

# Stanchezza

**Creato da:** Felix Huber, Uwe Beise

**Ultima revisione:** 02/2020

## Indice

1. Introduzione, definizione, sintomi
2. Cause
3. Chiarimenti
  - 3.1. Anamnesi
  - 3.2. Stato del corpo
  - 3.3. Esami di laboratorio
4. Stanchezza cronica
5. Trattamento
6. Bibliografia
7. Impronta

## 1. Introduzione, definizione, sintomi

Le persone colpite lamentano mancanza di energia, debolezza, affaticamento rapido, problemi di concentrazione e memoria o instabilità emotiva [1, 2]

- Questi devono essere distinti da quadri clinici indipendenti: Sonnolenza diurna, dispnea, debolezza muscolare
- L'affaticamento che dura più di sei mesi è chiamato stanchezza cronica. Può essere espressione della sindrome da fatica cronica (vedi sotto)
- La valutazione fisica della depressione deve essere effettuata secondo le stesse raccomandazioni descritte di seguito. Gli ordini degli psichiatri, che spesso richiedono intere batterie di inutili test di laboratorio, dovrebbero essere rifiutati.

## 2. Cause

Tabella 1. Cause di affaticamento acuto, subacuto o cronico [1, 3, 4]

<b>Psicologico/psichiatrico</b> (60–80 % dei casi di affaticamento cronico)	Depressione, depressione da esaurimento, disturbo d'ansia, disturbo da somatizzazione, tossicodipendenza, stress psicosociale
<b>Idiopatica, durata &gt; 6 mesi</b> (10–30 % dei casi con stanchezza cronica)	Fatica cronica idiopatica, sindrome da fatica cronica, fibromialgia
<b>Disturbi del sonno</b>	Privazione del sonno, sonno agitato, difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno, disturbi respiratori associati al sonno (apnea notturna), reflusso gastro-esofageo, rinite allergica
<b>Medicinali</b>	Ipnotici, sedativi, oppiacei, antiipertensivi, antidepressivi, tossicodipendenza e astinenza da farmaci, rilassanti muscolari, betabloccanti
<b>Endocrino-metabolico</b>	Ipo- o ipertiroidismo, diabete mellito, ipopituitarismo, ipokaliemia, ipercalcemia, ghiandola surrenale (morbo di Addison), insufficienza renale cronica, insufficienza epatica, feocromocitoma
<b>Neoplasia ematologica</b>	(Occulta), carenza di ferro (anemia), emolisi cronica
<b>Infezione</b>	Endocardite, tubercolosi, mononucleosi, epatite, parassiti, infezione da HIV, citomegalia, UTI negli anziani
<b>Cardiopulmonare</b>	Ipotensione arteriosa, insufficienza cardiaca, malattia polmonare cronica
<b>Tessuto connettivo</b>	Malattie reumatoidi
<b>Neuromuscolare</b>	Miopatia, sclerosi multipla, miastenia gravis
<b>Infiammatoria cronica</b>	Vasculite, sindrome di Still dell'adulto, sindromi polimialgiche, malattia infiammatoria dell'intestino
<b>Gravidanza</b>	Una gravidanza non ancora diagnosticata può comportare una stanchezza pronunciata nelle prime settimane

## 3. Chiarimenti

### 3.1. Anamnesi

L'anamnesi esatta è di importanza centrale [1].

#### Domande aperte

„Cosa intende per stanchezza?“, „Come descriverebbe questa stanchezza?“, „Cosa cambierebbe per lei se non fosse più stanco?“, „Cosa farebbe con l'energia in più?“

## Domande mirate

- Insorgenza brusca o graduale?
- Il decorso è stabile, in peggioramento, in miglioramento?
- Durata e svolgimento della giornata
- Chiedete al paziente da dove pensa che possa derivare la stanchezza
- Fattori che migliorano o peggiorano l'affaticamento
- Stress psicosociale
- Rilevanza per la vita quotidiana
- Adattamenti nella vita quotidiana
- Perdita di peso, sudorazione notturna
- Domande sull'umore depresso, sull'ansia, su altri disturbi fisici, sull'abuso di droghe, sull'uso di farmaci, sulle abitudini del sonno
- Due domande di screening possono diagnosticare la **depressione** con una sensibilità del 96 % e una specificità del 57 % se entrambe le domande hanno una risposta positiva
  - „Nell'ultimo mese, vi siete sentiti spesso giù, malinconici o senza speranza?”
  - „Nell'ultimo mese ha provato meno interesse o piacere nelle sue attività?”

## Risposte direzionali

- Se, durante l'anamnesi, si chiede a una paziente cosa farebbe se non fosse così esausta e lei risponde con una serie di attività che vorrebbe fare se avesse un livello di energia più alto, questa è una buona indicazione clinica che la paziente non è depressa in modo rilevante
- Le persone affette da una causa fisica sono spesso in grado di indicare con precisione le attività che non possono più svolgere. I malati di stanchezza senza connessione con gli organi sono costantemente stanchi e non riescono a recuperare quando sono a riposo
- Una stanchezza mattutina pronunciata che migliora nel corso della giornata è indice di depressione
- Se la stanchezza tende ad aumentare nel corso della giornata, ciò può indicare una causa somatica
- È meno probabile trovare una causa fisica se la stanchezza è l'unico o il principale sintomo.

## 3.2. Stato del corpo

Stato clinico completo [1, 10], in particolare

- Condizioni generali
- Ispezione della pelle
- Linfonodi
- Ghiandola tiroidea

- Auscultazione cardiopolmonare, segni di insufficienza cardiaca, malattia polmonare cronica?
- Pressione arteriosa da sdraiati e in piedi
- Tono e forza muscolare, riflessi.

### 3.3. Esami di laboratorio

Gli esami di laboratorio approfonditi senza evidenza di malattia fisica nell'anamnesi e nello stato di salute hanno un valore limitato e, con una bassa probabilità pre-test, comportano il rischio di risultati falsi positivi e di esami di follow-up non necessari [1, 5, 6].

#### Chiarimenti di prima linea [10]

- Ematogramma, CRP, BSR, glucosio, GPT, TSH, ferritina (nelle donne in età riproduttiva, negli uomini se si sospetta una carenza di ferro, ad es. donatori di sangue), eventualmente in caso di sonnolenza diurna per la diagnosi differenziale della sindrome delle apnee ostruttive del sonno -> Epworth Sleepiness Score (ESS) (<https://schlafundatmung.ch/de/diagnose-und-therapie/diagnose/risikotests/>).

#### Nota

- Nessuna diagnostica per immagini in assenza di sintomi specifici
- Ulteriori esami (seconda linea, vedi sotto) sono giustificati nei pazienti che non sono migliorati dopo circa 1–3 mesi di vigile attesa
- Tuttavia, gli esami di seconda linea possono essere giustificati anche alla prima presentazione, ad esempio nei pazienti anziani o in quelli che si recano dal medico solo irregolarmente, o se le caratteristiche cliniche suggeriscono una diagnosi specifica.

#### Chiarimenti in seconda linea

- Creatinina ed elettroliti
- Altri valori di funzionalità epatica (GOT,  $\gamma$ -GT, fosfatasi alcalina)
- Epatite C (HC-IgG) nei nati tra il 1950 e il 1985 – anche con transaminasi normali!
- Calcio (ipercalcemia nell'iperparatiroidismo)
- Creatinina chinasi in caso di dolore o debolezza muscolare
- Solo con indicazioni anamnestiche: tTest HIV, chiarificazione della tubercolosi, EBV, CMV, elettroforesi proteica/immunofissazione, ANA, ANCA, fattori reumatici, transglutaminasi AK
- Imaging orientato ai sintomi o per carcinomi comuni a seconda dell'età e del sesso.

#### Esami di laboratorio non raccomandati

- Determinazione di vitamina D o B12: La stanchezza non è uno dei sintomi della carenza di vitamina D e B12!

- Sierologia della malattia di Lyme: La malattia di Lyme non produce affaticamento isolato (considerare se esistono altri sintomi, come perdita di appetito, cefalea, rigidità del collo, mialgie, artralgie, linfadenopatia, febbre).

#### 4. Stanchezza cronica

Se la stanchezza dura più di sei mesi, si parla di stanchezza cronica [1, 7].

##### Epidemiologia

- La prevalenza puntuale della fatica cronica è di circa 20–60/1'000 persone. Meno del 10 % soddisfa i criteri della CFS (vedi sotto) [11].

##### Causa CFS

- Sebbene siano state segnalate varie anomalie nel sistema nervoso e immunitario e nelle funzioni metaboliche nelle persone affette da CFS, la causa è in definitiva poco chiara.

##### Diagnosi CFS

L'Istituto di Medicina (IOM) ha definito i criteri per la sindrome da fatica cronica (CFS) come segue [12].

La diagnosi di **sindrome da fatica cronica** richiede i seguenti tre sintomi

1. Una significativa riduzione o compromissione della capacità di funzionare a livello lavorativo, educativo, sociale e personale come prima della malattia, che dura più di sei mesi ed è accompagnata da affaticamento spesso grave, nuovo o che ha avuto un esordio definito (non a vita). L'affaticamento non è il risultato di uno sforzo intenso e non migliora significativamente con il riposo
2. Peggioramento della condizione dopo lo sforzo (Post-Exertional Malaise, PEM)
3. Sonno non ristoratore.

**Inoltre, deve essere presente almeno uno dei due sintomi seguenti**

1. Deterioramento cognitivo
2. Intolleranza ortostatica.

Se la diagnosi di sindrome da stanchezza cronica non viene effettuata in base ai criteri di cui sopra, si parla di **stanchezza cronica idiopatica**.

#### 5. Trattamento

- Trattamento della causa specifica (se individuabile)
- Se non viene individuata una causa specifica, la stanchezza cronica viene trattata come sindrome da fatica cronica (CFS).

## Terapia CFS [1, 8, 9]

- Importanti pilastri del trattamento sono la terapia occupazionale e la fisioterapia con formazione sulla CFS, al fine di identificare e bypassare sistematicamente i cosiddetti „abusatori di energia”. Nelle cliniche più grandi, ci sono ora ore di consultazione specializzata con un team di trattamento (terapia occupazionale, fisioterapia, terapia cognitivo-comportamentale). È inoltre importante affrontare tempestivamente le questioni legate al lavoro con i datori di lavoro e le compagnie assicurative (indennità giornaliera, questioni relative all'AI)
- Il **rapporto medico-paziente** è fortemente messo in discussione dai sintomi della stanchezza cronica. Il nostro compito nelle cure primarie è quello di accompagnare i pazienti in modo empatico e di prenderli sul serio con i loro disturbi, di motivarli a misure di terapia comportamentale o di attivazione graduale e di proteggerli da chiarimenti e trattamenti non necessari
- **Obiettivi** dei nostri interventi: I pazienti devono essere in grado di gestire la propria vita quotidiana in modo indipendente, di tornare al lavoro, di mantenere le relazioni e di fare esercizi fisici quotidiani
- Gli **antidepressivi** possono essere utilizzati in via sperimentale. Le persone interessate devono essere informate che il beneficio si verificherà solo dopo 2–3 settimane. Se i sintomi non migliorano, gli antidepressivi devono essere sospesi dopo 6–8 settimane.

## Altre misure

- Igiene del sonno, sostituzione del ferro se la ferritina è < 15 µg/l (vedi [linea guida mediX carenza di ferro](#))
- Gruppi di auto-aiuto.

## 6. Bibliografia

1. Fosnocht KM, Ende J: Approach to the adult patient with fatigue. **UpToDate 02/2022**.
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. Philadelphia; JB Lippincott: 1995.
4. Mettler J, Battegay E, Zimmerli L. Chronische Müdigkeit. *Praxis (Bern 1994)*. 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. IOM (Institute of Medicine): Beyond Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: Redefining an Illness. Washington, DC; The National Academies Press: 2015.
8. Price JR, Couper J: Cognitive behaviour therapy for adults with chronic fatigue syndrome. Cochrane Database Syst Rev. 2000: CD001027.
9. 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.
10. Hamilton W, Watson J, Round A: Müdigkeit: Abklärungen in der Grundversorgung, Praxis 2011;100(2):99–103.
11. Bates DW, et al.: Prevalence of fatigue and chronic fatigue syndrome in a primary care practice. Arch Intern Med. 1993;153(24):2759.
12. Gluckman SJ. Clinical features and diagnosis of myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome. [UpToDate: 2021](#).

## Impronta

<p>Questa linea guida è stata rivista nel marzo 2022</p> <p>© Associazione mediX schweiz</p> <p><b>Editrice</b> Prof. Dr. med. Corinne Chmiel</p> <p><b>Redazione</b> Prof. Dr. med. Corinne Chmiel Dr. med. Felix Huber Dr. med. Uwe Beise</p> <p><b>Autori</b> Dr. med. Simone Erni Dr. med. Uwe Beise</p>	<p>Questa linea guida è stata creata senza influenze esterne con la collaborazione di tutte le reti regionali di medici mediX e delle reti di medici associate in Svizzera.</p> <p>Non ci sono dipendenze finanziarie o di contenuto dall'industria o da altre istituzioni o gruppi di interesse.</p> <p>Le linee guida mediX contengono raccomandazioni terapeutiche per sintomi o situazioni di trattamento specifiche. Tuttavia, ogni paziente deve essere trattato in base alla sua situazione individuale.</p> <p>Sebbene le linee guida mediX siano state sviluppate e controllate con grande cura, l'Associazione mediX schweiz non può assumersi alcuna responsabilità per la loro correttezza, in particolare per quanto riguarda le informazioni sul dosaggio.</p> <p>L'Associazione mediX schweiz è un'associazione di reti mediche e medici in Svizzera.</p> <p>Associazione mediX schweiz, Sumatrasstr. 10, 8006 Zurigo, Svizzera</p> <p>Si prega di inviare un feedback a: <a href="mailto:uwe.beise@medix.ch">uwe.beise@medix.ch</a></p>
--	---