

Geriatrik Guillain Barre Sendromu Rehabilitasyonu: İki Olgu Sunumu

Rehabilitation of Geriatric Guillaine Barre Syndrome: The Report of Two Cases

Ümüt Güzelküçük, Ayça Uran, Serdar Kesikburun, Emre Adıgüzel, İltekin Duman, Bilge Yılmaz, A. Kenan Tan

Gülhane Askeri Tıp Akademisi, TSK Rehabilitasyon Merkezi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bölümü, Ankara, Türkiye

ÖZET

Guillain Barre Sendromu genellikle hızlı ve ilerleyici giden, asendan, simetrik kuvvet kaybı ve arefeksi ile karakterize akut, inflamatuvar, otoimmün-demyelinizan bir polinöropatidir. Guillain Barre Sendromunun etiopatogenezi kesin olarak bilinmemesine karşılık, genellikle geçirilmiş bakteriyel veya viral enfeksiyonu izler. Bu sendrom, geçirilmiş enfeksiyona yanıt olarak oluşturulan antikorların hastanın kendi sinir dokusuyla çapraz reaksiyona girmesi ile karakterizedir. Klinik progresyon genellikle 1-4 hafta içerisinde tamamlanır. Çoğu hastada fonksiyonel düzelme tama yakın gerçekleşse de, yarıya yakınında klinik ciddi olup rehabilitasyon gerektirir. Bu yazıda rehabilitasyon programı uygulanan ve fonksiyonel sonuçları farklı olan iki geriatrik Guillain-Barre Sendromu hastası sunulmuştur. Hastalığın geriatrik bireylerde özellik arz eden yönleri irdelenmiştir.

Anahtar sözcükler: Guillain-Barre Sendromu, polinöropati, rehabilitasyon

ABSTRACT

Guillaine Barre Syndrome is an acute, otoimmune-demyelinating polyneuropathy which is generally characterized by rapidly progressive, ascending, symmetrical weakness and areflexia. The etiology of Guillaine Barre Syndrome is not known clearly but it generally begins after a bacterial or viral infection. This syndrome is characterised by cross-reacting of antibodies that are formed after infection, with the patient's own nerve tissue. Clinical progression is usually completed within 1-4 weeks. Although nearly complete recovery occurs in most of the patients, approximately half of them needs rehabilitation programme according as serious clinical features of the disease. In this case report we present two geriatric cases of Guillain Barre Syndrome who were implemented rehabilitation programme that have different functional results. Important features of the disease in geriatric patients are also referred.

Keywords: Guillaine-Barre Syndrome, polyneuropathy, rehabilitation

Yazışma Adresi
Corresponding Author

Ayça Uran

Gülhane Askeri Tıp Akademisi,
TSK Rehabilitasyon Merkezi,
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bölümü,
Ankara, Türkiye

E-posta: dr.uran@hotmail.com

Geliş Tarihi/ Received: 02.08.2014
Kabul Tarihi/ Accepted: 29.12.2014

Giriş

Guillain Barre Sendromu (GBS); herhangi bir solunum yolu yada gastrointestinal sistem enfeksiyonu sonrasında vücutta ani başlangıçlı ve otoimmün yanıt olarak ortaya çıkan, demiyelinizan bir polinöropati türü olup altta yatan temel etmenin aksolemmal antijenlere yada myeline karşı oluşturulan patolojik yanıt olduğu düşünülmekte ve sendrom sıklıkla alt ekstremitelerde güçsüzlük yakınması

sonrasında ani gelişimli parestezi tablosuyla karşımıza çıkmaktadır (1,2). GBS sıklığı genç erişkinlerde ve yaşlı bireylerde bimodal seyir göstermekle birlikte tüm yaş gruplarında görülebilmeye rağmen yaşlı bireylerde mevcut ek hastalıkların sendromun klinik seyrini değiştirebilmesi nedeniyle gözden kaçabilmektedir (1,3). Bu yazıda GBS tanısı konulan ve uygulanan rehabilitasyon programı ile farklı fonksiyonel sonuçlar elde edilen iki geriatrik olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu 1

65 yaşındaki erkek hastanın, iki ay önce ani şekilde gelişen kol ve bacaklarda ağrı, uyuşma ve güçsüzlük yakınmaları olmuş. Güçsüzlük, ellerinden ve ayaklarından başlayarak proksimale doğru ilerlemiş ve hasta yürümez duruma gelmiş. Yaklaşık 2,5 ay önce geçirilmiş üst solunum yolu enfeksiyonu öyküsü olan hasta, klinik ve elektrodiagnostik değerlendirmeler sonucu GBS tanısı koyan ve plazmaferez tedavisi uygulayan nöroloji bölümü tarafından rehabilitasyonu amacıyla kliniğimize refer edildi. Hastanın kliniğe kabul muayenesinde değerlendirilen kas güçleri Tablo 1'de belirtilmiştir. Ayrıca yapılan refleks muayenesinde üst ekstremitelerde biceps, triceps ve stiloradial refleksleri bilateral hipoaktif, alt ekstremitelerde ise bilateral patella refleksi hipoaktif, aşil refleksi ise her iki tarafta abolik olan hastanın oturma dengesi zayıf olup, hasta bağımsız ayağa kalkamıyor ve ayakta duramıyordu. Günlük yaşam aktivitelerinde (GYA) bağımlı olan hastanın, maksimum değeri 126 olan Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FIM) skoru 50 idi. Hastaya rehabilitasyon programı çerçevesinde pasif, aktif asistif, aktif egzersizler, denge ve koordinasyon egzersizleri, solunum egzersizleri ile günlük yaşam aktivitelerine yönelik egzersizler uygulandı. Rehabilitasyon programına alınan hastada birinci ayda FIM skoru 72, ikinci ayda ise 112 olarak saptandı. Hasta destekli ambule halde taburcu edildi.

Olgu 2

67 yaşında erkek hasta kol ve bacaklarda güçsüzlük ve yürüyememe şikayeti ile kliniğimize yatırıldı. 1,5 ay önce el

ve ayaklarda uyuşukluk ve güçsüzlük şikayeti başladığını ifade eden, öyküsünden iki ay önce gastroenterit geçirdiği öğrenilen hastaya GBS tanısı ile nöroloji tarafından plazmaferez tedavisi uygulanmış. Hastanın kliniğimize kabul muayenesinde değerlendirilen kas güçleri tablo 1'de belirtilmiştir. Hastanın refleks muayenesinde üst ekstremitelerde triceps, biceps refleksi ve stiloradial refleksi bilateral hipoaktif, alt ekstremitelerde patella refleksi sağda hipoaktif solda ise abolik, aşil refleksi ise bilateral abolik olarak değerlendirildi. Oturma dengesi olmayan hasta günlük yaşam aktivitelerinde (GYA) bağımlı idi. Maksimum değeri 126 olan Fonksiyonel bağımsızlık ölçeği (FIM) skoru hastamızda 47 idi. Hastaya rehabilitasyon programı çerçevesinde pasif, aktif asistif, aktif egzersizler, denge ve koordinasyon egzersizleri, solunum egzersizleri, günlük yaşam aktivitelerine yönelik egzersizler uygulandı. Rehabilitasyon programına alınan hastada birinci ayda FIM skoru 52, ikinci ayda ise 58 olarak saptandı. Hasta GYA'da tam bağımlı olarak taburcu edildi.

Tartışma

Guillain Barre Sendromu (GBS)'nun tüm dünyadaki yıllık insidansı 1-2/100.000'dir. 15-34 yaş arası genç erişkin bireylerde ve 60-74 yaş arası yaşlı hasta popülasyonunda hastalık insidansında artış gözlenirken hastalığın erkeklerde görülme sıklığının kadınlara göre daha fazla olduğu belirtilmektedir (1,3,4). Her iki hastamızın da yaş ve cinsiyet özellikleri literatür bilgisi ile uyumluydu. Başlıca altta yatan faktörün ise son bir ay içerisinde geçirilmiş olan gastrointestinal sistem veya solunum yolu enfeksiyonu olduğu bildirilmiştir (1).

Tablo 1. Her iki olgunun merkezimize başvuru esnasındaki ve taburculuk öncesindeki kas gücü ve FIM skoru değerleri.

	Olgu 1				Olgu 2			
	Giriş		Çıkış		Giriş		Çıkış	
	Sağ	Sol	Sağ	Sol	Sağ	Sol	Sağ	Sol
Omuz Abdüktörleri	3/5	3/5	4+/5	4/5	2/5	2/5	2+/5	3/5
Dirsek Fleksörleri	3/5	3/5	4/5	3+/5	2/5	2/5	3/5	2+/5
Dirsek Ekstansörleri	3/5	3/5	4/5	4+/5	2/5	2/5	2+/5	2+/5
El Bilek Ekstansörleri	2/5	2/5	4+/5	4+/5	0/5	0/5	1+/5	1/5
El Parmak Fleksörleri	2/5	2/5	4+/5	4/5	0/5	0/5	1/5	2/5
El Parmak Abdüktörleri	2/5	2/5	4+/5	4+/5	0/5	0/5	2/5	1+/5
Kalça Fleksörleri	2/5	2/5	4+/5	4+/5	2/5	2/5	2+/5	2/5
Kalça Abdüktörleri	2/5	2/5	4+/5	4+/5	2/5	2/5	2+/5	2+/5
Kalça Ekstansörleri	2/5	2/5	4/5	4/5	2/5	2/5	2/5	2/5
Diz Ekstansörleri	2/5	2/5	4/5	4+/5	2/5	2/5	2+/5	2+/5
Ayak Bilek Dorsifleksörleri	1/5	1/5	3/5	4/5	1/5	1/5	1+/5	2/5
Ayak Bilek Plantar Fleksörleri	1/5	1/5	3/5	3/5	1/5	1/5	2/5	2/5
FIM Skoru	50		112		47		58	

GBS, vücutta önceden geçirilmiş olan enfeksiyona yanıt olarak oluşturulan antikörlerin kişinin sinir dokusuyla çapraz reaksiyona girmesi sonucu meydana gelmekte ve bu durum 'moleküler taklit mekanizması' yada 'çapraz reaksiyon' olarak da adlandırılmaktadır (5). İlk olgumuzda geçirilen üst solunum yolu enfeksiyonunun, ikinci olgumuzda ise gastroenterit öyküsünün klinik tablolardan sorumlu olduğu düşünülmektedir.

Guillain Barre Sendromu'nda hastalarda sıklıkla alt ekstremitelerde güçsüzlük yakınması sonrasında meydana gelen ani başlangıçlı parestezi tablosu görülebilmekte olup asendan, progresif seyirli motor ve duysal semptomların görüldüğü bu sendromda neredeyse tüm olgularda kas tendon reflekslerinde aboli yada hipoaktivite söz konusudur (2). Olgularda görülen güçsüzlük semptomu proksimal kaslarda ve bacak bölgesinde daha belirgin iken parestezi tablosu ise nadiren de olsa lokalizasyon olarak el bilek ve ayak bileklerinin distaline ilerleyebilmekte ancak genel olarak proksimal olarak yayılma eğilimindedir (6). Olgularımızın her ikisinde de bacak bölgesindeki tutulum daha belirgindi ancak distal bölgedeki kas gruplarında daha fazla oranda güç kaybı mevcuttu.

Guillain Barre Sendromu'nun tanı kriterleri; arefleksi, ikiden fazla ekstremitede ilerleyici güçsüzlük, progresyonun dört haftadan uzun sürmemesi, vaskülit, porfiri gibi diğer akut nöropati nedenlerinin dışlanması olup; beyin omurilik sıvısında rölaf olarak normal sayıda hücre ile birlikte protein düzeyinde artış saptanması, rölaf hafif düzeyde duysal belirtilerin olması, ve yapılan nörofizyolojik testler ile ileti bloğunun gösterilmesi ise destekleyici kriterleri oluşturmaktadır (7).

Guillain Barre Sendromu'nun özellikleri yaş grupları göz önünde bulundurulduğunda bir takım farklılıklar göstermektedir. Sridharan ve ark. (8) tarafından GBS tanısı konulmuş, 60 yaş üzeri 15 bireyde ve 19-60 yaş arası 21 bireyde yapılan karşılaştırmalı retrospektif bir çalışmada; miyalji, sırt ağrısı, parestezi, ayakta durma güçlüğü gibi periferik sinir hasarı ile ilişkili nörolojik semptomların her iki yaş grubunda da benzer oranlarda olduğu, fasyal güçsüzlük, çift görme yakınmalarının yaşlı bireylerde daha az sıklıkla görüldüğü, serebellar semptomların geriatrik hasta grubunda hiç görülmediği, hastanede kalış süresinin ise geriatrik hasta grubunda daha uzun olduğu prognozunu her iki grupta benzer olduğu belirlenmiştir. Winner ve ark. (9) tarafından yapılan, GBS tanılı 20-59 yaş arası olgular ile 60 yaş ve üzeri hastaları içeren iki grubun karşılaştırıldığı bir diğer çalışmada ise; kranial sinir tutulumu yaşlı bireylerde daha az sıklıkla görülmüş, semptomların başlangıç bölgesi, olguların fatalite oranları, nörolojik bozukluğun maksimum düzeyi, sfinkter disfonksiyonu / otonomik tutulum, yapay

solunum desteği gereksinimi, hastalığın başlangıcı ile nörolojik bozukluğun en üst düzeye gelişi arasında geçen ortalama süre ve maksimal nörolojik defisit görüldüğü dönem ile iyileşmenin meydana gelişi arasındaki süreç (plato fazı) açısından her iki grupta anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Sunduğumuz her iki olguda da literatür ile uyumlu olarak kranial sinir tutulumu ve serebellar patolojiye ilişkin bulgular saptanmadı.

Guillain Barre Sendromu tedavisi ise ileri düzey yoğun bakım uygulaması ile birlikte solunum desteğini, venöz tromboembolinin önlenimi açısından düşük molekül ağırlıklı heparin ile profilaksi tedavisini, kardiyak asistoli tablosunun oluşumunu engellemek amacıyla ciddi düzeyde bradikardisi olan bireylerde EKG monitorizasyonu ile birlikte profilaksi amaçlı olarak geçici pacemaker uygulamasını, atelektazi oluşumunu azaltmaya yönelik uygun hastalarda ekspirasyon sonu basıncı ile ventilasyon uygulamasını, ağrıya yönelik olarak analjezik tedavisini, steroid, plazmaferez ve intravenöz immunglobulin uygulamalarını içermektedir (10). Hastalarda fizik tedavi programı düzenlenirken uygulanacak egzersizlerin yorucu olmayacak düzeyde planlanmasının gerekliliği göz önünde bulundurularak mevcut kas gücünün korunması hedeflenmeli, pasif eklem hareket açıklığı egzersizleri ile splint uygulaması eklem kontraktürlerini önlemek için kullanılmalı, kaslarda güçlenme sağlandıktan sonra ise oturma dengesi mevcut olan olgular endurans ve yürüme eğitimi için paralel barda ayağa kaldırılmalı, denge egzersizlerine ağırlık verilmeli, ardından paralel bar dışında yürüme egzersizlerine başlanılmalıdır (11). Hastalarda uygun pozisyonlamanın ayarlanabilmesi için ortez uygulamalarından yararlanılabilmekte ayrıca hastaların mevcut kas gücü durumlarına göre pasif, aktif-asistif yada aktif egzersiz programları da uygulanabilmektedir (12) Ancak hastaların tedavi yanıtının ve prognozunu bazı faktörlere bağlı olduğunu da unutmamak gerekmektedir. Gonzalez-Suarez ve ark. (13) tarafından yapılan, 106 GBS tanılı hastanın incelendiği retrospektif bir çalışma neticesinde; kranial sinir tutulumunun, sinir ileti çalışmalarında saptanan aksonal lezyon paterni varlığının, ileri yaşın, mekanik ventilasyon gereksiniminin, erken dönemde şiddetli düzeyde defisit varlığının kötü prognoz göstergeleri olduğu belirlenmiştir. İki hasta arasında yaş, başlangıçtaki kas güçleri ve FIM skorları arasında belirgin bir farklılık olmamakla birlikte her iki hastaya uygulanan rehabilitasyon programı neticesinde ikinci olguda FIM skorunda minimal bir değişim gözlenirken, diğer olguda ise değerlerde daha belirgin bir artış saptanmıştır.

Sonuç olarak; güçsüzlük yakınması tarifleyen özellikle yaşlı hastalarda GBS tanısının mutlaka göz önünde bulundurulması; ayrıca bu klinik tablonun benzer yakınmalara neden olabilecek diğer patolojilerle

ayrımının yapılarak, hastanın genel durumu ve tıbbi gereksinimleri doğrultusunda ihtiyaç duyulan tedavi planının yapılması gerekmektedir. Hastaların izleminde özellikle geriatrik hasta grubunda fonksiyonel olarak standart yanıt alınamayacağı, yanıtın bireye özgü olacağı da dikkate alınmalıdır.

Kaynaklar

1. Richards KJC, Cohen AT. Guillain Barre Syndrome, British Journal of Anaesthesia, CEPD Review, 2003;3:46-9.
2. Lehmann HC, Hughes RA, Kieseier BC, Hartung HP. Recent developments and future directions in Guillain-Barre syndrome, J Peripher Nerv Syst. 2012;17:57-70
3. Leung SS. Guillain-Barre Syndrome in Elderly People, J Am Geriatr Soc. 2008; 56 (2):381-2
4. Khan F, Ng L, Amatya B, Brand C, Turner-Stokes L. Multidisciplinary care for Guillain-Barre syndrome, Cochrane Database Syst Rev. 2010;10:1-26
5. Bloch SA, Akhavan M, Avarello J. Weakness and the Inability to Ambulate in a 14-Month –Old Female: A Case Report and Concise Review of Guillain-Barre Syndrome, Case Reports in Emergency Medicine, 2013:1-5
6. Newswanger DL, Warren R. Guillain-Barré Syndrome, Am Fam Physician, 2004; 69(10):2405-10
7. Winer JB. Guillain Barré syndrome, Molecular Pathology. 2001;54(6):381-5
8. Sridharan GV, Tallis RC, Gautam PC. Guillain-Barre syndrome in the elderly. A retrospective comparative study, Gerontology, 1993;39(3):170-5
9. Winner SJ, Evans JG. Guillain-Barré syndrome in Oxfordshire: clinical features in relation to age, Age Ageing,1993;22(3):164-70
10. Winer B. Treatment of Guillain-Barre´ syndrome, Q J Med 2002;95(11): 717-21
11. Demir Ö, Aydın G. Guillain Barre Sendromu Rehabilitasyonu, Romatizma, 2001; 16 (2):107-113
12. Meythaler JM. Rehabilitation of Guillain-Barré Syndrome, Arch Phys Med Rehabil. 1997; 78(8): 872-9
13. González-Suárez I, Sanz-Gallego I, Rodríguez de Rivera FJ, Arpa J. Guillain-Barré Syndrome: Natural history and prognostic factors: a retrospective review of 106 cases, BMC Neurol. 2013;13(1): 95