

TRAVMATİK BEYİN HASARINDA KOMPLİKASYONLAR

COMPLICATIONS IN TRAUMATIC BRAIN INJURY

Jale Meray*

Travmatik Beyin Hasarı (TBH), eksternal bir kuvvet karşısında Santral Sinir Sisteminin (SSS) geçici veya daimi nörolojik disfonksiyona uğramasıdır. TBH, yaygın ve önemli bir toplumsal sorundur. Genç erişkinlerde en önemli sakatlık ve ölüm nedenidir. En yüksek insidans 15-24 yaşlar arası ve 75 yaş üzeridir. Gelişmiş ülkeler için bildirilen insidans yılda 100.000 de 200 dür, ancak hastane kayıtlarına girmeyen pek çok olgununda gözden kaçtığı bilinmektedir.

Özürüllük ve sakatlık yelpazesi fiziksel defisitlerden, bilişsel ve davranışsal, psikolojik ve sosyal defektlere kadar geniş bir grubu içerir. Dolayısıyla düzenlenen rehabilitasyon programında motor bozukluklardan, duysal tedaviye, bilişsel eğitimden sosyal hayata adaptasyona kadar pekçok yönü içermelidir. Kapsamlı bir plan dahilinde yürütülmesi gereken rehabilitasyon programının en zor yönünde progresin her aşamasında klinik tabloyu daha da zorlaştıracak olan komplikasyonların eklenmesidir.

POST-TRAVMATİK AJİTASYON, UYKU BOZUKLUKLARI, POST-TRAVMATİK BAŞAĞRISI, BİLİŞSEL VE DAVRANIŞSAL PROBLEMLER, klinik tablonun gelişimi sırasında özellikle Glaskow Koma Skalası düşük hastalarda doğal bir bulgu olabileceği gibi, süreci ve devam edişinde eklenen nöroendokrinolojik sapmalarla derinleşerek ilerleyebilir. Erken dönemde hipotalamik nöroendokrin yanıt değişiklikleri ve gelişen hipopituitarizm klinik özellik-

lerde değişikliklere neden olur. Anterior hipopituitarizm gelişen hastalarda ACTH, TSH, GH ve gonadotropinlerin eksikliği görülecektir. Diabetes insipidus insidansı %35 lere ulaşabilmektedir. Geçici bir sorun olsada en önemli hipernatremi nedenidir.

PULMONER komplikasyonlardan, pnömotoraks, hemotoraks, atelaktazi direkt travmaya bağlı olarak meydana gelebilir. Nörojenik pulmoner ödem, anormal solunum paternleri, akut dönemde pnömani, nazokomiyal enfeksiyonlar diğer bazı solunum sistemi sorunlarıdır.

POSTRAVMATİK EPİLEPSİ, erken ve geç dönemde fokal veya jeneralize tiplerde görülebilir. Geç nöbet insidansı %4-%7 arasındadır. Yaralanma tipinin penetran özellikte olması, çökme kırıklarının varlığı, uzun koma süresi gibi faktörler epilepsi insidansında arttırır.

VENTRİKÜLOMEGALİ insidansı %80 lere kadar yükselirken gerçek hidrosefali riski %8-9 civarında seyredir. Yürüme bozukluğu, mental değişiklikler, demans ve idrar inkontinansı şeklindeki klinik tablo yerleşebilir.

GASTROİNTESTİNAL SİSTEM SORUNLARINDAN, disfaji önemli nutrisyonel problemdir. Yutma fizyolojisinin ayrıntılı videofloroskopik tetkikini ve tedavi yaklaşımını gerekli kılar.

MOTOR DEFİSİTİN şekli, lezyonun yeri ve niteliğine göre farklılık gösterebileceği gibi, periferik si-

Yazışma Adresi / Correspondence Address:

Dr. Jale Meray Gazi Ün. Tıp Fakültesi FTR Anabilimdalı
e-mail: jmeray@gazi.edu.tr

* Gazi Ün. Tıp Fakültesi FTR Anabilimdalı

nir ve kas yaralanmaları, akut veya subakut evredeki faktörler, heterotopik ossifikasyon eklenmesi gibi nedenlerde veya omurgaya ait lokomotor sistem bozukluklarında kazanılmış hareket zorlukları yaşanabilir.

GENİTOÜRİNER SORUNLAR, nörolojik rehabilitasyon olgularında sosyal hayatı zorlaştıran komplikasyonların başında gelir. TBH'da nörolojik mesane akut evrede %50-60 oranında görülebilir.

KAYNAKLAR

1. Bondanelli M et al. Hipopituitarism after TBI. Eur J.Endocrinology 2005,152:679-91
2. O'Suilleabhain P. Movement Disorders after Head Injury.J Head Trauma Rehabil. 2004,19:305-313
3. Mazzini L etl al. Post-Traumatic Hydrocephalus: A Clinical, Neuroradiologic and Neuropsychologic Assesment of Long Trem Outcome-Arch.Phys. Med. Rehabil.2002,84:1637-40
4. Loan T. Metabolik/Nutritional Alterations of TBI. Nutrition.1999,15:809-812
5. Lieberman SA et al. Prevalance of Neuroendocrine Dysfunction in Patients Recovering from TBI. J.Clinical Endocrinology and Metabolism 2006;18:2752-2756
6. Zygun DA et al. Non-neurologic organ dysfunction in severe TBI. Ort.Care Med.2005,33:654-660
7. Eledrisi MS et al. Brain Injury and Neuroendocrine Function the Neuroendocrinologist 2001,11:275-81
8. Solomon S. Chronic Post-Traumatic Neck and head Pain. Headache 2005,45:53-67
9. Luittole x et al. Electrocardiographic changes after head trauma J. Electrocardiography.2005,38:77-81