



Kronik ürtikerli hastalarda fibromyalji sendromu

Fibromyalgia syndrome in chronic urticaria patients

Aylin Gözübüyüköğulları, Duru Tabanlıoğlu Onan, Nuran Allı

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

Özet

Amaç: Çalışmamızda kronik ürtikerli hastalarda fibromyalji sendromunun sıklığının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma 100 kronik ürtikerli hasta ve 61 kontrol grubu hastasının katılımı ile gerçekleştirildi. Kronik ürtikerli hasta grubu ürtiker etyolojisine yönelik tetkik edildi ve hastalara otolog serum deri testi uygulandı. Kronik ürtikerli hastalar ve kontrol grubu hastaları fibromyalji sendromu açısından değerlendirildi, kriterleri sağlayan hastalar fibromyalji sendromu tanısı aldı.

Bulgular: Kronik ürtikerli hastalarda fibromyalji sendromu görülme oranı (%23), kontrol grubuna (%1,6) göre anlamlı olarak daha yüksek tespit edildi. Fibromyalji sendromu saptanan olguların tümü kadındı ve fibromyalji sendromu tanısı almayan olgulara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak kadın cinsiyet öne çıkmaktaydı. Kronik ürtikerli hastaların %26'sında tiroid otoimmünitesi pozitif saptandı. Fibromyalji sendromu tanısı alan ve almayan olgular arasında tiroid otoimmünitesi ve otolog serum deri testi pozitifliği görülme sıklığı açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Sonuç: Kronik ürtikerli hastalarda fibromyalji sendromu görülme oranı, bu hastalığın toplumdaki sıklığına göre daha yüksektir. Bu nedenle kronik ürtikerli hastaların, hayat kalitesini oldukça düşüren bir hastalık olan fibromyalji sendromu açısından da değerlendirilmesini önermekteyiz. Bununla birlikte bu iki hastalığı etkin bir şekilde tedavi edebilmek amacıyla, patogenezdaki ortak noktaların ortaya çıkarılması açısından ileri çalışmaların gerekli olduğu düşüncesindeyiz. (Türkderm 2014; 48: 215-8)

Anahtar Kelimeler: Kronik ürtiker, fibromyalji sendromu, kutanöz sinir lifleri

Summary

Background and Design: The aim of our study was to determine the frequency of fibromyalgia syndrome in chronic urticaria patients.

Materials and Methods: The study was carried out with the participation of 100 chronic urticaria patients and 61 control group patients. Chronic urticaria patients were investigated for the etiology of urticaria and the autologous serum skin test was performed in those patients. Both the chronic urticaria patients and the controls were evaluated for fibromyalgia syndrome, and the patients fulfilling the diagnostic criteria were diagnosed to have fibromyalgia syndrome.

Results: The frequency of fibromyalgia syndrome was significantly higher in chronic urticaria patients (23%), than in the control group (1.6%). All the patients, who were diagnosed with fibromyalgia syndrome, were female and the rate of female gender was significantly higher than in the group without fibromyalgia syndrome. Thyroid autoimmunity was positive in 26% of chronic urticaria patients. No significant difference was detected in the frequency of thyroid autoimmunity and autologous serum skin test positivity between the patients with and without fibromyalgia syndrome.

Conclusion: The prevalence of fibromyalgia syndrome in chronic urticaria patients is higher than in the general population. Therefore, we suggest evaluation of chronic urticaria patients in terms of fibromyalgia syndrome which is a disease that decreases the quality of life considerably. Furthermore, in order to treat these two diseases effectively, future studies are necessary to determine the common points in the pathogenesis. (Türkderm 2014; 48: 215-8)

Key Words: Chronic urticaria, fibromyalgia syndrome, cutaneous nerve fibers

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Duru Tabanlıoğlu Onan, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Ankara, Türkiye
Tel.: +90 312 508 56 43 E-posta: t_duru@hotmail.com **Geliş Tarihi/Received:** 25.09.2013 **Kabul Tarihi/Accepted:** 03.01.2014

Giriş

Ürtiker oldukça sık görülen, nedeni tam olarak belirlenmemiş, kaşıntılı, eritemli, deriden kabarık, ödemli papül ve plaklarla karakterize bir hastalıktır. Altı haftadan uzun sürmesi durumunda kronik ürtiker olarak adlandırılır¹.

Kronik ürtiker, immünolojik veya inflamatuvar mekanizmaların bir klinik tablosu olarak ortaya çıkar veya idiyopatik olabilir¹. Kronik ürtiker patofizyolojisi tam olarak bilinmemesine rağmen bazı nöropeptitlerin kronik ürtikerde artmış seviyede bulunması ve küçük kutanöz sinir liflerinin deri inflamasyonunda yer aldığı gösterilmesi gibi kanıtlar, periferik sinir disfonksiyonunun patofizyolojiye katkıda bulunduğunu desteklemektedir². Ürtiker patogenezinde periferik sinirlerin rolü nörojenik inflamasyon olarak da tanımlanmaktadır³.

Fibromiyalji sendromu (FMS), yaygın ağrı şikayeti ile birlikte hassas noktaların varlığını kapsayan bir yakınmalar topluluğudur⁴. Yorgunluk, depresyon, uyku problemleri, parestezi, migren, baş ağrısı atakları, iritabl bağırsak sendromu, anksiyete, sikka semptomları ve Raynaud fenomeni topluma oranla FMS'de daha siktir⁵. Psoriasis ve sistemik lupus eritematozus gibi inflamatuvar deri hastalıkları ile FMS birlikteliğine ilişkin çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmalarda hem psoriasis hem de sistemik lupus eritematozus hastalarında FMS prevalansının genel popülasyona göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir^{6,7}.

FMS patofizyolojisi henüz tam olarak açıklığa kavuşmamış olup son zamanlarda FMS'de periferik sinirlerin rolünün geçmişte düşünülenden daha fazla olduğu kabul edilmektedir⁸. FMS'nin periferik kutanöz sinir liflerinin değişikliği veya disfonksiyonu ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir⁹. FMS'li hastaların deri biyopsilerinde artmış nörojenik inflamasyonla uyumlu bulguların saptanmış olması FMS patogenezinde nörojenik inflamasyonun rol oynadığı görüşünü desteklemektedir¹⁰.

Kronik ürtiker ve FMS arasındaki potansiyel ilişki hakkındaki veriler henüz yeterli değildir. Ancak nörojenik inflamasyon her iki durumda da ortak patoloji olarak gözükmektedir. Sınırlı sayıda çalışmada kronik ürtiker ve FMS beraberliği araştırılmıştır. Çalışmamız FMS'nin frekansının kronik ürtikerli hastalarda artış gösterip göstermediğini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışmaya kliniğimize başvuran 100 kronik ürtikerli hasta ve 61 kontrol grubu hastası dahil edildi. Hastanemiz Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu tarafından araştırmanın bilimsel ve etik açıdan uygulanabilir olduğuna oy birliğiyle karar verildi.

On sekiz yaşından küçük olan kronik ürtikerli hastalar ve fiziksel ürtikerli olanlar çalışmaya dahil edilmedi. Kontrol grubu olarak çalışmaya dahil edilen bireylerin tinea pedis, tinea unguium, nevüs, kontakt dermatit, akne vulgaris, seboreik keratoz ve seboreik dermatit gibi hastalıkları mevcuttu. Kontrol grubundaki hastalar, hasta grubu ile benzer yaş ve cinsiyette ve daha önce hiç ürtiker atağı geçirmemiş bireylerdi.

Hastalar ürtiker nedeni olabilecek şüpheli ilaç, besin, respiratuvar alerjenler, temas eden maddeler, psikolojik stres, atopik dermatit öyküsü, böcek ısırıkları, enfeksiyonlar, kollajen doku hastalıkları, tiroid hastalıkları ve maliniteler açısından sorgulandı. Ürtikeryal vaskülit ve ürtiker benzeri hastalıklarla klinik ayrımı yapılamayan durumlarda tanıyı doğrulamak için deri biyopsisi alındı.

Ürtiker etyolojisini bulmaya yönelik olarak tüm hastaların tam kan sayımı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testlerini içeren biyokimya analizleri, tam idrar tetkiki, gaytada parazit ve gaytada gizli kan tetkiki,

eritrosit sedimentasyon hızı, ASO, CRP düzeyleri, hepatit B yüzey antijeni, hepatit C ve HIV antikor tayini, TSH, T3, T4, Anti-TG, Anti-TPO, ANA, Anti-DNA düzeyleri; radyolojik olarak da akciğer grafileri ve tüm abdomen ultrasonografileri istendi. Tüm kronik ürtikerli hastalarda etyolojiye açıklık getirmek amacıyla tiroid otoimmünitesi araştırıldı ve bu hastalara OSDT uygulandı. Kronik ürtikerli hasta grubuna OSDT uygulanmadan önce hastaların kullandığı antihistaminikler en az 72 saat önce, mast hücre stabilizatörleri ise en az 1 hafta önce kesildi.

FMS tanısı, 1990 Amerikan Romatoloji Koleji Fibromiyalji Kriterleri doğrultusunda sorumlu araştırmacı (AG) tarafından konuldu. Buna göre; en az 3 aydan beri devam eden yaygın ağrı (bilateral vücudun üst ve alt yarısında, aksiyel iskeleti içeren) şikayeti olan ve yapılan fizik muayenede 4 kg basınçla palpasyonda 18 hassas noktadan en az 11 tanesi ağrılı olan hastalar FMS pozitif olarak kabul edildi. Hassas noktaların değerlendirilme yöntemi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon bölümünden öğrenildi. FMS tanısı alan hastalar, bu hastalığa eşlik edebilen uyku bozuklukları, yorgunluk, baş ağrısı, iritabl bağırsak sendromu ve duygulanım bozukluğu gibi semptomlar açısından da sorgulandı.

İstatistiksel Analiz

Verilerin analizi SPSS for Windows 11.5 paket programında yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler sürekli değişkenler için ortalama ± standart sapma veya ortanca (minimum-maksimum) biçiminde, nominal değişkenler ise olgu sayısı ve (%) olarak gösterildi. Gruplar arasında ortalamalar yönünden farkın önemliliği Student's t testi ile, ortanca değerler yönünden farkın önemliliği ise Mann Whitney U testi ile incelendi. Nominal değişkenler Pearson'un Ki-Kare testiyle değerlendirildi. P<0,05 için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Kontrol grubunun yaş ortalaması 39,5±15,1 (yıl), hasta grubunun yaş ortalaması 37,5±13,0 (yıl) olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (p=0,389). Kontrol grubundaki olguların %72,1'i kadın, %27,9'u erkek iken hasta grubundaki olguların %74'ü kadın %26'sı erkek idi. Gruplar arasında kadın ve erkeklerin dağılımı da istatistiksel olarak benzerdi (p=0,795). Kontrol grubundaki olgulardan sadece 1'inde (%1,6) FMS tespit edildi. Hasta grubundaki olguların ise 23'ünde (%23) FMS pozitif. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<0,001) (Tablo 1, Şekil 1).

Hasta grubu içerisinde FMS pozitif olan olguların yaş ortalaması 40,2±14,0 (yıl) iken FMS negatif olgularda yaş ortalaması 36,7±12,7 (yıl) olup gruplar arasında yaş ortalamaları yönünden anlamlı farklılık bulunmamıştır (p<0,001). FMS pozitif olguların tümü kadınlardan oluşmaktayken FMS negatif olan olguların %66,2'si kadınlardan oluşmaktaydı. FMS pozitif olan grupta, negatif olan gruba göre kadınların istatistiksel anlamlı olarak daha yoğun olduğu görülmüştür (p<0,001). FMS pozitif olan grupta kronik ürtiker medyan hastalık süresi 24 ay (min=3-maks=240) iken FMS negatif olan grupta bu süre 9 ay (min=1,5-maks=348) olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir (p=0,093). Kronik ürtikerli hastaların %26'sında tiroid otoimmünitesi pozitif saptandı. FMS pozitif olguların %34,8'inde, FMS negatif olguların ise %23,4'ünde tiroid otoimmünitesi pozitif olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir (p=0,274). Hasta grubunun %39'unda OSDT pozitif saptandı. FMS pozitif olan olguların %30,4'ünde, FMS negatif olguların ise %41,6'sında OSDT pozitif olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir (p=0,337) (Tablo 2).

Tartışma

Ürtiker, sık görülen bir deri hastalığıdır. Toplum bireylerinin yaklaşık %20-30'u yaşamlarının bir döneminde ürtiker atağı geçirirler. Kronik ürtiker sıklığı ise net olarak bilinmemekle birlikte tüm hayat boyunca %1-4 oranında gözlemlendiği tahmin edilmektedir¹¹. Ürtiker; eritemli, deriden kabarık, kaşıntılı papül ve plaklarla karakterize bir klinik tablodur. Ürtiker plakları tipik olarak 24 saatten kısa sürer ve kaybolur, bir süre sonra tekrarlar^{1,12-14}. Bu ataklar latent periyotlarla birlikte 6 haftadan kısa süreli ise akut, daha uzun süreli ve haftada en az 2 gün tekrarlayacak şekilde ortaya çıkıyorsa kronik ürtiker olarak adlandırılır¹⁴⁻¹⁶.

Kronik ürtiker, çeşitli immunolojik veya inflamatuvar mekanizmalar sonucu ortaya çıkan veya idiyopatik olabilen bir klinik tablodur¹. Kronik ürtiker patofizyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte periferik sinir disfonksiyonunun patofizyolojiye katkıda bulunduğu düşünülmektedir. Bazı nöropeptitlerin kronik ürtikerde artmış seviyede saptanması ve küçük kutanöz sinir liflerinin deri inflamasyonunda yer aldığının gösterilmesi gibi kanıtlar bu düşünceyi desteklemektedir². Mast hücreleri üzerinden degranülasyonu sağlayan bir nöral kontrolün olduğunu gösteren pek çok çalışma vardır. Derideki duyuşal afferent nöronlardan salgılanan vazoaktif intestinal polipeptit (VIP), substans-P,

nörokinin gibi nöropeptitlerin mast hücrelerinden histamin salınımına neden olup ürtiker plağı yapabildikleri tespit edilmiştir^{12,17,18}. Bu durum kutanöz inflamasyon süresince kutanöz sinir lifleri ile derideki immün hücreler arasında bir iletişim ağının varlığını göstermektedir³.

FMS, yaygın ağrı şikayeti ile birlikte hassas noktaların varlığını kapsayan ve patofizyolojisi oldukça karışık mekanizmalar içeren bir yakınmalar topluluğudur^{4,8}. Toplumda prevalansı %1-5 arasındadır. Kadınlarda erkeklere oranla 8 kat daha sık rastlanır. Hastaların durumları sistemik hastalığa, lokalize inflamasyona, nörolojik veya kas iskelet sistemindeki dejeneratif bir değişikliğe bağlanamaz⁵. FMS tanısı sıklıkla kronik ağrı öyküsü ve hassas noktaları ortaya çıkaran fizik muayene ile konulur. FMS'de tanı koydurucu bir laboratuvar testi yoktur⁴.

FMS için pek çok etyolojiden söz edilmekle birlikte, etyolojide patogenetik mekanizma tam olarak bilinmemektedir⁵. Son zamanlarda FMS patofizyolojisinde periferik sinirlerin rolünün geçmişte düşünülenden daha fazla olduğu kabul edilmektedir⁸. FMS'nin bir nöropatik ağrı sendromu olduğu düşünülmektedir^{19,20}. Bununla ilişkili olarak, FMS'nin inen anti-noziseptif yolların disfonksiyonunu temsil ettiği ve FMS'li hastaların deri biyopsilerinde hem spesifik reseptörler ve karakteristik elektron mikroskopik bulgular hem de mekanik ve kimyasal uyarılara artmış aksyon refleksi parlama reaksiyonu gözlemlendiği ve bu bulguların artmış nörojenik inflamasyonu düşündürdüğü öne sürülmüştür⁸.

Kronik ürtiker ve FMS arasındaki klinik ilişkiyi açıklayacak ortak patofizyolojik yol henüz netleşmemiş olsa da böyle bir ilişkinin deri inflamasyonu ile sonuçlanan kutanöz nörojenik mekanizmalara dayandığı düşünülmektedir. FMS hastalarında disfonksiyonel kutanöz sinir lifleri nöropeptidler açığa çıkararak dermal mikrovasküler dilatasyon ve plazma ekstravazasyonunu tetikleyebilir. Ayrıca bazı nöropeptidler mast hücre degranülasyonu yolu ile sinir uçlarını uyararak pozitif geribildirim sağlayabilir. Böylelikle FMS'nin bir sonucu olarak birçok hastada kronik ürtiker ortaya çıkıyor olabilir⁹.

Hem kronik ürtikerli hastalarda hem de FMS'li hastalarda otoimmün hastalıkların prevalansı yüksektir²¹⁻²³. Bu ortak noktadan hareketle oluşturulan bir başka hipoteze göre her iki hastalığın patogenezinde de otoimmünite suçlanmaktadır ve periferik kutanöz sinirlerdeki değişiklikler otoimmünite ile açıklanmaya çalışılmıştır²⁴.

Her ne kadar patogenezi netleşmemiş olsa da kronik ürtiker ve FMS ortak özellikler gösteren iki hastalıktır. Bu hastalıkların birlikte görülme sıklığını araştırdığımız çalışmamızda 100 kronik ürtikerli hastanın 23'ünde (%23) FMS'nin mevcut olduğunu saptadık. Torresani ve ark.'nın 126 kronik ürtikerli hastada FMS birlikteliğini araştırdıkları çalışmada ise kronik ürtikerli hastalarda

Tablo 1. Gruplara göre olguların yaş, cinsiyet ve FMS yönünden dağılımı

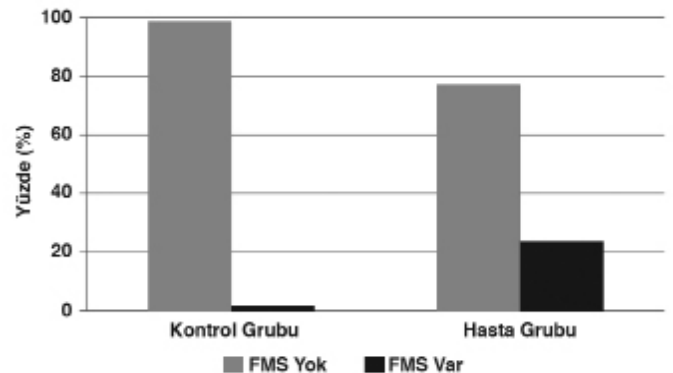
Değişkenler	Kontrol Grubu	Hasta Grubu	p-Değeri
Yaş	39,5±15,1	37,5±13,0	0,389a
Cinsiyet			0,795b
Kadın	44 (%72,1)	74 (%74,0)	
Erkek	17 (%27,9)	26 (%26,0)	
FMS			<0,001b
Yok	60 (%98,4)	77 (%77,0)	
Var	1 (%1,6)	23 (%23,0)	

FMS: Fibromyalji sendromu, a: Student's t testi, b: Pearson Ki-Kare testi,

Tablo 2. Kronik ürtikerli hasta grubu içerisinde FMS pozitif ve negatif olguların yaş, cinsiyet, hastalık süresi, tiroid otoimmünitesi ve OSDT yönünden dağılımı

Değişkenler	FMS Var (n=23)	FMS Yok (n=77)	p-Değeri
Yaş	40,2±14,0	36,7±12,7	0,262a
Cinsiyet			<0,001b
Kadın	23 (%100)	51 (%66,2)	
Erkek	0 (%0)	26 (%33,8)	
Hastalık Süresi	24 (3-240)	9 (1,5-348)	0,093c
Tiroid Otoimmünitesi			0,274b
Yok	15 (%65,2)	59 (%76,6)	
Var	8 (%34,8)	18 (%23,4)	
OSDT			0,337b
(-)	16 (%69,6)	45 (%58,4)	
(+)	7 (%30,4)	32 (%41,6)	

FMS: Fibromyalji sendromu, a: Student's t testi, b: Pearson Ki-Kare testi, c: Mann Whitney U testi



Şekil 1. Gruplara göre olguların FMS yönünden dağılımı

FMS sıklığı %70,6 olarak saptanmıştır. Torresani ve ark. bu birlikteliğin nedeninin patogenezde yer alan ortak bir nöropatik deri inflamasyonu olabileceğini ileri sürmüşlerdir⁹. Her iki çalışmada da kronik ürtikerli hastalarda FMS görülme sıklığı, FMS'nin toplumda görülme prevalansından (%1-5) daha yüksek bulunmuştur. Bu iki çalışmanın sonuçları birbiriyle uyumlu olmakla birlikte, bizim çalışmamızda FMS görülme oranı diğer çalışmaya göre daha düşük saptanmıştır. Bu durum; hasta gruplarındaki sosyo-kültürel ve eğitim düzeyindeki farklılıkların, ağrı algısında ve ağrının ifade edilmesinde değişikliğe neden olabilmesi ile ilişkili olabilir. Biz çalışmamızda ürtiker dışı deri hastalığı olan 61 kontrol hastasında FMS görülme oranını %1,6 olarak saptadık ve bu oran FMS'nin toplumdaki prevalansı ile uyumluymdu. Torresani ve ark.'nın yaptığı çalışmada ise kontrol grubunda FMS %16 olarak saptanmıştır. Yakın zamanda Hapa ve ark.'na ait benzer bir çalışmada kronik ürtikerli hastalarda FMS sıklığı (%26) normal popülasyona göre (%1-5) yüksek olmakla beraber kontrol grubuyla (%20,8) benzer tespit edilmiştir. Yazarlar çalışmalarında kontrol grubunda fibromyalji sıklığının toplum insidansına göre daha yüksek olmasını, kontrol grubunun FMS'nin daha sık görüldüğü kadın bireylerden oluşmasına bağlamışlardır²⁵. Yener ve ark. tarafından yapılmış daha güncel bir çalışmada FMS'nin sıklığının kronik ürtikerli hastalarda (%9,7) kontrol grubuna (%4,5) göre bir miktar yüksek olmakla beraber istatistiksel olarak anlamlı çıkmaması hasta sayısının yeterli olmayışı ile ilişkilendirilebilir²⁴.

Torresani ve ark. kronik ürtiker dışı deri hastalığı olan kontrol grubunda da FMS'nin yüksek oranda bulunmasını; inflamatuvar deri hastalıklarının da nörojenik inflamasyonla ilişkili olabileceği hipotezine bağlamışlardır⁹. Bu iki çalışmada kontrol grubu olarak alınan kişilerin deri hastalıklarının birebir aynı olmaması ve özellikle inflamatuvar deri hastalıklarındaki olası nörojenik inflamasyonun FMS'ye eğilim yaratıyor olabilmesi, kontrol grubu FMS oranlarının birbiriyle uyumlu olmamasını açıklayabilir. FMS ile inflamatuvar deri hastalıklarının birlikteliği şaşırtıcı olmayıp, psoriasis ve sistemik lupus eritematozus gibi inflamatuvar deri hastalıklarının FMS ile ilişkisi bilinmektedir^{6,7}. Fakat deri hastalıklarındaki nörojenik inflamasyonun FMS ile ilişkisini ortaya çıkaracak ileri çalışmalar gerekmektedir.

Literatürde hem kronik ürtikerli hastalarda^{21,22} hem de FMS'li hastalarda²³ otoimmün hastalıklar yüksek oranda saptanmıştır. Bazzichi ve ark. tarafından 120 FMS hastası ile yapılan çalışmada, hastaların %41'inde tiroid otoimmünitesi saptanmıştır²³. Biz de çalışmamızda tüm kronik ürtikerli hastalarda etyolojiye açıklık getirmek amacıyla tiroid otoimmünitesini araştırdık ve bu hastalara OSDT uyguladık. Çalışmamızda kronik ürtikerli hastaların %26'sında tiroid otoimmünitesini pozitif saptadık. Bu oran %15-24 olarak verilen literatür bilgilerine göre bir miktar yüksekti^{1,15,26}. Kronik ürtikerli ve FMS pozitif olan 23 hastanın ise 8'inde (%34,8) tiroid otoimmünitesini pozitif saptadık. FMS negatif kronik ürtikerli hastalarda ise tiroid otoimmünitesi %23,4 idi. Bulgular istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte; FMS pozitif olgularda tiroid otoimmünitesi daha yüksek oranda pozitif. Bu nedenle FMS pozitif hastalara tiroid otoimmünitesinin eşlik edebileceği ileri sürülebilir. Fakat bu konu ile ilgili daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır. Çalışmamızın sonuçları otolog serum deri testi pozitifliği açısından Torresani ve ark.'nın çalışması ile karşılaştırıldığında OSDT pozitif olan kronik ürtikerli hastalarda FMS sıklığı çalışmamız için %17,9 iken diğer çalışmada %80,95 olarak bildirilmişti. Bu büyük farklılık Torresani ve ark. tarafından yapılan çalışmada FMS'nin %70,6 gibi yüksek bir oranda saptanmış olmasıyla ilişkili olabilir⁹.

Sonuç

Çalışmadan elde ettiğimiz bulgular gösteriyor ki, kronik ürtikerli hastalarda FMS görülme sıklığı kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha

fazladır. Bununla birlikte tiroid otoimmünitesi ve OSDT açısından yapılan değerlendirmelerin sonuçları kronik ürtiker ve FMS için etiopatogenezde ortak nokta olarak suçlanan otoimmüniteyi destekler nitelikte değildir. Bu iki hastalığın beraberliğini açıklayacak mekanizmanın ortaya konulması açısından ileri çalışmalara gerek olduğu düşüncesindeyiz.

Kaynaklar

1. Kaplan AP: Urticaria and angioedema. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. Ed. Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Lefell DJ. 7. Baskı. New York, McGraw-Hill, 2008;330-43.
2. Szolcsanyi J: Capsaicin-sensitive sensory nerve terminals with local and systemic efferent functions: fact and scopes of an unorthodox neuroregulatory mechanism. Prog Brain Res 1996;113:343-59.
3. Steinhoff M, Stander S, Seeliger S, et al: Modern aspects of cutaneous neurogenic inflammation. Arch Dermatol 2003; 39:1479-88.
4. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, et al: The American Collage of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia: Report of the Multicenter Criteria Committee. Arthritis Rheum 1990;33:160-72.
5. Burkhart J, Harris ED: Fibromyalgia: A chronic pain syndrome. Kelley's textbook of rheumatology. Ed. Firestein GS, Budd RC, Harris ED, McInnes IB, Ruddy S, Sergent JS. 8th edition. Saunders, 2008;522-56.
6. Thune PO: The prevalence of fibromyalgia among patients with psoriasis. Acta Derm Venereol 2005;85:33-7.
7. Grafe A, Wollina U, Tebbe B, et al: Fibromyalgia in lupus erythematosus. Acta Derm Venereol 1999;79:62-4.
8. Kim SH: Skin biopsy findings: Implications for the pathophysiology of fibromyalgia. Med hypotheses 2007;69:141-4.
9. Torresani C, Bellafiore S, De Panfilis G: Chronic urticaria is usually associated with fibromyalgia syndrome. Acta Derm Venereol 2009;89:389-92.
10. Kim SH, Kim DH, Oh DH, Clauw DJ: Characteristic electron microscopic findings in the skin of patients with fibromyalgia—preliminary study. Clin Rheumatol 2008;27:407-11.
11. Braun-Falco O, Plemig G, Wolf HH, Burgdorf WH: Urticaria, anjioedema and anaphylaxis. Dermatology. 2. Baskı. Berlin, Springer Verlag, 2000;431-56.
12. Grattan CE, Black AK: Urticaria and angioedema. Dermatology. Ed. Bologna JL, Jorizzo JL, Papini RP Mosby 2008;261-75.
13. James WD, Berger TG, Elston DM: Urticaria. Andrews' Diseases of the skin. 10. Baskı. Philadelphia. Saunders Elsevier 2006;149-56.
14. Guldbakke KK, Khachemoune A: Etiology, classification and treatment of urticaria. Cutis 2007;79:41-9.
15. Kaplan AP: Chronic urticaria: pathogenesis and treatment. J Allergy Clin Immunol 2004;114:465-74.
16. Greaves MW, Tan KT: Chronic urticaria: recent advances. Clin Rev Allergy Immunol 2007;33:134-43.
17. Sabroe RA, Greaves MW: The pathogenesis of chronic idiopathic urticaria. Arch Dermatol 1997;133:1003-8.
18. Smith CH, Atkinson B, Morris RW, et al: Cutaneous responses to vasoactive intestinal polipeptide in chronic idiopathic urticaria. Lancet 1992;339:91-3.
19. Martinez-Lavin M. Fibromyalgia is a neuropathic pain syndrome. J Rheumatol 2006;33:827-8.
20. Dworkin RH, Fields HL. Fibromyalgia from the perspective of neuropathic pain. J Rheumatol Suppl 2005;75:1-5.
21. Leznoff A, Josse RG, Denburg J, Dolovich J: Association of chronic urticaria and angioedema with thyroid autoimmunity. Arch Dermatol 1983;119:636-40.
22. Tong LJ, Balakrishnan G, Kochan JP, Kinet JP, Kaplan AP: Assessment of autoimmunity in patients with chronic urticaria. J Allergy Clin Immunol 1997;99:461-5.
23. Bazzichi L, Rosso A, Giuliano T, et al: Association between thyroid autoimmunity and fibromyalgic disease severity. Clin Rheumatol 2007;26:2115-20.
24. Yener M, Erturan I, Ceyhan AM, Inal EE, Kozanoğlu OO: The evaluation of prevalence of fibromyalgia in patients with chronic urticaria. Med Sci Monit 2013;19:757-61.
25. Hapa A, Özdemir O, Ersoy-Evans S, Atakan N, İnanıcı F: Evaluation of the frequency of fibromyalgia in patients with chronic urticaria. Türkdern 2012;46:202-5.
26. Kikuchi Y, Fann T, Kaplan AP: Antithyroid antibodies in chronic urticaria and angioedema. J Allergy Clin Immunol 2003;112:218.