

FIBROMIALGIA PRIMARĂ JUVENILĂ

Prof. Dr. V. Popescu

*Clinica de Pediatrie și Neurologie pediatrică,
Spitalul Clinic de copii „Dr. Victor Gomoiu“, București*

Fibromialgia primară juvenilă este un sindrom descris mai recent în cadrul durerilor musculo-scheletice ale copilului.

Este întâlnită la aproximativ 25-40% din copiii cu dureri cronice care îndeplinesc criteriile de diagnostic ale acestui sindrom. Se caracterizează prin dureri extinse, persistente, tulburări de somn, oboseală și prezența a multiple puncte/zone sensibile/dureroase la examenul fizic.

Fibromialgia primară juvenilă este „frustrantă“ atât pentru pacienți cât și pentru medicii curanți, deoarece copiii se prezintă frecvent cu dureri intense subiective, în ciuda unor manifestări clinice obiective rare, constatate la examenul fizic standard și la investigarea paraclinică *screening*.

Există date epidemiologice limitate privind prevalența acestei entități la copil. Afecțiunea a fost descrisă de Yunus și Ma si (1985) care au fixat criteriile de diagnostic pe baza studierii a 33 de copii care prezentau dureri persistente musculo-scheletice și tulburări ale somnului.

Prevalența fibromialgiei primare juvenile a fost estimată la 6% din copiii școlari, la care s-au utilizat criteriile de diagnostic folosite la adulți de Colegiul American de Reumatologie (Buskila și colab, 1993; Wolfe și colab, 1990).

Această entitate este diagnosticată cel mai frecvent la fete în perioada prepubertară sau la adolescență; media de vârstă a debutului fiind de 13 ani (Malleon și colab, 1992; Yunus și Masi, 1985; Kimura, 2000). Simptomele pot debuta și la o vârstă mai precoce și pot apărea și la tineri de sex masculin (Kimura, 2000). Majoritatea copiilor cu fibromialgie primară juvenilă aparțin rasei albe (Anthony și colab, 2005).

Deoarece criteriile ACR (Colegiul American de Reumatologie) nu au fost încă validate la copil (Reid și colab, 1997), singurele semne/simptome ferme pentru diagnostic sunt cele fixate de Yunus și Masi (1985) (tabelul 1).

Criteriile lui Yunus și Masi (1985) includ prezența durerilor musculo-scheletice difuze în cel puțin 3 arii/zone ale corpului care persistă cel puțin 3 luni, în

Tabelul 1

Criterii pentru diagnosticul fibromialgiei primare juvenile

- **Dureri musculo-scheletice extinse pe o perioadă \geq 3 luni în absența unei boli de bază și cu date de laborator normale**
plus
- Cinci sau mai multe dintre următoarele puncte sensibile/dureroase, bine definite:
 - Inserția mușchilor regiunii cervicale pe occiput
 - Marginea superioară a trapezului → porțiunea medie
 - Locul de fixare a mușchiului pe marginea medială superioară a scapulei
 - Aspectul în porțiunea anterioară a spațiilor dintre apofizele transverse ale vertebrelor C₅, C₇
 - Spațiul intercostal 2 la aproximativ 3 cm lateral de marginea sternului
 - Locul de fixare a mușchiului pe epicondilul lateral, la 2 cm sub proeminența osoasă
 - Cadranul supero-extern al mușchilor fesieri
 - Locul de fixare a mușchiului exact pe marele trohanter, posterior
 - Stratul de grăsime medial al genunchiului, proximal de linia articulară
- *plus*
- Trei dintre următoarele 10 criterii minore:
 - Oboseală
 - Tulburări de somn
 - Anxietate/stare de tensiune cronică
 - Cefalee cronică
 - Sindrom de intestin iritabil
 - Senzație subiectivă de tumefacție a țesuturilor moi
 - Parestezii ale extremităților
 - Dureri modulate de stress sau anxietate
 - Dureri modulate de starea vremii
 - Dureri modulate de activitatea fizică

absența unei cauze evidente de bază. Rezultatele testelor de laborator sunt normale, examenul fizic evidențiază cel puțin 5 din cele 9 puncte sensibile/dureroase bine definite. În cursul examenului fizic, pacienții cu fibromialgie primară juvenilă prezintă „comportamente” particulare traduse prin rare dureri și mișcări efectuate cu nu prea multă dificultate (Sherry și colab, 1991), pe care însă ei le descriu ca dureri intense și „mizerabile”, „insuportabile” (Schanberg și colab, 1996). Criteriile lui Yunus și Masi (1985) cuprind, de asemenea, și prezența a 3 din 10 criterii minore pentru stabilirea diagnosticului. Acestea includ: tulburările de somn (100%), oboseala (91%), anxietate sau stare de tensiune cronică (56%), cefalee cronică (54%), senzația subiectivă de tumefacție a țesuturilor moi (61%) și dureri modulate de activitatea fizică, starea vremii, anxietate sau *stress*.

Există o suprapunere considerabilă între simptomele ce însoțesc fibromialgia primară juvenilă și simptomele asociate cu alte tulburări funcționale: colonul iritabil, migrena, durerile la nivelul articulației temporo-mandibulare, sindromul durerii mio-fasciale, sindromul premenstrual, indispoziția psihică și anxietatea, sindromul de oboseală cronică (Bell D și colab, 1994). Toate aceste „tulburări” pot fi, într-adevăr, o parte a unui larg spectru de sindroame înrudite (Winfield, 1999; Beau și colab, 1999).

Ca și adulții, copiii cu fibromialgie primară juvenilă prezintă dureri semnificative și o incapacitate/disabilitate importantă (Granges și colab, 1994; Ledingham și colab, 1993). În plus, studii longitudinale efectuate în centre academice au raportat că pacienții cu fibromialgie primară juvenilă continuă să prezinte dureri persistente și alte simptome mulți ani după stabilirea diagnosticului (Yunus și Masi, 1985; Rabinovich și colab, 1990; Siegel și colab, 1998). Unii autori sugerează o evoluție pe termen lung mai bună (Buskila și colab, 1993; 1995; Mikkelsen, 1999). Se acceptă, în general, însă, că fibromialgia primară juvenilă are o evoluție cronică, având efecte dăunătoare asupra stării de sănătate a copilului și dezvoltării sale psihosociale.

Deși cauza precisă a fibromialgiei juvenile este necunoscută se consideră că această entitate este legată de factori biologici și psihologici compatibili cu modelul biopsihosocial al durerii.

Fibromialgia juvenilă pare să fie o anomalie a procesului dureros caracterizat prin tulburarea somnului fiziologic, accentuarea percepției durerii cu niveluri anormale ale substanței P în LCR, tulburarea dispoziției psihice și dereglarea hipotalamo-hipofizo-suprarenală și a altor axe neuroendocrine (Simms, 1996; Hashikar-Zuck și colab, 2000). În plus, o serie de anomalii fiziologice au fost demonstrate atât la copiii cât și la adulții cu fibromialgie.

Astfel, copiii cu fibromialgie primară juvenilă au un prag al durerii scăzut și o sensibilitate dureroasă mai mare decât copiii sănătoși sau copiii cu artrită cronică (Reid și colab, 1997; Conte și colab, 2003).

Menținerea simptomelor în fibromialgia primară juvenilă este perpetuată de o varietate de factori fizici și psihologici. Copiii cu fibromialgie se găsesc adesea în cadrul unui ciclu vicios al durerii prin care simptomele se construiesc unele din altele și contribuie la debutul și întreținerea noilor simptome (figura 1).

Factorii foarte probabili incluși în ciclul vicios includ oboseala, somnul mediocru, *stressul*, anxietatea, inactivitatea, indispoziția, depresia psihică.

Majoritatea copiilor cu fibromialgie primară juvenilă prezintă tulburări de somn și tulburări psihologice care contribuie la nivelul de disabilitate funcțională. Într-o serie de studii se notează asocierea la fibromialgia juvenilă a unei oboșeli generale în 91% din cazuri și a unui somn mediocru în 67% din cazuri. În ultimile studii la copiii cu fibromialgie juvenilă se evidențiază o frecvență mai crescută a tulburărilor de somn decât la copiii cu artrită cronică, în acest cadru incluzându-se creșterea latenței somnului, o scădere marcată a eficienței somnului, o creștere a „trezirilor din somn”, o mai mare frecvență pe EEG a undelor lente de somn și a unei accenturări a oboșelii dimineața (Reid și colab, 1997; Roizenblatt și colab, 1997; Tayag-Kier și colab, 2000). Tulburările psiho-sociale notate în fibromialgia primară juvenilă includ depresia și anxietatea. Anxietatea și depresia majoră la copiii cu fibromialgie atinge 50% (Vandvik și colab, 1994).

De altfel, la mulți copii anxietatea și *stress*-ul joacă un rol semnificativ în modularea durerii (Yunus și Masi, 1985).

O serie de studii demonstrează agregarea familială a fibromialgiei juvenile. Părinții copiilor cu fibromialgie juvenilă prezintă afecțiuni ce includ boala reumatică și dureri cronice cum ar fi durerile lombo-sacrate, du-

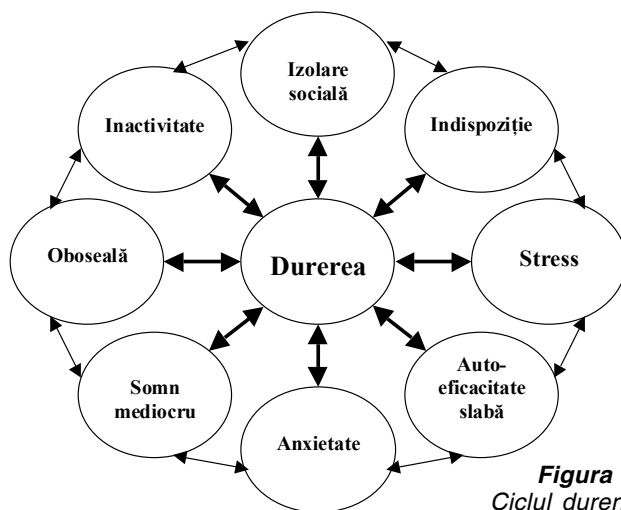


Figura 1
Ciclul durerii

rerile de șold sau umeri și cefaleea migrenoasă (Roizemblatt și colab, 1997; Schanberg și colab, 1998). Prezența fibromialgiei și a altor dureri cronice în familiile copiilor cu fibromialgie primară juvenilă pot indica o legătură genetică sau biologică în dezvoltarea fibromialgiei juvenile; cu toate acestea poate sugera și o influență puternică a mediului sau a ambelor (genetică și mediu).

În prezent, nu există studii sistematice, bine controlate ale terapiei fibromialgiei juvenile. Tratamentul curent și managementul fibromialgiei juvenile este cel utilizat în fibromialgia adultului, cu modificările legate de vârstă, nivelul de dezvoltare și mediul social (Kimura, 2000).

Scopul major al terapiei este restaurarea funcției motorii și alinarea durerii. Strategiile terapeutice includ intervențiile farmacologice, intervențiile bazate pe exercițiile fizice și intervențiile psihologice.

Terapia medicamentoasă include: *medicația anti-inflamatorie nonsteroidiană, antidepresoarele triciclice, inhibitorii specifici ai recaptării serotoninei – SSRIs (specific serotonin reuptake inhibitors) și relaxantele musculare*. Din nefericire, terapia medicamentoasă nu s-a soldat cu succes. În literatura privind fibromialgia la adult, studiile au evidențiat că terapia medicamentoasă a fost utilizată cu rezultate nule sau cu beneficii modeste. La copii, un studiu pe 15 cazuri

cu fibromialgie juvenilă, a demonstrat că terapia cu antiinflamatoare nonsteroidiene nu a produs nici o ameliorare a simptomelor (Romano, 1991). Într-un alt studiu la adolescenți și adulți cu fibromialgie, combinația de antiinflamatoare nonsteroidiene cu antidepresoare triciclice a fost benefică (Siegel și colab, 1998).

Terapia comportamentală cognitivă s-a demonstrat efecace la adulții și copiii cu fibromialgie (Rossy și colab, 1992; Sandstrom și colab, 1999; Walco și colab, 1992) și la pacienții cu multiple alte cauze de durere.

Terapia fizică și exercițiile aerobice pot fi utile în promovarea funcțională la copiii cu fibromialgie (Kimura, 2000).

Măsurile privind igiena somnului sunt utile la copiii cu fibromialgie juvenilă care, frecvent, prezintă tulburări ale ciclului somnului, treziri repetate din somn noaptea și „ațipiri“ frecvente în cursul zilei (în special la copiii obezi). Ameliorarea igienei somnului și creșterea activității aerobice, combinate cu doze mici de antidepresoare triciclice (amitriptilină sau nortriptilină în doze de 10 mg) pot fi efecace în tratamentul anomaliilor somnului.

Alte modalități de tratament în fibromialgia juvenilă includ forme de terapie alternativă cum ar fi acupunctura, masajul și terapia cu plante medicinale (Kimura 2000).

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

Anthony KK et al – Fibromyalgia in children. In: Pediatric Pain Syndromes and Management of Pain in Children and Adolescents with Rheumatic Disease, *Pediatr Clin N Am*, 2005, vol. 52, nr. 2, 623-628.