

Fibromyalgie a duševní poruchy

MUDr. Jiří Jeřábek

2. léčebné oddělení RÚ Kladruby, Rehabilitační ústav Kladruby u Vlašimi

Článek podává stručný přehled symptomatologie a patofyziologie fibromyalgie (FM). Popisuje vlastní zkušenosti s kontaktem s těmito nemocnými a navrhuje možnosti intervence z pohledu psychiatra.

Klíčová slova: fibromyalgie, psychická alterace, intervence psychiatrická.

Fibromyalgia and mental disorders

The paper gives a concise symptomatology and pathophysiology overview of fibromyalgia. Personal experience with contact with such patients is described and the intervention from psychiatric viewpoint is suggested.

Key words: fibromyalgia, psychic alteration, psychiatric intervention.

Psychiatr. praxi 2011; 12(2): 72–73

Definice

Fibromyalgie (FM) je považována za revmatické nezánnětlivé onemocnění, kde vedoucím symptomem je trvalá bolest ve všech čtyřech kvadrantech těla trvající nejméně 3 měsíce (1, 2). Kromě toho musí být bolestivých nejméně jedenáct ze stanovených osmnácti bodů na tlak silou čtyř kilopondů. Tyto body jsou symetrické:

1. úpony šíjových svalů na os occipitale
2. střed horní hrany m. trapezius
3. střed m. supraspinatus
4. střed horního gluteálního kvadrantu
5. projekce trochanter major
6. cca 1 cm nad úponem m. sternocleidomastoideus
7. 2. mezižebří
8. cca 1 cm distálně od úponů extenzorů na laterální epikondyl humeru
9. cca 1 cm proximálně od kolena na vastus medialis

Kromě základního symptomu – bolesti – jsou zhusta přítomny i další projevy. Jde především o zvýšenou únavnost, deprese, anxiózy, prudké změny nálady a chování, poruchy krátkodobé paměti, nerozhodnost, spánek nepřínášející načerpání nových sil, bolesti hlavy migrenózního a tenzního charakteru, fofobie, citlivost na hluk a zejména vysoké tóny, periartikulární prchavé otoky, občasné bolesti kloubů, ranní ztuhlost kloubů a páteře, citlivost na chlad, průvan a změnu počasí, dráždivý tračník, vezikouretrální syndrom, vulvodynie, poruchy polykání, závratě, hučení v uších, neklidné nohy – klonické křeče lýtek.

Samy pacientky svůj stav přirovnávají k obtížím svých matek nebo babiček, ale jsou zmateny tím, že jim je o 30–40 let méně. Obdobně lze symptomy FM přirovnat k akutní fázi virózy s bolestmi svalů a kloubů, fofobií, snahou se uklidit někde do kouta, nevidět, neslyšet.

Je velmi zajímavé vyslechnout rodinné příslušníky nemocných. Dozvídáme se, že nemocná/ý si sice stěžuje na paralyzující bolesti, ale na druhé straně je schopna/en během dopoledne přestavět nábytek v celém bytě. Dále pak jde o osobnosti s přehnaným smyslem pro pořádek – myjí to, co je čisté, a úprava oděvů ve skříních a prádelnicích by obstála před seržantem jakékoliv armády světa.

Jde o velmi symptomatologicky bohaté onemocnění, kde vedoucím a nutným příznakem je chronická difúzní bolest s řadou dalších příznaků, které mohou a nemusí být přítomny všechny. Proto se doporučuje používat spíše termín fibromyalgický syndrom (dále jen FMS).

Výskyt FMS není závislý na rase, vzdělání, sociální příslušnosti ani na místě pobytu. Je však daleko častější u žen – 4–7: 1 v porovnání s muži. Nejvyšší prevalence je u žen v rozmezí 45–55 let, kde činí až 10 % populace. Je pozoruhodné, že od doby stanovení kritérií FMS v roce 1990 stoupl odhad z 2 % celkové populace na dnešních uznávaných 6 %, leč zdá se, že správnější odhad je spíše 10 %. Jde tedy o onemocnění společensky závažné, které v USA stojí více než 10 miliard dolarů ročně v léčbě a ztráty v produktivitě práce činí další 2 miliardy dolarů.

Příčina FMS je dosud neznámá, nicméně se ukazuje, že se vyvíjí u 30 % žen po autonehodě, kde došlo k prudkému pohybu hlavy vpřed a zpět (whiplash), kdy vždy dojde k poranění alespoň perivertebrálních měkkých tkání. Dalším relativně častým anamnestickým nálezem je prodělané těžší virové onemocnění, které do FMS přejde. U žen trpících Bechtěrevovou nemocí je výskyt FMS v 50 %, u ostatních revmatických onemocnění tento údaj chybí. Vzhledem k věku nemocných se vždy najde nějaká porucha pohybového aparátu, pravidlem je alespoň funkční postižení

krční páteře. U mladých pacientů/ek se ve většině případů zjistí prožití akutní psychicky náročné situace – např. rozvod rodičů, rozpad vztahu, psychické přetížení ve škole či zaměstnání apod., nicméně i zde jsou překvapivě časté patologické nálezy na krční páteři, což je patrně dáno dnešním stylem života.

Další skupinu tvoří pacientky po prodělaném větším gynekologickém výkonu, zejména po hysterektomii, a konečně nemocné/í po úrazech s frakturami osového skeletu – pánce či páteře. V ojedinělých případech dojde k velmi rychlému rozvoji FMS v případech razantního snížení krevního tlaku při léčbě hypertenze. Genetický vztah se prokázal u jednovaječných dvojčat, ale i v rodinném výskytu (3). Je však zřejmé, že se dědí nikoliv onemocnění jako takové, ale dispozice k němu. Uvádí se i možná souvislost s chronickými infekcemi nemocemi – boreliózou, infekcí *Chlamydia pneumoniae*, aktivací herpetických virů apod.

Důležitým dějem při rozvoji chronické bolesti je „wind up“, zcitlivění míšních nervových aferentních vláken (4). Je dáno zvýšenou tvorbou bolestivých mediátorů na synaptickém přechodu – zejména substance P a CGRP (calcitonin gene related peptide), které dráždí nejen typicky bolest vedoucí vlákna Aδ a C, ale i vlákna pro vedení všech druhů impulzů. Stoupající frekvence nervových impulzů na těchto vláknech se ve vyšších etážích CNS dešifruje jako bolest. Je třeba brát v úvahu i vzájemné propojení neuronů. Toto uspořádání je patrně dáno geneticky a do jisté míry vysvětluje, proč u někoho dojde a u jiného nedojde k rozvoji chronické bolesti.

Diferenciální diagnostika zpravidla nečiní potíží, protože kritéria jsou jasně stanovena. Nicméně je třeba nenechat se svést relativní pohodlností diagnózy a pátrat po závažných onemocněních, která se vyznačují povšechnou chronickou bolestí, jako je např. hypotyreóza –

časté souběžné onemocnění, chronická otrava sloučeninami olova a rtuti, lupus, deficit vitamínu B₁₂ – dosti častý a zapomínaný, lymeská borelióza, chlamydiová nebo mykoplazmová infekce, chronická hepatitis C, syndrom chronické únavy – není vzácná kombinace, myofasciální syndrom – ne neobvyklý souběžný nálezn.

Běžná **laboratorní a radiodiagnostická vyšetření** nepřinášejí žádné specifické údaje, na rtg se nacházejí zpravidla povšechné degenerativní změny pohybového aparátu, které však nevysvětlují tíži a trvání stesků. V laboratorních výsledcích se objevují hraniční nebo mírně podlimitní hodnoty např. hematokritu, koncentrací hormonů štítné žlázy, kteréžto se leckdy při kontrolním vyšetření normalizují i bez léčby.

Z neběžných vyšetření se popisují poruchy kapilár v nehtovém lůžku, snížený průtok kmenem mozkovým i hypotalamem, zvýšená aktivita mozku zejména v oblasti pravé insuly, kde také byly nalezeny vyšší koncentrace glutamátu, v likvoru zvýšené koncentrace substance P a snížené hladiny serotoninu a noradrenalinu – neurotransmiterů center řízení bolesti v oblongátě a kmeni. Je zjištěna hypotenze při zvýšeném tonu sympatiku, výrazně vyšší koncentrace produktů peroxidace lipidů buněčných membrán v plazmě, mírně zvýšené koncentrace IL2 a IL6. Konečně byly zjištěny i podlimitní koncentrace tryptofanu a tyrozinu (prekurzory serotoninu a noradrenalinu) v plazmě nemocných FMS.

Klinickým sledováním bylo zjištěno, že FMS se vyskytovala u 25 % nemocných trpících anemií z nedostatku železa (5) a u 9 z 10 osob trpících thalasiemií (6).

Z léčebných **nefarmakologických intervencí** se nejvíce osvědčila lázeňská léčba, pobyt v hyperbarické komoře a klasické masáže. Velmi často uváděná zlepšení po aerobním tréninku jsou dle mého soudu poněkud nadnesená, protože pacientka s FMS se sotva pohybuje a rozhodně není schopná aerobního tréninku.

Ze zpráv jak na internetu, tak i z rozhovorů s pacientkami vyplývá, že nejlepší metodou první pomoci při záchvatu FMS je horizontální poloha s elevovanými dolními končetinami (autotransfúze).

Analýzujeme-li výše uvedené, vyplývá celkem jednoduchá úvaha o možné ischemii v oblasti vertebrobasilárního povodí. Zde se totiž nacházejí centra řízení bolesti v oblongátě a mezencefalu, kde se tvoří i serotonin a noradrenalin. Nutno si uvědomit, že z a. vertebrales se odvětvují obě aa. spinales posteriores, vyživující zadní rohy míšní a v nich zóny řízení bolestivých impulzů z periferie. Aa. spinales posteriores nemají

anastomózy a jsou umístěny na povrchu míchy, takže jsou velmi vulnerabilní.

Je třeba samozřejmě zajistit jednak přísun příslušných prekurzorů v dietě, jejich vstřebání a dopravení na místo určení. Dále pak i příslušné energetické zdroje, aby se neurotransmitery vůbec mohly tvořit. Z tohoto velmi stručného přehledu vyplývá, že FMS není onemocněním revmatickým, ale primárně neurologickým se základem v chronické ischemii vertebrobasilárního povodí s dopadem i na tvorbu neurotransmiterů. Na základě těchto jednoduchých úvah byla vypracována taktika fyziotrické léčby, která tvoří základ úspěšné léčby FMS v RÚ Kladruby.

Léčba farmakologická je dosti komplexní, velmi dobrý přehled podává článek (7) a kurz (8). Nutno však dodat, že farmakoterapie přináší jen 30% zlepšení ve škále bolesti u 50% nemocných. Proti tomu rehabilitační komplexní léčba je daleko účinnější, sice dlouhodobější, ale také s efektem v průměru 1 rok a bez negativních vedlejších účinků.

Nicméně, díky stále ještě existující nízké informovanosti o FMS nemocní velmi často končí buď v psychiatrické ambulanci, nebo rovnou v léčebně. Když např. pacientka dojde ke svému obvodnímu lékaři, ten ji vyslechne, vyšetří, předepíše většinou antirevmatika, hypnotika, trankvilizéry. Z laboratorie ani z rtg nálezu nevyjde nic pozoruhodného. Pacientka se vrátí, stěžuje si dále, lékař neví, co s ní, a protože se jedná vlastně o osobu „zdravou“ – aspoň tak se jeví – rozhodne se poslat ji na psychiatrii. Další postup je ten, že psychiatr podá silnější léky a jejich kombinace, pacientka se příslušně ztlumí, zůstane v koutku, bolí ji všechno úplně stejně, ale alespoň neobtěžuje. Pokud má pacientka štěstí, je poslána do lázní, kde se jí značně uleví, ale jakmile se vrátí do každodenního shonu, potíže jsou zpět a všechno začíná od začátku. Další osud nemocných je velmi smutný, protože pro neustálé stesky a neuspokojivé výsledky léčby postupně přicházejí o přátele, ztrácejí výkon v zaměstnání, v některých případech přijdou o rodinu a toto vše dohromady je často přivádí na okraj suicidia.

Kromě těchto sociálních dopadů je závažné zjištění, že chronická bolest díky trvale zvýšené koncentraci glutamátu s následným influxem kalcia do neuronů má dopad nejen na funkční stav mozku. Pomocí MRI byly nalezena generalizovaná hypodenzita kůry mozkové a její ztenčení, tedy obraz stárnutí. Analýzou bylo stanoveno, že stárnutí mozku se urychluje trojnásobně (9).

Psychiatr může pomoci nemocným v tom případě, když poruchy v psychické sféře dominují, zejména jsou-li vyjádřeny suicidální tendence. Nicméně jeho intervence nevyřeší problém

v jeho podstatě, v dané mezní situaci půjde o zajištění přežití.

Dalším momentem, který dle mé zkušenosti velmi pomůže, je vysvětlení nemocné/mu, o co vlastně jde. Je totiž běžné, že opakované návštěvy lékařů nepřinášejí užitek, ani stanovení diagnózy. Bývá velikou úlevou, že konečně se obtíže alespoň nějak pojmenovaly. Stejně tak je velmi užitečné podat vysvětlení, že jde skutečně o onemocnění, životnímu partnerovi, který je neméně zoufalý a po letech bezcílné snahy o diagnózu a léčbu již nemá důvěru ve stesky své/ho partnerky/partnera.

V terapii – kromě předpisu příslušných léků – může značně ovlivnit zdravotní stav provedení kognitivně behaviorální terapie, nácvik biofeedbacku apod., nicméně pouze v rámci komplexní léčby, kde prim bude hrát rehabilitační odborník. Dále pak, pokud přijde pacientka v kritické věkové skupině s depresí či neurčitou diagnózou, stálo by za to vyptat se na bolest, vyšetřit oněch 18 typických bodů a v případě positivity ji předat do péče příslušného rehabilitačního odborníka, kde se dostane nemocným kompetentního vyšetření a ošetření funkčních poruch krční páteře i poučení, jakým způsobem těmto poruchám předcházet, neboť vždy negativně ovlivňují hemodynamické poměry v zadní části circulus Willisii.

Článek doručen redakci: 19. 12. 2010

Článek přijat k publikaci: 21. 3. 2011

Literatura

1. Jeřábek J. Fibromyalgie 2009 – kde, jak a proč může pomoci fyzikální léčba. Rehab. fyz. lékařství 2009; 16(2): 60–68.
2. 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. 1990; 33(2): 160–172.
3. Buskila D, Sarzi-Puttini P, Ablin JN. The genetics of Fibromyalgia Syndrome. Pharmacogenomics 2007; 8(1): 67–74.
4. Staud R, Vierck CJ, Cannon RL, et al. Abnormal sensitization and temporal summation of second pain (wind-up) in patients with fibromyalgia syndrome. Pain 2001; 91(1–2): 165–175.
5. Pamuk GE, Pamuk ON, Set T, Harmandar O, Yeşil N. An increased prevalence of fibromyalgia in iron deficiency anemia and thalassemia minor and associated factors. Clin Rheumatol. 2008; 27(9): 1103–1108.
6. Schlesinger N. Clues to pathogenesis of fibromyalgia in patients with sickle cell disease. J Rheumatol. 2004; 31(3): 598–600.
7. Goldenberg DL. Pharmacological treatment of fibromyalgia and other chronic musculoskeletal pain. Best Practice and Research Clinical Rheumatology 2007; 21(3): 499–511.
8. Gilliland RP. Fibromyalgia: Treatment & Medication, dostupné z: <http://emedicine.medscape.com/article/312778-treatment>.
9. Kuchinad A, Schweinhardt P, Seminowicz DA, et al. Accelerated Brain Gray Matter Loss in Fibromyalgia Patients: Premature Aging of the Brain? J. Neurosci. 2007; 27(15): 4004–4007.

MUDr. Jiří Jeřábek

2. léčebné oddělení RÚ Kladruby
Rehabilitační ústav Kladruby u Vlašimi
jerabek@hotmail.com