

Fibromiyalji Hastalarımızın Klinik Özellikleri ile Bulgular Arasındaki Korelasyonlar

Corelations of Clinical Features and Findings in Fibromyalgia Patients

Gülcan Gürer, Ömer Faruk Şendur

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye

Özet

Amaç: Fibromiyalji (FM) kronik kas iskelet ağrıları ile ve standart hassas noktalarda artmış hassasiyetle karakterize etiyolojisi bilinmeyen yaygın görülen bir hastalıktır. Yorgunluk, uyku bozuklukları ve azalmış yaşam kalitesi gibi ek semptomları vardır. Çalışmamızda fibromiyalji olgularının klinik özelliklerini ve bu semptomlar arasındaki ilişkileri araştırdık.

Hastalar ve Yöntem: Çalışmaya 170'i bayan 1'i erkek olan 171 FM'li hasta dahil edildi. Hastalardaki ağrı şiddeti visüel analog skala ve verbal ağrı skalası ile değerlendirildi. Hassas nokta muayenesi yapıldı ve hastaların son sağlık durumunu saptamak için Fibromiyalji Etki Sorgulaması (FES) formu dolduruldu. İstatistiksel analiz olarak pearson korelasyon testi kullanıldı.

Sonuçlar: Araştırmaya alınan 171 hastanın 156'sında (%91.2) yaygın vücut ağrısı, 163'ünde (%95.3) yorgunluk, 143'ünde (%83.6) baş ağrısı, 135'inde (%78.9) parestezi, 130'unda (%76) uyku bozukluğu, 111'inde (%64.9) subjektif şişlik hissi, 96'sında (%56.1) ağızda kuruluk, 65'inde (%38) libido kaybı, 63'ünde (%36.8) irritabl barsak bulguları, 55'inde (%35) dismenore, 47'sinde (%27.5) raynaud fenomeni tespit edildi ve literatür verileri ile uyumlu olarak, klinik parametreler arasında anlamlı korelasyonlar saptandı. (*Romatizma* 2006; 21: 41-4)

Anahtar Kelimeler: Fibromiyalji, klinik özellikler

Abstract

Objective: Fibromyalgia (FM) is a common disorder with unknown etiology which is characterized by chronic musculoskeletal pain and increased tenderness at standardized tender points. Additional symptoms are fatigue, sleep disturbances, deconditioning and reduced quality of life. In this study, we investigated the clinical features of fibromyalgia and correlations between the symptoms.

Patients and Methods: A total of 171 patients with FM (170 female, one male) were included this study. The severity of the pain was recorded with a visual analog scale and verbal pain scale. Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) was used to determine the current health status of patients with FM. Pearson correlation test was used as a statistical test.

Results: The most common complaints among patients were fatigue in 163 (%95.3), widespread pain in 156 of cases (%91.2), headache in 143 (%83.6), paresthesia in 135 (%78.9), sleep disturbances in 130 (%76), swollen impression in 111 (%64.9), dry mouth in 96 (%56.1), loss in libido in 65 (%38), symptoms referred to irritable bowel syndrome in 63 (%36.8), dysmenorrhea in 55 (%35), Raynaud's phenomenon in 47 (%27.5). Significant correlations were determined between clinical features similar to the literature on this subject. (*Rheumatism* 2006; 21: 41-4)

Key Words: Fibromyalgia, clinical features

Giriş

Fibromiyalji Sendromu (FM) yaygın ağrı, multipl spesifik anatomik bölgede duyarlı noktalarla karakterize kronik kas-iskelet ağrı sendromudur. FM'ye en sık eşlik eden semptomlar yorgunluk, uyku bozukluğu ve sabah sertliğidir. Değişik oranlarda görülen diğer özellikler baş ağrısı, irritabl barsak sendromu, subjektif şişlik, nondermatomal parestezi, psikolojik bozukluklar, dismenore, sık idrar, göğüs ağrısı, çene ağ-

rısı, karın ağrısı, Raynaud fenomeni, sıkka semptomları, deri duyarlılığı, retiküler deri renk değişikliği, hipermobilité sendromu, huzursuz bacak sendromu, mitral valv prolapsusu ve belirgin fonksiyonel yetersizliktir (1-4).

FM'nin etiyolojisi kesin olarak bilinmemektedir. Uyku bozuklukları, kas mikrotravmaları, nöroendokrin, metabolik ve immunolojik anormallikler gibi hipotezler ileri sürülmüştür (4-8). Hastalığın nedeni bilinmediği için tedavisi oldukça zordur. Trisiklik antidepressanlar, serotonin geri alım inhibi-

törleri gibi medikal tedavi yöntemleri yanında, kardiyovasküler fitness programı, EMG biofeedback, TENS, kognitif davranış tedavisi gibi tedavi seçenekleri de mevcuttur (9-11).

Çalışmamızda fibromiyalji olgularının klinik özelliklerini ve bu semptomlar arasındaki ilişkileri araştırdık.

Hastalar ve Yöntem

Çalışma, 2001-2003 tarihleri arasında ADÜ FTR AD'a bağlı FM izlem polikliniğinde takip edilen 171 fibromiyalji-li hasta ile yapıldı. Fibromiyalji tanısı 1990 yılında Amerikan Romatizma Birliği (ACR) tarafından belirtilen fibromiyalji klasifikasyon kriterlerine göre konuldu.

Araştırmaya dahil edilen hastaların yaş, cinsiyet, medeni durumu, menapoz durumu, eşlik eden diğer semptomlar, (yaygın vücut ağrısı, yorgunluk, uyku bozukluğu varlığı, sabah tutukluğu, reynaud fenomeni, parestezi, ağız kuruluğu, irritabl barsak, baş ağrısı, libido kaybı, menapoz girmemiş kadınlarda dismenore, subjektif şişlik hissi), ağrının süresi sorgulandı ve kaydedildi.

Uyku problemleri; son bir hafta içerisinde uykuya dalmada güçlük çektikleri gece sayısı, bir gece boyunca uyanma sıklığı şeklinde değerlendirildi. Dinlendirmeyen uyku varlığı sorgulandı(bazı sabahlar yorgun uyanma veya her sabah yorgun uyanma).

Hastaların hissettiği ağrı şiddeti visüel analog skala ile (VAS) ve verbal ağrı skalasıyla (0: ağrı yok, 1: hafif ağrı, 2: orta şiddette ağrı, 3: şiddetli ağrı, 4: dayanılmaz ağrı) değerlendirildi. Hassas nokta sayısı belirlendi ve kaydedildi. Daha sonra hassas noktalarındaki ve kontrol noktalarındaki (deltoid ortası, el baş parmağı, tibia ön yüz ortası, ayak baş parmağı) hissettikleri ağrı derecesi (0: ağrı yok, 1: hafif ağrı 2: sözel olarak ağrının tanımlanması, 3: ağrı nedeniyle geri kaçma) değerlendirilip kaydedildi ve bu değerler toplanarak total miyaljik skor elde edildi.

Ayrıca bu hastalara bir hekim tarafından Fibromiyalji Etki Sorgulaması (FES) uygulandı. FES, Burkhardt ve arkadaşları tarafından FM'li hastaların sağlık durumunu değerlendirmek için geliştirilmiştir (12). FES; FM'li hastaların fiziksel,

Tablo 1. Hastaların temel klinik özellikleri

	Ortalama	SS	Aralık
Yaş	45.92	10.39	22-71
Ağrı süresi (ay)	50.01	56.49	3-360
Tutukluk (dakika)	23.11	34.59	0-240
US	2.42	2.79	0-20
UDG (gün)	3.41	2.56	0-7
VAS	7.07	2.03	2-10
Verbal ağrı	2.72	0.81	1-4
HNS	14.83	2.42	11-18
TMS	35.28	11.90	11-70
FES	3.68	0.85	1.4-5.73
Beck	21.93	12.56	1-47

HNS- hassas nokta sayısı, SS- standart sapma, TMS- total miyaljik skor, UDG- son bir haftada uykuya dalmakta güçlük çekilen gece sayısı, US- bir gecede uyanma sıklığı

çalışma, depresyon, anksiyete, uyuma, ağrı, tutukluk, yorgunluk ve kendini iyi hissetme gibi durumları ölçer. FES yapılan çalışmalarla güvenilirliği gösterilmiştir ve Türkçe versiyonu da kabul görmüştür (13-16).

Hastaların depresyon düzeyleri ise Beck Envanteri ile değerlendirildi.

İstatistiksel Değerlendirme

Araştırmanın istatistiksel analizi için öncelikle elde edilen değerler windows programında SPSS'te girildi. Klinik parametreler arasındaki ilişkileri incelemek için pearson korelasyon testi uygulandı.

Sonuçlar

Çalışmaya 171 hasta dahil edildi. Hastaların 170'i kadın (%99.4), 1'i erkekti (%0.6). Bayan hastalardan 13'ü (%7.6) menapoz girmişti. 107 hasta (%62.6) her gün dinlenmemiş olarak uyandığını ve 64 hasta (%37.4) bazı günler dinlenmemiş olarak uyandığını ifade etti.

Hastaların temel klinik özellikleri Tablo 1'de ve hastalarda görülen semptomlar ve yüzdeleri ise Tablo 2'de verilmiştir.

Ağrı şiddeti (VAS ve verbal ağrı skalası) ile FES arasındaki korelasyon incelendiğinde pozitif korelasyon bulundu (Tablo 3).

Hastanın yaşı, hastalık süresi, yaygın vücut ağrısı, total miyaljik skor, hassas nokta sayısı, FES, sabah tutukluğu süresi ve uyku problemi parametrelerinin birbiriyle olan ilişkisi araştırıldı. Buna ait sonuçlar Tablo 4'te gösterilmiştir.

FES, hassas nokta sayısı, total miyaljik skor, VAS ve verbal ağrı skalasının Beck Envanter sonuçları ile korelasyonu incelendi. Buna ait bulgular Tablo 5'de sunulmuştur.

Tablo 2. Hastalarda görülen semptomlar ve yüzdeleri

Semptomlar	%(n)
Yorgunluk	%95.3 (163)
Yaygın ağrı	%91.2 (156)
Sabah tutukluğu	%86 (147)
Baş ağrısı	%83.6 (143)
Parestezi	%78.9 (135)
Uyku bozukluğu	%76 (130)
Subjektif şişlik hissi	%64.9 (111)
Ağızda kuruluk	%56.1 (96)
Libido kaybı	%38 (65)
İrritabl barsak bulguları	%36.8 (63)
Dismenore	%35 (55)
Reynaud fenomeni	% 27.5 (47)

Tablo 3. FES ile ağrı derecesi arasındaki korelasyon (*:p<0.001)

	VAS (n=171)	Verbal ağrı (n=171)
FES		
r	0,35*	0.32*
p	0,000	0.000

Tartışma

Fibromiyalji sendromu yaygın ağrı, spesifik anatomik bölgelerde hassasiyetle ve yorgunluk, uyku bozukluğu, irritable barsak sendromu gibi diğer klinik bulgularla karakterize kronik kas iskelet sistemi rahatsızlığıdır (6). FM prevalansı genel popülasyonda %2, yetişkin kadınlarda %3.4, yetişkin erkeklerde %0.5'tir ve en sık 30-60 yaşları arasında görülür (17). Bununla birlikte çocuklarda ve yaşlılarda da görülebilir (17-18). Çalışmamızda ki hastaların %99.4'ü bayan ve 171 hastadan 146'sı (%85.4) 30-60 yaş aralığındaydı.

Çalışmaya alınan hastalarda en fazla görülen ek semptom hastaların kendini yorgun hissetmesi idi (%95.2). Yorgunluk, FM'li hastalarda en sık rastlanan semptomlar arasındadır. Genellikle tüm gün boyunca vardır ve ciddi boyutlardadır (19).

FM'li hastalar genellikle bir saati geçmeyen sabah tutuk-

luğu tanımlarlar (20). Bu çalışmaya dahil olan hastalar oldukça yüksek oranda (%86) sabah tutukluğu tanımladılar. 24 hasta (%14) bu semptomu tanımlamazken, 137 hasta (%80.1) 60 dakikanın altında sabah tutukluğunu ifade etti ve sadece 10 hasta, 60 dakikanın üzerinde sabah tutukluğunun sürdüğünü belirtti.

FM'li hastalarda baş ağrısı oranı %53 olarak bildirilmiştir (21). Bizim hastalarımızda baş ağrısı oranı %83.6 olarak daha yüksek bulunmuştur.

Parestezi de FM'li hastalarda yaygın bulunan bir semptomdur ve görülme sıklığı %54 olarak bildirilmiştir. Bizim çalıştığımız hastalarda, parestezi yakınması %79.4 olarak daha sık bulunmuştur. Yine Reynaud fenomeni (%27.3) ve ağızda kuruluk hissi (%55.2) literatür verilerine göre daha yüksek oranda bulunmuştur. İrritabl barsak bulguları (%35.8) ve dismenore (%32.1) şikayetleri ise literatür verileri ile uyumlu bulunmuştur.

Tablo 4. Hastanın yaşı, hastalık süresi, yaygın vücut ağrısı, total miyaljik skor, hassas nokta sayısı, FES, sabah tutukluğu süresi ve uyku problemi parametrelerinin birbiriyle olan korelasyonu

	Yaş	H.süre	Y.ağrı	TMS	HNS	FES	Tut	UDG	US	DOU
Yaş										
r	1	0.26	0.14	0.29	0.20*	0.04	-0.02	0.04	0.11	0.14
p		0.001	0.08	0.000	0.008*	0.579	0.75	0.593	0.149	0.07
H.süre										
r	0.26	1	0.04	0.07	0.14	0.10	-0.08	-0.09	0.11	0.16
p	0.001		0.63	0.343	0.059	0.22	0.328	0.250	0.165	0.04
Y.ağrı										
r	0.14	0.04	1	0.22	0.22	0.08	-0.03	0.03	-0.10	-0.15
p	0.08	0.63		0.004	0.004	0.33	0.705	0.688	0.199	0.059
TMS										
r	0.29	0.07	0.22	1	0.69	0.18	-0.04	0.05	0.15	0.16
p	0.000	0.343	0.004		0.000	0.023	0.629	0.49	0.050	0.03
HNS										
r	0.20	0.14	0.22	0.69	1	0.13	0.09	0.05	0.17	0.23
p	0.008	0.059	0.004	0.000		0.094	0.22	0.52	0.024	0.002
FIQ										
r	0.04	0.10	0.08	0.18	0.13	1	0.12	0.20	0.21	0.08
p	0.579	0.22	0.33	0.023	0.094		0.13	0.01	0.00	0.335
Tut										
r	-0.02	-0.08	-0.03	-0.04	0.09	0.12	1	0.15*	0.24*	0.06
p	0.75	0.328	0.705	0.629	0.22	0.13		0.05*	0.002*	0.421
UDG										
r	0.04	-0.09	0.03	0.05	0.05	0.20	0.15	1	0.28	0.19
p	0.593	0.250	0.688	0.49	0.52	0.01	0.05		0.000	0.01
US										
r	0.11	0.11	-0.10	0.15	0.17	0.21	0.24	0.28	1	0.15*
p	0.149	0.165	0.199	0.050	0.024	0.007	0.002	0.000		0.05*
DOU										
r	0.14	0.16	-0.15	0.16	0.23	0.08	0.06	0.19	0.15	1
p	0.07	0.04	0.059	0.03	0.002	0.335	0.421	0.012	0.05	

DOU- dinlendirici olmayan uyku, H.süre- hastalık süresi, HNS- hassas nokta sayısı, TMS- total miyaljik skor, Tut- sabah tutukluğu süresi, UDG- son bir haftada uykuya dalmakta güçlük çekilen gece sayısı, US- bir gecede uyanma sıklığı, Y.ağrı- yaygın ağrı, p ≤ 0.05

Tablo 5. Beck Envanter sonuçları ile FES, hassas nokta sayısı (HNS), total miyaljik skor (TMS), VAS ve verbal ağrı skalalarıyla korelasyonu.

	FES	HNS	TMS	VAS	Verbal
Beck Env. r	0.43	0.05	0.13	0.46	0.33
p	0.005	0.73	0.43	0.002	0.036
n	171	171	171	171	171

Yaptığımız çalışmada hastaların ağrı şiddeti ve Beck Envanteri skoru arttıkça hastanın fibromiyaljiden etkilenme derecesini (FES) gösteren skorda da buna paralel olarak artış olduğu saptandı. Sonuç olarak, hastaların ağrısı ve depresyona eğilimi arttıkça fibromiyaljiden daha fazla etkilendikleri ortaya çıkmıştır. Yapılan çalışmalarda kronik ağrılı hastalarda depresyon ve suisid girişiminin arttığı ve yaşam kalitesinin düştüğü gösterilmiştir (22-23).

Hastalarımızda uyku problemi arttıkça fibromiyaljiden etkilenmenin de arttığı gözlemlendi. Buna karşın hastaların hassas nokta sayısı ya da total miyaljik skorları ile fibromiyaljiden etkilenme derecesi arasında bir ilişki bulunamadı.

Doğal olarak, yaştan ilerlemesi ile birlikte hastalığın daha uzun süreli olması olağandır. Çalışmamızda bu sonucun saptanmasının yanı sıra yaştan artması ile birlikte hassas nokta sayısı ve bu noktalarda hissedilen ağrı derecesinin de arttığı gözlemlenmiştir.

Çalışmada, hasta gece ne kadar sık uyanıyorsa ve uykuya dalmada problem yaşıyorsa sabah tutukluğu süresinin buna paralel olarak daha uzun sürdüğü saptanmıştır. Bu sonuçla, hastaların uyku problemi nedeniyle daha az dinlendikleri ve bu nedenle eklemlerinde daha uzun süre tutukluk hissettikleri düşünülebilir.

Yunus ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada ortalama semptom süresi 11.4 yıl olarak, diğer bazı çalışmalarda ise 71 ay ve 86.6 ay olarak bildirilmiştir (24-26). Çalışmamızın sonucuna göre ise ortalama ağrı süresi 50.69±57.25 (3-360) ay olarak bulunmuştur. Bu durum FM teşhisinin geç konulduğunun iyi bir göstergesidir. Genel olarak FM hastalarında, tanı konulmasının zorluğu nedeniyle tanıda gecikme olabilmektedir. Ayrıca hastalar, muhtelif tıp disiplinlerince farklı şekilde değerlendirildiklerinden hastalığın tanı ve tedavisi gecikebilmektedir. Sonuç olarak, FM'nin erken teşhis ve tedavisi için tıp eğitiminde bu konunun daha geniş olarak ele alınması gerektiği kanaatindeyiz.

Kaynaklar

1. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990; 33: 160-72.
2. Bennett RM. The fibromyalgia syndrome. In: Kelley WN, Harris ED, Ruddy S, Sledge CB, (eds). *Textbook of Rheumatology*. 5th edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1997: 511-9.
3. Krsnich-Shriwise S. Fibromyalgia syndrome: an overview. *Physical Therapy* 1997; 77 : 68-75.
4. McCain GA. A cost effective approach to the diagnosis and treatment of fibromyalgia. *Rheum Dis Clin North Am* 1996; 22: 323-49.
5. Bennett RM. Multidisciplinary group programs to treat fibromyalgia patients. *Rheum Dis Clin North Am* 1996; 22: 351-67.
6. Bradley LA, Alarcon GS. Fibromyalgia. In: Kopman WJ (ed). *Arthritis and allied conditions*. 14th edition. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins, 2001: 1811-44.
7. Russell IJ, Orr MD, Littman B, Vipraio GA, Alboukrek D, Michalek JE, et al. Elevated cerebrospinal fluid levels of substance P in patients with the fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum* 1994; 37: 1593-601.
8. Goldenberg DL. What is the future of fibromyalgia? *Rheum Dis Clin North Am* 1996; 22: 393-406.
9. McCain GA. A cost effective approach to the diagnosis and treatment of fibromyalgia. *Rheum Dis Clin North Am* 1996; 22: 323-49.
10. Jung JA, Staiger T, Sullivan M. The efficacy of selective serotonin reuptake inhibitors for the management of chronic pain. *J Gen Intern Med* 1997; 12: 384-9.
11. Godfrey RG. A guide to the understanding and use of antidepressants in the overall management of fibromyalgia and other chronic pain syndromes. *Arch Intern Med* 1996; 156: 1047-52.
12. Burkhardt CS, Clark SR, Bennett RM. The fibromyalgia impact questionnaire: development and validation. *J Rheumatol* 1991;18: 728-33.
13. Hedin PJ, Hamne M, Burkhardt CS, Engstrom-Laurent A. The Fibromyalgia Impact Questionnaire, a Swedish translation of a new tool for evaluation of the fibromyalgia patient. *Scand J Rheumatol* 1995; 24: 69-75.
14. Buskila D, Neumann L. Assessing functional disability and health status of women with fibromyalgia: validation of a Hebrew version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire. *J Rheumatol* 1996;23: 903-6.
15. Offenbaecher M, Waltz M, Schoeps P. Validation of a German version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ-G). *J Rheumatol* 2000; 27: 1984-8.
16. Sarmer S, Ergin S, Yavuzer G. The validity and reliability of the Turkish version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Rheumatol Int* 2000;20:9-12.
17. Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ, Hebert L. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arth Rheum* 1995; 38: 19-28.
18. Lawrence RC, Helmick CG, Arnett FC, Deyo RA, Felson DT, Giannini EH, et al. Estimates of the prevalence of arthritis and selected musculoskeletal disorders in the United States. *Arthritis Rheum* 1998; 41: 778-99.
19. Goldenberg DL. Fibromyalgia, chronic fatigue syndrome, and myofascial pain syndrome. *Curr Opin Rheumatol* 1995; 7: 127-35.
20. Littlejohn GO. A database for fibromyalgia. *Rheum Dis Clin North Am* 1995; 21: 527-57.
21. Cantürk F. Fibromiyalji ve diğer eklem dışı romatizmal hastalıklar. In: Beyazova M, Gökçe-Kutsal Y (eds). *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon*. Ankara: Güneş Kitapevi, 2000:1654-81.
22. Smith MT, Perlis ML, Haythornthwaite JA. Suicidal ideation in outpatients with chronic musculoskeletal pain: an exploratory study of the role of sleep onset insomnia and pain intensity. *Clin J Pain* 2004; 20:111-8.
23. McKellar JD, Clark ME, Shriner J. The cognitive specificity of associative responses in patients with chronic pain. *Br J Clin Psychol* 2003; 42: 27-39.
24. Yunus MB, Ahles TA, Aldag JC, Masi AT. Relationship of clinical features with psychological status in primary fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1991; 34: 15-21.
25. Carette S, McCain GA, Bell DA, Fam AG. Evaluation of amitriptyline in primary fibrositis. *Arthritis Rheum* 1986; 29: 655-9.
26. Clark S, Tindall E, Bennet RM. A double blind crossover trial of prednisone versus placebo in treatment of fibrositis. *J Rheumatol* 1985; 12: 980-3.