

# LA STANCHEZZA

## 1. Introduzione

## 2. Cause

## 3. Diagnosi

- 3.1. Anamnesi
- 3.2. Esame clinico
- 3.3. Esame di laboratorio
- 3.4. Altri esami

## 4. Stanchezza cronica

## 5. Terapia

## 6. Note editoriali

## 1. Introduzione, definizione, sintomi (1,2)

- La stanchezza cronica (della durata di almeno 6 mesi) è un disturbo molto frequente che colpisce circa il 2-3 % delle persone in generale, il 20-30% delle persone che frequentano lo studio medico.
- I pazienti lamentano carenza di energia, debolezza, rapido esaurimento fisico, disturbi di concentrazione e di memoria, labilità emotiva.
- Importante: non confondere con quadri clinici quali imperativo sonno diurno, dispnea e debolezza muscolare.
- La stanchezza è suddivisa in acuta, subacuta ( da 1 a 6 mesi) o cronica (della durata di almeno 6 mesi).

## 2. Cause (1, 3, 4)

<b>Disturbi del sonno</b>	Deprivazione di sonno, sonno non ristoratore, disturbi di addormentamento e della durata del sonno, sindrome delle apnee notturne, reflusso gastro-esofageo, rinite allergica
<b>Medicamentosa</b>	Sonniferi, sedativi, oppiacei, antiipertensivi, antidepressivi, dipendenza da sostanze, astinenza da sostanze, rilassanti muscolari, betabloccanti, antiistaminici di vecchia generazione
<b>Endocrina-metabolica</b>	Ipo-ipertiroidismo, diabete mellito, insufficienza ipofisaria, ipopotassemia, ipercalcemia, disfunzione surrenalica (M. Addison), insufficienza renale cronica, epatopatia cronica
<b>Ematologica/ neoplastica</b>	Anemia ferrripriva, carenza marziale, neoplasia, anemia di altra origine
<b>Infettiva</b>	Mononucleosi, epatite, infezione urinaria in pazienti anziani, infezione HIV, citomegalia, endocardite, tubercolosi, parassitosi, COVID e stato post-COVID
<b>Cardiopulmonare</b>	Ipotensione arteriosa, insufficienza cardiaca, malattia polmonare cronica (BPCO, ipertensione polmonare, fibrosi polmonare...)
<b>Reumatologica</b>	Fibromialgia, polimialgia reumatica, connettiviti
<b>Neuromuscolare</b>	Miopatie, sclerosi multipla
<b>Gravidanza</b>	Soprattutto primo trimestre
<b>Psicologica o psichiatrica</b> (60-80% della stanchezza cronica)	Depressione, depressione da esaurimento, disturbo d'ansia, disturbo somatoforme, abuso di stupefacenti, stress psicosociale
<b>Senza causa dimostrabile (diagnosi di esclusione)</b> (10-30% dei casi della stanchezza cronica)	Stanchezza cronica idiopatica, sindrome da stanchezza cronica (chronic fatigue syndrom).

## 3. Diagnosi

### 3.1. Anamnesi (1)

L'anamnesi riveste un'importanza centrale.

#### Domande importanti:

- cosa intende per stanchezza?
- come descriverebbe la sua stanchezza?
- cosa farebbe se avesse più energia?
- adattamenti intrapresi per poter affrontare la quotidianità?
- esordio della stanchezza improvviso o graduale?
- sintomo stabile nel decorso o in peggioramento/miglioramento?
- durata e fluttuazioni giornaliere
- fattori che migliorano/peggiorano la stanchezza
- chiedere l'opinione del paziente riguardo la natura della sua stanchezza
- fattori di stress psicosociale
- perdita di peso, sudorazione notturna
- segni di insufficienza cardiaca (dispnea, ortopnea, edemi)
- segni di OSAS (sudorazione notturna, incubi, cefalea mattutina, eteroanamnesi di roncopatia e/o apnee)
- indagare se presenti umore deflesso, paura, altri sintomi fisici, abuso di stupefacenti, uso di medicinali, abitudini del sonno

In caso di risposta affermativa ad entrambe le seguenti domande è possibile diagnosticare una **depressione** con una sensibilità del 96% e una specificità del 57%:

- nell'ultimo mese si è sentita spesso abbattuta, senza speranza o con umore deflesso?
- nell'ultimo mese ha provato poco interesse o piacere nello svolgimento delle sue attività?

#### **Teniamo presente che....**

- il paziente che è interrogato sulle attività che svolgerebbe volentieri se avesse più energie e che ne elenca diverse, fornisce un forte indizio a sfavore di una depressione
- il paziente con causa somatica di stanchezza descrive in genere in maniera molto precisa quali attività non riesce più a svolgere
- il paziente la cui stanchezza non è determinata da una patologia organica è sempre stanco e non trova alcun beneficio nel riposo
- una stanchezza mattutina con miglioramento pomeridiano indica una depressione
- l'aumento della stanchezza nel corso della giornata indica piuttosto una causa organica
- nel caso in cui la stanchezza risulta essere l'unico sintomo lamentato è probabile che non si trovi una causa somatica

### 3.2. Esame clinico (1,11)

Effettuare uno status clinico completo ponendo l'accento in particolare su:

- condizione generale
- ispezione della cute
- linfonodi
- auscultazione cardio-polmonare (segni di insufficienza cardiaca, malattia polmonare cronica)
- pressione in clino- e ortostatismo
- evidenza per malattie della tiroide (bradicardia, tachicardia, struma, cute, oftalmopatie, edemi)

- tono muscolare, forza muscolare, riflessi osteotendinei

### 3.3. Esame di laboratorio (1,5,6,7,11)

- **IMPORTANTE:** una batteria di esami di laboratorio molto ampia senza indizi anamnestici o clinici per una patologia organica ha una valenza limitata e vista una bassa probabilità pretest rischia di indurre altre (inutili) indagini diagnostiche.
- **Esami di laboratorio di prima linea, preferibilmente da eseguirsi quando la stanchezza dura da almeno un mese:**
  - emogramma, PCR, sedimentazione, glicemia, creatinina, K, Na, calcio, ALAT, gGT, CK ( se debolezza o dolori muscolari) TSH, ferritina, vitamina B12.
- **Esami di laboratorio di seconda linea indicati se persistenza della stanchezza dopo un tempo di osservazione di 1-3 mesi (da eseguire secondo clinica o classe a rischio):**
  - Urine (importante nell'anziano!), epatite C (HC-IgG) (se nati dal 1950 al 1985 o se fattori di rischio, anche in caso di transaminasi normali, test HIV, indagini per TBC ( se anamnesi di possibile contatto), EBV, CMV ( per pazienti di età inferiore a 45 anni), elettroforesi sierica con immunofissazione, ANA, ANCA, ENA screen, fattori reumatici, anti CCP ( se clinica compatibile con connettivite o rialzo VES), Ac- antitransglutaminasi IgA ( se sideropenia o sintomi gastroenterici).
  - Serologia Borrelia: la borreliosi non provoca stanchezza isolata! Da valutare solo in caso di altri sintomi associati quale cefalea, rigidità nucale, mialgie, artralgie, linfadenopatie, febbre, inappetenza.
  - CAVE: considerare alcuni esami di seconda linea già dopo la prima consultazione in casi particolari, per esempio in pazienti anziani, pazienti che notoriamente consultano poco, in caso di quadro clinico che faccia sospettare una diagnosi particolare, pazienti a rischio.

### 3.4. Altri esami

- se sospetto di sindrome delle apnee notturne con stanchezza diurna: Epworth Sleepiness Score (ESS) e eventualmente poligrafia notturna.
- aggiornare gli esami di screening per malattie tumorali (mammografia, colonoscopia, PSA se indicato, ecc.).
- diagnostica per immagini alla ricerca di malignomi frequenti a seconda di età e sesso o in caso di sintomatologia specifica (sonografia addominale, radiografia del torace, ev TAC toracoaddome).

## 4. La stanchezza cronica (1, 8, 12, 13)

La stanchezza che dura più di 6 mesi viene considerata come cronica.

### Epidemiologia:

- La prevalenza della stanchezza cronica è di 20-60/1000 persone. Meno del 10% di essi adempiono ai criteri della Sindrome da stanchezza cronica (chronic fatigue syndrom, CFS).

### Cause della Sindrome da stanchezza cronica

- Le cause della CFS non sono ancora chiare anche se sono note in questi pazienti alterazioni del sistema immunitario, del sistema nervoso e del metabolismo.
- Non raramente l'esordio è messo in relazione con una patologia infettiva (faringite virale, infezione da EBV o altri virus).

### **Diagnosi di Sindrome da stanchezza cronica**

L'istituto di medicina (IOM) definisce i criteri della CFS come segue:

1. Importante riduzione o compromissione della capacità di svolgere le proprie attività in campo professionale, scolastico, sociale e personale rispetto al periodo precedente la malattia che perdura per almeno 6 mesi ed è accompagnata da uno stato di esaurimento spesso grave e di nuova insorgenza (non presente da sempre). La stanchezza non compare unicamente in seguito ad attività estenuante e non migliora con il riposo.
2. Peggioramento dopo esposizione a carico fisico o emotivo (Post exertional malaise, PEM).
3. Sonno non ristoratore.

### **Per la diagnosi è necessario anche uno dei due seguenti sintomi**

1. Compromissione delle facoltà cognitive soprattutto dopo uno sforzo fisico o stress emotivo.
2. Intolleranza ortostatica: peggioramento dei sintomi in posizione eretta e miglioramento da sdraiati o con piedi rialzati.

### **Terapia della Sindrome da stanchezza cronica**

- Non esiste un trattamento specifico; è molto importante informare il paziente che la patologia è reale, ben descritta e che i sintomi non sono frutto della sua immaginazione nonostante non vi sia un test specifico che possa confermare la diagnosi. La banalizzazione dei sintomi e la frustrazione che ne deriva possono rappresentare un fattore peggiorativo importante. E' anche importante ricordare che una parte non indifferente dei pazienti hanno un graduale miglioramento dei sintomi fino a remissione (25-65% dei pazienti dopo 2-4 anni a seconda degli studi).
- I pazienti devono restare attivi sul piano motorio, idealmente con una terapia di attivazione graduale. Il livello di attività deve essere adattato alla soglia personale del PEM.
- Un trattamento di psicoterapia con approccio cognitivo-comportamentale può migliorare il grado di stanchezza e di accettazione della patologia.
- Sintomi specifici possono essere trattati come segue:
  - Disturbi del sonno: migliorare l'igiene del sonno; in caso di insuccesso tentativo con amitriptilina basso-dosata (10 mg)
  - Dolori: inizialmente AINS; in caso di insuccesso: tentativo con amitriptilina basso-dosata (se efficace il miglioramento si osserva solitamente entro pochi giorni; interrompere il trattamento in caso di inefficacia dopo 2 settimane).
  - Vertigini e lipotimie recidivanti: è da discutere, anche se non vi sono dati scientifici incontestabili riguardo l'efficacia, un tentativo con del fludrocortisone (inizialmente 0.1 mg al mattino, se inefficace tentare con 0.2 mg)
- Il quadro di Sindrome da stanchezza cronica mette alla prova la relazione medico-paziente: il compito del medico di base è l'accompagnamento empatico con l'ascolto attento della sintomatologia evocata, motivando poi i pazienti ad intraprendere il percorso della terapia comportamentale o quello di attivazione graduale evitando così esami e indagini diagnostiche inutili.

## **5. Terapia (1, 9, 10, 14, 15)**

Lo scopo degli interventi terapeutici è permettere al paziente di affrontare in autonomia gli impegni della vita quotidiana, tornare alla sua attività lavorativa, curare i rapporti sociali e fare esercizio fisico quotidianamente

## Terapia della stanchezza cronica

- Terapia della causa specifica, se eruibile.
- Per pazienti con sintomi depressivi, anche se non raggiungono i criteri per un episodio depressivo rilevante, è sensato proporre a scopo probatorio un trattamento con antidepressivi (SSRI o SNRI). In caso di mancato miglioramento si interromperà la terapia dopo 6-8 settimane.
- Sostituzione marziale se ferritina < 15 mcg/l; in determinati casi è sensato un trattamento sostitutivo (p.o. o in vena) anche in caso di sideropenia senza anemia con valori di ferritina fino a 50 mcg/l (14,15).
- Igiene del sonno, gruppi di autoaiuto.
- Per terapia della Sindrome da stanchezza cronica cfr. sopra.

## 4. Note editoriali

1. Fosnocht KM, Ende J: Approach to the adult patient with fatigue. [UpToDate, aufgerufen 01/2020](#)
2. Markowitz AJ, Rabow MW: Palliative management of fatigue at the close of life: "it feels like my body is just worn out". JAMA 2007; 298:217.
3. Gorroll AH, May LA, Mulley AG Jr (Eds): Primary Care Medicine: Office Evaluation and Management of the Adult Patient, 3rd ed, JB Lippincott, Philadelphia, 1995.
4. Mettler J, Battegay E, Zimmerli L: Chronische Müdigkeit, Praxis 2007;96:1773–1775.
5. Ridsdale L, Evans A, Jerrett W, et al.: Patients with fatigue in general practice: a prospective study. BMJ 1993; 307:103.
6. Lane TJ, Matthews DA, Manu P: The low yield of physical examinations and laboratory investigations of patients with chronic fatigue. Am J Med Sci 1990; 299:313.
7. NHS Clinical Knowledge Summaries. Tiredness/fatigue in adults – management.
8. IOM (Institute of Medicine): Beyond Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: Redefining an Illness. Washington, DC: The National Academies Press; 2015. [National Academies Press 02/2015](#).
9. Price JR, Couper J: Cognitive behaviour therapy for adults with chronic fatigue syndrome. Cochrane Database Syst Rev 2000; :CD001027.
10. Whiting P, Bagnall AM, Sowden AJ, et al.: Interventions for the treatment and management of chronic fatigue syndrome: a systematic review. JAMA 2001; 286:1360.
11. Hamilton W, Watson J, Round A: Müdigkeit: Abklärungen in der Grundversorgung, Praxis 2011;100(2):99–103.
12. Clinical features and diagnosis of myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome. [UpToDate, aufgerufen 1/2020](#)
13. Bates DW, et al.: Prevalence of fatigue and chronic fatigue syndrome in a primary care practice. Arch Intern Med. 1993;153(24):2759.
14. Krayenbuehl PA et al.: Intravenous iron for the treatment of fatigue in nonanemic, premenopausal women with low serum ferritin concentration; Blood.2011;118 ( 12): 3222.EPub 2011 Jun 24
15. Sharma R et al.: Intravenous iron therapy in nonanemic iron-deficient menstruating adolescent females with fatigue; Am J Hematol. 2016; 91 (10):973.

## CONTATTI

Questa linea guida è stata redatta sulla base delle linee guida dell'associazione delle reti di medici MediX Svizzera, di volta in volta aggiornate e riviste da Medix-Ticino.

Ultimo aggiornamento: settembre 2020.

© linee guida Medix-Ticino (di FAMedNET SA)

### **Editore:**

Dr.ssa med Greta Giardelli

### **Redazione** (responsabile):

Dr.med. Sonja Bernasconi Guastella

### **Autori:**

Dr.med. Sonja Bernasconi Guastella

Dr. med. Sandro Bonetti

PD. Dr. med. Christian Garzoni

Dr. med. Greta Giardelli

Dr. med. Massimo Quarenghi

Questa linea guida è stata creata con finalità scientifiche e in modo indipendente dai medici della rete, in particolare senza influenze esterne di terzi appartenenti a gruppi finanziari, assicurativi, industriali o altri di interesse economico.

Le Linee guida Medix-Ticino contengono raccomandazioni terapeutiche per specifiche situazioni di trattamento. Ogni paziente, tuttavia, deve essere trattato in base alle sue circostanze individuali valutate personalmente dal medico curante, che è l'unico responsabile a riguardo.

Le linee guida Medix-Ticino sono sviluppate e verificate con impegno e cura a titolo divulgativo e di formazione interna; la società FAMedNET SA, che gestisce Medix-Ticino, declina del resto ogni responsabilità per correttezza ed esaustività.

**Tutte le linee guida di Medix-Ticino sono consultabili su Internet all'indirizzo [www.medix-ticino.ch](http://www.medix-ticino.ch)**

Si prega di inviare feedback a: [segretariato@medix-ticino.ch](mailto:segretariato@medix-ticino.ch)