



ITER DIAGNOSTICO IN PAZIENTE CON ENCEFALOMIELTE MIALGICA POST INFETTIVA

Valutazione clinica in paziente con encefalomielite mialgica

ANAMNESI: Deve essere stesa un'accurata anamnesi, con una descrizione completa dei sintomi del paziente così come della loro severità e del loro impatto funzionale, presenza di infezioni passate e/ recidivanti e esposizione a sostanze chimiche. I pazienti dovrebbero essere incoraggiati a fare un elenco di quelle che sembrano infezioni recidivanti o se hanno rapporti con animali o se hanno frequentato posti all'estero.

SOMMINISTRAZIONE DEI QUESTIONARI: Somministrazione dei questionari per il dolore e le disautonomie neurovegetative e ipotalamiche, sulla gravità della stanchezza, il malessere post-sforzo, la fatica, i disturbi del sonno, il dolore e i sintomi neurologico/cognitivi, del sistema nervoso autonomo ed endocrini e le disfunzioni immunitarie. Esaminare il decorso dei sintomi, con una speciale attenzione al peggioramento dei sintomi dopo lo sforzo, al prolungato recupero e al decorso fluttuante.

DISAGI ATTUALI ED EVENTI CHE AGGRAVANO/MIGLIORANO

- Data dell'insorgenza
- Eventi scatenanti o prodromici
- Sintomi al momento della insorgenza
- Progressione dei sintomi
- Durata dei sintomi
- Gerarchia della qualità e della gravità dei sintomi attuali
- Sintomi secondari e aggravatori
- Pesantezza totale della severità dei sintomi e livello corrente della funzionalità fisica

STORIA DEI TRATTAMENTI: terapie attuali, passate, prescritte e no, allergie/sensibilità

STORIA DELLE INFEZIONI PREGRESSE E DELLE ALLERGIE: comprese quelle recidivanti e/o in atto

ANAMNESI remota: malattie precedenti, esposizioni a tossine ambientali, sul lavoro e altre
ANAMNESI familiare

ESAME FISICO: ANALISI DEI SISTEMI: Molti sintomi coinvolgono più di un sistema anatomico. Valutazione del:

A.SISTEMA NERVOSO CENTRALE ANS E TGE e GU: disturbi intestinali o vescicali con o senza IBS (sindrome dell'intestino irritabile)

B.SISTEMA NERVOSO PERIFERICO :

- Sistema Muscolo scheletrico: compreso l'esame dei tender point della Fibromialgia). Esaminare le articolazioni per infiammazioni, ipermobilità e movimenti limitati. Forza muscolare: _____, Tender Point positivi ____/18. Soddisfa i criteri della FMS _____, MPS _____ CNS: compreso l'esame dei riflessi (l'esame dei riflessi durante flessioni e estensioni del collo può accentuare le anomalie scaturite dai cambiamenti mielopatici cervicali). _____ Tandem walk : in avanti _____, all'indietro _____ Romberg test _____
- **Cognitive:** abilità nel ricordare domande, affaticamento cognitivo (per esempio serial 7

Sede: Via Achille Montanucci 148 – 00053 Civitavecchia (Roma)

Email: infoassociazionemara@gmail.com

Sito: associazionemara.org

CF 91063970585



subtraction) e **interferenze cognitive** (per esempio serial 7 subtraction e tandem fatti contemporaneamente

- **Sistema Cardiovascolare: Aritmie, pressione sanguigna (BP)** (prima da sdraiati), B P(immediatamente dopo essersi alzati)

C. SISTEMA NERVOSO AUTONOMO palpitazioni, dispnea da esercizio, sintomi suggestivi di ipotensione neuronalmente mediata (NMH), sindrome di tachicardia posturale ortostatica, intolleranza posturale ortostatica ritardata, vertigini, presincope, disturbi respiratori, estremo pallore. anidrosi, ipersudorazione, disfunzioni gastrointestinali e urinarie..

D. SISTEMA ENDOCRINO : perdita della stabilità termostatica, intolleranza a caldo e/o freddo, marcati cambiamenti di peso, perdita della adattabilità e tolleranza allo stress e lento recupero, labilità emozionale, ipersensibilità olfattiva alla luce ai rumori; valutare disfunzioni della tiroide, surrenale e ipofisi.

E. FUNZIONE IMMUNITARIA malessere generale, sensazione influenzale, mal di gola ricorrente, ipersensibilità a luce cibi, farmaci e sostanze chimiche. linfadenopatia nelle regioni cervicale, ascellare e inguinale, occhi, orecchi, naso gola condotti nasali e pomonari, sistema gastrointestinale, aumentati rumori intestinali, gonfiori addominali e/o sensibilità, reni sistema immunitaio,pelle.

PROTOCOLLO DI LABORATORIO E INVESTIGATIVO:

PRIMO LIVELLO

Diagnosi differenziale: Escludere patologie con sintomi simili; diagnosticare patologie associate come l'elettrosensibilità, la sensibilità chimica multipla e la fibromialgia N.B. Consultare i pac per la diagnosi differenziale dei casi complessi.

Test di laboratorio di routine: vedi pac diagnosi differenziale di primo livello.

Test aggiuntivi: in aggiunta ai test di laboratorio di routine, devono essere fatti test aggiuntivi su una base individuale che dipende dalla anamnesi del paziente, dalla valutazione clinica, gli esami di laboratorio, i fattori di rischio e le condizioni patologiche concomitanti. Andrebbe indagata la permeabilità intestinale, il microbiota, eseguita una valutazione sulla metabolizzazione dei farmaci, valutate allergie o sensibilità, somministrati biomarker tossicologici, valutato il profilo genomico deputato alla detossificazione delle sostanze chimiche ed eseguito un test di valutazione polmonare.

SECONDO LIVELLO.

Test e Indagini strumentali

Dosaggio del 5HT: la neurotrasmissione del 5HT è aumentata nei pazienti con M.E.

Ipercoagulabilità: citofluorimetria e fibrinogeno; complessi della trombina e antitrombina, etc.

Test positivi per sindrome fibromialgica e sindrome di dolore miofasciale: possono essere riscontrati

Sede: Via Achille Montanucci 148 – 00053 Civitavecchia (Roma)

Email: infoassociazionemara@gmail.com

Sito: associazionemara.org

CF 91063970585



Conducibilità dell'epidermide e temperatura dell'epidermide: la combinazione di una più bassa capacità dell'epidermide di condurre la corrente elettrica in risposta a stimoli visivi e uditivi, ed una alta temperatura delle dita, indicano una iporegolazione del tono simpatico autonomo.

Studi sul Sonno: possono indicare che si trascorre un tempo insufficiente negli stadi più profondi del sonno e intrusione delle onde alfa nelle onde delta con sonno nonREM.

Test Oculari: lenti e marcati movimenti dei saccadici; lenti e difficoltosi cambiamenti della messa a fuoco, campi periferici ristretti; bassa o incompleta chiusura delle palpebre: pupille piccole; ipersensibilità alla luce, anomalie del film lacrimale come basso tempo di rottura del film lacrimale, inadeguata produzione dell'olio o dello strato mucoso nel film lacrimale, colorazione corneale con il Rose Bengal; spostamento della linea mediana della visuale.

Marker urinari: cortisolo libero nelle urine delle 24 ore; elevata aminoidrossimetilpirrolidina, correlata con la quantità dei sintomi; IAG metabolite del triptofano, generalmente è positivo e indica l'intestino permeabile, che è indicativo di una permeabilità della barriera ematoencefalica; creatina urinaria e altri metabolici muscolari

Test endocrini: Valutare la funzionalità dell'asse ipotalamoipofisurrene e della ghiandola surrenale; scansioni di tomografia assiale computerizzata (CT) possono mostrare riduzione della misura della ghiandola surrenale; i livelli degli ormoni tiroidei con attenzione alla biodisponibilità del T3 e a quelli con livelli ridotti potrebbero essere usati per verificare il selenio dato che questo regola la conversione del T4 a T3;

Test di valutazione della memoria e neuro Cognitiva: diminuita velocità di procedimento, del funzionamento della memoria, dell'apprendere informazioni, etc.

SECONDO LIVELLO

Test valutazione tronco encefalico

Analisi della funzionalità cerebrale differenziale e test statico: per quelli con diverse positività

Il test Romberg è un utile test della funzionalità del tronco encefalico. Consiste nello stare in piedi con gli occhi aperti e poi con gli occhi chiusi e i piedi paralleli o uno dietro l'altro per un minuto o più. Un paziente risulta positivo al "segno di Romberg" o anormale, se può stare in piedi con gli occhi aperti ma cade quando gli occhi sono chiusi. Il 90 per cento dei pazienti hanno un Romberg anormale, contro lo 0 per cento dei controlli".

Il test del nistagmo (può fluttuare da positivo a negativo durante la giornata); modulazioni simpatetiche alterate; temperatura corporea subnormale e/o fluttuante durante il giorno.

Indagini strumentali

Neurologiche: Radiografie o Risonanza Magnetica di cervello e midollo spinale: per escludere la Sclerosi Multipla (MS) e altri disordini neurologici primari. L'Interpretazione della Risonanza Magnetica: è importante cercare cambiamenti che sono facilmente ignorati come gonfiore dinamici

Sede: Via Achille Montanucci 148 – 00053 Civitavecchia (Roma)

Email: infoassociazionemara@gmail.com

Sito: associazionemara.org

CF 91063970585



/ernie del disco o stenosi minore, che possono essere importanti per la patogenesi.

- **Test del Tilt Table:** L'intolleranza ortostatica è molto comune nei pazienti con ME e può manifestarsi come uno o una combinazione dei seguenti: ipotensione neuromediata, sindrome di tachicardia da postura ortostatica (POTS) o ritardata ipotensione posturale. Sindromi di intolleranza ortostatica, in particolare ipotensione neuro mediata (NMH) e sindrome ortostatica posturale di tachicardia (POT).

- **Studiare il Sonno:** per mostrare una diminuzione del tempo trascorso nella fase 4 del sonno o escludere disfunzioni del sonno curabili

- **Scansioni SPECT E XENO SPECT** scansioni SPECT hanno dimostrato un diminuito flusso sanguigno cerebrale più frequentemente nelle aree frontali, parietali, temporali, occipitali e nel tronco encefalico, del cervello. L'80 per cento dei pazienti ME/ICD-CFS avranno scansioni SPECT anormali. Se la SPECT è normale, spesso la ripeto con la xeno SPECT. Se le scansioni del cervello rimangono normali, concludo che non si tratta di ME.

- **Scansioni PET** hanno mostrato un ridotto metabolismo del glucosio nella corteccia mediofrontale destra e una generale ipoperfusione del cervello con una particolare configurazione di ridotto metabolismo neuronale nel tronco encefalico. Uno studio PET ha indicato che quando il triptofano endogeno era diminuito, il crollo nella sintesi della serotonina era di sette volte nei maschi e drammaticamente di 42 volte nelle donne. La combinazione di elevati livelli di qualche agente pro-nocicettivo del dolore (che amplifica i segnali del dolore) come le scoperte di un aumento approssimativo di tre volte della sostanza P (SP) nel fluido spinale cerebrale (CSF) e le carenze di qualche agente anti-nocicettivo del dolore (che sopprime la trasmissione dello stimolo di percezione del dolore) come il triptofano libero nel plasma, permette ai livelli elevati dei segnali di dolore di essere mandati a- e arrivare da- cervello e corpo. Questa teoria è supportata da una correlazione inversa

- **Scansioni di Risonanza Magnetica del cervello:** Aree subcorticali macchiettate di segnali di alta intensità conformi a edema o demielinizzazione sono state identificate dalla Risonanza magnetica nel 78 per cento dei pazienti ME/ICD-CFs (simili a quelle viste nella Sclerosi multipla). Le ricerche hanno riscontrato che dal 50 all'80 per cento dei pazienti ME avranno scansioni della risonanza anormali. E' stato accertato che i pazienti Me con anomalie alla risonanza hanno minorazioni più sgravi di quelli senza tali anomalie. Gli studi sulle Risonanze magnetiche rivelano un numero elevato di consistenti lesioni puntuate irreversibili con demielinizzazione o edema, principalmente nei lobi frontali e nelle aree subcortic. Gli elevati livelli di molti patogeni intracellulari indicano che la disfunzione immunitaria gioca un ruolo primario.

- **Topografia cerebrale con EEG quantitativo:** (QEEG) Al 95 per cento dei pazienti ME è stata riscontrata una anomalie cognitive attraverso le mappe cerebrali dell'EEG. Le mappe ottenute con il QEEG sono di gran lunga più accurate, sono state in grado di dimostrare non soltanto una mancanza della attività normale nei pazienti ME, ma la migrazione dei centri della attività normale dalle aree danneggiate a parti diverse del cervello.

- **Disfunzione cardiaca: monitoraggio Holter delle 24 ore** L'apparecchio per l'Holter delle 24 ore, (un tipo di controllo cardiaco) può mostrare ripetutamente inversioni oscillanti dell'onda T e/o può essere riscontrata una curva T piatta. I controlli Holter possono anche mostrare frequenze cardiache sino a (o più alte di) 150 battiti come risposta immediata o ritardata risposta al mantenere il paziente in piedi o a riposo. Possono anche essere osservate frequenze cardiache di 40 battiti al minuto (durante il sonno).

- **Test di esercizio e test di stress chimico.** Il test di esercizio cardiopolmonare (CPX) è usato ampiamente per la diagnosi (e la valutazione funzionale) di vari disordini cardiaci e metabolici e può essere usato anche nella valutazione diagnostica dei pazienti ME. I risultati della frequenza cardiaca e della pressione sanguigna durante il test di esercizio possono rivelare anomalie specifiche nella ME, comprese: bassi valori cardiovascolari e di ventilazione al picco dell'esercizio

Sede: Via Achille Montanucci 148 – 00053 Civitavecchia (Roma)

Email: infoassociazionemara@gmail.com

Sito: associazionemara.org

CF 91063970585



(pazienti che riescono a raggiungere soltanto la metà del massimo carico di lavoro previsto e dell'assorbimento di ossigeno comparati a controlli sedentari), elevate frequenze cardiache a riposo e una inabilità a raggiungere il massimo previsto per l'età di frequenza cardiac

- **Esami neurofisiologici.** Delle disfunzioni del sistema nervoso centrale (CNS) date dalla ME, la disfunzione cognitiva è una delle più disabilitanti caratteristiche della malattia. Gli esami neurofisiologici possono essere usati per identificare la disfunzione cognitiva e/o confermare la diagnosi di ME. Ci si deve focalizzare sulle anomalie conosciute per distinguere ME da altre cause di disfunzioni organiche del cervello.

INDAGINI DI LABORATORIO INFETTIVOLOGICHE E IMMUNITARIE

- **Le infezioni virali associate alla ME includono:**

Virus del fiume Ross, Malattia di Borna, Parvovirus B19, Citomegalovirus (HHV-5), Herpesvirus umano (HHV-6) e HHV-7, Mononucleosi (EBV) e virus principal

- **Le infezioni batteriche** associate alla ME includono:

Febbre Q (Burnetii della coxiella), Pneumoniae di Chlamydia, Micoplasma di parecchi tipi e perfino tipo multiplo, Enterobatteri, per la presenza di una permeabilità intestinale aumentata connessa con la severità dei sintomi, Babesia divergens, B. venatorum, B. microti, Borrelia burgdorferi.

La disfunzione immunitaria

La Disfunzione immunitaria è ben documentata nei pazienti con M.E. I Virus sono i principali attori nella patologia e i trigger che generano iperimmunità/autoimmunità. Gli scienziati hanno collegato alla M.E. diversi tipi di virus come trigger possibili per la malattia, ma nessun singolo virus è stato isolato come la causa. Tuttavia una serie di enterovirus (polio e virus simili), che hanno un'affinità per il cervello e il midollo spinale sono stati trovati anche nel tessuto muscolare. Altri virus, come EBV e CMV, sono stati trovati nelle biopsie cardiache dei pazienti con di ME, mentre I HHV-6 è stato trovato in molti organi in molte malattie.

Marcatori immunologici

1. **Analisi immunitaria del 25ARNase L da 37kDa:** La iper-regolazione del processo della 2-5° sintesi/RNase L indica un sistema immune attivato. Questo è stato collegato a un perturbato processo apoptico (suicidio cellulare) che si risolve in una accumulazione di frammenti RNase L: la morte cellulare e la dispersione di frammenti possono alterare le funzioni immunologiche e abbassare le riserve di ATP, di magnesio e soprattutto di potassio cellulare. "La percentuale di RNase L da 37 kDa anormalmente bassa rispetto al normale RNase L da 89 kDa è associata con il basso consumo di ossigeno. La PKR (Potein Kinasi R) è contemporaneamente iper-regolata. Il grado di aumento del 37 KDa RNase L è stato riscontrato essere correlato alla severità dei sintomi

Sede: Via Achille Montanucci 148 – 00053 Civitavecchia (Roma)

Email: infoassociazionemara@gmail.com

Sito: associazionemara.org

CF 91063970585



2. **l'alfa-N-acetilgalattosaminidasi (nagalase).** Il test misura l'attività dell' alfa-N-acetilgalattosaminidasi (nagalase) nel sangue. Il nagalase possiede la capacità di deglicosilare la proteina DBP, legante la vitamina D3, (negli esseri umani più nota come proteina Gc) . La proteina Gc rappresenta il precursore del più importante fattore di attivazione macrofagica (MAF). La proteina Gc trasporta un trisaccaride che consiste in N-acetilgalattosamina con doppia ramificazione di galattosio e acido sialico terminale. Attraverso la deglicosilazione il trisaccaride (completo) viene rimosso dalla proteina Gc. La proteina Gc glicosilata non può più essere convertita in MAF. Normalmente, MAF viene prodotto dalla proteina Gc mediante una rimozione sequenziale dei terminali di galattosio e acido sialico da questa proteina, rispettivamente mediante la beta-galattosidasi dei linfociti B attivati nell'inflammazone e la sialidasi dei linfociti T, con la N-acetilgalattosamina come zucchero rimanente. L'attivazione macrofagica per fagocitosi e la presentazione dell'antigene rappresenta il primo passo nella cascata del sistema immunitario. La perdita di attività del precursore induce l'immunosoppressione. Un incremento dell' attività di nagalase è stato rilevato nel sangue dei pazienti affetti da vari tipi di patologie autoimmuni fra cui la la ME-. Nessun incremento di attività di nagalase è stato riscontrato nel sangue dei soggetti sani
3. **Attività cellule NK:** livelli delle cellule NK e funzionalità per cellula per la bassa citotossicità cellule NK ;
4. **percentuale di CD4–CD8 che risulta anormale;**
5. **ANA;**
6. **complessi immuni attivati – le subfrazioni di IgG compreso IgG1 e IgG3, complessi immuni IL2 e IL4 circolanti;**
7. **risposta delle Th1Th2 alla stimolazione mitogena (alti livelli di Th2 indicano autoimmunità), citofluorimetria per linfociti attivati/elevati;**
8. **anticorpi antilamin [anticorpi dell'artrite reumatoide] possono indicare autoimmunità e danno delle cellule cerebrali (gli anticorpi lamin B sono prove di autoimmunità);**
9. **autoimmunità umorale per polipeptidi dell'involucro del nucleo (NE);**
10. **anticorpi nelle cellule neuronali MAP2 (regolatrici della chinasi)**
11. **rapporto CD3/CD57**

TEST MEDICI ANORMALI

Anomalie anormali in pazienti con ME riscontrate sono:

Sede: Via Achille Montanucci 148 – 00053 Civitavecchia (Roma)

Email: infoassociazionemara@gmail.com

Sito: associazionemara.org

CF 91063970585



1. Numero maggiorato di cellule T citotossiche attivate (la maggior parte dei pazienti mostrano prove della attivazione delle cellule T);
2. Bassi numeri/percentuali e funzionalità delle cellule Natural Killer (citotossicità);
3. Elevati complessi immunitari;
4. Conta atipica dei linfociti;
5. Significamente ridotta la popolazione della cellula soppressore CD8 e aumentata attivazione del marker (CD38, HLA-DR) sulle cellule CD8;
6. proporzione anormale CD4/CD8;
7. Aumento delle citokine circolanti;
8. Deficienza delle immunoglobuline (più spesso IgG 1 e IgG 3).
9. Disfunzione dell' RNase L 2-5 A nella via antivirale nei linfociti. La disregolazione della via RNase appoggia fortemente l'ipotesi che l'infezione virale giochi un ruolo nella patogenesi della malattia. La iperregolazione del processo della 25° sintetasi/RNase L nei pazienti con ME indica un sistema immune iper attivato. Il grado di aumento del 37 KDa RNase L è stato riscontrato essere correlato alla severità dei sintomi.
10. Quantità di sedimentazione degli Eritrociti (ESR)[Questo è un comune esame del sangue usato per rilevare e monitorare l'infiammazione, basato sulla quantità dei globuli rossi del sangue presente in una provetta]. Un insolito ESR < (minore di) 5mm/hr è comune nella ME.
11. Livelli di insulina e test di tolleranza al glucosio. La curva di tolleranza del glucosio è spesso anormale e sovente vi è presenza di resistenza all'insulina con glicemia normale.
12. Aumento del fattore nagalase.
13. La Spect indica un diminuito flusso sanguigno cerebrale
14. La Pet indica un ridotto metabolismo del glucosio nella corteccia mediofrontale destra e una generale ipoperfusione del cervello con una particolare configurazione di ridotto metabolismo neuronale nel tronco encefalico; La perfusione cerebrale è gravemente ridotta 24 ore dopo che il cervello è stato sottolineato da esercizio fisico
15. La RM Indica aree subcorticali macchiettate di segnali di alta intensità conformi a edema o demielinizzazione
16. Anormalità cognitiva attraverso le mappe cerebrali dell'EEG e Migrazione dei centri della attività normale dalle aree danneggiate in parti diverse del cervello

Sede: Via Achille Montanucci 148 – 00053 Civitavecchia (Roma)

Email: infoassociazionemara@gmail.com

Sito: associazionemara.org

CF 91063970585



Fattori eziologici tossicologici nella ME: Infine bisogna sottolineare che sono da prendere in considerazione nei fattori eziologici della ME possibili concause tossicologiche dovute ad agenti tossici. Ad esempio gli Insetticidi possono avere un effetto possibile sulla causa e/o sul corso della Mem. .Recenti ricerche evidenziano che anche il **cadmio** è uno dei possibili agenti/fattori scatenanti della ME/CFS (**Could cadmium be responsible for some of the neurological signs and symptoms of Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome**) Stefania Pacini a,†, Maria G. Fiore b, Stefano Magherini a, Gabriele Morucci a, Jacopo J.V. Branca a,Massimo Gulisano a, Marco Ruggiero ba Department of Anatomy, Histology and Forensic Medicine, University of Firenze, Viale Morgagni 85, 50134 Firenze, Italyb Department of Experimental Pathology and Oncology, University of Firenze, Viale Morgagni 50, 50134 Firenze, Italy)

Segni e Sintomi clinici

I criteri secondo i quali si diagnostica la encefalomielite mialgica post virale sono quelli riportati nel Documento di Consenso Canadese e nei Criteri di Consenso Internazionale che sono le principali linee guida adottate dal Ministero della Sanità Canadese e che sono state redatte e approvate da un Panel di Esperti Internazionali.

I sintomi principali che il paziente accusa sono:

- 1.Spossatezza: il paziente deve avere un significativo grado di spossatezza mentale e fisica di nuova insorgenza, inspiegabile, persistente o ricorrente, che riduce sostanzialmente il livello di attività.
- 2.Malessere e/o spossatezza dopo l'esercizio (o lo sforzo): si riscontra una perdita impropria di resistenza fisica e mentale, un rapido affaticamento muscolare e cognitivo, malessere e/o spossatezza e/o dolore post-esercizio ed una tendenza al peggioramento di altri sintomi che compongono i sintomi di cui soffre il paziente. Si riscontra un periodo di recupero patologicamente lento- in genere di 24 ore o più.
- 3.Disfunzione del sonno: si riscontra un sonno non ristoratore o disturbi nella quantità o qualità del sonno, come ritmi del sonno ribaltati o caotici, letargia e insonnia
- 4.Dolore: si riscontra un grado significativo di mialgia. Il dolore può riguardare muscoli e/o articolazioni ed è spesso diffuso e migrante. Il dolore può anche avere caratteristiche neurologiche. Spesso si riscontrano cefalee di nuovo tipo, con nuove caratteristiche o gravità.
- 5.Manifestazioni neurologiche: Due o più delle seguenti difficoltà possono essere presenti: confusione, riduzione della concentrazione e del consolidamento della memoria a breve termine, disorientamento, difficoltà con il processo di elaborazione delle informazioni, con il recupero delle parole e la loro catalogazione, e disturbi percettivi e sensori – per esempio instabilità spaziale e disorientamento e incapacità di messa a fuoco visiva. Sono comuni atassia, debolezza muscolare e fascicolazioni. Si possono presentare fenomeni di sovraccarico: cognitivo,

Sede: Via Achille Montanucci 148 – 00053 Civitavecchia (Roma)

Email: infoassociazionemara@gmail.com

Sito: associazionemara.org

CF 91063970585



sensoriale – per sempio fotofobia e ipersensibilità al rumore- e/o sovraccarico emotivo che possono portare a periodi di “crash” e/o ansia.

6. Almeno Un sintomo di Due delle seguenti categorie:

- manifestazioni del sistema nervoso autonomo: intolleranza ortostatica – ipotensione neuronomica mediata, sindrome da tachicardia posturale ortostatica, ipotensione posturale ritardata: capogiro pre-sincope; pallore estremo; nausea e sindrome dell’intestino irritabile; disfunzione della frequenza urinaria e della vescica: palpitazioni con o senza aritmia cardiaca; dispnea da sforzo.
- Manifestazioni neuroendocrine: perdita della stabilità termica – temperatura corporea subnormale e marcata fluttuazione diurna, episodi di sudorazione o anidrosi, sensazione ricorrente di febbre e freddo alle estremità, intolleranza a caldo e freddi estremi; marcati cambiamenti di peso – anoressia o appetito anomalo; perdita della adattabilità e peggioramento dei sintomi sotto stress.
- Manifestazioni immunitarie: linfadenopatia, mal di gola ricorrente, sintomi simil-influenzali ricorrenti, malessere generale, nuove sensibilità al cibo, ai farmaci e/o agli agenti chimici.

Altre patologie possono invece essere associate alla ME come Fibromialgia, Fenomeno di Raynaud, tiroidite di Hashimoto, Prolasso della Valvola Mitralica, Cistite interstiziale, Sindrome dell’Intestino Irritabile, Sindrome Sicca, Sensibilità Chimica Multipla.

SOMMARIO.

Pur non essendoci un marcatore specifico, come per molte patologie complesse la diagnosi di encefalomielite mialgica post virale avviene in base alla valutazione dei segni e sintomi clinici, alla risposta alterata delle indagini strumentali, alla risposta di test medici anormali immunitari e tossicologici.

Sede: Via Achille Montanucci 148 – 00053 Civitavecchia (Roma)

Email: infoassociazionemara@gmail.com

Sito: associazionemara.org

CF 91063970585



Abstract:

1. Consenso Canadese redatto da B.M. Carruthers et All - anno 2003;
2. ICC- International Consensus Criteria redatte da B.M. Carruthers et All - anno 2011.
2. Le linee guida destinate agli psichiatri della dott.ssa Eleanor Stein MD FRCP (C) Valutazione e Trattamento per pazienti con ME
3. Questionari diagnostici, Pac per la diagnosi differenziale di CFS e la diagnosi di encefalomyelitis myalgica post virale, revisione bibliografica scientifica internazionale e revisione scientifica marcatori scientifici principali sulla disregolazione immunitaria post virale a cura dell' Associazione MARA scaricabili sul sito www.associazionemara.org

Sede: Via Achille Montanucci 148 – 00053 Civitavecchia (Roma)

Email: infoassociazionemara@gmail.com

Sito: associazionemara.org

CF 91063970585