Sindrome della stanchezza cronica

Data 30 maggio 2002
Categoria scienze_varie

La sindrome della stanchezza cronica (SSC) comprende tutta una serie di segni e sintomi poco definiti per cui la diagnosi può essere condizionata dall'attitudine della specializzazione del medico che formula la diagnosi stessa.
Spesso la sindrome si sovrappone o coincide parzialmente con altre sindromi come la fibromialgia e l'ipersensibilità a sostanze chimiche multiple.
La diagnosi comprende soprattutto sintomi generici quali grave stanchezza e sintomi simil-influenzali; questi sintomi esordiscono solitamente in modo improvviso ed erano perciò ritenuti espressione di infezione virale sottostante. La diagnosi richiede l'esistenza di sintomatologia della durata di almeno sei mesi con affaticamento accompagnato da sintomi infettivi, reumatologici e neuropsichiatrici che non abbiano altra origine precisa.
La prevalenza negli Stati Uniti è dello 0,52% delle donne e 0,29% per gli uomini.
I pazienti con SSC presentano una invalidità soggettiva in genere molto elevata più elevata di quanto riscontrabile obiettivamente. Inizialmente era stata avanzata l'ipotesi per cui la SSC rappresenterebbe una forma cronica di infezione da virus di EPSTEIN/BARR. Questa ipotesi è stata poi abbandonata allorchè si è visto come gli elevati titoli contro questo virus fossero presenti anche in persone sane senza SSC. Non sono stati riscontrati elementi convincenti che indirizzassero presso altri virus.
Una ipotesi patogenetica contempla il fatto che una infezione acuta possa portare alla SSC attraverso l'attivazione immunologia prolungata o mal regolata e non attraverso una persistenza dell'infezione virale. Queste modifiche delle condizioni immunologiche potrebbero essere, anzichè la causa della SSC, una conseguenza della stessa, e una causa magari di alcuni degli altri sintomi.
Alcune ricerche non hanno trovato segni di disfunzioni immunologiche, mentre altri studi hanno riscontrato risultati diversi; l'ipotesi resta quindi tuttora controversa.
Una diversa ipotesi sostiene che la SSC possa essere conseguenza di depressione o di altre malattie psichiatriche. I pazienti con SSC sembrano tuttavia avere un profilo psichiatrico differente da quelli della depressione maggiore: meno atteggiamenti di autorimprovero e più sintomi somatici, meno disturbi della personalità, alcuni profili immunologici diversi. Tendono inoltre ad avere una iporegolazione dell'asse ipofisi-surrene anzichè la iperregolazione spesso collegata alla depressione.
Un'altra ipotesi sostiene che la SSC sia una forma di disturbo di somatizzazione diagnosticabile in pazienti con molti anni di disturbi multisistemici senza basi organiche evidenti. Questo tipo di diagnosi dipende però molto dai preconcetti dell'esaminatore. Solo il 5% dei pazienti con SSC rientra nei criteri del DSM IV per il disturbo di somatizzazione.
Al di là dell'etichetta diagnostica molti pazienti con SSC hanno tuttavia segni concomitanti di alterazioni psichiatriche. Il trattamento delle manifestazioni psichiatriche concomitanti può portare ad alleviare i sintomi psichiatrici connessi ma non modifica i sintomi psichiatrici. Una riduzione di necessità di assistenza sanitaria è stata riscontrata nei soggetti con SSC che ricevevano antidepressivo per almeno sei mesi.
Alcuni autori hanno riscontrato una serie di fattori psicologici e di personalità che possono interagire con gli elementi scatenanti della malattia e i successivi elementi di decorso fino ad influenzare la durata della malattia stessa. I pazienti con tendenza all'amplificazione delle sensazioni somatiche presentano una prognosi meno favorevole quando associano i loro disturbi alla presenza di una malattia somatica e non a stress psicologico.
Per tale motivo questi autori sostengono che un decondizionamento psicologico e un trattamento mirato a modificare le linee di pensiero con una terapia cognitivo-comportamentale possano influire sulla durata e sulla risoluzione della sindrome della SSC.
Tuttavia questi fattori cognitivo-comportamentali sembrano influire soprattutto sul mantenimento dello stato patologico ma non dimostrano l'origine psicologica di questa patologia.
Inizialmente si ipotizzò che i pazienti con SSC sviluppassero una ipotensione ortostatica ritardata patologica ma, successivi lavori controllati hanno smentito questa ipotesi.
Uno studio ha riscontrato che i pazienti con SSC mostrano volumi di eiezione sistolica cardiaca inferiori al normale anche in condizioni basali ma non è noto se questo rilievo possa esprimere un significato patologico.
Per i pazienti che mostrino una intolleranza all'ortostatismo nella SSC può essere utile valutare la presenza di una eventuale tachicardia posturale spiccata o altre variazioni ortostatiche onde proporre eventualmente un trattamento farmacologico con beta bloccanti, o con alfa agonisti.
Sembra che i pazienti con SSC abbiano anomalie cognitive di rilievo più elevate nei pazienti che non mostrino patologie psichiatriche concomitanti. Il grado di anomalia cognitiva sembra inoltre correlato direttamente con l'entità di compromissione dello stato funzionale.
Uno studio ha riscontrato che tra i pazienti con SSC, privi di patologia psichiatrica concomitante, il 66% presentava anomalie alla RMN cerebrale contro il 30% di quelli che mostravano SSC e patologie psichiatriche associate, e il 20% dei soggetti sani di controllo. Le anomalie cerebrali erano generalmente lievi, e riscontrabili soprattutto a carico dei lobi frontali. Queste anomalie sembrano essere correlate funzionalmente con una efficienza fisica più scadente all'analisi degli appositi questionari.
In complesso quindi questi studi indicherebbero che alcuni pazienti con SSC, soprattutto quelli senza patologie psichiatriche concomitanti, possono presentare encefalopatia latente di lieve entità.
I progressi nella comprensione della SSC sono ostacolati in primo luogo dai preconcetti dei ricercatori che tendono a

validare soprattutto le loro teorie senza seguire opportuni studi di conferma e di controllo; i gruppi di studi non sono spesso omogenei con quelli di controllo e oltretutto i soggetti con SSC presentano spesso patologie concomitanti accertate che possono modificare le risultanze della ricerca e confondere il quadro clinico.
Occorreranno una serie di studi opportunamente stratificati e opportunamente organizzati in modo da isolare e studiare eventuali sottogruppi di pazienti con SSC.

Fonte: Jama Ed. It. Gennaio-Febbraio 2002- vol. 14- n. 1- pag. 25