

Fibromiyalji'de Klinik Bulgular ve Tanı

Clinical Features and Diagnosis of Fibromyalgia

Selda BAĞIŞ

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Adana Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Adana, Türkiye

Özet

Fibromiyalji sendromu yaygın ağrı ile karakterize kronik ağrı sendromudur. Kadınlarda ve 25-55 yaşlarında sık görülür. Tanı Amerikan Romatizma Birliği (ACR) kriterlerine göre konulmaktadır. Son yıllarda santral sensitizasyon sendromları arasında kabul edilmektedir. Klinik bulguların farklılığı nedeniyle bazı sınıflandırmaların kullanılması ve tedavinin buna göre düzenlenmesi önerilmektedir. Bu yazıda fibromiyalji sendromunda klinik bulgular ve tanı son gelişmeler ışığında tekrar gözden geçirilecektir. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2008; 54 Özel Sayı 1: 12-4*

Anahtar Kelimeler: Fibromiyalji, klinik bulgular, tanı

Summary

Fibromyalgia syndrome is a chronic pain disorder characterized by widespread pain. It is common in women and between 25-55 years of age. American College of Rheumatology (ACR) criteria is used for the diagnosis. Recently it is accepted as a member of central sensitivity syndromes. Because of its wide range of clinical features, it is suggested that some classifications should be used and treatment should be given accordingly. In this review clinical findings and diagnosis of fibromyalgia is reevaluated by the light of new developments. *Turk J Phys Med Rehab 2008; 54 Suppl 1: 12-4*

Key Words: Fibromyalgia, clinical features, diagnosis

Fibromiyalji, yaygın ağrı ve hassas noktalarla karakterize, uyku bozukluğu, sabah tutukluğu, yorgunluk, irritabl barsak gibi birçok semptomlar topluluğunun eşlik ettiği kronik ağrı hastalığıdır. Yıllık prevalans %2-4'tür. 25-55 yaşlarında ve kadınlarda daha sıktır. Yaşla birlikte prevalans artar (1,2).

Fibromiyalji hastalığının tanı ve tedavisinde günümüzde cevaplandırılması gereken bazı sorular bulunmaktadır.

1. Fibromiyalji sendromu santral sensitivite sendromu mudur?
 2. Amerikan Romatizma Birliği (ACR) kriterleri tanıda yeterli midir?
 3. Fibromiyalji sendromunda farklı alt gruplar var mıdır ve tedavide etkisi ne olmalıdır?
 4. Erkeklerde, juvenil grupta ve yaşlılarda hastalığın seyri nasıldır?
- Bu yazının amacı bu soruların yanıtlarını yeni gelişmeler ışığında gözden geçirmektir.

Fibromiyalji Sendromu, Santral Sensitizasyon Sendromu mudur?

Kronik ağrı yolları üzerinde yapılan çalışmalar fibromiyalji hastalığında santral sensitizasyonun etiyolojide önemli rolü oldu-

ğunu göstermektedir. Son olarak Yunus ve ark. (3) santral sensitivite sendromları adı altında, etiyolojide santral sensitizasyonun rol aldığı ve ortak klinik bulguların gözleendiği bir grup hastalık bildirmiştir. Fibromiyalji sendromu, kronik yorgunluk sendromu, migren, huzursuz bacak sendromu, irritabl barsak sendromu, gerilim tipi baş ağrısı, temporomandibuler bozukluklar, miyofasial ağrı sendromu gibi birçok hastalık bu grup içinde yer almaktadır (Şekil 1). Bu hastalıklarda klinik bulgular ve biyopatolojik mekanizmalar farklı olsa da temel nedenin ağrılı (basınç, ısı vs.) ve ağrısız (dokunma) uyarılara karşı artmış duyarlılık olduğu ve ağrı, yorgunluk, uyku bozukluğu, psikolojik stres gibi bulguların sık görüldüğü öne sürülmektedir. Genetik, uyku bozukluğu, travma, endokrin disfonksiyon, artmış sempatetik aktivite, viral infeksiyon, çevresel faktörler ve psikososyal streslerin de farklı mekanizmalarla santral sensitizasyon sendromlarına neden olabileceği bildirilmektedir (3).

Fibromiyalji hastalarında da ağrıdaki temel mekanizma hiperajzeji (normal ağrılı uyarana karşı artmış yanıt) ve allodinidir (ağrılı olmayan uyarının ağrılı olarak algılanması) (4-6). Clauw (7) fibromiyalji'de sadece ağrıya karşı değil, sıcak, soğuk, kütanöz ve

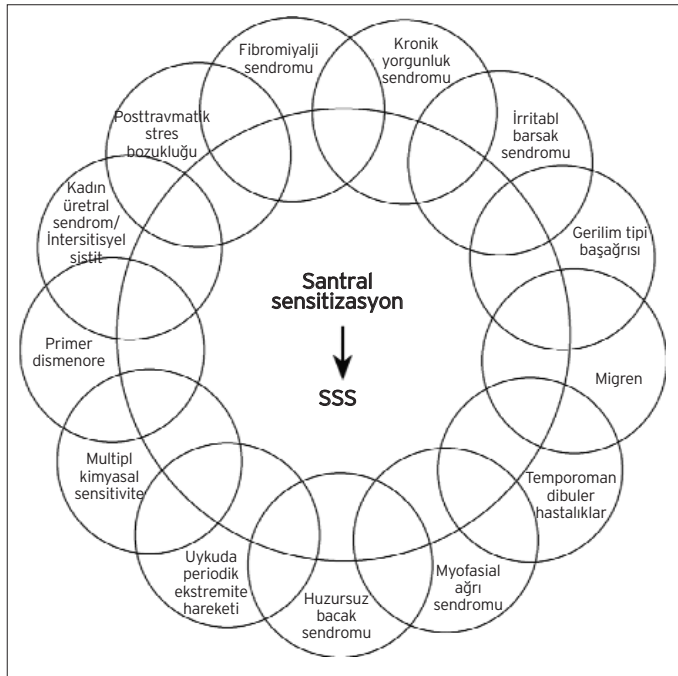
intramüsküler elektrik gibi farklı birçok duysal stimulusa karşı aşırı hassasiyet olduğunu bildirmiştir. Bu hastalarda temel bulgu ağrı olmakla birlikte yorgunluk (%96), uyku bozukluğu (%83), gerilim tipi baş ağrısı, migren (%70), kognitif bozukluk (%46), irritabl barsak sendromu (%60), irritabl mesane 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 (1,2,8-10).

Fibromiyalji sendromu ile santral sensitivite sendrom grubundaki diğer hastalıkların birlikte sık görülüyor olması, klinik ve patofizyolojik mekanizmaların benzerliği fibromiyaljinin santral sensitivite sendromu hastalığı olma olasılığını desteklemektedir. Ancak yine de bu konuda yeni veriler gereklidir.

Fibromiyalji'de Klinik Sınıflandırma

Fibromiyalji'de klinik bulguların çeşitliliği, hasta uyumu ve tedavi yanıtlarının farklılığı bazı otörlerin bu sendromun alt gruplara ayrılması gerektiğini ileri sürmelerine neden olmuştur. Aslında fibromiyalji temel olarak primer ve sekonder olarak iki ana gruba ayrılmaktadır. Fakat günümüzde primer fibromiyalji için daha ileri sınıflandırmalar önerilmektedir.

Thieme ve ark. (11) primer fibromiyaljiyi 3 alt gruba ayırmışlardır. Birinci gruptaki hastalar disfonksiyonel olarak adlandırılmış ve anksiyetenin temel problem olduğu bildirilmiştir. İkinci grup psikiyatrik problemlerin eşlik ettiği fibromiyalji hastaları kapsamakta, üçüncü gruptaki hastalarda ise psikiyatrik problem saptanmamaktadır. Giesecke ve ark. (12) da benzer şekilde üç ana alt grup bildirmişlerdir. Birinci gruptaki hastalarda hassas noktalarda belirgin olarak artmış hassasiyet vardır, fakat psikiyatrik bozukluk saptanmamıştır. İkinci gruptaki hastalarda orta derecede hassasiyet artışı ve hafif psikiyatrik değişiklikler gözlenmiş, üçüncü gruptaki hastalarda ise depresif ve kognitif değişikliklerin belirgin olduğu psikiyatrik bozukluklar saptanmıştır. Müller ve ark. (13) ise primer fibromiyaljiyi dört alt gruba ayırmış ve tedavinin bu gruplara göre



Şekil 1. Santral sensitivite sendromu grubundaki hastalıklar

re belirlenmesi gerektiğini ileri sürmüşlerdir. Bu yazıda bu sınıflandırma üzerinde durulacaktır.

Grup 1: Ağrıya karşı artmış duyarlılıkla karakterize (psikolojik bozukluk yok)

Grup 2: Fibromiyalji ve kronik ağrıya bağlı depresyon birlikteliği

Grup 3: Fibromiyalji ve depresyon birlikteliği

Grup 4: Somatizasyon bozukluğuna bağlı fibromiyalji

Grup 1: Tetikleyen faktör veya psikolojik bozukluk saptanmamıştır. İnterlökin (IL) 10, IL 1 ve tümör nekroz faktörü (TNF) alfa düzeylerinde kontrol grubuna göre belirgin artış olması, etiolojide ılımlı immünolojik veya inflamatuvar süreçlerin rol oynayabileceğini göstermektedir. Gen bağımlı immünoopatolojik mekanizmaların da etkili olabileceği düşünülmektedir. Tedavide nonsteroidal antiinflamatuvar ilaçlar çok az etkilidir. 5HT3 reseptör blokajları ile (5mg tropisetron) çok iyi sonuçlar alınmıştır (14,15).

Grup 2-3: Fibromiyalji ve depresyon: Fibromiyalji hastalarda depresyon insidansı %22-55 arasında değişmekle birlikte bu iki hastalık arasındaki ilişki tartışmalıdır. Depresyonun fibromiyaljiye neden olan ve eşlik eden bir hastalık olabileceği veya kronik ağrıya bağlı olarak gelişebileceği ileri sürülmektedir. Bu grup hastalarda antidepresan ilaçlarla tedavi önerilmektedir. Burada doz seçimi önemlidir. Kronik ağrıya bağlı depresyon gelişen hastalarda düşük doz tedavi yeterli iken, diğer grup hastalarda daha yüksek doz tedavi uygulanması gereklidir.

Grup 4: Bu grup hastalarda somatoform ağrı bozukluğu vardır. Geçmişte veya halen devam eden psikolojik stres, anormal duysal modülasyona ve ağrı gelişimine neden olmaktadır. Bu hastalara bulguları nedeniyle birçok doktor tarafından yanlış tanı konulup, farklı tedaviler uygulanabilmektedir. Son yıllarda kullanılmakta olan fonksiyonel MRG ile patofizyolojik süreç hakkında bilgi edinilmeye başlanmıştır. Tedavide psikoterapi ve psikoaktif ilaç kullanımı önerilmektedir.

Fibromiyalji'de Tanı

Günümüzde fibromiyalji tanısı ACR 1990 kriterlerine göre konulmaktadır (15). Burada iki önemli nokta söz konusudur. En az 3 aydır devam eden yaygın ağrı olması ve hassas nokta sayısı (18 noktadan 11 inde hassasiyet olması). Diğer hastalıkların olması fibromiyalji tanısını dışlamamaktadır. Tanı için kullanılan laboratuvar veya radyolojik bulgu bulunmamaktadır.

Tanıda %88,4 duyarlılık ve %81,1 özgüllüğü olmasına rağmen son yıllarda ACR kriterlerinin tanıdaki yeterliliği ve kullanılabilirliği tartışılmaktadır (16). Genel olarak bu tanı kriterlerinin epidemiyolojik araştırmalarda, hasta gruplarının toplanmasında yeterli olabileceği, fakat günlük pratikte, atipik ağrıları olan hastalarda ve tedavi düzenlenmesinde yetersiz olduğu düşünülmektedir (7,17). Clauw (6), fibromiyalji hastalarda tüm vücutta artmış bir hassasiyetin olduğunu ve hassas nokta kavramının tartışılması gerektiğini ileri sürmüştür. Bazı otörler ise tanı için 11 hassas nokta sayısının önemli olmadığını, eşlik eden klinik bulguların varlığında 8-9 hassas nokta sayısının yeterli olabileceğini bildirmişlerdir (7,17,18).

Erkeklerde Fibromiyalji

Erkeklerde insidans daha düşüktür. Bazı otörler hassas nokta sayısının erkeklerde daha az olduğunu ve bu nedenle tanının daha az konulduğunu düşünmektedirler. Goldenberg ve ark. (19) kadın ve erkek fibromiyalji hastaları karşılaştırmış ve semptom ve hastalık şiddeti arasında fark saptamamışlardır. Buskila ve ark.

(20) erkeklerde semptomların daha şiddetli olduğunu, fiziksel fonksiyon ve yaşam kalitesinin daha kötü olduğunu, kadınların ise ağrı eşliğinin daha düşük olduğunu bildirmişlerdir. White ve ark. (21) ise kadınların daha yaşlı ve daha majör semptomlara sahip olduğunu bildirmişlerdir. İspanya'da yapılan çok merkezli çalışmada kadın ve erkek fibromiyalji hastaları arasında sosyodemografik bakımdan fark bulunmamıştır. Fakat erkeklerde psikiyatrik hastalık öyküsünün yüksek olduğu ve hastalıktan daha fazla etkilendikleri bildirilmiştir.

Juvenil Fibromiyalji

İlk kez 1985'de Yunus ve ark. (22) tarafından bildirilmiştir. Genellikle 13-15 yaşlarında başlar ve kızlar daha fazla etkilenir. Genetik yatkınlığın etkisi bilinmemektedir. Bu grupta uyku bozukluğunun daha sık görüldüğü bildirilmektedir. Tanıda ACR kriterleri veya Yunus tarafından önerilen tanı kriterleri kullanılmaktadır. Yunus kriterlerinde minör kriterler bulunmakta ve hassas nokta sayısı değişmektedir. Kronik anksiyete, yorgunluk, uyku bozukluğu, baş ağrısı, irritabl barsak sendromu, subjektif yumuşak doku şişliği, uyuşma, ağrının fiziksel aktivite ile, hava değişiklikleri ile ve stresle etkilenmesi minör kriterlerdir. Tanı için 5 hassas nokta ile birlikte 10 minör kriterden 3'ünün pozitif olması gerekmektedir. 5 minör kriter varsa 4 hassas nokta da kabul edilmektedir. Prognoz erişkinlerden daha iyidir.

Yaşlılarda Fibromiyalji

Yaşlı hastalarda prevalansın daha fazla olduğu bildirilmektedir. Yunus ve ark. (23) yaşlı ve genç fibromiyalji hastaları karşılaştırmış ve her iki grupta VAS ve hassas nokta sayısı bakımından fark saptamamışlardır. Fakat uyku problemleri ve yaşam kalitesi etkilenmesinin yaşlı hastalarda daha fazla olduğunu gözlemlemişlerdir. Tanıda ACR kriterleri kullanılmaktadır.

Kaynaklar

1. Laurence A, Bradley, Alarcon GS. Miscellaneous Rheumatic Diseases. In: Koopman WJ, Moreland LW (eds). Arthritis and Allied Conditions. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005:1869-910.
2. Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ, Hobert L. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. Arthritis Rheum 1995;38:19-28.
3. Yunus MB. Fibromyalgia and overlapping disorders. The unifying concept of central sensitivity syndromes. Semin Arthritis Rheum 2007;36:339-56.
4. Lautenbacher S, Rollman GB, McCain GA. Multi-method assessment of experimental and clinical pain in patients with fibromyalgia. Pain 1994;59:45-53.
5. Sorensen J, Graven-Nielsen T, Henriksson KG, Bengtsson M, Arendt-Nielsen L. Hyperexcitability in fibromyalgia. J Rheumatol 1998;25:152-5.
6. Petzke F, Clauw DJ, Ambrose K, Khine A, Gracely RH. Increased pain sensitivity in fibromyalgia: effect of stimulus type and mode of presentation. Pain 2003;105:403-13.
7. Clauw D. Fibromyalgia: Update on mechanism and management. J Clin Rheumatol 2007;13:102-9.
8. Veale D, Kavanagh G, Fielding JF, Fitzgerald O. Primary fibromyalgia and the irritable bowel syndrome: different expressions of a common pathogenetic process Br J Rheumatol 1991;30:220-2.
9. Yunus M, Masi AT, Calabro JJ, Miller KA, Feigenbaum SL. Primary fibromyalgia (fibrositis). Clinical study of 50 patients with matched normal controls. Semin Arthritis Rheum 1981;11:151-71.
10. Goldenberg DL. Fibromyalgia and related syndromes. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weismann MH (eds). Rheumatology. London: Mosby, 2003:701-12.
11. Thieme K, Turk DC, Flor H. Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: relationship to somatic and psychosocial variables. Psychosom Med 2004;66:837-44.
12. Giesecke T, Williams D, Harris RE, Cupps TR, Tian X, Tian TX, et al. Subgrouping of fibromyalgia patients on the basis of pressure-pain threshold and psychological factors. Arthritis Rheum 2004;50:2716-17.
13. Müller W, Schneider EM, Stratz T. The classification of fibromyalgia syndrome. Rheumatol Int 2007;27:1005-10.
14. Farber L, Stratz T, Brückle W, Spath M, Pongratz D, Lautenschläger J, et al. Efficacy and tolerability of tropisetron in primary fibromyalgia highly selective and competitive 5-HT3 receptor antagonist. Scand J Rheumatol 2000;29 Suppl 113:49-54.
15. Späth M, Stratz T, Neeck G, Kötter B, Hammel B, Amberger CC, et al. Efficacy and tolerability of intravenous tropisetron in the treatment of fibromyalgia. Scand J Rheumatol 2004;33:267-70.
16. 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.
17. Katz RS, Wolfe F, Michaud K. Fibromyalgia diagnosis: a comparison of clinical, survey, and American College of Rheumatology criteria. Arthritis Rheum 2006;54:169-76.
18. Harden RN, Revivo GR, Song S, Nampiaparampil D, Golden G, Kirincic M, et al. A critical analysis of the tender points in fibromyalgia. Pain Med 2007;8:147-56.
19. Goldenberg DL, Mossey CJ, Schmid CH. A model to assess severity and impact of fibromyalgia. J Rheumatol 1995;22:2313-8.
20. Buskila D, Neumann L, Alhoashle A, Abu-Shakra M. Fibromyalgia syndrome in men. Semin Arthritis Rheum 2000;30:47-51.
21. White KP, Speechley M, Harth M, Ostbye T. The London Fibromyalgia Epidemiology Study: comparing the demographic and clinical characteristics in 100 random community cases of fibromyalgia versus controls. J Rheumatol 1999;26:1577-85.
22. Yunus MB, Masi AT. Juvenile primary fibromyalgia syndrome. A clinical study of thirty-three patients and matched normal controls. Arthritis Rheum 1985;28:138-45.
23. Yunus MB, Holt GS, Masi AT, Aldag JC. Fibromyalgia syndrome among the elderly. Comparison with younger patients. J Am Geriatr Soc 1988;36:987-95.