

FİBROMİYALJİ SENDROMUNDA NÖRALTERAPİ'NİN ETKİNLİĞİ

THE EFFECTIVENESS OF NEURAL THERAPY IN FIBROMYALGIA SYNDROME

Neslihan ÖZKAN, MD^{1, 2 *}

¹Özel Muayenehane / Private Practice, Bursa-Turkey

²Bilimsel Nöralterapi ve Regülasyon Derneği, İstanbul - Turkey

Özet

Fibromiyalji sendromu (FMS), kronik yaygın vücut ağrısı, yorgunluk, sabah tutukluğu, subjektif şişlik, uyku bozukluğu, bağırsak problemleri, multiple somatik ve bilişsel problemlerle karakterizedir. Temel olarak, vejetatif sinir sisteminin (VSS) kronik yüklenmesi ile ortaya çıkan lenfatik dolaşım bozukluğu ön plandadır. Bu kapsamda bozucu alanlar da önemli bir yüklenme sebebidir. Lenfatik sistemin etrafını saran VSS'nin regülasyonu ve latent asidozla mücadele ana tedavi yaklaşımı olmalıdır.

Bu çalışmada ACR 1990 Tanı Kriterlerine göre FMS tanısı konuşmuş 113 hastanın dosyası retrospektif olarak incelendi. Hastaların büyük çoğunluğunda latent asidoz, hormonal disfonksiyon ve çoklu bozucu alan tespit edildi. Hastalara ortalama 6.1 ± 3.2 Nöralterapi seansı uygulandı. Likert skalasına göre çok iyi ve iyi kategorileri birlikte değerlendirildiğinde tedaviden sonra hastaların % 76.1'nde Nöralterapinin oldukça etkili olduğu görüldü. Tedaviden 17.7 ± 15.4 ay sonra yapılan görüşmede ise bu oranın % 65.5 olarak devam ettiği gözlemlendi. Hastaların % 15.9'u orta, % 1.8'i hafif ve % 6.2'si etki yok şeklinde değerlendirme yaptı. Bu çalışmadan elden edilen sonuçlar; Nöralterapinin, tedaviye direnç gösteren nedenlerin ortadan kaldırılmasında etkili bir tedavi yöntemi olabileceğini göstermiştir.

Anahtar sözcükler: Fibromiyalji sendromu, Vejetatif sinir sistemi, Nöralterapi, Tamamlayıcı tıp.

Abstract

Fibromyalgia syndrome (FMS) is characterized by chronic widespread body pain, fatigue, morning stiffness, subjective swelling, sleep disturbances, bowel problems, multiple somatic and cognitive problems. Basically, the impairment of lymphatic circulation caused by the chronic loading of the vegetative nervous system (VSS) is the forerunner. In this context, interference areas are also a significant burden. Regulation of VSS that surrounds the lymphatic system and fight against latent acidosis should be the main treatment approach.

In this study, the files of 113 patients who were diagnosed with FMS according to the ACR 1990 Diagnostic Criteria were retrospectively reviewed. In the vast majority of patients, latent acidosis, hormonal dysfunction and multiple destructive areas were detected. A mean of 6.1 ± 3.2 neural therapy sessions was performed. When the good and good categories were assessed together according to the Likert scale, it was observed that 76.1% of the patients were highly effective in neural therapy. It was observed that this ratio continued to be 65.5% after 17.7 ± 15.4 months of treatment. 15.9% of the patients were moderate, 1.8% were mild and 6.2% had no effect. The results has shown that neural therapy can be an effective treatment modality for removing treatment-resistant causes.

Key words: Fibromyalgia syndrome, vegetative nervous system, neural therapy, complementary medicine.

Giriş

Sırt, boyun, omuzlar ve kalça bölgesinde kronik yaygın vücut ağrısına yol açan, yorgunluk, sabah tutukluğu, subjektif şişlik, uyku bozukluğu, bağırsak problemleri, multiple somatik ve bilişsel problemlerle karakterize kronik bir kas – iskelet

sistemi hastalığı olarak tanımlanan Fibromiyalji sendromu (FMS), hastaların yaşam kalitesini önemli derecede azaltmaktadır. ^{1,2}Kullanılan tanı kriterlerine göre prevalansı %2-8 arasında değişmektedir. ²

FMS tanısı için uzun yıllar boyunca, hassas nokta muayenesini esas alan ACR 1990 Tanı Kriterleri kullanılmıştır. Bu kriterlere göre, en az 3 aydan beri devam eden yaygın ağrı öyküsü ve 18 hassas noktanın en az 11'nde palpasyonla ağrı olması durumunda, bu olgu FMS olarak kabul edilir. ^{3,4}

* Yazışma Adresi (Adress for Correspondance):

Neslihan Özkan, MD, Uzm

Bağlarbaşı Mh 1. Sedir Sk. 15/7 Osmangazi Bursa Türkiye

Tel: 00 90 224 363 88 87

e-mail: drneslihan@gmail.com

ACR 2010 yılında, hassas nokta muayenesi içermeyen ve semptomların sorgulamasına dayalı yeni kriterler yayınlamış ve 2011 yılında modifiye etmiştir. Önerilen kriterler, FMS'na eşlik eden semptomların şiddetini ölçmeyi ön planda tutar. Ölçüm, Yaygın Ağrı İndeksi (YAI) ve Semptom Şiddeti (SS) Skalası ile yapılır. Son olarak Benett ve arkadaşları tarafından 2013 yılında, ağrı açısından daha fazla alanın sorgulandığı ve hastaların semptomlarının daha geniş bir aralıkta derecelendirildiği ACR Alternatif Tanı Kriterleri yayınlanmıştır. Bu amaçla Ağrı Yerleşim Skoru (AYS) ve Semptom Etki Sorgulaması (SES) geliştirilmiştir.^{3,4}

Ancak yeni kriterlerin hassas nokta muayenesi içermemesi, gereğinden fazla ve yanlış tanı oranını arttırması, klinik pratikte kullanımının zorluğu gibi faktörler, Fibromiyalji tanısında altın standardı sağlamak için tartışmaların devam etmesine neden olmaktadır.³

Etyopatogenez

FMS'nun etyopatogenezi için son yıllarda birçok farklı mekanizma öne sürülmüş ancak tam bir netlik sağlanamamıştır. Genetik ve çevresel faktörler, nöroendokrin disfonksiyon, uyku bozuklukları, kas oksijenasyon bozukluğu, biyokimyasal faktörler, vejetatif sinir sistemi disfonksiyonu, periferik ve santral ağrı mekanizmalarında anormallikler, immünolojik ve psikolojik faktörlere ait multifaktöriyel kanıtlar bulunmuştur.^{5,6,7}

Tedavide başarılı olabilmek ve nedene yönelik tedavi seçeneklerini etkili bir şekilde kullanabilmek için öncelikle FMS'na yol açan mekanizmaların iyi anlaşılması gerekir.⁸

Nöralterapi ve Tamamlayıcı Tıp açısından değerlendirildiğinde, Fibromiyalji sendromunda sempatik hiperaktivite, parasempatik hipoaktivite ve strese karşı sempatik cevapta azalma gibi vejetatif sinir sisteminin etkilendiğini gösteren çalışmalar mevcuttur. Temel olarak, VSS'nin kronik yüklenmesi ile ortaya çıkan lenfatik dolaşım bozukluğu ön plandadır. Normal koşullarda toksik maddeler lenfatik sistem yoluyla atılır. Vejetatif disfonksiyon varlığında ciddi bir lenfatik staz oluşur. Hastalar asit-baz açısından değerlendirildiğinde latent asidoz dikkati çekmektedir. Hassas ve ağrılı olarak bulunan noktalar, lenfatik sisteme dahil edilmek üzere, adale içinde toplanmış olan toksinlerin drene olduğu noktalardır. Ayrıca, limbik sistem, adale ve bağ dokusunda toksik düzeyde ağır metal yüklenmesi (cıva, kurşun, kadmiyum, alüminyum, zirkonyum, bakır, çinko ve arsenik) gibi faktörlerin de patogeneze rol aldığı gösterilmiştir.^{5,6,7,9}

Sonuç olarak, hastalarda ortaya çıkan şikayetler ve klinik bulgular, VSS'nin kronik yüklenmesi ile ortaya çıkar. Bu kapsamda bozucu alanlar da önemli bir yüklenme nedenidir. VSS disfonksiyonu temelinde nöroendokrin sistem, lenfatik sistem, immun sistem ve santral sinir sistemi başta olmak üzere birçok sistemde bozukluklar meydana gelir.^{5,6,7,9,10,11}

Tedavi

Fibromiyaljide hastanın değerlendirilmesi ve tedavisi hastaya yönelik olmalı ve multidisipliner bir yaklaşım uygulan-

malıdır. Ağrı ile mücadele ve uyku kalitesinin iyileştirilmesi tedavinin ilk adımı olmalıdır. Bunun için sebebe yönelik olarak hastalığa neden olan faktörlerin eliminasyonunu sağlamak gerekir. Tedavide hastanın eğitimi, aerobik egzersizler, kognitif ve davranışsal tedaviler, Fizik Tedavi yöntemleri, farmakolojik tedaviler ve Nöralterapi başta olmak üzere çeşitli Tamamlayıcı Tıp yöntemleri kombine olarak uygulanmalıdır. Ayrıca hemen hemen her hastalıkta önerilen sağlıklı ve dengeli beslenme, bedeni asitleştiren besinlerden uzak kalmak, yeterli su içmek ve yeterli istirahat en etkili korunma yöntemleri arasındadır.^{6,12,13}

Son yıllarda FMS'nun tedavisiyle ilgili hem farmakolojik hem non-farmakolojik tedavileri deneyen birçok kontrollü çalışma yayınlanmıştır. Ancak FMS'da tüm hastalar için etkili olacak bir yöntem bulunamamıştır. Analjezikler ağrıyı kesmek amaçlı kullanılabilir ancak FMS ile ilgili semptomlara etkisizdirler. Antidepresanlarla temel olarak serotonin düzeyinin artırılması amaçlanmaktadır. Bu etki Nöralterapi ve Akupunktur ile de sağlanabilir. Antidepresan ve antikonvülanların ağrı, yorgunluk, depresyon ve uyku üzerinde plaseboya göre anlamlı düzelmeye sağladıkları bildirilmiştir. Ancak Fibromiyaljinin önlenmesi ve tedavisi için henüz kesin bir çözüm bulunamamıştır.^{12,14,15}

Çeşitli hastalıklar için Tamamlayıcı Tıp yöntemlerine başvurma oranı % 42 iken, Fibromiyaljide bu oranının %100'e ulaştığı bildirilmektedir. Tamamlayıcı tıp yöntemleri tek başına ya da kombine edilerek kullanılabilir.¹⁶

Hastalığın tedavisine Nöralterapi ve Tamamlayıcı Tıp açısından bakıldığında, vejetatif disfonksiyonun giderilmesi, FMS'nun çözümünü kolaylaştırmaktadır. Lenfatik sistemin etrafını saran VSS'nin regülasyonu ve latent asidozla mücadele ana yaklaşım tarzı olmalıdır. Bu bakımdan en etkili tedavilerin başında Nöralterapi ve Prokain-Baz infüzyonu gelmektedir. Regülasyonu bozulmuş olan segmental dokuya lokal anestezi enjeksiyonu yapmak, patolojik refleks yollarını keserek vejetatif fonksiyonları normalize eder. Nörovejetatif sistemdeki düzensizliğin ortadan kaldırılması humoral, selüler ve hormonal fonksiyonları da restore eder. Bu da hastadaki ağrı ve uykusuzluk başta olmak üzere şikayetlerin düzelmesi ile sonuçlanacaktır. FMS'da görülen uykusuzluğun hormonal disfonksiyon kaynaklı olduğu unutulmamalıdır.^{6,17}

Amaç

Bu çalışma konvansiyonel tedavilere cevap alınamayan Fibromiyalji hastalarında Nöralterapinin etkinliğini araştırmak ve bu etkinliğin uzun vadede devam edip etmediğini tespit etmek amacıyla yapıldı.

Hastalar ve Yöntem

ACR 1990 Tanı Kriterlerine göre FMS tanısı almış hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Diğer konvansiyonel tedavilere (ilaç, FTR, akupunktur, PRP) cevap vermeyen 100 tanesi kadın, 13 tanesi erkek toplam 113 Fibromiyalji hastası çalışmaya dahil edildi.

Tedavi sırasında, hastalardan Nöralterapi'nin etkinliğini Likert skalası ile değerlendirmeleri istendi. (Tablo 1) Dosya incelemesi sırasında hastalar telefonla arandı ve son durumları için aynı skala üzerinden yeniden sorgulama yapıldı.

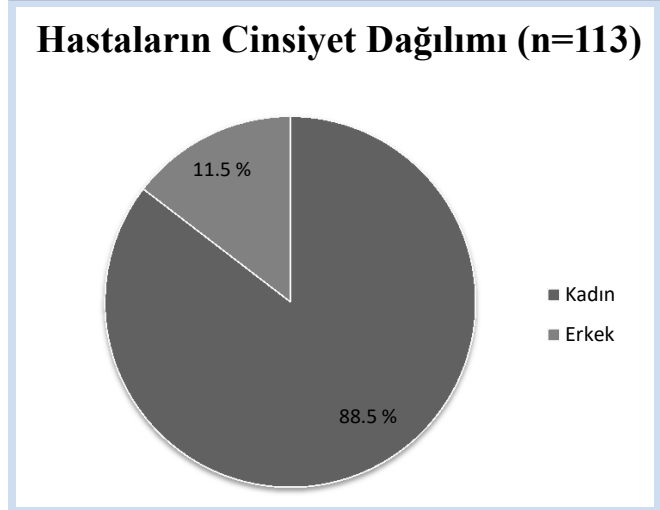
Bulgular

Hastaların % 88.5'i kadın, % 11.5'i erkeklerden oluşuyordu. Yaşları kadınlarda 22-83 arasında (ortalama 45 ± 12.3), erkeklerde 31-66 arasında (ortalama 42 ± 8.8) değişiyordu.

Tablo 1 | Likert Skalası.

Likert Skalası		
1	Etkisiz	Hastanın şikayetlerinde herhangi bir değişiklik yok.
2	Hafif	Ağrının 1/3'ü azaldı, günlük yaşam aktivitelerini zorlanarak yapıyor.
3	Orta	Ağrının 2/3'ü azaldı. Günlük yaşam aktivitelerinin hafif zorlanarak yapıyor.
4	İyi	Ağrının tama yakını azaldı, ancak tam olarak geçmedi. Günlük yaşam aktivitelerinde bazen zorlanıyor.
5	Çok iyi	Tam şifa. Hastanın şikayetleri tamamen düzeldi.

Tablo 2 | Hastaların cinsiyet dağılımı.



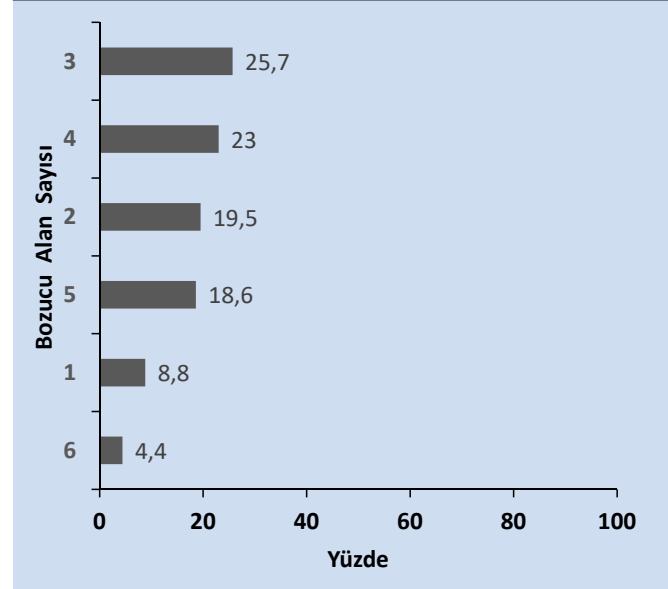
Ortalama hastalık süresi 102 ± 96 ay, bozucu alan sayısı 3.3 ± 1.3 , uygulanan Nöralterapi seans sayısı 6.1 ± 3.2 , tedaviden sonra geçen süre 17.7 ± 15.4 ay olarak tespit edildi. Hastalarla ilgili değişkenler Tablo 2 ve Tablo 3'te gösterilmiştir.

Hastaların tamamına yakınında, aynı hastada sayıları 1 ile 6 arasında değişen çeşitli bozucu alanlar mevcuttu. % 25.7'sinde 3 tane, % 23'ünde 4 tane, % 19.5'inde 2 tane, %

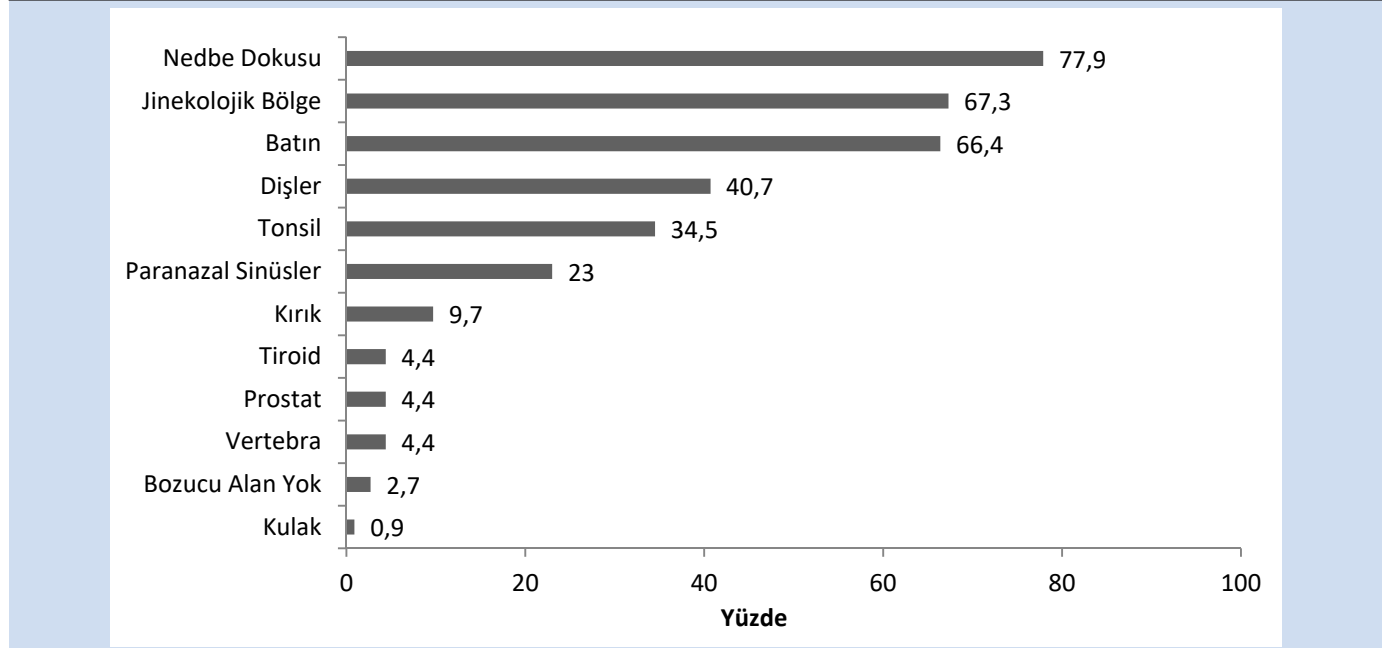
Tablo 3 | Hastaların bazı değişkenleri.

Hastaların Bazı Değişkenleri		
		Ortalama \pm SS
Yaş	Erkek	42 ± 8.8
	Kadın	45 ± 12.3
	Toplam	45 ± 12
Hastalık süresi (ay)		102 ± 96
Bozucu Alan Sayısı		3.3 ± 1.3
Seans Sayısı		6.1 ± 3.2
Tedaviden sonra geçen süre (ay)		17.7 ± 15.4

Tablo 4 | Bozucu alan sayısının yüzde dağılımı.



Tablo 5 | Bozucu alanların yüzde dağılımı.



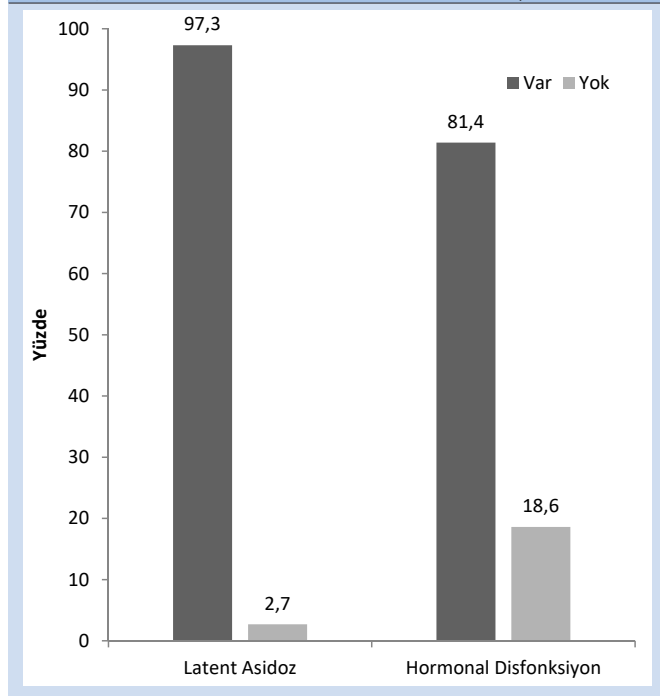
18.6'sında 5 tane, % 8.8'inde 1 tane ve % 4.4'ünde 6 tane bozucu alan tespit edildi. (Tablo 4)

En sık görülen bozucu alanlar nedbe dokuları idi. Bunu jinekolojik bölge ve batin bölgesi, dişler, tonsiller ve paranasal sinüsler takip ediyordu. Hastaların sadece % 2.7'sinde bozucu alan yoktu. (Tablo 5)

Hastaların % 97.3'ünde latent asidoz, % 81.4'ünde hormonal disfonksiyon saptandı. (Tablo 6)

Tedaviden sonra hastalardan, ağrı başta olmak üzere mevcut şikayetlerinin iyileşmesinde Nöralterapinin etkinliğini değerlendirmeleri istendi. % 38.9'u Nöralterapinin etkinliğini çok iyi, % 37.2'si iyi, % 15.9'u orta, % 1.8'i hafif olarak değerlendirdi. % 6.2'si ise herhangi bir etki olmadığını bildirdi. Tedaviden aylar sonra telefonla yapılan görüşmede ise hastaların % 23'ü çok iyi, % 42.5'i iyi, % 14.2'si orta, % 8.8'i hafif ve % 8.8'i etki yok şeklinde değerlendirme yaptı. (Tablo 7)

Tablo 6 | Hastaların latent asidoz ve hormonal disfonksiyon durumu.



Tartışma ve Sonuç

Yaşamımız boyunca maruz kaldığımız çeşitli stres faktörleri, bedenimizin regülasyon kapasitesini olumsuz etkileyerek, tedaviye dirençli hastalıkların ortaya çıkmasına neden olur. Bu hastalıklardan bir tanesi de Fibromiyaljidir. Ortaya çıkan bu kompleks hastalığın tedavisi, hastanın bütüncül olarak değerlendirilmesi, etyopatogeneze rol oynayan faktörlerin doğru olarak tespit edilmesi ve bu patolojik uyarıların ortadan kaldırılması ile mümkündür. ^{6,8}

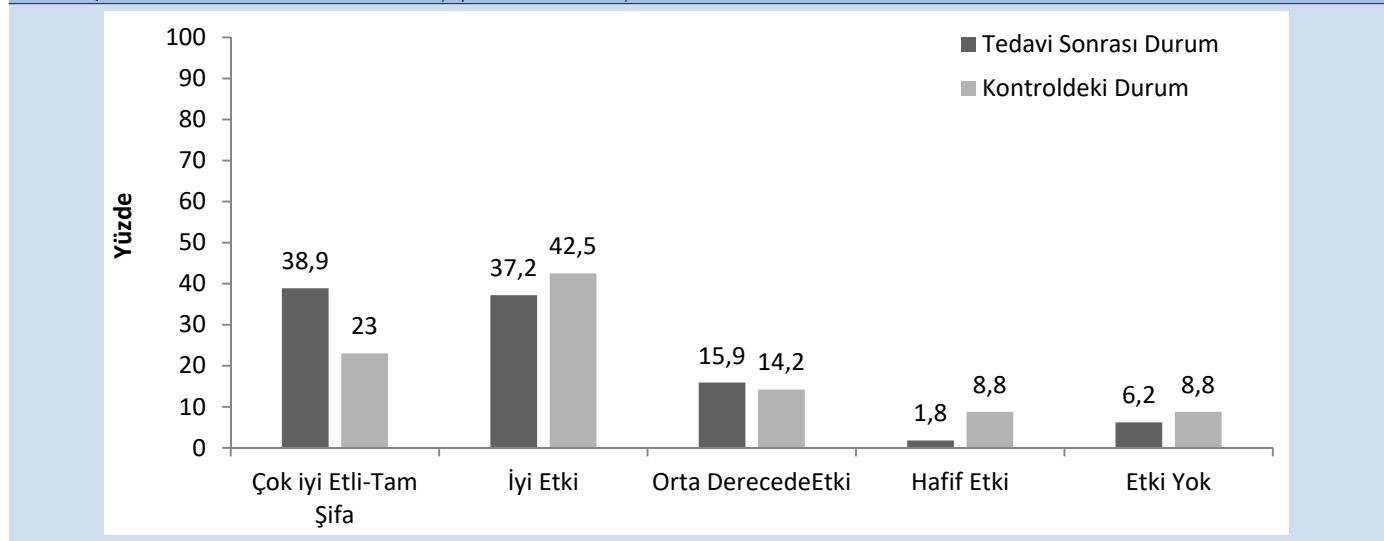
Bozulmuş olan vücut regülasyonunun yeniden normalize edilmesi için, hastalığa neden olan patolojik refleks yollarının kesilerek vejetatif sinir sistemindeki stres yükünün azaltılması gerekir. Bu anlamda en etkili tedavilerin başında Nöralterapi gelmektedir. Böylece fibromiyalji hastalarında gözlenen lenfatik dolaşım bozukluğu, hormonal disfonksiyon varlığı ve bozucu alanlardan kalkan patolojik uyarılar sonlandırılabilir. ^{6,8}

Kliniğimize başvuran ve modern tıp anlamında başarı sağlanamamış hastalar, Nöralterapi ve Tamamlayıcı tıp açısından detaylı olarak değerlendirildi. ACR 1990 kriterlerine göre FMS tanısı konan hastaların tamamına yakınında latent asidoz, hormonal disfonksiyon ve sayıları aynı hasta için 1 ile 6 arasında değişen çeşitli bozucu alanların olduğu tespit edildi. Bu durum vejetatif sinir sisteminin stres yükünü artıran faktörler olarak etyopatogeneze bahsedilen bulgular ile uyumluydu. Bu faktörler modern tıp açısından hastaların tedaviye dirençli olma nedeni olarak değerlendirildi.

Bozucu alanların içinde sayısal olarak, nedbe dokuları, jinekolojik bölge, batin bölgesi ve baş bölgesi (dişler, tonsiller, paranasal sinüsler) önemli oranda yüksekti. Batin bölgesindeki en önemli bozucu alan ise barsak florasının bozulmuş olmasıydı. Bu nedenle Nöralterapiye ilave olarak her hastanın beslenmesi düzenlendi, su içme alışkanlığı kazandırılmaya çalışıldı, barsak florası düzenlendi ve alkali preparatlar reçete edildi.

Hastalara uygulanan ortalama Nöralterapi seans sayısı 6.1 ± 3.2 idi. Likert skalasına göre çok iyi ve iyi kategorileri birlikte değerlendirildiğinde tedaviden sonra hastaların % 76.1'nde

Tablo 7 | Hastaların tedavi sonrası ve telefonla yapılan kontroldeki iyilik durumu.



yani büyük bir çoğunluğunda Nöralterapinin oldukça etkili olduğu görüldü. Tedaviden 17.7 ± 15.4 ay sonra yapılan görüşmede ise bu oranın % 65.5 olarak devam ettiği gözlemlendi. Hafif etki ve etki yok kategorisi birlikte değerlendirildiğinde ise hastaların % 8'i bu grupta yer alıyordu. Kontrolde ise bu oranın % 17.6'ya yükseldiği gözlemlendi.

Tedaviye dirençli kalan hastaların bir kısmı diş bozucu alanı nedeniyle, diş hekimine yönlendirilen ve tedavi için geri dönmeyen hastalardı. Ayrıca bu grupta yer alan hastalarda, ek olarak farklı bozucu alanların da (ağır metal, psikojenik kaynaklı bozucu alan vs) var olabileceği düşünüldü. Bu bakımdan, gerekli durumlarda Nöralterapiye ek olarak Şelasyon tedavileri ve Psikokinezyolojik yöntemlerin de tedaviye eklenmesi uygun olacaktır. İyilik halini devam ettiremeyen hastaların ise, yeni stres faktörlerine maruz kalmış olabileceği sonucuna varıldı.

Bu çalışmadan elden edilen sonuçlar; Nöralterapinin, tedaviye direnç gösteren nedenlerin ortadan kaldırılmasında etkili bir tedavi yöntemi olabileceğini göstermiştir. Ayrıca iyilik durumunun azalması halinde, tedavinin ihtiyaca göre devam edilebileceği kanaatine varılmıştır.

Literatürde tedaviye dirençli çeşitli kronik hastalarda Nöralterapinin etkili olduğunu bildiren birçok çalışma mevcuttur.^{18,19} Bu çalışmaların giderek artması sayesinde, hastalıkların ortaya çıkması ve tedavisi açısından Nöralterapinin tıbbi kazandırdığı nörofizyolojik ve nöroimmunolojik temellerin giderek daha fazla kabul göreceğine inanıyoruz.

Kaynaklar

1. Burkhart J, Harris ED. Fibromiyalji: Bir Kronik Ağrı Sendromu. *Kelley Romatoloji* 2006; 522-536.
2. Ata AM, Çetin A. Fibromiyalji Tanımı, Epidemiyolojisi: *Türkiye Klinikleri J PM&R-Special Topics* 2015; 8(3): 1-4.
3. Çakır T. Fibromiyalji Sendromunda Tanı Kriterleri: *Türkiye Klinikleri J PM&R-Special Topics* 2015; 8(3): 22-27.
4. Coşkun NC. Fibromiyalji Sendromunda Klinik, Tanı, Ayırıcı Tanı: *Türkiye Klinikleri J PM&R-Special Topics* 2015; 8(3): 15-21.
5. Ay S. Fibromiyalji Sendromunun Patogenezi: *Türkiye Klinikleri J PM&R-Special Topics* 2015; 8(3): 5-9.
6. Nazlıkul H. Fibromiyalji Sendromu. *BARNAT* 2014; 8(2): 1-9.
7. Bellato E, Marini E, Castoldi F, Barbasetti N, Mattei L, Bonasia DE, et al. Fibromyalgia Syndrome: Etiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment. *Pain Res Treat* 2012; 426-30.
8. Özkan N. Fibromiyalji Sendromunda Bütüncül Yaklaşım. *BARNAT* 2017; 11(1): 7-14.
9. Goldenberg DL. Pathogenesis of Fibromyalgia. 2014. www.update.com
10. Schmidt-Wilcke T, Clauw DJ. Fibromyalgia: from pathophysiology to therapy. *Nat Rev Rheumatol* 2011;7(9):518-27).
11. Wingenfeld K, Heim C, Schmidt I, Wagner D, Meinlschmidt G, Hellhammer DH. HPA axis reactivity and lymphocyte glucocorticoid sensitivity in fibromyalgia syndrome and chronic pelvic pain. *Psychosom Med* 2008;70(1):65- 72.
12. Şendur ÖF, Aydın E. Fibromiyalji Sendromu Tedavisinde Kanıtı Dayalı Tıp Açısından Yaklaşım. *Türkiye Klinikleri J PM&R-Special Topics* 2015; 8(3): 57-62.
13. Kibar S. Fibromiyalji Sendromu Tedavisinde Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri: *Türkiye Klinikleri J PM&R-Special Topics* 2015; 8(3): 50-56.
14. Cantürk F. Fibromiyalji ve Diğer Eklem Dışı Romatizmal Hastalıklar. *Beyazova M, Kutsal YG. Editör. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon. Ankara: Güneş Kitabevi; 2000; 1654-1681.*
15. Şendur ÖF, Ağrılı Kas Sendromları. Oğuz H, Dursun R, Dursun N, editör. *Tıbbi Rehabilitasyon. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabeleri; 2004; 1221-1238.*
16. Kibar S. Fibromiyalji Sendromu Tedavisinde Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri: *Türkiye Klinikleri J PM&R-Special Topics* 2015; 8(3): 50-56.
17. Nazlıkul H. Nöralterapinin Endikasyonları: Nöralterapi. *İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2010. p. 307-342.*
18. Fischer L, Pfister M: Wirksamkeit der Neuraltherapie bei überwiesenen Patienten mit therapieresistenten chronischen Schmerzen, *Schweiz. Zschr. Ganzheits-Medizin* 2007; 19: 30-35.
19. Mermod J, Fischer L, Staub L, Busato A. Patient satisfaction of primary care for musculoskeletal diseases: a comparison between Neural Therapy and conventional medicine. *BMC Complement Altern Med.* 2008 Jun 24;8:33-36.