

FİZİKSEL TIP

GUILLAIN BARRE SENDROMU REHABİLİTASYONU: BEŞ OLGU SUNUMU

REHABILITATION OF GUILLAIN BARRE SYNDROME: REPORT OF FIVE CASES

Eda GÜRÇAY MD*, Ece ÜNLÜ MD*, Reyhan TUNCAY MD*, Emel EKŞİOĞLU MD*, Aytül ÇAKCI MD*

* S.B. Ankara Dışkapı Eğitim Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği

ÖZET

Burada beş olgu nedeniyle, akut başlangıçlı, inflamatuvar, otoimmün polinöropati olan Guillain Barre Sendromu'nunda prognozu belirleyen faktörler ve rehabilitasyon sürecinin önemini vurgulamak amaçlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Guillain Barre Sendromu, rehabilitasyon

SUMMARY

Here we aim to present five cases of Guillain Barre Syndrome, an acute inflammatory, autoimmune polyneuropathy, to emphasize the prognostic factors and the importance of the rehabilitation period.

Key words: Guillain Barre Syndrome, rehabilitation

GİRİŞ

Guillain Barre sendromu (GBS), akut, idiyopatik, inflamatuvar, otoimmün-demyelinizan bir polinöropatidir. Kas kuvvetsizliği, istemli kaslarda hafif-tam paralizye varan kayıp, hafif-orta düzeyde duyu kaybı ile karakterizedir. % 10-35 vakada rezidüel motor ve/veya duysal semptomlar kalıcıdır (1). Prognostik faktörler arasında yaş, progresyon hızı, solunum kaslarının olaya katılması, distalden kaydedilen bileşik kas amplitüd potansiyeli (BKAP), anti GM-1 antikoru ve Campylobacter jejuni enfeksiyonu yer almaktadır. GBS, aksonal ve demiyelinizan özellikler göstermesine göre iki grupta incelenebilir. Aksonal GBS'lu hastaların daha kötü prognozlu olduğu bildirilmekle birlikte bir kısmının çok hızlı düzelme gösterdiği bildirilmiştir (2).

Burada SSK Ankara Eğitim Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği'nde 2002-2003 yılları arasında yatarak tedavi programına alınan 5 GBS tanılı hastanın klinik progresleri, elektrofizyolojik özellikleri, prognostik faktörleri ve rehabilitasyon süreci tartışılacaktır.

OLGULAR

Olgu 1: Üç buçuk yaşında kız çocuğu yürümekte ve her iki elini kullanmakta güçlük şikayetleri ile Pediatrik Nöroloji Kli-

niği'ne başvurmuştu. Öyküsünde 15 gün önce geçirilmiş üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE) olan hastanın, yapılan EMG tetkikinde aksonal tip motor ağırlıklı polinöropati (PNP) saptanması üzerine GBS tanısı kondu. Beş gün immunglobulin (IVIG) tedavisi uygulandıktan sonra yatak seviyesinde kliniğimize kabul edildi. Yapılan fizik muayenesinde üst ekstremitelerde kas gücü proksimal ve distalde bilateral 2/5, alt ekstremitelerde kas gücü bilateral proksimal ve distalde 1/5 olarak bulundu. Derin tendon refleksleri (DTR) 4 ekstremitelerde alınamadı. Hastanın duyu muayenesi, vibrasyon ve eklem pozisyon testleri, Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçümü (FIM) yaşı itibarıyla ko-opere olamadığı için değerlendirilemedi. Hastaya pasif, aktif asistif, aktif egzersiz programı ve denerve kaslara elektrik stimülasyonu uygulandı. Yatışının 3. haftasında desteksiz oturma, 2. ayında paralel barda yürüme seviyesine gelen hasta, 3. ayında bir çift ortopedik bot ve walker ile ambule olarak taburcu edildi.

Olgu 2: Otuz dört yaşında bayan hasta önce ellerinde, sonra ayaklarında uyuşma ve kuvvetsizlik şikayeti ile Nöroloji Kliniği'ne başvurmuştu. Öyküsünde bir hafta önce geçirilmiş ÜSYE olan hastanın, yapılan EMG tetkikinde demiyelinizan tip motor ağırlıklı PNP tespit edilerek GBS tanısı kondu. Sekiz gün IVIG

tedavisi yapıldıktan sonra bir kişi desteğinde yürüyebilir seviyede kliniğimize kabul edildi. Fizik muayenesinde sağ üst ekstremite proksimali 3/5, distali 1/5, sağ alt alt ekstremite proksimali 2/5, distali 1/5 kas gücünde saptandı. DTR'ler alınmadı. Duyu muayenesinde eldiven çorap tarzı duyu defisiti mevcuttu. Vibrasyon ve eklem pozisyon testleri normaldi, FIM değeri 84 idi. Hastaya aktif asistif, dirençli egzersiz programı ve innerve kaslara russian akım uygulandı. Yatışının 3. haftasına kadar tablosunda ilerleme kaydedilmeyen hasta, 5. haftada desteksiz yürüyebilir şekilde, FIM değeri 115 olarak taburcu edildi.

Olgu 3: On sekiz yaşında bayan hasta kollarında ve bacaklarında uyuşma, kuvvetsizlik şikayeti ile Nöroloji Kliniği'ne başvurmuştu. Bir hafta önce ÜSYE geçirmiş olan hastanın, yapılan EMG tetkikinde aksonal tip motor ağırlıklı PNP saptandı. GBS tanısıyla sekiz gün IVIG tedavisi aldıktan sonra desteksiz oturabilir seviyede kliniğimize kabul edildi. Fizik muayenesinde üst ekstremitelerde bilateral proksimal kas gücü 4/5, distal kas gücü 3/5; alt ekstremitelerde bilateral proksimal kas gücü 2/5, distal kas gücü 1/5 olarak bulundu. DTR'ler üst ekstremitelerde normoaktif, alt ekstremitelerde alınmadı. Üst ekstremitelerde duyu defisiti yoktu; alt ekstremitelerin distalinde duyu defisiti mevcuttu. Vibrasyon ve eklem pozisyon testleri normaldi, FIM değeri 94 idi. Hastaya aktif asistif, dirençli egzersiz programı ve denerve kaslara elektrik stimülasyonu, innerve kaslara russian akım uygulandı. Yatışının 1. ayında paralel barda yürüme, 2. ayında bir çift ayak-ayak bileği ortezi (AFO) ve walker ile yürüme seviyesine gelen hasta, FIM değeri 116 olarak taburcu edildi.

Olgu 4: Yedi yaşında erkek hasta bacaklarında ve kollarında güçsüzlük şikayeti ile Pediatrik Nöroloji Kliniği'ne başvurmuştu. Hasta 1 hafta önce ÜSYE geçirmiş olduğunu ifade etti. Yapılan EMG tetkikinde aksonal tip motor ağırlıklı PNP saptanması üzerine GBS tanısı kondu. Beş gün IVIG tedavisi aldıktan sonra destekli oturabilir seviyede kliniğimize kabul edildi. Fizik muayenesinde üst ekstremitelerde bilateral proksimal kas gücü 3/5, distal kas gücü 2/5; alt ekstremitelerde bilateral proksimal kas gücü 2/5, distal kas gücü 1/5 olarak bulundu. DTR'ler üst ekstremitelerde normoaktif, alt ekstremitelerde alınmadı. Duyu defisiti saptanmayan hastanın vibrasyon ve eklem pozisyon testleri normaldi, FIM değeri 72 idi. Hastaya pasif, aktif asistif egzersiz programı ve denerve kaslara elektrik stimülasyonu uygulandı. Yatışının 2. haftasında desteksiz otur-

ma, 4. haftasında paralel barda yürüme seviyesine gelen hasta 6. haftada bir çift ortopedik bot ve bir kişi destekli yürüyebilir şekilde, FIM değeri 105 olarak taburcu edildi.

Olgu 5: On dokuz yaşında erkek hasta, önce ellerinde ve kollarında 2 gün sonra da bacaklarında ortaya çıkan güçsüzlük şikayeti ile Nöroloji Kliniği'ne başvurmuştu. Diğer olgularla benzer şekilde 2 gün önce geçirilmiş ÜSYE öyküsü olan hastanın, yapılan EMG tetkikinde aksonal tip motor ağırlıklı PNP tespit edilmesi üzerine GBS tanısı kondu. Dört gün IVIG tedavisi aldıktan sonra desteksiz oturabilir seviyede kliniğimize kabul edildi. Yapılan fizik muayenesinde üst ekstremite kas gücü proksimal ve distalde bilateral 3/5, alt ekstremite kas gücü bilateral proksimal ve distalde 2/5 olarak bulundu. DTR'ler 4 ekstremitede hipoaktif. Duyu muayenesinde üst ve alt ekstremite distalinde hipoestezi saptandı. Vibrasyon ve eklem pozisyon testleri normaldi, FIM değeri 97 olarak belirlendi. Aktif asistif, aktif egzersiz programı ve innerve kaslara russian akım uygulandı. Yatışının 2. haftasında paralel barda yürüme, 4. haftada walker ile yürüme, 6. haftada tek tripot ile yürüme seviyesine gelen hasta, FIM değeri 120 ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

GBS spontan olarak veya tedavi ile düzelme potansiyeli olan akut başlangıçlı, otoimmün bir polinöropatidir. Sık rastlanan semptomları arasında değişen derecelerde kas kuvvetsizliği ve yine hafiften ağıra değişebilen duyu defisitleri yer almaktadır (1). Semptomların başlangıcından ilk 4 haftaya kadar hastalık progresif seyrederken, takip eden 2-4 hafta stabil kalır. Bazı durumlarda 1-2 yıla kadar uzayabilen iyileşme dönemi mevcuttur. %10-35 olguda distallerde daha belirgin rezidüel kas kuvvetsizliği ve duyu defisiti kalır. Bir çok hasta minimal defisit kalsa bile çabuk yorulmaktan yakındır. Günlük yaşam aktivitelerinde belirgin kısıtlanma yaratması ve çalışma ortamında zorluklara yol açması nedeniyle iyileşme döneminde fizik tedavi ve rehabilitasyon programının önemi büyüktür (1,2).

GBS' unda yaş arttıkça prognozun kötüleştiği bilinmektedir. Çocuklarda parezinin akut başladığı ve kranial sinir tutulumun sıkça eşlik ettiği bildirilmiştir (3). Bizim olgularımızın da ikisi çocuk olmak üzere tümü genç hastalardı ve kranial sinir tutulumları yoktu. Yaşın prognostik önemini vurgulamak için hasta sayısının daha fazla olduğu çalışma gruplarına ihtiyaç olduğu görüşündeyiz.

Bazı hastalarda otonomik disfonksiyon sonucu ortostatik hipotansiyon, stabil olmayan kan basıncı, aritmi, mesane ve barsak disfonksiyonu olabilir (4). %30 hastada akut dönemde kranial sinir tutulumuna bağlı solunum yetmezliği gelişebilir, ventilatör gereksinimi olabilir. Kronik dönemde ise tam iyileşmeyen hastalarda, obstrüktif ve restriktif tipte akciğer hastalığı, tekrarlayan pnömoni tablosu eklenebilir (5). Kötü prognostik faktörler arasında yer alan otonomik disfonksiyon ve solunum yetersizliği bizim hasta grubumuzda görülmemiştir ancak 3.5 yaşında olan hastamızda, pnömoni gelişmesi nedeniyle Pediatri Kliniği'nce önerilen tedavi uygulanmıştır.

Yapılan araştırmalar sonucunda ağrının yarıdan fazla hastada rehabilitasyon programı sırasında karşılaşılabilen bir semptom olduğu bulunmuştur (6). Parestezi, disestezi, miyalji, radiküler ağrının, periferik sinirlerin inflamasyonu sonucu olabileceği gibi, postür bozukluğu ve immobilizasyon sonucu da gelişebilir (7). Hasta grubumuzda ağrı ve disestezi semptomları olmakla birlikte, fizik tedavi ve rehabilitasyon programı ve basit analjezik kullanımı ile semptomlar kontrol altına alınmıştır. GBS tanısı alan hastalarda vibrasyon ve eklem pozisyon duyu kaybı, ataksi ve inkoordinasyon meydana gelebilir ve bu durum fonksiyonel gelişmeye engel olabilir. Hastalarımızda değişik derecelerde duyu defisiti olmakla birlikte, derin duyu muayenesinde patoloji saptanmamıştır.

İmmobilizasyon ile ilişkili komplikasyonlar arasında bası yaraları, kontraktür gelişimi, derin ven trombozu ve pulmoner emboli bildirilmiştir (8). Bizim hastalarımızda ise erken dönemde rehabilitasyon sürecinin başlanması ile bu tür komplikasyonlara rastlanılmamıştır.

Rehabilitasyon programı çerçevesinde hastaların mevcut klinik tablosu gereğince, pasif, aktif asistif, aktif egzersizler, denge ve koordinasyon egzersizleri, solunum egzersizleri, aerobik egzersizler, iş uğraşı terapisi ve günlük yaşam aktivitelerine adaptasyon için uygun programlar kullanılır. Hastalarda mevcut semptomlar çerçevesinde değişik fizik tedavi modalitelerinin kullanımı da önerilmektedir. Rehabilitasyon sürecinin etkinliğini ortaya koymak amacıyla fonksiyonel durumu belirlemek için değişik ölçütlerden faydalanılmıştır. Prasad ve ark. 29 GBS tanılı hastalarda yaptıkları bir araştırmanın sonucunda total FIM skoru, motor ve kognitif subskalalarının bu hastalarda kullanımını önermiştir (9). Demir ve ark. araştırmalarında 48

GBS'li hastanın ambulasyon düzeylerini saptamak için Fonksiyonel Ambulasyon Skalası (FAS) ve fonksiyonel durumunu belirlemek için 6 Puan Skalasını (6 PS) kullanmıştır (10). Bizim hastalarımıza da klinikte FIM uygulanmış ve rehabilitasyon sürecini takiben taburculuk anında FIM'de ortalama %30 oranında düzelme saptanmıştır.

GBS, aksonal ve demiyelinizan olmak üzere iki grupta incelenebilir: Aksonal tipte GBS'lerin çok büyük kısmının prognozu, demiyelinizan tipte olanlara oranla daha kötüdür ve rehabilitasyon kliniklerinde daha çok bu gruptaki hastalar yer alırlar. Prognostik faktörler arasında, elektrofizyolojik parametreler de yer alır, özellikle distal kaslardan kayıtlı elde edilen BKAP amplitüdünde azalma kötü prognoza işaret eder. Kuwabara ve arkadaşları'nın, 80 GBS tanısı alan hastada prospektif olarak yaptıkları araştırmada, aksonal grupta olan bazı hastaların, demiyelinizan tipe oranla oldukça hızlı düzelme göstermesi üzerine bu hastaların H. İnfluenza ile daha sık enfekte oldukları, kötü prognozlu olanların ise C. Jejunii ile daha fazla enfekte oldukları saptanmıştır. Anti GM1 antikörlerinin varlığı ise hem prognozu iyi hem de kötü olan hastalarda eşit oranda bulunmuştur. Erken dönemde immünglobulin tedavisi verilmiş olması ve derin tendon reflekslerinin başlangıçtan itibaren korunmuş olması iyi prognostik kriterler arasında sayılabilir (2). Bizim hastalarımıza da erken dönemde IVIG tedavisi verilmiş ancak, etiyojiye yönelik antikor düzeyi incelemesi yapılamamıştır. Hastaların elektrofizyolojik incelemeleri yapıldığında 4 tanesinin aksonal, bir tanesinin demiyelinizan tipte olduğu tespit edilmiştir. DTR'ler iki hastada arefleksi; iki hastada üst ekstremitelerde normoaktif, alt ekstremitelerde arefleksi; bir hastada ise hipoaktif olarak saptanmıştır. Olgularımızda ortalama 3 haftalık yavaş ilerleme dönemini takiben hızlı bir progresyon izlenmiş, demiyelinizan tipe uyan hastamızda daha erken olmakla birlikte tüm hastalar ortalama 2 aylık hospitalizasyon süreçleri sonunda ambule olarak taburcu edilmişlerdir. Erken dönemde özellikle üst ekstremitenin distalinde ince işlerde beceri kaybı, alt ekstremitelerde ise distalde hafif kuvvet kaybı tespit edilmiş, ancak üçer aylık kontrollerde hastaların bu rezidüel defisitlerinde düzelme saptanmıştır.

GBS, çoğu hastada fonksiyonel düzelmenin tama yakın gerçekleştiği bir polinöropati olsa da rezidüel semptomlar % 40 oranlarında bildirilmektedir. Psikososyal etkilenim akut dönemde yoğun bakım desteği gereksinimi olan hastalarda daha

fazla olsa da tam düzelme izlenen hastalarda da hafif-orta derecelerde depresyon saptanabilmektedir (1). İş gücü kaybı, iş değişikliği, ev hayatında ve günlük yaşam aktivitelerinde değişen boyutlarda yetersizlikler olabilmektedir (11). GBS'den 3-6 yıl sonraki dönemde 122 GBS'li hastada, hastalıkla ilgili etkilenenin değerlendirilmesi (HED) ve fonksiyonel durum değerlendirme (F) ölçekleri kullanıldığında motor ve duyuşsal rezidüel defisitleri olan hastalarda daha fazla olmak üzere % 63 hastanın psikososyal durumlarında değişiklik olduğu saptanmıştır. Bu psikososyal ve genel fiziksel kondüsyon eksikliğinin sonuçlarını vurgulamak amacıyla GBS tanısını takiben üç yıl sonra 16 hafta süreyle haftada üç defa 30 dakika, bisiklet ergometresi ile egzersiz yapması sağlanmış (Schwin Air-Dyne ergometer) ve bu sürecin sonunda hastalarda kardiyopulmoner sistemde, iş kapasitesinde ve izokinetik bacak kası gücünde artma olabileceği saptanmıştır (12). GBS'de erken dönemde rehabilitasyon programının önemi büyük olsa da ileri dönemlerde de hastalar fiziksel aktivite içinde olmaları için teşvik edilmelidirler. Bizim hastalarımıza rehabilitasyon süreci boyunca hem psikolojik destek hem de ev ve aile hayatları için sosyal destek sağlanmıştır. İki hastamız çocuk olduğu, diğer hastalarımız da çalışan hastalar olmadıkları için iş gücü kaybı değerlendirilememiştir.

GBS'li hastalara erken dönemde başlanan fizik tedavi ve rehabilitasyon programı, hastaların ambulasyon, günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık ve çalışma ortamlarına geri dönmele-ri açısından çok önemlidir. Hastaların erken dönemlerinde prognozu etkileyen faktörlere dikkat edilirse çok daha gerçekçi yakın prognoz tayini yapılabilir ve tedavi planlanabilir.

KAYNAKLAR

- Bernsen R, Jager AE, Schmitz PI. Long-term impact on work and private after Guillain-Barre syndrome. *J Neurological Sciences* 2002; 201: 13-17.
- Kuwaba S, Mori M, Ogawara K et al. Indicators of rapid clinical recovery in Guillain Barre syndome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2001; 70: 560-562.
- Ammache Z, Afifi AK, Brown CK et al. Childhood Guillain Barre Syndrome: Clinical and electrophysiological features predictive of outcome. *J Child Neurol* 2001; 6(7): 477-83.
- Zochodre DW. Autonomic involvement in GBS: a review. *Muscle and Nerve*. 1994; 17: 1145-1155.
- Meythaler JM, Devivo MJ, Braswell WC. Rehabilitation outcomes of patients who have developed Guillain Barre Syndrome. *Am J Phys. Med. Rehabil* 1997; 76: 411-19.
- Pentland B, Donald MJ. Pain in the Guillain Barre Syndrome: a clinical review. *Pain* 1994; 54: 159-164.
- Saryel F, Sinclan E, Homby J et al. Impaired joint mobility in Guillain Barre Syndrome: a primary or secondary phenomenon. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1992; 55: 1014-1017.
- Remen TK, Blake JA, Harris TM. Pulmonary embolism in Landry Guillain Strohl Syndrome. *Chest* 1971; 60: 55-57.
- Prasad R, Hellawell DJ, Pentland B. Usefulness of the Functional Independence Measure (FIM), its subscales and individual items as outcome measures in Guillain Barre Syndrome. *International Journal of Rehabilitation* 2001; 24: 59-64.
- Demir SÖ, Demir M, Aydın G ve ark. Guillain Barre Sendromlu hastalarda rehabilitasyon sonuçlarının değerlendirilmesi. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg.* 2002; 48 (5): 9-13.
- Bernsen R A J A M , Jager A E J, Schmitz PIM et al. Residual physical outcome and daily living 3 to 6 years after Guillain-Barre syndrome. *Neurology* 1999;53: 409-410.
- Pitetti KH, Barret BS AND Abbas D: Endurance exercise training in Guillain-Barre Syndrome. *Arch Phys Med Rehabil* 1993; 74: 761-765.

YAZIŞMA ADRESİ

Dr. Eda GÜRÇAY

Adres: Yeni Ziraat Mah. 12. Sok. Dostlar Apt. 14/10

Altındağ/ ANKARA

Tel: 0-312-3846651

GSM: 0-532-6083111

e-mail: dredagurcay@hotmail.com