

MIOFACIALNI BOLEČINSKI SINDROM IN SINDROM FIBROMIALGIJE: RAZLIKOVANJE V KLINIČNI PRAKSI IN MOŽNOSTI OBRAVNAVE *MYOFASCIAL PAIN SYNDROME AND FIBROMYALGIA SYNDROME: DIFFERENTIATION IN CLINICAL PRACTICE AND POSSIBILITIES FOR TREATMENT*

asist. Helena Jamnik, dr. med.

Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

Izvleček

Sindrom fibromialgije in miofascialni bolečinski sindrom sta pogosta bolečinska sindroma, ki ju v klinični praksi včasih težko ločujemo. Za sindrom fibromialgije je značilna razširjena oblika bolečine, miofascialni bolečinski sindrom pa se praviloma pojavlja v obliki regionalne bolečine. V prispevku so predstavljene še ostale pomembnejše razlike med njima, ki jih je treba upoštevati predvsem, ko se odločamo o najprimernejši obliki obravnave. Za miofascialni bolečinski sindrom so najprimernejši fizioterapevtski ukrepi, ki jih je občasno potrebno dopolniti z invazivnim postopkom – igelna desenzibilizacija miofascialnih prožilnih točk. Najprimernejša obravnava bolnikov s sindromom fibromialgije pa so farmakoloških ukrepi skupaj z multidisciplinarno rehabilitacijsko obravnavo.

Ključne besede:

sindrom fibromialgije, miofascialna bolečina, rehabilitacija

Abstract

Fibromyalgia and myofascial pain syndrome are common muscle pain syndromes. The most important difference is the localization of pain, widespread in the case of fibromyalgia and regional in myofascial pain syndrome. The differentiation between the two muscle pain syndromes is important because of the treatment decision making. The most common treatment for myofascial pain syndrome is physical therapy with or without trigger-point infiltration or "dry needling". The combination of pharmacological treatment and multidisciplinary pain rehabilitation program seems to be the most suitable treatment strategy for fibromyalgia.

Key words:

fibromyalgia, myofascial pain syndrome, rehabilitation

UVOD

Miofascialni bolečinski sindrom in sindrom fibromialgije sta bolečinska sindroma, ki ju v klinični praksi včasih težko ločimo. Zaradi pomanjkanja objektivnih bolezenskih pokazateljev (npr. ugotovitev radioloških preiskav, EMG, laboratorijskih preiskav) se moramo pri opredeljevanju bolečinskega sindroma zanesti le na klinični pregled. Zelo pomemben podatek je stopnja razširjenosti bolečine, ki jo

ugotavljamo s pomočjo risbe bolečine. Za sindrom fibromialgije načeloma velja, da gre za razširjeno obliko bolečine, miofascialni bolečinski sindrom pa nasprotno sodi med regionalne bolečinske sindrome (1). Ločevanje je pomembno zaradi izbiranja primernih strategij obravnave. Pri sindromu kronične razširjene bolečine so postopki, kot je npr. infiltracija prožilnih točk ali igelna desenzibilizacija prožilnih točk (»dry needling«), manj učinkoviti ali sploh niso učinkoviti (2). Med najprimernejše oblike obravnave oseb s sindromom fibromialgije sodi multidisciplinarna oblika obravnave, ki je pri posamezniku usmerjena predvsem na funkcijski vidik,

Prispelo: 10. 5. 2010

Sprejeto: 10. 7. 2010

manj pa na jakost bolečine (3). Če pa gre brez dvoma za regionalni miofascialni bolečinski sindrom, je lahko preprost ukrep, kot je npr. igelna desenzibilizacija miofascialnih prožilnih točk skupaj z nekaterimi fizioterapevtskimi postopki, dovolj učinkovit (2). V prispevku so opisane glavne razlike med obema bolečinskima sindromoma in oba že omenjena nefarmakološka načina obravnave, igelna desenzibilizacija miofascialnih prožilnih točk in multidisciplinarna oblika obravnave oseb z bolečino.

Kakšna je razlika med miofascialnim bolečinskim sindromom in sindromom fibromialgije?

Najprimernejši način opredeljevanja stopnje razširjenosti bolečine je risanje risbe bolečine. Sindrom kronične razširjene bolečine (SKRB) je po kriterijih American College of Rheumatology opredeljen kot bolečina, ki jo posameznik občuti v vsaj dveh kvadrantih na obeh straneh telesa oziroma na levi in desni strani telesa ter nad pasom in pod njim in v hrbtenici ter traja vsaj 3 mesece (4). Sindrom fibromialgije (SF) je hujša oblika SKRB (5). Če pri osebi poleg razširjenosti bolečine ugotovimo še vsaj 11 od 18 bolečih fibromialgičnih točk, potrdimo, da gre za SF (4).

Za miofascialni bolečinski sindrom so značilne prožilne točke, za katere velja, da ob pritisku nanje sprožijo lokalno in oddaljeno bolečino po značilnem vzorcu (1). Fibromialgične točke ne sprožijo oddaljene bolečine.

Bolniki z miofascialnim bolečinskim sindromom praviloma nimajo hujših razpoloženskih motenj ali motenj spoznavnih sposobnosti, ki so značilne za tiste s sindromom fibromialgije (6). Motnje spanja pri bolnikih z miofascialnim bolečinskim sindromom so povezane predvsem s pritiskom

in nategnitvijo okvarjene mišice med spanjem, ki sproži pri njih močnejšo bolečino in prebujanje (1). Glavne razlike med miofascialnim bolečinskim sindromom in sindromom fibromialgije (7) so prikazane v tabeli 1.

Miofascialni bolečinski sindrom se pojavlja pri do 85 % oseb s kronično bolečino, ne glede na glavni razlog za bolečino (8). Odraža predvsem stanje spremenjene ali neprimerne obremenitve oziroma preobremenitve določene mišice ali mišične skupine in ga v večini primerov razumemo kot sekundarno stanje (1). Do miofascialnega bolečinskega sindroma pride predvsem zato, ker so osebe dalj časa v prisilnih držah ali opravljajo ponavljajoče se gibe. Lahko je pridružen tudi sindromu fibromialgije, kar potrdimo tako, da poleg fibromialgičnih točk pri osebi v določenih delih njenega telesa ugotovimo še značilne prožilne točke.

Sindrom fibromialgije lahko nastopa samostojno ali kot spremljevalec nekaterih vnetnih revmatskih bolezni (9). Pogosto se razvije po nekaterih poškodbah (npr. nihajna poškodba vratu (10)), po več zaporednih operativnih posegih, predvsem pa ob neugodnih psihosocialnih dejavnikih ter genetskih in drugih posebnostih pri posamezniku (11, 12).

Igelna desenzibilizacija miofascialnih prožilnih točk

Igelna desenzibilizacija miofascialnih prožilnih točk je primeren način za obvladovanje regionalnega miofascialnega bolečinskega sindroma, če smo dovolj usposobljeni za klinični pregled, s katerim pri posamezniku uspešno opredelimo pomembne prožilne točke. Kljub še nedorečenim diagnostičnim kriterijem, sedaj velja načelo, da bolečina izvira iz aktivne prožilne točke (13). Aktivna prožilna točka bolniku povzroča bolečino, ko le-ta miruje ali pa če se giblje,

Tabela 1: Razlikovanje med miofascialnim bolečinskim sindromom in sindromom fibromialgije.

Klinični simptomi, znaki	Miofascialni bolečinski sindrom	Sindrom fibromialgije
Razporeditev bolečine	Omejena bolečinska slika – regionalni bolečinski sindrom	Generalizirana bolečinska slika – sindrom kronične razširjene bolečine
Najmanjši obseg okvare	1 mišica	11 bolečih točk, razporejenih po vsem telesu
Mišična napetost	+++	++
Prožilne točke	Omejene na prizadeto področje	Neznačilne, vendar jih lahko najdemo
Boleče točke	Neznačilne	Značilne, razširjene po vsem telesu
Prenesena bolečina	Značilno	Neznačilno
Utrudljivost	+	++++
Motnje spanja	+++	++++
Parestezija	Omejena	Razširjena, distalna
Glavoboli	Glede na okvarjeno mišico in vzorec prenašanja bolečine	Okcipitalni
Sindrom vzdraženega črevesa	Neznačilno	Pogosto
Občutek otekanja	+	++
Motnje spoznavnih sposobnosti	Neznačilno	Pogosto
Motnje razpoloženja	++	++++

pritisek neposredno nanjo povzroči nenadno bolečino, da bolnik odskoči (umaknitveni odskok), pri njem pa povzroči tudi lokalno ter preneseno bolečino po značilnem vzorcu za prizadeto mišico. Prebadanje prožilne točke ali hitra prečna palpacija (snapping palpation) izzoveta mišični trzljaj. Igelna desenzibilizacija miofascialnih prožilnih točk je enako učinkovita kot infiltracije prožilnih točk (14). V zadnji sistematični pregledni raziskavi randomiziranih kontroliranih poskusov o učinkovitosti igelne desenzibilizacije miofascialnih prožilnih točk Tough s sod. navaja dokaze, da je ubadanje neposredno v področje prožilne točke učinkovito (15).

Multidisciplinarni rehabilitacijski programi obravnave oseb s kronično bolečino

Sodobni pristopi k obravnavi oseb s kronično bolečino, ki ni posledica rakavega obolenja, izhajajo iz bio-psiho-socialnega modela, ki pri razlagi bolezenskega stanja upošteva medsebojno povezanost bioloških, psiholoških in socialnih dejavnikov (16). Med tovrstne pristope sodijo multidisciplinarni programi obravnave oseb s kronično bolečino, ki upoštevajo načelo interdisciplinarnosti. Slednje pomeni usklajeno delovanje več različnih zdravstvenih strokovnjakov, usmerjeno k skupaj opredeljenemu cilju (17). Novejša metaanaliza randomiziranih kontroliranih poskusov navaja močne dokaze za to, da je multidisciplinarna obravnava oseb s sindromom fibromialgije učinkovita pri zmanjševanju bolečine, utrudljivosti, motenj razpoloženja pri teh osebah in prispeva k njihovi boljši telesni pripravljenosti in samoučinkovitosti (18).

Multidisciplinarni program obravnave oseb s kronično bolečino izvaja tim ustrezno usposobljenih zdravstvenih strokovnjakov: zdravnik, medicinska sestra, psiholog, fizioterapevt, delovni terapevt in socialni delavec (19). Na rednih timskih sestankih se skupaj odločajo in dogovorijo o postopkih obravnave za posameznika, določajo glavne in vmesne cilje obravnave in načine za doseganje zastavljenih ciljev. Načela vedenjsko-kognitivnega urjenja člani tima upoštevajo med celotno obravnavo posameznika, zato morajo biti vsi ustrezno usposobljeni za izvajanje tega pristopa (20).

Naloge zdravnika v timu so vodenje tima in celostne obravnave posameznega bolnika, preverjanje kontraindikacij za vključitev v program (neobvladana psihotična stanja in depresija, hujše osebne motnje, vedenjske težave ipd.), po potrebi le-ta naroči dodatne diagnostične preglede in preiskave bolnika, ureja zdravljenje z zdravili in odredi posebne postopke, namenjene obvladovanju bolečine še pred bolnikovo vključitvijo v program.

Psiholog pripravi psihološke ocene bolnikov, kar je pomembno pri opredeljevanju uresničljivih ciljev obravnave pri posamezniku. V terapevtskih programih bolnika spodbuja, da le-ta aktivno sodeluje pri obvladovanju bolečine. Za vedenjsko-kognitivno urjenje so znani različni pristopi kot

npr. vedenjska terapija, kognitivna rekonceptualizacija, sprejemanje bolečine in prevzemanje odgovornosti (angl. acceptance and commitment therapy) (21). Bolniki se učijo uporabljati pozitivne strategije obvladovanja bolečine, kot je npr. relaksacija, reševanje problemov, vključeni so v vodeno vizualizacijo in urjenje sposobnosti za zdravo uveljavljanje.

Fizioterapevt vodi bolnika skozi stopnjevano telesno vadbo, da bi se izboljšala bolnikova toleranca do gibanja, obseg gibljivosti, ravnotežje in koordinacija ter povečala njegova moč in vzdržljivost. Da bi omenjene cilje dosegli, fizioterapevt pri svojem delu uporablja različne pristope, kot so npr. tehnike zaznavanja telesa, uporaba biološke povratne zanke, raztezne vaje, stopnjevana aerobna vadba, proprioceptivna živčno mišična facilitacija, vaje za moč in drugo.

Delovni terapevt bolnika uči ustreznega načina izvedbe izbrane aktivnosti, da bi se pri bolniku zmanjšala bolečina in bi le-ta aktivnosti bolje izvajal. Delovni terapevt bolnikove aktivnosti časovno razporedi (postopno učenje), uči ga različnih tehnik izvedbe, medtem ko bolnik izvaja aktivnosti delovni terapevt vključuje različne sprostitevne tehnike, zaradi bolnikovih zmanjšanih zmožnosti pa prilagodi tudi njegovo delovno okolje.

ZAKLJUČEK

Miofascialni bolečinski sindrom in sindrom fibromialgije sodita med pogoste pojavne oblike kroničnih bolečinskih sindromov. Kronični (ki traja več kot 3 mesece) regionalni miofascialni bolečinski sindrom najlažje obvladujemo z igelno desenzibilizacijo miofascialnih prožilnih točk skupaj s fizioterapevtskimi postopki. Za kakovostno in učinkovito obravnavo oseb s sindromom fibromialgije je potreben individualni pristop. Na začetku je treba oceniti bolnikove posebnosti in izbrati za posameznika ustrezno zdravljenje s farmakološkimi in nefarmakološkimi ukrepi. Menimo, da so najbolj učinkovit pristop obravnave teh bolnikov multidisciplinarni rehabilitacijski programi, ki upoštevajo načela interdisciplinarnosti.

Literatura:

1. Travell JG, Simons DG. Myofascial pain and dysfunction: the trigger point manual. 1st ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1983.
2. Hong CZ, Hsueh TC. Difference in pain relief after trigger point injections in myofascial pain patients with and without fibromyalgia. Arch Phys Med Rehabil 1996; 77(11): 1161-6.
3. Hauser W, Thieme K, Turk DC. Guidelines on the management of fibromyalgia syndrome: a systematic review. Eur J Pain 2010; 14: 5-10.

4. 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 Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990; 33: 160-72.
5. Coster L, Kendall S, Gerdle B, Henriksson C, Henriksson KG, Bengtsson A. Chronic widespread musculoskeletal pain: a comparison of those who meet criteria for fibromyalgia and those who do not. *Eur J Pain* 2008; 12: 600-10.
6. Dick BD, Verrier MJ, Harker KT, Rashiq S. Disruption of cognitive function in fibromyalgia syndrome. *Pain* 2008; 139: 610-6.
7. McMahon SB, Koltzenburg M. Wall and Melzack's textbook of pain. 5th ed. Amsterdam [etc.]: Elsevier, 2006.
8. Skootsky SA, Jaeger B, Oye RK. Prevalence of myofascial pain in general internal medicine practice. *West J Med* 1989; 151: 157-60.
9. Wolfe F, Cathey MA, Kleinheksel SM. Fibrositis (fibromyalgia) in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1984; 11: 814-18.
10. Buskila, D, Neumann L, Vaisberg G, Alkalay D, Wolfe F. Increased rates of fibromyalgia following cervical spine injury: a controlled study of 161 cases of traumatic injury. *Arthritis Rheum* 1997; 40: 446
11. Nicholl BI, Macfarlane GJ, Davies KA, Morriss R, Dickens C, McBeth A. Premorbid psychosocial factors are associated with poor health-related quality of life in subjects with new onset of chronic widespread pain: results from the EPIFUND study. *Pain* 2009; 141(1-2): 119-26.
12. Edwards RR. Individual differences in endogenous pain modulation as a risk factor for chronic pain. *Neurology* 2005; 65: 437-43.
13. Harden RN, Bruehl SP, Gass S, et al. Signs and symptoms of the myofascial pain syndrome: a national survey of pain management providers. *Clin J Pain* 2000; 16: 64-72.
14. Cummings TM, White AR. Needling therapies in the management of myofascial trigger point pain: a systematic review. *Arch Phys Med Rehabil* 2001; 82: 986-92.
15. Tough EA, White AR, Cummings TM, Richards SH, Campbell JL. Acupuncture and dry needling in the management of myofascial trigger point pain: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Eur J Pain* 2009; 13: 3-10.
16. Foster NE, Pincus T, Underwood M, Vogel S, Breen A, Harding G. Understanding the process of care for musculoskeletal conditions: why a biomedical approach is inadequate. *Rheumatology* 2003; 42: 401-403.
17. Thunberg KA, Hallberg LRM. The need for organizational development in pain clinics: a case study. *Disabil Rehabil* 2002; 24(14): 755-62.
18. Hauser W, Bernardy K, Arnold B, Offenbacher M, Schiltenswolf M. Efficacy of multicomponent treatment in fibromyalgia syndrome: a meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Arthritis Rheum* 2009; 61(2): 216-24.
19. Feinberg SD, Feinberg RM, Gatchel RJ. Functional restoration and chronic pain management. *Crit Rev Phys Rehabil Med* 2008; 20(3): 221-235.
20. McCracken LM, Turk DC. Behavioral and cognitive-behavioral treatment for chronic pain: outcome, predictors of outcome, and treatment process. *Spine* 2002; 27(22): 2564-73.
21. McCracken LM. Contextual cognitive-behavioral therapy for chronic pain. Seattle: IASP Press, cop. 2005.
22. Busch AJ, Barber KAR, Overend TJ, Peloso PMJ, Schachter CL. Exercise for treating fibromyalgia syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; (4): CD003786.