

FİBROMİYOZİTLİ HASTALARIN KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Dr. Mustafa GÜLER x
Dr. Mehmet BEKÂROĞLU xx
Dr. Çetin ÖNDER xxx
Dr. Mehmet KIRNAP xxxx

ÖZET :

Bu çalışmada fibromiyozit tanısı konulan 60 vakanın yaş, cinsiyet, lokalizasyon, etiyolojik neden ve sosyo-ekonomik özellikleri yönünden değerlendirilmesi yapılarak sunulmakta ve diğer klinik çalışmalarla karşılaştırılmaktadır.

Fibrozit (fibromiyalji) sık rastlanan kas-iskelet sisteminin ağrılı noninflamatuar bir tablosudur. En sık kullanılan terim fibrozit olmakla birlikte bazen, romatizma, kas romatizması, nevrastenî ve nöroz olarak isimlendirilmektedir. Hastalığın en tipik belirtisi boyun, omuz kavşağı, sırt, bel ve gluteal bölgelerinde spotan veya basınçla oluşan ağrılardır,1,2,3,4,.

Bilhassa orta yaşlı bayanlarda sık görülen bu hastalıkta sık olarak rastlanan ağrı, tutukluk, yorgunluk ve ruhsal gerilim gibi şikayetler hareketsizlik ve üşümeyle artar^{4,5}. Aksine sıcak, masaj egzersiz ve istirahatle şikayetler azalır. Bu tablo primer veya sekonder olabilir. Sekonder fibrozitte esas neden bir başka hastalıktır. Primer fibrozitte ise patoloji kasta lokalize olup, diğer şikayetler sonradan ortaya çıkar (5-7). Hassas ve ağrılı bölgelerden alınan biyopsilerde kas liflerinde yağlanma, lifsel yapıda değişiklik, hücrel infiltrasyon ve bağ dokusu hücrelerinde proliferasyon gözlenmiştir(10,12). Fibrozitli hastalarda laboratuvar ve röntgen bulguları normal sınırlardadır. Hastalığın etiyolojisinde ruhsal faktörler, postür bozuklukları, stres, travma vb. sayılabilir. Tanıda Symthe'nin tanı kriterleri (subjektif ağrı, sabah sertliği, lokal hassas noktalar, kronik yorgunluk gibi) yardımcı olmaktadır.

x KTÜ Tıp Fak. Fiziksel Tıp ve Reh. Anabilim Dalı Yrd. Doçenti.

xx KTÜ Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı Yrd. Doçenti.

xxx KTÜ Tıp Fak. Ortopedi ve Trav. Anabilim Dalı Yrd. Doçenti.

xxxx KTÜ Tıp Fak. Fiziksel Tıp ve Reh Anabilim Dalı Ar. Gör.

Tedavi için iyi bir hekim-hasta diyalogu gerekir. Tedavinin amaci agrı-spazm-agrı cemberini kırmaktır. Antiromatizmal ilaclar, sedatifler, vitaminler, fizik tedavi aracları; masaj ve psikoterapi vile değişik derecelerde tedavi imkanı vardır.

MATERYAL VE METOD

Hastanemiz FTR, Psikiyatri, Ortopedi ve Travmatoloji polikliniklerine agrı şikayetiyle başvuran hastalarımızdan fibrozit tanısı konulan 60 hastanın yaşı, cinsiyet, lokalizasyon, sosyoekonomik özellikleri, tedavi durumları yönünden değerlendirmeleri yapılarak sonuçlar tablolar halinde sunuldu. Tanı için üç aydan fazla süren adale agrısı, gerginlik, agrılı bölgelerde hassas noktalar ve şikayetlerin aktivite, anksiyete, uykusuzluk, stres, kötü iklim şartları ile aktive olması gibi bulgularla birlikte, başagrısı, gastrointestinal şikayetler, kronik yorgunluk, pares-tezi gibi şikayetlerin en az üç tanesinin olması şartına dikkat ettik. Fibrozit tanısı konulan vakaların klinik ve laboratuvar bulguları ile anamnezlerinden faydalanıla-rak klinik özelliklerinin dökümü yapıldı.

BULGULAR

Vakalarımızın 47 (% 78)'i kadın, 13 (%22)'si erkek olup alt yaş sınırı 19, üst yaş sınırı 55 ve yaş ortalaması 37.4 idi. Hastalık süresi en az üç ay, en çok 10 yıl olup ortalama 2.8 yıl olarak tesbit edildi. İlkokul mezunu 24, ortaokul mezunu 20, yüksek okul mezunu 10 ve tahsilsiz 6 vakamız mevcut olup, % 73'ü evli, % 20'si bekar, % 7'si dul olarak tesbit edildi. 0: yok, 1: hafif, 2: orta, 3: şiddetli olarak değerlendirilen agrı şiddetli ortalaması 2.2 olarak hesaplandı. Vakalarımı-zın % 53'ü ev hanımı, % 18'i memur, % 15'i işçi, % 5'i öğrenci, % 9'u serbest meslek sahibi idi.

Hastalarımız tedavi amacıyla değişik tedavi şekillerini denemişler ve farklı oranlarda düzelme gözlemişlerdi. Vakalarımızın % 90'i ilaç kullandıklarını belirtti-ler. Bu gruptaki hastalarımızın % 45'i NSAİD, % 20'si steroid ve % 40'ı sedatif. % 17'si antidepressif ve % 62' si analjezik türden ilaç kullandığını belirtti. Vaka-larımızın % 13.3'ü egzersizle, % 23'ü istirahatle, % 35'i uyku ile, % 28'i fizik tedavi uygulanarak, % 22'si ise diğer tedavi metodları ile şikayetlerinin azaldığını ifade ettiler.

Vakalarımızın çoğunda fibrozit tablosuna eşlik eden klinik belirtiler söz konusuydu (Tablo 1).

Vakalarımızda etiyolojik neden olarak stresin önemli bir yeri vardır. Diğer bazı faktörlerde hastalığın başlaması ve tekrarı üzerine etkili olmaktadır (Tablo 2)

Vakalarımızda agrılı bölgelerin lokalizasyonları özellikle bel, boyun, guluteal bölgeler ve diz, dirsek şeklinde sıralanıyordu (Tablo 3)

Tablo 1: Fibrozitle birlikte olan diğer bulgular.

	Sayı	% (Yüzde)
Sabah ağrıları	36	60
Sabah sertliği	42	70
Kronik yorgunluk	40	66.7
Uyku bozukluğu	52	86.7
Gastro-intestinal bozukluk (Konstipasyon, istahsızlık)	30	50
Baş ağrısı	28	46.7
Adet düzensizliği	9	15
Paresteziler	16	26.7
Depresif şikayetler	22	36.7
Subjektif yumuşak doku şiş	12	20
Kardiovasküler problemler, (Baş dönmesi, çarpıntı) gibi	18	30

Tablo 2: Vakalarda tesbit edilen etiyolojik nedenler.

Etiyoloji	Sebepler olma		Birlikte olma	
	Sayı	%	Sayı	%
İklim	3	%5	20	%33.3
Stres	32	%53.3	35	%58.3
Yorgunluk	4	%6.7	42	%70
Travma	9	%15	16	%26.6
Operasyon	3	%5	3	%5
Aile içi ölüm	4	%6.7	2	%3.3
İdiopatik	5	%8.3	6	%10

Tablo 3: Vakalarda hassas bölgelerin lokalizasyonu.

Bölge	Servikal					Gluteus		Supra-spinatus
	Servikal	Trapezius	Kondral	Dirsek	Bel	Medius	Diz	
Sağ	—	25	6	9	—	15	13	20
Sol	—	16	4	6	—	13	8	8
Bilat.	44	9	2	3	41	5	3	6
K	34	24	6	10	30	18	15	13
E	10	8	2	2	11	5	3	8
Toplam	44	32	8	12	41	23	18	21
%	73.3	53.3	13.3	20	68.3	38.3	38.3	35

TARTIŞMA

Kas iskelet sistemi hastalıkları iş kaybı yapan ve kronik hastalıklar grubu içinde ikinci sırada yer almaktadır,1,4. Romatoid artrit, osteoartrit ve bel ağrıları ile ilgili bir çok çalışma yapılmış olmasına rağmen, fibrozit ihmal edilmiş bir konudur. Son çalışmalar hastalığın çok sık görülen bir romatizmal hastalık olduğunu ortaya koymuştur 2. Ancak yinede sosyo-ekonomik etkinliği konusu yeterince aydınlatılamamıştır. Araştırmacılar fibrozitin ağrılı, rahatsız edici bir durum olmasına rağmen nisbeten hafif fonksiyonel kayıp oluşturduğunu bildirmektedirler2,5.

Hastalık bilhassa 40-60 yaşları arasında görülür. Wolfe hastalarında ortalama yaşı 52.9 ve başlama yaşını 34 olarak tesbit etti4,8. Yunus ve arkadaşları (9-15) yaş arası başlama oranının % 28 olduğunu bildirmektedirler. Çalışmamızda başlama yaşını ortalama 24.2 olarak ve ortalama yaşı 37.4 olarak tesbit ettik. Araştırmacılar hastalığın kadın/erkek oranını 6/1 olarak bildirmektedirler4. Olgularımızın % 78.3 u kadın, % 21.7'si erkek idi. Fibrozit sendromunda klinik seyir farklı olmakla birlikte (intermittent % 35, devamlı şekil % 65), vakalarımızda devamlı şekil ön planda idi.

Hastalığın toplumdaki sıklığı tam olarak bilinmiyor. Masi 100.000 kişide % 2'lik prevalans tesbit etti(4). Romatoloji kliniklerinde görülme sıklığı ise % 14-20 arasında değişir (4). Genel hastalıklar grubu içindeki sıklığı % 5-7 dir. (3) Vakalarımızın çoğunda sekonder fibrozit söz konusu olup, araştırmacılar sekonder/primer oranını 3/1 olarak bildirmektedirler (3,4).

Vakalarımızda etiyolojik neden olarak değişik faktörler söz konusu idi. Yunus ve ark., Wolfe ve ark. % 24 travma, % 14 stres, % 5 oranında idiopatik nedenlerle tesbit ettiler (4,8,12). Ayrıca hastalığı ağırla eden değişik faktörler mevcuttur. Soğuk % 15-57, stres % 35-45, yorgunluk %22-39, travma, %24, cerrahi girişimler % 13, aile içi ölümler % 13, aile içi değişiklikler % 25 oranında hastalığın tekrarına ve klinik belirtilerin ağırlaşmasına yol açmaktadır. (4,7,8,11,12). Çalışmamızda soğuk % 20, stres % 58, yorgunluk % 70, travma % 26 cerrahi girişim % 5 aile içi ölüm % 7, idiopatik nedenler % 8, oranında hadisenin oluşumu ve tekrarına etkili bulundu.

Cathey ve ark. hastalarının %89'ının yüksek tahsilli olduğunu ve % 84'ünün evli, % 4'ünün bekâr, % 4'ünün dul olduğunu tesbit ettiler(13). Araştırmamızda evli % 73, bekâr %20, dul % 7, olgu mevcut olup) % 40'ı ilkökul % 33,3'ü ortaokul, % 16.7'si yüksek okul mezunu idi.

Hastalığın lokalizasyon özelliklerine bakıldığında vakalarımızda boyun % 73.3, bel % 68.3, trapezius %53, supraspinatus % 35, gluteal bölge ve diz %30 ve dirsek % 20 oranında tutuluş sıklığı gösterdiği görülmektedir. Araştırmacılar bel, boyun, omuzda % 55-60 ve diz, dirsek, göğüste %35-40 oranında tutuluş sıklığı gözlediler(1,4,13).

Genellikle hastalığa eşlik eden diğer bazı klinik belirtilerde söz konusudur. Campell uyku bozukluğunu %100, kronik yorgunluğu % 70-100 oranında gözledi (4). Araştırmacılar başağrısını % 44-55 oranında tesbit ettiler (3,8,13). Başağrısının % 50'sinde migren türü ağrı söz konusuydu. Sabah sertliği ortalama 2-4 saat olup %90 civarında görülür (1,4). Gastrointestinal problemler (kabızlık, diyare gibi) % 34-50 oranında görülür (1,4).

Ayrıca Raynond fenomenini % 9.9, parestetik şikayetler % 32 oranında görülür (8,9). Araştırmamızda sabah ağrıları % 60, sabah sertliği % 70, kronik yorgunluk % 67, adet düzensizliği % 15, parestezi % 27, depressif şikayetler % 36.7, diğer subjektif şikayetler % 20, kardiovasküler şikayetler % 30 oranında tesbit edildi.

Sağ tarafın tutulma açısından riski yüksek olup (5), bu araştırmada sağ taraf lokalizasyonunun sıklığı yüksek idi.

Fibrozit sendromunun tedavisinde değişik ilaçlar ve fizik tedavi ajanları denenmiş değişik oranlarda tedavi elde edilmiştir. Cathey ve ark., fibrozitli hastalarda % 91.4 oranında Non steroid antienflamatuar droglar, % 32 antidepressif, %18 anksiyolitik droglar, % 4 steroid, % 33 hormon preparatları, % 22 vitamin, % 1 diğer adale gevşeticilerin kullanıldığını ve değişik oranlarda faydalandığını bildirdiler(8,13) Wolfe ve ark., hadisenin % 25 aktiviteyle, % 32 egzersizle, % 47 gevşeme yöntemleriyle, % 30.5 kilo kaybı ile, % 65.7 istirahatle, % 35 steroidle, % 36 antidepressifle düzeldiğini belirtmişler ve toplam olarak ilaç kullananlarda % 34.5, diğer tedavi şekilleri uygulayanlarda ise, % 38.7 oranında düzelmeye gözlemişlerdir. (4,8) Diğer araştırmacılar Fizik Tedavi ajanları uygulayanlarda % 37.5, chiropracticle ise % 46 düzelmeye tesbit ettiler. Araştırmamızda vakalarımızın % 13'ü egzersiz, % 23'ü istirahat, % 35'i uyku, % 90'ı medikal tedavi, % 40'ı sedatif, % 16.6'sı antidepressif, % 28.3'ü fizik tedavi, % 22'si diğer tedavi şekillerini uygulayarak geçici olarak faydalandıklarını belirttiler.

Sonuçta, çalışmamızda vakalarımızın yaş ortalamasını düşük olarak bulduk. Kadınlarda görülme oranı yüksekti. Genellikle tedavi amacıyla antiromatizmal ilaçlar kullanılıyordu. Çok değişik etiolojik faktörler söz konusu olmakla birlikte stres, yorgunluk ve soğuk ön planda idi. Lokalizasyon açısından boyun, bel, omuzlar ilk sırada yer alıyordu.

SUMMARY

The Clinical Characteristics of Patients With Fibrositis

Fibromyositis (fibrositis) are common noninflammatory, painful musculoskeletal disorders. The syndrome is commonly seen between the ages of 40 and 60 and essential symptoms are disturbed sleep morning stiffness and fatigue. Multiple

host and environmental factors seem to contribute to the onset and course of fibromyalgie.

In this study the patients with fibromyalgie were included and the clinical characteristics of patients were documented as tableau.

KAYNAKLAR

- 1- Campbell SM: Clinical characteristics of fibrositis, İ A''blinded'' controlled study of symptoms and tender points. *Arth Rheum.* 26: 817, 1983.
- 2- Masi AT, Yunus MB: Concepts of illness in populations as applied to fibromiyalgia syndrome. *Tpe Am J of Med.* 81: 19, 1986.
- 3- Hadler NM: A critical raappraisal of the fibrositis concept, *The Am J of Med.* 81: 26, 1986.
- 4- Wolfe E: The clinical syndrome of fibrositis, *The Am J of Med,* 81 (3A): 7, 1986.
- 5- Symthe HA: Fibrositis and other Diffuse Muscleskeletal Syndrome, in: Kelley WN, et al: *Textbook of Rheumatology, First Ed.* WB Saunders Company, Philadelphia, 1981, p: 481.
- 6- Gatter RA: Pharmacotherapeutics in Fibrositis, *The Am J of Med.* 29 (81): 63, 1986.
- 7- Goldenberg DL: Psychologic studies in Fibrositis, *The Am J of Med.* 81 (3A): 67, 1986.
- 8- Wolfe E: Development of criteria for diagnosis of fibrositis, *The Am J of Med.* 81 (3A): 99, 1986.
- 9- Turek SL: Fibrositis, in: *Orthopaedics and principles and their apl Third ed.* JB Lippincot Comp. Phil., 1977, p. 1409.
- 10- Symthe HA: Non-articuler Rheumatism and Psychogenic Musculoskeletal Syndromes, *Arth and All Cond, Ed. Mc Carty DJ, Ninth ed.* Lea Febiger, Philadelphia, 1979, p. 881.
- 11- Tuna N: Fibrositis Sendromu, *Romatizmal Hastalıklar, Hacettepe-Taş Ki-tapçılık, Ankara, 1982, s. 605.*
- 12- Yunus M, Masi AT, Calabro JJ, et al: Primary fibromiyalgia syndrome, *Semin Arthritis Rheum,* 11: 151, 1981.
- 13- Catney MA: Socioeconomic impact of fibrositis. *The Am J of Med.* 81 (3A): 29, 1986.