

MULTİPLE SKLEROZLU HASTALARDA AĞRI, DÜŞME VE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ EVALUATION OF PAIN, FALLS AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS

Melek Aykut SELÇUK¹, Sühan TAŞKIN², Mehmet Onat ÇAKIT³, Burcu Duyur ÇAKIT², Hakan GENÇ², Alper GÜMÜŞTEPE⁴, Gökhan YARDIMCI⁵

¹ Aksaray Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği

² SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği

³ SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

⁴ Ankara Kazan Hamdi Eriş Devlet Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği

⁵ Ankara Gaziler Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği

Ankara Eğt. Arş. Hast. Derg. (Med. J. Ankara Tr. Res. Hosp.) Cilt / Volume: 51 Sayı / Number: 3 Yıl / Year: 2018 ISSN:1304-6187
Sayfa/Page :186-192

ÖZET

AMAC: Çalışmamızda Multiple Skleroz (MS)'lu hastalarda ağrılı bölgeler, ağrı tipleri, düşme öyküsü, manyetik rezonans görüntüleme (MRG)de tutulan santral sinir sistemi (SSS) bölgeleri ve başlangıç semptomları ile bunların yaşam kalitesiyle olan ilişkilerini değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEMLER: Çalışmaya 14 erkek ve 26 kadından oluşan 40 MS'li hasta dahil edildi. Yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, vücut kitle indeksi (VKİ), başlangıç semptomu, tanı yaşı, hastalık süresi, hastalık tipi, son bir yıldaki atak sayısı, en son i.v pulse steroid tedavisinden sonra geçen süre, MS'ye yönelik ilaçlar, düşme öyküsü, ek hastalıklar, sigara ve alkol kullanımı sorgulandı. Ağrı şiddeti Vizüel Analog Skala (VAS), ağrı tipleri ve ağrılı bölgeler Hasta Ağrı Çizimi Ölçeği (HAÇ), yaşam kalitesi Multiple Skleroz Yaşam Kalitesi Ölçeği-54 (MSYKÖ-54) değerlendirilmesinin total, fiziksel, mental, ağrı ile enerji skorları ve dizabilite Kurtzke'nin Genişletilmiş Dizabilite Durum Skalası (GDDS) ile değerlendirildi.

BULGULAR: Yaş ortalaması 39,60 ±10,63, GDSS skoru ortalaması 3,28±1,65 olan hastaların %52,5'inde düşme öyküsü mevcuttu. MS hastalarının %47,5'inde hiç düşme öyküsü yokken, %10'ununda bir kere düşme ve %42,5'inde iki ya da daha fazla düşme öyküsü vardı. Hastaların %15'i yardımcı cihaz ve/veya ortez kullanıyordu. MS hastalarında en sık görülen başlangıç semptomları sırasıyla; görsel (%57,5), duyuşal (%35), motor semptomlar (%30) ve denge bozukluğuydu (%10). Hastalarda MRG'de en sık tutulan bölgeler sırasıyla; serebrum (%85), servikal spinal kord (%55), torakal spinal kord (%42,5), beyin sapı (%20) ve serebellumdu (%17,5). Alt ekstremitte (%52,5), üst ekstremitte (%27,5), bel (%15), sırt (%15), boyun (%10) ve baş (%2,5) hastalarımızda en sık görülen ağrılı bölgelerdi. Acıma (%47,5), batma (%27,5), iğnelenme (%15) ve yanma (%7,5) MS'li hastalarda en sık görülen ağrı tipleriydi. MSQoL-54 total skoru meslek, eğitim durumu, atak sayısı, VAS, düşme öyküsü, alt ekstremitte ağrısı ve hastalık tipiyle ilişkili bulundu.

SONUÇ: MS'li hastalarda en sık görülen semptomlar akılda tutulmalı ve bu semptomların bir ya da bir kaçını bulunduran hastalar MS açısından gözden geçirilmeli ve ilgili bölüme yönlendirilmelidir. MS'li hastaların üçte ikisinde görülen ağrı, MS'ye spesifik semptomlar, atak sayısı, kas güçsüzlüğü, denge bozukluğu, eğitim seviyesi düzeltilerek, düşme riski taşıyan hastalar önceden tespit edilerek ve yorgunluk seviyesini azaltmaya yönelik önlemler alınarak hastaların yaşam kalitesi artırılabilir.

Anahtar kelimeler: Multiple Skleroz, ağrı, düşme, yorgunluk, yaşam kalitesi

ABSTRACT

INTRODUCTION: We aimed to evaluate painful body regions, pain types, fall history, affected Central Nervous System (CNS) regions in Magnetic Resonance Imaging (MRI), initial symptoms and their relationships with quality of life (QoL) in patients with Multiple Sclerosis (MS).

MATERIALS AND METHODS: 14 male and 26 female MS patients were included into the study. Age, marital status, education status, employment, body mass index (BMI), initial symptoms, diagnosis age, duration of the disease, MS type, attack number in last one year, time after the last i.v pulse steroid therapy, MS-specific drugs, fall history, additional diseases, cigarette and alcohol consumption were investigated. Pain intensity was evaluated with Visual Analogue Scale (VAS), painful body regions and pain types were evaluated with Patient Pain Drawing Scale (PPD), QoL was evaluated with Multiple Sclerosis Quality of Life-54 measurement total, physical, mental, pain and energy scores and the disability level was evaluated with Expanded Disability Status Scale (EDSS).

RESULTS: The averaged age was 39,60 ±10,63 and the averaged EDSS score was 3,28±1,65 in the patients. %52,5 of the patients have fall history, %42,5 of the patients have only one fall and %10 of the patients have two or more falls history. %15 of the patients were using walking aids. The most seen initial symptoms in MS patients were; visual (%57,5), sensorial (%35), motor symptoms (%30) and balance disorders (%10). The most affected regions in the MRI were; cerebrum (%85), cervical spinal cord (%55), thoracic spinal cord (%42,5), brain stem (%20) and cerebellum (%17,5). Lower extremity (%52,5), upper extremity (%27,5), lower back (%15), dorso (%15), neck (%10) and head (%2,5) were the most frequent painful regions in the patients. Aching (%47,5), stabbing (%27,5), pins and needles (%15) and burning (%7,5) were the most frequent pain types in the patients. Employment, education status, attack number, VAS score, fall history, lower extremity pain and MS type were related to MSQoL-54 total score.

CONCLUSION: The most seen symptoms should be keep in mind and the patients who have these symptoms should be guided to a relevant expert about MS. Pain that was seen in two third of MS patients, attack number, muscle weakness, balance disorder, education level about the disease should be improved; fatigue level should be reduced and the patients who have fall risk should be detected and prevented from falls. So QoL of MS patients may be improved by this recommendations.

Keywords: Multiple Sclerosis, pain, falls, fatigue, quality of life

Sorumlu Yazar / Corresponding Author:

Melek Aykut SELÇUK

Aksaray Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Merkez/AKSARAY

Gsm: +90 555 528 94 93 E-posta: mlk.aykut@gmail.com

GİRİŞ

Multiple skleroz (MS), santral sinir sistemi (SSS)'nin kronik, otoimmün, demiyelinizan ve nörodeneratif bir hastalığıdır. Kadınlarda erkeklere göre yaklaşık iki kat daha fazla görülmekte ve genç erişkinlik döneminde, genellikle 20-40 yaşları arasında başlangıç göstermektedir. Dört klinik tablo ile karşımıza çıkabilen MS'nin en sık görülen tipi relapsing-remitting MS (RR-MS)'dir (1). Demiyelinizasyon ve ilerleyen evrelerde görülen akson hasarı neticesinde oluşan plakların SSS ve spinal kordda yerleştiği lokalizasyona bağlı olarak, kas güçsüzlüğü, yürüme ve denge bozukluğu, sensöriyel problemler, ağrı, yorgunluk, görme bozukluğu ve düşme gibi belirti ve bulgular görülebilmektedir (2, 3).

MS'li hastaların %50-60'lık bir kısmında, 3-12 aylık bir zamanda diliminde en az bir kere düşme öyküsü olduğu (4) ve hastaların %28-79'luk bir kısmında düşmelerin tekrar ettiği bildirilmiştir. İleri yaş, yüksek dizabilite düzeyleri, düşük yürüme endüransı ve yardımcı cihaz kullanımı öyküsü olanlarda tekrarlayan düşme riskinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (5). MS'li hastaların %43-80'lik bir kısmında ağrı rapor edilmiştir (6). MS'li hastalarda muskuloskeletal ağrı, nöropatik ağrı, inflamatuvar ağrı, kas spazmı ya da spastisiteye bağlı sekonder ağrı ve migrene bağlı baş ağrısı gibi farklı etiyolojilere bağlı ve farklı mekanizmalarla ortaya çıkan ağrı çeşitleri görülebildiği bildirilmiştir (7). MS'li hastaların %87'si yorgunluk yaşadığını, yaklaşık %50'si ise günlük yaşamlarını etkileyen en önemli semptomun yorgunluk olduğunu belirtmişlerdir (8). Yorgunluk, depresyon, ağrı ve düşme gibi faktörler MS'li hastalarda yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir ve MS'li hastaların yaşam kalitesinin sağlıklı kontrol grubuna göre %80 daha kötü olduğu, yapılan çalışmalarda bildirilmiştir (9).

Çalışmamızda MS'li hastalarda ağrı tipleri ve bölgeleri, düşme öyküsü, yorgunluk ve yaşam kalitesini değerlendirmeyi; düşme, ağrı, yorgunluk, manyetik rezonans görüntüleme (MRG) bulguları ve hastalık süresinin yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini araştırmayı amaçladık.

GEREÇ ve YÖNTEMLER

Lokal etik komitesinden onay alındıktan sonra temmuz 2017 ile temmuz 2018 tarihleri arasında, Aksaray Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi fiziksel tıp ve rehabilitasyon polikliniğine başvuran 14 erkek, 26 kadından oluşan 40 MS hastası çalışmaya dahil edildi. Mc Donald kriterlerine göre kesin MS tanısı almış ve hastalık süresi 1 yıldan uzun olan MS hastaları çalışmaya dahil edildi. Son 3 ay içinde atak geçirmiş, son 1 ay içinde i.v pulse steroid tedavisi almış, ileri derece görme bozukluğu, eşlik eden nörolojik, sistemik hastalık ve gebelik öyküsü olanlar çalışma dışı bırakıldı. Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, boy, kilo, başlangıç semptomu, tanı yaşı, hastalık süresi, hastalık tipi, son bir yıldaki atak sayısı, en son i.v pulse steroid tedavisinden sonra geçen süre, MS'ye yönelik ilaçlar, düşme öyküsü, ek hastalıklar, sigara ve alkol kullanımı sorgulanarak değerlendirme formuna kaydedildi. Hastaların,

deneyimli bir radyolog tarafından değerlendirilmiş olan kranial, servikal, torakal ve lomber MRG raporları retrospektif olarak incelendi. Kranial MRG'de en az iki; servikal, torakal ve/veya lomber MRG'de en az bir MS'ye spesifik T2'de hiperintens ve/veya T1'de kontrast tutan lezyon saptanmış olması, ilgili bölgenin tutulumu lehine değerlendirildi. Ağrı şiddeti Vizüel Analog Skala (VAS), ağrı tipleri ve ağrılı bölgeler Hasta Ağrı Çizimi Ölçeği (HAÇ), yaşam kalitesi Multiple Skleroz Yaşam Kalitesi Ölçeği-54 (MSYKÖ-54) total, fiziksel, mental, ağrı ve enerji skorları ve dizabilite Kurtzke'nin Genişletilmiş Dizabilite Durum Skalası (GDSS) ile değerlendirildi.

Kurtzke'nin Genişletilmiş Dizabilite Durum Skalası (GDSS) MS'li hastalarda dizabilitenin değerlendirilmesinde en sık kullanılan ölçektir. Serebral, piramidal, serebellar, duyu-sal, görsel, mesane-bağırsak ve beyin sapı fonksiyonlarını total skor 0-10 arasında olacak şekilde değerlendirir (10).

Multiple Skleroz Yaşam Kalitesi Ölçeği-54 (MSYKÖ-54) Short Form-36'ya MS'ye spesifik 18 madde eklenmesiyle elde edilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği İdman ve ark. tarafından yapılmıştır (11). Yaşam kalitesi MSYKÖ-54'ün total, fiziksel, mental, ağrı ve enerji skorları kullanılarak değerlendirildi.

Vizüel Analog Skala (VAS) ve Hasta Ağrı Çizimi Ölçeği (HAÇ) Hastanın ağrı şiddetini ifade eden noktaya işaret koyduğu 10 cm'lik çizgiden oluşan ve 0'dan 10'a doğru ağrı şiddetinin arttığı ölçektir (12).

Bir vücut diyagramı üzerine hastanın ağrılı bölgesini ve ağrı tipini (acma, batma, iğnelenme, yanma, hissizlik) işaretlemesini istediğimiz ölçek HAÇ ölçeği olarak bilinmektedir (13).

İstatistiksel Analiz

Veriler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 15.0 veri analiz programıyla değerlendirildi. Hastaların deskriptif ve frekans verileri değerlendirildi. Kolmogorov-Smirnov testi ile normallik testi yapıldı. Hastaların verileri normal dağılım göstermediği için korelasyon analizinde non parametrik bir test olan Spearman korelasyon testini tercih ettik ve 2-tailed olarak işaretleyerek hem negatif hem de pozitif ilişkiyi görmeyi amaçladık. İstatistiksel anlamlılık değeri $p < 0,05$ olarak ayarlandı.

SONUÇLAR

Çalışmaya 14'ü (%32,5) erkek, 26'sı (%67,5) kadın 40 MS hastası dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması $39,60 \pm 10,63$, GDSS skoru ortalaması $3,28 \pm 1,65$ ve VKİ ortalamaları $25,34 \pm 4,01$ idi. 2 (%5) hastada sekonder progresif MS (SP-MS) varken, 38 (%95) hastada RR-MS vardı. 23 (%57,5) MS hastası herhangi bir işe sahip değilken, 5 (%12,5) MS hastası masa başı ve 12 (%30) MS hastası aktif fiziksel güç gerektiren işlerde çalışıyordu. 19 (%47,5) hasta ilköğretim, 12 (%30) hasta lise, 8 (%20) hasta üniversite mezunuyken, 1 (%2,5) hasta hiç okula gitmemişti. 25 (%62,5) hasta evliyken, 15 (%37,5) hasta bekarı. 14 (%35) hasta sigara kullanırken, 26 (%65) hasta kullanmıyordu ve hastaların hiç biri alkol kullan-

miyordu. Tanı yaşı, hastalık süresi, atak sayısı, en son i.v pulse steroid tedavisinden sonra geçen süre, dizabilite ve yaşam kalitesi ile ilgili veriler **Tablo 1**'de özetlenmiştir.

Tablo 1. MS hastalarının demografik verileri, dizabilite ve yaşam kalitesi düzeyleri

	Mean±SD
Yaş (yıl)	39,60 ±10,63
Cinsiyet (E/K) (s/%)	14 (%35)/26 (%65)
VKİ (kg/m ²)	25,34±4,01
Tanı yaşı (Yıl)	30,70±9,25
Hastalık süresi (Ay)	106,35±83,35
Son bir yıldaki atak sayısı	0,72±0,84
En son i.v pulse kortikosteroid sonrası süre (Ay)	23,11±24,85
GDDS	3,28±1,65
VAS	41,25±32,18
MSQoL-54 total skor	65,19±29,35
MSQoL-54 fiziksel skor	54,91±18,73
MSQoL-54 mental skor	59,11±20,97
MSQoL-54 ağrı skoru	63,56±28,75
MSQoL-54 enerji skoru	41,83±23,48

S: sayı, VKİ: Vücut Kitle İndeksi, GDDS: Genişletilmiş Dizabilite Durum Skalası, VAS: Vizüel Analog Skala, MSQoL-54: Multiple Skleroz Yaşam Kalitesi Ölçeği-54

Hastaların %52,5'inde düşme öyküsü mevcuttu. MS hastalarının %47,5'inde hiç düşme öyküsü yokken %10'ununda bir kere düşme ve %42,5'inde iki ya da daha fazla düşme öyküsü vardı. Hastaların %15'i yardımcı cihaz ve/veya ortezi kullanıyordu (**Tablo 2**).

MS hastalarında en sık görülen başlangıç semptomları sırasıyla; görsel (%57,5), duyuşal (%35), motor semptomlar (%30) ve denge bozukluğuydu (%10). Hastalarda MRG'de en sık tutulan bölgeler sırasıyla; serebrum (%85), servikal spinal kord (%55), torakal spinal kord (%42,5), beyin sapı (%20) ve serebellumdu (%17,5) (**Tablo 3**). MS'ye yönelik medikal tedaviler **Tablo 4**'de verilmiştir.

Hastaların en sık görülen ağrılı bölgeleri sırasıyla; alt ekstremitte (%52,5), üst ekstremitte (%27,5), bel (%15), sırt (%15), boyun (%10) ve baş (%2,5) idi. En sık görülen ağrı tipleri sırasıyla; acıma (%47,5), batma (%27,5), iğnelenme (%15) ve yanma (%7,5) idi (**Şekil 1**).

MS'li hastalarda serebellum tutulumuyla düşme öyküsü (r:0,343, p:0,044), servikal tutulumla VKİ (r:-0,484, p:0,004) ilişkiliydi. Başlangıç semptomlarından görme bozukluğu ile meslek (r:-0,357, p:0,024); denge bozukluğuyla yardımcı cihaz (r:0,372, p:0,040) ve düşme öyküsü

(r:0,317, p:0,046); vertigo ile cinsiyet (r:0,313, p:0,050) ilişkiliydi. Çalışmamızda sırt ağrısı ile VKİ (r:0,354, p:0,027); bel ağrısıyla medeni durum (r:-0,325, p:0,040), meslek (r:-0,350, p:0,027), başlangıç semptomlarından motor bozukluk (r:0,366, p:0,034) ve servikal tutulum (r:0,350, p:0,039) arasında ilişki vardı. MS'li hastalarda düşme öyküsü ile yaş (r:0,318, p:0,046), başlangıç semptomlarından denge bozukluğu (r:0,317, p:0,046), serebellum tutulumu (r:0,343, p:0,44), MSQoL-54 total skoru (r:-0,334, p:0,035), MSQoL-54 fiziksel skoru (r:-0,525, p:0,001) ve MSQoL-54 mental skoru (r:-0,434, p:0,005) ilişkiliydi. Çalışmamızdaki hastalarda yaşam kalitesiyle ilgili korelasyon verileri **Tablo 5**'de verilmiştir.

Tablo 2. MS hastalarının düşme öyküsü ve yardımcı cihaz/ortez kullanımı

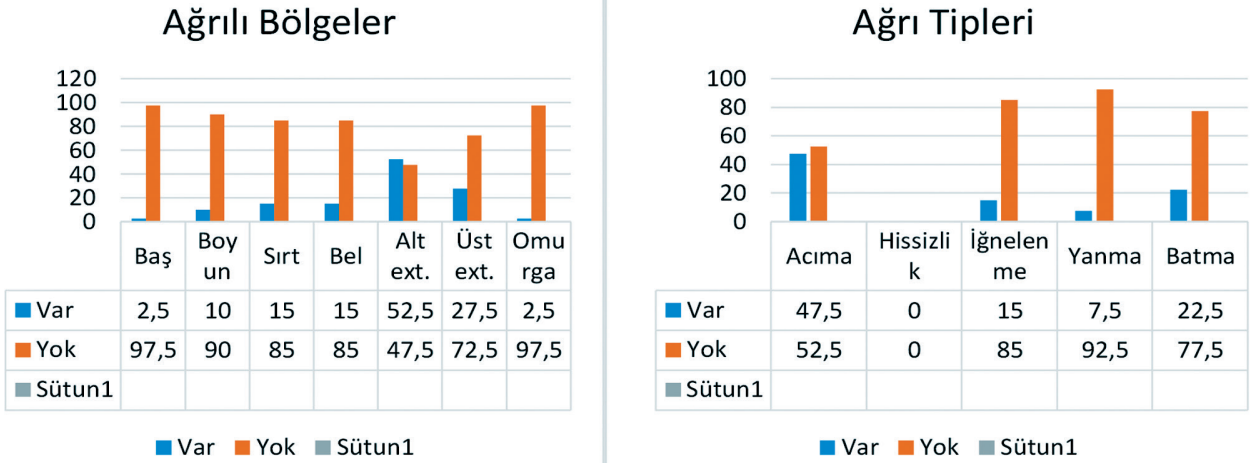
	Hasta sayısı(s)	Yüzde (%)
Düşme öyküsü	21	52,5
Düşme riski		
•Düşme öyküsü yok (non faller)	19	47,5
•Bir kere düşme öyküsü var (faller)	4	10
•İki ya da daha fazla düşme öyküsü (rekürren faller)	17	42,5
Yardımcı cihaz/ortez (Var)	6	15
Yardımcı cihaz/ortez tipi		
•Baston	2	5
•Kanedyen	3	7,5
•AFO+Foot up	1	2,5

S: Sayı, AFO: Ankle Foot Orthosis

Tablo 3. Hastalık başlangıç semptomları ile MRG'deki tutulum bölgeleri

İlk semptom	MRG				
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Görsel	23	57,5	Serebrum	34	85
Duyusal	14	35	Beyin sapı	8	20
Motor	12	30	Serebellum	7	17,5
Denge	4	10	Servikal	22	55
Vertigo	2	5	Torakal	17	42,5
			Lomber	0	0
			Optik sinir	1	2,5

S: Sayı, AFO: Ankle Foot Orthosis



Şekil 1. Hastaların ağrılı bölgeleri ve ağrı tiplerinin dağılımı

Tablo 4. Hastaların kullandığı ilaçlar.

	Hasta sayısı(n)	Yüzde(%)
İlaçsız takip	5	12,5
İlaç kullanan	35	87,5
İmmünmodülatör	28	70
Dalfampiridin	5	12,5
SSRI / SNRI	7	17,5
Pregabalin / Gabapentin	8	20
Miyorelaksan	7	17,5

SSRI: Selektif Serotonin Reuptake Inhibitörü
SNRI: Serotonin Nöradrenalin Reuptake Inhibitörü

TARTIŞMA

MS'li hastalarda yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen ağrı, yorgunluk ve düşme gibi semptomları değerlendirmeyi amaçladığımız çalışmamızda, ağrı ve düşme oranlarının yüksek oranlara sahip olduğunu gözlemledik.

Cavenaghi ve ark.'larının (14) 214 (%71,57) kadın ve 85 (%28,47) erkekten oluşan 299 MS'li hastayı değerlendirdikleri çalışmada, hastalarda görülen başlangıç semptomlarının sırasıyla; %50,83 ile kraniyal sinir tutulumu, %32,10 ile duyuşal semptomlar, %26,42 ile motor semptomlar, %13,38 ile denge bozukluğu, %7,69 ile prodromal bulgular ve %0,67 ile üriner semptomlar olduğu belirtilmiştir. Barkhof ve ark.'larının (15) 74 MS'li hastayı değerlendirdiği çalışmada, %54 ile optik nörit, %30 ile spinal bulgular ve %16 ile serebellar ve beyin sapı bulgularının en sık karşılaşılan başlangıç semptomları olduğu bildirilmiştir. Literatüre benzer şekilde, hastalarımızda en sık görülen başlangıç semptomları sırasıyla görsel, duyuşal, motor semptomlar ve denge bozukluğu idi.

Barkhof ve ark.'larının(15) 74 MS'li hastanın MRG bulgularını değerlendirdiği çalışmada %27,94 spinal kord, %26,4 supratentoriyel, %22,06 serebellar ve beyin sapı, %16,8 optik sinir ve %7,35 multifokal tutulum saptanmıştır. Çalışmamızda Barkhof ve ark.'larının(15) çalışmasından farklı olarak, MRG bulgularını fokal ve multifokal tutulum olarak değil de her bir bölge kaç hastada tutulmuştur şeklinde değerlendirdik. Bu çalışmaya benzer şekilde, hastalarımızda MRG'de en sık tutulan bölgeler sırasıyla spinal kord, serebrum, beyin sapı ve serebellumdu. Nijeholt ve ark.'larının (16) 28 RR-MS, 32 SP-MS ve 31 primer progresif MS'li (PP-MS) hastanın MRG'lerini inceledikleri çalışmada, değişken tutulum bulgularının görüldüğü; hastaların %46'sında serebral, %57,14'ünde spinal kord tutulumu olduğu; RR-MS ve SP-MS'li hastalarda hem beyin hem de spinal kord MRG bulgularının klinik durum ve GDDS skorlarıyla ilişkili olduğu fakat PP-MS'li olgularda sadece spinal kord MRG bulgularının klinik durumla ilişkili olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmaya benzer şekilde çalışmamızda beyin sapı tutulumu ile başlangıç semptomlarından görsel bozukluklar ile vertigo, serebellum tutulumu ile düşme öyküsü, servikal spinal kord tutulumu ile VKİ arasında ilişki olduğunu tespit ettik. Bu bulgulara ek olarak başlangıç semptomlarından görsel bozukluklarla meslek, denge bozukluğuyla düşme öyküsü ve yardımcı cihaz kullanımı, vertigo ile cinsiyet arasında korelasyon mevcuttu. Çalışmamızdan elde edilen sonuçlara göre görme bulanıklığı, parestezi, kas güçsüzlüğü ve vertigo gibi şikayetlerle başvuran hastaların ayrıca tanısında MS'in akılda tutulması ve gerektiğinde MS ile ilgilenen bir uzmana yönlendirilmesi gerektiğini düşünmekteyiz. En sık tutulan bölgeler serebrum ve spinal kord olduğu için, MRG istenirken özellikle bu bölgelere yönelik istem yapılması gerektiği akılda bulundurulmalıdır. MS'li hastalarda görme bozukluğunun çalışıp çalışmama ve yapılan iş durumunu etkileyebileceğini, serebellar tutulumun ise düşmelere neden olabileceğini bu nedenle hastalığı serebellar bulgularla başlayanların düşme açısından riskli olabileceğini ve bu hastalarda düşmeye yönelik önlemler

alınması gerektiğini düşünmekteyiz.

Literatürde MS'li hastalardaki ağrı prevalansının %40-65 arasında olduğu ve ağrı şiddetinin kadın cinsiyet, yaş, eğitim durumu ve dizabilite düzeyleriyle ilişkili olduğu belirtilmektedir(17, 18). Çalışmamızda hastalarımızın %75'inde ağrı mevcuttu ve ağrı oranı literatürdeki diğer

çalışmalardan farklı olarak biraz daha yüksekti. Ghajarzadeh ve ark.'ları(19)88 MS'li hastayı değerlendirdikleri çalışmada, hastaların %40,9'unun son üç ay içerisinde ağrı yaşadığını, en sık ağrı görülen bölgelerin üst ekstremitelerde (%52,3), alt ekstremitelerde (%18,2) ve baş (%18,2) olduğunu, GDDS düzeyi yüksek olan hastalarda ağrı şiddetinin daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir.

Tablo 5. MS'li hastalarda yaşam kalitesi total, fiziksel, mental, ağrı ve enerji alt skorlarının korele olduğu veriler

	MSYKÖ-54 total (r, p)	MSYKÖ-54 fiziksel (r, p)	MSYKÖ-54 mental (r, p)	MSYKÖ-54 ağrı (r, p)	MSYKÖ-54 enerji (r, p)
Meslek	,356 0,024	0,039 0,811	0,255 0,112	0,103 0,526	0,207 0,201
Düşmeöyküsü	-,334 0,035	-,525 0,001	-,434 0,005	-,0295 0,065	-,0276 0,084
Hastalıktipi	-,338 0,033	-,348 0,028	-,0268 0,094	-,0075 0,646	-,0080 0,625
Sonbir yıla taksayı	-,409 0,009	-,0213 0,186	-,348 0,028	-,352 0,026	-,318 0,046
Son pulse süresi	,365 0,031	0,222 0,200	0,218 0,207	0,138 0,430	0,081 0,643
Yaş	-0,180 0,267	-,380 0,015	-0,180 0,267	-0,047 0,775	-0,160 0,323
Eğitim	0,283 0,076	0,300 0,060	,323 0,042	0,150 0,356	,415 0,008
Sigara	-0,123 0,448	-0,178 0,272	-0,027 0,870	-,320 0,044	0,000 0,999
VAS	-,346 0,029	-,415 0,008	-,407 0,009	-,698 0,000	-,328 0,039
Altext.ağrısı	-,423 0,007	-0,299 0,061	-,371 0,018	-,500 0,001	-0,194 0,231
MSYKÖ-54 total	1,000 .	,675 0,000	,784 0,000	,673 0,000	,655 0,000
MSYKÖ54 fiziksel	,675 0,000	1,000 .	,739 0,000	,626 0,000	,641 0,000
MSYKÖ-54 mental	,784 0,000	,739 0,000	1,000 .	,672 0,000	,661 0,000
MSYKÖ-54 ağrı	,673 0,000	,626 0,000	,672 0,000	1,000 .	,544 0,000
MSYKÖ-54 enerji	,655	,641 0,000	,661 0,000	,544 0,000	1,000 .

MSYKÖ-54: Multiple Skleroz Yaşam Kalitesi-54, ext.: Ekstremiteler

Bu çalışmada karıncalanma (%39,8), soğukluk hissi (%40,9), kramp (%18,2) ve elektirik çarpması hissi (%1,1) en sık görülen ağrı tipleri olarak saptanmıştır. Güven ve ark.'larının (20) 104 MS'li hastayı değerlendirdikleri çalışmada, en sık görülen ağrılı bölgelerin alt ekstremite, baş ve üst ekstremite; en sık görülen ağrı tiplerinin ise uyuşma-karıncalanma (%35,6), yanma-sızlama (%27,3), künt (%18,3), sıkıştırıcı-ezici (%17,4) ve zonklayıcı ağrı (%1,4) olduğu; ağrı şiddetinin GDDS, yorgunluk şiddet ölçeği ve Beck depresyon ölçeği ile korelasyon göstermediği belirtilmiştir. Ghajarzadeh ve ark.'larının(19) çalışmasından farklı, Güven ve ark.'larının(20) çalışmasına benzer şekilde çalışmamızda en sık ağrı görülen bölgeler sırasıyla alt ekstremite, üst ekstremite, bel, sırt, boyun, baş ve omurgayken; en sık görülen ağrı tipleri acıma, batma, iğnelenme ve yanmaydı. Sırt ağrısı ile VKİ, sigara ve MRG'de serebral tutulum; bel ağrısı ile medeni durum, meslek, başlangıç semptomu olarak motor bozukluk, MRG'de serebral ve servikal tutulum; alt ekstremite ağrısı ile yaşam kalitesi, ağrı şiddeti, kognitif durum; üst ekstremite ağrısıyla vertigo; omurga ağrısıyla denge; yaşam kalitesi değerlendirmesinin ağrı alt skoruyla sigara, son bir yıl atak sayısı ve ağrı şiddeti; ağrı şiddetiyle yaşam kalitesi, yorgunluk, fiziksel ve mental durum arasında ilişki olduğunu saptadık. Sigara kullanımı, meslek, motor yetersizlik, denge bozukluğu ve atak sayısı MS'li hastalarda ağrı şiddetinin artmasına ve dolayısıyla yaşam kalitesi, fiziksel ve mental kapasitede düşüşe ve yorgunluğa neden olabilir. En sık karşılaşılan semptomlardan biri olan ağrı, MS'li hastalarda önemsenmeli ve tedavi edilmelidir diye düşünmekteyiz.

Daha önce yapılan çalışmalarda MS'li hastalarda %50-90 arasında değişen oranlarda yorgunluk görüldüğü, bazı çalışmalarda ise hastaların %55'inde hayatı en kötü etkileyen semptomun yorgunluk olduğu belirtilmiştir (21). Tabrizi ve ark.'larının (22) çalışmasında, 217 MS'li hastanın %56,4'ünde yorgunluk rapor edilmiştir ve motor ve duyu durum bozukluklarının yorgunlukla ilişkili olduğu belirtilmiştir. İlgili çalışmada yorgunluk şiddet ölçeği skoruyla, MSQoL-54 değerlendirmesinin fiziksel ve mental kompozit skorları arasında belirgin ilişki olduğu bildirilmiştir. Tabrizi ve ark.'larının (22) çalışmasıyla benzer şekilde yaşam kalitesini MSQoL-54 skoruyla değerlendirdik fakat yorgunluk için ek bir ölçek kullanmak yerine MSQoL-54 değerlendirmesinin enerji alt skorunu kullandık. MSQoL-54 enerji alt skoru eğitim durumu, yaşam kalitesinin total, fiziksel ve mental skorları ile kuvvetli; ağrı şiddeti ve son bir yıldaki atak sayısı zayıf bir şekilde ilişkiliydi. Çalışmamızdan çıkan sonuçta göre yaşam kalitesi, fiziksel ve mental kapasiteyi olumsuz şekilde etkileyen yorgunluk ağrının tedavi edilmesi, eğitim seviyesinin artırılması ve atak sayısının azaltılmasıyla azaltılabilir.

MS'li hastalarda düşme prevalansı Nilsagard ve ark.'larının(23) çalışmasında %63, Cattaneo ve ark.'larının (24) çalışmasında %50 olarak bildirilmiştir. Literatür verilerine benzer şekilde çalışmamızdaki MS'li hastalarda düş-

me oranı %52,5 olarak saptanmıştır. Matsuda ve ark.'larının(25) çalışmasında, MS'li hastaların %58,2'sinde düşme, %44,5'inde birden fazla düşme, %13,1'inde bir kere düşme öyküsü olduğu rapor edilmiştir. İlgili çalışmada yürümeye yardımcı cihaz kullanımı, MS tipi, denge bozukluğu, alt ekstremite kas güçsüzlüğü, spastisite, düşük sosyoekonomik düzey ve kognitif bozukluğun düşme riskiyle ilişkili olduğu belirtilmiştir. MS'li hastalar Nilsagard ve ark.'ları (23) ile Finlayson ve ark.'ları (26) tarafından; bir kere düşme öyküsü varsa "faller", iki ya da daha fazla düşme öyküsü varsa "rekürren faller" olarak sınıflandırılmıştır. Biz de çalışmamızda hastaların düşme öyküsünü alırken hastaları "non-faller", "faller" ve "rekürren faller" şeklinde sınıflandırdık. Hastalarımızın düşme, bir kere veya multiple düşme öyküsü oranları literatürle benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda düşme öyküsüyle ilişkili olan faktörler yaş, başlangıç semptomu olarak denge bozukluğu, MRG'de serebellum tutulumu, yaşam kalitesi, fiziksel ve mental durumdur. MS'li hastalarda yaralanmalara, yaşam kalitesinde düşmeye neden olan düşmeleri azaltmak için alınabilecek önlemlerden biri denge bozukluğu olan, serebellar tutulumu olan, ileri yaştaki MS hastalarının düşme riski açısından değerlendirilmesi ve hastalara düşmeyle ilgili gerekli eğitimin verilmesi olabilir.

SONUÇ

MS'li hastalarda en sık görülen semptomlar akılda tutulmalı ve bu semptomların bir ya da bir kaçını bulandıran hastaların ayırıcı tanısında MS yer almalı ve gerekirse hasta ilgili bölüme yönlendirilmelidir. MS'li hastaların üçte ikisinde görülen ağrı, MS'ye spesifik semptomlar, atak sayısı, kas güçsüzlüğü, denge bozukluğu, eğitim seviyesi düzeltilerek; düşme riski taşıyan hastalar önceden tespit edilerek ve yorgunluk seviyesini azaltmayla ilgili önlemler alınarak hastaların yaşam kalitesi artırılabilir.

KAYNAKLAR

- 1.)Goodin DS. The epidemiology of multiple sclerosis: insights to disease pathogenesis. In: Handbook of clinical neurology. Elsevier; 2014. p.231-66.
- 2.)TUNALI G. Multipl Skleroz'da Tanı Kriterleri. Türkiye Klinikleri Journal of Neurology 2004; 2: 205-9.
- 3.)Trapp BD, Peterson J, Ransohoff RM, Rudick R, Mörk S, Bö L. Axonal transection in the lesions of multiple sclerosis. New England Journal of Medicine 1998; 338: 278-85.
- 4.)Hoang PD, Cameron MH, Gandevia SC, Lord SR. Neuropsychological, balance, and mobility risk factors for falls in people with multiple sclerosis: a prospective cohort study. Archives of physical medicine and rehabilitation 2014; 95: 480-6.
- 5.)Sosnoff JJ, Gappmaier E, Frame A, Motl RW. Influence of spasticity on mobility and balance in persons with multiple sclerosis. Journal of Neurologic Physical Therapy 2011; 35: 129-32.
- 6.)Svendsen KB, Jensen TS, Overvad K, Hansen HJ, Koch-Henriksen N, Bach FW. Pain in patients with multiple sclerosis: a population-based study. Archives of Neurology 2003; 60: 1089-94.
- 7.)O'Connor AB, Schwid SR, Herrmann DN, Markman JD, Dworkin RH. Pain associated with multiple sclerosis: systematic review and proposed classification. PAIN® 2008; 137: 96-111.
- 8.)Benito-León J, Martínez-Martín P, Frades B, Martínez-Ginés M, De Andrés C, Meca-Lallana J, et al. Impact of fatigue in multiple

- sclerosis: the Fatigue Impact Scale for Daily Use (D-FIS). *Multiple Sclerosis Journal* 2007; 13: 645-51.
- 9.)Sehanovic A, Dostovic Z, Smajlovic D, Avdibegovic E. Quality of life in patients suffering from Parkinson's disease and multiple sclerosis. *Medical Archives* 2011; 65: 291.
- 10.)Kurtzke JF. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS). *Neurology* 1983; 33: 1444-.
- 11.)Idiman E, Uzunel F, Ozakbas S, Yozbatiran N, Oguz M, Callioglu B, et al. Cross-cultural adaptation and validation of multiple sclerosis quality of life questionnaire (MSQOL-54) in a Turkish multiple sclerosis sample. *Journal of the neurological sciences* 2006; 240: 77-80.
- 12.)Carlsson AM. Assessment of chronic pain. I. Aspects of the reliability and validity of the visual analogue scale. *Pain* 1983; 16: 87-101.
- 13.)Margolis RB, Chibnall JT, Tait RC. Test-retest reliability of the pain drawing instrument. *Pain* 1988; 33: 49-51.
- 14.)Cavenaghi VB, Dobrianskyj FM, Olival GSd, Carneiro RPCD, Tilbery CP. Characterization of the first symptoms of multiple sclerosis in a Brazilian center: cross-sectional study. *Sao Paulo Medical Journal* 2017; 135: 222-5.
- 15.)Barkhof F, Filippi M, Miller DH, Scheltens P, Campi A, Polman CH, et al. Comparison of MRI criteria at first presentation to predict conversion to clinically definite multiple sclerosis. *Brain: a journal of neurology* 1997; 120: 2059-69.
- 16.)Nijeholt G, Van Walderveen M, Castelijns J, Van Waesberghe J, Polman C, Scheltens P, et al. Brain and spinal cord abnormalities in multiple sclerosis. Correlation between MRI parameters, clinical subtypes and symptoms. *Brain: a journal of neurology* 1998; 121: 687-97.
- 17.)Seixas D, Sá MJ, Galhardo V, Guimarães J, Lima D. Pain in Portuguese patients with multiple sclerosis. *Frontiers in neurology* 2011; 2: 20.
- 18.)Svendsen KB, Jensen TS, Hansen HJ, Bach FW. Sensory function and quality of life in patients with multiple sclerosis and pain. *Pain* 2005; 114: 473-81.
- 19.)Ghajarzadeh M, Jalilian R, Sahraian Ma, Moghadasi An, Azimi A, Mohammadifar M, Et Al. Pain In Patients With Multiple Sclerosis. *Maedica* 2018; 13: 125.
- 20.)Güven ŞŞ, Özcan DS, Aras M, Köseoğlu BF, Ak F. Multipl sklerozlu hastalarda ağrının değerlendirilmesi ve yaşam kalitesi, yorgunluk ve depresyon ile ilişkisi. *Turkish Journal of Physical Medicine & Rehabilitation/Turkiye Fiziksel Tip ve Rehabilitasyon Dergisi* 2016; 62.
- 21.)Fisk JD, Pontefract A, Ritvo PG, Archibald CJ, Murray T. The impact of fatigue on patients with multiple sclerosis. *Canadian Journal of Neurological Sciences* 1994; 21: 9-14.
- 22.)Tabrizi FM, Radfar M. Fatigue, sleep quality, and disability in relation to quality of life in multiple sclerosis. *International journal of MS care* 2015; 17: 268-74.
- 23.)Nilsagård Y, Lundholm C, Denison E, Gunnarsson L-G. Predicting accidental falls in people with multiple sclerosis—a longitudinal study. *Clinical rehabilitation* 2009; 23: 259-69.
- 24.)Cattaneo D, De Nuzzo C, Fascia T, Macalli M, Pisoni I, Cardini R. Risks of falls in subjects with multiple sclerosis. *Archives of physical medicine and rehabilitation* 2002; 83: 864-7.
- 25.)Matsuda PN, Shumway-Cook A, Bamer AM, Johnson SL, Amtmann D, Kraft GH. Falls in multiple sclerosis. *PM&R* 2011; 3: 624-32.
- 26.)Finlayson ML, Peterson EW, Cho CC. Risk factors for falling among people aged 45 to 90 years with multiple sclerosis. *Archives of physical medicine and rehabilitation* 2006; 87: 1274-9.