



*Dr. Sabah Tüzün**, *Dr. Ali Rıza Çalışkan**, *Dr. Serap Çifçili***,
*Dr. Pemra Ünalın***

Öz

Birinci basamaktaki hekimlerin en sık karşılaştığı beli biri yaygın ağrı yakınmasıdır. Fibromiyalji, bu yakınmaya neden olan hastalıklardan birisidir. Fibromiyalji kadınlarda %0.7-13, erkeklerde ise %0.2-3.9 sıklığında görülmektedir. Birinci basamağa başvuran hastaların %6'sının fibromiyalji hastası olduğu saptanmıştır. Fibromiyalji tanı kriterlerinin 1990'da tanımlanmış olmasına karşıın, hastalığa özgül bir laboratuvar ve görüntüleme yönteminin bulunmayışı ve tanının ayırıcı tanıda yer alan hastalıkların dışlanması sonucu konulabilmesi nedeniyle bu hastaların tanınması ortalama beş yıl gecikmektedir. Bu süre boyunca, tanı koyma sırasında istenen gereksiz incelemeler ve denenen tedaviler sağlık sistemine maddi bir yük oluşturmaktadır. Vücudun her kadranda hissedilen, en az üç aydır süren ve herhangi bir nedene bağlanamayan ağrıların varlığı hastalığın tanısı için önemlidir. Bunun dışında, migren tipi baş ağrısı, kronik yorgunluk sendromu, irritable barsak sendromu ve depresyon gibi tanı ve tedavisinin güç olduğu bilinen pek çok klinik durum fibromiyaljiye eşlik edebilir. Hastalığın tedavisinde kesin bir yöntem yoktur, halen araştırmalar sürmektedir. Literatüre dayandırılmış olan bu derleme birinci basamakta çalışan hekimlere fibromiyalji hastalığını anımsatmak ve günlük uygulamalarında yol göstermek amacıyla hazırlanmıştır.

Anahtar sözcükler: Fibromiyalji, yaygın ağrı, birinci basamak.

Abstract

One of the most common symptoms in primary care is disseminated pain. Fibromyalgia is one of the diseases that causes this complaint. Its prevalence is 0.7- 13% in women and 0.2-3.9% in men. It is identified that 6% of the people who visit primary care are diagnosed as fibromyalgia. Although the diagnostic criteria of fibromyalgia were defined in 1990, since there is no specific laboratory test or imaging technique and its diagnosis is possible only by the elimination of the other diseases in the list of differential diagnosis, the diagnosis of the disease is delayed for about 5 years. During this period, ordering irrelevant investigations for diagnosis and the trials for treatment cause extra financial burden for health care management. Presence of pain that is felt in all quadrants of the body and lasts for at least 3 months, is important for diagnosis. Besides, some clinical problems which are known to be difficult to diagnose and to treat, like migraine-type headache, chronic fatigue syndrome, irritable bowel syndrome and depression may accompany fibromyalgia. There is no definite treatment plan; the investigations are still in progress. This literature-based review has been prepared to remind primary care physicians of fibromyalgia and to provide guidance for its management in daily practice.

Key words: Fibromyalgia, disseminated pain, primary care.

Fibromyozit, fibrozit, idiyopatik myalji, myogelozis, gerilim myaljisi gibi bir çok farklı isim alan fibromiyalji, etiyojisi tam olarak bilinmeyen, yaygın ağrı ve duyarlı noktaların varlığı ile karakterize, sinovit ya da miyozit bulgusu olmayan, kronik bir kas-iskelet sistemi hastalığıdır (1).

Erişkin kadınlarda %0.7-13 ve erkeklerin %0.2- 3.9'unda görüldüğu bildirilen çalışmalar bulunmaktadır (1). Birinci basamağa başvuran hastaların %6'sı, fizik tedavi ve rehabilitasyon (FTR) ya da romatoloji kliniklerine başvuranların %30'u FM hastasıdır (2).

Patogenezi halen tam olarak bilinmemektedir. Fibromiyaljinin nöro-immuno-endokrin bir hastalık olduğuna ilişkin hipotezler vardır (3).

Klinik

Daha sonradan fibromiyalji tanısı konan hastaların öyküsünde en az beş yıldır süren yaygın ağrı yakınmasının varlığı, bu yakınma ile doktora başvuru sıklığının yüksek olması, pek çok farklı disiplin ya da hekime başvurduktan sonra farklı tedavilerin uygulanmış olmasına sık rastlanır.

Hastalardaki en sık semptomlar; kas, eklem ağrıları (%100), yorgunluk (%96-100), uyku bozukluğudur (% 86-98) (4). En sık yakınma olan ağrı, sürekli ve gezici tarzdadır.

Çoğu hastada sabah sertliği vardır. Hastaların %65'inde uyku yetmezliği ve %80'inde sabah yorgunluğu eşlik eder. Ancak çoğu hasta, ağrı günlük işlevleri de bozan bir yakınma olduğu için daha çok ağrılarını ifade etmekle ilgilendiğinden hekim tarafından sorulmadıkça uyku bozukluğundan söz etmez (2).

FM hastalarının %49'unda irritable barsak sendromu (IBS) (5), %54.2'sinde cinsel disfonksiyon (6) saptanmıştır. Eşlik eden diğer durumlar Tablo 1'de özetlenmiştir.

Hastaların %20'si huzursuz bacak sendromu nedeniyle ilaç kullanmak zorunda kalabilir. Bu nedenle öyküde huzursuz bacak sendromu semptomlarının sorgulanması gerekir. Ayrıca fibromiyalji tedavisinde kullanılan antidepresanların bu hasta grubundaki semptomları ağırlaştırabilirdiği unutulmamalıdır.

Tanı

Tanı kriterleri ilk kez Amerikan Tıp Birliği (American Medical Association (AMA)) tarafından 1987'de tanımlanmış ve 1990'da Amerikan Romatoloji Koleji (American College of Rheumatology (ACR)) tarafından bugünkü haline getirilmiştir (2) (Şekil 1 ve Tablo 2). Böyle olmasına karşın bu hastalığın tanısı ortalama beş yıl gecikmektedir.

Tanıda asıl amaç olası sistemik hastalıkları ekarte etmektir. Kısacası FM tanısı, ayırıcı tanı listesine giren diğer durumların dışlanması sonucu konur.

Laboratuvar

FM için hastalığa özgün bir tanı aracı yoktur. Laboratuvar olarak istenen tetkiklerin amacı, ayırıcı tanıda düşünülen diğer sistemik hastalıkların ekarte edilmesidir.

Bu amaçla bakılan testler;

- 1- Tiroid stimulan hormon (TSH),
- 2- Sedimentasyon hızı,
- 3- Anti nükleer antikor (ANA),
- 4- Kan kalsiyumu (Hiperparatiroidiyi ekarte etmek için),
- 5- Kanda kreatinin kinazdır.

Tablo 1. Fibromiyaljiye eşlik eden durumlar (2)

- 1- Migren tipi baş ağrısı,
- 2- Kronik yorgunluk sendromu,
- 3- İrritable barsak sendromu,
- 4- Depresyon,
- 5- Huzursuz bacak sendromu,
- 6- Temporomandibuler eklem sendromu,
- 7- Miyofasiyal ağrı sendromu.

Hastaların yaklaşık yarısında antipolimer antikolar (+) bulunmaktadır. Ancak bu testin tanıda kullanılması için yeterli değildir. Ayırıcı tanı amacıyla bazı hastalıkları (Örn: omurga hastalıkları) dışlayabilmek için görüntüleme yöntemleri yardımcı olur.

Ayırıcı Tanı

Aşağıdaki hastalıklar ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır (Tablo 3) (7,8,9).

- 1- Servikal disk hastalıkları
- 2- Miyofasiyal ağrı (özellikle servikal bölgede)
- 3- Kronik ağrı sendromu
- 4- Hipotiroidi miyopatisi
- 5- Lumbal dejeneratif disk hastalıkları
- 6- Osteoartrit
- 7- Post-polio sendromu
- 8- Romatoid artrit
- 9- Sistemik lupus eritematozus

Miyofasiyal ağrı ayırıcı tanıda sıkça akla gelen bir durumdur. Kliniğe başvuru şekilleri çok benzer olmakla birlikte öykü ve fiziki inceleme ile saptanacak önemli farklar vardır (Tablo 4).

Psikososyal hastalıklarla ilişkisi

FM hastalarında depresyon oranı topluma oranla 3 kat daha fazladır (10). FM hastası olan Türk kadınlarında yapılan çalışma hastaların yüzde 2'sinde ağır derecede olmak üzere %90'nında depresyon saptandığını göstermiştir (11).Yapılan olgu-kontrol çalışmalarında fibromiyalji hastalarında, yeme bozuklukları da yüksek prevalansta saptanmıştır (1,12).

Ayrıca yapılan çalışmalarda fibromiyalji ile çocukluk döneminde yaşanan fiziksel ya da cinsel istismar ile diğer travmalar arasında bağlantı gösterilmiştir (13, 14). Bu nedenle fibromiyalji tanısı düşündüğümüz hastalarda psikolojik ya da sosyal sorunların varlığından kuşkuyla öykü alma sürecinin ya da hasta-hekim ilişkisinin uygun bir yerinde bu konular sorgulanmalıdır.

Tedavisi

FM de genelde ampirik tedavi yapılır. İlaç dozları hastanın yanıtına göre ayarlanır. En sık önerilen tedaviler aşağıda sıralanmış olup bunların kombinasyonları da önerilmektedir;

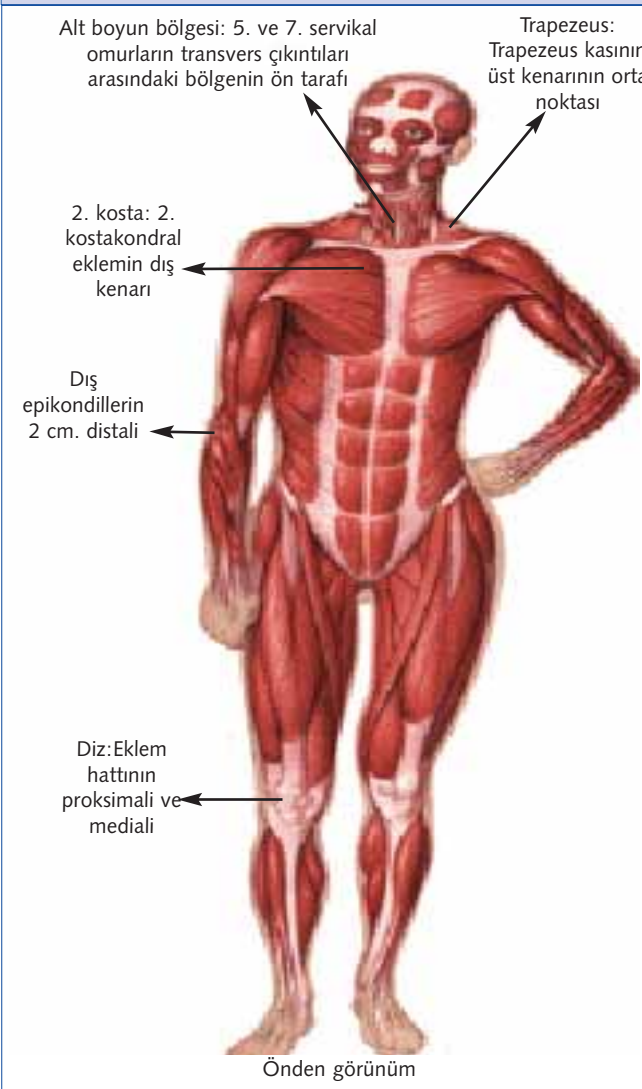
1- Egzersiz (uykuda düzelme ve ağrı, kontrolü sağlanmasına da katkısı vardır) (15-17).

2- Fizik tedavi.

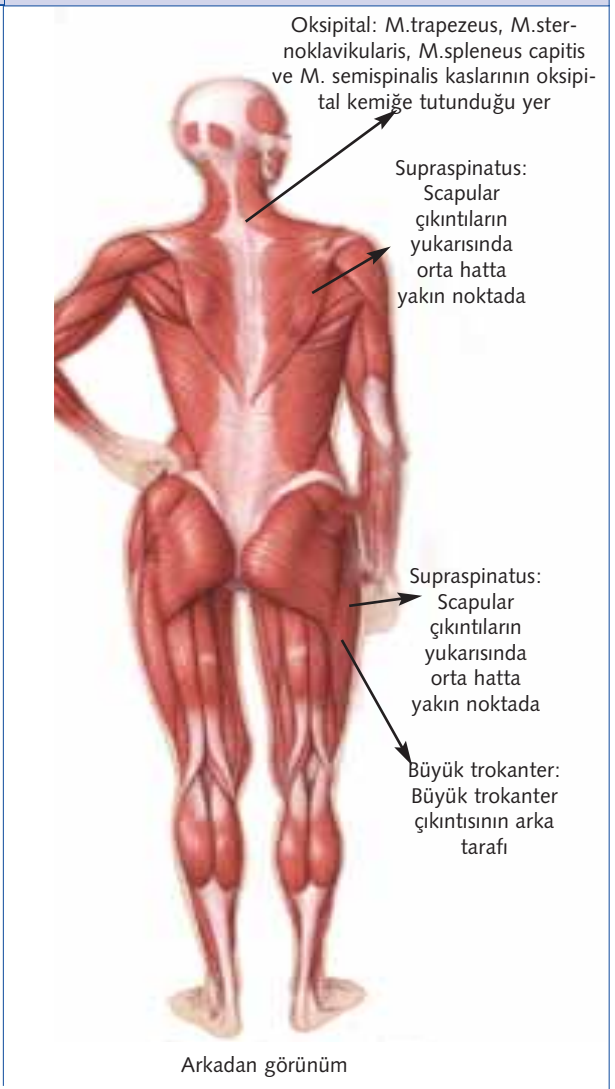
3- İlaç tedavisi.

- FM hastalarının tedavisinde egzersiz

Şekil 1. FM tanısı için kullanılan bilateral 18 hassas noktanın önden görünümü (2)



Şekil 2. FM tanısı için kullanılan bilateral 18 hassas noktanın arkadan görünümü (2)



Tablo 2. Fibromiyaljiye eşlik eden durumlar (2)

Vücudun 4 kadranda, az ya da çok şiddetli, üç ay süren ve genelde "her yerimde" diye tanımlanan ağrı. 18 hassas noktadan en az 11'inde hassasiyetin (+) olması (Hassasiyet incelemesi hassas noktalar üzerine yaklaşık 4 kg. basınç (baş parmak pulpası beyazlaşana dek) uygulanarak yapılan incelemeyi ifade eder. Hastanın ağrı ifade etmesi (+)'dir. Bu inceleme sırasında bir noktaya bir defa dokunulabilir ve doğru tanı için üç tane kontrol noktası kullanılmalıdır.

Hassas noktalar; (Şekil 1)

1,2- Oksiput çıkıntılar (Linea nuchae superior) (M.Trapezeus, M.sternoklavikularis, M.spleneus capitis ve M.semispinalis capitis kaslarının oksipital kemiğe tutunduğu yer).

3, 4- Trapezeus kasları (Trapezeus kasının ensedeki üst kenarının orta noktası).

5, 6- Supraspinatus kaslar (Skapular çıkıntıların yukarısında orta hatta yakın).

7, 8- Gluteus maksimus kasın orta noktaları (Kalçanın üst dış kadranda M.gluteus maxiumus'un ön kenarında).

9, 10- Alt boyun bölgeleri (5. ve 7. servikal omurların tranvers çıkıntıları arasındaki bölgenin ön tarafı. (Sternokleidomastoid kasın orta ve laterali).

11, 12- 2. kostakondral eklemin dış kenarı.

13, 14- Dış epikondiller (Dış epikondillerin 2 cm. distali).

15, 16- Büyük torakanterler (Büyük trokanter çıkıntısının arka tarafı).

17, 18- Dizlerin iç kısımları (Diz eklem hattının proksimal ve mediali).

Tablo 3. FM ayırıcı tanısında sık karşılaşılan hastalıklar (7-9)

Hastalık	Ayırımında yardımcı bulgular
Servikal myofasiyal ağrı	Lokalize ağrı
Romatoid artrit nodüller, RF pozitifliği	Simetrik artrit, Romatoid
Osteoartrit	30 dk'dan kısa süren sabah sertliği, krepitasyon, radyolojik değişiklikler
SLE	Malar ve diskoid rash, fotosensitivite, serozit, artrit, ANA pozitifliği

çalışmalarının etkinliğini gösteren veriler vardır. Ayrıca yapılan çalışmalarda, egzersiz tedavisinin FM hastalarında fiziksel işlevlerde artışla birlikte duygu durumunda yükselme sağladığı ve bu iyileşmenin izlem süresinde üç ile altı ay sürdüğü gösterilmiştir (18). FM'de etkinliği gösterilen egzersizler aerobik ve gevşeme egzersizleri tipindedir (19).

- Düşük doz parasetamol (artrit bulgusu olmadığı için steroidlerin ve yüksek doz non-steroid anti-enflamatuvarların etkisi yoktur) önerilir.

- FM'de en sık amitriptilin ve fluoksetin ile ilgili çalışmalar mevcuttur. Bunun nedeni FM çalışmalarındaki hasta popülasyonlarında %25 civarında depresyon sıklığına rastlanması da olabilir (20).

-Trisiklik antidepressanlardan (TAD) özellikle amitriptilin ya da nortriptilin (25 mg/gün) akşamları önerilmelidir (4,15,21,22).

- TAD'ları plasebo ile karşılaştıran çalışmalarda, TAD'ların tedavideki üstünlüğü kanıtlanmıştır. TAD'lar en fazla iyileşmeyi uyku kalitesinde gösterirken, sertlik ve hassasiyette de orta derecede düzelleme sağlamaktadır (20).

- FM ve kronik yorgunluk sendromunda, son yıllarda 5-HT3 antagonistleri ile ilgili klinik çalışmalar yapılmaktadır. Serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI) özellikle ağrı ve yorgunluk yakınmalarında oldukça etkili

olduğunu gösteren veriler vardır (20).

SSRI'lardan en sık fluoksetin ya da sertralin (20 mg/gün) kullanılır ve özellikle sabah alınmaları önerilir (4,23).

SSRI ve TAD'ların gerekirse birlikte de kullanılabilmesine dair çalışmalar vardır (21).

Yapılan bazı randomize kontrollü, çift kör çalışmalarda amitriptilin ve fluoksetinin birlikte kullanımının, tek başlarına kullanımlarına oranla daha etkili olduğu gösterilmiştir (24). Antidepressanların kullanımı sırasında başlangıçta belirtilerin şiddetinde ağırlaşma gözlemlenebilir.

- Siklobenzaprin (kas gevşetici olarak) kullanılabilir (25). Türkiye'de preparatı halihazırda bulunmamaktadır (28).

- Monoamin oksidaz inhibitörleri, nöradrenalin geri alım inhibitörleri, bazı antiepileptiklerin etkili oldukları ile ilgili bazı bulgular vardır, ancak kesinlik kazanmamış olduklarından ilk seçenek olarak sayılmamaktadır (4).

Alternatif tedavilerden de yararlandığını bildiren çalışmalar vardır.

- 1- Psikoterapi,
- 2- Akupunktur (ek tedavi olarak verilebilir) (26, 27, 29),
- 3- Hidroterapi (30),
- 4- Opiod analjezikler (ciddi ağrı ve işlev kaybı olan hastalara monitörize edilerek verilebilir),
- 5- Hiperbarik oksijen tedavisi (31).

İletişim: Dr. Pemra Ünalın

E-posta: punalan@marmara.edu.tr

Kaynaklar

- 1- Hepgüler S. Fibromiyalji ve tedavisi. In: Karaaslan Y, Oksel F (Ed), Romatizmal hastalıklar tedavi el kitabı, Ankara, MD yayıncılık, 2003, 45 - 52.
- 2- Millea PJ, Holloway RL. Treating fibromyalgia. Am Fam Physician 2000;62:1575-82,1587
- 3- Lucas HJ, Brauch CM, Settas L, Theoharides TC. Fibromyalgia-new concepts of pathogenesis and treatment. Int J Immunopathol Pharmacol. 2006 Jan-Mar;19(1):5-10
- 4- Rao SG, Bennett RM. Pharmacological therapies in fibromyalgia. Best Practice & Research Clinical Rheumatology 2003;17:4:611-27
- 5- Whitehead WE, Palsson O, Jones KR. Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorder: what are the causes and implications. Gastroenterology 2002; 122 (4): 1140-56
- 6- Aydın G, Başar MM, Keleş I, G Ergun G, Orkun S,

Tablo 4. FM ve myofasiyal ağrı arasındaki en önemli farklar

	Fibromiyalji	Myofasiyal ağrı
Cinsiyet	Kadınlarda daha sık	Kadın ve erkeklerde eşit
Ağrı	Yaygın	Lokalize
Halsizlik	Daha sık	Daha nadir
Eşlik eden durumlar (Depresyon, İBS vb.)	Sık	Nadir

- Batıslam E. Relationship between sexual dysfunction and psychiatric status in premenopausal women with fibromyalgia. *Urology* 2006;67(1):156-61
- 7- Am Fam Phys 2005;72:1037-47,1049-50
- 8- Am Fam Physician 2002;65:841-8
- 9- Am Fam Phys 2003;68:2179-86
- 10-Kassam A, Patten SB. Major depression, fibromyalgia and labour force participation: A population-based cross-sectional study. *BMC Musculoskelet Disord* 2006 Jan 19;7:4
- 11- Guven AZ, Kul PE, Gunduz OH. Depression and psychosocial factors in Turkish women with fibromyalgia syndrome. *Eura Medicophys*. 2005 Dec;41(4):309-13
- 12-Hazleman B. The scope of rheumatic disease. *Oxford Textbook of Rheumatology'de*. Ed Isenberg David, Maddison P, Woo Patricia, Glass David. 2nd Ed. Oxford University Press, 1998; 111-2
- 13- Weissbecker I, Floyd A, Dedert E, Salmon P, Sephton S. Childhood trauma and diurnal cortisol disruption in fibromyalgia syndrome. *Psychoneuroendocrinology* 2006 April;31(3):312-24
- 14-Wolfe F, Hawley DJ. Psychosocial factors and fibromyalgia syndrome. *Z Rheumatol* 1998;57 Suppl 2:88-91
- 15-Quisel A, Gill J, Walters D. Exercise and antidepressants improve fibromyalgia. *J Fam Pract* 2004 Apr;53(4):280-91
- 16-Mannerkorpi K, Nyberg B, Ahlmen M, Ekdahl C. Pool exercise combined with an education program for patients with fibromyalgia syndrome. *J Rheumatol* 2000;27:2473-81
- 17-Kurtal Y, Kutlay S, Ergin S. Exercise and cognitive-behavioural treatment in fibromyalgia syndrome. *Curr Pharm Des* 2006;12(1):37-45
- 18-Gowans SE, deHueck A, Voss S, et al.: Effect of a randomized, controlled trial on mood and physical function in individuals with fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 2001, 45:519-529
- 19-Richards SC, Scott DL: Prescribed exercise in people with fibromyalgia: parallel group randomised controlled trial. *BMJ* 2002, 325:185
- 20-Buskila D, Press J. Neuroendocrine mechanisms in fibromyalgia-chronic fatigue. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. Ed. Breedveld F, Brooks P. ???Ed. London, Harcourt Health Science Company, 2001 (Vol:15 Num:5);752
- 21-Thomas E, Blotman F. Are antidepressants effective in fibromyalgia. *Joint Bone Spine* 2002 Dec;69(6):531-3
- 22-Lawson K. Tricyclic antidepressants and fibromyalgia: what is the mechanism of action. *Expert Opin Investig Drugs* 2002 Oct; 11(10):1437-45
- 23-Arnold LM, Hess EV, Hudson JI, Welge JA, Berno SE, Keck PE. A Randomized, Placebo-controlled, Double-blind, Flexible-dose study of Fluoxetine in the treatment of women with fibromyalgia. *Am J Med* 2002;112:191-97
- 24- Goldenberg D, Mayskiy M, Mossey C et al. A randomised double-blind crossover trial of fluoxetine and amitriptyline in the treatment of fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism* 1994;37:32-40
- 25-Tofferi JK, Jackson JL, O'Malley PG. Treatment of fibromyalgia with cyclobenzaprine. *Arthritis Rheum* 2004 Feb 15;51(1):9-13
- 26-Singh BB, Wu WS, Hwang SH, Khorsan R, Dermartirosian C, Vinjamury SP, Wang CN, Lin SY. Effectiveness of acupuncture in the treatment of fibromyalgia. *Altern Ther Health Med* 2006 Mar-Apr ;12(2):34-41
- 27-Martin DP, Sletten CD, Williams BA, Berger IH. Improvement in fibromyalgia symptoms with acupuncture. *Mayo Clin Proc*. 2006 Jun; 81(6): 749-57
- 28-www.ilacrehberi.com adresinden en son 24.04.2007 tarihinde ulaşılmıştır.
- 29-Cabioglu MT, Ergene N, Tan U. The mechanism of acupuncture and clinical applications. *Int J Neurosci* 2006 Feb;116(2):115-25
- 30-Donmez A, Karagulle MZ, Tercan N, Dinler M, Issever H, Karagulle M, Turan M. SPA therapy in fibromyalgia: a randomised controlled clinical study. *Rheumatol Int* 2005;26:168-172
- 31-Wilson HD, Wilson JR, Fuchs PN. Hyperbaric oxygen treatment decreases inflammation and mechanical hypersensitivity in an animal model of inflammatory pain. *Brain research* 2006 Apr;35572:4C:3.

STED Okuyucu Danışma Kurulu'nda yer almak ister misiniz?

Lütfen bize Dergi ile ilgili değerlendirmelerinizi yazınız. Bundan sonraki sayılar sizin de katkınızla oluşsun. Sizden gelecek her türlü katkı, öneri ve eleştiri bizim için çok önemli... İletişim kolaylığı için açık adresinizi, telefon numaralarınızı ve varsa elektronik posta adresinizi eklemeyi unutmayınız.