

Medulla Spinalis Yaralanmalı Hastalarda Geç Dönem Takip Protokolü

Long Term Follow Up Protocol in Spinal Cord Injured Patients

Belgin ERHAN

Sağlık Bakanlığı 70. Yıl İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. FTR Kliniği, İstanbul, Türkiye

Özet

Son yıllarda omurilik yaralanmalı hastaların yaşam beklentileri artmıştır. Hastalığın kronik süreçli olması nedeni ile uzun dönemde yakın takipleri mortalite ve morbiditeyi azaltmak, yaşam kalitesini arttırmak açısından önemlidir. Omurilik yaralanması sonrasında hastanın takibi genel prensiplerin yanı sıra kişiye özel olmalıdır. Takipler deneyimli bir ekip tarafından multidisipliner yaklaşımla yapılmalıdır. Özellikle üriner sistem, solunum sistemi, kardiyovasküler sistem, sinir sistemi, gastrointestinal sistem, cilt ve kas iskelet sistemi belirlenmiş protokollerle takip edilir. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2006;52(Özel Ek B):B18-B20*

Anahtar Kelimeler: Omurilik yaralanması, geç dönem takip

Summary

In recent years, life expectancy of spinal cord injured patients has improved. As it is a chronic situation, proper follow up is important in order to decrease mortality and morbidity and increase quality of life. After spinal cord injury the follow up of the patient must be patient specific besides general principles. A multidisciplinary and qualified team approach is needed. Urinary system, respiratory system, cardiovascular system, nervous system, gastrointestinal system, skin and musculoskeletal system are the systems that should be followed up with established guidelines. *Turk J Phys Med Rehab 2006;52(Suppl B): B18-B20*

Key Words: Spinal cord injury, long term follow-up

Giriş

Omurilik yaralanmalı (OY) hastaların yaşam beklentileri normal popülasyondan düşük olmasına rağmen son yıllarda hastalığın takip ve tedavisindeki gelişmelerle bu beklenti 60-70 yaşlarına kadar artmıştır (1). Önceki yıllarda üriner sistem komplikasyonları en sık ölüm nedeni iken (2) günümüzde bunun yerini tetraplejiler için solunum sistemi komplikasyonları, paraplejiler için ise kalp hastalığı ve kanser almıştır (3-5). Yaşam beklentilerinin artması ile tedavi maliyetleri artmış, hastaların hastanede kalış süreleri eskiye oranla kısalmıştır. Bunlar da takibin önemini arttırmaktadır. Hastaların yaşam kaliteleri, yaşlanmanın getirdiği ek problemlerin bu hastalar üzerindeki etkileri, hastaların sosyal entegrasyonu her geçen gün daha da önem kazanmaktadır. OY hastaların takipleri ömür boyudur ve genel prensiplerin yanında kişiye özel olmalıdır. Takiplerin deneyimli bir rehabilitasyon ekibi tarafından ve multidisipliner bir yaklaşımla yapılması önerilir (6).

Takibin Amacı

OY hastada takibin amaçları çok çeşitlidir. Öncelikle hastadaki medikal değişiklikleri saptamak, nörolojik muayenelerdeki farklılıkları kaydetmek, sekonder komplikasyonları önlemek, tanısını koymak ve tedavi etmek, verilen cihazların kullanımını kontrol etmek ve gerekiyorsa yeni cihazlar reçetelemek için hastalar takibe alınır. Yine hastaların yaşam kalitelerini arttırmak, topluma yeniden entegrasyonu sağlamak, tedavi maliyetlerini düşürmek rehabilitasyon ekibinin hedefleri arasındadır.

Takip Sıklığı ve Takip Önerileri

Hastalık süresi uzadıkça yaşlanmanın getirdiği kronik sağlık sorunları da ek problem yaratır.

Hastalar yatmadan takip ediliyorsa aylık kontroller yapılmalıdır (7). Eğer hastanın medikal stabilizasyonu sağlanmışsa tabur-

Yazışma Adresi: Dr. Belgin Erhan, Incirli cad. Mine apt., 72/12, Bakırköy, İstanbul, Türkiye

Tel: 0212 571 57 14 Faks: 0212 570 65 77 E-posta: belgine@superonline.com **Kabul Tarihi:** Ağustos 2006

Not: 1 Nisan 2006 tarihinde İstanbul'da yapılan VII. Medulla Spinalis Yaralanmaları Sempozyumu'nda sunulmuştur.

culuğundan sonraki ilk 2 yıl kontroller 3-6 ayda bir yapılır. Yine medikal stabilizasyonu varsa ilk 2 yıldan sonra yılda bir kez takip-ler yapılır.

Yaşlanma ile ortaya çıkabilecek olası sağlık problemlerinden korunmak için sağlıklı popülasyona önerilen takipler vardır. Aşağıda hem sağlıklı insanlar hem de OY hastalar için önerilen takip parametreleri birlikte yer almaktadır (1).

Günlük Takip: Sağlıklı bir OY hastada her gün bası yarası açısından cilt kontrolü yapılmalıdır.

Aylık Takip: OY ve sağlıklı bireyler her ay kendileri kadınsa meme ve erkekse testis muayenesi yapılmalıdır.

Yıllık Takip: OY ve sağlıklı bireylere önerilen yıllık takipler arasında tüm rutin kan-ıdrar testleri ve diagnostik tetkikler (Tablo 1), 40 yaş sonrası dijital rektal muayene, 50 yaş sonrası fekal gizli kan, kadınsa jinekolojik muayene ve Pap smear, meme kanseri taraması, 40 yaş üstü mamografi, erkekse 50 yaş üstü dijital prostat muayenesi ve PSA tetkiki vardır.

Yıllık Takip- OY Hasta: Yaralanmadan sonraki ilk 5 yılda her yıl fiziyatrist tarafından ayrıntılı fizik muayene, üst ve alt üriner sistem değerlendirilmesi, cihaz ve postür değerlendirilmesi, eklem hareket açıklığı, kontraktür ve fonksiyonel durum değerlendirilmesi, cilt değerlendirilmesi, kilo ve arteriyel kan basıncı değerlendirilmesi, grip aşısı yapılması gerekir.

2-3 Yıllık Takip: OY ve sağlıklı bireyler tam kan biyokimyası ve hemogram tetkikini her 2-3 yılda bir yaptırmalıdır. Eğer kişi 40 yaş üstü ise kardiyak risk değerlendirilmesi yapılmalıdır.

5 Yıllık Takip: OY ve sağlıklı bireyler her 5 yılda bir vital kapasite ölçümü, lipid profili değerlendirilmesi, 40 yaş sonrası göz muayenesi, 50 yaş sonrası sigmoidoskopi ve kolonoskopi tetkiki yapılması önerilir. OY hastalarda ek olarak motor ve duyu değerlendirilmesi, yaşam kalitesindeki değişikliklerin değerlendirilmesi gerekir.

10 Yıllık Takip: OY ve sağlıklı bireyler her 10 yılda bir tetanoz aşısı yaptırmalıdır. T10 ve üzeri hastalarda ve splenektomili hastalarda pnömokok aşısı yapılmalıdır.

Sistem Takipleri

OY hastaların yukarıda belirtilen genel takip prensiplerinin yanı sıra bazı sistem muayenelerinde sağlıklı popülasyonda farklılık gösteren noktalar vardır. Bunlar aşağıda sırası ile irdelenecektir.

OY hastada pnömöni ve ateletazi riski hastanın yaşı arttıkça artar (2,8).

OY hastaların safra kesesi taşı sıklığı normal popülasyondan daha fazladır (9,10). Sıklıkla yaralanmadan sonraki ilk yıl içinde gö-

Tablo 1. Yıllık rutin tetkikler (Omurilik yaralanmalı ve sağlıklı bireylerde).

Tam kan sayımı
Eritrosit sedimantasyon
C-reaktif protein
Elektrolitler
Tam idrar tahlili
Üre, kreatinin
Kreatinin klirensi
Üriner sistem ultrasonografisi
Elektrokardiyografi
Akciğer grafisi

rülür. Takiplerde abdominal problem varsa akla gelmelidir. T10 ve üzeri yaralanmalarda daha siktir.

Kalıcı sonda kullananlarda mesane kanseri riski artmıştır, takipte sistoskopik görüntüleme gerekir (11). Nörojen mesane takip için önerilenleri şöyle sıralayabiliriz: yılda 4-6 kez idrar kültürü, yılda bir kez direkt üriner sistem grafisi, yılda 2-3 kez mesane böbrek ultrason incelemesi, yılda bir kez kreatinin klirensi, hastanın durumunun gerektirdiği aralıklarda ürodinami, sistoskopi ve böbrek sintigrafisi (12,13).

Posttravmatik kistik miyelopati yaralanmadan sonraki 2. aydan 10. yıla kadar değişik zamanlarda görülebilir (7). Nörolojik durum değişikliklerinde akla gelmelidir.

Yaralanmadan sonraki ilk yılda kemik kaybı çok hızlı olur. Uzun dönemde ise ekstremitte fraktür oranı %30'u bulur (14-17).

Bası yarası sıklığı hastalık süresi uzadıkça artar. Kronik açık yaralarda Marjolin ülser ve skuamoz karsinom oluşma riski vardır (11,18,19).

Kardiyovasküler risk açısından LDL seviyeleri genel popülasyonla aynı iken HDL seviyesi normal popülasyona göre 4 kat düşüktür. Periyodik olarak lipitler, glikoz, kilo, tansiyon arteriyel, yeme alışkanlıkları, sigara kullanımı ve alkol alımı kontrol edilmelidir (1,20).

Sonuç

OY hastaların yaşam sürelerinin giderek artması hastaların kronik dönemde karşılaşılabileceği olası sağlık sorunlarını gündeme getirmiştir. Bu sorunlarla ve yaşlanmanın getirdiği ek problemlerle baş edebilmenin en iyi yolu düzenli takipten geçer. OY hastanın takibinde önemli faktörlerden biri iyi yetişmiş, tecrübeli ve paylaşımcı bir ekibin varlığıdır. Hastaların ve ailelerin ilk sağlık hizmeti aldıkları yerlerde takipleri konusunda yeterince bilinçlendirilip, eğitilmeleri de göz ardı edilmemelidir.

Kaynaklar

1. Charlifue SW, Lammertse DP. Aging in spinal cord injury. In: Kirshblum S, Campagnolo DI, DeLisa JA, editors. Spinal cord medicine. 1st ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002. p. 409-23.
2. Whiteneck GG, Charlifue SW, Frankel HL, Fraser MH, Garder BP, Gerhart KA, et al. Mortality, morbidity, and psychosocial outcomes of persons spinal cord injured more than 20 years ago. Paraplegia 1992;30:617-30.
3. DeVivo MJ, Black KJ, Stover SL. Causes of death during the first 12 years after spinal cord injury. Arch Phys Med Rehabil 1993;74:248-54.
4. Samsa GP, Patrick CH, Feussner JR. Long term survival of veterans with traumatic spinal cord injury. Arch Neurol 1993;50:909-14.
5. Roth EJ, Lu A, Primack S, Oken J, Nussbaum S, Berkowitz M, et al. Ventilatory function in cervical and high thoracic spinal cord injury. Relationship to level of injury and tone. Am J Phys Med Rehabil 1997;76:262-7.
6. Capoor J, Stein AB. Aging with spinal cord injury. Phys Med Rehabil Clin N Am 2005;16:129-61.
7. Kirshblum S. Rehabilitation of spinal cord injury. In: DeLisa JA, Gans BM, Walsh NE, editor. Physical Medicine and Rehabilitation. Principles and Practice. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 1715-51.
8. Linn WS, Adkins RH, Gong H, Waters RL. Pulmonary function in chronic spinal cord injury: A cross-sectional survey of 222 Southern California adult outpatients. Arch Phys Med Rehabil 2000;81:757-63.
9. Togay P, Erhan Gençosmanoglu B, Öztürk A, Çerkeş M, Bardak A. Spinal kord yaralanmalı olgularda safra kesesi fonksiyonlarının değerlendirilmesi. Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2001;6:17-9.
10. Moonka R, Stiens SA, Resnick WJ, McDonald JM, Eubank WB, Dominitz JA, et al. The prevalence and natural history of gallstones in spinal cord injured patients. J Am Coll Surg 1999;189:274-81.

11. Yang CC, Clowers DE. Screening cystoscopy in chronically catheterized spinal cord injury patients. *Spinal Cord* 1999;37:204-7.
12. Gündüz B, Erhan B. Urinary tract infections in spinal cord injured patients. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg* 2003;49:13-6.
13. Gündüz B. Omurilik yaralanması sonrası nöropatik mesane rehabilitasyonu. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg* 2003;3:6-10.
14. Szollar SM. Bone mineral density and indexes of bone metabolism in spinal cord injury. *Am J Phys Med Rehabil* 1998;77:28-35.
15. Frisbie JH. Fractures after myelopathy: the risk quantified. *J Spinal Cord Med* 1997;20:66-9.
16. Erhan Gençosmanoğlu B, Yılmaz H, Bardak AN, Togay P, Turfan M, Gülbaba G. Osteoporosis after spinal cord injury. *Turkish Journal of Spinal Surgery* 1998;9:93-6.
17. Erhan Gençosmanoğlu B, Yılmaz H. Medulla spinalis lezyonunda osteoporozun tanı ve tedavisi. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg* 2001;4:9-14.
18. Erhan Gençosmanoğlu B, Turfan M, Bardak AN, Yılmaz H, Yaman S, Hancı M. Spinal kord lezyonlarında bası yaraları ve bu yaraların aerobik bakteriyel kontaminasyonları. *Ankara Tıp Fakültesi Mecmuası* 2001;54:31-34.
19. Erhan Gençosmanoğlu B, Bardak AN, Yılmaz H, Hancı M. Spinal kord lezyonlu olgulardaki komplikasyonlara farklı bir bakış. *Romatol Tıp Rehab Derg* 1999;10:203-6.
20. Erhan Gençosmanoğlu B, Alhan C, Bardak AN, Turfan M, Yılmaz H, Hancı M. Spinal kord lezyonlu olgularda koroner arter hastalığı risk faktörü olarak serum lipid düzeylerinin incelenmesi. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg* 2000;3:34-7.