



Romatoid Artritli Hastalarda Fibromiyaljinin Hastalık Aktivitesine Etkisi

The Affect of Fibromyalgia on Disease Activity in Rheumatoid Arthritis Patients

Ahmet Bal, Nil Sayiner Çağlar, Sibel Çağlar Okur, Türkan Akın, Ebru Aytekin, Esra Çetin, Yasemin Pekin Doğan, İbrahim Halil Erdem, Özcan Aşyar

Özet / Abstract

Amaç: Romatoid Artritli (RA) hastalarda fibromiyaljinin (FM) hastalık aktivitesi ve yaşam kalitesi üzerine olan etkisini araştırmak.

Yöntemler: Çalışmaya prospektif, randomize olarak romatizmal hastalıklar polikliniğimize başvuran Amerikan Romatoloji Derneğinin (ACR) 1987 RA kriterlerine göre en az 2 yıldır tanı almış olan 96 RA hastası alındı. Hastaların demografik özellikleri, hassas ve şiş eklem sayıları, sabah tutukluk süreleri, ağrı düzeyleri (VAS: Visual Analog Scale), kullandıkları DMARD (Disease Modifying Anti Rheumatismal Drug) sayıları, hastalık süreleri, CRP (C-reaktif protein), eritrosit sedimentasyon hızı (ESH), RF (Romatoid Faktör) ve anti-CCP (Anti Cyclic Citrullinated Peptide) düzeyleri kaydedildi. Hastalık aktivitesini belirlemek için DAS 28 (Disease Activity Score) skoru hesaplandı. Yaşam kalitesini değerlendirmek için HAQ (Health Assessment Questionnaire) ve SF-36 (Short Form 36) formları dolduruldu. Tüm hastalarda ACR, 1990 Fibromiyalji kriterleri esas alınarak FM araştırıldı. Hastalar FM tanısı alan ve FM tanısı almayan olarak 2 gruba ayrıldı. Gruplar; hastalık aktivitesi (DAS 28), yaşam kalitesi (HAQ, SF-36), sabah tutukluk süreleri, HES ve ŞES, ağrı düzeyleri (VAS), kullanılan DMARD sayıları, hastalık süreleri, laboratuvar tanı ve aktivite parametreleri (CRP, ESH, RF, anti-CCP) değerleri bakımından karşılaştırıldı.

Bulgular: Gruplar arasında sabah tutukluk süresi, hastalık süresi, şiş eklem sayısı, kullanılan DMARD sayısı, CRP, ESH, RF ve anti-CCP değerleri bakımından anlamlı bir farklılık görülmedi ($p>0,05$).

FM ile birlikte olan RA hastalarında VAS, HAQ, DAS 28 değerleri, FM ile birlikte olmayan RA hastalarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek, SF 36 ise anlamlı olarak daha düşük saptandı ($p<0,05$).

Sonuç: Fibromiyaljinin RA'lı hastalarda hastalık aktivitesi ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir hastalık olduğu ve RA hastalarında hastalık aktivitesi değerlendirilirken FM'nin mutlaka göz önünde bulundurulması gerektiği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Romatoid Artrit, fibromiyalji, hastalık aktivitesi, yaşam kalitesi

Objective: The aim of the study is to determine the effect of fibromyalgia (FM) on disease activity and quality of life in rheumatoid arthritis (RA) patients.

Methods: This was a randomized and prospective study conducted in 96 RA patients admitted to our rheumatic diseases outpatient clinic, diagnosed according to the American College of Rheumatology (ACR) 1987 criteria at least for 2 years. Data composed of demographical properties, painful and swollen joints, duration of morning stiffness, level of pain by Visual Analog Scale (VAS), number of used disease-modifying antirheumatic drugs (DMARD), and disease duration of all patients. In addition C-reactive protein (CRP), erythrocyte sedimentation rate (ESR), rheumatoid factor (RF), and anticyclic citrullinated peptide (anti-CCP) levels were measured. Disease Activity Score 28 (DAS28) was used to assess disease activity and Health Assessment Questionnaire (HAQ) and short form (SF-36) were used to assess the quality of life. FM diagnosis was primarily made on the basis of the ACR 1990 FM criteria. After then, two groups were generated as FM-positive and FM-negative patients. Disease activity (DAS28), quality of life (HAQ and SF-36), morning stiffness durations, numbers of painful and swollen joints, pain levels by VAS, number of DMARDs used, duration of disease, and laboratory diagnosis as well as activity parameters (CRP, ESR, RF, and anti-CCP) were compared between the two groups.

Results: There was no significant difference in the duration of morning stiffness, duration of disease, number of used DMARDs, CRP, ESR, RF, and anti-CCP ($p>0,05$) between the two groups.

RA patients with FM showed significantly higher scores of VAS, HAQ, and DAS28 and more painful joints than RA patients without FM; SF 36 scores were significantly lower in FM patents ($p<0,05$).

Conclusion: FM adversely affects disease activity and quality of life in patients with RA. It may be help full to consider FM while evaluating disease activity in RA patients.

Keywords: Fibromyalgia, rheumatoid arthritis, disease activity, quality of life

Istanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul, Türkiye

Yazışma Adresi

Address for Correspondence:

Nil Sayiner Çağlar, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul, Türkiye
Tel.: +90 532 264 25 81
E-posta: nilcag@yahoo.com

Geliş Tarihi/Received:
12.08.2014

Kabul Tarihi/Accepted:
27.12.2014

© Copyright 2015 by Available online at
www.istanbulmedicaljournal.org

© Telif Hakkı 2015 Makale metnine
www.istanbultipdergisi.org web sayfasından
ulaşılabilir.

Giriş

Romatoid Artrit (RA), etiyolojisi tam olarak bilinmeyen sinoviyal dokularda patolojik değişikliklerle başlayan, primer olarak periferik eklem ve dokularda harabiyetle sonuçlanan kronik poliartiküler eklem tutulumu ile karakterize, sistemik inflamatuvar otoimmün bir hastalıktır (1-3). RA'nın hastalar üzerindeki en önemli etkileri, sinovit ve ilerleyici eklem hasarının yol açtığı inatçı ağrı ve fonksiyonel kayıptır (3). Hastalığın kronik süreci ve oluşturduğu yetersizlikten dolayı hastalığın erken dönemlerinden itibaren hastaların fiziksel, emosyonel ve sosyal fonksiyonları etkilendir, fonksiyonel yetersizlik ve yaşam kalitesinde azalma meydana gelir (4, 5).

Fibromiyalji sendromu (FMS), etiyolojisi belli olmayan yaygın vücut ağrıları, belirli anatomik bölgelerde hassasiyet, azalmış ağrı eşiği, uyku bozuklukları, yorgunluk ve sıklıkla psikolojik sıkıntı ile karakterize eklem dışı romatizmal bir hastalıktır (6). Fibromiyaljinin etiyolojisi ve mekanizmaları tam olarak anlaşılamamakla birlikte, ortaya çıkmasında nöroendokrin disfonksiyonlar yanı sıra santral ağrı mekanizmaları ve santral sensitizasyon en önemli faktörler olarak gözükmemektedir (7). Yaygın kas iskelet sistemi ağrıları bulunmasına karşın, fizik muayene, laboratuvar bulguları ve radyolojik tetkikler normaldir. Hastalık daha çok 40-50 yaş arasındaki kadınlarda görülmektedir (8).

inflamasyon ve eklem hasarı gibi objektif bir bulgu olmamasına rağmen, Fibromyalji (FM) yaşam kalitesini RA ile aynı ölçüde azaltabilir. Sivas ve ark. (9) yaptıkları bir çalışmada inflamatuvar olmayan bir hastalık olan FM' nin RA'lı hastalarda eklemlerde hassasiyet ve ağrı gibi subjektif şikayetlere yol açması nedeniyle DAS 28' de ki yüksek skorlara neden olabileceğini göstermişlerdir (9).

Çalışmanın amacı, RA tanısı alan hastalarda saptanan Fibromyaljinin hastalık aktivitesi ve yaşam kalitesi üzerine olan etkisini araştırmaktır.

Yöntemler

Bu çalışmaya Ocak 2012-Nisan 2012 tarihleri arasında hastanemiz Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Romatizmal hastalıklar polikliniğine başvuran ACR 1987 tanı kriterlerine göre RA tanısı alan ve en az 2 yıllık hastalık tanısı süresine sahip olan 18-75 yaş aralığında 96 hasta alındı. Çalışmaya Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar ve Etik Değerlendirme Kurulundan onay alındı. Klinik Araştırmalar Etik Değerlendirme Kurulundan onay alındı. Hastalara araştırmanın amacı hakkında sözlü ve yazılı bilgilendirme yapılarak, gönüllü hastalar çalışmaya dâhil edildi ve hasta onam formu dolduruldu. Malignite, aktif enfeksiyon, belirgin nörolojik defisit varlığı ve diğer inflamatuvar romatizmal hastalıklardan herhangi birine sahip olanlar, mental açıdan soruları anlayıp cevap verme yetisine sahip olmayanlar ve anket doldurmak için yeterli entelektüel düzeyde olmayan hastalar çalışmaya alınmadı.

Hastaların yaş, cinsiyet, meslekleri, medeni halleri, kullandığı ilaçlar (non-steroidal anti inflamatuvar ilaçlar (NSAİ)), hastalık modifiye edici ilaçlar (DMARDs), kortikosteroid (CS), Anti Tümör Nekrotizan Faktör Alfa İnhibitörleri (Anti-TNF inhibitörleri), hastalık süreleri ve sabah tutukluk süreleri sorgulandı. Laboratuvar parametresi olarak CRP, ESH, RF ve anti-CCF düzeyleri kaydedildi.

Hastalık aktivitesinin değerlendirilmesinde DAS 28 skoru kullanıldı. Elde edilen sonuçlar $>5,1$ yüksek aktivite, $>3,2 \leq 5,1$ ılımlı hastalık aktivitesi, $\geq 2,6 \leq 3,2$ düşük hastalık aktivitesi ve remisyon $<2,6$ olarak belirlenen çizelgeye göre değerlendirildi (1, 2).

Çalışmamızda ağrı şiddeti Vizüel Analog Skala (VAS) ile değerlendirildi (10). VAS'ın iki ucu farklı olarak numaralandırılmış olup sol taraftaki 0 rakamı hiç ağrı olmadığını, sağ taraftaki 10 rakamı ise düşünülebilecek en şiddetli ağrıyı ifade etmektedir. Hastaya son bir haftada hissettiği ağrı şiddetinin ortalaması soruldu ve çizgi işaretlemesi istendi.

Hastaların yaşam kalitesi SF-36 kullanılarak değerlendirildi. Kısa Form -36 (SF-36, Short Form36), yaşam kalitesini değerlendirmek için klinik pratikte ve araştırmalarda kullanılmak üzere geliştirilmiştir (11). SF-36 fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, vücut ağrısı, genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ile mental sağlık olmak üzere sekiz alt skala ve 36 sorudan oluşmaktadır. SF-36' nın Türkçe geçerlilik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (11).

Hastaların fonksiyonel becerilerinin derecesini ölçmek için HAQ kullanıldı. HAQ, gelecekteki özürüllük ve zararın iyi bir göstergesidir. Geçen bir hafta boyunca hastanın günlük becerileri değerlendirilir (5). HAQ' ın Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Küçükdeveci ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (12).

Çalışmaya dâhil edilen tüm hastalarda ACR 1990 FM tanı kriterleri esas alınarak FM varlığı araştırıldı (13). Hastalar FMS tanısı alan ve almayan hastalar olarak iki gruba ayrıldı. Grupların sabah tutukluk ve hastalık süreleri, hassas ve şiş eklem sayıları kullanılan ilaçları, ağrı düzeyleri, laboratuvar parametreleri, hastalık aktivite ve yaşam kalitesi skorları karşılaştırıldı.

İstatistiksel analiz

Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, oran, frekans değerleri kullanılmıştır. Verilerin dağılımına kolmogorov simirnov testi ile bakıldı. Verilerin dağılımına göre Mann-wihitrey u-testi ve bağımsız örneklem t-testi kullanılmıştır. Oransal verilerin analizinde ki-kare testi kullanıldı. Ki-kare test koşulları sağlanamadığında fisher testi kullanıldı. İki farklı yıldaki teşhis protokolü arasındaki uyumkappa uyum analizi ile ölçüldü. Analizlerde SPSS 20.0 programı kullanılmıştır. İstatiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak alındı.

Bulgular

Çalışmaya ACR 1987 tanı kriterlerine göre en az 2 yıldır RA tanısı almış 82 kadın, 14 erkek hasta dâhil edildi. Tüm hastaların 63' ü (%65,6) ev hanımı, 24' ü (%25) çalışan, geri kalan 9 hasta (%9,4) ise emekli idi. 96 hastanın 21' inde (%21,8) FM saptandı. FM tanısı konan hastaların tamamı (%100) kadındı. Erkek hastaların hiçbirinde (%0) FM saptanmadı. FM olan ve FM olmayan hastalar arasında cinsiyet oranları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı ($p=0,032$, $p < 0,005$). Yaş ortalaması ve meslek dağılımı yönünden gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($p < 0,05$) (Tablo 1).

FM' si olan hastalarda sabah tutukluğu olan hasta oranı %76,2 iken, FM' si olmayanlarda oran %36,0 olarak tespit edildi ve istatistiksel yönden anlamlı bulundu ($p < 0,05$). FM' si olan ve olmayan hastalar arasında sabah tutukluğu süresi şiş eklem sayısı (ŞES) yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($p > 0,05$) (Tablo 2).

FM' si olan hastalarda hassas nokta oranı (%100), FM' si olmayanlardaki hassas nokta oranına (%54,7) göre FM' si olan hastalarda hassas nokta sayısı ($12,76 \pm 1,51$), FM' si olmayanlara ($3,68 \pm 2,26$) göre anlamlı olarak daha yüksekti ($p < 0,05$) (Tablo 2).

FM tanısı alan RA hastalarının hastalık süresi ortalaması DMARD kullanım oranı, kullanılan DMARD sayısı bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p > 0,05$) (Tablo 3).

FM tanısı olanların VAS ağrı puanı ortalaması $6,0 \pm 2,4$, FM tanısı almayanların $3,9 \pm 2,7$ olarak tespit edildi. FM ve RA birlikteliği olan hastalarda VAS, DAS28, HAQ değerleri birliktelik olmayan gruba göre anlamlı düzeyde yüksek, SF 36 skoru ise anlamlı düzeyde düşüktü ($p < 0,05$) (Tablo 4).

FM' si olan hastalarda SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin iki özet alt skalasından biri olan fiziksel komponent skoru (FKS) ortalama değeri $33,52 \pm 10,74$ iken FM' si olmayan hastaların ortalaması $41,16 \pm 10,31$ saptandı. SF-36'nın diğer bir özet skalası olan mental komponent skoru (MKS) FM' si olan hastalarda ortalama $33,81 \pm 9,82$ iken FM' si olmayanlarda $43,17 \pm 11,30$ olarak saptandı. FM' si olan hastalarda FKS ve MKS değerleri anlamlı olarak daha düşük bulundu ($p < 0,05$) (Tablo 4).

FM tanısı alan ve almayan grup arasında CRP, ESH, RF ve anti-CCP değerlerinde istatistiksel açıdan anlamlı farklılık yoktu ($p > 0,05$).

Tablo 1. Hastaların demografik özelliklerinin karşılaştırılması

		Fibromiyalji Tanısı ACR-1990				
		Var		Yok		
		Ort.±s.s. / n-%		Ort.±s.s. / n-%		p
Cinsiyet	Kadın	21	100,0%	61	81,3%	0,032
	Erkek	0	0,0%	14	18,7%	
Yaş		49,43±9,14		49,19±9,78		0,919
Meslek	Ev Hanımı	15	71,4%	48	64,0%	0,771
	Çalışan	4	19,0%	20	26,7%	
	Emekli	2	9,5%	7	9,3%	
Ki-kare test/Bağımsız örneklem t test						

Ki-kare test/Bağımsız örneklem t test

Tablo 2. FM ve RA birlikteliği olan ve olmayan hastaların sabah tutukluğu, HES, ŞES' nin karşılaştırılması

	Fibromiyalji Tanısı ACR-1990				p
	Var		Yok		
	Ort.±s.s. / n-%		Ort.±s.s. / n-%		
Sabah tutukluğu	16	76,2%	27	36,0%	0,001
Sabah tutukluğu süresi (dk)	45,31±41,05		41,30±36,55		0,741
Şiş eklem	7	33,3%	23	30,7%	0,816
ŞES	3,71±2,56		4,04±3,40		0,940
Hassas eklem	21	100,0%	57	76,0%	0,013
HES	9,24±5,44		4,04±5,75		0,000
Hassas nokta	21	100,0%	41	54,7%	0,000
Hassas nokta sayısı	12,76±1,51		3,68±2,26		0,000
Ki-kare test/Bağımsız örneklem t test/Mann-whitney u test					

Ki-kare test/Bağımsız örneklem t test/Mann-whitney u test

Tartışma

Mevcut tedavi seçenekleri RA'yı ne önleyebilmekte ne de tam olarak tedavi edebilmektedir. Bu nedenle hastalığın tedavisinde ana amaç, yaşam kalitesini arttırmak ve özürüllüğü azaltmak yoluyla hastalığın, hastanın hayatı üzerindeki olumsuz etkisini en aza indirmektir (14). Etkili bir tedavi programının planlanabilmesi ve başarılı olabilmesi için semptomlar, fonksiyonel durum ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin iyi anlaşılır olması gerekmektedir (4). Bu ilişkilerin bilinmesi, hastalığın klinik seyri sırasında kişiye özel rehabilitasyon programı oluşturulmasında yardımcı olacaktır.

Fibromiyalji sendromu ise; genellikle allodini ve hiperalejinin eşlik ettiği yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği birçok çalışmayla gösterilmiş, kronik yaygın ağrı ve spesifik anatomik bölgelerde bulunan hassas noktalar ile karakterize çok boyutlu bir hastalıktır. 1990 ACR tanı kriterlerine göre FMS tanısı için en az üç aydır, vücudun dört kadranında (aksiyet iskelet de dahil) yaygın ağrı bulunması ve fizik muayenede 18 hassas noktadan 11'in de palpasyonla ağrı saptanması gerekmektedir. FMS birçok hastada yorgunluk, tutukluk uyku bozukluğu, depresyon ve anksiyete gibi komorbiditelerle ilişkili olduğundan sınıflandırılması ve tedavisi oldukça zordur (15, 16).

İnflamasyon veya eklem hasarı gibi objektif bir bulgu olmamasına rağmen, FMS yaşam kalitesi ölçütlerinden olan SF-36 ve HAQ değerlerini RA ile aynı ölçüde olumsuz yönde etkileyebilmektedir (17).

Tablo 3. FM ve RA birlikteliği olan ve olmayan hastaların hastalık süresi ve kullanılan DMARD sayısının karşılaştırılması

Fibromiyalji Tanısı ACR-1990					
	Var		Yok		p
	Ort.±s.s. / n-%		Ort.±s.s. / n-%		
Hastalık Süresi	8,05±7,32		9,07±8,32		0,745
DMARD Kullanımı	21	100,0%	71	94,7%	0,573
Kullanılan DMARD Sayısı	1,33±0,66		1,33±0,54		0,461
Ki-kare test/Mann-whitney u test					

Ki-kare test/Mann-whitney u test

Tablo 4. FM ve RA birlikteliği olan ve olmayan hastaların VAS, DAS28, HAQ, SF 36 parametrelerinin karşılaştırılması

		Fibromiyalji Tanısı ACR-1990				
		Var		Yok		
		Ort.±s.s. / n-%		Ort.±s.s. / n-%		p
VAS		6,0±2,4		3,9±2,7		0,002
DAS 28		4,33±0,91		3,46±1,11		0,001
DAS 28	Remisyonunda	0	0,0%	12	16,0%	0,006
	Düşük aktivite	4	19,0%	31	41,3%	
	Orta-Yüksek aktivite	17	81,0%	32	42,7%	
HAQ skoru		16,05±9,54		9,25±8,27		0,002
FKS		33,52±10,74		41,16±10,31		0,004
MKS		33,81±9,82		43,17±11,30		0,001
Ki-kare test/Mann-whitney u test						

Ki-kare test/Mann-whitney u test

Yaptığımız çalışmada FM'nin RA hastalık aktivitesine etkisi araştırıldı. Bu etkiyi değerlendirirken RA' da hastalık aktivitesini değerlendirilmede kullandığımız en önemli parametrelerden biri olan DAS 28 esas alındı. Yaşam kalitesi ölçütlerinden olan SF 36 ve HAQ, hem RA hem de FM' de yaşam kalitesini değerlendirmede kullanılan parametreler olduğundan FM'nin RA' ya etkisini araştırırken kullandığımız diğer kriterler oldu. Ayrıca sabah tutukluğu, ağrı düzeyi (VAS), kullanılan DMARD sayısı, hassas eklem sayısı (HES) ve ŞES bakımından her iki grup karşılaştırılıp FM'nin RA' ya olan etkisi değerlendirilmiş oldu.

FM ile RA ilişkisini ve FM'nin RA'lı hastaların hastalık aktivitesi ve yaşam kalitesi üzerine etkilerini araştırarak birçok çalışma yapılmıştır. Sivas ve ark. (9) 2010 yılında yaptığı çalışmada FM' de yüksek DAS 28 skorlarına rastlandığını ve RA' da ki hastalık aktivitesinin değerlendirilmesi sırasında araya giren enfeksiyonların veya FM gibi eşlik eden hastalıklarında DAS 28 skorunda dalgalanmalara neden olabileceğini belirtmişlerdir.

Kapoor ve arkadaşları 2011' de 285 RA hastasıyla yaptıkları RA hastalarında FM sıklığını ve FM' nin hastalık aktivite kriterlerinden DAS 28' e etkisinin araştırıldığı çalışmalarında, FM olan grupta DAS 28 değerlerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (18).

RA hastalarında FM sıklığını ve FM' nin RA'ya olan etkisinin araştırıldığı çalışmalarda da DAS 28 skorları yüksek olarak bulundu (19-22). Yapılan çalışmalar da FM ile birlikte olan RA'lı hastalarda DAS 28' in daha yüksek ölçülmesinde alta yatan neden olarak DAS 28' de ki subjektif komponentlerden olan hassas eklem sayısı ve VAS' in FM' den daha yüksek skorlar almasıyla açıklanmıştır.

Bizim yaptığımız çalışmada, 96 RA hastasından 21'i (%21,8) FM tanısı almış olup, önceki yıllarda yapılmış çalışmalarla uyumlu olarak bizim çalışmamızda da FM ile birlikte olan RA hastalarında, FM olmayan gruba göre anlamlı olarak daha yüksek DAS 28 skorları ölçüldü.

RA'nın en önemli hastalık aktivite kriterlerinden olan DAS 28'in hesaplanmasında bilindiği gibi dört bileşen esas alınmaktadır. Bunlar HES, ŞES, ESH ve VAS'dır. FM'nin RA hastalık aktivitesine etkilerini araştıran benzer çalışmalarda, FM ile birlikte olan RA hastalarında HES ve VAS değerlerinin, FM ile birlikte olmayan RA hastalarına göre anlamlı olarak yüksek bulunmuş olup, aynı çalışmalarda hastalar sedimantasyon ve ŞES bakımından da karşılaştırılmış ve iki grup arasında anlamlı farklılık görülmediği sonucuna varılmıştır (19-22).

Bizim çalışmamızda da daha önce yapılan çalışmalara benzer olarak, FM ile birlikte olan RA hastalarında, sadece RA olan hastalara göre ŞES ve ESH değerleri bakımından anlamlı farklılık saptanmazken, FM ile birlikte olan RA hastalarında HES ve VAS değerleri anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bu bulgular, FM'nin DAS 28'de ki subjektif bileşenlerden HES ve VAS'ı etkileyerek RA hastalarında yüksek hastalık aktivitesine neden olduğunu desteklemektedir.

Daha önce yapılan çalışmalarda hem FM'nin hem de RA'nın yaşam kalitesi ölçütlerinden HAQ ve SF-36 değerlerini olumsuz etkileyerek düşük SF-36 ile yüksek HAQ skorlarına neden olduğu bildirilmiştir (9, 17-21). Kolahi ve arkadaşlarının yaptığı bir başka çalışmada hem FM grubunda hem de RA grubunda SF-36'nın alt skalalarından olan mental ve fiziksel komponent skorlarının sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük saptandığı görülmüştür (23).

Bizim yaptığımız çalışmada da yapılan çalışmalara benzer olarak FM ile birlikte olan RA hastalarında, FM olmayan RA hastalarına göre SF-36 özet alt skalaları olan FKS ve MKS ortalama değerlerinin anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmüştür.

Yaptığımız çalışmada diğer yaşam kalitesi ölçütlerinden olan HAQ skorunun da, daha önce yapılan çalışmalara benzer olarak FM ile birlikte olan RA hastalarında anlamlı olarak daha yüksek görüldüğü FM'nin RA hastalarında yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği anlaşılmıştır.

Yaptığımız çalışmada vardığımız önemli sonuçlardan biri de FM'nin RA remisyon kriterlerinden olan sabah tutukluğu süresi üzerine olan etkisi olmuştur. FM ile birlikte olan RA hastalarında, FM tanısı olmayan RA hastalarına göre sabah tutukluğu süresi anlamlı olarak farklılık göstermemiştir. Ancak sabah tutukluğu varlığı, FM saptanan hastalarda anlamlı olarak daha yüksek oranda görülmüştür. Ranzolin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada FM ile birlikte olan RA hastalarında sabah tutukluğu süresinin anlamlı olarak daha uzun olduğu saptanmıştır (21). FM'nin RA hastalarında sabah tutukluğu süresi ve varlığı üzerinde olumsuz etkiye sahip olduğu belirtilse de bu konuyla ilgili daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır.

Yapılan çalışmalarda RA hastalarında hastalık aktivitesi ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkiye sahip olduğu belirtilen FM'nin, RA hastalarında kullanılan ana tedavi olan DMARD sayısı üzerindeki etkisi de gösterilmiştir. FM ile birlikte olan RA hastalarının daha fazla sayıda DMARD kullandığını belirtmişlerdir (21, 24). Bizim yaptığımız çalışmada ise daha önce yapılan çalışmaların aksine FM ile birlikte olan RA hastalarının, FM tanısı olmayan RA hastalarına

göre kullanılan DMARD sayısı bakımından anlamlı bir farklılık saptanmadı. Bu durum, önceki çalışmalara nazaran hasta sayımızın az olmasıyla ilgili olabilir.

Sonuç

FM ile birlikte olan RA hastalarında, FM ile birlikte olmayan RA hastalarına göre DAS 28, HAQ, VAS değerlerinin daha yüksek, SF-36 skorlarının daha düşük olduğu görüldü. Fibromiyaljinin RA'lı hastalarda hastalık aktivitesini ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir hastalık olduğu yüksek DAS 28 skoruna sahip RA'lı hastalarda tedavi protokolü belirlenirken, FM'nin de RA'ya eşlik edebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Etik Kurul Onayı: Bu çalışma için etik komite onayı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar ve Etik Değerlendirme Kurulu'ndan alınmıştır.

Hasta Onamı: Yazılı hasta onamı bu çalışmaya katılan hastalardan alınmıştır.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - A.B., N.S.Ç.; Tasarım - S.Ç.O., Y.P.D., ; Denetleme - E.A., T.A.; Kaynaklar - E.Ç., İ.H.E.; Malzemeler - Ö.A., A.B.; Veri toplanması ve/veya işlemesi - N.S.Ç., E.A.; Analiz ve/veya yorum - Y.P.D., S.Ç.O.; Literatür taraması - İ.H.E., E.Ç.; Yazıyı yazan - A.B., S.Ç.O.; Eleştirel inceleme - E.A., E.Ç.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Ethics Committee Approval: Ethics committee approval was received for this study from the ethics committee of İstanbul Training and Research Hospital Clinic Research and Ethical Committee.

Informed Consent: Written informed consent was obtained from patients who participated in this study.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept - A.B., N.S.Ç.; Design - S.Ç.O., Y.P.D., ; Supervision - E.A., T.A.; Funding - E.Ç., İ.H.E.; Materials - Ö.A., A.B.; Data Collection and/or Processing - N.S.Ç., E.A.; Analysis and/or Interpretation - Y.P.D., S.Ç.O.; Literature Review - İ.H.E., E.Ç.; Writer - A.B., S.Ç.O.; Critical Review - E.A., E.Ç.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

Kaynaklar

1. Dedhia HV, Bartolomeo A. Rheumatoid arthritis. Crit care clin 2002; 18: 841-54. [\[CrossRef\]](#)
2. Kelley WN, Harris E.D, Ruddy S, Sledge C.B. Text book of rheumatology. Fifty edition. United States of America. WB Saunders Company 1997; 851-951.
3. Pollard L, Choy EH, Scatt DL. The consequences of rheumatoid arthritis: Quality of life measures in the individual patient. Clin Exp Rheumatol 2005; 23 (Suppl. 39): 43-52.

4. Katz PP. The impact of rheumatoid arthritis on life activities. *Arthritis Care Res* 1995; 8: 272-8. [\[CrossRef\]](#)
5. Solaffi F, Stancati A. Disability and quality of life of patients with rheumatoid arthritis Assessment and perspectives. *Rhematismo* 2004; 56 (1 Suppl 1): 87-106.
6. Canturk F. Fibromiyalji ve Diğer Eklem Dışı Romatizmal Hastalıklar. Beyazova M, Kutsal YG. (Editörler) Fiziksel tıp ve Rehabilitasyon. Güneş Tıp Kitabevi. Ankara 2000; Cilt 2, 7 (12), 1654-61.
7. İnancı F. Fibromiyalji ve Myofasiyal Ağrı Sendromları. Türkiye Klinikleri Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi 2005; 10: 11-8.
8. İnancı F. Fibromiyalji Sendromu. Beyazova M, Kutsal Y.G. (Editörler) Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon. Güneş Tıp Kitabevi, Ankara 2011; cilt 2, 6 (143), 2365-77.
9. Sivas et al. DAS 28 and Quality of life in patients with RA and FM. *Turk j Rheumatol* 2010; 25: 179-83. [\[CrossRef\]](#)
10. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36 – item short form Health survey (SF-36). 1. Conceptual frome work and item selection. *Med Care* 1992; 30: 473-83. [\[CrossRef\]](#)
11. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N, Memiş A. Kısa Form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği Romatizmal hastalığı olan bir grup hasta ile çalışma. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999; 12: 102-6.
12. Küçükdeveci AA, Şahin H, Ataman S, Griffiths B, Tennant A. Issues in crosscultural validity: example from the adaptation, reliability and validity testing of a Turkish version of the Stanford Health Assessment Questionnaire. *Arthritis Rheum* 2004; 51: 14. [\[CrossRef\]](#)
13. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia, Report of the multicenter criteria committee. *Arthritis Rheum* 1990; 33: 160-72. [\[CrossRef\]](#)
14. Griffith J, Carr A. What is the impact of early rheumatoid arthritis on the individual? *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2001; 15: 77-90. [\[CrossRef\]](#)
15. Walfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2010; 62: 600-10. [\[CrossRef\]](#)
16. Kindler LL, Bennett RM, Jones KD. Central sensivity Syndromes: mounting pathophysiologic evidence to link fibromyalgia with other common Chronic pain disorders. *Pain Manag Nurs* 2011; 12: 15-24. [\[CrossRef\]](#)
17. Birtane M, Uzunca K, Taştekin N, Tuna H: The evaluation of Quality of life in fibromyalgia syndrome: a comparison with rheumatoid arthritis by using SF-36 Health survey. *Clin Rheumatol* 2007; 26: 679-84. [\[CrossRef\]](#)
18. Kapoor SR, Hider SL, Brownfield A, Maltey DL, Packham JC. Fibromyalgia in patients with rheumatoid arthritis: driven by depression or joint damage. *Clin exp Rheumatol* 2011; 29 (6 Suppl 69), 588-91. [Epub 2012 Jan 3].
19. Pollord LC, Kingsley GH, Choy EH, Scott DL. Fibromyalgia rheumatoid arthritis and disease Assessment. *Rheumatology* 2010; 49: 924-8. [\[CrossRef\]](#)
20. Coury F, Rossat A, Tebib A, Letroublan MC, Gagnard A, Fantino B, Tebib JG. Rheumatoid arthritis and fibromyalgia; a frequent unrelated association complicating disease management. *J Rheumatol* 2009; 36: 58-62.
21. Ranzolin A, Brerol JC, Bredemier M, Guarienti J, Rizzalt M, Feldman D, Xavier RM. Association of concomitant fibromyalgia with worse disease activity score in 28 joints Health Assessment questionnaire and short form 36 scores in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2009; 61: 794-800. [\[CrossRef\]](#)
22. Roig Vilaseca D, Hoces Otero C. Effect of the coexistence of fibromyalgia in the DAS 28 index in women with rheumatoid arthritis. *Rheumatol clin* 2008 May; 4: 96-9.
23. Kolahi S, Khbazi A, Hajaliloo M, Namvar L, Farzin H. The Evaluation of Quality of life in women with rheumatoid arthritis, osteoarthritis and fibromyalgia as compared with quality of life in normal women. *The Internet Journal of Rheumatology* 2011; 7: 1-7.
24. Naranjo A, Ojeda S, Francisco F, Erausquin C, Rua-Figueroa I, Rodriguez-Lozano C. Fibromyalgia in patients with rheumatoid arthritis is associated with higher scores of disability. *Ann Rheum Dis* 2002; 61: 660-1. [\[CrossRef\]](#)