osetljivih tačaka je neophodno da bi se ispunili ACR kriterijumi. Sve češće se predlaže merenje allodynia-e kao pouzdanije. Za procenu stimulisanog bola koriste se metode merenja koje nisu uslovljene psihološkim faktorima – nociceptivni reflex fleksije, senzorno evocirani potencijali i različiti funkcionalni “imaging” metodi (dobijaju se informacije o specifičnim regionima mozga za vreme percepcije bola) [16].

Zamor

Zamor je jedna od jezgrovnih karakteristika FM i njegova procena je vrlo značajna. Ima nekoliko upitnika i indeksa koji se koriste u ovu svrhu: Višedimenziona procena zamora – The Multidimensional Assessment of Fatigue (MAF), Višedimenzioni indeks zamora – Multidimensional, Fatigue Index (MFI), Funkcionalna procena lečenja hroničnih bolesti – Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) i Skala ozbiljnosti zamora – The Fatigue Severity Scale. Sve ove skale kliničke procene dobro numerički evaluiraju prisustvo i intenzitet zamora kod pacijenata sa FMS [16].

Spavanje

Kvalitet spavanja procenjuje se na 100 mm linearnoj skali od “nema problema sa spavanjem” do “spavanje je glavni problem”. Slične skale koriste se za evidentiranje broja buđenja i doživljaja umora tokom jutarnjeg buđenja [17].

Funkcionalnost i kvalitet života

Razvijeno je nekoliko upitnika koji kvantifikuju kvalitet života, mada je ovo teško zbog multidimenzionalnosti kategorije – fizička, socijalna, emocionalna, profesionalna i motivaciona. Pacijentova globalna procena promena – The Patient Global Impression of Change (PGIC), merena na skali sa 11 tačaka, dobro koreliše sa intenzitetom bola i efektima lečenje FMS. Ispitivanje medicinskog ishoda – The Medical Outcomes (MOS), Short Form – 36 (SF-36) procenjuju fizičko i mentalno funkcionisanje. Pored toga postoji i vrlo je upotrebljiva Međunarodna klasifikacija funkcionisanja, invalidnosti i zdravlja Radne grupe za reumatologiju Svetske zdravstvene organizacije – World Health Organization International Classification of Functioning, Disability and Health (WHO-ICF), rheumatology working group [18].

Klinička slika fibromialgije

Bolovi mogu biti difuzni, ali se predominantno sreću lokalizovani bolovi koji su otporni na medikamentno lečenje. Mišićni i zglobni bolovi su vrlo intenzivni i ne reaguju na nesteroidne antiinflamacijske lekove (NSAIL), a pojačavaju se hladnoćom, zamorom i stresom. Drugi funkcionalni simptomi mnogobrojni su i međusobno povezani. Radi se o poremećajima spavanja, zamoru, anksioznosti i depresiji, kognitivnim, digestivnim i vazomotornim poremećajima. Suprotno mnogobrojnim simptomima i funkcionalnim poremećajima, klinički pregled ukazuje na neporemećen koštani i zglobni integritet. Neurološki status je, takođe, normalan. Pregled jasno ukazuje na mnogobrojne TP sa povećanom osetljivošću na palpaciju, kutanom hiperemijom i mišićnim spazmom [16]. Bolesnici osećaju bol koji nema jasnu lokalizaciju, duboko u telu, u mišićima i kostima, sa obe strane tela. Loše spavanje im ne donosi odmor, pacijenti se bude bezvoljni i umorni. Udruženi simptomi fenomenološki se mogu manifestovati i u vidu tzv. "distress" klastera koji je udružen sa multifokalnim bolnim sindromom, a podrazumeva sledeće [19]: slabost, malaksalost, poremećaj spavanja, kognitivne disfunkcije, depresiju i anksioznost.

Mogući uzroci slabosti su poremećaji spavanja, depresija/anksioznost, bol, lekovi, poremećaj metabolizma na nivou mišića, hipotenzija neuralnog porekla, kao i centralni mehanizmi, npr. posredstvom povišenja nivoa citokina.

Od ostalih poremećaja evidentni su poremećaji spavanja i to u sledećoj formi: alfa-delta spavanje (prvi opisan objektivni indikator fibromialgije; poremećaj nije specifičan i ne javlja se kod svih pacijenata); redukcija sporo-talasnog spavanja (stadijumi 3-4) – takođe nije specifičan, niti univerzalan; "psihofiziološka" insomnija – poremećaj senzitivnosti na sredinske stimuluse [20].

Psihijatrijska fenomenologija i FM

Depresija i anksioznost nisu neophodni, niti dovoljni za postavljanje dijagnoze fibromialgije. Ipak, njihova prevalenca je viša nego u opštoj popu-

laciji pri čemu je unipolarna depresija među populacijom u tercijarnim ustanovama zastupljena sa 68% dok je prevalenca svih anksioznih poremećaja 35%. Trećina pacijenata sa FM zadovoljava kriterijume za major depresivni poremećaj. Ovo podrazumeva značajan psihijatrijski komorbiditet među pacijentima sa fibromijalgijom [21]. Polimorfizam u serotoninskim 5-HT2A receptorima, serotoninskom transporteru, dopamin-4 receptoru i katehol-ometil transferaza enzimu prisutni su u većoj frekvenci kod bolesnika sa FM, iako nije ustanovljena apsolutna povezanost. Ovaj polimorfizam ipak može uticati na metabolizam i /ili transport monoamina koji imaju ključnu ulogu u prenošenju senzitivnih signala, kao i u odgovoru na stres, odnosno etiopatogenezu afektivnih poremećaja [22]. Zanimljivo je, međutim, da antidepresiv dualnog dejstva, duloksetin, koji je registrovan od strane Uprave za hranu u lekove SAD – Food and Drug Administration (FDA) za tretman FM, postiže efekat na simptome FM koji je nezavistan od efekta na raspoloženje pacijenata, što sugeriše da analgetski i ostali pozitivni fenomeni delovanja duloksetina nisu posledica smanjenja depresije. Nekoliko studija pokazalo je da su žalbe na bol češće kod osoba koje imaju pozitivnu porodičnu istoriju hroničnog bola [23,24]. Emocionalni stres se često navodi kao faktor koji prethodi nastanku FM. Seksualno zlostavljanje u detinjstvu češće se opisuje kod ovih pacijenata a FM je znatno učestalija među razvedenim osobama [25]. Kognitivni poremećaji su vrlo česti u FM (poremećaji pažnje, memorije) [26].

Fibromialgija je poremećaj sa specifičnom kliničkom "mimikrijom" jer pri dijagnostici neurolozi vide hroničnu glavobolju, gastroenterolozi iritabilni kolon, otorinolaringolozi sindrom temporo-mandibularnog zgloba – temporo-mandibular join syndrome (TMJ), kardiolozi vide kostohondritis, reumatolozi fibromialgiju, a ginekolozi PMS.

Život sa dugotrajnim bolovima je veoma naporan, zahteva od pacijenta da nađe nove načine za izvršavanje svakodnevnih zadataka.Uspeh zavisi od nekoliko faktora: od strukture porodičnog i društvenog života, prisustva drugih bolesti, od težine fibromijalgije, od mogućnosti da ona utiče na radnu sposobnost itd.Većina pacijenata konačno nađe način za konsenzus aktivnosti i relaksacije. Neophodno je, međutim, da se iznađe način kako da se usaglase sledeći bihejvioralni modaliteti pacijenata sa FM: a) preterana aktivnost, b) preterana neaktivnost, c) prelaženje između a i b (ponašanje "sve ili ništa").

a) Preterana aktivnost

Posebno često se, nakon početka simptoma, dešava da pacijent pokuša da ignoriše bolove i da produži sa preteranom aktivnošću. To je trenutak kada je potrebno da "posluša svoje telo" i podesi aktivnosti prema tome kako se oseća. Zatim je potrebna pomoć i podrška da se odrede prioriteti, odrede granice i "da se kaže ne". To su krajnje stresne situacije u kojima može da pomogne kognitivno-bihejvioralna terapija (KBT).

b) Preterana neaktivnost

Moguće je da pacijent pređe u preteranu neaktivnost nakon preterane aktivnosti. To često zavisi od osećanja bespomoćnosti, očaja i besperspektivnosti. Bolovi mogu da potenciraju depresiju i anksioznost, a to su psihopatološki fenomeni koji zahtevaju tretman. Negativne misli samo potenciraju pojačanu percepciju bolova. Kod preterane neaktivnosti postoji rizik i od pojavljivanja preuveličanog straha od kretanja – to je circulus vitiosus koji samo produbljuje bolno stanje. Otuda je veoma važna kontinuirana aktivnost.

c) Ponašanje "sve ili ništa"

Većina ljudi smatra da ima periodične napade fibriomijalgije. Simptomi se razlikuju tokom vremena, čak iz dana u dan. Pacijenti se često ponašaju tako da rade vrlo malo tokom "loših" dana, a zatim pokušavaju da nadoknade propušteno tokom "dobrih" dana. Česte su perturbacije raspoloženja kada se pacijentu čini tokom "dobrih dana" da ima nade u izlečenje i očaja i depresije kada mora da podnosi "loše dane". Dugoročno gledano, to nije dobar coping i potencira afektivne varijacije kod pacijenata sa FM.

Lečenje FM

Pošto postoje mnoge nepoznanice u etiopatogenezi FM, lečenje ove bolesti i dalje je vrlo teško. Postoje farmakološki i nefarmakološki vidovi lečenja. Treba, pre svega, naglasiti da je njihova kombinacija neizbežna i najefikasnija.

Farmakološko lečenje

Farmakološko lečenje ima uticaja na bol, poremećaj spavanja, poremećaje raspoloženja i zamor. Efekti NSAIL su vrlo ograničeni – ibuprofen, naproxen i tenoksikam nisu pokazali značajnu efikasnost u poređenju sa placebom. Kortizonska terapija je neefikasna kod FM. Analgetici sami (tramadol) ili u kombinaciji sa paracetamolom pokazali su pozitivne efekte u kontroli bola i poboljšanju kvaliteta života. Čiste morfinske analgetike ne treba koristiti u lečenju FM [26].

Kliničke studije ukazuju na efikasnost pojedinih psihofarmaka u redukciji bola, popravljanju raspoloženja i regulaciji spavanja. Antidepresivi su najčešće korišćeni medikamenti u lečenju FM. Najstariji su triciklični antidepresivi – najkorišćeniji je amitriptilin, zbog sedativnog efekta. Međutim, jedina studija koja je pratila efikasnost triciklika duže od 12 nedelja nije uspela da dokaže značajno smanjenje bola u odnosu na placebo [27]. U novije vreme koriste se i selektivni inhibitori ponovnog preuzimanja serotonina (SSRI) – npr. fluoksetin, paroksetin, sertralin, kao i SNRI (venlafaksin, duloksetin). U junu 2008. duloksetin je postao drugi lek registrovan od strane FDA za tretman FM – efikasan je u tretmanu bola, zamora i poboljšanju opšteg zdravstvenog stanja u dozi od 60-120mg dnevno.

Antiepileptici poput gabapentina i pregabalina pokazali su se posebno efikasnim u tretmanu FM. U multicentričnoj, duplo-slepoj, placebom kontrolisanoj studiji efikasnosti pregabalina, primenjene su 3 doze (150, 300, i 450 mg/d) tokom 8-nedeljnog tretmana kod 529 pacijenta. U dozi od 450 mg/d, pregabalin je efikasnije redukovao bol, slabost i poremećaj spavanja u poređenju sa placebom [28]. Juna 2007. godine pregabalin je odobren od strane FDA, kao prvi lek specifično namenjen za terapiju FM.

Anksiolitici, posebno benzodiazepini koriste se u lečenju FM zato što pored osnovnog dejstva imaju i miorelaksantni efekat. Postoji rizik od zavisnosti i suprimiranja dubokog sna, pa ih treba restriktivno propisivati. Hipnotici se, takodje, primenjuju zato što loše spavanje uvećava nivo zamora i bola kod obolelih pacijenata. Miorelaksansi su kod pacijenata obolelih od FM pokazali poboljšanje u spavanju, smanjenju bolova i kvaliteta života. Daje se tizanidin, centralni-alfa2-adrenergični agonist koji se inače primenjuje u lečenju spasticiteta kod multiple skleroze i cerebrovaskularnih akcidenata. Ovaj lek redukuje nivoe supstance P u centralnom nervnom sistemu.

Nefarmakološko lečenje

Ima više argumenata za primenu ovog lečenja kod FM - mišićni spazam i poboljšanje opšteg stanja tokom fizičkog vežbanja. Masaža ima efekte u smislu relaksacije i smanjenja bolova, čime se poboljšava i depresija. Fizikalna terapija u vidu primene elektroterapije, infracrvenog svetla i ultrazvuka, ima analgetske efekte i povoljno deluje kod ovih pacijenata.

Aerobne fizičke vežbe popravljaju opšte fizičko stanje, kardiorespiratornu funkciju i samopouzdanje. Mada ne redukuju broj bolnih tačaka, uvećavaju prag za bol. Aerobne vežbe (hod, vožnja bicikla, ples) imaju pozitivan uticaj, a hidroterapija olakšava aerobne aktivnosti. Hod popravlja intenzitet bola i kvalitet života. Jačanje mišića je, takodje, dobro prihvaćen vid vežbe i povoljno deluje kod pacijenata obolelih od FM kao i istezanje mišića (stretching).

Kupke u termomineralnoj vodi imaju nekoliko prednosti – topla voda smanjuje bolove i mišićni spazam, prema Arhimedovom zakonu smanjuje opterećenje zglobova tokom vežbanja i omogućava pacijentu pokrete koje na suvom ne može da izvede.

Terapijska edukacija ima veliki značaj – dobijanje informacije o dijagnozi i terapeuta koji je odgovoran za tu vrstu patologije, dovodi do opuštanja pacijenta i značajnog poboljšanja. Podrška okoline i pokazivanje brige za pacijenta takođe doprinose poboljšanju. Relaksacija i primena kognitivno-bihevioralne terapije je od značaja u smislu smanjenja mišićnog spazma, bola i funkcionalnih efekata [29,30].

Analiza terapijskog odgovora

Uloženi su veliki napori da se definiše "razumna" promena u bolovima i da se naprave kriterijumi terapijskog odgovora za FMS. Farrar i saradnici su predložili da značajno poboljšanje označava smanjenje bola od

30% do 50%. Druga grupa istraživača predložila je da to bude kombinacija kriterijuma – bolovi, procena broja bolnih tačaka, funkcionisanje i kvalitet spavanja [31].

Zaključak

Mehanizam koji leži u osnovi FM još nije u potpunosti rasvetljen, a same kliničke i laboratorijske dijagnostičke procene nedovoljno su specifične za postavljanje dijagnoze FM. Prisustvo brojnih simptoma i funkcionalnih poremećaja kao što su poremećaji spavanja, zamor, anskioznost i major depresivni poremećaj, smanjuje kvalitet života i nivo funkcionalnosti pacijenata sa FM i podvlači važnost značajnog psihijatrijskog komorbiditeta u ovoj populaciji. Adekvatna i pravovremena, prventstveno psihofarmakološka, terapija nezaobilazna je u tretmanu FM. Istovremeno, savremene terapijske tendencije donose potrebu za detaljnijim sagledavanjem problema FM i psihijatrijskog komorbiditeta kada je ovo oboljenje u pitanju. Izvesno je da nam multifaktorijalnost sindroma fibromialgije, uz preklapanje niza simptoma izmedju "somatske i psihijatrijske" kazuistike, nameće nova istraživanja i uspostavljanje dimenzionalnog dijagnostičkog i terapijskog pristupa FM.

FIBROMYALGIA - CLINICAL, DIAGNOSTICAL AND THERAPEUTHICAL GUIDELINES

Aleksandra Damjanovic[1], Maja Ivkovic[2,3], Maja Pantovic[3], Tanja Vuckovic[4], Aleksandar Damjanovic[2,3]

[1]PharmaSwiss, Neuroscience Department, Belgrade, Serbia
[2] Belgrade University School of Medicine, Belgrade, Serbia
[3] Clinic of Psychiatry, Clinical Centre of Serbia, Belgrade, Serbia
[4]The Institute for Rehabilitation "Zotović", Banja Luka

Abstract: Fibromyalgia (FM) represents a chronic disorder of musculoskeletal system characterized by the long-lasting and widely distributed pain, the pressure sensitivity in certain anatomical regions rich in soft tissue, sleep and affective disorders, exhaustion and fatigue. The disorder is three to twenty times more frequent in women than men. Although the term "fibromyalgia" was made part of the everyday clinical practice in 1972, the first diagnostic criteria were established in 1990, by the American College of Rheumatology. There is no clinical, laboratory or any other diagnostic test or procedure specific for FM. The diagnosis is made at the basis of extensive anamnesis, identification of the painful body areas, physical examination and exclusion of other disorders. The therapeutical approach to FM should be multidimensional and should include the combination of non-pharmacological and pharmacological protocols. The pharmacological protocols include analgetics, antidepressants, anticonvulsants and hypnotics. Other strategies including the patient education, cognitive-behavioural therapy, physiotherapy, aerobic training and hydrotherapy which could also be of use in the management of FM.

Key words: *fibromyalgia, diagnosis, therapy*

Literatura

1. Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ, Hebert L. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. Arthritis Rheum. 1995;38(1):19-28.
2. 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.
3. Reilly P, Littlejohn G. Peripheral arthralgic presentation of fibrositis/fibromyalgia syndrome. J Rheumatol. 1992;19:281-3.
4. Yunus MB, Masi AT. Juvenile primary fibromyalgia syndrome. A clinical study of thirtythree patients and matched normal controls. Arthritis Rheum. 1985;28:138.
5. Clark P, Burgos-Vargas R, Medina-Palma C, Lavielle P, Marina FF. Prevalence of fibromyalgia in children: a clinical study of Mexican children. J Rheumatol. 1998;25:2009-14.
6. Eraso RM, Bradford NJ, Fontenot CN, Espinoza LR, Gedalia A. Fibromyalgia syndrome in young children: onset at age 10 years and younger. Clin Exp Rheumatol. 2007;25:639-44.
7. Wolfe F, Anderson J, Harkness D, Bennett RM, Caro XJ, Goldenberg DL, et al. A prospective, longitudinal, multicenter study of service utilization and costs in fibromyalgia. Arthritis Rheum. 1997;40:1560-70.
8. Jašović-Gašić M, Damjanović A. Fibromijaglija – klinički aspekti. Engrami (in press 2011).
9. Arnold LM, Hudson JI, Hess EV, Ware AE, Fritz DA, Auchenbach MB, et al. Family study of fibromyalgia. Arthritis Rheum. 2004;50(3):944-52.
10. Edwards PW, Zeichner A, Kuczmierczyk AR, Boczkowski J. Familial pain models: the relationship between family history of pain and current pain experience. Pain. 1985;21(4):379-84.
11. Yunus MB, Khan MA, Rawlings KK, Green JR, Olson JM, Shah S. Genetic linkage analysis of multicase families with fibromyalgia syndrome. J Rheumatol. 1999;26(2):408-12.
12. Bannett RM. Emerging concepts in the neurobiology of chronic pain: evidence of abnormal sensory processing in fibromyalgia. Mayo Clin Proc. 1999;74:385-98.
13. Gracely RH, Petzke F, Wolf JM, Clauw DJ. Functional magnetic resonance imaging evidence of augmented pain processing in fibromyalgia. Arthritis Rheum. 2002;46(5):1333-43.
14. Russell IJ, Orr MD, Littman B, Vipraio GA, Alboukrek D, Michalek JE, et al. Elevated cerebrospinal fluid levels of substance P in patients with the fibromyalgia syndrome. Arthritis Rheum. 1994;37(11):1593-601.

15. Yunus MB. Primary Fibromyalgia (Fibrositis): Clinical Study of 50 Patients with Matched Controls. Semin Arthritis Rheum. 1981; 11:151-71.
16. Dimić A. Fibromijalgija. Acta Rheum Belgrad. 2007;37(Suppl 1):30-6.
17. Wolfe F, Potter J. Fibromyalgia and work disability: Is fibromyalgia a disabling disorder? Rheum Dis Clin North Am. 1996; 22:369-91.
18. Walker JG, Littlejohn GO. Measuring quality of life in rheumatic conditions. Clin Rheumatol. 2007;26:671-3.
19. Nisenbaum R, Reyes M, Mawle AC, Reeves WC. Factor analysis of unexplained severe fatigue and interrelated symptoms: overlap with criteria for chronic fatigue syndrome. Am J Epidemiol. 1998;148(1):72-7.
20. Moldofsky H, Scarisbrick P, England R, Smythe H. Musculosketal symptoms and non-REM sleep disturbance in patients with "fibrositis syndrome" and healthy subjects. Psychosom Med. 1975;37(4):341-51.
21. Giesecke T, Gracely RH, Williams DA, Geisser ME, Petzke FW, Clauw DJ. The relationship between depression, clinical pain and experimental pain in chronic pain cohort. Arthritis Rheum. 2005; 52:1577-84.
22. Buskila D, Neumann L. Genetics of fibromyalgia. Curr Pain Headache Rep. 2005;9:313-15.
23. Sternbach RA. Survey of pain in the United States: the Nuprin Pain Report. Clin J Pain. 1986;2:49-53.
24. Lester N, Lefebvre JC, Keefe FJ. Pain in young adults: I. Relationship to gender and family pain history. Clin J Pain. 1994;10:282-89.
25. Walker EA, Keegan D, Gardner G, Sullivan M, Katon WJ, Bernstein D. Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: I. Psychiatric diagnoses and functional disability. Psychosom Med. 1997;59:565-71.
26. Damjanov N, Gavrilov N, Radunović G. Fibromialgija Acta Clinica. 2009;9:58-74.
27. Carette S, Bell MJ, Reynolds WJ, Haraoui B, McCain GA, Bykerk VP, et al. Comparison of amitriptyline, cyclobenzaprine and placebo in the treatment of fibromyalgia. A randomized, double-blind clinical trial. Arthritis Rheum. 1994;37:32-40.
28. Crofford LJ, Rowbotham MC, Mease PJ, Russell IJ, Dworkin RH. Pregabalin for the treatment of fibromyalgia syndrome: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Arthritis Rheum. 2005;52:1264-73.
29. Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L. Management of fibromyalgia syndrome. JAMA. 2004;292:2388-95.

30. Busch A, Schachter CL, Peloso PM, Bombardier C. Exercise for treating fi bromyalgia syndrome. Cochrane Database Syst Rev. 2002;3:CD003786.
31. Farrar R, Brammah T, Lunt M, Urwin M, Allison T, Symmons D. Prevalence and predictors of intense, chronic, and disabling neck and back pain in the UK general population. Spine. 2003;28:1195-202.

Dr Aleksandra DAMJANOVIĆ, PharmaSwiss, Neuroscience Department, Beograd, Srbija

Aleksandra DAMJANOVIC, MD, PhD*,* PharmaSwiss, Neuroscience Department, Belgrade, Serbia

E-mail: aleksandra.damjanovic@pharmaswiss.com