

Fibromiyalji tanısı konan 100 kadın olgunun klinik özellikleri

Clinical features of 100 female patients with fibromyalgia

Emrullah Hayta, Ömer Tamer Doğan, Sevil Ceyhan Doğan, Tahir Akdeniz, Dudu Şencan, Sema Karakaşlı, Sami Hizmetli.

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği (Dr E. Hayta, Dr. T. Akdeniz, Dr. D. Şencan, Dr. S. Karakaşlı) Sivas Numune Hastanesi, TR-58040 Sivas; Göğüs Hastalıkları (Yrd. Doç. Dr. Ö. T. Doğan) ve Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalları (Dr. S. C. Doğan, Prof. Dr. S. Hizmetli), Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, TR-58140 Sivas

Özet

Amaç. Bu çalışmada fibromiyalji sendromu (FMS) tanısı konmuş bayan hastaların klinik özelliklerini, hastayı hekime getiren ilk semptomun hangisi olduğunu ve bu semptomların sıklıklarını incelemeyi amaçladık. **Yöntem.** Çalışmaya 1990 ACR tanı kriterlerine göre fibromiyalji tanısı konulan 100 kadın hasta dahil edildi. Çalışmaya alınan hastaların yaş, eğitim durumu, ilk semptomu, halsizlik ve yorgunluk, sabah tutukluğu, uyku bozukluğu, anksiyete, stresle ağrı artış, baş ağrısı, parestezi, dismenore, yumuşak dokularda şişlik hissi, spastik kolon, huzursuz bacak sendromu, ve Raynaud fenomeni değerlendirildi. **Bulgular.** Çalışmaya alınan fibromiyaljili hastaların tamamı kadın hastalar olup yaş ortalaması 32.8±8.25 yıl olarak saptandı. Fibromiyaljili hastalarda en sık rastlanan ilk semptom olarak 32 hastada boyun ve sırt bölgesindeki ağrı (%32) tespit edildi. Hastalarda ağrılı nokta sayısı 14.23±1.75 olarak bulundu. Ayrıca çalışmada 86 hastada (%86) halsizlik yorgunluk, 79 hastada (%79) stresle klinik şikayetlerde artış, 71 hastada (%71) parestezik şikayetler, 70 hastada (%70) migren ve migren dışı baş ağrısı, 69 hastada (%69) sabah tutukluğu, 68 hastada (%68) uyku bozukluğu, 54 hastada (%54) yumuşak dokularda şişlik hissi, 52 hastada (%52) anksiyete, 52 hastada (%52) dismenore, 43 hastada (%43) spastik kolon, 32 hastada (%32) huzursuz bacak sendromu ve 25 hastada (%25) raynaud fenomeni tespit edildi. **Sonuç.** FM'de semptomların çeşitliliği olması nedeniyle birçok doktora başvurabilmektedirler. Bu hastaların tanı konma süresi uzadığından erken teşhis ve tedavi için multidisipliner bir yaklaşım gerekir.

Anahtar sözcükler: Fibromiyalji, klinik özellikler

Abstract

Aim. In this study, we aimed to investigate the clinical features of 100 female patients and the first symptoms caused the patients seek medical help and the frequency of these symptoms. **Methods.** According to the 1990 American College of Rheumatology (ACR) diagnosis criteria 100 female patients with fibromyalgia are included to this study. In this study the age, the education, first symptoms, weakness and tiredness, morning stiffness, disturbance of sleep, anxiety, increase in clinical complains with stress, headache, paresthesia, dismenorrhea, soft tissue edema, irritable bowel syndrome, restless leg syndrome, and Raynaud phenomenon of the patients are evaluated. **Results.** We included in the study only the female patients and the average age was 32.8±8.25 years. First and the most frequent symptom in the patients with fibromyalgia was found as pain in the neck and back in 32 patients. The number of aching points in patients was found as 14.23±1.75. In this study we also found that there were weakness and tiredness in 86 patients (86%), increase in clinical complains with stress, in 79 patients (79%), paresthetic complaints in 71 (71%) patients, migraine and headache without migraine in 70 (70%) patients, morning stiffness in 69 (69%) patients, disturbance of sleep in 68 (68%) patients, soft tissue edema in 54 (54%) patients, anxiety in 52 (52%) patients, dismenorrhea in 52 (52%) patients, irritable bowel syndrome in 43 (43%) patients, restless leg syndrome in 32 (32%) patients and Raynaud phenomenon in 25 (25%) patients. **Conclusion.** Because of the variety of symptoms in FM patients, many different doctors can apply. This time of patients diagnosed early diagnosis and treatment of longer duration must be for a multidisciplinary approach.

Keywords: Fibromyalgia, clinical characteristic.

Geliş Tarihi/Received: 3 Ocak 2010; **Kabul Tarihi/Accepted:** 22 Ocak 2010

İletişim adresi:

Dr. Ömer Tamer Doğan, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, TR-58140, Sivas. Eposta: tdogangs@gmail.com

Giriş

Fibromyalji sendromu (FMS); etyolojisi ve patofizyolojik mekanizmaları tam olarak bilinmeyen, yaygın kas iskelet sistemi ağrısı ve vücudun belirli bölgelerinde ağrılı hassas noktalarla karakterize kronik bir sendromdur [1]. Epidemiyolojik çalışmalarda görülme sıklığı kadınlar için %5, erkekler için % 1.6 olarak bildirilmiştir. Etyopatogenezi henüz tam olarak açıklanamamış olmakla birlikte uyku düzensizliği, nöroendokrin işlev bozukluğu, bölgesel kan akımı değişikliği, metabolik ve immunolojik bozukluklar gibi çeşitli faktörlerin rolü olduğu ileri sürülmüştür [2, 3]. Etiyolojide genetik faktörler, çeşitli virüs enfeksiyonları, stres, kronik uyku düzensizlikleri, fiziksel ya da emosyonel travmalar gibi birçok faktör suçlanmaktadır [3].

Hastalığın en önemli bulgusu kronik yaygın kas iskelet sistemi ağrısıdır. Ağrının yaygınlığı, vücudun hem solunda hem sağında (bir tarafta daha fazla olabilir), hem alt ekstremitede, hem üst ekstremitede ağrı olmasını, kronik olması ise 3 aydan daha uzun süredir devam etmesini ifade eder. 1990 yılında Amerikan Romatizma Birliği (ACR) tarafından hastalık için klasifikasyon kriterleri tanımlanmıştır[2]. FMS tanısı koymak için yaygın ağrı ve 18 spesifik noktanın 11 tanesinde veya daha fazlasında hassasiyet bulunmalıdır [4,5]. Ağrının sık hissedildiği bölgeler; boyun, bel, alt ekstremita, sırt, dirsek, göğsün ön tarafı, çenedir. Ağrı geniş bir alandadır ama hastalar bunu net olarak ifade edemezler[6].

FMS’de kronik yaygın kas iskelet sistemi ağrısı, yorgunluk, bitkinlik, sabahları yorgun uyanma, dinlenememe, sabah tutukluğu, yumuşak dokularda subjektif şişlik hissi, parestezi, tremor, aşırı terleme, soğuk ekstremiteler, globus hissi, kronik baş ağrısı (migren), temporomandibüler eklem ağrısı, dismenore, premenstürel sendrom, irritabl kolon sendromu, dizüri (kadın üretral sendromu), fonksiyonel solunum sistemi semptomları, fonksiyonel kardiyak semptomlar, semptomların hava şartları ile değişmesi, semptomların stres ve anksiyete ile artması, anksiyete, Raynaud fenomeni, sikkâ semptomları şeklinde çok farklı semptomlar vardır [7]. Bu çalışmanın amacı FMS’li kadın hastaların klinik özelliklerini belirlemektir.

Yöntem

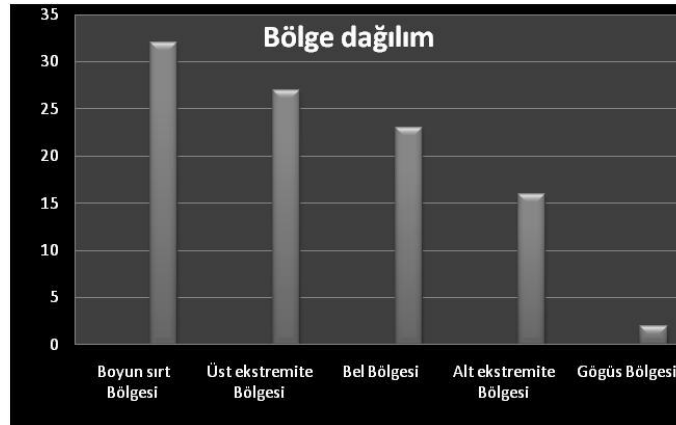
Çalışmaya 1 Ekim 2008-1 Aralık 2009 tarihleri arasında Fizik Tedavi polikliniğine başvuran ve 1990 Amerikan Romatizma Birliği (ACR) klasifikasyon kriterlerine göre FMS tanısı konulan 100 kadın hasta dahil edildi. Çalışmaya tam kan sayımı, tam idrar tetkiki, sedimentasyon hızı, ve serolojik testleri (Sifiliz, Brucella, Hepatit markerleri, HIV) normal sınırlarda olan ve önemli sistemik bir hastalığı olmayan hastalar alındı. Araştırmaya dahil edilen hastaların yaşı, eğitim durumu, ağrılı nokta sayısı, yorgunluk, parestezi, uyku bozukluğu, premenopozal kadınlarda dismenore, irritabil barsak sendromu, baş ağrısı, sabah tutukluğu, şişlik hissi , stresle ağrının artması, huzursuz bacak sendromu ve Raynaud fenomeni varlığı araştırıldı.Uyku bozukluğu varlığı polisomnografi (PSG) eğitimi olan göğüs hastalıkları uzmanı tarafından değerlendirildi. Uyku bozukluğu (0= uyku bozukluğu yok, 1=uykuya dalmada 30 dk güçlük, 2=uykuya dalmada gece boyunca güçlük) ve bas ağrısı (0= bas ağrısı yok, 1=hafif, 2=siddetli) 3 nokta skalasıyla değerlendirildi. Hastalardaki migren ve baş ağrıları 1998 IHS (Uluslararası baş ağrısı

derneği) Migren Sınıflaması kriteri kullanılarak değerlendirildi. Hastaların anksiyete durumunu değerlendirmede Beck Anksiyete Envanteri (BAE) kullanıldı. Bu ölçek 21 sorudan oluşan kendini değerlendirme ölçeğidir. Her soru 0-3 arasında puanlanmaktadır. Kişinin son 7 gün içinde yaşadığı kaygı belirtilerinin sıklığını belirlemeyi hedefler. Hastalarda spastik kolon tanısı için Manning kriterleri kullanıldı. Çalışmamıza sistemik hastalığı veya major psikiyatrik bozukluğu olanlar, semptomların premenstürel sendromda görülen semptomlardan ayırt edilmesi açısından menstürasyon döneminde olan bayanlar, en az son iki hafta içinde santral sinir sistemini aktive edici ajan, nonsteroid antiinflamatuvar ve analjezik ilaç almış olanlar, 50 yaş üzeri menopozda olan ve 20 yaşın altında olanlar çalışmaya alınmadı. Çalışma kapsamındaki tüm bireylere daha önce hazırlanmış olan standart bir form dolduruldu. İstatistiksel değerlendirme SPSS 16.0 programı kullanılarak yapıldı.

Bulgular

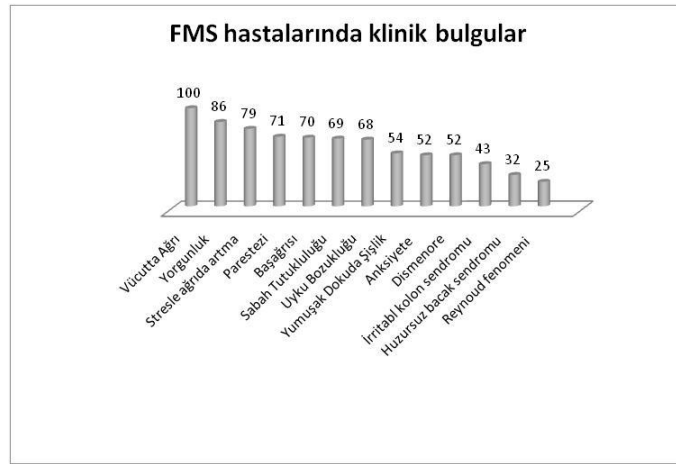
Araştırmaya FMS'li 100 hasta dahil edildi. Hastaların tamamını bayan hastalar oluşturuyordu. Hastaların yaş ortalaması 32.8 ± 8.25 yıl (en küçük 20 - en büyük 50) olarak saptandı. Hastaların eğitim düzeyleri ise, 43 hasta ilköğretim mezunu (%43), 40 hasta ortaöğretim mezunu (%40), 17 hasta yükseköğretim mezun (%17) olarak bulundu.

Hastaların hekime başvurma nedeni olan ağrının bölgesel dağılımında ise; 32'sinde (%32) ağrı boyun ve sırt bölgesinde, 27'sinde (%27) üst ekstremitte bölgesinde, 23'ünde (%23) bel bölgesinde, 16'sında (%16) alt ekstremitte, ve 2'sinde de (%2) göğüs ön duvarında saptandı. Hastalarda ağrılı nokta sayısı 14.23 ± 1.75 olarak bulundu. Bölgesel ağrı dağılımının yüzde oranları Şekil 1'de gösterilmiştir.



Şekil 1. Bölgesel ağrı dağılımı yüzde oranları.

Hastalarda ağrıdan sonra en sık görülen klinik semptom halsizlik, yorgunluk olup, bu semptomlar 86 hastada (%86) saptandı. Stresle klinik semptomlarda artma 79 hastada (%79) mevcuttu. Hastaların 71'inin paretezik şikayetleri (%71) olup, bunların %65'i (65/71) üst ekstremitte, %6'sı (6/71) ise alt ekstremitte saptandı. Baş ağrıları 70 hastada olup (%70), bunlardan migren dışı baş ağrıları 59 hastada (%59) varken, 11 'inde de (%11) migren vardı. Sabah tutukluluğu 66 hastada (%66) hafif seyrederken, 3 hastada (%3) 30 dakikanın üstündeydi. Uyku bozukluğu 68 hastada olup (%68), bunların %58'inde hafif, %10'unda ağır olarak saptandı. Hastaların 54'ünde (%54) yumuşak dokularında şişlik hissi mevcuttu. Hastaların 52'sinde (%52) anksiyete ve stres mevcuttu. Hastaların 52'sinde (%52) dismenore mevcuttu. Hastaların 43'ünde (%43) iritabl kolon sendromu mevcuttu. Hastaların 32'sinde (%32) huzursuz bacak sendromu (restless leg sendromu) mevcuttu. Hastaların 25'inde (%25) Raynaud fenomeni mevcuttu. Şekil 2'de bu klinik dağılım görülmektedir.



Şekil 2. FMS hastalarında klinik bulgular (n=100).

FMS, tendinomüskuloskeletal bölgelerde ağrı ile karakterize ve beraberinde yorgunluk, uyku bozukluğu, irritabl kolon sendromu gibi kas-iskelet sistemi dışı klinik semptomları da içeren bir sendromdur [8]. Daha çok genç yaşlardaki kadınlarda görülür. Tüm vücutta yaygın ağrı, halsizlik, yorgunluk, sabah tutululuğu, uyku bozukluğu, irritabl barsak sendromu, Raynaud fenomeni, dismenore, deride retiküler renk değişiklikleri, baş ağrısı, paresteziler gibi değişik tablolar da görülebilir.

Hastalığın en önemli bulgusu kronik yaygın kas iskelet sistemi ağrısıdır. Hastaların tamamında görülür. Bu hastalarda temel bulgu olmakla birlikte, yorgunluk (%96), uyku bozukluğu (%83), gerilim tipi baş ağrısı, migren (%70), kognitif bozukluk (%46), irritabl barsak sendromu (%60), irritabl mesane sendromu (%12-35), temporomandibuler disfonksiyon (%60) gibi bulgular da gözlenmektedir. Soğuk hava, nem, dinlendirmeyen uyku, fiziksel ve mental yorgunluk, stres gibi faktörler de semptomların oluşumunu tetikleyebilmektedir[9].

Yapılan çalışmalar FMS' nin depresif hastalıklar ile birlikte olduğunu göstermiştir. Hastaların %14-70'inde FMS' ye eşlik eden depresyon bulunur. Depresyon tanısında kullanılan metotların ve kriterlerin farklı olması ve seçilen hasta popülasyonunun farklılığı depresyon oranındaki geniş dağılımı açıklayabilir. Hudson ve ark. [10] nın çalışmasında FMS' li hastalarda majör affektif hastalık oranı %71, majör depresyon oranı ise %26 olarak tespit edilmiştir. Ülkemizde Bilgici ve ark.[11] yaptıkları çalışmada FMS' li hastalarda depresyon oranını %32 olarak tespit etmişlerdir . Araştırma sonuçları FMS' de sıklıkla psikiyatrik ek tanıların (özellikle depresyon ve anksiyete) bulunduğunu göstermiş, ancak bu ilişkinin doğası ve yönü hep tartışma konusu olmuştur [16]. Bizim çalışmamızda anksiyete oranı %52 bulunmuştur. FMS hastalarının en çok şikayet ettiği semptomlardan biri de uyku bozukluğudur. Kötü uyuma, dinlendirmeyen uyku, yorgunluk ve sabah sertliği gibi semptomlar birçok çalışmada %70'ten daha yüksek oranlarda bildirilmiştir [12]. Çalışmamızda benzer oranda uyku bozukluğu tespit ettik. Fibromyaljide bu kadar sıklıkla uyku bozukluğu olması düşündürücüdür. Bu hastalarımızda uykuya dalma süresinde uzama olması, sık uyanmaları ileri dönemde PSG yapmayı gerekli kılmaktadır. Obez kişilerde daha sık görülen uyku apnesinde de kronik yorgunluk, dinlenememe, gündüz uyku hali gibi FMS' de görülen bulgular olabilmektedir. Yine uyku apnesi ile FMS birlikte olabilmekte ve şikayetler daha fazla artabilmektedir. FMS'li hastalarda yapılan uyku çalışmalarında, ilk kez Moldofsky'nin [13] gösterdiği, EEG'de alfa dalgaları ve non-REM uyku fazında görülen alfa-delta dalgaları, FMS'de halen çürütülmemiş yaygın görülen bir bulgudur.

Migren ve migren dışı baş ağrıları FMS' li hastalarda %28-58 arasında değişen oranlarda

bildirilse de son yıllarda yapılan çalışmalarda aslında bu oranın daha fazla olduğu yönündedir [14]. Marcus ve ark.[15] yaptıkları çalışmada bu oran %76 olarak bulunmuş olup bizim çalışmamız ile paralellik göstermektedir.

Ayrıca FMS'de, hastaların yaklaşık %50'sinde yumuşak doku şişliği, %40-50 hastada dismenore, % 30'unda Raynaud fenomeni, %30'unda huzursuz bacak sendromu görülmektedir [8, 14]. Bizim çalışmamızda yukarıda bahsedilen semptomlar literatürü destekler oranda bulunmuştur.

Ülkemizde FMS hastalarının klinik semptomlarının özellikleri üzerine Akkuş ve ark. [7] yaptıkları bir çalışmada 220 FMS'li hasta incelenmiş ve hastaların % 85'in de sabah yorgunluğu, %74.54'ünde uyku düzensizliği, %69.54'ünde halsizlik, %35.90'ında parestezi, %52.27'sinde baş ağrısı, % 15.90'ında spastik kolon tespit edilmiştir.

Bizim yaptığımız çalışmada ilginç olan parestezi sıklığının daha çok üst ekstremitelerde görülmesiydi. Bununla ilgili olarak literatürde fibromyaljili hastalarda EMG ile (Elektromyografi) yapılmış çalışmalar mevcuttur. Ülkemizde Ersöz'ün [17] 2003 yılında 33 bayan hasta ile yaptığı EMG çalışması sonucunda hastaların %15'inde peroneal sinir iletiminde ve median sinir iletiminde anormallik, yine hastaların %27'inde fokal tuzak nöropatiler bulunmuştur. Bu hastaların hiçbirinde polinöropati ile ilgili bir kanıt bulunamamıştır. Bununla ilgili ileri çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. FMS'li hastalar, vücudun değişik bölgelerindeki ağrı yakınması veya diğer hastalıklarda sık görülen semptomlarla doktora başvurabilir. Son yıllarda yapılan çalışmalar, yaygın vücut ağrısı olan, muayene ve tetkik sonuçları normal olan veya semptomları açıklanamayan hastaların FMS açısından sorgulanması gerekliliğini bize zorunlu kılmıştır. Ayrıca bu hastalara sık uyku bozukluğu olması nedeniyle polisomnografi yapılması gereklidir düşüncesindeyiz.

Kaynaklar

1. Adler GK, Manfredsdottir VF, Creskoff KW. Neuroendocrine abnormalities in fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep* 2002; 6: 289-98.
2. Forseth KO, Gran JT, Husby GA. Population study of the incidence of fibromyalgia among women aged 26-55 yr. *Br J Rheumatol* 1997; 36: 1318-23.
3. Altındağ Ö. Fibromyaljide nöroendokrin işlev bozuklukları. *Turk J Rheumatol* 2009; 24: 98-102.
4. Neeck G, Riedel W. Hormonal perturbations in fibromyalgia syndrome. *Ann N Y Acad Sci* 1999; 22:325-38.
5. Karatay S, Yıldırım K, Melikoğlu MA. Genç Fibromyaljili hastalarda endokrin hormonal düzeylerinin klinik parametrelerle ilişkisi. *T Klin FTR* 2003; 3: 117-20.
6. Brückle W, Lautenschlager J, Müller W. The course and topography of pain in fibromyalgia. *EULAR Bulletin* 1992; 1: 12-8.
7. Akkuş S, Koşar A, Beyazit O. Fibromiyalji tanısı konan 220 vakanın klinik özellikleri, *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 1998;1:41-6.
8. Bradley LA, Alarcon GS: Fibromyalgia, in *Arthritis and Allied Conditions*, 1996; 84: 1619-99.
9. Bağış S. Fibromiyaljide Klinik Bulgular ve Tanı. *Turk Fiz Tıp Rehab Derg* 2008; 54 :12-4.
10. Hudson JI, Goldenberg DL, Pope HG, Keck PE, Schlesinger L. Comorbidity of fibromyalgia with medical and psychiatric disorders. *Am J Med* 1992; 92: 363-7.
11. Bilgici A, Akdeniz O, Güz H, Ulusoy H. Fibromiyalji Sendromunda Depresyon ve Sosyal Uyumun Rolü. *Turk J Phys Med Rehab* 2005; 5: 98-102.
12. Sivas FA, Başkan BM, Aktekin LA. Fibromiyalji Hastalarında Depresyon, Uyku Bozukluğu ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Turk J Phys Med Rehab* 2009; 55: 8-12.
13. Moldofsky H, Scarisbrick P, England R, Smythe H. Musculoskeletal symptoms and

- non-REM sleep disturbances in patients with fibrositis syndome and healty subjects. *Phychosom Med.* 1975; 37: 371.
14. Boissevan MD, McCain GA. Toward an integrated understanding of fibromyalgia syndrome, I. Medical and pathophysiological aspects; *Pain*, 1991; 45: 227-38.
 15. Marcus DA, Bernstein C, Rudy TE. Fibromyalgia and headache: an epidemiological study supporting migraine as part of the fibromyalgia syndrome. *Clin Rheumatol* 2005; 24: 595–601.
 16. Evren B, Evren C, Yapıcı A, Güler MH. Fibromyalji hastalarında ağrı şiddeti ile psikiyatrik belirtiler arasındaki ilişki. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2005; 6: 69-74.
 17. Ersöz M. Nerve conduction tests in patients with fibromyalgia: comparison with normal controls. *Rheumatol Int* 2003; 23: 166–70.