

פיברומיאלגיה

1.1. רקע

כאבים כרוניים הם אחת התלונות השכיחות ביותר של מטופלים. האיגוד הבינלאומי לחקר כאב (IASP) מעריך כי כאבים כרוניים, כולל כאבי שרירים ושלד, מפרקי כאבים בצוואר ובגב, כאבים הנובעים ממחלת סרטן, טראומה וכאב פוסט-כירורגי וכאב ראש כרוני, פוגעים בכ- 20% (10–55%) מהאוכלוסייה הבוגרת, ברחבי העולם (Harstall & Ospina, 2003). תופעה זאת נחשבת נטל חברתי וכלכלי מרכזי לאנשים הסובלים מכאב, למשפחות ולחברה, עם השלכות פיזיות ופסיכולוגיות חשובות לסובלים עצמם (Azevedo, Costa, Pereira, Mendonça, Dias, & Castro-Lopes, 2012).

לאחר דלקת מפרקים ניוונית, פיברומיאלגיה היא ההפרעה "השגרונית" השנייה בשכיחותה. בהתאם לקריטריונים האבחוניים, השכיחות היא בין 2% ל-8% מהאוכלוסייה הכללית (Clauw, 2014). כ-3-5 מהקריטריונים האבחוניים לפיברומיאלגיה פורסמו עוד בשנת 1990 וישומו דגש על כאב כרוני עם מספר נקודות רגישות (Clauw, 2014). כאשר נעשה שימוש בהגדרה זו, כמעט כל החולים אשר אובחנו עם פיברומיאלגיה היו נשים מכיוון שיש להן הרבה יותר נקודות רגישות מאשר גברים.

קריטריונים חדשים יותר לאבחון פיברומיאלגיה מבוססים על תסמינים ואינם דורשים ספירת מספר נקודות (Wolfe et al., 2011). כאשר נעשה שימוש בקריטריונים אלו, היחס בין גברים לנשים הוא 1:2, בדומה למצבי כאב כרוניים אחרים. פיברומיאלגיה יכולה להתפתח בכל גיל, כולל בילדות. השכיחות דומה במדינות, תרבויות וקבוצות אתניות שונות; אין שום עדות לכך שלפיברומיאלגיה שכיחות גבוהה יותר במדינות ותרבויות מתועשות (Clauw, 2014).

חולים המפתחים פיברומיאלגיה הם בדרך כלל מתאפיינים בהיסטוריה של כאב כרוני בכל חלקי גופם. כאבים כרוניים נקודתיים או אזוריים מופיעים אצל כ-30% מהאוכלוסייה. חולים עם פיברומיאלגיה עשויים לסבול מהיסטוריה של כאבי ראש, דיסמנוריה, עייפות כרונית, תסמונת המעי הרגיז והפרעות שונות במערכת העיכול, דלקת שלפוחית השתן, אנדומטריוזיס ותסמונות כאב אזוריות אחרות (במיוחד כאבי גב וצוואר) (Hudson & Pope, 1994).

ניתן לחשוב על פיברומיאלגיה כעל מצב של כאב מרכזי (centralized pain). כאב מרכזי היא הפרעה המאפיינת את החולה לאורך כל החיים, החל מגיל ההתבגרות או הבגרותם הצעירה, ובאה לידי ביטוי בכאב שנחווה באזורי גוף שונים בזמנים שונים (Williams & Clauw, 2009). "מרכזיות" הכאב מתייחסת למקור הכאב – מערכת העצבים המרכזית. החולים חשים יותר כאב ממה שניתן היה לצפות בדרך כלל בהתבסס על מידת הקלט הנאוצפטטיבי (Clauw, 2014). הבנת כאב מרכזי חשובה למנתחים ומטפלים מכיוון שמטופלים עם הפרעות אלה עשויים לבקש התערבויות אשר מטפלות במקור נקודתי לכאב (למשל, כריתת רחם), ניתוח (גב) (Wolfe et al., 1997). באופן לא מפתיע, פנוטיפ של המחלה אשר מתאפיין בנטייה לכאב, מנבא כישלון להגיב לאופיואידים או לניתוחים שבוצעו להפחתת כאב.

לפיברומיאלגיה יש נטייה משפחתית - בני משפחה של חולים עם פיברומיאלגיה עשויים להיות בעלי היסטוריה של כאבים כרוניים (Arnold et al., 2004). גורמים גנטיים עשוי להסביר את הנטייה המשפחתית החזקה לפיברומיאלגיה ולמצבים אחרים של של כאב כרוני (Holliday & McBeth, 2011). מחקרים תאומים מצביעים על כך שכ 50%- מהסיכון להתפתחות פיברומיאלגיה ומצבים הקשורים למחלה זו, כמו תסמונת המעי הרגיז וכאב ראש, הם גנטיים ו-50% הם סביבתיים (Kato, Sullivan, Evengård, & Pedersen, 2009). גורמים סביבתיים הסבירים ביותר לעורר פיברומיאלגיה כוללים גורמי לחץ הכרוכים בכאב חריף, מהסוג שנמשך בדרך כלל מספר שבועות. פיברומיאלגיה או מחלות דומות, כמו תסמונת עייפות כרונית, יכולים להיגרם על ידי סוגים מסוימים של זיהומים (למשל, נגיף אפשטיין-באר, מחלת ליים, קדחת Q, דלקת כבד נגיפית) (Buskila, Atzeni, & Sarzi-Puttini, 2008) טראומה כגון תאונת דרכים או מלחמה (Lewis et al., 2012), כמו גם לחץ וסטריס פסיכולוגי.

פיברומיאלגיה עשויה להופיע גם במצבי כאב כרוניים אחרים כגון דלקת פרקים ניוונית, דלקת פרקים שגרונת וזאבת. כ-10% עד 30% מהמטופלים הסובלים מהפרעות ראומטיות אלו עומדים גם בקריטריונים לפיברומיאלגיה (Phillips & Clauw, 2013). בעבר, מצב זה נקרא "פיברומיאלגיה משנית", אמנם עדיף לראות בתופעה זו כאב מרכזי מכיוון שהופעה זו שכיחה ועשויה להופיע בכל תת קבוצה של כאב כרוני.

העובדה שחולי פיברומיאלגיה סובלים מרגישות מפוזרת בחלקי גוף שונים, הובילה למחקרי הדמיה עצבית מוחית תפקודית, כימית ומבנית. מחקרים אלה הראו בסיס ביולוגי לכאבי פיברומיאלגיה ותסמונות הגברת כאב קשורות (Harris, & Clauw, 2006). חולי פיברומיאלגיה חווים כאב עבור גירויים אשר נחשבים עבור אנשים ללא מחלה זו כמגע. מחקרי הדמיה תהודה מגנטית פונקציונלית של תגובת המוח לגירויים אלה מראים דפוסי הפעלה מוחית באזורי עיבוד כאב בקרב חולי פיברומיאלגיה כאשר מפעילים עליהם לחץ קל או גירוי חום.

סוגיות פסיכולוגיות, התנהגותיות וחברתיות תורמות לפתוגנזה של פיברומיאלגיה ומסבכות את הטיפול בה. אנשים הסובלים מפיברומיאלגיה סובלים יותר בין היתר מהפרעות פסיכיאטריות, כולל דיכאון, חרדה, הפרעה טורדנית כפייתית (OCD) והפרעת דחק פוסט-טראומטית. הדבר עשוי לנבוע מהטריגרים הנפוצים למצבים פסיכיאטריים ופיברומיאלגיה כמו מתח או טראומה בילדות. נוירורנסמיטורים המתווכים בהעברת כאב עשויים להשפיע גם על מצב הרוח, הזיכרון, העייפות והשינה. גורמי סיכון שניתן לשלוט בהם כוללים שינה לקויה, השמנת יתר, חוסר פעילות גופנית ותפקוד כללי בחיים. דפוסים קוגניטיביים כמו קטסטרופיזציה (דרך חשיבה המקצינה השלכות שליליות) או חשש כי תנועה תחמיר את הכאב הם גורמים המנבאים פיברומיאלגיה ומצבים אחרים של כאב כרוני. ניתן לטפל ברכיבים הפסיכולוגיים של פיברומיאלגיה או במצבי כאב אחרים על ידי טיפול התנהגותי קוגניטיבי, שיכול להיות יעיל מאוד, אך למרבה הצער לעיתים רחוקות משתמשים בו בפרקטיקה קלינית. מטופלים רבים הנראים בתרגול קליני שגרתי הסובלים מתסמונות פיברומיאלגיה או דמויי פיברומיאלגיה עשויים להגיב היטב להתערבויות פשוטות כגון הפחתת לחץ, שיפור דפוסי השינה והגברת הפעילות הגופנית (Clauw, 2014).