
Síndrome de fatiga crònica

Autor:

Data de publicació: 29-04-2021

Síndrome de fatiga crònica

Magdalena, d'Eva Bonnier (1887).

Especialitat

neurologia reumatològica

Sinònim

Encefalopatia miàlgica

Síndrome d'atènia crònica

Síndrome de fatiga crònica i disfunció immunitària

Encefalomièlitis miàlgica.

Avís mèdic

[editar dades a Wikidata]

La síndrome de fatiga crònica (HFS), també coneguda com a encefalomièlitis miàlgica / síndrome de fatiga crònica (MS/SFC) o malaltia d'intolerància a l'estrès sistèmic (ESIE), és una malaltia crònica encara no coneguda i complexa

caracteritzada per la fatiga persistent i la presència de dificultats cognitives, sense una causa clara.^{1?2?3?}

Pot afectar gradualment el sistema immunitari,neurològic, cardiovascular i endocrí, i la peculiaritat nociva del qual és provocar fatiga intensa, febre o febre,son no reparador, intolerància lleugera(fotofòbia),so(hiperacusi)i canvis de temperatura, mal de cap, dolor muscular i articular, sensació d'estat de grip permanent, faringitis crònica, dificultats de concentració i pèrdua de memòria recent, desorientació espacial, intolerància a l'activitat emocional. ^{1?2?}

Considerada en el passat com una suposada condició psicossomàtica,ara es reconeix que no es tracta d'una malaltia psicològica o psiquiàtrica, sinó d'un trastorn de base orgànica, les causes exactes del qual encara no es coneixen.^{4?}

Índex

Classificació

Hi ha un corrent que abasta la fibromiàlgia, la síndrome de fatiga crònica i altres síndromes relacionats dins d'una categoria anomenada síndromes centrals de sensibilització,5també conegut per les seves sigles CSS, que hiperexcita certs grups de neurones, especialment les relacionades amb la sensació de dolor. Els defensors d'aquesta tesi advoquen per l'ús del concepte de CSS com a nou paradigma que serviria per centrar-se en l'explicació i diagnòstic de l'encefalomielitis miàlgica i malalties com la fibromiàlgia que sovint es presenten com a comoritats en aquests pacients.^{6?}

Epidemiologia

Actualment, s'estima que la malaltia afecta al voltant del 0,5% de la població mundial i que la ràtio de gènere és del 90% de les dones i del 10% dels homes. És una malaltia que pot manifestar-se de formes lleus a extremadament greus.⁷Sol ocórrer en comorabilitat amb fibromiàlgia, síndrome d'Ehlers-Danlos, síndrome de l'intestí irritable, síndrome de Sjogren i sensibilitat química múltiple.

Tot i que no es considera una malaltia mortal en si mateixa, és probable que hi hagi un elevat nombre de morts a causa d'ella, ja que les causes de mort per a aquests pacients solen estar vinculades a insuficiència cardíaca, càncer o suïcidi,per la qual cosa és difícil reconèixer-les en origen.^{8?}

aetiologia

Malgrat nombrosos estudis internacionals, tant l'aetiologia com la patogènesi de la síndrome de fatiga crònica estan lluny d'aclarir-se. No obstant això, diversos estudis han demostrat ara que l'estrès oxidatiu és un component de la malaltia, tot i que no s'ha determinat si el dany oxidatiu és la causa o l'efecte.^{9?}

El 2001, un estudi va publicar que l'elevació de peròxinitrites i òxid nítric (NO) podria ser el nexa comú en l'etiologia de la síndrome de fatiga crònica, la sensibilitat química múltiple i l'estrès posttraumàtic.^{10?}

A l'octubre de 2009, un estudi dels Estats Units va informar de la possibilitat que un retrovirus anomenat XMRV fos el detonant, incitant a l'interès de la comunitat científica internacional. Estudis independents realitzats en diversos països han conclòs que no hi ha cap associació entre el virus i la síndrome de fatiga crònica i atribueixen els primers resultats a la contaminació de mostres al laboratori i errors en el protocol.^{11?}

Fa vint anys es va anomenar grip yuppie,ja que es pensava que afectava especialment els joves professionals urbans, d'entre 20 i 40 anys, que patien esgotament de l'estrès.¹²Més tard es va pensar que era una infecció crònica del virus Epstein-Barr,causant l'anomenada mononucleosi infecciosa o "malaltia de besar".^{13?14?}

Posteriorment es va proposar un sobrecreixement intestinal infecció del fong *Candida albicans* (candidiasi),fruit de l'estil de vida estressant, dieta inadequada rica en sucres i carbohidrats ràpidament absorbits, antibiòtics sobreconsumits i corticoides, etc. No obstant això, no hi ha dades objectives sobre aquesta hipòtesi. Els seus defensors assumeixen que les toxines produïdes per fongs poden desencadenar la síndrome de fatiga crònica i que aquestes infeccions cròniques o recurrents poden ser causades per un reservori de llevats intestinals. Els opositors a aquesta teoria, però, assenyalen que no hi ha dades concretes sobre el significat patogènic d'un reservori intestinal de llevat. A més, els estudis controlats no han demostrat l'eficàcia del tractament antifúngics.^{15?}

Altres teories apunten a plaguicides¹⁶ o agents químics tòxics ambientals i alimentaris excessius en societats industrialitzades (intoxicació per insecticides organofosforats, dissolvents i monòxid de carboni).¹⁷

També s'ha considerat associat a situacions de deteriorament del ritme o qualitat del son i estrès psicològic intens com el mobbing i el trastorn d'estrès posttraumàtic. Fins i tot a situacions d'hipersensibilitat ambiental com la sensibilitat química múltiple, la síndrome de construcció malalta i la síndrome de la guerra del Golf.¹⁸

En anys anteriors s'ha buscat un vincle entre el PFS i els següents microorganismes, tot i que actualment no hi ha evidència clara de l'associació de la síndrome de fatiga crònica amb virus específics:¹⁹

Epstein-Barr.
Citomegalovirus.
Toxoplasma gondii (Toxoplasmosi)
Herpesvirus tipus 6 i 7.
Parvovirus B19.
Chlamydia
Mycoplasma.
Hepatitis B i C.
Borrelia burgdorferi (malaltia de Lyme).
Brucella melitensis humana (febres de Malta).
Sífilis venèria (Lúes).²⁰²¹²²

Quadre clínic

Els afectats solen declarar que senten que han contret "una grip que mai cura". La simptomatologia és molt variable pel que fa al seu grau de gravetat i presentació temporal, des d'estats de fatiga anormal perllongada amb diversos símptomes de grip fins a malalties cròniques molt incapacitants amb molts símptomes que poden afectar tot el cos i prostrar els malalts al llit durant períodes molt llargs, i fins i tot una incapacitat completa per realitzar qualsevol activitat durant anys. Molts pacients acaben sortint molt poc de casa seva a causa de l'alt grau de malaltia i debilitat que senten.

En casos greus, pot ocórrer tota aquesta simptomatologia: esgotament molt profund, dolors generalitzats, sensació dèbil a la menor esforç físic o mental, insomni, malsons, son no reparador, despertar-se amb fred, sudoració, tiritonas; intolerància al fred i a la calor, canvis en el clima atmosfèric o grau d'humiditat, a la sequedat, a l'alcohol; hipersensibilitat a aliments prèviament tolerats, olors fortes, perfums, vapors químics com gasolina i dissolvents, sabors artificials, medicaments o excipients; migranya, vertigen, marejos permanents, nàusees, diarrea, síndrome de l'intestí irritable, inflamació de la bufeta, pròstata, infeccions i molèsties del tracte urinari, genitals, infeccions respiratòries, infecció mamària paranasal, rinitis cròniques, trastorns hepàtics freqüents, problemes de digestió de greixos i carbohidrats, taquicàrdia, símptomes i signes de fatiga cardíaca, empitjorament sever en fer exercici, incapacitat per aturar-se o caminar durant períodes cada vegada més curts, intolerància ortostàtica amb sensació de síncope, asfíxia o taquicàrdia, generalment a causa de la fallada del sistema nerviós autònom que solen presentar aquests pacients (dysautonomia).

Els símptomes cognitius, mentals i emocionals també poden ser molt variats. Poden presentar dèficits significatius en la capacitat de concentració, atenció, aprenentatge, habilitats matemàtiques; poden perdre les seves habilitats en proves psicotècniques i mostrar una proporció d'intel·ligència molt inferior a la que tenien abans d'emmalaltir. Emocionalment poden estar deprimits, angoixats, experimentant una gran ansietat i de vegades una crisi d'angoixa quan se senten incompresos. Tots aquests trastorns són conseqüència de la malaltia i no a l'inrevés.

Evolució

L'aparició pot ser sobtada, similar a un brot víric o gripal "que mai cura" o insidiós. És habitual començar després d'un període d'estrès emocional, un accident amb traumatismes o una intoxicació. L'evolució cap a l'empitjorament pot durar anys, fins a arribar al mateix punt que els que van adquirir la malaltia de forma sobtada i comparteixen tota la simptomatologia, característiques i peculiaritats sense distinció. Ambdues solen trigar anys a obtenir un diagnòstic, i mentre es diagnostiquen erròniament amb depressió, ansietat, insomni, atènia, neuroatènia o estrès.

Hi ha casos en què els símptomes desapareixen durant algun temps, dies o setmanes, però la malaltia és crònica i recurrent, i només el 5% dels pacients es recuperen completament. Normalment com més temps passi sense millora, pitjor serà el pronòstic de recuperació. També l'edat del pacient és un factor important i els pacients més joves tenen millors perspectives de recuperació. [cal citació] Els pacients solen visitar múltiples especialistes, terapeutes alternatius, provar tot tipus de medicaments, remeis, suplementes, herbes, vitamines, modificar la seva dieta, viatjar maltractats per

visitar altres metges i terapeutes llunyans que se'ls ha explicat, gastar molts diners en ell, i normalment obtenir poc rendiment perquè amb prou feines aconseguixen millores significatives.

Diagnòstic

L'abordatge general d'un pacient amb fatiga crònica inclou la realització d'una història clínica completa i una exploració física, centrant-se en identificar els símptomes més molestos i els que poden indicar una malaltia subjacent més greu, d'acord amb les directrius de l'Institut Nacional d'Excel·lència per a la Salut i l'Atenció (NICE). Una altra part important és l'exploració mental estatal, inclosa l'avaluació de la depressió, que està present en el 39-47% dels pacients amb HFS.19?

No hi ha proves de laboratori que es puguin utilitzar per diagnosticar PFS. No obstant això, són necessaris per descartar altres causes de fatiga. Els Centres per al Control i la Prevenció de Malalties (CDC) i NICE recomanen un conjunt mínim de proves per a pacients amb fatiga crònica.19?

El CDC recomana proves d'orina, recompte complet de sang, panell metabòlic integral i mesurament de nivells de fòsfor, hormona estimulant tiroïdal (TSH) i proteïna C reactiva.19?

NICE també recomana la determinació dels nivells d'anticossos antientomiacs de tipus IgA per a la detecció de celiaquia,19 que es pot prendre principalment amb símptomes neurològics i sense cap símptoma digestiu.9 No obstant això, la negativitat dels anticossos no descarta la celiaquia.23 A més, la fatiga crònica és un símptoma que pot ser causat per la sensibilitat al gluten no celíac, en el qual totes les proves per a celíacs són negatives però el pacient millora eliminant el gluten de la dieta.24?

Si s'indica per història o exploració física, NICE també recomana la detecció de fàrmacs d'orina, proves de factors reumatoides i nivells d'anticossos antinuclears (ANA). No es recomanen títols virals a menys que la història del pacient suggereixi un procés infecciós, ja que no confirmen ni descarten el diagnòstic de PFS.19?

Criteris diagnòstics

Al llarg dels anys s'han publicat vuit conjunts de criteris diagnòstics per al diagnòstic de la síndrome de fatiga crònica.25 Aquests inclouen els criteris de Fukuda de 1994 (que han estat els més utilitzats tant en la recerca com en la pràctica clínica diària)26 i el més recent, elaborat per l'Acadèmia Nacional de Medicina dels Estats Units el 2015.25 No obstant això, no hi ha consens sobre quin conjunt de criteris per a tots els publicats fins ara descriuen amb més precisió les persones amb aquesta síndrome.25 A més, cap d'ells ha estat provat adequadament per determinar si s'està realitzant un correcte diagnòstic diferencial amb altres malalties que produeixen símptomes similars als que es troben en persones amb síndrome de fatiga crònica.25?

Criteris diagnòstics de Fukuda (1994)

Presència dels dos criteris següents:27?

Fatiga crònica persistent (durada d'almenys 6 mesos), o intermitent, sense explicació, que apareix de nou o amb un inici definit, i no fruit d'esforços recents. Aquesta fatiga no millora clarament amb el repòs, i es tradueix en una reducció considerable dels nivells esperats d'activitat diària del pacient.

Exclusió d'altres malalties potencialment causants de fatiga crònica.

Simultàniament, quatre o més signes o símptomes han d'estar presents de la llista següent, tots amb una durada de 6 mesos o més, i després de la presentació de fatiga:27?

Trastorns de concentració o memòria.

Odinofagia (mal de coll produït en empassar).

Adenopaties doloroses axil·lades o cervicals.

Miàlgies (dolors musculars).

Poliartralgia (dolor multi-articular), sense signes inflamatoris.

Mal de cap d'aparició recent (mal de cap) o característiques diferents de l'habitual.

Son no restaurador.

Molèsties postestrès de més de 24 hores.

Criteris de consens canadencs (2006)

D'acord amb aquests criteris, un pacient amb MS/SFC ha de tenir fatiga postestrès, molèsties i/o fatiga, disfunció del

son i dolor; ha de tenir dues o més manifestacions neurològiques/cognitives i un o més símptomes de dues de les categories de manifestacions autonòmiques, neuroendocrines i immunitàries; i complir amb l'article 7.28?

Fatiga: El pacient ha de tenir un grau significatiu de fatiga física i mental nova, inexplicable, persistent o recurrent que redueixi substancialment el nivell d'activitats.

Malestar i/o fatiga post-esforç: Hi ha una pèrdua inadequada de vigor físic i mental, fatiga muscular i cognitiva ràpida, molèsties i/o fatiga i/o dolor post-esforç i tendència que els altres símptomes associats empitjorin dins del conjunt de símptomes del pacient. Hi ha un període de recuperació patològicament lent, generalment 24 hores o més.

Trastorn del son: Hi ha son no reparador i/o alteracions en la quantitat o ritmes invertits o caòtics del son diürn

Dolor: Hi ha un grau significatiu de miàlgies. El dolor muscular i/o articular es pot experimentar i sovint és de naturalesa estesa i migratòria. Sovint es produeixen mals de cap significatius d'un nou tipus, patró o serietat.

Manifestacions neurològiques/cognitives: Dues o més de les següents dificultats han d'estar presents: confusió, deteriorament de la concentració i consolidació de la memòria a curt termini, desorientació, dificultats amb el processament de la informació, catalogació i trobada de paraules perceptives i sensorials i alteracions, per exemple, inestabilitat espacial i desorientació i incapacitat per enfocar l'ull. L'atàxia, la debilitat muscular i el tremolor són comuns. Pot haver-hi fenòmens de sobrecàrrega cognitiva i sensorial, com ara fotofòbia i hipersensibilitat al soroll i/o sobrecàrrega emocional, que poden conduir a períodes de "xoc" i/o ansietat.

Almenys un símptoma de dues de les categories següents:

Manifestacions autonòmiques: intolerància ortostàtica–Hipotensió Neurològica Mediada (HNM), síndrome de taquicàrria ortostàtica postural (POTS), hipotensió postural retardada; inestabilitat cefàlica; pal·lidesa extrema; nàusees i síndrome de l'intestí irritable; freqüència urinària i disfunció de la bufeta; palpitations amb o sense arítmies cardíques; dispnea postestrès.

Manifestacions neuroendocrines: pèrdua d'estabilitat termostàtica – baixa temperatura corporal i amb marcades fluctuacions diürnes, episodis de sudoració, sensacions recurrents de febre i extremitats fredes; intolerància de les extremitats al fred i a la calor; canvis marcats en el pes de l'anorèxia o la gana anormal; pèrdua d'adaptabilitat i empitjorament dels símptomes amb estrès.

Manifestacions immunitàries: ganglis limfàtics sensibles i/o dolorosos, mal de coll freqüent, símptomes gripals, malestar general, noves sensibilitats a aliments, medicaments i/o productes químics.

La malaltia persisteix durant almenys sis mesos.

Criteris de Jason (2007)

En nens i adolescents, hi ha els criteris de Jason (2007) per al diagnòstic clínic, tot i que es necessiten estudis addicionals per a l'avaluació. Des d'un punt de vista pràctic, és recomanable utilitzar també criteris per a adults en aquestes edats.^{27?}

Criteris de Consens Internacional (2011)

En aquests criteris, s'estableix que el terme "encefalomielitis miàlgica" és més apropiat que la designació de la síndrome de fatiga crònica, basada en una forta evidència que apunta a una inflamació generalitzada i una neuropatologia multisistèmica.^{29?}

Aquests criteris es desenvolupen de la següent manera:^{29?}

A. SÍMPTOMA OBLIGATORI: Esgotament neuroimmune postestrès Una o més opcions de la llista següent, basades en els criteris descrits anteriorment, indiquen que teniu esgotament neuroimmune post-esforç:

Fatiga física i/o cognitiva marcada i ràpida en resposta a l'esforç, que pot ser mínima, com ara activitats de la vida quotidiana o tasques mentals senzilles; pot ser debilitant i provocar una crisi.

Exacerbació dels símptomes postestrès: per exemple, símptomes aguts d'estil gripal, dolor i empitjorament d'altres símptomes.

Esgotament postestrès que es pot produir immediatament després de l'activitat, o no aparèixer fins hores o dies després.

El període de recuperació és llarg, generalment precis 24 hores o més. Una crisi pot durar dies, setmanes o més. Baix llindar de fatiga física i mental (falta de resistència) que es tradueix en una reducció substancial del nivell d'activitats prèvies a la malaltia.

B. Deteriorament neurològic Almenys un símptoma de tres de les quatre categories de símptomes següents

Deficiències neurocognitives

Dificultats per processar la informació: pensament més lent, concentració deteriorada, per exemple, confusió, desorientació, sobrecàrrega cognitiva, dificultats de presa de decisions, discurs més lent, dislèxia adquirida o que consumeix esforç.

Pèrdua de memòria a curt termini, per exemple. Dificultats per recordar el que un significava, el que deia, trobar paraules, recordar informació, mala memòria de treball.

Dolor

Mals

Dolor significatiu en músculs, articulacions múscul-tendó, articulacions, abdomen o tòrax. És de naturalesa no inflamatòria i sovint migra.

Alteracions del son

Interrupció dels patrons de son: per exemple, insomni, son prolongat incloent migdiades, dormir la major part del dia i estar despert la major part de la nit, despertar-se freqüentment, despertar-se molt abans que abans de posar-se malalt, somnis / malsons vius.

Son no restaurador

Trastorns sensorials, perceptius i motors

Sensorial i perceptiu: per exemple. Incapacitat per enfocar la visió, sensibilitat a la llum, soroll, vibracions, olors, sabors i tacte; deteriorament de la percepció de profunditat.

Motor: per exemple. Debilitat muscular, espasmes, mala coordinació, sensació inestable als peus, atàxia.

C. Trastorns immunes, gastrointestinals i genitourinaris Almenys un símptoma de tres de les cinc categories de símptomes següents

Els símptomes a l'estil de la grip poden ser recurrents o crònics i normalment s'activen o empitjoren amb esforç. per exemple, mal de coll, sinusitis, ganglis limfàtics cervicals i/o axil·lats poden engrandir-se o ser sensibles a la palpació.

Susceptibilitat a infeccions víriques amb períodes de recuperació prolongats.

Aparell gastrointestinal: per exemple nàusees, dolor abdominal, inflamació, síndrome de l'intestí irritable.

Genitourinari: per exemple. Urgència o freqüència urinària, noctúria.

Sensibilitats a aliments, medicaments, olors o productes químics.

D. Pertorbacions en la producció/transport d'energia: almenys un símptoma

Cardiovascular: per exemple. Impossibilitat de tolerar la postura vertical – intolerància ortostàtica, hipotensió intervingut neurològica, síndrome de taquicàrdia ortostàtica postural, palpitations amb o sense arítmies cardíques, lleugeresa/marejos del cap.

Respiratori: per exemple. Fam per l'aire, falta d'alè, fatiga dels músculs de la paret toràcica.

Pèrdua d'estabilitat termostàtica: p. ex. Temperatura corporal per sota de les fluctuacions diürnes normals; episodis de sudoració, sensacions febrils recurrents amb o sense febre, extremitats fredes.

Intolerància als extrems de temperatura.

Criteris de l'Acadèmia Nacional de Medicina dels Estats Units (2015)

El 2015, l'Acadèmia Nacional de Medicina dels Estats Units va dur a terme un informe per als Centres per al Control i la Prevenció de Malalties que suggereix un canvi de nom cap a una representació més fiable de la síndrome i emfatitza la naturalesa orgànica de la malaltia, a diferència de les teories d'una suposada condició psicossomàtica. El nom proposat era "Malaltia sistèmica d'intolerància a l'esforç" (SEID) que es tradueix com a malaltia sistèmica d'intolerància a l'estrès. Aquesta definició responia a la realitat comuna dels pacients, clau en la malaltia, el "Malestar post-esforç" (EMP) també anomenat sota la classificació de consensos internacionals "Esgotament Neuroimmune Post-Esforç". Aquest símptoma clau es recull amb els criteris diagnòstics presentats per l'OIM segons sigui necessari per al diagnòstic.⁴

La revisió conclou: "De l'evidència recollida pel comitè es desprèn que la síndrome de fatiga crònica és una malaltia greu, crònica, complexa i multisistèmica, que limita de manera freqüent i dràstica l'activitat dels pacients afectats".⁴

Afirma que hi ha prou evidència científica en aquests aspectes: malaltia incapacitant, fatiga profunda que no s'alleuja amb repòs, molèsties post-esforç, problemes cognitius i processament lent de la informació, intolerància ortostàtica, dolor, disfunció immunitària i resposta anormal al virus epstein-Barr.

Proposta de criteri diagnòstic per a PFS/MS:

El diagnòstic requereix que el pacient tingui els tres símptomes següents:

Una reducció substancial o deteriorament de la capacitat de realitzar activitats professionals, socials o personals a nivells pre-malaltia, que persisteix durant més de 6 mesos i va acompanyada de fatiga, que sovint es pronuncia, és de nova aparença (no soferta en la vida), no és fruit de l'esgotament de l'activitat excessiva i no és substancialment

alleujada pel descans.
Malestar post-exercici
Descans no reparador

També es requereix almenys una de les dues manifestacions següents:

Deteriorament cognitiu
Intolerància ortostàtica

(S'ha d'avaluar la freqüència i gravetat dels símptomes. El diagnòstic de MS/SFC s'ha de qüestionar si els pacients no presenten aquests símptomes almenys la meitat del temps amb intensitat moderada, substancial o forta.)

Tractament

El tractament de la síndrome de fatiga crònica se centra inicialment en identificar i tractar malalties associades o subjacents i alleujar els símptomes, entre els quals els més freqüents són els trastorns del son, la depressió i el dolor. Els pacients han de prendre períodes de descans quan sigui necessari i practicar tècniques de relaxació. Tot i que no hi ha evidència que aquestes modalitats siguin efectives, és poc probable que siguin nocives i puguin ser beneficioses.^{19?}

No hi ha evidència substancial sobre l'efectivitat de dos dels tractaments generalment prescrits per a la síndrome de fatiga crònica: les teràpies cognitives conductuals (CCC) i la pràctica de l'exercici físic gradual. Els efectes dels primers solen ser moderats i rarament condueixen a la resolució del SFC. El segon fins i tot pot empitjorar els símptomes si no es controla adequadament per no arribar al nivell anaeròbic. [cal citació] No obstant això, no hi ha cap evidència clara sobre el benefici de la teràpia amb fàrmacs en pacients que no presenten trastorns de depressió o d'ansietat mòrbida. ^{19?}

Teràpia cognitiva conductual

Hi ha prou evidència sobre l'efecte beneficiós de la teràpia cognitiva conductual (TCC) en la reducció dels símptomes, la millora de la funció i la qualitat de vida dels pacients amb HFS.^{27?}

Un gran assaig controlat aleatori en adults amb SFC va confirmar que impartit per psicoterapeutes formats té efectes positius sobre els nivells de fatiga, adaptació laboral i social, depressió, ansietat i malestar post-esforç.¹⁹Una revisió cochrane de 2008 també va donar suport a l'ús de TCC per a CFS.^{19?}²⁷Diversos altres estudis han mostrat resultats similars, inclosos els adolescents.^{19?}

No obstant això, aquestes teràpies mostren una pèrdua d'eficàcia a llarg termini.^{27?}

Exercici físic gradual

Aquesta teràpia implica un augment gradual de l'activitat física, amb l'esperança d'una millora creixent de la funció.¹⁹Hi ha prou evidència sobre la seva eficàcia per millorar les mesures de cansament i funcionament físic en pacients amb HFS.²⁷Diversos estudis van concloure que la teràpia amb exercicis graduals era tan efectiva com la teràpia cognitiva conductual (TCC) per a la fatiga i altres aspectes del deteriorament funcional, a excepció dels participants amb depressió.^{19?}

No obstant això, és important tenir en compte que l'excés d'esforç pot empitjorar l'evolució del PFS.²⁷També hi ha algunes evidències que els efectes positius de la teràpia amb exercicis graduals no es correlacionen amb una major capacitat d'exercici, la qual cosa suggereix que els beneficis d'aquesta tècnica, com en el cas del TCC, tenen més a veure amb la influència en el comportament.^{19?}

La combinació de l'exercici físic gradual amb altres estratègies, com el tractament de fàrmacs simptomàtics, l'educació i el TCC ha demostrat una eficàcia moderada.^{27?}

Controvèrsia: Teràpia cognitiva conductual i exercici gradual

L'estudi clau per a la difusió i consagració d'aquests tractaments ha estat el controvertit assaig PACE, un assaig que compara quatre possibles tractaments per a HFS/EM entre els quals s'han destacat tant la Teràpia Cognitiva Conductual com l'Exercici Gradual pels seus resultats positius. Aquest assaig s'ha enfrontat a una Llei de llibertat d'informació en el judici, arran de la demanda d'un dels pacients que hi van participar. Després d'anys de litigis, el jutge va dictaminar a favor dels pacients (que no estaven d'acord amb els resultats i va informar de danys per patent en una sèrie d'enquestes³⁰) les dades crues de l'assaig es van posar a disposició pública, donant com a resultat resultats molt inferiors als que els autors del judici havien informat en les seves conclusions.

Sobre aquesta polèmica, el coordinador acadèmic del Màster en Salut Pública i Periodisme de la Universitat de Berkeley, David Tuller, ha escrit una sèrie d'articles denunciant els aspectes fraudulents de l'assaig PACE i els defectes en la seva metodologia científica, que es van evidenciar fins i tot abans que es decidís l'assaig.

Aquesta és la principal d'una llarga llista de ressenyes ben fonamentades per Tuller per a l'assaig i altres projectes similars dels seus autors: TRIAL BY ERROR: The Troubling Case of the PACE Chronic Fatigue Syndrome Study³¹?

Els defectes de la metodologia no només van ser identificats per Tuller, i la inflació de les xifres es va poder predir fàcilment a partir d'algunes pàgines que van denunciar l'assaig pace com un exemple de mal disseny d'un assaig científic, com va ser el cas de Stats.org: PACE: La investigació que va provocar una rebel·lió dels pacients i va desafiar la medicina.³²?

Un dels aspectes més greus de la fallada metodològica que ambdues anàlisis van informar va ser el canvi de criteris de millora durant l'assaig. Només amb aquest canvi alguns pacients que, en entrar, es van posar malalts, es van considerar a la nova escala com es recuperen, ja que els criteris per avaluar la seva funcionalitat es van tornar molt més laxos i així s'expressen en els resultats, sense advertir del canvi de criteri.

Actualment, amb les dades que els autors de l'assaig PACE estaven obligats a aportar (després d'una inversió de 250.000 lliures de diners públics en la seva defensa jurídica de la llibertat d'informació) es va publicar una reanàlisi al desembre de 2016 que demostrava el que semblava evident, una inflació enorme dels resultats positius per als tractaments d'exercici gradual i teràpia cognitiva conductual: Poden recuperar-se realment els pacients amb síndrome de fatiga crònica? Un comentari crític i una reanàlisi preliminar de l'assaig pace³³?

I com es refereix a l'article publicat el 10 de gener de 2017 a la revista Journal of Neurology and Neurobiology Sci Forschen, en el qual l'autor conclou contundentment: "L'anàlisi de les dades individuals dels participants de PACE Trial participants ha demostrat que el TCC i l'exercici gradual són ineficaços i (potencialment) nocius, invalidant l'assumpció del model biopsicosocial, que es basa en opinions. Com a resultat, el TCC i l'exercici gradual no s'han d'utilitzar com a tractaments (obligatoris) per a HFS/MS. Això evitarà patiments innecessaris infligits als pacients pels seus metges, que és el pitjor de tots els danys, com conclou Spence, i que és totalment evitable. " ³⁴?

L'equip de Vall d'Hebron del Dr. José Alegre va publicar aquesta metaanàlisi sobre l'efectivitat dels tractaments oferts als pacients amb SFC/MS en els quals va concloure que ni l'Exercici Gradual ni la Teràpia Cognitiva conductual són teràpies amb validesa provada. Tractament i gestió de la Síndrome de Fatiga Crònica / Encefalomièlitis miàlgica: totes les carreteres porten a Roma³⁵?

Alimentació

Tot i que es necessiten més investigacions, les troballes de diversos estudis suggereixen ara que la dieta juga un paper important en el desenvolupament dels símptomes del PFS, contràriament a les conclusions d'anys anteriors.⁹?

Antioxidants

L'evidència recent d'algun grau d'estrès oxidatiu en pacients amb HFS suggereix que diversos antioxidants podrien tenir un efecte beneficiós. En aquesta línia, la suplementació amb els antioxidants glutathione, N-acetilcisteïna, àcid α -lipoic, proantocianidines oligomèriques, ginkgo biloba i mirtillus de vacuna és prometedora, tot i que es necessiten estudis clínics per demostrar els seus pacients d'eficàcia amb SFC.⁹?

Intoleràncies alimentàries

La intolerància alimentària sembla estar involucrada en el desenvolupament de símptomes de PFS, tot i que la informació continua sent limitada. Les intoleràncies alimentàries són processos diferents de les al·lèrgies alimentàries (mediades per anticossos de tipus IgE), en els quals la resposta inflamatòria no és ni immediata ni tan extrema com en l'al·lèrgia alimentària clàssica, la qual cosa dificulta molt que el pacient identifiqui els aliments causants.⁹?

El 2001, un estudi va demostrar que el 54% d'una mostra de pacients amb HFS havia intentat modificacions dietètiques no identificades, de les quals el 73% tenien efectes beneficiosos per reduir la fatiga. No queda clar si aquestes millores van ser degudes a l'augment de la ingesta antioxidant en la dieta o a l'eliminació de certs aliments.⁹?

Una investigació publicada a The Lancet suggereix que la modificació de la dieta mitjançant l'eliminació d'aliments que causen intoleràncies pot reduir l'alliberament de citocines inflamatòries. Els investigadors van demostrar que les persones amb intoleràncies alimentàries tenien nivells significativament alts de citocines inflamatòries interleucines-4, interferó gamma (IFN- γ) i factor de necrosi tumoral alfa (TNF- α) després de l'administració de productes lactis i blat. Els autors van assenyalar que aquesta elevació de citocines pot ser responsable de l'aparició de símptomes experimentats

pels pacients, com mal de cap, miàlgies (dolors musculars), dolor articular i trastorns digestius, i negar la relació amb patologies neuropsiquiàtiques.⁹?

Aquests resultats desmunten estudis previs, en els quals s'havien fet falsos supòsits sobre la relació entre intolerància alimentària i PFS, en els quals sense proves d'eliminació i exposició d'aliments o avaluant la presència de marcadors inflamatoris, es va concloure que els pacients amb fatiga crònica que notaven intoleràncies alimentàries simplement manifestaven trets de somatització.⁹?

Tenint en compte que el PFS és un trastorn d'exclusió i que s'ha documentat la millora dels símptomes amb l'eliminació del blat de la dieta, s'ha d'avaluar a tots els pacients per la presència de celiaquia no diagnosticada (CE). La CE és una malaltia infradiagnòstica en la població general,⁹provat amb anticossos negatius,²³només amb enteropatia lleu i sense símptomes digestius. Les implicacions neurològiques i les dificultats cognitives poden ser les teves primeres o úniques manifestacions.⁹?

Teràpies alternatives i/o complementàries

L'evidència sobre l'efectivitat de teràpies alternatives o complementàries,com l'homeopatia, l'acupuntura i la fitoteràpia,és insuficient.²⁷?

Vegeu també

Sensibilització central

Fatiga suprarenal

Fibromiàlgia

Malaltia idiopàtica

immunodeficiència

Neuropsicologia

Trastorn del son

disautonomia

Referències

? Saltar a:a B Millor, Alison C.; Marshall, Lynn M. (novembre 2015). "Revisió de l'encefalomielitis miàlgica / Síndrome de fatiga crònica: un enfocament basat en l'evidència en el diagnòstic i la gestió per part dels clínics". Rev Environ Health (Canadà) 30 (4): 223-49. doi:10.1515/reveh-2015-0026. Consultat el 17 de juny de 2016.

? Saltar a:a B Burke A Cunha (16 de febrer de 2016). Síndrome de fatiga crònica. Consultat el 17 de juny de 2016.

? "Encefalomielitis miàlgica: criteris de consens internacional". Revista de Medicina Interna270 (4): 327-338. Octubre de 2011. doi:10.1111/j.1365-2796.2011.02428.x.

? Saltar a:a b c c Comitè de Criteris Diagnòstics de l'Encefalomielitis Miàlgica /Síndrome de Fatiga Crònica; Consell sobre la salut de les poblacions selectes; Institut de Medicina. (NaN Febrer 2015). "Més enllà de l'encefalomielitis miàlgica / Síndrome de fatiga crònica: redefinir una malaltia". Washington (DC): National Academies Press (EUA) (Revisió). Col·lecció Nacional d'Acadèmies: Informes finançats per Instituts Nacionals de Salut. ISBN 978-0-309-31689-7. PMID 25695122. doi:10.17226/19012.

? Yunus, M.B. (2008). Síndromes de sensibilitat central: un nou paradigma i nosologia grupal per a la fibromiàlgia i les condicions superposades, i el tema relacionat de la malaltia enfront de la malaltia. "Css sembla ser un paradigma útil i una terminologia adequada per a FMS i condicions relacionades. La malaltia, així com la dicotomia orgànica /no orgànica, haurien de ser rebutjades."

? Kindler, LL., et al. (2011). Síndromes de sensibilitat central: evidència fisiopatològica de muntatge per vincular la fibromiàlgia amb altres trastorns comuns del dolor crònic."Síndromes de sensibilitat central" denota una nomenclatura emergent que podria ser abraçada pels investigadors que investiguen cadascun d'aquests trastorns. A més, un paradigma compartit seria útil per promoure la fecundació creuada entre investigadors. Científics i clínics podrien avançar de manera més efectiva en la comprensió i el tractament de la fibromiàlgia i altres trastorns del dolor crònic comuns a través de l'apreciació de la seva fisiopatologia compartida.

• Més enllà de l'encefalomielitis miàlgica / Síndrome de fatiga crònica: Redefinir una malaltia.Report Brief (enllaç trencat disponible a l'Arxiu d'Internet; veure història, primera versió iúltim).

És oficial: el cansament crònic es cobra a la seva primera víctima, El 20 de juny de 2006.

? Saltar a:a b c d e f g h i j Logan, AC; Wong, C (2001 Oct). Síndrome de fatiga crònica: estrès oxidatiu i modificacions dietètiques. Altern Med Rev 6 (5): 450-9. PMID 11703165.

? Govern d'Espanya - Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat, ed. (2011). "Document de consens sobre sensibilitat química múltiple (SQM)".

? "Una anàlisi cega multicèntrica indica que no hi ha cap associació entre la síndrome de fatiga crònica / encefalomielitis

miàlgica i el virus relacionat amb el virus de la leucèmia corina xenòtrofa o el virus de la leucèmia murina politròfica".
? "Una nova era: la de la vida lenta". (enllaç trencat disponible a l'Arxiu d'Internet; veure història, la primera versió i l'última versió).

? J. Gascón et al. (març de 1995). "Infecció pel virus Citomegalovirus i Epstein-Barr com a causa de la síndrome de fatiga crònica en viatgers a països tropicals". Revista de Medicina de Viatges 2 (1): 41-44. doi:10.1111/j.1708-8305.1995.tb00619.

• Síndrome de fatiga crònica i la seva relació amb la fibromiàlgia (enllaç trencat disponible a l'Internet Archive; veure història, primera versió i última). J. Fernández-Solo

? Scheurlen, M (1996 Set 20). "Patogenicitat dels fongs en l'estat intestí-actual de la discussió". Fortschr Med 114 (26): 319-21. PMID 8999002.

? Joaquim Fernández-Sola et al. Síndrome de fatiga crònica i hipersensibilitat química múltiple després de l'exposició a insecticides. Universitat de Barcelona. Arxivat de l'original el 28 de setembre de 2013.

? Fernandez-Solo J (2004). Sobreviure al cansament. Aproximació a la síndrome de fatiga crònica. Barcelona: Viena-Oxis.

? Joaquim Fernández Solo (2004). Síndrome de fatiga crònica i la seva relació amb la fibromiàlgia. Revista Espanyola de Reumatologia 31 (10): 535. ISSN 0304-4815.

? Saltar a: a b c d e f g h i j k l m n Yancey, JR; Thomas, SM (2012 Oct 15). Síndrome de fatiga crònica: diagnòstic i tractament. Metge Am Fam 86 (8): 741-6. PMID 23062157.

• <https://web.archive.org/web/20121124050249/http://www.acsfcem.org/ficheros/archivo/CONSENSO%202002.pdf>
Document de consens sobre el diagnòstic i tractament de la síndrome de fatiga crònica a Catalunya]

Síndrome de fatiga crònica i el seu diagnòstic Annals de Medicina Interna. ISSN 0212-7199. Un. Med. Interna (Madrid) v.23 n.5 Madrid Maig 2006.

Síndrome de fatiga crònica

? Saltar a: a B Coordinadora del grup de treball: Dr. Isabel Polanco Allué. Societat Espanyola de Gastroenterologia, Hepatologia i Nutrició Pediàtrica. (2008). MINISTERI DE SANITAT I CONSUM, ed. 'Diagnòstic precoç de celiaquia'.

? Fasano A, Sapone A, Zevallos V, Schuppan D (maig 2015). "Sensibilitat al gluten nonceliac". Gastroenterologia (Revisió) 148 (6): 1195-204. PMID 25583468. doi:10.1053/j.gastro.2014.12.049.

? Saltar a: a b c d Haney E, Smith ME, McDonagh M, Pappas M, Daeges M, Wasson N, Nelson HD (16 de juny de 2015). "Mètodes diagnòstics per a l'encefalomielitis miàlgica / síndrome de fatiga crònica: una revisió sistemàtica per a un taller dels Instituts Nacionals de Camins de Salut per a la Prevenció". Ann Intern Med (Revisió Sistemàtica) 162 (12): 834-40. PMID 26075754. doi:10.7326/M15-0443.

? Afari N, Buchwald D (NaN febrer 2003). "Síndrome de fatiga crònica: una revisió". Psiquiatria Am J (Revisió) 160 (2): 221-36. PMID 12562565. doi:10.1176/appi.ajp.160.2.221.

? Saltar a: a b c d e f g h i j Grup de Treball sobre Fibromiàlgia i Síndrome de Fatiga Crònica. Alegre C, Alegre J, Carbonell J, Casademont J, Collado A, et al. — Madrid: Pla de Qualitat del Sistema Nacional de Salut. Ministeri de Ciència i Innovació. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut, 2010, — 120 p; 24 cm. (Col·lecció: Informes, estudis i investigacions / Ministeri de Ciència i Innovació / Informes d'Avaluació de Tecnologies Sanitàries; AIAQS 2010/02). Fibromiàlgia i síndrome de fatiga crònica: recomanacions de diagnòstic i tractament. Arxivat de l'original el 12 de juliol de 2013. Consultat el 13 d'agost de 2015.

? Document de consens canadenc.

? Saltar a: a B Carruthers, B.M.; van de Sande, M.I.; De Meirleir, K.L.; Klimas, N.G.; Broderick, G.; Mitchell, T.; Staines, D.; Powles, A.C. P. et al. (1 d'octubre de 2011). "Encefalomielitis miàlgica: criteris de consens internacional". Revista de Medicina Interna 270 (4): 327-338. ISSN 1365-2796. PMC 3427890. PMID 21777306. doi:10.1111/j.1365-2796.2011.02428.x. Consultat el 15 març 2017.

? "Danys associats a CBT i GET". Crits sobre mi. Consultat el 24 febrer 2017.

? "JUDICI PER ERROR: El cas preocupant de l'estudi de la síndrome de fatiga crònica pace (lliurament final)". www.virology.ws (en anglès americà). Consultat el 24 febrer 2017.

? "PACE: La recerca que va provocar una rebel·lió del pacient i va desafiar la medicina - Sense About Science USA". Sentit sobre la ciència USA . 21 de Març de 2016. Consultat el 24 febrer 2017.

? Wilshire, Carolyn; Kindlon, Tom; Matthees, Alem; McGrath, Simon (14 de desembre de 2016). "Els pacients amb síndrome de fatiga crònica poden recuperar-se realment després de l'exercici qualificat o la teràpia cognitiva conductual? Un comentari crític i una reanàlisi preliminar del judici pace". Fatiga: Biomedicina, Salut i Comportament 0 (0): 1-14. ISSN 2164-1846. doi:10.1080/21641846.2017.1259724. Consultat el 24 febrer 2017.

? "Avaluació de dades d'assaig PACE individuals: en la síndrome d'encefalomielitis miàlgica / fatiga crònica, la teràpia cognitiva conductual i d'exercici qualificat són ineficaços, no condueixen a la recuperació real i els negatius de resultats poden ser superiors als reportats".

? Castro-Marrero, Jesús; Sáez-Francis, Naia; Santillo, Dafna; Alegre, Jose (1 de març de 2017). "Tractament i maneig de la síndrome de fatiga crònica / encefalomielitis miàlgica: totes les carteres porten a Roma". Revista Britànica de Farmacologia 174 (5): 345-369. ISSN 1476-5381. PMC 5301046. PMID 28052319. doi:10.1111/bph.13702. Consultat el 24 febrer 2017.

Enllaços externs

CDC - Síndrome de Fatiga Crònica (CFS). Centres per al Control de Malalties
ME Research UK — Base de dades de recerca ME Research UK — Base de dades de recerca .
Manual clínic IACFSME

Control d'autoritats

Dades dels projectes

Wikimedia:

Q209733 identificadors LCCN : sh88006956 NDL : 00577364 Microsoft Academic : 2909716016 Diccionaris i enciclopèdies Britannica : url Identificadors mèdics DOID: DOID:8544 CIE-9-MC : 780.71 ICD-10-MC: G93.3 CIAP-2 : A04 DiseasesDB : 645 MedlinePlus : 001244 eMedicine : 235980 MeSH : D015673