

İHMAL SENDROMU

NEGLECT SYNDROME

Gülçin Kaymak Karataş*

Beyin hasarının en önemli sonuçlarından biri olan ihmal; serebral lezyonun karşı tarafından gelen herhangi bir uyarana karşı, mevcut duysal veya motor defisitlerle açıklanamayan, kayıtsızlık veya tepkisizlik olarak tanımlanmaktadır. İhmal sağ inferior parietal lezyonu olan hastalarda daha sık görülmekle beraber, sağ frontal lob, talamus ve bazal gangliyon lezyonlarında da görülmektedir. İnsidansı sağ hemisfer lezyonlarında %13-81 arasında değişmektedir.

İhmal varlığı inmeli hastalarda fonksiyonel gelişimi ve rehabilitasyon sonuçlarını olumsuz yönde etkileyen bir faktördür. Özelleşmiş tedavi yaklaşımları ile ihmalin azalması ya da ortadan kalkmasının yanı sıra günlük yaşam aktiviteleri ve fonksiyonel bağımsızlık da olumlu etkilenmektedir. Bu nedenle serebral lezyon sonrasında hastalarda ihmal varlığının araştırılması, mevcut ise buna yönelik yaklaşımların uygulanması hastanın prognozu açısından önemlidir.

İnme sonrası erken dönemde yapılan incelemelerde hastaların önemli bir kısmında ihmal varlığı saptanabilir. Yaklaşık 3 ay içinde nörolojik iyileşmeyle paralel olarak ihmal sıklığında bir azalma izlenir. Eğer özelleşmiş bir tedavi yaklaşımı uygulanmazsa bu dönemden sonra saptanan ihmal sıklığı fazla değişime uğramaz. İhmal bulgularının zaman zaman dalgalanmalar gösterdiği de saptanmıştır. Normal koşullarda ihmali düzelmiş gibi gözüken bir

kişinin, günlük alıştığı ortamdan farklı koşullarla karşılaştığında, stres altında iken, heyecanlığında veya başka bir işle meşgulken, hatta konuşurken, tekrar hemiplejik tarafını ihmal etmeye başladığı görülebilir.

İhmalin özellikleri hastadan hastaya değişiklik gösterebilir. Hastaların bir kısmı erişilebilir yakın çevreyi ihmal ederken, uzak çevreyi ihmal etmeyebilir. Bazı hastalarda ise tam tersi görülebilir. En fazla gözlenen yakın çevrenin ihmalidir. Erişilebilir yakın çevre ve uzak çevrenin ihmalinin yanısıra kişisel ihmalde söz konusu olabilir. Bu durumda hasta hemiplejik tarafta saçını taramayı, traş olmayı veya elbiselerini giymeyi ihmal edebilir. Hastaların %20-58'inde anozognozi veya defisit farkından olmama da söz konusudur. Bazı hastalarda sadece algısal ihmal varken, bazısında motor ihmal daha baskın olarak gözlenebilir. Değerlendirilme sırasında ihmalin klinik özelliklerinin ve derecesinin saptanması önemlidir. Klinik takip sırasında ihmalin zaman içindeki değişiminin ve rehabilitasyon programının etkilerinin saptanması da önemlidir.

İhmalin değerlendirilmesinde hastanın hikayesi ve aktivitelerinin gözlenmesi önemlidir. Hastanın yürürken hemiplejik tarafını çarpması, tabağındaki yemeğin hemiplejik taraftaki yarısını bırakması, hemiplejik taraftan seslenildiğinde cevap vermemesi gibi durumlar ihmal anamnezinde önemlidir.

Yazışma Adresi / Correspondence Address:

Doç. Dr. Gülçin Kaymak Karataş; Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

* Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

Hastanın baş ve vücudunun duruşu bile ihmal açısından ipucu verebilir. İhmalin kantitatif değerlendirilmesi temel olarak kalem ve kağıdın kullanıldığı testler ile gerçekleştirilir. Bu testler sırasında sağ ve sol taraf performansları arasında dengesizliğin olması, ve performansın kötü olduğu tarafın serebral lezyonun kontrlateralinde olması ihmal tanısını koydurur. Tüm testlerde eş zamanlı ihmal bulgusu saptanamayacağından değerlendirme sırasında birden fazla test kullanılmalıdır. En fazla kullanılan testler çizgi bölme, yıldız silme, harf silme, kopyalama ve resim çizmedir. Bunların içinde yıldız silme testinin en duyarlı olan test olduğu kabul edilmektedir. Kağıt ve kalemin kullanıldığı testlerin dışında son dönemlerde bilgisayar destekli daha karmaşık, zorlaştırılmış testler de kullanılmaktadır.

Rehabilitasyon kliniklerinde rutin olarak kullanılan tedavi yaklaşımları ile ihmalde belirgin bir değişiklik beklenmez. İhmale yönelik özel tedavi metotlarının uygulanması ile ihmalin azaldığı veya düzeldiği gösterilmiştir. İhmale yönelik yaklaşımlar arasında konvansiyonel yöntemler ve aktivasyon metotları bulunmaktadır. Bu metotların yanısıra bazı hastalarda medikal tedavi olarak bromokriptin, apomorfın veya metilfenidatın uyanıklığı arttırmak amacıyla kullanıldığı bildirilmiştir. Ancak bu ilaçların ihmal tedavisinde yararlı olduğuna dair çelişkili sonuçlar söz konusudur.

Konvansiyonel tedavi yöntemleri yeniden öğretmeyi içermektedir. Hastalara görsel tarama eğitimi, algı ve dikkat eğitimi, zihinsel imgeleme eğitimi, çeşitli uzaysal stratejileri kullanma gibi yöntemler öğretilmektedir. Bu yöntemlerin dezavantajı sadece öğretilen aktivite veya benzeri uyarılar taşıyan durumlara özgü olarak ihmalin düzelmesi, bunun günlük hayattaki diğer aktiviteler veya testlere yansımaması, genellenememesidir. Aktivasyon metotlarında bu dezavantaj söz konusu değildir. İhmal yaklaşımlarının çoğu aktivasyon tekniklerini temel almaktadır. Aktivasyon metotlarının temelini, serebral hemisferler arasında dengesizliğin ihmalin gelişimini sağlayan veya açıklayan mekanizma olduğu teorisi oluşturmaktadır. Bu teoriye göre etkilenen hemisfer aktivitesinin diğer tarafa göre az olduğu düşünülmekte ve iki tarafın aktivitesini eşit düzeye getirmek için çeşitli yöntemler kullanılmaktadır.

Aktivasyon metotları lateralize düzen tedavileri, ekstremitte aktivasyon tedavileri ve kontrollü duysal stimülasyon yaklaşımı olarak alt gruplara ayrılabilir. Göz kapama teknikleri, prizma tedavisi, ihmal edilen tarafa doğru hareketli veya o tarafta yerleşimli statik veya dinamik görsel uyarılar, taktil veya işitsel uyarılar, sağlam ekstremitenin kontrlateral alana hareket ettirilmesi gibi çeşitli teknikler bu amaçla kullanılmaktadır. İhmalin pek çok klinik bulgusu uygun vestibüler, görsel veya somatosensoryel uyarımlarla azaltılabildiğinden kalorik uyarma, boyun kaslarına vibrasyon uygulama, kontrlateral elin metal-örgü eldiven ile uyarımı gibi teknikler de kontrollü stimülasyon yaklaşımları içinde kullanılmaktadır.

İhmal vakalarının tümünde etkili olan bir tedavi metodu bulunmadığından, tedavi yöntemleri her hastanın bireysel ve klinik özellikleri göz önüne alınarak değerlendirilmeli, gerekirse bir kaç teknik bir arada kullanılarak rehabilitasyon programı düzenlenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Beis JM, André JM, Baumgarten A, Challier B. Eye patching in unilateral spatial neglect: Efficacy of two methods. *Arch Phys Med Rehabil* 1999; 80: 71-6.
2. Bowen A, Lincoln NB, Dewey M. Cognitive rehabilitation for spatial neglect following stroke. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002.
3. Dambeck N, Spairng R, Meister IG, Wienemann M et al. Interhemispheric imbalance during visuospatial attention investigated by unilateral and bilateral TMS over human parietal cortices. *Brain Res* 2006; 1072: 194-199.
4. Danckert J, Ferber S. Revisiting unilateral neglect. *Neuropsych* 2006; 44: 987-1006.
5. Heilman KM. Neglect and related disorders. Heilman KM, Valenstein E ed(s). *Clinical Neuropsychology*. New York: Oxford University Press, 1993: 279-336.
6. Husain M. Cognitive neuroscience of hemispatial neglect. *Cog Neuropsych* 2002; 7: 195-209.
7. Katz N, Hartman-Maeir A, Ring H, Soroker N. Functional disability and rehabilitation outcome in right hemisphere damaged patients with and without unilateral spatial neglect. *Arch Phys Med Rehabil* 1999; 80: 379-84.
8. Lin KC. Right-hemispheric activation approaches to neglect rehabilitation poststroke. *Am J Occup Ther* 1996; 50: 504-15.

9. Pedersen PM, Jorgensen HS, Nakayama H, Raaschou HO et al. Hemineglect in acute stroke-incidence and prognostic implications. The Copenhagen stroke study. *Am J Phys Med Rehabil* 1997; 76: 122-7.
10. Pierce SR, Buxbaum LJ. Treatments of unilateral neglect. *Arch Phys Med Rehabil* 2002; 83: 256-268.
11. Redding GM, Wallace B. Prism adaptation and unilateral neglect: Review and analysis. *Neuropsych* 2006; 44: 1-20.
12. Small M, Ellis S. Brief remission periods in visuospatial neglect: Evidence from long-term follow-up. *Eur Neurol* 1994; 34: 147-54.