

PARKİNSON HASTALIĞI

Parkinson hastalarının temel nöropatolojik bulgusu substansia nigra'da bulunan dopaminerjik nöronların kaybı ve sitoplazmik eosinofilik Lewy cisimciklerinin varlığıdır. Parkinson hastalarının, bradikinezi, rijidite, istirahat tremoru ve postural instabilite ile karakterize, kronik progresif dejeneratif bir hareket bozukluğudur. Bu temel bulgular dışında fleksiyon postürü, mimiklerde azalma, dizatri, yürürken kol salınımı kaybı gibi sekonder motor belirtiler ve kognitif bozukluklar, otonomik düzensizlikler, demans, uyku bozuklukları, ağrı, koku alma bozukluğu gibi belirtiler de Parkinson hastalarında görülebilir.

Parkinsonyen bozukluklar dört ana başlıkta sınıflandırılabilir:

Primer (idiopatik) parkinsonism
Sekonder (edinsel, semptomatik) parkinsonism
Heredodejeneratif parkinsonism
Multipl system dejenerasyonu

Hastaların ortalama başlangıç yaşı 60-80'dir, tanının konulmasından ölüme kadar geçen ortalama süre 15 yıldır. Prevalansı ilerleyen yaşla artmakla birlikte Parkinson hastaları genç yaşlarda da başlayabilir.

Klinik Özellikler

- İstirahatte tremor
- Rijidite: -Kurşun boru -Dişli çark
- Akinezi (bradikinezi)
- Postural instabilitedir.

Klinik bulgular genellikle asimetriktir, hepsi birlikte bulunmayabilir.

Sekonder motor semptomlar

Hipomimi, disartri, disfaji, sialore, mikrografi, ayakların sürüyerek yürüme, festinasyon, donma, günlük yaşam aktivitelerinin yavaşlaması, blefarospazm ve distonidir.

İlk belirtiler bir ekstremitede istirahat tremoru, elin özellikle ince hareketlerde beceriksizleşmesi, yavaşlaması ya da tüm hareketlerin, özellikle yürümenin yavaşlaması, vücudun öne doğru eğilmesi şeklindedir. Bu belirtiler sinsi başlayıp yavaş ilerlerler, koku alma duyusunda azalma veya omuz ağrısı fark edilmeyen ilk belirtiler olabilir.

Zamanla rijidite ve bradikinezi belirginleşir ve postüral değişiklikler oluşmaya başlar. Gövde rotasyonu, yürüyüş sırasında kol salınımı azalır ve kaybolur, spontan yüz ifadesi kaybolur ve hareketi başlatmak giderek daha zor hale gelir, giderek hastanın mobilitesi azalır.

Donma

Motor blok olarak da değerlendirilen donma bir akinezi tipidir; ani ve geçici olarak (10 sn'den kısa) hareket edememe şeklindedir ve daha çok yürüme sırasında bacakları etkiler. Hasta baş ve gövdesi öne eğik olarak yavaş ve ufak adımlarla blok halinde yürür, kolların asosiyasyonu

hareketi kaybolmuştur. PH'daki bu motor değişiklikler fonksiyonel bağımsızlık kısıtlar, morbidite ve mortalite nedenidir.

Kısalmış çift adım uzunluğu, azalmış hız, artmış kadans Parkinson yürüyüşü için tipiktir. Çoğu hastada özellikle hastalık ilerlediğinde yürüyüş hızında artmış olur ve kişi kendi ağırlık merkezini yakalamaya çalışır gibi yürür, buna "festinasyon" adı verilir.

Postural Reflex Yitimi

- Akinezi: Ansızın ortaya çıkan, geçici birkaç saniyelik hareketsizlik. Yürüyüş sırasında bacaklarda oluşabilir.
- Otonom bozukluklar
- İlişsel ve nörodavranışsal bozukluklar
- Uyku bozuklukları
- Duyusal bozukluklar
- Yorgunluk
- Duyusal bozukluklar
- Yaşam kalitesi

PROGNOZ

- Tremor dominant ise daha yavaş ilerler. Bunama ve bilişsel etkilenme daha az olur.
- Akinetik rijit ise denge, yürüyüş (donma) bozuklukları belirgin olup daha hızlı ilerler.

İlk bulgular genelde tek yanlıdır. İlk bulguların ortaya çıkışından yaklaşık 3 yıl sonra, ayrıcalık nitelik olan iki yanlı gelişir. Denge bozukluğu genelde 2-3 yıl sonra gelişir.

Duruş ve yürüyüş diğer bulgulara göre daha hızlı değişir ve prognozun en iyi göstergesidir.

ETKİLERİ

1. Transferler
2. Postür: Genel olarak fleksiyon postür hakimdir ve lateral fleksiyon eşlik edebilir. Ağrı ve düşmeye sebep olabilir. Ekstansörlerde zayıflık oluşur.
3. Sertlik ve bradikinezi nedeniyle gövde esnekliği azalır, uzanma, kavrama zorlaşır. Eklem hareketliliği ve hızı azalmıştır.
4. Denge sorunları
5. Adım uzunluğu ve yüksekliği, yürüyüş hızı, rotasyon, kol salınımı azalmıştır. Adım sayısı artar. Aynı anda iki işi yaparken olağan dışı paternler artar, festinasyon ve donma oluşabilir. Festinasyon ve donma sıklıkla yürüyüşe başlarken, dar yerden geçerken, dönmeler sırasında ve yürürken yapılan ikili işler sırasında oluşur.
6. Öne düşme eğilimi > propulsiyon
Arkaya düşme eğilimi > retropulsiyon

7. Düşme korkusuyla inaktiflik söz konusudur. İnaktivite aerobik kapasite, eklem mobilitesi, kemik niteliği azalır. Mide-bağırsak problemleri oluşabilir.
8. Düşme riskinden dolayı osteoporoz varlığı kontrol edilmelidir. Geçen 1 yılda düşme öyküsü, kol salınımı azalması, bunama hazırlayıcı etmenlerdir.

MEDİKAL TEDAVİ KAYNAKLI YAN ETKİLER

En etkili dopamin iletimi Levodopayla sağlanır. Uzun süreli kullanımda oluşan istenmeyen etkiler nedeniyle kullanımı geciktirilmeye çalışılır. Bradikinezi ve katılık üzerinde iyi etkilidir. İstirahat tremoru üzerindeki etkisi değişkendir.

Uzun süre kullanımda (2-5 yıl) “doz-sonu fenomeni” başlar. Donmalar hem açık hem kapalı dönemde oluşmaya başlar.

Diskinezi: Açık dönemde istemsiz yerinde duramama

Distoni: Sabah erken saatlerde ilk dozun alımından önce (kapalı dönem) oluşur. Ağrı ve kas spazmına sebep olabilir. Genelde ayak bilekleri inversiyona ve parmaklar fleksiyona gider.