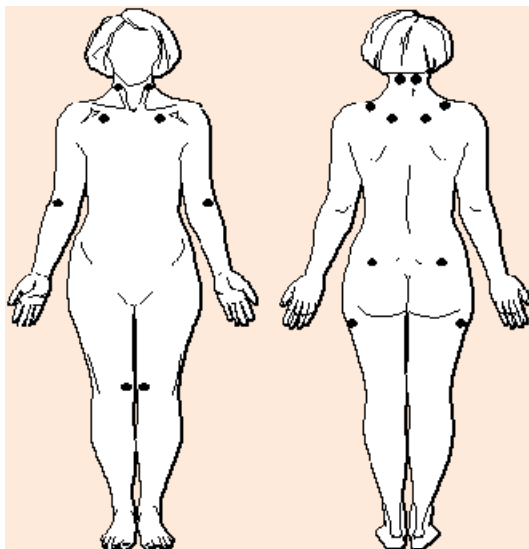


פיברומיאלגיה Fibromyalgia syndrome (FMS)

המידע הרפואי הכללי נרשם על ידי פרופ' דן בוסקילה, מומחה לרפואה פנימית וראומטולוגיה ומנהל היחידה הראומטולוגית בבית החולים סורוקה, באר-שבע

הכתבה נכתבה במיוחד לעמותת אס"ף על ידי פרופסור דן בוסקילה, אוקטובר 2007, והיא מופיעה בחוברת חומר ראשוני הנשלחת לכל פונה ללא תשלום בדואר, לצד כתבות נוספות על המחלות ומידע על העמותה. כל הזכויות שמורות. אין להעתיק, לשכפל או לפרסם את המאמר בכל מקום שהוא, ללא רשות מפורשת בכתב מעמותת אס"ף. לפרטים נוספים על המאמרים שפורסמו בעיתוני 'חדשות אס"ף' או על העמותה, היכנסו לתפריט המתאים באתר/צרו קשר עם אס"ף בטלפון: 1-700-70-70-08

תסמונת הפיברומיאלגיה: "הכאב הוא לא בראש שלך"



פיברומיאלגיה הינה תסמונת שכיחה, המאופיינת על ידי כאבים מוסקולוסקלטליים כרוניים מפושטים, קישיון, פרסטזיות, הפרעה בשינה ועייפות, עם הימצאות של נקודות רגישות כואבות בפיזור סימטרי ומפושט בגוף.

פיברומיאלגיה מערבת בעיקר נשים ביחס של 9 ל-1 בהשוואה לגברים. תסמונת זו נמצאת ברוב הארצות, ברוב הקבוצות האתניות, ובכל סוגי האקלים השונים.

השכיחות של פיברומיאלגיה באוכלוסייה הכללית בארה"ב דווחה כ-3.4% בנשים ו-0.5% בגברים. שכיחות התסמונת עולה עם הגיל ובשנים, ובין הגילאים 70-79 היא עומדת על 7.4%. למרות שהיא פחות שכיחה, פיברומיאלגיה מופיעה גם בילדים. שכיחות תסמונת הפיברומיאלגיה במרפאות ראומטולוגיות דווחה באחוזים של עד 20%.

רוב החולים מופיעים עם פיברומיאלגיה בין הגילאים 30-50. הקריטריונים לסיווג תסמונת הפיברומיאלגיה כפי שנקבעו על ידי הקולג' האמריקאי לראומטולוגיה (ACR) בשנת 1990, כוללים:

1. תסמונת כאבים מפושטים בכל חלקי הגוף לפחות 3 חודשים.
2. הימצאות לפחות 11 נקודות מתוך 18 נקודות רגישות Tender Points בפיזור אופייני.

יש לציין כי מענה על שני הקריטריונים לסיווג התסמונת כאמור לעיל, חשוב למחקרים קליניים. יחד עם זאת, ביומיום חולה יכול להיות מאובחן כלוקה בפיברומיאלגיה, ללא מספר הנקודות הרגישות שהומלץ על ידי ה-ACR ב-1990.

האבחון הקליני של פיברומיאלגיה מבוסס ברובו על פי דיווח על כאבים כרוניים מפושטים על ידי החולה, ובנוסף, תסמינים נלווים דוגמת עייפות, הפרעות בשינה, כאבי ראש, בעיות קוגניטיביות והפרעות במצב הרוח. בדיקות המעבדה השגרתיות הינן תקינות ואין עדות לתהליך דלקתי.

הפתוגנזה של הפיברומיאלגיה אינה ברורה די צורכה, אם כי חלה התקדמות רבה בהבנתה בשנים האחרונות. טריגרים רבים, כולל טראומות (סטרוורים) גופניות ונפשיות, יכולים להיות הטריגר להתפרצות או החמרה של התסמונת בחלק מהמקרים. גם זיהומים מסוימים כמו זיהומים וירליים ומחלת Lyme יכולים להיות הטריגר להתפרצות המחלה.

ברוב העבודות המדעיות האחרונות, אין עדות לשינויים פתולוגיים או ביוכימיים משמעותיים בשריר. הפרעת שינה בשלב Non – REM 4, הוצעה כתורמת לפתוגנזה של תסמונת פיברומיאלגיה, אם כי איננה ספציפית לה.

רמות נמוכות של מטבוליטים של סרוטונין דווחו בנוזל חוט השדרה (CSF) בחולי פיברומיאלגיה. דבר זה יכול להעיד על כך שחוסר בסרוטונין, נירוטרנסמיטור המווסת כאב ושנת NREM, יכול להיות מעורב בפתוגנזה של פיברומיאלגיה.

בקרב חולי פיברומיאלגיה כקבוצה, הודגמו על ידי מספר חוקרים רמות נמוכות של הורמון הגדילה (Growth hormone). הורמון זה בעל חשיבות לתיקון שריר וחוזק של השריר. הורמון הגדילה מופרש באופן תקין במהלך Stage 4 sleep, אשר מופרע בחולי פיברומיאלגיה. הירידה ברמות הורמון הגדילה, יכולה להסביר את התקופות הממושכות של כאב בשריר לאחר מאמץ, אצל חולים אלו.

הרמה של נירוטרנסמיטר Substance P, דווחה כמוגברת בנוזל חוט השדרה אצל חולי פיברומיאלגיה, ונירוטרנסמיטור זה, יכול לשחק תפקיד בהתפשטות כאב השרירים.

לחולי פיברומיאלגיה יש ירידה בתגובתיות של הקורטיזול לסטרס, ואמנם, בעבודות שונות, הוצעה אבנורמליות בתגובה של הציר ההיפותלמי - היפופיזרי - אדרנלי בחולי פיברומיאלגיה.

גם דיספונקציה של מערכת העצבית האוטונומית הוצעה כמשחקת תפקיד בפתוגנזה של פיברומיאלגיה. חלק מהחולים מדגימים תת לחץ דם אורטוסטטי במבחן tilt table ויש להם קצב לב גבוה יותר במצב שכיבה במנוחה.

הפרעות במערכת האוטונומית יכולות גם להסביר את הסימפטומים של יובש בעיניים ובפה והרגשת קור ותופעות דמויות רינוד בחולים אלו.

בדיקות Singe Photon emission computed - SPECT imaging tomography, הדגימו ירידה בזרימת הדם בחולי פיברומיאליגיה לתלמוס, Caudate nucleus, pontinetectum, שהם אזורים במוח המעורבים במודולציה ואינטגרציה של כאב.

בחולי פיברומיאליגיה הודגם שהם חווים גירויים (Perceived stimuli) כמו חום או לחץ ככואבים עם דרגה פחותה של סטימולציה מאשר באנשים בריאים. כלומר, סף רגישות נמוך לכאב. במילים אחרות - רגישות גבוהה לגירוי לכאב.

כמו כן ישנן עדויות שלגורמים משפחתיים וגנטיים עשויה להיות חשיבות בפתוגנזה של פיברומיאליגיה.

לאור האמור לעיל, מודגמים בחולי פיברומיאליגיה ממצאים פתולוגיים בבדיקות לא שגרתיות ומתוחכמות: בדיקות הדמיה, בדיקות פיזיולוגיות, ובדיקות של הורמונים וניורטרנסמיטורים. אם כי ממצאים פתולוגיים אלו אינם ספציפיים לתסמונת זו בלבד.

תסמונת הפיברומיאליגיה אינה מחלה דלקתית, או מחלה בה יש פגיעה מכאנית במפרקים, ובמערכת השלד. מן הטעם הזה לא מצופה למצוא בחולים אלו הפרעה בהפעלת המפרקים, ובמערכת השלד. הפגיעה באיכות החיים, התפקוד הפיזי והמצב הבריאותי שהודגמה בפיברומיאליגיה בעבודות רבות, נובעים מנכות פונקציונאלית: Functional Disability, ולא מנכות אורגנית.

בעבודה שביצענו בקרב רופאי משפחה בארץ, הדגמנו כי רופאי משפחה אינם בקיאים בקריטריונים האבחוניים של פיברומיאליגיה, והידע שלהם לגבי תסמונת פיברומיאליגיה היה מוגבל.

דיווחים רבים מדגימים כי תסמונת הפיברומיאליגיה כרוכה בירידה בתפקוד הפיזי היומיומי, לרבות בעבודה, ופגיעה באיכות החיים. פיברומיאליגיה משפיעה לרעה על כושר העבודה, חיי המשפחה, התפקוד החברתי ואיכות החיים.

למרות שהתסמונת אינה פסיכיאטרית, רק טבעי הוא שמצב רוחה של האישה הסובלת באופן מתמיד מכאב, עייפות, הפרעות בשינה ועוד לא יהיה מרומם, כך שדיכאון וחרדה מלווים את הלוקות בתסמונת. נקל להבין את תסכולה של החולה בפיברומיאליגיה ובן זוגה, כאשר אפילו מגע שאמור להיות נעים, כמו ליטוף, נשיקה ועוד, יכול להתבטא בכאב. כמו כן, בשל העייפות, הכאבים המפושטים, הפרעות בשינה, התרופות שנשים אלו נוטלות, ולעיתים אף כאבים באגן, ישנן בעיות בחיי הזוגיות של נשים אלו.

סך הכול, תסמונת הפיברומיאלגיה הופכת לבעיה רפואית של כל המשפחה הסובבת את האישה. ואמנם, בעבודות מחקר שלנו, הדגמנו כי גם איכות החיים והתפקוד של קרובי המשפחה של חולות פיברומיאלגיה, נפגעים. כך שהטיפול בחולות פיברומיאלגיה כולל גם הסבר על התופעה ושיתוף קרובי המשפחה בטיפול.

חולות רבות שואלות האם פיברומיאלגיה הינה מחלה מדבקת, או מחלה גנטית. פיברומיאלגיה היא בפירוש לא מחלה מדבקת, אך השאלה על הגנטיקה הינה מורכבת ומעניינת: במחקרים שערכנו בבאר שבע, מצאנו כי כאשר ישנה חולה בפיברומיאלגיה במשפחה, הסיכויים של בנותיה או אחיותיה ללקות בתסמונת, גבוהים יותר מאשר במשפחה שאין בה חולת פיברומיאלגיה. ממצאים אלו מרמזים על נטייה גנטית לחלות בפיברומיאלגיה, אך יכולים להיות גם מוסברים עקב גורמים סביבתיים במשפחה זו.

בימים אלו אנו מנהלים מחקר גנטי גדול, שנמשך כבר מספר שנים ואשר ממומן על ידי האקדמיה הישראלית למדעים (ביטוי לחשיבות המחקר בעיני הממסד המחקרי בארץ), ואשר לתקוותינו יבהיר אספקטים גנטיים בתסמונת זו. באופן פרקטי, כאשר קרובות משפחה של חולת פיברומיאלגיה מתלוננות על כאבים בשרירים, עייפות ועוד, יש להפנותן לאבחון מוקדם אצל ראוטולוג. יש לציין שגם ילדים עלולים ללקות בתסמונת זו, אך הפרוגנוזה אצלם טובה יותר.

הטיפול הנוכחי בפיברומיאלגיה אינו מיטבי ויש להדגיש כי מטרת הטיפול היא הקלת הסימפטומים ולא ריפוי בשלב זה. עצם האבחון כרוך בהקלה לחולה אשר הייתה שרויה בחוסר וודאות ותסכול מתמשכים. הגישה הטיפולית כוללת בראש ובראשונה הסבר מפורט לחולה ולמשפחתה על מאפייני התסמונת, מטרת הטיפול והצפוי בעתיד. חשוב להדגיש כי פיברומיאלגיה אינה גורמת לנכות אורגנית, אינה מחלה ניוונית של השרירים ואינה כרוכה בתמותה.

הטיפול כולל גישה טיפולית קונבנציונלית ובצידה טיפולים משלימים. ישנן עדויות לגבי יעילותם של דיקור, טיפול בחמי מרפא, משוב חוזר וטיפול קוגניטיבי התנהגותי, התעמלות לשיפור הכושר הגופני, הליכה, שחיה ועוד. יש להיזהר מטיפולים "ותרופות אליל" הניתנים ללא כל ביסוס מדעי.

הטיפול התרופתי מבוסס על תרופות משככות כאבים, תרופות להרגעה ולשינה. כמו גם תרופות נוגדות דיכאון במינון נמוך (לא למטרת טיפול בדיכאון אלא להקלת הכאבים). הזרקה של חומרים מאלחשי כאב לנקודות הרגישות. לצערנו תרופות אלו יעילות באופן חלקי, ולעיתים כרוכות בתופעות לוואי. לכן אנו מחליפים את התרופות לעיתים בכדי שלא יאבדו מיעילותן.



התחזית הפרוגנוסטית של חולות פיברומיאלגיה כיום אינה מעודדת וחלק מחולות אלו ימשיכו לסבול עוד שנים רבות מהתסמינים של המחלה. אך למרות זאת טיפול משולב יכול להקל באופן משמעותי

את התסמינים אצל חלק מהחולות, וכמו כן העתיד נראה מבטיח יותר. כיום נמצאות בפיתוח תרופות חדשניות אשר עשויות לשנות את הפרוגנוזה בעתיד. תרופות אלו יהיו ספציפיות ומיועדות לטיפול באופן ישיר באותן הפרעות במנגנוני הכאב שתוארו שלעיל. ■