

FIBROMIALGIA E MENOPAUSA

Dott. Maurizio Massetti

Responsabile Struttura Dipartimentale di Terapia Antalgica

ASUR Marche – Area Vasta 5

La comparsa della fibromialgia (FM) nel periodo post-menopausa non solo conferma la prevalenza di questa patologia nel sesso femminile⁽¹⁾ ma suggerisce una sua importante relazione con i disordini ormonali. A questo proposito è molto interessante una recentissima pubblicazione che revisiona tutta la letteratura in formato elettronico dal 2018 in poi⁽²⁾.

DEFINIZIONE, EPIDEMIOLOGIA E SINTOMATOLOGIA

La FM è una sindrome caratterizzata da disturbi del sonno, dolore muscolare diffuso, facile affaticabilità, confusione mentale con difficoltà di concentrazione (fibro-fog) e tendenza alla depressione. L'incidenza della FM è piuttosto elevata in quanto coinvolge lo 0,5-10% della popolazione mondiale. La popolazione interessata è per l'85-90% di sesso femminile.

LA RELAZIONE TRA FIBROMIALGIA E MENOPAUSA

Molti studi hanno dimostrato importanti differenze di genere in varie sindromi dolorose e di certo la FM non sfugge a questa "regola", anzi viene considerata per le sue caratteristiche epidemiologiche una tipica malattia *femminile*: ciò suggerisce che l'assetto ormonale⁽³⁾ sommandosi ai fattori biologici, psicologici e socioculturali, sia determinante nel delineare le caratteristiche cliniche della malattia. La FM sembra realizzare nella donna una sintomatologia più aggressiva (maggiore astenia, dolorabilità più severa e più estesa, intenso coinvolgimento dell'intestino, etc.) pur essendo ansia, stress e depressione piuttosto sovrapponibili nei due sessi.

Dal punto di vista ormonale gli *estrogeni* sono sostanzialmente eccitatori nei confronti del sistema nervoso centrale, mentre il *progesterone* ne è un inibitore. E' noto che molte donne sperimentano variazioni nei livelli di dolore durante i loro cicli mestruali e ciò confermerebbe il ruolo chiave degli ormoni femminili nella percezione del dolore. Il calo del 40% dei livelli di estrogeni all'inizio della menopausa sarebbe responsabile dell'aggravamento dell'insonnia, della dolorabilità e della depressione. E' importante sottolineare che la menopausa sembra incidere negativamente non soltanto sulla FM ma sul dolore in genere poiché causa diminuzione dei minerali scheletrici e del collagene, con importante perdita di elasticità dei tessuti⁽⁴⁾.

Prima ancora che fossero stabiliti criteri diagnostici omogenei per la FM, alcuni autori suggerirono un ruolo importante dell'azione estrogenica nello sviluppo e aggravamento della malattia: fu osservato infatti che nel 65% delle pazienti la menopausa precedeva la manifestazione clinica di FM⁽⁵⁾. La sintomatologia della FM fu associata in vari studi alla menopausa e ai disturbi del sonno. In realtà possiamo affermare che la correlazione tra menopausa e FM non è diretta nel senso che la genesi della malattia fibromialgica, non ancora perfettamente compresa, non sarebbe legata agli squilibri ormonali ma sarebbe certamente aggravata da questi. Alcune sindromi dolorose (ad es. cefalea, dolore pelvico cronico, malattie reumatiche, sindrome dell'intestino irritabile) sembrano migliorare clinicamente dopo assunzione continuativa di estroprogestinici. Il contributo ormonale sostitutivo dovrebbe essere proposto in assenza di controindicazioni e sufficientemente prolungato.

Oggi è plausibile affermare che i sintomi legati ai deficit ormonali post-menopausa, insieme a stress psichici e disturbi dell'umore, possono contribuire a realizzare importanti disturbi del sonno e a peggiorare la sintomatologia della FM: ciò implica un approccio multidisciplinare al problema che

prenda in considerazione il coinvolgimento di reumatologi, ginecologi, terapisti del dolore e psicoterapisti.

CONCLUSIONI

Se le cause e i meccanismi biologici alla base della FM sono ancora poco noti è tuttavia certo che la terapia di questa malattia è multidisciplinare: nessun approccio, farmacologico o meno, può da solo mitigare la sintomatologia. La gestione multidisciplinare della FM deve comprendere un approccio cognitivo-comportamentale, l'attività fisica a basso impatto, una dieta personalizzata e, in caso di necessità, una terapia farmacologica. Alcuni farmaci agiscono sulla percezione del dolore a livello centrale, altri riescono ad interagire sulla conduzione nervosa; in ogni caso tutte le linee guida escludono antinfiammatori, cortisone ed oppioidi forti che non hanno alcun effetto sulla sintomatologia.

La terapia estroprogestinica sostitutiva può essere indicata nelle situazioni di aggravamento della FM in corso di menopausa: allo stato attuale si sta anche sperimentando l'associazione con ormoni maschili (testosterone) che hanno una potente azione anti-infiammatoria ma questa integrazione è ancora *off-label*, cioè non raccomandata da studi controllati.

- 1) <https://www.fmaware.org/about-fibromyalgia/prevalence/women-fibro/>
- 2) Dias, R. C. A., Kulak Junior, J., Ferreira da Costa, E. H., & Nisihara, R. M. (2019). Fibromyalgia, sleep disturbance and menopause: Is there a relationship? A literature review. *International Journal of Rheumatic Diseases*. doi:10.1111/1756-185x.13713
- 3) Klerman EB, Goldenberg DL, Brown EN, Maliszewski AM, Adler GK. Circadian rhythms of women with fibromyalgia*. *J Clin Endocrinol Metab*. 2001;86:1034-1039.
- 4) Gibson CJ, et al. Menopause symptoms and chronic pain in a national sample of midlife women veterans. *Menopause*. 2019 Mar 4. doi: 10.1097/GME.0000000000001312.
- 5) Waxman J, McSherry ZS, FibWaxman J, McSherry Zatskis S. Fibromyalgia and menopause. Examination of the relationship. *Postgrad Med*. 1986;80(4):165-171.