



A.A. 2012-13

Un'esperienza di Trattamento Osteopatico nel paziente affetto da Sindrome Fibromialgica

Relatore: Luca Brema, Osteopata D.O.

Autore: Federico C. Franscini

La Sindrome Fibromialgica

La Sindrome Fibromialgica, o Fibromialgia, è una forma comune di dolore muscoloscheletrico cronico e diffuso, associato a rigidità e astenia, ma in assenza di alterazioni ematochimiche specifiche e di rilievo e radiologiche. La sindrome è associata alla presenza di aree algogene alla digitopressione, dette tender points, a disturbi del sonno sintomatici, a rigidità ed affaticamento e spesso ad ansia e depressione.

La Sindrome Fibromialgica interessa principalmente i muscoli e le loro inserzioni sulle ossa. Sebbene possa assomigliare ad una patologia articolare, non si tratta di artrite e non causa deformità delle strutture articolari.

La Sindrome Fibromialgica colpisce circa lo 0,5% della popolazione mondiale maschile e circa il 3,5% di quella femminile, più facilmente in età adulta. La causa della sua insorgenza, al momento, rimane ignota ed è probabilmente multifattoriale.

Poiché non vi è alcun esame di laboratorio o radiologico che possa diagnosticare la Sindrome Fibromialgica, i criteri per formularne una diagnosi sono stati messi a punto nel 1990 dall'American College of Rheumatology. In essi, si fa riferimento a dolore diffuso e generalizzato, presente da almeno 3 mesi, in combinazione con almeno 11 punti elettivi di dolorabilità evocabili alla digitopressione (*tender points*). Poiché i sintomi della Sindrome Fibromialgica sono così generici e spesso sono simili a quelli di altre malattie, molti pazienti vanno incontro a complicate e a volte ripetitive valutazioni prima di arrivare ad una diagnosi.

Ad oggi non esiste un vero e proprio trattamento farmacologico di riferimento, né tantomeno un farmaco risolutivo. La terapia normalmente prescritta ai pazienti fibromialgici è esclusivamente sintomatica.

Introduzione anatomofisiologica alla nostra esperienza di trattamento

Ricercando in letteratura osteopatica ed in alcuni lavori riguardanti l'Osteopatia e la Sindrome Fibromialgica, è risultata evidente l'importanza del ruolo del liquido cefalorachidiano e della sua circolazione in relazione al benessere dei soggetti affetti da tale sindrome, in quanto unico trattamento ad essere presente in tutti i protocolli di studio da noi valutati.

Sono state quindi identificate, a livello anatomico e fisiologico, le strutture che venivano interessate da un trattamento esclusivo del liquido cefalorachidiano, che sono: a livello del terzo ventricolo cerebrale, talamo, ipotalamo e di conseguenza ipofisi e asse ipotalamo-ipofisaria; a livello del pavimento del quarto ventricolo, i nuclei somatomotori dei nervi encefalici.

Avendo il paziente fibromialgico un'alterata risposta agli stimoli esterni (iperalgia, ansia, depressione, disturbi del sonno ...) ci sembrava indicato un trattamento a livello talamico, così come un trattamento a livello dei nuclei somatomotori dei nervi encefalici e dell'asse ipotalamo-ipofisario, in quanto un'alterata afferenzialità provoca una risposta efferente anch'essa alterata. Abbiamo quindi ritenuto che, andando a lavorare sulla fluttuazione del liquido cefalorachidiano, saremmo andati a trattare, sia direttamente che indirettamente, il talamo, l'ipotalamo ed i nuclei somatomotori dei nervi encefalici.

Finalità dello studio

Nel concepire lo studio oggetto di questa tesi, abbiamo deciso di focalizzare la nostra attenzione esclusivamente sul trattamento osteopatico craniosacrale dei soggetti affetti da Sindrome Fibromialgica, al fine di dimostrare che attraverso il riequilibrio craniosacrale ed il lavoro sul liquido cefalorachidiano, la sintomatologia algica di detti pazienti tende a diminuire.

Materiali

Per questo studio, sono stati reclutati 11 pazienti, tutti affetti da Sindrome Fibromialgica (diagnosticata da Medici Reumatologi o Fisiatri), già in terapia medica farmacologica convenzionale, terapia che nessun paziente ha sospeso durante tutta la durata di detto studio.

I pazienti sono stati divisi in due gruppi, dei quali il primo (*Gruppo di Studio*) è stato sottoposto al protocollo osteopatico da noi elaborato, mentre il secondo è stato utilizzato come *Gruppo di Controllo*.

Nel primo gruppo sono stati inclusi 8 soggetti, tutti di sesso femminile, con età compresa tra i 43 e i 57 anni; nel secondo sono stati reclutati 3 soggetti, anch'essi di sesso femminile, con età compresa tra i 45 e i 54 anni.

Metodi di valutazione

Per valutare l'efficacia del nostro protocollo osteopatico, data l'assenza di esami ematochimici specifici per seguire l'andamento e l'evoluzione della Fibromialgia, abbiamo selezionato 3 questionari di autovalutazione, 2 specifici per la Sindrome Fibromialgica (FIQ e FAS) e 1 aspecifico sullo stato di salute psicofisico (SF-36), e abbiamo deciso di valutare la dolorabilità dei tender points (punti algogeni specifici utilizzati comunemente per la diagnosi di Fibromialgia).

Protocollo Osteopatico

Il protocollo, che è stato osservato per tutti i pazienti appartenenti al primo gruppo (*Gruppo di Studio*), prevedeva 3 sedute osteopatiche a distanza di una settimana l'una dall'altra, seguite da un ulteriore quarto incontro, ad una settimana dall'ultima seduta, per la compilazione dei questionari di uscita e la rivalutazione dei tender points.

L'elemento cardine dei trattamenti osteopatici a cui sono stati sottoposti i pazienti del Gruppo di Studio è stato il trattamento craniosacrale, con particolare attenzione alla mobilità cranica e alla libertà di fluttuazione del liquido cefalorachidiano.

Durante ogni seduta, tutti i pazienti sono stati valutati, sia in entrata che in uscita, con 3 test di valutazione: il Test degli Archi, il Test dei Parietali, la sincrona di movimento tra Occipite e Sacro.

Se dai test d'ingresso della prima seduta il paziente risultava in inversione o in compressione craniosacrale, si è proceduto a lavorare esclusivamente sull'eliminazione di quanto trovato, seguendo due protocolli specifici. Nei casi in cui il paziente è stato trovato in inversione, (1 soggetto su 8), la normalizzazione è stata effettuata mediante un trattamento embriologico, che prevede una sequenza precisa di manovre, che devono essere eseguite in rigoroso ordine temporale. Nei casi in cui il paziente invece è stato trovato in compressione (7 soggetti su 8), la normalizzazione è stata effettuata mediante una sequenza precisa di tecniche biocinetiche.

Il secondo ed il terzo incontro prevedevano un trattamento osteopatico craniosacrale, come previsto dal protocollo di riferimento. Il quarto incontro, invece, ha avuto esclusivamente un carattere valutativo dei risultati ottenuti.

Il protocollo osteopatico, una volta effettuata in prima seduta la normalizzazione dell'inversione o della compressione, prevedeva il trattamento delle membrane a tensione reciproca (MTR), una serie di tecniche per la liberazione del liquido cefalorachidiano (LCR), una tecnica di compressione del quarto ventricolo encefalico (C4V) ed una tecnica di compressione del terzo ventricolo encefalico (C3V).

Un secondo gruppo di soggetti fibromialgici, già precedentemente definito "*Gruppo di Controllo*", è stato reclutato con le medesime modalità (segnalazione da parte di un Medico Reumatologo) esclusivamente per compilare i questionari SF-36, FIQ e FAS ai fini di paragone, e per raccogliere dati sulla dolorabilità dei tender points in assenza di trattamento osteopatico.

I pazienti appartenenti a questo secondo gruppo non sono stati in alcun modo trattati osteopaticamente durante il periodo di riferimento dello studio (quattro settimane) ed hanno continuato la loro terapia medica farmacologica convenzionale.

Risultati

I dati raccolti con i questionari (SF-36, FIQ e FAS) e quelli raccolti con la valutazione della dolorabilità dei tender points, sia in entrata che in uscita, sia per i pazienti del Gruppo di Studio che per quelli del Gruppo di Controllo, sono stati elaborati staticamente.

I risultati evidenziano che i pazienti appartenenti al Gruppo di Studio, dopo il ciclo di trattamenti osteopatici previsti dal protocollo, hanno mostrato un miglioramento oggettivo per tutti i parametri considerati.

In particolare, per ogni dato raccolto è stato calcolato il valore medio.

All'inizio del lavoro, i pazienti del Gruppo di Studio presentavano in media 16 tender points dolorabili su 18; al termine del protocollo, la media è scesa a 12. I pazienti appartenenti al Gruppo di Controllo, invece, hanno mantenuto invariata la media dei tender points dolorabili (15 su 18) nel corso delle quattro settimane.

Dall'analisi dei valori medi del questionario SF-36, risulta che, mediamente, i pazienti trattati sono migliorati del 17,2%, mentre quelli del Gruppo di Controllo, nello stesso periodo, hanno avuto un miglioramento del 3,6%.

Per quanto riguarda il questionario FIQ, i pazienti del Gruppo di Studio mostrano un miglioramento medio del 21,4%, mentre quelli del Gruppo di Controllo mostrano un miglioramento medio del 2,1%.

Per quanto riguarda infine il questionario FAS, nei pazienti trattati si è osservato un miglioramento medio del 30,0%, contro un miglioramento medio dello 0,3% per quelli non trattati.

Tuttavia, nonostante l'oggettivo miglioramento risultante dai dati medi dei questionari e dalla valutazione della dolorabilità dei tender points, tutti i pazienti, durante il normale colloquio informale nel corso del quarto ed ultimo incontro, hanno affermato di sentirsi male e di non aver avuto giovamenti significativi dopo il trattamento. A fine incontro, quando i punteggi dimostranti il contrario sono stati mostrati loro, la reazione più diffusa è stata di stupore.

Conclusioni

L'analisi di questi dati, per quanto risultante da un campione esiguo di pazienti, porta inequivocabilmente alla conclusione che il protocollo osteopatico da noi sperimentato è adeguato e centra gli obiettivi che ci eravamo prefissati.

Tuttavia non si può ignorare la discrepanza tra il livello di salute oggettiva dei pazienti trattati osteopaticamente ed il livello di salute percepita soggettivamente dagli stessi.

Ci appare quindi evidente che i trattamenti mirati al rilancio della fluttuazione del liquido cefalorachidiano sono necessari, ma non sufficienti per ottenere un netto miglioramento sia fisico che psicologico dei soggetti fibromialgici.

Questo aspetto è stato illustrato ad uno Psicologo, il quale suggerisce di ripetere il nostro lavoro, inserendo nel trattamento dei soggetti fibromialgici, accanto al lavoro osteopatico, un protocollo di sostegno psicologico mirato.

BIBLIOGRAFIA

1. AIFA, a cura di; Guida all'uso dei Farmaci. V Ed. 2008.
2. Alexander R.W., Bradley L.A., Alarcon G.S., et al.; Sexual and Physical abuse in women with fibromyalgia: association with outpatient health care utilization and pain medication usage, *Arthritis Care Res.* 11:102-15, 1998.
3. Argenti M., Traverso A.; Cancer Related Fatigue Syndrome: studio di fattibilità c/o IST Genova, Tesi D.O. IEMO A.A. 2009-2010.
4. Balboni G.C., Bastianini A. et al.; *Anatomia Umana*. Edi-Ermes Vol.3.
5. Baldini C.¹, Giacomelli C.¹, Giusti L.², Consensi A.¹, Doveri M.¹, Sernissi F.², Giannaccini G.², Lucacchini A.², Bombardieri S.¹, Bazzichi¹, Ciregia F.²; Salivary proteomic biomarkers and fibromyalgia. ¹Rheumatology Unit, Department of Internal Medicine; ²Department of Psychiatry, Neurobiology, Pharmacology and Biotechnology, University of Pisa. [2009] [sat0460].
6. Bani M.; Approccio osteopatico nella "Sindrome Fibromialgica", Tesi D.O. IEMO A.A. 2006-2007.
7. Busch A.J., Thille P., Barber K.A., Schachter C.I., Bidonde J., Collacott B.K.; Best practice: E-Model – prescribing physical activity and exercise for individuals with fibromyalgia. *Physiother Theory Pract.* 2008;24:151-66.
8. Campbell S.M., Clark S., Tindall E.A., Forehand M.E., Bennett R.M.; Clinical characteristics of fibrositis. A "blinded," controlled study of symptoms and tender points. *Arthritis Rheum.* 1983;26:817-24.
9. Caporossi R., Peyralale F.; Trattato pratico di Osteopatia cranica, Collezione "Osteopatia fondamentale" della Società Internazionale d'Osteopatia (Ginevra), Vol.1. e Vol.2.
10. Donmez A., Karagulle M.Z., Tercan N., et al.; SPA therapy in fibromyalgia: a randomised controlled clinic study. *Rheumatol Int.* 2005; 26: 168-172.
11. Ferraccioli G., Ghirelli L., Scita F., Nolli M., Mozzani M., Fontana S., et al. ; EMG-biofeedback training in fibromyalgia syndrome. *J. Rheumatol.* 1987; 14(4):820-825.
12. Forseth K.Ø., Gran J.T. , Førre Ø.; A population study of the incidence of fibromyalgia among women aged 26–55 years. *British Journal of Rheumatology* 1997; 36: 1318–23.
13. Gamber R.G., D.O., Shores J.H. PhD, Russo D.P., Ba, Jimenez C. Rn., Rubin B.R., D.O.; Osteopathic manipulative treatment in conjunction with medication relieves pain associated with fibromyalgia syndrome: Results of a randomized clinical pilot project.
14. Giordano Lanza G., Grossi C.E., Zaccheo D.; *L'Organizzazione del Sistema Nervoso Centrale*, edi-ermes, I Ed. 1975, ristampa 1989.
15. Goldberg R.T., Pachas W.N.; Childhood psychological traumas of patients with myofascial pain, and other soft tissue disorders, *J. Musculoskel. pain* 3, 1995.
16. Gran J.T.; Epidemiology of chronic generalized musculoskeletal pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology* Vol. 17, No. 4, pp. 547–61, 2003.
17. Guyton A.C., Hall J.E.; *Fisiologia Medica*. EdiSES, IX Ed. 2003.
18. Harrison; *Principi di Medicina Interna*. McGraw-Hill, XV Ed. 2002, Vol.1.
19. Harvey R.A., Champe P.C., Mycek M.J.; *Farmacologia*. Ed. Zanichelli.
20. Jaschko G., Hepp U., Berkhoff M., Schmet M., Michel B.A., Gay S., Sprrott H.; Serum serotonin levels are not useful in diagnosing fibromyalgia. *Ann. Rheum. Dis.* 2007; 66:1267-8.
21. Kern M.; *Craniosacrale: principi ed esperienze terapeutiche*. Edizioni Tecniche Nuove Milano 2006. pag 93.
22. Lantieri P.B., Rovida S., Ravera G., Rizzo D.; *Appunti di Statistica Medica e Biomatematica*. ECIG Universitas, I Ed. 1990.
23. Lay Edna M.; *Fondamenti di Medicina Osteopatica*. Casa Editrice Ambrosiana 2003. Cap. 64 pag. 986.
24. Loeb C., Favale E.; *Neurologia di Fazio Loeb*. Società Editrice Universo, IV Ed. 2003.
25. Macintyre A., Hume M.C.; The chronic fatigue syndrome. *Postgrad. Med. J.* 1993;69:164.
26. Magoun H.I., *Osteopatia in ambito craniale*. Futura Publishing Society Prima edizione italiana. pag. 62.
27. Matarán-Peñ Arrocha G.A.¹, Castro-Sánchez A.M.², García G.C.³, Moreno-Lorenzo C.¹, Tesifón Parrón Carreño⁴ and Onieva Zafra M.D.⁵; Influence of Craniosacral Therapy on Anxiety, Depression and Quality of Life in Patients with Fibromyalgia. ¹La Vega Sanitary District (Andalusian Health Public Service), Department of Physical Therapy, University of Granada; ²Department of Physical Therapy, University of Almería; ³Department of Psychology, University of Granada; ⁴Department of Neurosciences, University of Almería; ⁵Department of Nursing and Physical Therapy, University of Almería (UAL), Spain.
28. McQuay H., Carrol D., Jadad A.R., Wiffen P., Moore A.; Anticonvulsant drugs for management of pain; a systematic review. *BMJ* 1995;311:1047-1052.
29. Mease P.; Fibromyalgia syndrome: review of clinical presentation, pathogenesis, outcome measures, and treatment. *J. Rheumatol.* 2005; 75:621.
30. Montanari A., Agati P., Calò D.G.; *Statistica*. Open-Masson 1998.
31. Netter F.H.; *Atlante di Anatomia Umana*. CIBA Edizioni.
32. Netter F.H., Machado C.A.G.; *Atlante interattivo di Anatomia Umana*. Ed. a cura di Hansen J.T., University of Rochester, NY.
33. Pontieri G.M.; *Patologia Generale*. Piccin, II Ed. 1996.
34. Reilly P.A., Littlejohn G.O.; Peripheral arthralgic presentation of fibrositis/fibromyalgia syndrome. *J.*

- Rheumatol. 1992;19:281-3.
35. Russel J., Kamin M., Bennett R.M., Schnitzer T.J. Green J.A., Katz W.A.; Efficacy of tramadol in treatment of pain in fibromyalgia. *J. Clin. Rheumatol.* 2000; 6:250-7.
 36. Salaffi F., Carotti M., Gasparini S., Intorcia M., Grassi W.; The health related quality of life in rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis: a comparison with a selected sample of healthy people. *Health Qual Life Outcomes* 2009; 7:25.
 37. Salaffi F., De Angelis R., Stancati A., Grassi W., Arche M.; Pain; Prevalence Investigation Group (MAPPING) study. Health-related quality of life in multiple musculoskeletal conditions: a cross-sectional population based epidemiological study. II. The MAPPING study. *Clin. Exp. Rheumatol.* 2005;23:829-39.
 38. Salaffi F., Sarzi-Puttini P., Girolimetti R., Gasparini S., Atzeni F., Grassi W.; Development and validation of the self-administered Fibromyalgia Assessment Status: a disease-specific composite measure for evaluating treatment effect. *Arthritis Res. Ther.* 2009 Aug 18;11. [Epub ahead of print]
 39. Sarzi Puttini P., Cazzola M., La Sindrome Fibromialgica, Edi-Ermes Ed. 2001. pag. 16.
 40. Sarzi-Puttini P., Atzeni F., Fiorini T., et al.; Validation of an Italian version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ-Q). *Clin. Exp. Rheumatol.* 2003; 21:459-64.
 41. Sayar K., Aksu G., Ak I., Tosun M.; Venlafaxine treatment of fibromyalgia. *Ann. Pharmacother.* 2003; 37:1561-5.
 42. Shea M.J.; Terapia craniosacrale biodinamica. ITCS Somatica Edizioni 2009. Cap. 3 pag. 134.
 43. Singh B.B., Berman B.M., Hadhazy V.A., Creamer P.; A pilot study of cognitive behavioral therapy in fibromyalgia. *Altern. Ther. Health Med.* 1998; 4:67-70.
 44. Sperino G.; Anatomia Umana Vol.1, Ed. 1931 pag.203.
 45. Sutherland W.G., Insegnamenti nella Scienza Osteopatica. Edizioni Centro Osteopatico. 2009.
 46. Taylor Still A.; Philosophy of Osteopathy. Kirksville, MO:1899 pag. 39.
 47. Todesco S., Gambari P.F.; Malattie Reumatiche. McGraw-Hill, II Edizione 1998.
 48. Upledger J.E.; Terapia craniosacrale, teoria e metodo. Red. Edizioni Milano 1996. Cap. 2 pag. 34
 49. White K.P., Speechley M., Harth M., Østbye T.; The London fibromyalgia epidemiology study: the prevalence of fibromyalgia syndrome in London, Ontario. *Journal of Rheumatology* 1999; 26: 1570-6.
 50. Wolfe F., Smythe H.A., Yunus M.B., Bennett R.M., Bombardier C., Goldenberg D.L., et al.; Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *The American College of Rheumatology* 1990, *Arthritis Rheum.* 1990; 33:160-172.
 51. Yong- Yeow Chong, 1MRCP(UK), MMed (Int Med), FAMS, Beng-Yeong Ng, 2MBBS, MMed (Psychiatry), FAMS; Clinical Aspects and Management of Fibromyalgia Syndrome. *Ann. Acad. Med. Singapore* 2009; 38:967-73.
 52. Yunus M.B., Aldag J.C.; Restless legs syndrome and leg cramps in fibromyalgia syndrome: a controlled study. *BMJ* 1996; 312 :1336-9.
 53. Yunus M.B.; Fibromyalgia and overlapping disorders: The unifying concept Central Sensitivity Syndromes. *Sem. Arthritis Rheum.* 2007; 36:339- 56.
 54. Zogno S.; Sindrome fibromialgica, aspetti fisio-patologici e trattamento osteopatico, Tesi D.O. EIOM A.A. 2005-2006.