

UUED FIBROMÜALGIA DIAGNOSTILISED KRITERIUMID

Fibromüalgia esinemissagedus on kuni 12% ning see on rohkem levinud naiste seas (naiste-meeste suhe 3 : 1). Haiguse levimus suureneb vanusega ja esinemissagedus on suurim 50–59aastaste seas. Tavaliselt algavad kaebused 30–50 aasta vanusena. Üha rohkem on fibromüalgiaat diagnoositud ka laste ja noorukite seas, neil on esinemissagedus 1–6%.

Fibromüalgia patsientidel on tavaliselt anamneesis krooniline valu eri kehapiirkondades, väsimus, une-, meeleolu- ja mäluhäired, mis on tingitud tsentraalsest sensibilisatsioonist. On täheldatud analgeetiliste alanevate juhteteede aktiivsuse vähenemist ning valu võimendavate juhteteede üliaktiivsust. Sageli on funktsionaalsel magnetresonantsomograafial leitud *insula* hüperaktiivsust.

Fibromüalgia patogenees on suuresti teadmata. Kaksikute uurinutest on selgunud, et geneetika ja keskkonna mõju haigusele on ligikaudu võrdväärne. Polümorfisme on täheldatud serotoniini-2A retseptorit, serotoniini transportija, dopamiin 4 retseptorit ja katehoolamiinometüültransferaasi kodeerivates geenides. Tõenäoliselt on oluline roll ka epigeneetilistel muutustel. Keskkonnateguritest on põhjusena välja toodud traumeerivaid kogemusi varases lapseas, infektsioonhaigusi (Epsteini-Barri viirus, Lyme'i tõbi, Q-palavik, viirushepatiit), traumaid ja psühholoogilisi stressoreid.

Patsientidel võib võrreldes tava-rahvastikuga esineda sagedamini peavalusid, düsmenorröad, temporomandibulaarliigese probleeme, ärritatud soole sündroomi, endometriooosi ning kaela- ja seljavalusid. Sageli on ka pereanamneesis kroonilise valu sündroomi, fibromüalgia patsientide lähisugulastel on kaheksa korda suurem risk haiguse kujunemiseks.

Aastakümnete jooksul on fibromüalgia diagnoosimise hõlbustamiseks välja töötatud mitmeid diagnostilisi kriteeriume. Fibromüalgiale iseloomuliku varieeruva kliinilise pildi ja kaasuvate haiguste tõttu on selle diagnoosimine jätkuvalt keeruline ning see põhjustab fibromüalgia aladiagnoosimist ja seetõttu alaravimist. Fibromüalgia diagnoosi püstitamine võib võtta üle kahe aasta.

ACTTION (*Analgesic, Anesthetic and Addiction Clinical Trial Translations Innovations Opportunities and Networks*) ning APS (*American Pain Society*) koostööl algatati ACTTIONi-APSi valutaksonoomia (*ACTTION-APS Pain Taxonomy*, AAPT) uute diagnostiliste kriteeriumite väljatöötamine.

1990. aasta diagnostilistes kriteeriumites keskenduti eelkõige kroonilisele laiaulatuslikule valule, mida defineeriti kui valu keha mõlemal poolel nii allpool kui ka ülalpool vöökohta ja aksiaalset skeletivalu, ning puutehülusele, mida defineeriti kui valu palpatsioonil vähemalt 11 kohas 18 spetsiifilisest punktist. Kuigi kriteeriumid aitasid edasi arendada fibromüalgiale keskenduvaid teadustöid, ei olnud kliinilises praktikas otstarbekas kriteeriume rakendada.

2010. ja 2011. aasta kriteeriumites ei kirjeldatud fibromüalgiaat mitte enam kroonilise valusündroomina, vaid seda näidati kui mitme sümptomiga häiret ning diagnostilises kriteeriumitest eemaldati spetsiifiliste ülitundlike punktide olemasolu vajaduse rõhutamine. Suuremat rõhku pöörati kaasuvatele kaebustele

ning valu kui peamine sümptom jäi tagaplaanile. Seetõttu nõuti 2016. aasta kriteeriumites, et patsiendil esineks laiaulatuslik valu – valu pidi esinema viiest kehapiirkonnast vähemalt neljas.

Uute, 2018. aasta diagnostiliste kriteeriumite kohaselt (vt tabel 1) peab patsiendil olema krooniline valu, mis peab esinema üheksast kehapiirkonnast vähemalt kuues. Uutes põhikriteeriumides on vähenatud valuga mitteseotud kaebusi, et lihtsustada diagnoosi püstitamist. Peamisteks kaasuvateks sümptomiteks on kriteeriumides väsimus ning uneprobleemid, mida esineb enamikul fibromüalgia patsientidel.

Väsimust defineeritakse kriteeriumides kui meditsiinitöötaja hinnatud mõõduka raskusega väimset ja/või füüsilist väsimust. Füüsiline väsimus võib avalduda näiteks füüsilisele aktiivsusele järgneva jõuetusena, suutmatusega hakkama saada igapäevaste tavatoimingutega või koormuse järel suurema puhkamisvajadusega.

Uneprobleeme defineeriti kui raskusi uinumisel, sagedasi öiseid ärkamisi või mitte väljapuhanud tunnet magamise järel. Ka neid kaebusi peab olema meditsiinitöötaja hinnanud mõõduka raskusastmega probleemiks.

Fibromüalgia on krooniline haigus, mistõttu peavad eelnimetatud kaebused olema esinenud vähemalt 3 kuu jooksul.

Lisaks laiaulatuslikule valule, väsimusele ja uneprobleemidele võib esineda veel mitmeid kaebusi, mis ei ole otseselt vajalikud fibromüalgia diagnoosimiseks, kuid mis võivad diagnoosi kinnitada.

Tabel 1. Fibromüalgia diagnostilised kriteeriumid (1)

| Peamised diagnostilised kriteeriumid |
|---|
| 1. Laialdane valu, mis esineb vähemalt kuues üheksast kehapiirkonnast |
| 2. Mõõduka või tõsise raskusastmega unehäired VÕI väsimus |
| 3. Laialdane valu ja väsimus või unehäired on esinenud vähemalt 3 kuu jooksul |

Sageli kaebavad patsiendid pehmete kudede ja lihaste hellust või ülitundlikkust sellise stiimuli suhtes, mis tavapäraselt valu ei peaks tekitama. Lisaks võib esineda kognitsioonihäireid, näiteks keskendumisraskusi, mäluprobleeme või aeglustunud mõtlemist. Suuremal või vähemal määral esineb kõigil fibromüalgiaga patsientidel muskuloskeletaalsel jäikust, mida on sageli raske eristada reumatoidartriidiga, reumaatilise polümüalgiaga ja anküloseeriva spondüliidiga kaasnevast jäikusest. Tüüpiline on hommikune jäikus, mis päeva jooksul väheneb. Erinevalt teistest eelnimetatud haigustest ei ole fibromüalgiaga kaasnev kangustunne leevendatav kortikosteroidraviga.

Lisaks on täheldatud keskkonna suhtes ülitundlikkust, mis võib avalduda kui ereda valguse, müra, tugevate lõhnade ja külma talumatusena. Tõenäoliselt on see tingitud tsentraalsest sensibiliseerimisest.

Fibromüalgia on seotud mitmete teiste kaasuvate haigustega, mida võib kategoriseerida kui somaatilise valu sündroomi, psühhiaatrilisi haigusi, unehäireid ja reumaatilisi haigusi. Somaatilise valu sündroomidest on sagedasemad ärritatud soole sündroom, krooniline vaagnavalu ja interstitsiaalne tsüstiit, kroonilised suu- ja näopiirkonna probleemid (nt temporomandibulaarne häire), krooniline peavalu ja migreen.

Psühhiaatrilistest häiretest on fibromüalgia tihti seotud depressiooni, bipolaarse häire, ärevushäirete (generaliseerunud ärevushäire, paanikahäire, posttraumaatilise stresshäire, sotsiaälrevuse ja obsessiiv-kompulsiivhäirega) ning ainete kuritarvitamisega. Fibromüalgiaga koos esineb sageli obstruktiivset ja tsentraalset unepuudet.

Reumaatilistest haigustest on fibromüalgia seotud reumatoidartriidi, süsteemse erütematoosse luupuse, sklerodermia ja Sjögreni sündroomiga. Lisaks on täheldatud ka osteoartriiti, liigeste hüpermoobiilsust ning ülekaalusust.

Lisaks esineb mitmeid haigusi, millel võib olla fibromüalgiaga sarnane kliiniline pilt ning mida

Tabel 2. Fibromüalgia diferentsiaaldiagnostika (1)

| Välistatav haigus | Fibromüalgiast eristavad sümptomid-leiud |
|-----------------------------------|---|
| Reumatoloogilised haigused | |
| Reumatoidartriit | Domineerib liigesejäikus, sümmeetriline liigeste paistetuse, hommikune jäikus üle 1 tunni |
| Süsteemne erütematoosne luupus | Hulgielundihaaratus, liigese-/lihasevalu, nahalööve, fotosensitiivsus, palavik |
| Polüartikulaarne osteoartriit | Liigesejäikus, krepitatsioonid, liigesevalu |
| Reumaatiline polümüalgia | Proksimaalne öla- ja vaagnavöötme valu, nõrkus, jäikus. Sage vanemas eas |
| Polümüosiit | Sümmeetriline proksimaalne lihasnõrkus ja -valu |
| Spondüloartropaatia | Valu lülisambas, valu tõttu liikuvusulatuse vähenemine |
| Osteomalaatsia | Difuusne luuvalu, luumurrud, proksimaalne müopaatia lihasnõrkusega |
| Neuroloogilised haigused | |
| Neuropaatia | Tundlikkushäired, nõrkus, tuimus |
| Multiipelne skleroos | Nägemishäired, jäsemete tuimus, kõnehäired |
| Infektsioossed haigused | |
| Lyme'i tõbi | Nahalööve, artriit või artralgiat |
| Hepatiit | Ülakõhuvalu paremal, iiveldus, isutus |
| Endokriinsed haigused | |
| Hüperparatüreoidism | Suurenenud janu ja urineerimine, neerukivid, iiveldus/oksendamine, isutus, kõhukinnisus |
| Cushingi sündroom | Hüpertensioon, diabeet, hirsutism, kuunägu, kaalutõus |
| Addisoni tõbi | Posturaalne hüpotensioon, iiveldus/oksendamine, naha hüperpigmentatsioon, kaalulangus |
| Hüpertüreoidism | Külmatalumatus, kõhukinnisus, kaalutõus, juuste väljalangemine |

tuleb diferentsiaaldiagnostiliselt arvesse võtta (vt tabel 2). Siia hulka kuuluvad näiteks hüpotüreoidism ja põletikulised reumaatilised haigused, kuid ka mitmete ravimite kasutamine (nt statiinid, aromataasi inhibiitorid, bisfosfonaadid, opioidid).

Fibromüalgia diagnoosimiseks ei ole vaja teha hulgaliselt laboratoorseid analüüse. Küll aga on vajalikud mõned diagnostilised testid teiste haiguste kinnitamiseks või välistamiseks. Informatiivsed võivad olla erütrotsüütide settekiiruse, C-reaktiivse valguga ja kilpnäärme hormoonide sisalduse määramine, samuti hemogramm. Rutiinselt reumatoidfaktori või antinukleaarsete antikehade määramine ei ole soovituslik, kui just patsiendil ei esine autoimmuunsele haigusele viitavaid kaebusi või kui esialgsed põletikunäitajad on üle referentspiiride. Sümptomite, anamneesi ning

objektiivse läbivaatuse põhjal võib kaaluda ka ferritiini, transferrini küllastatuse, B₁₂-vitamiini ja D-vitamiini sisalduse määramist.

Just mitmete kaasuvate haiguste tõttu, mis võivad anda fibromüalgiale iseloomulikke kliinilisi pilti või seda vastupidi varjata, ongi selle diagnoosimine hoolimata selgetest diagnostilistest kriteeriumidest niivõrd keeruline.

REFEREERITUD

- Arnold L, Bennett R, Crofford L. AAPT Diagnostic criteria for fibromyalgia. *J Pain* 2018. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2018.10.008>.



Reile Juhanson – Tartu Ülikooli meditsiiniteaduste valdkond