

FİBROMİYALJİ SENDROMU (FMS)

FIBROMYALGIA SYNDROME

Hüseyin NAZLIKUL, MD^{1, 2, *}

¹Bilimsel Nöralterapi ve Regülasyon Derneği, İstanbul - Turkey

²International Federation Medical Associations of Neuraltherapy, Meiringen - Switzerland

Özet

Fibromiyalji sendromu (FMS) kronik yaygın ağrı ve yorgunluk, uyku bozuklukları, kognitif disfonksiyon gibi birçok semptomla karakterize kompleks bir hastalıktır. Kronik yorgunluk sendromu, irritable barsak sendromu, irritable mesane sendromu, interstisiyel sistit gibi santral sensitivite ile ilgili başka hastalıklarla beraber görülebilir ve/veya çakışabilir.

FMS'nin patofizyolojisi tam olarak bilinmese de, son zamanlarda bozuk endojen ağrı-inhibitör sistemlerinden ve afferent olayları etkileyen santral olaylardan kaynaklandığı düşünülmektedir. Santral nosiseptif işlemlerdeki bu anormallikler fibromiyaljiye neden olarak çeşitli uyaranlara karşı abartılı yanıtlarla sonuçlanabilir.

Fibromiyalji klinik bir tanıdır. Son zamanlarda 18 hassas noktanın en az 11'inde ağrı olması gerekliliğinden uzaklaşmış ve bunun yerine kronik yaygın ağrı ile beraber yorgunluk, niteliksiz uyku ve diğer somatik yakınmaların olup olmamasına odaklanılmıştır. Tedavide, hem semptomların hem de fonksiyonelliğin düzelmesi için hastanın eğitimi, aerobik egzersizler, nöralterapi, lokal anestezi enjeksiyonları, kognitif davranışsal tedaviler ve farmakolojik tedaviler (antiepileptik ilaçlar, antidepresanlar) vb multidisipliner kombine yaklaşımlar uygulanmalıdır.

Anahtar sözcük: Fibromiyalji, nöralterapi, lokal anestezi, halsizlik, ağrı.

Abstract

Fibromyalgia syndrome (FMS) is a condition that is characterized by chronic widespread pain and multiple other symptoms such as fatigue, sleep disturbances and cognitive dysfunction. FMS may coexist and/or overlap with other conditions which may involve central sensitivity like chronic fatigue syndrome, irritable bowel syndrome, irritable bladder syndrome or interstitial cystitis.

Although the pathophysiology of FMS is still unclear, it is believed to be the result of central systems affecting afferent processing as well as impaired endogenous pain-inhibitory systems. Abnormalities at the central nociceptive processing may contribute to fibromyalgia resulting in heightened responses to various stimuli.

FMS is a clinical diagnosis. There has been a recent shift away from the requirement of pain at least 11 out of 18 tender points and instead focusing on the presence of chronic widespread pain as well as symptoms of fatigue, unrefreshed sleep and other somatic complaints. Treatment to improve symptoms as well as function of patients requires multidisciplinary combined treatment approaches including patient education, aerobic exercise, neuraltherapy, local anesthetic injection, cognitive behavioral therapy and pharmacological (antiepileptics, antidepressants) therapies.

Key words: Fibromyalgia; neuraltherapy, local anesthetic, fatigue, pain.

Fibromiyalji (yeni Latince fibro/fibröz=doku, Yunanca myo=kas, algos=ağrı; Fibromiyalji (FM) veya Fibromiyalji Sendromu (FMS) olarak da bilinir), özellikle sırt, boyun, omuzlar ve kalçalarda belirgin olmak üzere yaygın kas eklem ağrısı, yorgunluk, sabah tutukluğu ile karakterize kronik bir kas-iskelet sistemi hastalığıdır. Her yaşta ve her iki cinsten görülebilmekle birlikte en sık 30-60 yaşlar arasında ve kadınlarda erkeklerden daha fazla görülür. Tüm dünyada toplumun yaklaşık % 2'sinde önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

* Yazışma Adresi (Adress for Correspondance):

Hüseyin Nazlıkul, MD, Prof
Hakkı Yeten Caddesi 17/9 34394 Fulya İstanbul Türkiye
Tel: 00 90 212 219 19 12
e-mail: hnazlikul@web.de

TANIM ve EPİDEMİYOLOJİ

Nedeni bir türlü belirlenemeyen ağrılar, psikolojik sorunlar, uyku problemleri, sürekli yorgunluk, bağırsak problemleri ve ağrılı adet görme gibi sebebi bulunamayan hastalıkların varlığında, fibromiyalji olabileceği unutulmamalıdır.

HASTALARIN YÜZDE 90'A YAKINI KADINDIR!

Özellikle 30-60 yaşları arasında sık görülen, iyi huylu ve inflamatuvar olmayan bu hastalığın kadınlardaki görülme sıklığı, erkeklere göre çok daha fazladır. Yaşam kalitesini ve konforunu bozan fibromiyalji, kişiyi günlük hayattan alıkoyarak, iş-gücünü kaybına ve yüksek miktarlarda tıbbi harcamalara neden olmaktadır.

FMS, etyolojisi tam olarak bilinmeyen, kas-iskelet sisteminde yaygın ağrı şikayeti ve spesifik anatomik bölgelerde hassas noktaların varlığı, uyku bozukluğu, irritabl kolon, sabah sertliği (tutukluk), ellerde ağrı, uyuşma ve subjektif şişlik yakınmaları ile karakterize bir yumuşak doku romatizmasıdır.

Nedeni halen tam olarak bilinmemekle birlikte modern hayatın getirdiği stres ve şehir insanının bilinçsiz spor aktivitelerinin de bulunması suçlanmaktadır. Fibromiyalji tanısı hekimin belirti ve risk faktörlerini göz önünde bulundurması ile konur.

ETİYOLOGENEZ

Fibromiyalji ile ilgili çok sayıda araştırma yapılmış olmasına rağmen, hastalığın ortaya çıkmasına ilişkin yeterli veri elde edilemediğinden, nasıl bir hastalık olduğu ve nedenleri tam olarak bilinmemektedir (4, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 25).

Yapılan çalışmalarda fibromiyalji hastalarının EEG'lerinde, uyku sırasında anormal beyin dalgalarının olduğu tespit edilmiştir. Bazı kişilerde ise kortizol seviyesinin düşük olduğu belirlenmiştir (5, 26).

Stres, kaygı, depresyon veya niteliksiz uyku, fibromiyaljiye neden olabilmektedir. Kişi kendini fazla yorduğunda, havanın nemli veya soğuk olduğu durumlarda belirtiler daha da ağırlaşabilir. Hastanın stres durumunun kortizon ile olan ilişkisi ve uykudan uyandıktan sonra değişen kortizon seviyesi, fibromiyalji hastalarında en iyi incelenmiş konulardan biridir. Ayrıca fibromiyalji hastalarında, hipotalamo – hipofizer – adrenal aksta fonksiyon bozukluğu bulunduğu ve bununla ilgili olarak, adrenal cevap azlığı ve ACTH'nın fazla salınımı gibi nöroendokrin bozuklukların olduğu da bildirilmiştir (1, 2, 10, 15).

Fibromiyaljinin sebepleri konusunda daha birçok düşünce ortaya atılmış, bazı virüsler veya hastalıkların görülmesi (romatoid artrit, lupus ve hipotiroidizm gibi) ve trafik kazaları sebep olarak ileri sürülmüştür. Ancak bütün bu etkenlerin asıl neden olmadıkları ve sadece hastalığın altında yatan fizyolojik etkeni uyandırdıkları düşünülmektedir.

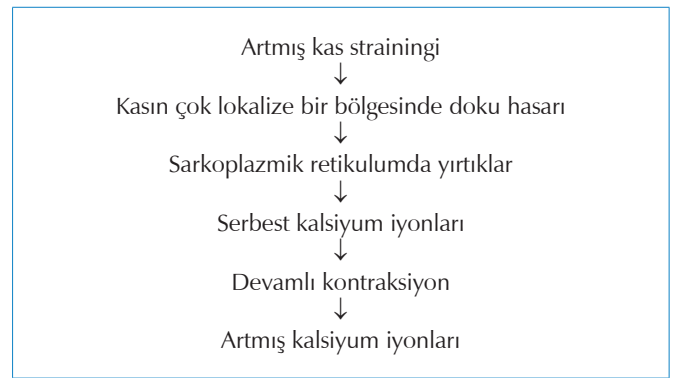
FMS'da ağrı yolları açısından inhibitör nörotransmitter olan serotonin seviyesinin düşük, eksitator nörotransmitter

olan substans P seviyesinin ise yüksek olduğu gösterilmiştir. Beyin ve spinal korddaki anormal substans P ve serotonin seviyeleri, hastalarda nosiseptif anormalliklere yol açabilir (15).

Serotonin, derin uyku ve ağrı algılanmasından sorumlu bir kimyasal mediyatör olduğu için, düşük olması uyku bozukluğuna da katkıda bulunabilir.

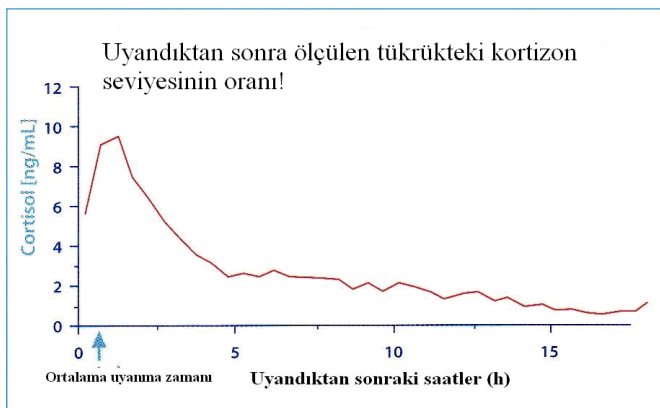
Nörotransmitterlerden noradrenalin, serotonin ve P maddesi seviyelerinde değişimler olduğu artık bilinmektedir. Bununla birlikte, büyüme hormonu ve kortizol hormonu seviyelerinin de bu hastalarda değiştiği bildirilmiştir (1, 2, 4, 5, 15, 24).

Bazı araştırmacılara göre FMS, fiziksel aktivitelere bağlı gelişen kas mikrotravması ile oluşmaktadır. Uzun süreli kas gerginliği ve iskeminin, fibromiyaljideki ağrıyı izah edebileceği ileri sürülmektedir. (15, 25)



Yapılan bazı çalışmalarda ise, FMS'da olası sebep veya ortaya çıkmasına yardım eden faktör olarak, ağır metal zehirlenmeleri gösterilmekte ve bu hastalığın, limbik sistemin ağır metallerle yüklenmesinden kaynaklanan bir yansıma şeklinde ortaya çıktığı; ayrıca kas ve bağ dokusunda da toksik düzeylerde ağır metallerin bulunduğu ileri sürülmektedir. Bu konuda, başta civa ve kurşun olmak üzere, kadmiyum, alüminyum, zirkonyum, bakır, çinko ve arsenik suçlanmakta; civa için başlıca kaynak olarak ise, civa ile kontamine balıkların yenmesi ve diş hekimleri tarafından kullanılan amalgam dolgular gösterilmektedir.

Nöralterapi ve Regülasyon Tıbbı açısından bakıldığında, belirti ve bulguların tamamı incelendiğinde, hastalığın temelinde bir lenfatik dolaşım bozukluğunun olduğu, latent asidozun ortak değer olduğu görülür. Fibromiyalji bir hastada, hassas ve ağırlı olarak bulduğumuz noktaların çoğu aslında, lenfatik sisteme gönderilmek üzere, adale içinde toplanmış olan artıkların akıtıldığı noktalar. FMS'nun sebepleri daha kapsamlı olarak araştırılmaya başlandığında, sempatik innervasyonun kısacası vejetatif sinir sisteminin önemi daha iyi görülecektir. Vejetatif disfonksiyon olmadan, fibromiyalji sendromunun ortaya çıkması mümkün değildir. Ayrıca hastalar, asit baz açısından değerlendirildiğinde vücutlarında yoğun bir asit yapının olduğu da dikkat çekmektedir (3, 6, 7, 10, 11, 12, 15).



Şekil 1 | FMS'da uyandıktan sonra tükürükte ölçülen kortizon seviyesi

KLİNİK BELİRTİ VE BULGULAR

- 3 aydan uzun süren yaygın vücut ağrısı vardır. Ağrı ana belirtidir. Kaslarda ve eklemlerde hissedilen ağrı günden güne, haftadan haftaya değişebilir. Ağrının yeri vücudun farklı yerlerinde dolaşma eğilimi gösterse de en sık boyun, bel, kollar, göğüs, kalça ve bacaklarda hissedilir
- Ağrı özellikle kötü uyku, soğuk ve nemli havalar, ve psikolojik stresle, mekanik yüklenmelerle artabilir
- Boyun, omuz, diz, dirsek veya kalçalarda, uylukta duyarlılık
- Dinlendirmeyen niteliksiz uyku (çok sık)
- Sabahları ve günün ilerleyen saatlerinde yorgunluk
- Gerilim veya migren tipi baş ağrısı, başta sersemlik hissi
- Konsantrasyon güçlüğü
- Eller, kollar, ayaklar, bacaklar veya yüzde hissizlik veya karıncalanma.
- Karın ağrısı, şişlik, kabızlık, ishal gibi mide-bağırsak sistemiyle ilgili şikayetler
- Adet öncesi gerginlik, ağrılı adet dönemleri
- İdrara sık çıkma

Bu şikayetlerin hepsi aynı anda görülmeyebilir, belirtiler kişiden kişiye farklılık gösterir. Ancak kas ve eklem ağrıları, niteliksiz uyku ve yorgunluk en sık görülen şikayetlerdir (1, 2, 3, 4, 21, 23, 25, 26).

Kronik yaygın ağrılar, yorgunluk, bitkinlik, sinirlilik, uyku bozuklukları, baş ağrıları ve kabızlık fibromiyaljili hastaların önde gelen şikayetleri arasında yer alır. Hastalar genellikle şikayetlerinin bir travmadan sonra başladığını, aşırı bir fiziksel yorgunluğu takip ettiğini ya da bir enfeksiyon sonrası ağrılarının arttığını söylerler (15-18, 25, 26).

HASTALIĞIN EN ÖNEMLİ BELİRTİSİ AĞRI'DIR

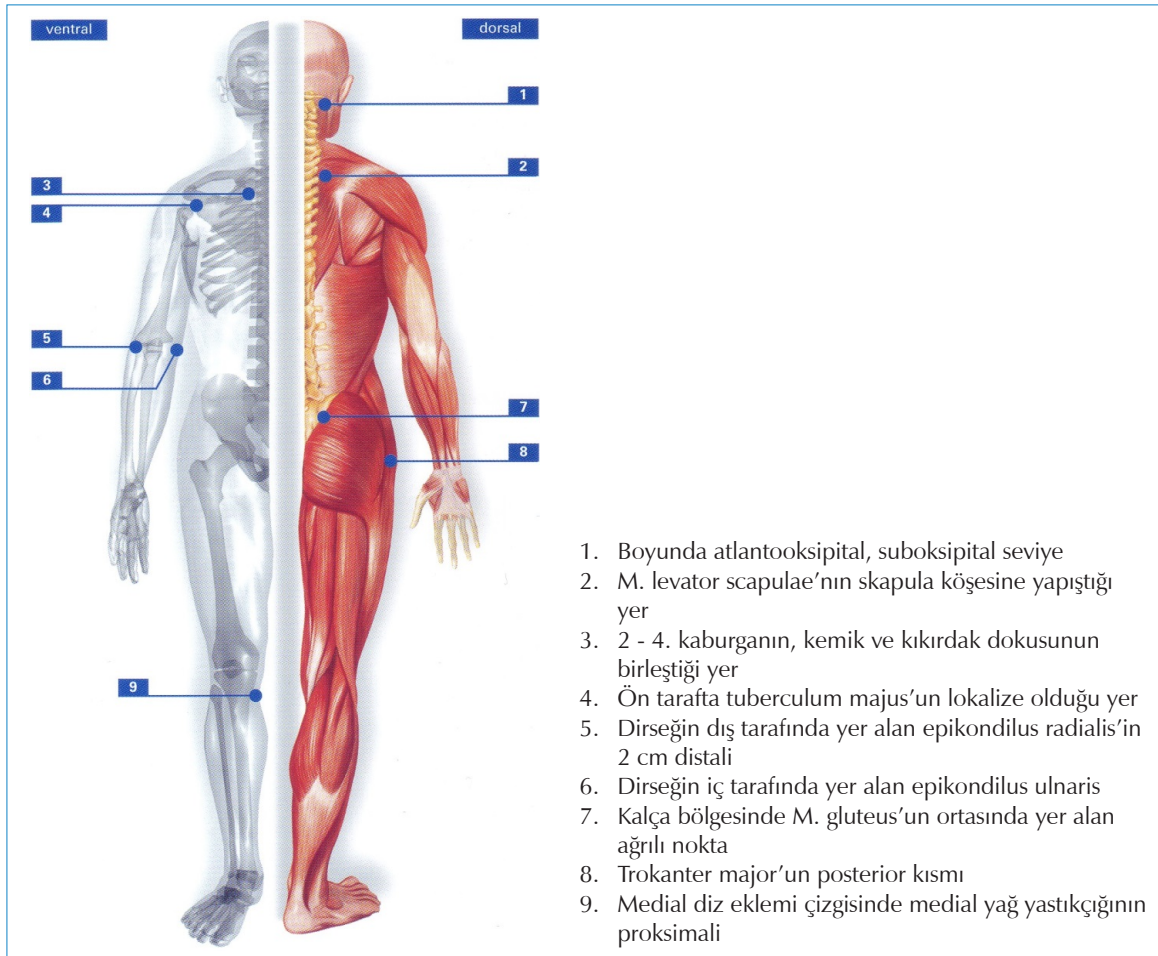
ACR 1990 Fibromiyalji tanı kriterleri

1990 yılında American College of Rheumatology (ACR)'nin çok merkezli bir çalışmasıyla fibromiyaljinin tanı kriterleri belirlenmiş ve hastalıkla ilgili kavram birliği ortaya çıkarılmıştır (Tablo 1).

ACR'nin sınıflandırma ölçütlerinde önerilen ve 9 adet bilateral yerleşimli, toplam 18 duyarlı nokta şunlardır: Subok-

Tablo 1 | ACR 1990 Fibromiyalji tanı kriterleri (15, 25, 26)

1. En az 3 aydan beri devam eden yaygın ağrı Ağrının yaygın kabul edilebilmesi için, vücudun sağ veya sol, alt veya üst tarafında olması Bunlara ek olarak aksiyel iskelet (boyun, göğüs ön duvarı, sırt ve bel) ağrısının var olması
2. Spesifik 18 noktadan 11'inde hassasiyet Hassas nokta muayenesi, 4 kg'lık basınçla yapılmalıdır Hasta noktayı "Ağrılı" olarak tanımlamalıdır
3. İkinci bir hastalığın varlığı FMS tanısını geçersiz kılmaz



Şekil 2 | ACR'nin tanımladığı 9 triger noktası (25)

sipital kas insersiyonu, trapezius kasının üst kenar orta noktası, supraspinatus kasının orjini, sternokleidomastoid kasın alt bölümü, ikinci kostokondral bileşke, lateral epikondilin 2 cm distali, gluteal bölgenin üst dış kadranı, büyük trokanterin üzeri ve dizin medial yağ yastıkçığı (1, 2, 4, 5, 6, 8, 15, 18, 25, 26).

ACR tarafından ayrıca kontrol noktaları da tanımlanmıştır. Bu noktalar fibromiyaljili hastalarda çoğunlukla hassas değildir veya diğer 18 noktaya göre palpasyonda daha az hassasiyet bulunur. Bu kontrol noktaları: Ön kol dorsal yüzünün alt 1/3'ü, ayak ortası (dorsal 3. metatars) ve ayak baş parmak tırnağıdır.

Şekil 2'de gösterilen 18 noktanın en az 11'inde hassasiyetin bulunması ve tendon noktalarının ağrılı olması fibromiyaljinin tanısında çok önemlidir.

ACR Kriterlerine Göre Fibromiyalji Tanısı

A. Kardinal bulgular:

1. Kronik yaygın ağrı
2. Hassas noktalar (18 hassas noktadan en az 11 nokta)

B. Karakteristik bulgular:

1. Yorgunluk
2. Uyku bozukluğu
3. Katılık
4. Baş ağrısı
5. İrritabl bağırsak sendromu
6. Reynaud benzeri sendrom
7. Depresyon
8. Paresteziler
9. Anksiyete

Kesin tanı için 2 kardinal bulgu gereklidir.

FMS Semptomlarını Artıran ve Azaltan Çeşitli Faktörler Vardır

Tablo 2 Hastalığı modüle eden faktörler	
MODÜLE EDEN FAKTÖRLER	
Arttıran faktörler	Azaltan faktörler
Soğuk veya nemli hava	Sıcak ve kuru hava
Barometrik basınç değişiklikleri	Sıcak duş veya banyo
Niteliksiz uyku	Dinlendirici uyku
Fiziksel / mental yorgunluk	Orta derecede aktivite
Aşırı fiziksel aktivite	Germe egzersizleri ve masaj
Anksiyete / stres	

FIBROMYALJİ SENDROMUNDA DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN BELİRTİLER

KRONİK BAŞ AĞRISI: Tekrarlayan migren ve tansiyon tipi baş ağrıları, fibromiyaljili hastaların % 50'sinde görülen belirtilerdendir (1, 2, 4, 5, 6, 8, 15-18, 20, 21, 24-26).

YORGUNLUK: Hastalar sürekli yorgunluktan şikayet eder. Bu genellikle beyinsel bir yorgunluk olarak tanımlanır. Hastalar kendini enerjisi çekilmiş gibi hissederler. Bazı hastalar yaşadıkları yorgunluğu kol ve bacaklarına sanki beton bloklar bağlanmış gibi tanımlarlar (1, 2, 4, 5, 6, 8, 15-18, 20, 21, 24-26).

SİNDİRİM SORUNLARI: Konstipasyon, diyare, sık sık tekrarlayan karın ağrısı, gaz çıkarma ve mide bulantısı fibromiyaljili hastalarda sık rastlanan bulgulardandır (1, 2, 4, 5, 6, 8, 15-18, 20, 21, 24-26).

AĞRI: Fibromiyaljide görülen ağrının belirli bir lokalizasyonu ve karakteri yoktur. Hastalar derin kas ağrıları, yanma, burulma gibi değişik karakterde ağrılar tanımlarlar. Özellikle sabah saatlerinde ağrı ve kas tutukluğu daha fazla görülür.

KİMYASALLARA KARŞI HASSASİYET: FMS'da parlak ışık, değişik kokular, gürültü, bazı ilaçlar ve değişik besinlere karşı %50 oranında hassasiyet görülür (1, 2, 4, 5, 6, 8, 15-18, 20, 21, 24-26).

UYKU BOZUKLUKLARI: Birçok fibromiyalji hastasının uyku sorunu vardır. Bu kişiler uykuya kolayca dalmalarına rağmen, ortaya çıkan beyin aktiviteleri nedeniyle uykuları derinleşmemektedir. Yani hastaların yarı yarıya uyudukları söylenebilir. Birçok vakada doktorlar, bu tür bir yakınmayla karşılaştıklarında, uyku testlerini imkansızlıklar nedeniyle yaptıramazlar. Genellikle hastalar bu durumu anlatmak için, uykudan uyandıkları zaman sanki ağır bir iş yapmış gibi dinlenmeden kalktıklarını söylerler. Fibromiyaljili hastalarda ayrıca, uykuda iken kolların ve bacakların ani olarak sağa-sola atılması ve diş gıcırdatma gibi başka sorunlar da görülebilir (1, 2, 4, 5, 6, 8, 15-18, 20, 21, 24-26).

FMS'li hastaların çoğunda görülen uyku bozukluğunun, çeşitli nedenleri vardır. Bunlar aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 3 FMS'da uyku bozukluğunun nedenleri (4, 5, 15-18, 24-26)	
UYKU BOZUKLUĞUNUN NEDENLERİ	
Psiko-fizyolojik insomnia	Sirkadiyen ritm bozukluğu
Kötü uyuma alışkanlığı	REM uykusunda davranış bozuklukları
Uyku eşinin horlaması	Fazla kafein, alkol
Ağrı	Ağır ve baharatlı akşam yemeği
Huzursuz bacak sendromu	Yatmadan önce yemek yeme
Uyku-apne sendromu	Yatmadan önce TV izleme
Rinit	Fazla gürültü
Özofageal reflü	Rahatsız yatak
Noktüri	Kontrolsüz oda sıcaklığı
Narkolepsi	Horlamak
Yenidoğan bebeğin neden olduğu uyku bölünmesi	Yatak odasında evcil hayvan bulunması

TEMPOROMANDİBULAR EKLEM SORUNLARI: Alt ve üst çene arasında yer alan bu eklem fonksiyon bozukluğu, bir sendrom olarak bilinir. Yüzde ve başta şiddetli ağrılar hissedilir. Yapılan bilimsel araştırmalarda fibromiyalji hastalarının % 25'sinde bu tip sorunlara rastlanır (4, 5, 15-18, 24-26).

DEĞİŞİK SEMPTOMLAR: Dismenore, göğüs ağrısı, adale tutuklukları, hafıza kayıpları, duyu sorunları, karıncalanma, kas seyirmeleri, sık idrara gitme, deri hassasiyeti, göz kuruluğu ve ağız kuruluğu FMS'nda görülebilecek diğer bulgularındandır (1, 2, 4, 5, 6, 8, 15-18, 20, 21, 24-26).

LABORATUAR BULGULARI

FMS'da laboratuvar ve radyolojik incelemelerde herhangi bir özgül değişiklik görülmez. Ancak ayırıcı tanı açısından eritrosit sedimentasyon hızı, tiroid hormonları, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, kas enzimleri, açlık serum kalsiyum ve fosfor düzeyi, antinükleer antikor (ANA) ve romatoid faktör (RF) incelemeleri yardımcı olabilir. Ancak bu testleri yorumlarken dikkatli olunmalıdır. Örneğin, FMS'li hastaların %10-23'ünde açıklanamayan ANA pozitifliği mevcuttur (4, 5, 15, 25).

Regülasyon Tıbbi Açısından Bakıldığında Laboratuvar İncelemeleri Oldukça Önemlidir

Kortizol, DHEA-S, melatonin-sülfat, serotonin, IGF-1, TSH, ferritin, folik asit, vitamin B6 ve B12, Koenzim Q-10, L-karnitin, magnezyum, selenyum, fizyolojik bağırsak florasının durumu, latent asidoz hali, tam kan sayımı ve eritrosit sedimentasyon hızı, incelenmesi gereken testler arasındadır (3, 9, 13, 14, 15, 19, 22).

Bu panele ek olarak, EBV, CMV, Borrelia ve NK-hücrelerine de bakılabilir; Yanı sıra romatizmal kaynağın tespitinde kullanılan bazı parametreler de incelenebilir. Bunlardan başlıcaları CRP, RF, Fe, Ku, çinko, HLA B27, CCP-AK ve ANA'dır (2, 4, 15, 26).

Yukarıda bahsedildiği gibi, hastalığın kortizon ile olan ilişkisi bakımından, uykudan uyandıktan sonraki ve ilerleyen saatlerdeki kortizon seviyesi ölçülebilir. Kortizonun surre-

nal ve hipotalamus üzerindeki etkilerinin sempatik sinirlerle olan ilişkisi bilindiğinden, kortizon seviyesi ölçümlerinin ne kadar önemli olduğu görülecektir. Sander'e göre vücudun toksin seviyesini tespit etmek için, asit-baz dengesinin araştırılması çok önemlidir.

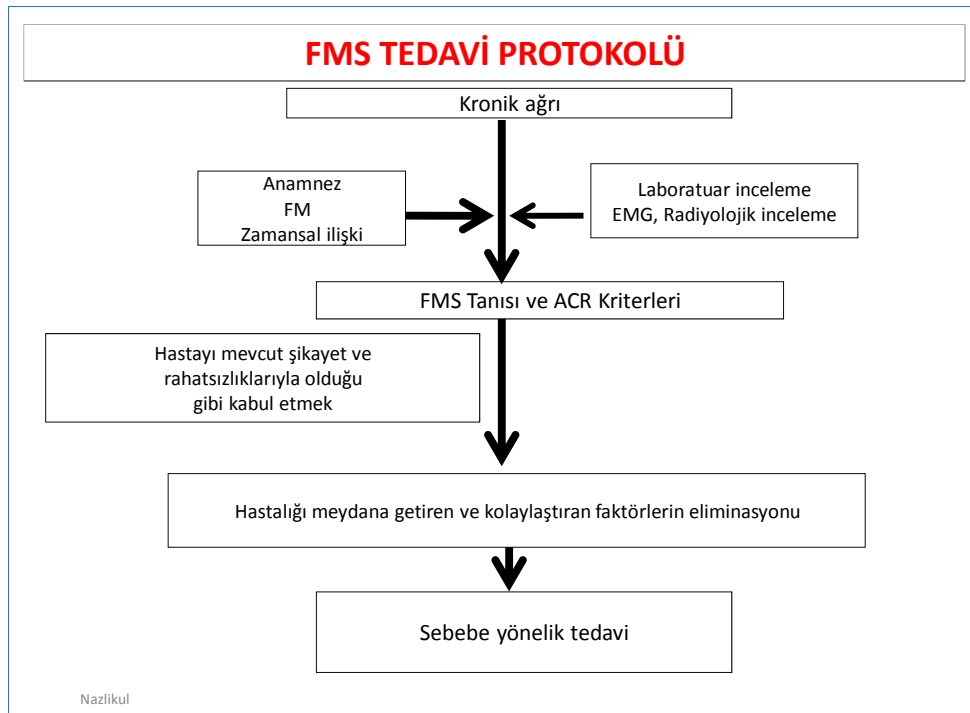
SEKONDER FMS – AYIRICI TANI

Yaygın ağrı ve yorgunluk gerek romatizmal, gerekse romatizmal olmayan pek çok hastalığın sık görülen bulgularındandır. Bu nedenle FMS'nun ayırıcı tanısında gözden geçirilmesi gereken hastalık grupları şunlardır:

Myofasiyal ağrı sendromu, kronik yorgunluk sendromu, sistemik lupus eritematozus (SLE), romatoid artrit, erken dönem spondiloartropati, multipl skleroz, depresyon, hipokondriasis, somatoform ağrı bozukluğu, simülasyon, irritabl barsak sendromu, siyatik, nöropati, interstisyel sistit, metabolik miyopati, enflamatuvar miyopati, metastatik karsinom, alzheimer hastalığı, meniere hastalığı ve polimiyalji romatika, FMS ile en sık karıştırılabilecek hastalıklar arasında yer almaktadır (15, 18).

Klinisyenler açısından en önemli zorluk, FMS'nu enflamatuvar veya metabolik miyopatilerden ayırmaktır. Polimiyalji romatika ve metastatik karsinomlar, ayırıcı tanı açısından yaşlılarda görülen en önemli hastalıklardır.

FMS sıklıkla, diğer romatizmal hastalıklarla birlikte de görülülebildiği için, ayırım yapmada zorluk çekilebilir. Oral ülserasyonlar, artraljiler, subjektif eklem şişliği, fotosensitivite öyküsü ve ANA (+)'liği olan FMS'lu bir hasta, yanlış olarak "undiferansiye bağ dokusu hastalığı" veya "inkomplet" ya da "latent" lupus tanısı alabilir. RA ve FMS' nun ikisinde de stresle semptomların açığa çıkışı arasında bir ilişki vardır. Sabah sertliği, artralji ve subjektif eklem şişliği ile seyreden



Şekil 3 | H.Nazlıkul'a göre FMS Tanı yaklaşımı

FMS'lu hastalar, yanlışlıkla erken RA sanılabilir. Bu arada SLE'li hastalardaki FMS sıklığının % 22, RA' lilerde ise % 10-25 olduğu da unutulmamalıdır (4, 5, 6, 15-18, 25, 26).

TEDAVİ

Fibromiyaljinin önlenmesi ve tedavisi için modern tıp açısından henüz kesin bir çözüm bilinmemektedir. Ancak hemen her hastalıktan korunmaya yardımcı olan, sağlıklı bir diyet, düzenli egzersiz yapmak, yeterli su içmek, bedeni asitleştiren besinlerden uzak kalmak ve yeterli istirahat en etkili koruma yöntemlerindedir.

Egzersizin ayrı bir önemi vardır. Özellikle gevşeme egzersizleri, germe egzersizleri, kardiyovasküler kondüsyon programı, yürüyüş, yüzme ve bisiklete binme çok yararlı olmaktadır. Egzersiz, ısı ve elektriksel akımlardan oluşan fizik tedavi programları, ağrının azaltılması açısından etkili yöntemlerdir. Kas gerginliklerinin azaltılmasında masaj, miyofasiyal gevşeme ve basınç teknikleri de olumlu sonuçlar verir.

Nöralterapi ve regülasyon tıbbi açısından incelendiğinde ise, altan yatan sempatik disfonksiyonun yani diğer bir deyişle vejetatif disfonksiyonun giderilmesi, FMS'nun çözümünü kolaylaştırmaktadır (3, 14, 15, 17, 18, 26).

İLK ADIM AĞRIYLA MÜCADELE OLMALIDIR!

Fibromiyalji kronik bir rahatsızlıktır. Bu sendromun tedavisinde ağrıyla mücadele ve kaliteli bir uykunun sağlanması ilk adımdır. Vücut serotonin seviyesini yükselten ve depresyon gibi durumlarda kullanılan ilaçların, tedavide başarı sağladığı belirtilmektedir. Vücuttaki serotoninin etkisini artıran ve dengeleyen çeşitli uygulamaları mevcuttur. Bu tür etkiler, nöralterapi, prokain baz infüzyonu ve akupunktur metotları uygulanarak ortaya çıkarılabilir.

FMS'da en etkili terapilerin başında nöralterapi ve prokain baz infüzyonu gelir.

Tamamlayıcı Tıp Metotlarıyla Bu Rahatsızlığın Tedavi Edilmesi Mümkündür!

Terapiye başlamadan önce hastayı değerlendirmek çok

Tablo 4 | FMS'da tedavi yaklaşımı

Modern tıp açısından yaklaşım	Tamamlayıcı tıp açısından yaklaşım
NSAI Antidepresanlar	Nöralterapi Manuel terapi Manyetik alan tedavisi Elektroterapi Ozon terapi Akupunktur
Egzersiz	Egzersiz Masaj Hidroterapi Sağlıklı ve dengeli beslenme Doğru nefes alma tekniği Hipnoz Uyku düzenlenmesi Detoks

önemlidir. Fibromiyalji'de hastanın değerlendirilmesi ve tetkik edilmesi, multidisipliner bir yaklaşımla yapılmalıdır.

Nöralterapi Açısından Yaklaşım

Belirtilerin tamamı incelendiğinde FMS'nun temelinde lenfatik dolaşım bozukluğu olduğu görülmektedir. Fibromiyaljili bir hastada, hassas ve ağrılı olarak bulduğumuz noktalardan çoğu aslında, lenfatik sisteme dahil edilmek üzere, adale içinde toplanmış olan artıkların akıtıldığı noktalardır. Hastaların bedenleri asit baz açısından değerlendirildiğinde ise, yoğun bir asit yapının olması dikkat çekmektedir (3, 9, 15).

Nöralterapi ve Vejetatif Sinir Sisteminin Önemi

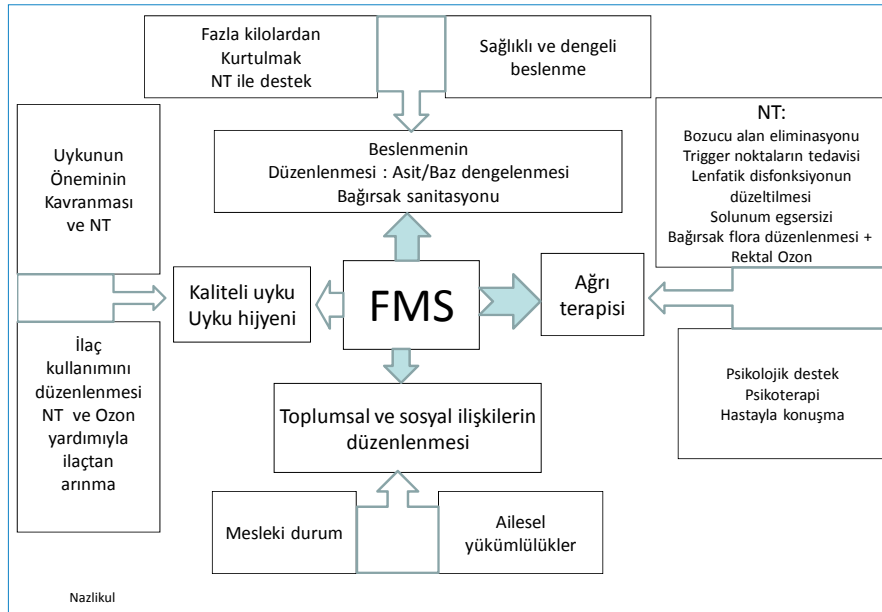
Nöralterapi terim olarak, vücudun kendi nörovejetatif sistemini kullanarak işlev gören bir tedavi formunu ifade eder. Stimülüs transformasyonları ve bilgi değişiklikleri, nörovejetatif sistemde yer almakta ve aşırı stimülüs, enerjinin üretim ve dağılımını engellemekte ve bozmaktadır. Lenfatik sistemin etrafını saran vejetatif sinir sisteminin regülasyonu, FMS'nun ana yaklaşım tarzını oluşturmalıdır.

Bütün nöralterapötik metotlar ya bozulmuş dokuya enerji sağlamak, ya da enerji bloklarını çözmektedir.

Nörovejetatif sistem fonksiyonları humoral, selüler, nöral ve hormonal düzenleyici mekanizmaların aralarındaki ayar-

Tablo 5 | Multi disiplinler terapi yaklaşımı

MULTİDİSİPLİNER TERAPİ YAKLAŞIMI				
Hidroterapi	Elektroterapi	Egzersiz ve Masaj	Nöralterapi	Ozon, SOE, Akupunktur
Termal banyolar	Yüzeysel ısı, derin ısı ve elektriksel akımlardan oluşan fizik tedavi uygulamaları	Gevşeme egzersizleri	Lenfatik disfonksiyon olduğundan	İmmun sistemi güçlendirmek için faydalanılabilir
Kaplıca		Germe egzersizleri	lokal ağrılı yer, ağrılı segment, triger noktaları ve bozucu alan eliminasyonu	Fibromiyaljideki ağrının giderilmesinde nöralterapi kadar etkin değildirler
Dönüşümlü banyo	Manyetik alan terapisi	Kardiyovasküler kondüsyon programı		
	Biofoton	Yürüyüş	Blokajların giderilmesi	
	ReviQuant	Yüzme	Organsal semptomların tedavi edilmesi	
	Soft lazer	Bisiklete binme Egzersiz		
	TENS		Hormonal eksen tedavisi	
			Bağışıklık sistemin düzenlenmesi	
			Doku beslenmesinin düzenlenmesi	
			Kronik enflamasyon ile mücadele	



Şekil 4 | FMS Etkin Tedavi Yaklaşımı (16-18)

lamalar sonucu, bunların sistemdeki reaksiyonlara katılımı ile ilişkilidir. Bu mekanizmaların sadece birinde oluşacak herhangi bir bozukluk bütün sistemin fonksiyonel düzensizliği ile sonuçlanacaktır. Bu pencereden bakıldığında, ana lenfatik sistemde oluşan bir disfonksiyonun, pek çok semptomun karışımından meydana gelen bu hastalığı ortaya çıkarması anlaşılır bir durum olmaktadır.

Kısacası hastalık yalnızca bir organı değil, bütün vücudu etkileyecektir. Lenfatik sistemdeki bir disfonksiyon veya triger noktasındaki staz sadece bulunduğu lokal yeri ve segmenti etkilemez, uyarının kronikliğine göre tüm sistemi etkiler. Bozuk olan segmental dokuya, lokal anestetik ile yapılan nöralterapi yalnızca patolojik refleks yollarını kesmekle kalmaz, aynı zamanda bozuk hücre membranını doğru potansiyele repolarize ederek, vejetatif fonksiyonların normal bir hale gelmesini de sağlar. Bir başka deyişle nöralterapi, lenfatik sistem kaynaklı olarak ortaya çıkmış olan bu kompleks disfonksiyonu, tekrar regüle eder (15, 18).

Nöralterapi uygulaması ile diğer bir deyişle %0, 5-1 prokain veya %0, 5-1 lidokain'in bozulmuş sahaya gelmesi ve içerdiği yüksek potansiyeli ile bozulmuş hücre membran potansiyelini repolarize etmesi, böylece stabilizasyonunu sağlaması, yalnızca nörovejetatif sistemdeki düzensizliği ortadan kaldırmakla kalmaz, aynı zamanda nöral, humoral, selüler ve hormonal etkinliği de restore eder (3, 11-18).

FMS'li hastalar incelendiğinde iki ana sorun karşımıza çıkmaktadır. AĞRI ve UYKUSUZLUK.

Ağrı derinlemesine sorgulanıp incelendiğinde yukarıda tanımlanmış olan trigger noktaların ağrılı ve hassas olduğu görülecektir. Bu noktaların adale içinde yer alan ve lenfatik sisteme açılan kapılar olduğu bilinmektedir. Lenfatik sistemde akışkanlık bozulduğundan geriye doğru bir birikim meydana gelecektir. Normal koşullarda toksik maddeler lenfatik sistem yoluyla atılabilmektedir. Ancak lenfatik sistemi bir ağ gibi saran sempatik sinir sistemindeki disfonksiyon, burada

ciddi bir staz meydana getirir. Bu stazı çözebilecek en önemli terapi metodu ise nöralterapidir.

Uykusuzluk detaylı olarak incelendiğinde, FMS kaynaklı olanlarda sebebin hormonal disfonksiyon olduğu görülecektir. Yukarıda tanımlandığı gibi, stresin kortizon üzerindeki etkisi ve uyanma sonrasında kortizol seviyesi ve melatonin düzeyinde ciddi değişikliklerin olduğu tespit edilecektir.

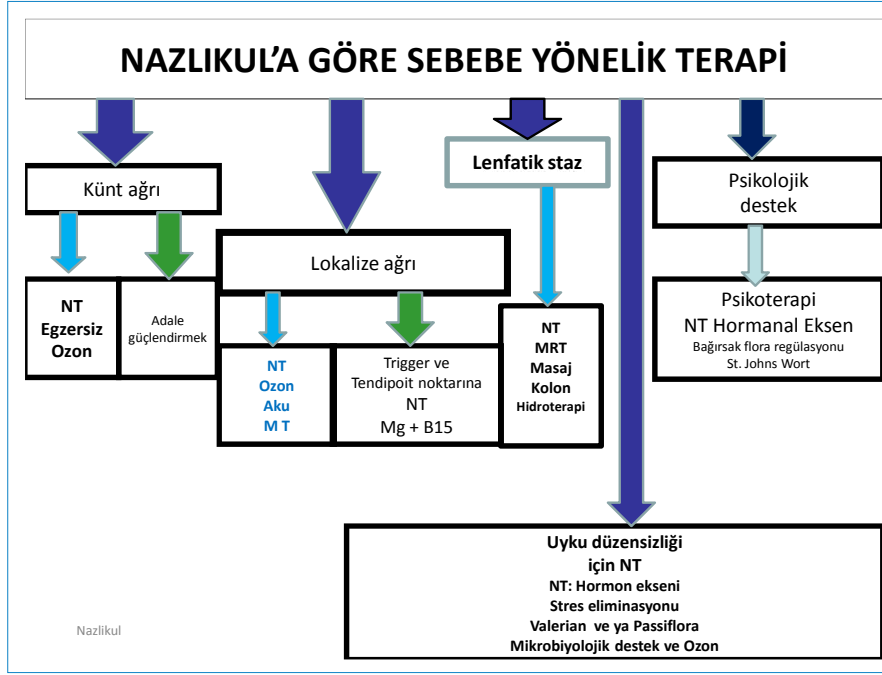
Nöralterapide 5 ayrı tedavi şekli vardır:

1. Lokal tedavi
2. Segmental tedavi
3. Ganglionlara yapılacak tedavi
4. Bağ dokusunun regülasyonu
5. Bozucu alan tedavisi

Nöralterapi uygulayarak, lokal ağrılı noktalara enjeksiyon yapılması, triger noktaların uyarılması, sorunlu segmentin tedaviye dahil edilmesi ve hastanın öyküsü, hormonal aksın tedavi edilmesi, arteriyel, venöz ve lenfatik dolaşımın düzenlenmesi, fizik muayenesi ve inspeksiyonu ile tespit edilen bozucu alanların regüle edilmesi, tedavide yapılacak başlıca uygulamalardır (3, 11-18).

Olgu

Kadın hasta 52 yaşında, 10 yıldır şiddetli ağrı şikayetleri, çene kilitlenmesi ve kalça ağrıları, bağırsak disfonksiyonu ve kronik kabızlık tanınıyor. 10 yıldır pek çok hekim dolaşmış ve pek çok tedaviler görmüş. Son 6 yıldır fibromiyalji tanısı ile pek çok ağrı merkezinde ve fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezinde tedavi görmüş. Uykusuzluk şikâyetleri son iki yıldır gelişmiş. Depresyon tanısı ile son 4 yıldır antidepressan kullanılıyor. Hastanın alınan anamnezinde ilk reglinin 13 yaşında olduğu, 2 normal doğum, 1 küretaj, hala düzenli adet gördüğü, 2002 yılında ağır bir ÜSYE geçirdiği depresyon ve uyku bozukluğunun o tarihten sonra başladığını belirtmektedir.



Şekil 5 | Nazlikul'a göre FMS sebebe yönelik tedavi

Ağrı özellikle niteliksiz uyku, soğuk ve nemli havalar ve psikolojik stresle, mekanik yüklenmelerle artıyormuş. Ağrı beden her tarafını sarmış, zayıflamış ve omuzları düşmüş ve annesi eşliğinde kliniğe gidip geliyor. Son 6 yıldır kendi ev işlerini yapamadığı için annesi yanında kalıyor. Kendisine olan güveni kaybolmuş.

Modern tıptaki çaresizlik hastayı son 3 yıldır tamamlayıcı tıp alanında tedavi arayışlarına itmiş. Fibromiyalji tanısı ile tamamlayıcı tıp metotlarında 20 seans ozon, 6 aydan fazla bir süre başlangıçta haftada 3 kez, sonra 2 kez ve son 3 aydırda hafta 1 kez akupunktur ve lazer uygulamaları yapılmış. Hastanın bunca tedaviye rağmen hala antidepresan, NSAİ, pregabalin kullandığı anlaşıldı. Hastanın VAS ağrı skalası değerlendirmesinde ağrının 8 olduğu tespit edildi.

Hasta yapılan fizik muayene sonrası Adler Langer noktalarından C2 sağ ve solda, C3 sol, C4 bilateral hassas bulundu, çene eklemine (TME) sorun olduğu, M. Masseter ve M. Temporalis'in basmakla çok ağrılı olduğu anlaşılmış ve sorunlu bir diş tedavi edilmiştir. Hastanın çekilen panoramik diş grafisinde ve anamnezde bozucu alanların olduğu tespit edildi.

Hastanın tüm adalelerinde çok ileri derecede spazm olduğu ve FMS için tipik olan 18 noktanın 16'sında şiddetli ağrılı olduğu ve hastanın ağlamaklı olduğu görüldü. Hastanın psikolojik yapısının çok ciddi bir şekilde bozulduğu ve ayrıntılı sorulduğunda intiharı düşündüğü, depresyonda olduğu anlaşıldı.

Hastada öncelikle bozucu alan taraması yapıldı. I.kosta blokajı olduğu, Kipler cilt kaydırma testinde L4 – L5 düzensizlik, sağ sakroiliak eklem (SİE) öne akış fenomeni pozitifliği ve irritasyon noktası tespit edildi. Diş ve çene kompleksinde bozucu alanlar görüldü. Servikal muayene bulgusunda üst rotasyonun kısıtlı olduğu tespit edildi. Bu bozucu alanların

eliminasyonu için %1 prokain kullanıldı. Tonsil enjeksiyonu sonucunda C4 te tespit edilen hassasiyet kayboldu. 3 seans Nöralterapi uygulaması sonrası yapılan değerlendirmede hastanın VAS değeri 5 inmişti. 18 noktanın sadece 6'sı ağrılı bulundu.

Bağırsıklık sistemi ve bağırsak florası düzensizliği için beslenme düzenlemesi yapıldı. Şeker ve hazır gıda tüketimine 2 ay ara verildi. Hastanın yakınmalarının yaklaşık % 70 - 80 oranında düzelmeye olmuştur. Ağrıları 7 seanstan sonra kaybolmuştur. VAS 0-1 arası tespit edildi. Barsak disfonksiyonu 6 seanstan sonra tamamen düzelmiştir. Uykusuzluk sorunu 4 seanstan sonra tamamen ortadan kalkmıştır. Çene eklemineki ağrılar azalmış ancak o bölgede şişlik hissi hala devam etmektedir.

Tedavi bitiminde aylık takip 3 kez yapıldı VAS 1 bulundu. Daha sonra 3 aylık periyotla takip edilen hastanın ilaç kullanmadığı VAS 0 olduğu tespit edildi.

Kaynaklar

1. A. Winkelmann1 · W. Häuser2 · H. Nazlikul3 · M. Moog-Egan4 · D. Seeger5 · M. Settan6 · T. Weiss7 · M. Schiltenswolf8 : Physiotherapie und physikalische Verfahren beim Fibromyalgiesyndrom. Systematische Übersicht, Metaanalyse und Leitlinie". DOI 10.1007/s00482-012-1171-3 © Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. Published by Springer-Verlag - all rights reserved 2012
2. B. Arnold1 · W. Häuser2 · M. Arnold3 · M. Bernateck4 · H. Nazlikul5 · W. Brückle6 · E. Friedel7 · H.J. Hesselschwerdt8 · W. Jäckel9 · V. Köllner10 · E. Kühn11 · F. Petzke12 · M. Settan13 · M. Weigl14 · E. Winter15 · M. Offenbächer16: Multimodale Therapie des Fibromyalgiesyndroms. Systematische Übersicht, Metaanalyse und Leitlinie". DOI 10.1007/s00482-012-1173-1 © Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. Published by Springer-Verlag - all rights reserved 2012
3. Barop, H.: Lehrbuch und Atlas der Neuraltherapie nach Huneke. Hippocrates, Stuttgart, 1996
4. C. Sommer1 · W. Häuser2 · M. Burgmer3 · R. Engelhardt4 · K. Gerhold5 · F. Petzke6 · T. Schmidt-Wilcke7 · M. Späth8 · T. Tölle9 · N. Üçeyler1 · H. Wang10 · A. Winkelmann11 · K. Thieme12 : Ätiologie und Pathophysiologie des Fibromyalgiesyndroms". DOI 10.1007/s00482-012-1174-0

- © Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. Published by Springer-Verlag - all rights reserved 2012
5. C. Sommer¹ · W. Häuser² · R. Alten³ · F. Petzke⁴ · M. Späth⁵ · T. Tölle⁶ · N. Üçeyler¹ · A. Winkelmann⁷ · E. Winter⁸ · J. Bär⁹ : Medikamentöse Therapie des Fibromyalgiesyndroms. Systematische Übersicht und Metaanalyse". DOI 10.1007/s00482-012-1172-2 © Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. Published by Springer-Verlag - all rights reserved 2012
 6. Doering, T.: Integrative Medizin bei Fibromyalgi-Patienten. KIM (Komplementäre und integrative Medizin. Jahrgang 48 – 3/2007 S: 10-15
 7. Dross, G.H.: Neuraltherapie und Procain. Ärzte für Naturheilverfahren 2(1997) 82-87
 8. Duelle Reihe (MLP) : Innere Medizin. Hippokrates Verlag, Stuttgart 2012
 9. Heine, H.: Lehrbuch der biologischen Medizin. Hippokrates, Stuttgart, 1991
 10. J. Langhorst¹ · W. Häuser² · K. Bernardy³ · H. Lucius⁴ · M. Settan⁵ · A. Winkelmann⁶ · F. Musial⁷: Komplementäre und alternative Verfahren beim Fibromyalgiesyndrom. Systematische Übersicht, Metaanalyse und Leitlinie". DOI 10.1007/s00482-012-1178-9 © Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. Published by Springer-Verlag - all rights reserved 2012
 11. Nazlıkul, H.: Barnat Bilimsel Tamamlayıcı Tıp, Regülasyon ve Nöralterapi Bülteni, Tamamlayıcı Tıp ve regülasyon S: 6-9 Kongre kitabı . Mayıs 2006 Kongre Bülteni
 12. Nazlıkul, H.: Barnat Bilimsel Tamamlayıcı Tıp, Regülasyon ve Nöralterapi Bülteni, Nöralterapi ve Vegetatif Sinir Sisteminin önemi? S: 55-57 Kongre kitabı. Mayıs 2006 Kongre Bülteni .
 13. Nazlıkul, H.: Barnat Bilimsel Tamamlayıcı Tıp, Regülasyon ve Nöralterapi Dergisi, Detoksifikasyon ne dir? Yıl 1 Sayı 1 S: 24-31 Aralık 2006.
 14. Nazlıkul, H.: Barnat Bilimsel Tamamlayıcı Tıp, Regülasyon ve Nöralterapi Dergisi, Koksajli Yıl 1 Sayı 2 S: 8-16 Mart 2007.
 15. Nazlıkul, H.: Barnat Bilimsel Tamamlayıcı Tıp, Regülasyon ve Nöralterapi Dergisi, Fibromiyalji Yıl 2 Sayı 3 S: 10-22 Eylül 2007.
 16. Nazlıkul, H: Fimbromyalgie – Forum Neuraltherapie 2007
 17. Nazlıkul, H: Fimbromyalgie – Freudenstadt Neuraltherapie Vortragsreihe 2009
 18. Nazlıkul, H: Fimbromyalgie Verstehen und Therapieren – Baden Baden Neuraltherapie Kongress Oktober 2011
 19. Pischenger, A., Heine, H.: Das System der Grundregulation. Grundlagen für eine ganzheitsbiologische Theorie der Medizin. Haug Verlag, Heidelberg 1988
 20. Bernardy K, Klose P, Busch AJ, Choy EH, Häuser W. Cognitive behavioural therapies for fibromyalgia Cochrane Database Syst Rev 2013 Sep 10;9:CD009796.
 21. Akkuş D.Fibromiyalji. (Ed): Göksoy T. Romatizmal Hastalıkların Tanı ve Tedavisi. Yüce reklam/yayım/dağıtım a.ş. İstanbul 2002, 777-789
 22. Klinghardt D.: Fibromyalgia Syndrome and Heavy Metal Toxicity. www.neuraltherapy.com/FibromyalgiaHeavyMetal.doc
 23. Burkham J, Harris E.D., Çeviri: Ünlü E., Fibromiyalji: Bir Kronik Ağrı Sendromu (Çeviri Ed): Arasil T., Kelley Romatoloji. Güneş Kitabevi. Ltd.Şti., Ankara 2006, 522-536
 24. Schmerz 2012 DOI 10.1007/s00482-012-1167-z © Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. Published by Springer-Verlag - all rights reserved 2012
 25. W. Eich¹ · W. Häuser² · B. Arnold³ · W. Jäckel⁴ · M. Offenbächer⁵ · F. Petzke⁶ · M. Schiltewolf⁷ · M. Settan⁸ · C. Sommer⁹ · T. Tölle¹⁰ · N. Üçeyler⁹ · P. Henningsen¹¹: Das Fibromyalgiesyndrom. Definition, Klassifikation, klinische Diagnose und Prognose". DOI 10.1007/s00482-012-1169-x © Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. Published by Springer-Verlag - all rights reserved 2012
 26. W. Eich¹ · W. Häuser² · B. Arnold³ · K. Bernardy⁴ · W. Brückle⁵ · U. Eidmann⁶ · K. Klimczyk⁷ · V. Köllner⁸ · H. Kühn-Becker⁹ · M. Offenbächer¹⁰ · M. Settan¹¹ · M. von Wachter¹² · F. Petzke¹³ : Das Fibromyalgiesyndrom. Allgemeine Behandlungsgrundsätze, Versorgungskoordination und Patientenschulung". DOI 10.1007/s00482-012-1167-z © Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. Published by Springer-Verlag - all rights reserved 2012