

Romatizmal hastalıklarda karıştırıcı faktör olarak fibromyalji*Fibromyalgia as a confounding factor in rheumatologic diseases*Mehmet Nedim Taş^{ID}Figen Yargucu Zihni^{ID}Fahrettin Oksele^{ID}

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

Öz

Fibromiyalji (FM) yorgunluk, kognitif bozukluk, psikiyatrik semptomlar ve çoklu somatik semptomların eşlik ettiği kronik yaygın kas-iskelet ağrısının başlıca nedenlerinden biridir. FM yaygın olarak romatizmal hastalıklara eşlik edebilmekle birlikte, bazen de romatizmal hastalıkları taklit ederek yanlış tanılara yol açabilmektedir. FM'nin tanısı için dikkatli alınmış bir öykü ve detaylı fizik muayene gerekmektedir, hastalığın tanısı için özgül bir laboratuvar testi veya radyolojik görüntüleme yöntemi yoktur. Bu yazıda diffüz idiopatik skeletal hiperostozis (DISH) ve belirlenemeyen bağ doku hastalığına (BDH) eşlik eden, tanı ve tedavi sürecinde güçlük yaşanan bir FM olgusunu sunarak, romatizmal hastalıklara sıklıkla eşlik edebilen FM hastalığına dikkat çekmek istedik.

Anahtar Sözcükler: Fibromiyalji, DISH, bağ doku hastalığı.

Abstract

Fibromyalgia (FM) is one of the main causes of chronic diffuse musculoskeletal pain accompanied by fatigue, cognitive impairment, psychiatric symptoms and multiple somatic symptoms. FM may be commonly associated with rheumatic diseases but may sometimes lead to misdiagnosis by mimicking rheumatic diseases. A careful history and detailed physical examination are required for the diagnosis of FM, there is nonspecific laboratory test or radiological imaging method for the diagnosis of the disease. In this paper, we want to draw attention to FM by presenting a case of FM accompanied by diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH) and undifferentiated connective tissue disease (UCTD), which had difficulties in diagnosis and treatment.

Keywords: Fibromyalgia, DISH, undifferentiated connective tissue disease.

Giriş

Fibromiyalji (FM) 20 ile 55 yaş arasındaki kadınlarda yaygın olup prevalansı yaklaşık yüzde 2 ila 3'tür ve yaşla birlikte artar (1). Fibromiyalji romatizmal hastalığı olanlarda daha sık görülür ve %5-20 oranında görülür (2). Hastalığın etiyojisi ve patofizyolojisi tam olarak belirlenememiştir ve multifaktöriyeldir (3). Hastalığın tanısı için özgül bir test olmayıp detaylı öykü ve fizik muayene parametrelerini içeren ölçekler tanı için kullanılmaktadır (4) Tedavisi de hem medikal hem de davranışsal yöntemleri içermektedir.

Olgu

50 yaşında kadın hastanın 30 yıl önce yaygın eklem ağrısı şikâyetleri başlamış. Ağrıları yılda 1-2 kez atak şeklinde olup 2-3 hafta sürüyormuş, analjeziklerle şikâyetleri geçiyormuş. Yedi yıl önce el küçük eklemlerinde, dirseklerde, omuzlarda eklem ağrıları şiddetlenmiş. Ağrı gün içinde de devam etmekle birlikte sabahları daha çok oluyormuş ve ağrıya yaklaşık bir saat süren sabah tutukluğu eşlik ediyormuş.

Zaman içinde sırt ve bel ağrısı da eklenmiş. Başlangıçta NSAİ'lere yanıt varken zamanla ağrılar gece uykudan uyandırmaya başlamış. Periferik artritisi olmamış. Bu yakınmalar ile romatoloji bölümüne başvurmuş. ANA, RF, Anti-CCP testleri negatif ve ESH:30-50 mm/saat düzeyinde olan hastaya seronegatif RA tanısı konmuş. NSAİ, steroid, hidroksiklorokin ve metotreksat başlanmıştır. Bu tedavilerle şikâyetlerde kısmi azalma sağlanmış ama hiçbir zaman ağrıları tam olarak geçmemiş. Bunun üzerine etanersept başlanmıştır. Karaciğer fonksiyon testlerinde yükseklik gelişmesi üzerine tedavi altıncı ayda kesilmiş. Ardından makulopati nedeniyle hidroksiklorokin de kesilmiş. Ağrıları devam eden hastaya üç yıl önce duloksetin başlanmıştır. Belirgin fayda görmüş. bir yıl sonra ağrılarında tekrar artış olması üzerine hastaya, bize başvurudan 10 ay önce abatesept başlanmıştır.

Hasta kliniğimize şehir değişikliği nedeniyle başvurdu. Başvuru esnasında ciddi emosyonel stresi, yaygın eklem ve eklem dışı ağrıları vardı. Metotreksat ve duloksetin ile birlikte üç aydır abatesept kullanmaktaydı. Abatesept sonrası ağrılarında kısmi gerileme tanımlıyordu. Fizik bakışında el küçük eklemlerinde yaygın hassasiyet, bilateral omuzlarda infraspinatus tendonu ve sağ dirsekte lateral epikondil hassasiyeti ve bilateral diz eklemlerinde

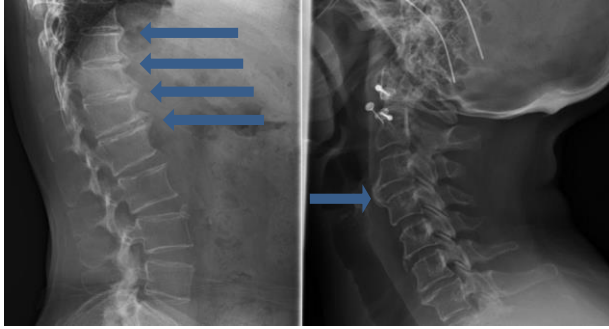
Yazışma Adresi: Mehmet Nedim TAŞ

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı
Romatoloji Bilim Dalı

E-mail: nedimtas@hotmail.com

krepatasyon mevcuttu. Bilateral FABERE ve FADIR kısıtlı, tetik noktaları duyarlıydı.

Hastanın uzun süreli hastalık öyküsüne rağmen grafilerde inflamatuvar artrit lehine bulgu olmayıp DISH ile uyumlu değişiklikler vardı (Şekil-1). DISH açısından bakılan glukoz, lipit profili, ürik asit, kalsiyum ve parathormon değerleri olağan saptandı. Baş doku hastalığı yönünden anlamlı olabilecek gebelik 10. haftasından önce iki abortus, fotosensitivite ve 1/160 granüler ANA pozitifliği dışında özellik yoktu. Bu bulgular ile fibromiyalji düşünüldü. Abatesept ve temel etkili ilaç tedavisi kesildi, egzersiz önerildi. Hasta psikiyatri bölümüyle konsülte edilerek duloksetin tedavisi 120 mg/gün dozuna çıkarıldı ve SSRI başlandı. Son değerlendirmesinde hastanın ağrıları kısmen azalmakla birlikte devam ediyordu. Hasta egzersizden belirgin fayda gördüğünü söyledi.



Şekil-1. Servikal, torakal ve lomber vertebralarda osteofit (mavi oklarla gösterilmiştir).

Tartışma

FM günlük pratikte romatizmal hastalıklarla sık karışabilmektedir. Yanlış tanıya yol açabilmekle birlikte bazen de mevcut romatizmal hastalığa eşlik ederek, klinik durumu daha da kötüleştirebilmektedir. FM'nin prevalansı romatizmal hastalığı olanlarda belirgin şekilde artar ve bu hastalarda aşırı tedaviye yol açabilmektedir (2). Ağrı şikâyeti olan hastalarda hem birincil hem de eşlik eden hastalık olarak FM akla gelmeli ve bu hastalarda; eklem dışı ağrıları, baş ağrısı, depresyon, uyku problemi, barsak problemleri iyi sorgulanmalıdır (5). Bu hastamızda olduğu gibi aksiyel ağrı şikâyeti olan olgularda ayırıcı tanıda DISH hastalığı da akla gelmelidir ve grafiler bu yönden dikkatlice değerlendirilmelidir. DISH'te osteofitler daha çok torasik vertebralarda sağ tarafta, anterior longitudinal ligament boyunca yatay olarak oluşur, kaba ve kalındır; ankilozan spondilitte ise iki taraflı dikey ve incedir (6).

Kaynaklar

1. Vincent A, Lahr BD, Wolfe F, et al. Prevalence of fibromyalgia: a population-based study in Olmsted County, Minnesota, utilizing the Rochester Epidemiology Project. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2013;65(5):786-92.
2. Giacomelli C, Talarico R, Bombardieri S, et al. The interaction between autoimmune diseases and fibromyalgia: risk, disease course and management. *Exper Rev Clin Immunol* 2013;9(11):1069-76.
3. Ay S. Fibromiyalji Sendromunun Patogenezi. *Türkiye Klinikleri J PM&R-Special Topics* 2015;8(3):5-9.
4. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, et al. 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Semin Arthritis Rheum* 2016;46(3):319-29.
5. Andersson ML, Svensson B, Bergman S. Chronic widespread pain in patients with rheumatoid arthritis and the relation between pain and disease activity measures over the first 5 years. *J Rheumatol* 2013;40(12):1977-85.
6. Mader R, Verlaan JJ, Eshed I, et al. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH): where we are now and where to go next. *RMD Open* 2017;3(1):e000472. doi: 10.1136/rmdopen-2017-000472.