

■ Orijinal Makale

## Fibromiyalji tanısı konulan hastalarda komorbid hastalıkların görülme sıklığı

### *The incidence of comorbid diseases in patients diagnosed with fibromyalgia*

Harun Düğeroğlu<sup>1\*</sup> 

<sup>1</sup> Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ordu, Türkiye

\* Sorumlu Yazar: Harun Düğeroğlu E-posta: [harun.dugeroğlu@hotmail.com](mailto:harun.dugeroğlu@hotmail.com) ORCID: 0000-0002-0546-175X

Gönderim: 29 Temmuz 2018 Kabul: 16 Eylül 2018

#### ÖZ

**Amaç:** Çalışmanın amacı, Fizik Tedavi kliniği tarafından fibromiyalji tanısı konulan hastalarda komorbid hastalıkların sıklığını belirlemeyi amaçladık.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmaya Ocak 2013 - Mayıs 2018 tarihleri arasında fibromiyalji tanısı konulan 674 hastanın verileri retrospektif olarak incelenmiştir. Fibromiyalji tanısı konulan hastaların komorbid hastalık verileri istatistiksel olarak analiz edildi.

**Bulgular:** Çalışmaya alınan 674 hastanın 208 (%30,8)'i erkek, 466 (%69,2)'i kadın hastalardı. Hastaların yaş ortalaması, erkeklerde 49,2±10,4 yıl, kadınlarda 50,4±12,7 yıldır. Hastaların 548 (%81,3)'ünde en az bir komorbid hastalık varken, 126 (%18,6) hastada herhangi bir komorbid hastalık yoktu. En sık görülen komorbid hastalık 224 (%40,8) hasta ile kardiyovasküler hastalıklar, ikinci sırada 187 (%34,1) hasta ile endokrin hastalıklar yer almaktadır.

**Sonuç:** Fibromiyalji, son yıllarda sıklığı giderek artan bir hastalıktır. Fibromiyalji tanısı konulan hastaların, komorbid hastalık durumlarının yakından takip edilmesi, fibromiyaljinin tedavisinde yararlı olacaktır.

**Anahtar kelimeler:** Komorbidite, fibromiyalji, insidans, kronik hastalıklar

**ABSTRACT**

**Aim:** The aim of the study was to determine the frequency of comorbid diseases in patients diagnosed with fibromyalgia by the Physical Therapy Clinic.

**Material and Method:** Data of 674 patients diagnosed with fibromyalgia between January 2013 and May 2018 were retrospectively reviewed. Comorbid disease data of patients diagnosed with fibromyalgia were analyzed statistically.

**Results:** 208 (30.8%) of the 674 patients were male and 466 (69.2%) were female. The mean age of the patients was  $49.2 \pm 10.4$  years in males and  $50.4 \pm 12.7$  years in females. There were at least one comorbid disease in 548 patients (81.3%) and no comorbid disease in 126 (18.6%) patients. The most common comorbid diseases were cardiovascular diseases in 224 (40.8%) patients and endocrine diseases in 187 (34.1%) patients.

**Conclusion:** Fibromyalgia is an increasingly prevalent disease in recent years. Close monitoring of comorbid disease states of patients diagnosed with fibromyalgia will be useful in the treatment of fibromyalgia.

**Keywords:** Comorbidity, fibromyalgia, incidence, chronic diseases

**GİRİŞ**

Fibromiyalji (FM), kronik yaygın ağrı ve yorgunluk, kognitif fonksiyon bozukluğu, uyku bozukluğu ve depresif ataklar gibi birçok semptomları olan bir hastalıktır [1]. FM genellikle 30-50 yaşları arasında sık görülmekle beraber, özellikle dördüncü dekatta daha sık görülmektedir. FM tanısı alan hastaların %80-90'ını kadın popülasyonu oluşturmaktadır [2]. Kadınlarda, erkeklere göre daha sık görülmekte olup, kadınlarda %3,5-11,5 arası, erkeklerde %1-5 arasında görülmektedir [3,4]. Türkiye'de her yıl yaklaşık olarak 100.000 kişiye tanı konulmakta olup ve bu sayı her geçen gün giderek artmaktadır [5]. FM, kronik yorgunluk, yaygın vücut ağrıları, özellikle belirli bölgelerde hassasiyet, tutukluk, uyku bozuklukları gibi semptomların eşlik ettiği bir tablo olup, kişilerde hem fiziksel hem de psikolojik rahatsızlıklara neden olduğu için kişilerin yaşam kalitesini ve sosyal yaşantısını bozabilmektedir [6].

FM, tanısında özel bir test yöntemi olmamakla birlikte, etiyojisi tam olarak aydınlatılamamıştır [7]. FM, depresif kadınlarda en sık eşlik eden klinik bir tablodur [8]. FM,

hipotiroidi, depresyon, sistemik lupus eritamatozis ve malignite gibi birçok hastalığı taklit edebilmektedir [3]. FM, hastanın klinik özelliklerine göre diğer olası tanıları dışlanarak teşhis edilir [9]. FM'de eşlik eden başka bir komorbid hastalık olmadığı sürece, genel olarak laboratuvar testleri normaldir [10].

Son zamanlarda yapılan bazı çalışmalarda, FM'nin seyrini etkileyen ve tedavisinde birlikte olduğu komorbid hastalıkların tedavi edilmesinin faydalı olduğu görülmüştür [5]. Çalışmamızın amacı, FM tanısı konulan hastalarda, komorbid hastalıkların görülme sıklığını belirlemektir.

**GEREÇ VE YÖNTEM**

Çalışmaya Ocak 2013-Mayıs 2018 tarihleri arasında Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon kliniğinde ACR (American College of Rheumatology) 2010 Fibromiyalji Tanı Kriterleri kullanılarak fibromiyalji tanısı konulan 674 hastanın verileri retrospektif olarak incelenmiştir. ACR 2010 Fibromiyalji Tanı Kriterleri **Tablo 1**'de verilmiştir [11]. Hastaların verileri arşiv kayıtlarından elde edilmiştir. Hastalar, komorbidite

**Tablo 1.** ACR (American College of Rheumatology) 2010 Fibromiyalji Tanı Kriterleri [11]

1. Yaygın vücut ağrı indeksi 7 veya üzerinde ve semptom şiddeti skalası 5 veya üzerinde olan hastalar ya da yaygın vücut ağrı indeksi 3-6 arasında ve semptom şiddeti skalası 9 veya üzerinde olması			
2. Semptomların en az 3 aydır aynı düzeyde olması			
3. Ağrıyı açıklayacak başka bir hastalığın olmaması			
<b>Saptama</b>			
1. Yaygın vücut ağrı indeksi: son hafta boyunca ağrılı vücut bölgelerinin sayısı saptanır (skor 0-19 aralığındadır)			
Omuz kuşağı, sol-sağ	Kalça, sol-sağ	Çene, sol-sağ	Sırt
Üst kol, sol-sağ	Uyluk, sol-sağ	Göğüs	Bel
Ön kol, sol-sağ	Bacak, sol-sağ	Karın	Boyun
2. Semptom şiddeti skalası			
Yorgunluk			
Sabah dinlenmemiş uyanma			
Bilişsel semptomlar			
Genel somatik semptomlar			
Bu bulguların her birinin son hafta boyunca düzeyi (0=normal, 1=hafif, 2=orta ve 3=şiddetli) kaydedilir ve toplam skor 0-12 arasında belirlenir. Noktalar iki taraflı toplam 18 adettir. Duyarlı noktanın pozitif kabul edilebilmesi için, hasta palpasyonun ağrılı olduğunu vurgulamalıdır.			

**Tablo 2.** Komorbid hastalıkların görülme sıklığı

Komorbid hastalıklar		n	%
<b>Kardiyovasküler hastalıklar</b>	Hipertansiyon	167	24,7
	Koroner arter hastalığı	39	5,7
	Kalp Kapak hastalıkları	18	2,6
	<b>Total</b>	<b>224</b>	<b>33,2</b>
<b>Endokrin hastalıklar</b>	Diyabetes mellitus	101	14,9
	Hipotiroidi	73	10,8
	Paratiroid hastalıkları	9	1,3
	Akromegali	4	0,5
	<b>Total</b>	<b>187</b>	<b>27,7</b>
<b>Romatolojik hastalıklar</b>	Romatooid artrit	38	5,6
	Sjögren sendromu	13	1,9
	Behçet hastalığı	12	1,7
	Ankilozan spondilit	12	1,7
	Sistemik lupus eritamatozis	5	0,7
	Ailevi akdeniz ateşi	2	0,2
	Skleroderma	2	0,2
	<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>12,4</b>
<b>Nörolojik hastalıklar</b>	Serebrovasküler hastalıklar	16	2,3
	Demans	11	1,6
	Parkinson hastalığı	10	1,4
	Epilepsi	6	0,8
	Nevralji	4	0,5
	Migren	4	0,5
	<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>7,5</b>
<b>Diğer otoimmün hastalıklar</b>	Psöriazis	9	1,3
	Çölyak hastalığı	5	0,7
	Primer biliyer siroz	4	0,5
	<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>2,6</b>
<b>Onkolojik hastalıklar</b>	Meme kanseri	4	0,5
	Kolon kanseri	4	0,5
	Tiroid kanseri	3	0,4
	Karaciğer kanseri	1	0,1
	Böbrek kanseri	1	0,1
	<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>1,9</b>
<b>Psikiyatrik hastalıklar</b>	Anksiyete bozuklukları	105	15,5
	Depresyon	40	5,9
	Psikoz	9	1,3
	<b>Total</b>	<b>154</b>	<b>22,8</b>
<b>Göğüs hastalıkları</b>	KAOH, Astım	62	<b>9,1</b>
<b>Osteoporoz</b>		48	<b>7,1</b>
<b>Diğer hastalıklar</b>		16	<b>2,3</b>

n: sayı, %: yüzde, KOAH: Kronik obstruktif akciğer hastalığı

durumları açısından inaktif dönemde ve komorbid hastalıkları açısından etkin tedavi almaktaydılar. Çalışmaya 18 yaşından küçük hastalar, rutin tetkiklerde vitamin D seviyesi düşük olan hastalar, fizik tedavi kliniği tarafından FM tanısı konulmamış olan hastalar çalışmaya alınmadı. Ayrıca, arşiv kayıtları yetersiz ve eksik olan hastalar çalışma dışı tutuldular. Hastalar, FM açısından tanı anında, tüm laboratuvar verileri incelenmiş olup (karaciğer enzimleri, böbrek fonksiyonları, hemogram tetkikleri, tiroid fonksiyonları ve diğer hormonal testleri) normal değer

aralığındaydı. Laboratuvar testleri bozuk olan hastalar, çalışmaya alınmadı. Çalışmamızın etik kurul onayı, klinik araştırmalar ve etik kurul başkanlığından alınmıştır.

**İstatistiksel analiz:** Tüm veriler SPSS (Versiyon 22.0, SSPS, Inc. Illinois, Chicago, USA) programına yüklendi. Devamlı değişkenler ortalama  $\pm$  standart sapma şeklinde, kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde şeklinde ifade edildi.

## BULGULAR

Çalışmaya alınan 674 hastanın 208 (%30,8)'i erkek, 466 (%69,2)'i kadın hastalardı. Hastaların yaş ortalaması, erkeklerde  $49,2 \pm 10,4$  yıl, kadınlarda  $50,4 \pm 12,7$  yıldır. Hastaların 548 (%81,3)'ünde en az bir komorbid hastalık varken, 126 (%18,6) hastada herhangi bir komorbid hastalık yoktu. En sık görülen komorbid hastalık 224 (%40,8) hasta ile kardiyovasküler hastalıklar, ikinci sırada 187 (%34,1) hasta ile endokrin hastalıklar yer almaktaydı (**Tablo 2**).

Kardiyovasküler hastalıklar içerisinde en sık 167 (%24,7) hasta ile hipertansiyon yer alırken, ikinci sırada 39 (%5,7) hasta ile koroner arter hastalıkları yer almaktaydı. Endokrin hastalıklar içerisinde ise birinci sırada 101 (%14,9) hasta ile diyabetes mellitus, ikinci sırada 73 (%10,8) hasta ile hipotiroidi yer almaktaydı. Komorbid hastalıklar içerisinde, 233 (%42,6) hastada sadece bir komorbid hastalık, 170 (%31) hastada iki komorbid hastalık, 89 (%16,2) hastada üç komorbid hastalık, 41 (%7,5) hastada dört, 15 (%2,6) hastada ise beş ve daha fazla komorbid hastalık mevcuttu.

## TARTIŞMA

Fibromiyalji (FM), kronik yaygın ağrı ve yorgunluk, kognitif fonksiyon bozukluğu, uyku bozukluğu ve depresif ataklar gibi birçok semptomları olan bir hastalıktır [1]. Özellikle, yapılan bir çalışmada FM'nin kadın cinsiyet, kronik hastalık varlığı ve psikiyatrik hastalığı olanlarda yaygın olarak görüldüğü tespit edilmiştir [11]. FM, kadınlarda, erkeklere göre 4-8 kat daha sık görülmektedir [12,13]. FM, her yaşta görülmekle beraber, özellikle dördüncü dekatta sıklığı artmaktadır [2,14]. Hastalar, genellikle yaygın vücut ağrısı ile baş vurmakta ve yapılan tetkikler normal çıkmaktadır [15]. Hastalığın görülme sıklığı son dönemlerde giderek artmaktadır. Özellikle romatolojik hastalıklar, hipertansiyon, diyabetes mellitus ve psikiyatrik hastalık gibi komorbid hastalığı olanlarda, FM'de eşlik etmektedir [16].

Daha önce yapılan çalışmalarda, özellikle FM tanısı konulan hastalarda, eşlik eden komorbid hastalıklarda ilk sırayı kardiyovasküler hastalıklar, ikinci sırada endokrin hastalıklar yer almıştır [16,17]. Bizim çalışmamızda da, ilk sırayı kardiyovasküler hastalıklardan hipertansiyon (%24,7), ikinci

sırada ise endokrin hastalıklardan diyabetes mellitus (%14,9) yer almaktaydı.

Walitt ve ark. [16]'nın yaptığı bir çalışmada, FM tedavisi gören hastaların %13,2'de romatolojik hastalıkların birlikte olduğu, özellikle romatoid artrit (%6,1) ile sık birlikte olduğunu bildirmişlerdir. Bu çalışmaya benzer şekilde bizim çalışmamızda da FM ile romatolojik hastalıkların birlikteliğini %12,4 olarak saptadık ve yine benzer şekilde romatoid artrit'in %5,6 ile ilk sırayı aldığını saptadık.

Amerika ve Türkiye'de yapılan çalışmalarda, FM ile beraber özellikle depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik hastalıkların birlikteliğinin sık olduğunu bildirmişlerdir [18-21]. Bizim çalışmamızda da, anksiyete (%15,5) ve depresyon (%5,9) başta olmak üzere %22,8 oranında psikiyatrik hastalık birlikteliği mevcuttu. Bunun yanında, FM hastalarında uyku bozuklukları başta olmak üzere birçok komorbid semptomlar görülebilmektedir. Özellikle yapılan bir çalışmada, bu komorbid semptomların FM hastalarında sık görüldüğü tespit edilmiştir. FM hastalarında algılanan stresin normal popülasyona göre daha fazla olduğunu, özellikle obez olan FM hastalarında daha sık gözlemlendiğine değinmişler [22].

Yapılan başka bir çalışmada, depresyon gibi psikiyatrik hastalık birlikteliği olan FM hastalarında, antidepresan ilaç kullanımının santral sinir sistemi ve periferik serotonin düzeyini etkileyerek FM'nin tedavisinde faydalı olacağı düşünülmektedir [23]. Bizim hastalarımızın da çoğunluğu antidepresan ilaç kullanmaktaydı.

Fibromiyaljinin premenopozal bayanlarda daha fazla görülmesi etiopatogeneizde östrojen ve androjen gibi seks hormonlarının neden olabileceği tezini öne sürmüş olup, serotonin ve substans-P'nin beyinde seks hormonları tarafından özellikle de östrojen tarafından modüle edildiği kanıtlanmıştır [24]. FM'de görülen kas yorgunluğu ve kas ağrısının düşük androjen düzeyi ile de ilgili olabileceği öne sürülmüştür [25]. Bizim çalışmamızda, bu literatürü destekler nitelikte olup, 466 kadın hastanın 322'si premenopozal dönemde olan hastalardı.

Fibromiyaljinin, otoimmün bozukluklar ve diğer kronik hastalıklarla olan ilişkisi klinikte çok önemlidir. Sistemik lupus, ankilozan spondilit ve romatoid artrit gibi inflamatuvar bozukluğu olan hastaların %26 kadarı ACR 2010 kriterlerinin çoğunluğunu karşılamaktadır. Fakat bu verinin FM'nin bölgesel ağrı sendromları ve otoimmün hastalıklar olan hastalarda geliştiği vakalarda klinik anlamlılığı azdır. Eğer bu hastalarda FM tanımlanamaz ise, primer hastalığın şiddetlendiği sanılarak gereksiz toksik

düzeyde immünoşüpresif ilaçların kullanımına neden olunur [26]. Bizim yaptığımız çalışmada, FM tanısı konulan hastaların, komorbid hastalık durumları kesin olarak tanısı konulmuş hastalardan oluşmaktaydı.

Çalışmamızda, FM tedavisi gören hastalarda komorbid hastalığın görülme sıklığının yüksek olduğunu saptadık. Yapılan çalışmada komorbid hastalığı olan hastaların iyi ve yeterli tedavi edilmesi, komorbid hastalık durumlarının stabil tutulmasının, FM'nin görülme sıklığını azaltacağı vurgulanmaktadır [27].

Sonuç olarak; FM son zamanlarda sıklığı giderek artan, sosyal ve fiziksel hayatı kısıtlayan, etiyojisi henüz bilinmeyen bir hastalıktır. FM, komorbid hastalıklarla birlikteliğinin sık olması nedeni ile yakından takip ve tedavi edilmesi gereken önemli bir sağlık sorunudur.

#### **ÇIKAR ÇATIŞMASI / FİNANSAL DESTEK BEYANI**

Çalışmayı maddi olarak destekleyen kişi/kuruluş yoktur ve yazarların herhangi bir çıkar dayalı ilişkisi yoktur.

#### **KAYNAKLAR**

1. Bennett RM, Jones J, Turk DC, Russell IJ, Matallana L. An internet survey of 2,596 people with fibromyalgia. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2007; 8:27.
2. Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ, Hebert L. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum* 1995; 38: 19-28.
3. Forseth KO, Gran JT, Husby G. A population study of the incidence of fibromyalgia among women aged 26-55 years. *Br J Rheumatol* 1997; 36: 1318-23.
4. 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.
5. Gur A, Cevik R, Nas K, Sarac AJ, Ozen Ş. Quality of life in young fibromyalgia patients and effect of depression. *Apl J Rheumatol* 2006; 9: 70-8.
6. Clauw DJ. Fibromyalgia: An overview. *Am J Med* 2009; 122: 3-13.
7. Choy EH, Mease PJ. Key symptom domains to be assessed in fibromyalgia (outcome measures in rheumatoid arthritis clinical trials). *Rheum Dis Clin North Am* 2009; 35: 329-37.

8. Soran N, Altindag Ö, Demirkol A, ve ark. Depression level and relation with clinical parameters in fibromyalgia syndrome. *Rheum* 2008; 23: 1-4.
9. Wolfe F, Hassett AL, Walitt B, Michaud K. Mortality in fibromyalgia: A study of 8,186 patients over thirty-five years. *Arthritis Care Res* 2011; 63: 94-101.
10. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, ve ark. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res* 2010; 62: 600-10.
11. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, ve ark. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1990; 33: 160-72.
12. İnanıcı F. Fibromiyalji ve Miyofasiyal Ağrı Sendromları. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2005; 1: 11-8.
13. Al-Allaf A, Mole P, Paterson C, Pullar T. Bone health in patients with fibromyalgia. *Rheumatology (Oxford)* 2003; 42: 1202-06.
14. Baysal Ö, Altay Z, Öner T, Dilek Y, Ünal S, Kaya B. Fibromiyaljili hastalarda venlafaksin ve amitriptilinin karşılaştırılması. *Hipokrat Lokomotor* 2005; 6:36.
15. Karakoç M, Nas K, Çevik R, Erdoğan F, Saraç AY, Coşut S. Fibromiyaljili Hastalarda Amitriptilin ve Lazer Tedavilerinin Etkinliklerinin Karşılaştırılması. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Derg* 2001; 3:47.
16. Walitt B, Nahin RL, Katz RS, Bergman MJ, Wolfe F. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the 2012 National Health Interview Survey. *PloS One* 2015 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138024>
17. Gerwin RD. Myofascial and visceral pain syndromes: visceralsomatic pain representations. *J Musculoskeletal Pain* 2002; 10: 165-75.
18. Hudson JI, Goldenberg DL, Pope HG, Keck PE, Schlesinger L. Comorbidity of fibromyalgia with medical and psychiatric disorders. *Am J Med* 1992; 92: 363-7.
19. Bilgici A, Akdeniz O, Güz H, Ulusoy H. The Role of Depression and Social Adjustment in Fibromyalgia Syndrome. *Turk J Phys Med Rehab* 2005; 5: 98-102.
20. Hayta E, Doğan ÖT, Doğan SC, ve ark. Clinical features of 100 female patients with fibromyalgia. *Cumhuriyet Med J* 2010; 32: 74-9.
21. Giesecke T, Williams DA, Harris RE, ve ark. Subgrouping of fibromyalgia patients on the basis of pressurepain thresholds and psychological factors. *Arthritis Rheumatism* 2003; 48: 2916-22.
22. Fred-Jimenez RM, Arroyo-Avila M, Mayor AM, Rios G, Vila LM. Clinical Manifestations Associated with Overweight/Obesity in Puerto Ricans with Fibromyalgia Syndrome. *J Obes* 2016; 2016:1379289.
23. Jackson JL, Mally PG, Tomkins G, ve ark. Treatment of functional gastrointestinal disorders with antidepressant medications: a metaanalysis. *Am J Med* 2000; 108: 65-72.
24. Korszun A, Young EA, Engleberg NC, ve ark. Follicular phase hypothalamic-pituitary-gonadal axis function in women with fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. *J Rheumatol* 2000; 27: 1526-30.
25. Okifuji A, Turk DC. Sex hormones and pain in regularly menstruating women with fibromyalgia syndrome. *J Pain* 2006; 7: 851-9.
26. Clauw DJ, Katz P. The overlap between fibromyalgia and inflammatory Rheum disease: when and why does it occur? *J Clin Rheumatol* 1995;1:335-42.
27. Arnold LM, Clauw DJ, McCarberg BH. Fibro Collaborative. Improving the recognition and diagnosis of fibromyalgia. *Mayo Clin Proc* 2011; 86: 457-64.

