

La sindrome da fatica cronica in biomedicina e medicina tradizionale cinese

Alberto Lomuscio*

MEDICINA OCCIDENTALE

Fin dal 1982, molti lavori hanno descritto una sindrome da affaticamento cronico nel corso della quale si riscontra la presenza di anticorpi che indicano un'infezione persistente del virus di Epstein-Barr (EBV). Questa sindrome, già intravista nei decenni precedenti, era stata chiamata in vari modi: encefalomielite mialgica benigna, malattia islandese, sindrome dello yuppie ("*young urban professional*"), neuromiastenia epidemica, sindrome post-virale, malattia cronica da EBV.

Nel 1986, il gruppo di R.C. Gallo scopre un nuovo virus umano del gruppo *Herpes* nei linfociti del sangue periferico: la sua replicazione era particolarmente attiva nei linfociti B e per questo è stato chiamato virus umano B linfocitotropico (HBLV). In effetti questo virus può replicarsi in diversi tipi di linee cellulari, comprese le linee linfocitarie T. Il nome adottato oggi è quello di herpes virus 6 umano (HHV6). Inizialmente rinvenuto tra i pazienti con sindrome linfoproliferativa, questo virus è stato poi trovato anche nei soggetti con sindrome da fatica cronica.

I caratteri fisici e molecolari dell'HHV6 sono quelli di un virus del gruppo *Herpes*. Di grandi dimensioni, è formato da un rivestimento periferico e da un "core" di forma icosaedrica che contiene il genoma virale costituito da una doppia catena di DNA. Il DNA virale e le proteine virali non sono quasi per

nulla analoghe agli *herpes* umani e animali noti. Diversamente dal virus di *Epstein-Barr*, l'HHV6 ha un effetto citopatico, senza effetti sui linfociti B. Restano a tutt'oggi molte incognite riguardo al ciclo di replicazione virale, l'esistenza di uno stato di latenza sotto forma di DNA integrato e il ruolo di geni regolatori. La risposta immunitaria specifica nei confronti di questo virus è ancora in gran parte sconosciuta. Si sa che esso induce la comparsa di anticorpi diretti contro il rivestimento.

L'evidenziazione dell'HHV6 non è di pratica corrente e si basa sulle tecniche seguenti:

- isolamento del virus a partire dai linfociti ematici, dalla saliva o dai tessuti linfonodali,
- evidenziazione del genoma virale a livello cellulare mediante ibridazione in situ o Southern blot,
- individuazione di anticorpi anti-HHV6 di tipo IgM o IgG mediante immunofluorescenza indiretta su una linea infettata.

L'incidenza dell'infezione dal HHV6 è poco nota. I primi studi sierologico-epidemiologici suggerivano che questa si ritrovava raramente nell'uomo. In effetti, i dati recenti mostrano al contrario una sieroprevalenza elevata negli USA e in Europa: presenza di anticorpi nel 40-70% della popolazione normale, fin dai primi anni di vita, con riduzione del tasso di anticorpi con l'età. Si tratta quindi di un'infezione ubiquitaria e precoce.

L'isolamento del virus e l'individuazione di anticorpi anti-HHV6 a un tasso elevato nei pazienti con sindrome da fatica cronica hanno indotto a pensare a un nesso di causalità tra questo virus e la comparsa di questa entità clinica mal definita. In effetti, l'entusiasmo iniziale deve essere temperato tenendo conto dei dati sierologico-epidemiologici recenti nella popolazione normale. Può trattarsi di un epifenomeno che esprime la riattivazione di un'infezione latente da virus HHV6

che a sua volta provoca un'iperattivazione dei linfociti B con un aumento di numerosi anticorpi antivirali.

La responsabilità dell'HHV6 (infezione primaria o riattivazione virale) è stata chiamata in causa in numerose situazioni cliniche, ma senza una prova definitiva: oltre che nella sindrome da fatica cronica, nella sindrome mononucleosica EBV negativa, nella sarcoidosi, nella sindrome di Sjogren, nell'esantema critico, e anche come cofattore durante l'infezione da HIV. La sua presenza in corso di un piccolo numero di linfomi è dimostrata più chiaramente. In realtà l'HHV6 è ancora un virus "orfano", alla ricerca di una malattia precisa o di un altro virus col quale potrebbe essere associato.

Questa sindrome colpisce più frequentemente soggetti tra i 20 e i 40 anni, con predominanza per il sesso femminile. È costituita dalla diversa combinazione di sintomi non specifici: l'astenia è costante, ribelle al riposo, impedisce o riduce l'attività quotidiana abituale. Possono associarsi febbre moderata (non oltre i 38.5°C), faringite, artralgie, mialgie, cefalea, poliadenopatie. Vengono spesso proposte consulenze psichiatriche e trattamenti ansiolitici o antidepressivi che restano spesso senza risultato. Più raramente vengono segnalate turbe gastro-intestinali, vertigini, turbe visive, turbe del sonno, un certo dimagrimento. Ovviamente, non esiste alcuna patologia sottostante che possa spiegare queste turbe. Infine, a parte una poliadenopatia, l'esame clinico è normale. In anamnesi si ritrova spesso una mononucleosi infettiva, ma questo dato non è costante. Si osserva spesso una deformazione dei globuli rossi che potrebbe indicare una turba della microcircolazione. Gli altri esami di laboratorio sono invece normali. Gli studi virologici e immunologici possono invece fornire importanti informazioni: è noto che nella maggior parte degli adulti si è avuta un'infezione asintomatica da EBV che dà origine ad anticorpi contro l'antigene nucleare, contro l'antigene del

nucleocapside virale, e contro l'antigene precoce della replicazione virale. La sierologia dei pazienti con sindrome da fatica cronica presenta alcune peculiarità:

- presenza di anticorpi anti-nucleocapside virale di tipo IgM, espressione di una riattivazione endogena dell'EBV;
- presenza di anticorpi anti-nucleocapside virale di tipo IgG a tassi significativamente superiori ai controlli, come anche per gli anticorpi contro l'antigene della replicazione virale di tipo IgG;
- gli anticorpi contro l'antigene nucleare di tipo IgG sono spesso assenti, contrariamente ai controlli, che indicano un'immunodeficienza specifica per l'EBV: forse si deve ascrivere questo fatto a un deficit selettivo di IgG3 segnalato nei pazienti da parte di alcuni Autori.

I test di sensibilità cutanea sono normali, né vi sono particolarità di tipo linfocitario.

Gli orientamenti attuali stanno rapportando questa patologia alla presenza attiva del virus di *Epstein-Barr* (o forse di altri virus) in un organismo incapace di liberarsene o quanto meno incapace di renderlo inattivo.

La persistente presenza del virus agirebbe attraverso la produzione continua di interferoni di cui si sa che l'utilizzazione terapeutica produce effetti abbastanza simili alla sindrome da fatica cronica. Si è anche notata la presenza in eccesso di 2-5-oligoadenilato sintetasi, enzima specifico della produzione di interferoni, nei pazienti affetti da questa sindrome. Tuttavia, si può anche considerare che i numerosi marcatori della presenza virale sono soltanto un epifenomeno, potendo diversi fattori eziologici (altri virus, agenti tossici) essere in causa nella riattivazione di un'infezione latente da EBV. Nessuna terapia antivirale è efficace. Tentativi isolati di perfusione di gammaglobuline avrebbero apportato un certo miglioramento.

MEDICINA TRADIZIONALE CINESE

Dal punto di vista della Medicina Tradizionale Cinese, la distinzione tra “vera” sindrome da fatica cronica e altre forme di fatica cronica post-virale è irrilevante.

Qualsiasi tipo di fatica post-virale, sia essa una sindrome da fatica cronica o no, può essere interpretata alla luce degli stessi concetti energetici.

Eziopatogenesi

La sindrome da fatica cronica riconosce tre principali fattori eziopatogenetici:

- fattori patogeni residui;
- calore latente;
- quadro di *Shao Yang*.

Fattori patogeni residui

Se il Vento, dopo aver invaso l'organismo non viene adeguatamente eliminato, o se il paziente non si riposa adeguatamente durante l'invasione acuta del Vento, il fattore patogeno può restare nell'interno, trasformandosi in Calore o in Umidità-Calore, e può provocare due situazioni: o continua a produrre sintomi oppure predispone il paziente a ulteriori attacchi delle energie patogene esterne in quanto ostruisce la normale diffusione e discesa dell'energia del Polmone. Inoltre, si avrà un progressivo indebolimento del *Qi* e/o dello Yin, con creazione di un circolo vizioso.

In effetti, l'Umidità-Calore rappresenta un fattore patogeno

residuo molto frequente dopo una malattia febbrile. Ciò è provocato da due cause fondamentali: in primo luogo, durante una malattia febbrile i normali movimenti della Milza (ascendente) e dello Stomaco (discendente) risultano capovolti, per cui il *Qi* di Stomaco non scende, e i liquidi torbidi non vengono trasformati; e il *Qi* di Milza provoca formazione di Umidità che ristagna. In secondo luogo, il Calore fa evaporare i liquidi organici che lasciano, come sedimento, ulteriore Umidità e Catarri. Così, una volta formatasi, l'Umidità tende ad autoperpetuarsi, in quanto essa danneggia ulteriormente la Milza (che ama la Secchezza), con conseguente ulteriore formazione di Umidità, e il circolo vizioso è completo.

Anche gli antibiotici rappresentano una delle cause più importanti di fattori patogeni residui: essi sono sì in grado di distruggere i batteri, ma dal punto di vista della Medicina Tradizionale Cinese tendono anche a bloccare i fattori patogeni all'interno senza permettere la liberazione dell'esterno nelle fasi iniziali della malattia, e senza permettere di liberarsi del Calore-Umidità residuo nelle fasi più tardive. È stata ideata una bella similitudine degli antibiotici da JHF Shen: se noi sentiamo entrare un ladro in casa di notte, abbiamo due possibilità: o facciamo rumore, in modo che il ladro scappi senza rubare nulla, oppure prendiamo un'arma e gli spariamo.

Se consideriamo che il ladro è il batterio e la casa il nostro organismo, il fucile è "l'antibiotico" e la creazione del rumore "l'attivazione delle nostre difese organiche". Se scegliamo la prima opzione, il ladro scapperà senza rubare nulla e senza lasciarci col problema di un cadavere in casa (fattore patogeno residuo): questo è il punto di vista della Medicina Tradizionale Cinese senza scordare che sparando nel buio potremmo colpire, oltre al ladro, anche un nostro familiare (che nell'esempio rappresenta i batteri saprofiti utili al nostro organismo).

L'antibiotico, tra l'altro, lede lo *Yin* di Stomaco, come è confermato dalla scomparsa dell'induito linguale e dall'arrossamento della lingua in corso di antibioticoterapia.

Calore latente

Nelle "Domande semplici", al Capitolo III, si legge: "Se il freddo penetra nel corpo in inverno, verrà fuori come calore in primavera", e ciò significa che talora un fattore patogeno (come il Freddo), quasi sempre veicolato dal Vento, può entrare nel corpo senza dare sintomi al momento, ma trasformarsi in Calore e dare sintomi solo dopo mesi. Il Calore latente tende a ledere il *Qi* e/o lo *Yin*, ancora una volta provocando un circolo vizioso.

Il Calore latente può emergere spontaneamente, oppure essere spinto a emergere da un nuovo attacco del Vento perverso, oppure ancora può essere spinto alla superficie da fattori scatenanti di tipo psichico.

La ragione per cui il Vento perverso non dà sintomi subito, ma solo dopo mesi, risiede molto spesso nel deficit di Rene: se infatti le condizioni generali, e soprattutto quelle del Rene, sono buone, i sintomi appariranno nel momento in cui il Vento perverso entra, e la malattia verrà sgominata senza lasciare residui latenti.

Se il Rene è in deficit, il *Qi* organico non saprà opporsi al Vento esterno, il quale potrà entrare indisturbato e senza sintomi di allarme, per poi trasformarsi in Calore e uscire successivamente.

D'altro canto, il deficit di *Qi* di Rene spiega anche la carenza di difese immunitarie contro il virus in questione, poiché è il Rene, appunto, che produce l'energia difensiva (*Wei qi*).

Quadro di Shao Yang

Sia i fattori patogeni residui (punto 1), sia il Calore latente (punto 2) possono assumere la forma del quadro di *Shao Yang*, che non è in realtà una terza forma eziopatogenetica, ma piuttosto un'evoluzione delle prime due.

I fattori patogeni possono talora rimanere incarcerati in un livello energetico intermedio (lo *Shao Yang*, appunto), dove possono ristagnare a lungo: se rimanessero infatti nel *Tai Yang*, verrebbero espulsi rapidamente perché il *Tai Yang* apre verso l'esterno; se rimanessero nello *Yang Ming*, che apre verso l'interno, verrebbero rapidamente spostati, e la forma clinica si trasformerebbe comunque.

Questa modalità si verifica quando le condizioni generali del soggetto sono troppo deboli al momento dell'invasione della noxa esterna.

Terapia

Per trattare adeguatamente la sindrome da fatica cronica, è molto importante distinguere preventivamente se l'aspetto predominante sia il fattore patogeno (quadro di pienezza), oppure il deficit di energia organica (quadro di vuoto).

Se infatti noi tonifichiamo il *Qi* quando domina il fattore esterno, o se al contrario aggrediamo il fattore esterno quando è in causa un deficit di *Qi*, la malattia può anche peggiorare.

Uno degli elementi che ci consente di distinguere se sia più in causa una pienezza o un vuoto è il polso: vi sarà deficit di *Qi* (vuoto) se il polso è debole o fine, mentre dominerà il fattore patogeno (pieno) se il polso è pieno, duro o scivoloso.

Clinica

Si riconoscono 3 forme da pienezza e 3 da vuoto:

A. Pienezza.

- Calore latente nell'interno,
- Calore-umidità nei muscoli,
- Quadro di *Shao Yang*.

B. Vuoto

- Deficit di *Qi*,
- Deficit di *Yin*,
- Deficit di *Yang*.

Calore latente nell'interno

Sintomi: fatica muscolare con lieve o nulla dolenzia, sete, insonnia, tosse con scarso escreato giallastro, dispnea da sforzo, perdita di peso, gola secca.

Lingua: rossa con induito giallastro, più rossa nella parte anteriore.

Polso: rapido e leggermente duro.

Note: questa forma compare solo per pochi mesi, poi lascia il posto alla seguente, oppure consuma lo Yin portando a un deficit di Yin. Il Calore è nascosto prevalentemente nel Cuore e nel Polmone.

Terapia: eliminare il Calore interno.

- GV 14: elimina il Calore, soprattutto se cronico,

- TE 5 e GI 11: eliminano il Calore,
- LU 10 e HT 8: tolgono il Calore dal Polmone e dal Cuore, rispettivamente, - SP 6: nutre lo *Yin*.

Calore-umidità nei muscoli

Sintomi: mialgie intense, astenia e sonnolenza, pesantezza del corpo o della testa, fatica muscolare anche dopo lievi sforzi, inappetenza, oppressione toracica o epigastrica, gusto appiccicoso, mancanza di concentrazione e intontimento, turbe della memoria a breve termine, cefalea sorda.

Lingua: induito giallastro e denso.

Polso: scivoloso.

Note: Se il Calore domina, si avrà sete, urine giallo-carico, xantorrea, muco intestinale, bruciore anale, talora proctorragia, sudorazioni notturne. Se l'Umidità-Calore interessa la Cistifellea e il Fegato, si avrà gusto amaro in bocca, ipocondralgie, talora ittero. Se l'Umidità-Calore interessa la Vescica, si avrà difficoltà a urinare, urine torbide e stranguria.

Terapia: eliminare l'Umidità e il Calore.

- SP 9, SP 6 e BL 22: eliminano l'Umidità.
- CV 12 e CV 9: regolano la trasformazione dei liquidi.
- GI 11: elimina il calore-umido.
- SP 3 e ST 8: eliminano l'Umidità dalla testa.
- TE 7 : elimina il dolore dei muscoli da Calore.
- GV 14: elimina il Calore, soprattutto quello latente.

Quadro di Shao Yang

Sintomi: febbre alternata a brividi (la febbre può anche essere assente, ma trattarsi solo di una sensazione di febbre), tensione costale e ipocondriaca, inappetenza, irritabilità, gola secca, nausea, gusto amaro, visione confusa.

Lingua: indurita bianco-giallastro scivolosa su un lato solo.

Polso: duro.

Terapia: ripulire lo *Shao Yang*.

– TE 5 e GV 14.

Deficit di Qi

Sintomi: astenia peggiore al mattino, lievi mialgie, fatica muscolare per lievi sforzi, respiro corto, voce debole, sudorazioni diurne, inappetenza, lieve distensione epigastrica e addominale, feci molli, palpitazioni (se c'è deficit di *Qi* di Cuore), pollachiuria (se c'è deficit di *Qi* di Rene).

Lingua: pallida.

Polso: vuoto.

Terapia: tonificare il *Qi*, espellere i fattori patogeni.

– ST 36, SP 6, BL 20 e BL 21: tonificano la Terra.

– LU 9, GV 12 e BL 13: tonificano il *Qi* di Polmone.

– HT 5: tonifica il *Qi* di Cuore.

– CV 6: tonifica il *Qi* in generale.

– GI 10 tonifica il *Qi* e insieme a ST 36 elimina il dolore e la fatica muscolare.

– GV 20: fa salire lo *Yang* e migliora l'umore.

Deficit di Yin

Sintomi:

Deficit di Polmone-Yin: gola secca, tosse secca, astenia intensa, dispnea e voce rauca, febbre pomeridiana, sudorazione notturna, calore ai 5 cuori, flush agli zigomi.

Deficit di Stomaco-Yin: bocca secca, inappetenza, feci secche, lieve dolenzia epigastrica, flush agli zigomi, sete senza desiderio di bere.

Deficit di Rene-Yin: lombalgie sorde, depressione, scarsa volontà, gambe e ginocchia deboli, vertigini, tinnitus, ipoacusia, secchezza delle fauci che peggiora di notte, sudorazioni notturne, flush agli zigomi, risvegli notturni, magrezza.

Lingua

Deficit di Polmone-Yin: rossa, senza induito anteriore, crepacci nella zona del Polmone.

Deficit di Stomaco-Yin: normale il colore, crepaccio nel centro, dove manca l'induito, o crepacci trasversali sui lati che indicano deficit di Milza-Yin o di *Qi* di Milza.

Deficit di Rene-Yin: rossa, senza induito.

Polso: Deficit di Polmone-Yin: fine e rapido, o vuoto. Deficit di Stomaco-Yin: idem. Deficit di Rene-Yin: idem.

Terapia: Deficit di Polmone-Yin: nutrire lo Yin, generare i liquidi, rinforzare il Polmone.

– LU 9 e CV 17: tonificano Yin e *Qi* di Polmone.

- BL 43: nutre il Polmone-Yin.
- BL 13 e GV 12: tonificano il *Qi* di Polmone.
- CV 12, ST 36 e SP 6 tonificano la Terra, madre del Polmone e generano liquidi; inoltre, CV 12 tonifica il Polmone perché il canale del Polmone parte da questo punto.
- GV 20 rischiara il cervello e l'umore.

Deficit di Stomaco-Yin: nutrire lo Yin, rinforzare la Terra.

- CV 12, SP 6, ST 36: già detti.
- ST 44: toglie il calore gastrico.
- GV 20: già detto.

Deficit di Rene-Yin: nutrire lo Yin, rinforzare il Rene e la volontà.

- KI 3: nutre il Rene.
- LU 7 e KI 6: in combinazione, aprono Vaso Concezione, nutrono il Rene e umidificano la gola.
- CV 4 e SP 6: nutrono il Rene-Yin e beneficiano i liquidi.
- BL 23 e BL 52 rinforzano la volontà (in combinazione).
- GV 20: già detto.

Deficit di Yang

Sintomi: lombalgia, ginocchia fredde, freddolosità, pallore, impotenza, eiaculazione precoce, poliuria pallida, apatia, edema malleolare, infertilità.

Lingua: pallida, edematosa, umida.

Polso: debole e profondo.

Terapia: tonificare lo Yang, scaldare il Rene.

- BL 23 e GV 4: scaldano il Rene Yang.
- CV 4: in moxa, idem (senza moxa, tonifica il Rene-Yin).
- KI 3 e KI 7: idem.
- BL52: rinforza la volontà.
- GV 20: già detto.

Nota: il deficit di Yang può accompagnarsi ai segni di deficit di Milza-Yang, che talora sono predominanti.