

Miyofasiyal Ağrı Disfonksiyon Sendromlu ve Fibromiyalji Hastalarının Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

THE COMPARISON OF CLINICAL FEATURES IN PATIENTS WITH MYOFACIAL PAIN DYSFUNCTION SYNDROME AND FIBROMYALGIA

Ali Alp SAĞLAM*, F. Yeşim BOZKURT**, Selami AKKUŞ***

* Yrd.Doç.Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi AD,

** Yrd.Doç.Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji AD,

*** Yrd.Doç.Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD, ISPARTA

Özet

Amaç: Miyofasiyal ağrı disfonksiyon sendromu (MPDS) ve fibromiyalji (FM) hastalarında benzer ve farklı klinik özelliklerin araştırılması amaçlandı.

Materyal ve Metod: 17 MPDS, 17 FM toplam 34 bayan hasta üzerinde çalışıldı. Her hasta, şikayetlere yönelik soruların bulunduğu ve detaylı sistemik ve medikal hikayeyi içeren bir form ve klinik muayene ile değerlendirildi. Klinik muayene; çiğneme kasları, servikal kaslar, temporomandibuler eklemler ve aktif-pasif ağız açıklıklarının değerlendirilmesinden oluşuyordu.

Bulgular: MPDS hastaları, kulak çevresinde ağrı, mandibuler fonksiyonda ağrı, sabah çenede sertlik ve ağız açma-kapamada zorluk sorularına, FM hastalarına kıyasla daha çok sayıda pozitif yanıt verdiler. İki grup arasında, m. pterygoideus lateralis'in ortalama ağrı düzeyi açısından önemli farklılık olduğu görüldü ($p<0.05$). Fakat aktif-pasif ağız açıklığı ortalamalarında iki grup arasında farklılığın önemli olmadığı bulundu.

Sonuç: Sonuç olarak, MPDS ve FM hastalarının değerlendirilmesinde multidisipliner çalışmanın gerekli olabileceği düşüncesi akla gelmektedir.

Anahtar Kelimeler: Miyofasiyal ağrı disfonksiyon sendromu, Fibromiyalji, Kronik ağrı

T Klin Diş Hek Bil 2000, 6:79-85

Summary

Purpose: The aim of this study was to investigate similar and different clinical features in patients with myofascial pain dysfunction syndrome (MPDS) and fibromyalgia (FM).

Material and Method: Thirty-four patients, 17 women with MPDS and 17 women with FM were studied. Every patients were assessed by means of the questionnaire having the questions of subjective symptoms and detailed systemic and medical history and a clinical examination. The clinical examination consisted of the evaluation of masticatory muscles, cervical muscles, temporomandibular joints and active-passive mouth opening.

Results: The MPDS patients gave more positive answers to these questions, pain around the ear, pain during mandibular function, jaw stiffness in the morning, difficulty on mouth opening than the FM patients. There was significant difference in the mean pain level of lateral pterygoid muscle between the two groups ($p<0.05$). But no difference in the mean of active and passive mouth opening between the both groups was found.

Conclusion: Consequently, it is suggested that multidisciplinary study may be needed for evaluation of MPDS and FM patients.

Key Words: Myofascial pain dysfunction syndrome (MPDS), Fibromyalgia (FM), Chronic pain

T Klin J Dental Sci 2000, 6:79-85

Miyofasiyal ağrı disfonksiyon sendromu (MPDS), mandibuler disfonksiyonu olan hastalarda omuz ve boyun şikayetleri veya kas ağrıları gibi

Geliş Tarihi: 10.02.2000

Yazışma Adresi: Dr.Ali Alp SAĞLAM
Süleyman Demirel Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız-Diş-Çene Hastalıkları ve Cerrahisi AD
32040- ISPARTA

muskuloskeletal şikayetlerle birlikte görülebilen bir durumdur (1-4). Muskuloskeletal ağrılar, tetik noktalar olarak adlandırılan, ligamentler, tendonlar, iskelet kaslarındaki sert ve palpe edilebilir bandlar üzerinde bulunan ve palpasyonları yansıyan ağrılara neden olan tek ya da çok sayıdaki aşırı hassas noktalardan kaynaklanır (5,6).

Fibromiyalji (FM) ise, baş, boyun dahil olmak üzere yaygın muskuloskeletal ağrı, rahatsızlık ve

tendonlar/kaslar üzerinde belirli anatomik bölgelerde aşırı hassas noktalar ile karakterize non-enflamatuvar bir rahatsızlıktır (7-10). Hassas noktalar; yansıyan ağrı olmaksızın derin palpasyonda şiddetli ağrının lokalize olduğu bölgelerdir (6). FM'li hastalarda da tetik noktaların bulunduğu ileri sürülmüştür (11). Bu amaçla, bazı hassas noktaların gerçekte tetik noktaları oldukları düşünülerek çalışmamızda MPDS ve FM hastalarında benzer ve farklı klinik özellikler araştırıldı.

Materyel ve Metod

Çalışmamız 23-47 yaşları arasında (34.41±8.27) 17 MPDS'li ve 20-49 yaşları arasında (34.12±7.07) 17 FM'li, toplam 34 bayan hasta üzerinde gerçekleştirildi. Tüm hastalardan detaylı medikal hikaye alındı. Sistemik rahatsızlığı olmayan, hormonal ve oral kontraseptif ilaç kullanmayan ve başka romatolojik hastalığı bulunmayan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların hepsi aynı diş hekimi ve fizyatrik tarafından muayene edildi.

MPDS tanısı koymak için hastalarda 3 aydan fazla süredir çiğneme kaslarında ağrı, fonksiyon ve/veya palpasyon sırasında kas ağrılarında artış, tetik nokta ve yansıyan ağrı varlığı özellikleri arandı (5,6,12). FM tanısı, American College of Rheumatology kriterleriyle konuldu (13). Bu kriterler; 3 aydan uzun süredir yaygın muskuuloskeletal ağrı hikayesi ve 18 belirli anatomik bölgenin en az 11'inde digital palpasyonda ağrı bulunması idi (Şekil 1).

Her hasta için, şikayetlere yönelik soruların olduğu ve detaylı sistemik ve medikal hikayenin not edildiği bir form dolduruldu. Bu formda hastanın şikayeti, çeneye yayılan diş ağrısı, kulak çevresinde ağrı, mandibuler fonksiyonda ağrı, çenede kilitlenme, ağız açma-kapamada zorluk, sublüksasyon, baş ağrısı, sabah çenede sertlik, tek taraflı çiğneme, bruksizm, vücutta ağrı, omuz ve boyunda ağrı, uyku kalitesinde bozulma, günlük hayatı etkileyecek olayların (ölüm, boşanma) yaşanmışlığı gibi soruların yanı sıra, medikal hikaye detayına yönelik ağrının başlangıç tarihi, lokalizasyonu, tipi, yoğunluğu, süresi, sıklığı, değişiklik olup olmadığı, rahatlama evreleri ve modifiye edici faktörlerle ilgili sorular da bulunmaktaydı. Ayrıca, her hastanın geçirmiş olduğu

fiziksel hastalıklar, medikal ve dental tedaviler ve parafonksiyonel alışkanlıklar da kaydedildi.

Klinik muayene; çiğneme kasları, çene eklemleri ve mandibuler hareketlere yönelikti. Çiğneme kasları (m. temporalis, m. massetericus, m. pterygoideus medialis ve m. pterygoideus lateralis) ve servikal kaslar (m. sternocleidomastoideus, ense ve omuz bölgeleri) bilateral manuel palpasyon yapılarak ağrı skalasına göre değerlendirildiler (12). (Ağrı Skalası: 0=Ağrı yok, 1=Yüzünü buruşturmadan, kaçınmadan ağrı, 2= Yüzünü buruşturarak, kaçınarak ağrı, 3=Belirgin kaçınmayla ağrı ve palpebral refleks, 4=Kişinin bölgeye dokundurtmaması.)

Çene eklemleri preaurikuler ve intrameatal olarak muayene edildi. Tüm hareketler sırasında eklem sesi varlığı için palpasyon ve oskültasyon yapıldı. 0.1 mm'ye duyarlı Forestadent (506-0001 Germany) kompas ile her hastada aktif ve pasif maksimum ağız açıklıkları ölçüldü.

Medikal hikaye ve klinik muayene sonucu elde edilen verilerden yaş ve maksimum ağız açıklıkları Student t-test ile ve klinik muayene ile medikal hikaye verileri Wilcoxon testi ile SPSS 7.5 istatistiksel analiz programından yararlanılarak değerlendirildi.

Bulgular

Yaşları 23-47 arasında değişen 17 MPDS'li ve 20-49 arasında değişen 17 FM'li bayan hastanın yaş ortalamaları ve aktif-pasif maksimum ağız açıklığı miktarları Tablo 1'de görülmektedir. Yapılan Student t-testi sonucunda yaş ve aktif-pasif ağız açıklıkları bakımından her iki grup arasındaki fark önemsiz bulundu ($p>0.05$).

Sistemik ve medikal hikayede kulak çevresinde ağrı ($p<0.05$), mandibuler fonksiyonlarda ağrı ($p<0.01$), ağız açma-kapamada zorluk ($p<0.001$), sabah çenede sertlik ($p<0.01$) ve bruksizm şikayetlerinin ($p<0.01$) MPDS grubunda daha fazla görüldüğü saptandı. Diğer şikayetler her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamsız bulundu (Tablo 2).

Klinik muayene sonucunda temporo-mandibuler eklem (TME)'de ağrı bulgusunun MPDS'de, açma sırasında deviasyon varlığının ise FM'de daha fazla görüldüğü tespit edildi ($p<0.05$)

Tablo 1. MPDS ve FM'li hastalarda yaş ve aktif-pasif maksimum ağız açıklıkları (mm)

	ORTALAMA	SD	t	p	
Yaş	MPDS	34.41	8.27	0.160	>0.05
	FM	34.12	7.07		
Maksimum ağız açıklığı (Aktif)	MPDS	43.78	4.61	-0.067	>0.05
	FM	43.95	7.58		
Maksimum ağız açıklığı (Pasif)	MPDS	34.72	5.29	-0.529	>0.05
	FM	36.08	7.11		

SD: Standard sapma

Tablo 2. Sistemik ve medikal hikayede hasta şikayetlerinin değerlendirilmesi

SEMPТОMLAR	MPDS (%)		FM (%)		z	t
	Evet	Hayır	Evet	Hayır		
Çeneye yayılan diş ağrısı	70.59	29.41	52.94	47.06	1.732	0.083
Kulak çevresi ağrı	58.82	41.18	23.53	76.47	2.449	0.014*
Alışkanlık (sigara)	5.88	94.12	5.88	94.12	0.000	1.000
Mandibuler fonksiyonda ağrı	70.59	29.41	23.53	76.47	2.828	0.005**
Çenede kilitlenme	23.53	76.47	5.88	94.12	1.732	0.083
Ağız açma-kapamada zorluk	88.24	11.76	5.88	94.12	3.742	0.000***
Sublüksasyon	5.88	94.12	0.00	100.00	1.000	0.317
Baş ağrısı	88.24	11.76	82.35	17.65	1.000	0.317
Sabah çenede sertlik	70.59	29.41	17.65	82.35	3.000	0.003**
Tek taraflı çığneme	64.71	35.29	76.47	23.53	-1.414	0.157
Bruksizm	94.12	5.88	41.18	58.82	2.887	0.004**
Vücutta ağrı	82.35	17.65	100.00	0.00	-1.732	0.083
Omuz-boyun ağrısı	82.35	17.65	88.24	11.76	-1.000	0.317
Uyku kalitesinde bozulma	70.59	29.41	82.35	17.65	-1.414	0.157
Günlük hayatı etkileyecek olaylar	82.35	17.65	70.59	29.41	1.414	0.157

* p<0.05 ** p<0.01 *** p<0.001

Tablo 3. Klinik muayene bulgularının MPDS ve FM gruplarına göre karşılaştırılması

SEMPТОMLAR	MPDS (%)		FM (%)		z	t
	Evet	Hayır	Evet	Hayır		
TME'de ağrı	47.06	52.94	23.53	76.47	2.000	0.046*
TME'de şişlik	0.00	100.00	0.00	100.00	0.000	1.000
TME'de ses	47.06	52.94	35.29	64.71	1.414	0.157
Açma sırasında deviasyon	47.06	52.94	76.47	23.53	-2.236	0.025*
Harekette kısıtlılık	17.65	82.35	0.00	100.00	1.732	0.083

*p<0.05

(Tablo 3). Kaslara yapılan palpasyon sonucunda, sadece sol m. pterygoideus lateralis'de MPDS grubu hastalarda daha fazla ağrının meydana

geldiği görüldü (p<0.05) (Tablo 4).

Onyeddi MPDS hastasının 9'una (%52.94) fiziyatrist tarafından FM tanısı konuldu.

Tablo 4. Kaslardaki ağrı değerlerinin MPDS ve FM gruplarına göre karşılaştırılması

KASLAR	SAĞ						SOL					
	MPDS		FM		z	t	MPDS		FM		z	t
	Ort.	SD	Ort.	SD			Ort.	SD	Ort.	SD		
M.temporalis	0.71	0.85	0.59	0.62	0.587	0.557	0.65	0.61	0.59	0.71	0.302	0.763
M.massetericus	0.82	0.73	0.59	0.51	1.265	0.206	0.94	0.56	0.76	0.75	0.728	0.467
M.sternocleidomastoideus	0.47	0.62	0.76	0.75	-1.232	0.218	0.53	0.51	0.71	0.77	-0.775	0.439
M.pterygoideus medialis	1.71	0.77	1.53	1.12	0.518	0.604	1.88	0.60	1.47	1.07	1.219	0.223
M.pterygoideus lateralis	1.82	0.64	1.41	1.06	1.189	0.235	1.76	0.44	1.06	1.09	2.377	0.017*
Ense	0.47	0.51	0.71	0.69	-1.633	0.102	0.59	0.62	0.71	0.85	-0.540	0.589
Omuz	0.88	0.78	0.65	0.49	1.155	0.248	1.00	0.71	0.76	0.66	0.966	0.334

Ort.: Ortalama

SD: Standard sapma

*p<0.05

Tartışma

Fibromiyalji (FM); fibrositis, kas-fasya ağrı disfonksiyonu, interstisyel miyofibrositis, TME disfonksiyonu ve miyalji tablolarını içeren, sistemik ve yaygın kas ağrıları ile karakterize bir rahatsızlıktır (14-16). Vücudun çeşitli yerlerinde lokalize 18 adet duyarlı noktadan başka yorgunluk, uyku düzeninin bozulması, gastrointestinal şikayetler, tinnitus, kulak ağrısı, uyuşukluk, bulanık görme ve titreme gibi klinik belirtileri olan FM, %73-98 oranları arasında bayanlarda görülmektedir (13,17-23). FM ile ilgili çalışmalarda daha çok bayan hastalar ele alındığı için (24,25), karşılaştırmaya yönelik olarak biz de araştırmamızı hem FM hem de MPDS grubu için bayan hastalar üzerinde gerçekleştirdik.

Temporomandibuler rahatsızlıklar ve migren gibi ağrılar üzerinde östrojen hormonunun önemli bir rol oynadığı, hatta menopozda östrojen miktarının azalmasına bağlı olarak kronik ağrıların azaldığı, östrojenin yeniden alımı ile bu rahatsızlık ve ağrıların arttığı saptanmıştır (26). Bu nedenle, östrojen hormon preparatı veya oral kontraseptif ilaç kullanan hastalar çalışmamıza dahil edilmedi.

FM genellikle 20-50 yaşları arasında ortaya çıkar (20,22,23). Daha ileri yaşlarda menopozla östrojen miktarının azalmasına bağlı olarak FM'nin görülme sıklığı da azalır (26). Yirmi yaşın altındaki bireylerde FM'nin az görülmesinin nedeni ise, büyüme hormonunun FM semptomlarını önlediği iddiasıdır (27). Bu nedenlerden dolayı araştırmamızda FM'li hastaların 20-49 yaşları arasında olmasına özen gösterilmiş, yaş faktörünü elimine et-

mek amacıyla MPDS grubu hastalarının da aynı yaş grubunda olmasına dikkat edilmiştir.

MPDS, TME'nin kemik ve kapsülünü ilgilendiren herhangi bir patolojik problem olmadığı halde, kas-fasya dokularında odaklaşan patolojik olaylar sonucu TME disfonksiyonu, çiğneme kaslarında tonus artması ve spazmlara bağlı olarak TME hareketlerinde ses varlığı, baş-boyun-ense-omuz ve TME bölgesine yansıyan ağrılar, çiğneme kaslarında palpasyona hassasiyet ve çene hareketlerinde kısıtlılık gibi bulguların görüldüğü bir rahatsızlıktır (28-30). TME'nin çeşitli yönlerdeki hareketlerinin uyumunu sağlayan kas sistemi kompleks bir yapıya sahiptir. Bu kas sisteminin uyum halinde olması için; kontraksiyon süresi, kontraksiyon miktarı ve antagonist kastaki gevşemenin bir senkronizasyon içinde olması gerekir (31). Bir kasın normal tonusunu bozacak herhangi bir etken, bütün sistemde uyumsuzluğun meydana gelmesine neden olur. Böylece m. temporalis, m. massetericus, m. sternocleidomastoideus, m. pterygoideus medialis ve m. pterygoideus lateralis başta olmak üzere ense ve omuz kaslarında spazm ve ağrılar başlar (32). Araştırmamızda palpe ettiğimiz m. temporalis, m. massetericus, m. pterygoideus medialis, m. pterygoideus lateralis ve ense kaslarının MPDS'de FM'dekinden daha ağrılı olduğu gözlemlendi. Ancak sadece m. pterygoideus lateralis'in MPDS grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha ağrılı olduğu saptandı. Çalışmamızda masseter, medial pterygoid, sternocleidomastoid, ense ve omuz kaslarındaki ağrılar açısından MPDS ve FM'li hastalar arasında anlamlı bir fark bulunamaması, Cimino ve arkadaşlarının (24) sonuçları ile örtüşmektedir. Ancak, bulgularımızdan farklı

olarak Cimino ve arkadaşları (24) m. pterygoideus lateralis'i değerlendirmemişler ve iki grup arasında sadece temporal kasın sol ataşmanında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğunu saptamışlardır. Or (33), 493 MPDS'li hasta üzerinde yaptığı çalışmasında, hastaların %88'inde m. pterygoideus lateralis'de palpasyonda spazm ve ağrı, buna paralel olarak %53.75'inde eklemde kliking sesi ve %42'sinde açma sırasında deviasyon bulmuştur. Kliking sesi, lateral pterygoid kasın alt ve üst kısımlarının uyumlu çalışmaması sonucu oluşmakta (34), uzun süreli devam etmesi kas spazmı, harekette kısıtlılık ve TME'de ağrı meydana getirmektedir (35). Dolayısıyla TME'de ağrı, kliking ve açma sırasındaki deviasyonun, MPDS grubu hastalarının %47.06'sında görülmesi ve bu durumun FM grubundan anlamlı şekilde farklı oluşu MPDS'nin fizyopatolojisini doğrulamaktadır. Bununla birlikte, TME disfonksiyonunun etyolojisinde önemli bir rol oynayan tek taraflı çiğneme olayının araştırmamızda MPDS'li hasta grubunda %64.70 gibi yüksek bir oranda bulunmuş olması da dikkate değer bir sonuçtur.

Araştırmamızda MPDS'li hastaların %70.59'unun sabah çenelerinde sertlik hissettikleri ve FM'li hastalarla arasında önemli farklılık olduğu belirlenmiş, ancak yaptığımız muayeneler sonucunda gerek aktif gerekse pasif maksimum ağız açıklığında kısıtlılık olmadığı dikkati çekmiştir. Bunun nedeni, maksimum ağız açıklığı ölçümlerinin günün ilerleyen saatlerinde yapılmış olmasına bağlanabilir.

Çalışmamızda medikal hikaye alınırken, hem MPDS hem de FM grubundaki hastaların en fazla ağrıdan şikayetçi oldukları dikkati çekti. FM grubundaki hastalarda çeneye yayılan diş ağrısı, baş ağrısı ve omuz-boyun ağrılarının, MPDS grubundaki hastalar kadar yüksek insidansla bulunması ve aradaki farkın önemsizliği Cimino ve arkadaşlarının (24) bulgularına uymaktadır. Kulak çevresi ağrı ve mandibula fonksiyonlarında ağrı varlığının MPDS grubunda istatistiksel olarak daha önemli bulunmuş olması, MPDS'nin daha spesifik olan çiğneme kaslarını etkilediğini kanıtlamaktadır.

Araştırmamızda FM'li hastaların en fazla şikayetçi oldukları vücut ağrılarının literatürle uyumlu olarak (24) %100 oranında belirlenmiş olması, FM'nin etyolojisinde stres ve anksiyetenin

önemli bir rol oynadığını düşündürmektedir. Zira, emosyonel stres sonucu salgılanan adrenalin, çizgili kaslarda cAMP yapımını artırır, fosforilazı aktive eder ve glikojenolisis'e neden olur. Böylece kaslarda glukoz laktik aside kadar yıkılır (36). Laktik asid ise kaslarda ağrı, vücutta ise yorgunluk hissi meydana getirir. Bu olayın uzun sürmesi sonucu meydana gelen kas spazmı, mekanosensitif ağrı reseptörlerini direkt olarak ve oluşturduğu iskemi ile kimosensitif ağrı reseptörlerini indirekt olarak stimüle eder (37). Ayrıca, stres sonucu nöroendokrin sistemdeki dengenin bozulmasıyla, FM'nin patogenezinde de önemli olduğu düşünülen serotonin miktarı azalır, Substance P miktarı artar ve buna bağlı olarak talamus ve kaudal nukleusta regional serebral kan akımı azalır, generalize ağrılar meydana gelir (3,38). Psikolojik faktörlerle FM mevcudiyeti arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda (21,39) depresyon, anksiyete ve stresin muskuloskeletal sistemde daha fazla ağrıya neden olduğu rapor edilmiştir. Araştırmamızda hastaların psikolojik profilleri incelenmedi. Ancak, hastalarımızın doldurduğu formlarda bruksizm, uyku kalitesinde bozulma ve ölüm, boşanma gibi günlük yaşamı etkileyecek olayların yaşanmışlığına ilişkin sorular bulunmaktaydı. Çalışmamızda bruksizm varlığı MPDS grubunda anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Cimino ve arkadaşları ise (24), FM ve MPDS hastaları arasında bruksizm açısından önemli farklılık rapor etmemişlerdir. Uyku kalitesinde bozulma ve günlük yaşamı etkileyecek stres ve üzüntü varlığının araştırmamızda, FM hastalarının yanısıra MPDS hastalarında da yüksek oranlarda bulunmuş olması dikkat çekicidir. Uyku düzeninin bozulmasıyla muskuloskeletal ağrıların meydana gelmesi arasındaki ilişkiye yönelik çalışmalar (40,41), serotonin metabolizmasının uyku düzenlenmesinde ve ağrı hassasiyetinde önemli bir rolü olduğunu ileri sürmektedir. Bulgularımız da bu çalışmalarını destekler niteliktedir.

Sistemik hikayede saptanması gereken önemli bir konu da allerjik durumdur. Özellikle allerjik çocuklarda bruksizm insidansının %60 gibi yüksek bir oranda olduğu bilinmektedir (42). Allerjik-bruksist hastalarda bruksizm, kulakta tubulus disfonksiyonu ile gelişen orta kulak negatif basınç artışına bağlanmaktadır (43). Araştırmamızda hastalarımızın hiçbirinde allerji hikayesi bulunmaktaydı.

Sonuç olarak, gerek MPDS gerekse FM'i tek bir etkene bağlamak hatalıdır. Multifaktöriyel olaylar zincirinin başlamasına neden olan emosyonel stresler, vücutta bir takım biyokimyasal değişikliklere yol açarlar (29). Bunun sonucunda gerek eklemlerde, gerekse kaslardaki dengenin bozulması, muskuloskeletal sistemi ilgilendiren ağrılı klinik tablolar meydana getirebilir. MPDS'nin esasen belirli kasları etkilemesiyle, kasa yönelik tedaviye cevap vermesine rağmen, FM'nin sistemik ilaç rejimiyle tedavi edilen sistemik bir rahatsızlık olduğu düşünülmektedir (44). Ancak bulgularımız, MPDS'nin FM'deki kadar ense, omuz, boyun ve bazı vücut kaslarında ağrılar meydana getirebileceğini, baş ağrısına neden olabileceğini ve uyku kalitesini bozabileceğini ortaya koymakta ve MPDS grubu hastalarının fiziatrist tarafından değerlendirilmesi sonucu 17 hastanın 9'unda (%52.94) 18 belirli anatomik bölgenin en az 11'inde hassas noktaların saptanmasının, bu hastaların fiziatrist tarafından da değerlendirilmesi düşüncesini akla getirmektedir.

Sonuç

Her ne kadar MPDS için lokal, FM için sistemik kökenli rahatsızlık oldukları ileri sürülse de, MPDS ve FM aynı durumun farklı yansımaları olarak düşünülebilir. Dolayısıyla literatür ve çalışmamız bulguları birlikte ele alındığında, ağrının kaynağının belirlenmesinde bu hastalarda multidisipliner yaklaşımın yararlı olabileceğini düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

- Eriksson PO, Lindman R, Stal P, Bengtsson A: Symptoms and signs of mandibular dysfunction in primary fibromyalgia syndrome (PFS) patients. *Swed Dent J* 12:141, 1988
- Hagberg C: General musculoskeletal complaints in a group of patients with craniomandibular disorders (CMD). A case control study. *Swed Dent J* 15:179,1991
- Tunks E, Crook J, Norman J, Kalaher S: Tender points in fibromyalgia. *Pain* 34:11, 1988
- Simons DG: Familial fibromyalgia and/or myofascial pain syndrome. *Arch Phys Med Rehabil* 71: 258, 1990
- Yunus MB, Kalyan-Raman UP, Kalyan-Raman K: Primary fibromyalgia syndrome and myofascial pain syndrome: Clinical features and muscle pathology. *Arch Phys Med Rehabil* 69: 451, 1988
- Bengtsson A, Henriksson KG, Jorfeldt L, Kagedal B, Lenmarken C, Lindstrom F: Primary fibromyalgia. *Scand J Rheumatol* 15: 340, 1986
- Wolfe F: Fibrositis, fibromyalgia and musculoskeletal disease: The current status of the fibrositis syndrome. *Arch Phys Med Rehabil* 69: 527, 1988
- Smythe H: Tender points: Evolution of concepts of the fibrositis/fibromyalgia syndrome. *Am J Med* 81: 2, 1986
- Müller W: The fibrositis syndrome: Diagnosis, differential diagnosis and pathogenesis. *Scand J Rheumatol* 65: 40, 1987
- Neeck G, Riedel G: Neuromediator and hormonal perturbations in fibromyalgia syndrome: Results of chronic stress? *Bailliere's Clinical Rheumatology* 8: 763, 1994
- Campbell SM: Is a tender point a valid concept? *Am J Med* 81: 33, 1986
- Wolfe F, Simons DG, Friction J, Bennett RM, Goldenberg DL, Gerwin R, et al: The fibromyalgia and myofascial pain syndrome: A preliminary study of tender points and trigger points in persons with fibromyalgia, myofascial pain syndrome and no disease. *J Rheumatol* 19: 944, 1992
- Wolfe F, Smithe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al: The American College of Rheumatology 1990. Criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 33: 160, 1990
- Gorrell RL: Musculofascial pain. *JAMA* 142: 557, 1950
- Greene CS, Laskin DM: Long term evaluation of conservative treatment for myofascial pain-dysfunction syndrome. *J Am Dent Assoc* 89: 1365, 1974
- Karakasis D: The incidence of masticatory dysfunction and its relation to masticatory myalgia syndrome. *J Maxillofac Surg* 5: 310, 1977
- Cathey MA, Wolfe F, Kleinheksel SM, Hawley DJ: Socioeconomic impact of fibrositis. A study of 81 patients with primary fibrositis. *Am J Med* 81: 78, 1986
- Forseth KO, Gran GT: The prevalence of fibromyalgia among women aged 20-49 years in Arendal, Norway. *Scand J Rheumatol* 21: 74, 1992
- Jacobsen S, Petersen IS, Samsøe BD: Clinical features in patients with chronic muscle pain- with special reference to fibromyalgia. *Scand J Rheumatol* 22:69,1993
- Wolfe F, Hawley DJ, Cathey MA, Caro X, Russell IJ: Fibrositis: Symptom frequency and criteria for diagnosis. An evaluation of 291 rheumatic disease patients and 58 normal individuals. *J Rheumatol* 12: 1159, 1985
- Yunus MB, Ahles TA, Aldag JC, Masi AT: Relationship of clinical features with psychological status in primary fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism* 34:15,1991
- Yunus MB, Masi AT, Calabro JJ, Miller KA, Feigenbaum SL: Primary fibromyalgia (fibrositis): Clinical study of 50 patients with matched normal controls. *Semin Arthritis Rheum* 11: 151, 1981
- Yunus MB, Kalyan-Raman UP, Kalyan-Raman K, Masi AT: Pathologic changes in muscle in primary fibromyalgia syndrome. *Am J Med* 81: 38, 1986
- Cimino R, Michelotti A, Stradi R, Farinero C: Comparison of clinical and psychological features of fibromyalgia and masticatory myofascial pain. *J Orofac Pain* 12: 35, 1998

25. Russell IJ, Vaeroy H, Javors M, Nyberg F: Cerebrospinal fluid biogenic amine metabolites in fibromyalgia/fibrositis syndrome and rheumatoid arthritis. *Arthritis and Rheumatism* 35: 550, 1992
26. Meisler JG: Chronic pain conditions in women. *J Womens Health* 8: 313, 1999
27. Bennett RM, Clark SC, Walczyk J: A randomized, double-blind, placebo-controlled study of growth hormone in treatment of fibromyalgia. *Am J Med* 104: 227, 1998
28. Hijzen TH, Slangen JL: Myofascial pain-dysfunction: Subjective signs and symptoms. *J Prosth Dent* 54: 705, 1985
29. Lerman MD: A unifying concept of the TMJ pain-dysfunction syndrome. *J Am Dent Assoc* 86: 833, 1973
30. Weinberg LA: An evaluation of stress in temporomandibular joint dysfunction-pain syndrome. *J Prosth Dent* 38: 192, 1977
31. Kawamura Y, Majima T: Temporomandibular joint sensory mechanisms controlling activities of the jaw muscles. *J Dent Res* 43: 150, 1964
32. Shaber EP: Considerations in the treatment of muscle spasm. In: Morgan DH, House LR, Hall WP, Vamvas SJ: *Diseases of the temporomandibular apparatus. A multidisciplinary approach*, St. Louis, C.V. Mosby Co., 1982, s:278
33. Or S: Temporomandibuler eklem disfonksiyon sendromlu hastalarda klinik inceleme. *AÜ Diş Hek Fak Derg* 15: 77, 1988
34. Aksoy C, Keskin H, Tuncer N: Temporomandibuler eklem/ağrı disfonksiyon sendromunda multidisipliner yaklaşımlar. In: Keskin H, Özdemir T, Tuncer N, Aksoy C: *Gnatoloji*, İstanbul, İÜ Basımevi ve Film Merkezi, 1997, s:39
35. Atasever N, Öktemer M: T.M.E. disfonksiyon-ağrı sendromunun etiolojisi. *HÜ Diş Hek Fak Derg* 11: 238, 1987
36. Sandalcı Ö: Sürrenal Medullasının Hastalıkları. In: Büyüköztürk K: *İç hastalıkları*, İstanbul, Tayf Ofset, 1992, s:322
37. Guyton AC: *Textbook of medical physiology (Tıbbi fizyoloji)*. 7. Baskı, Cilt 2, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 1986, s:848,1464
38. Gibson SJ, Littlejohn GO, Gorman MM, Helme RD, Granges G: Altered heat pain thresholds and cerebral event-related potentials following painful CO2 laser stimulation in subjects with fibromyalgia syndrome. *Pain* 58: 185, 1994
39. Goldenberg DL: Psychologic studies in fibrositis. *Am J Med* 81: 67, 1986
40. Chase TN, Murphy DI: Serotonin and central nervous system function. *Ann Rev Pharmacol Toxicol* 13: 181, 1983
41. Saskin P, Moldofski H, Lue FA: Sleep and post-traumatic rheumatic pain modulation disorder (fibrositis syndrome). *Psychosom Med* 48: 319, 1986
42. Garry JF: Early iatrogenic orofacial muscle, skeletal, and TMJ dysfunction. In: Morgan DH, House LR, Hall WP, Vamvas SJ: *Diseases of the temporomandibular apparatus. A multidisciplinary approach*, St. Louis, C.V. Mosby Co., 1982, s:62
43. Marks M: Bruxism in allergic children. *Am J Orthod* 7: 48, 1980
44. Friction JR: Clinical care for myofascial pain. *Dent Clin North Am* 35: 1, 1991