

ŞEKİL: 2

naklanan, posterior kökler boyunca ve çoğunlukla intervertebral foramen önünde yer alan tümörlerdir. Tüm spinal tümörlerin %16 ile 30'unu oluşturup yaklaşık %72'si intradural ektrameduller, %14'ü de ekstraduraldir. Genellikle orta yaşlarda sık görülmekte olup, kadın-erkek oranı eşittir. Tüm spinal kanalda görülebilmekle beraber torakal bölgeyi tercih ettikleri görülmektedir. 0.5 cm.den 8-10 cm.ye kadar değişik boyutlarda olabilirler. Bir veya daha fazla segmenti tutabilir, kauda equina veya rootlara ilişirler, bazan da forameni büyüterek kanal dışına doğru büyüyebilirler (Dump-bell nöri-nom). Nadiren kalsifikasyon gösterirler, kapsüllü ve yumuşak olup sıklıkla mukoid dejenerasyon ve kist formasyonu gös-

terirler. Klinik; tutulan seviyeye göre root bulgularından hemiseksiyon veya transeksiyona kadar çok çeşitli olabilir.

Tanı için direkt grafi (interpendiküler mesafede genişleme, inter vertebral foramanda genişleme) myelografi (dural sak deviasyonu ve dolun defekti), C.T. (sinir kökünde kalınlaşma, foramanda genişleme ve paraspinel dokuya yayılım) kullanılmaktadır. Tedavi kitlenin total ekstrasyonudur.

#### SONUÇ

C.T.nin nöroradyolojik tanı metodu olarak kullanım alanına girmesinden önceki dönemlerde, nörinom tanısı için en gelişmiş yöntem olarak kullanılan myelografi günümüzde bu alanda ilk sıradaki yerini C.T.ye bırakmıştır.

Spinal kanal patolojisi düşünülen vakalarda klinik bulgular ne olursa olsun, öncelikle tercih edilmesi gereken yöntemin C.T. tetkiki olduğu, myelografinin C.T.ye yardımcı olarak kullanılması yolundaki görüşe biz de katılıyoruz.

#### KAYNAKLAR

- 1- Kahn, Edger. A.: Correlative neurosurgery. Charles C. Thomas publisher, 400-409,-474-656-658-730-733, 1955.
- 2- Rothman, R.H., Simeone F.A.: The spine, W.B. Saunders Company, 1043, 1982.
- 3- Taweras, J.M., Wood, E.H.: Diagnostic neuroradiology. The Williams and Wilkins Company Baltmor, 1197-1198-1205, 1976.
- 4- Youmans, J.R.: Neurological surgery, W. B. Saunders Company, 3196-3214, 1982.
- 5- Zülch, K.J.: Brain tumors, Springer publishing Company, 535, 1986.

## MULTİPL SKLEROZ'DA (MS) TANI-TEDAVİ KRİTERLERİ VE TRABZON İLİ PREVALANS ARAŞTIRMASI

Ayhay BÖLÜK\*, Mehmet ÖZMENOĞLU\*\*, Cemal ÖZCAN\*, Hasan GÜRHAN\*\*\*, S. Şener KOMŞUOĞLU\*\*\*\*

**ÖZET:** Bu çalışmada kesin multipl skleroz (MS) tanılı toplam 37 hastada başlangıç semptomlarının özellikleri, nörolojik muayene bulgularının dağılımı, klinik seyir özellikleri, hastaların tanı alıncaya kadar geçirdikleri süre ve ilk tanı özellikleri, bilgisayarlı beyin tomografisi bulguları, beyin omurilik sıvısı ve myelografi bulguları, intravenöz (IV) ACTH ile tedavi sonuçlarının özellikleri, araştırılmış ve tartışılmıştır. Ayrıca Doğu Karadeniz Bölgesi Trabzon ilinde prevalans değerlendirilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Multipl Skleroz, İ.V. ACTH tedavisi

### DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC CRITERIA IN MULTIPLE SCLEROSIS PREVALANS IN TRABZON CITY IN BLACK-SEA AREA

**SUMMARY:** 37 patients with the diagnosis of definite multiple sklerozis is studied. The characteristic of the initial symptoms of the patients, distribution of the neurological findings, clinical course of the disease are discussed. Computerized tomographic scan, myelographic and cerebrospinal fluid findings and the effect of the IV ACTH treatment were evaluated. In addition prevalence in the Trabzon area was calculated.

- \* KTÜ Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi  
 \*\* KTÜ Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Yardımcı Doçenti  
 \*\*\* KTÜ Tıp Fakültesi Anabilim Dalı Uzmanı  
 \*\*\*\* KTÜ Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Başkanı

## GİRİŞ

Multipl Skleroz (MS) demiyelinizan hastalıklar içinde in-sanda en sık görülenidir. Santral Sinir Sisteminde (SSS) beyaz cevherde bölgesel demiyelinizasyon odakları ile karakterize-dir (2, 13). Hastalığın nedeni yoğun çalışmalara rağmen ha-len bilinmemektedir. Koruyucu önlemler ve kesin tedavisi de belirlenmiş değildir (3).

Bir çok laboratuvar bulgusu bildirilmesine rağmen hastalı-ğa özgü tanı kriterleri yoktur. Klinik olarak kesin tanıdaki bu güçlük, ayırıcı tanının yapılmasında, hastalığın muhtemel se-bebinin araştırılmasında, tedavi ile ilgili denemelerin yoru-munda karışıklıklara yol açmaktadır (3). Tanının temeli, SSS'de beyaz cevherde birden fazla değişik lokalizasyonda ve başka hastalıklarla açıklanamayan lezyonların tesbitine da-yanmaktadır. Lezyonların varlığı objektif klinik bulgu ve uy-gun hikaye ile değerlendirilmektedir (15, 20). Son yıllarda elektrofizyolojik değerlendirmeler (görsel ve beyin sapı uya-rılmış potansiyalleri), bilgisayarlı beyin tomografisi (BBT), manyetik rezonans görüntüleme (NMR) klinik olarak sessiz lezyonların tesbitinde yardımcı metodlar olarak kullanılmak-tadır. Ayrıca beyin-omurilik sıvısında (BOS) IgG ve oligoklon-al bandları tanıda önemli yardımcı laboratuvar yöntemleri-dir (4, 11).

MS tanısında son kırk yıldır bir çok sınıflandırmalar yapılmıştır. 1965 yıllarından itibaren Schumacher Panelinde (21) belirlenen kriterler "Klinik olarak kesin multipl skleroz tanısında" araştırmacılar tarafından genel kabul görmekte ve tüm sınıflandırmalarda kullanılmaktadır. Klinik tanıda Multipl Skle-rozu düşündüren "Muhtemel" veya "Şüpheli" vakalar için ta-nı kriterleri henüz tam şekillenmemiştir (11).

Son olarak C.M. Posner ve arkadaşlarının önerdiği sınıflandırmada epidemiyolojik çalışmalar, tedavi denemeleri, klinik ve laboratuvar ile ilgili araştırmalar esas alınma eğiliminde-dir (19).

MS tanısında önemli vurgulanan bir noktada, nörolojide klinik tecrübenin kıymetidir (11).

Bu araştırmada MS için orta risk grubunda olan ülkemizde, Doğu Karadeniz Bölgesi Trabzon ilinde 1983-1988 tarih-leri arasında Tıp Fakültesi Nöroloji Kliniği'ne müracaat eden ve Schumacher kriterlerine göre kesin multipl skleroz tanısı olan hastalarda:

- 1) Klinik semptom ve bulguların özellikleri
- 2) Trabzon ili için prevalans hızı
- 3) Tanıda karşılaşılan zorluklar
- 4) Tanıya yardımcı laboratuvar yöntemleri
- 5) Kullanılan tedavi sonuçlarının retrospektif olarak değeri-lendirilmesi amaçlanmıştır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmaya 1983-1988 yılları arasında hastanemiz nöro-loji kliniğinde tanı ve tedavi için takip edilen, "Klinik olarak kesin multipl skleroz" tanısı alan 37 hasta çalışma kapsamına alındı. Hastaların tanısı Schumacher panel kriterleri esas alınarak konuldu. Gerekliğinde ayırıcı tanı için BOS incelemesi, myelografi, BBT tetkikleri yapıldı.

37 hastanın, hastalık başlangıç yaşı, başlangıç semptomla-rı, nörolojik muayene bulgularının özellikleri, klinik süre, BBT, BOS, myelografi özellikleri ve uygulanan medikal teda-vinin sonuçları ve Trabzon ili için prevalans hızı araştırılıp, değerlendirildi.

Tedavi protokolü, hastaların akut dönemde tedavi almala-rına dikkat edilerek, intravenöz (IV) ACTH veya sentetik tü-revi tetrascotrin (Synacthen Depot 0.5 ve 1mg) tedavisi uy-gulandı. ACTH tedavisi %5 dextroz içinde ilk 3 gün 80

Tablo 1: Başlangıç Semptomlarının Özellikleri

SEMPATOM	SAYI (%)
MOTOR	32 (%86.6)
SENSORYEL	18 (%44.2)
GÜRSEL	7 (%18.6)
YÜRÜME BOZUKLUĞU	25 (%68.4)
DİĞERLERİ	
• İnkontinans	6 (%16)
• Tremor	5 (%13.4)
• Vertigo	4 (%10.7)
• Demans	2 (%5.3)
• Baş ağrısı	1 (%2.7)
• Konvulsiyon	1 (%2.7)

Tablo 2: Nörolojik Muayene Bulgularının Dağılımı

BULGU	SAYI (%)
Motor traktus (piramidal)	30 (81.0)
Optik	18 (%48.6)
Beyin sapı*	19 (%51.3)
Serebellum	16 (%43.2)
Spinal kord	28 (%75.6)
Frontal lob	5 (%13.5)

\*Beyin sapı bulgularının 4'ü internükleer aftamopleji

Tablo 3: Klinik Seyir Özellikleri

	Sayı (%)
Alevlenme ve düzelmeli klinik	20 (%54.0)
Kronik progressiv seyir	14 (%38.2)
Akut	2 (%5.4)
Benign	1 (%2.4)

Tablo 4: MS Dışı Tanılar ve Sayısı

Romatizmal hastalık benzeri tanı	10
Serebro-vasküler hastalık	4
Disk hernisi	2
Spinal kitle	2
Demans	1
Polinoropati (?)	1
Servikal spondilozis	1
Amiyotrofi lateral skleroz	1
Epilepsi + ilaç toksikasyonu	1

Tablo 5: Bilgisayarlı Tomografi (BBT) Bulgularının Dağılımı

BULGU	SAYI (%)
Normal	12 (%60)
Fokal lezyon	7 (%35)
Serebral atrofi *	4 (%20)
Kontrast madde tutan lezyon	1 (%5)

\* 3 serebral atrofi bulgusu, fokal lezyonlarla birlikteydi

Tablo 6: Çeşitli Ülkelerde Toplanan MS Vakaların Klinik Özelliklerini Gösteren Tablo

	MALEZYA	TAYVAN	ÇİN	JAPONYA	İNGİLTERE	
Hasta sayısı	37	30	50	256	60	204
Semptomların süresi, yıl	4.2	7.6	6.5	...	8	11
Kadın/erkek oranı	1:1.4	5:1	4.5:1	1.1:1	1.5:1	2:1
Ort. başlangıç yaşı, yıl	35.0	29.7	30	29.1	31	31
Aile öyküsü %	Yok	Yok	Yok	0.4	Yok	10
Mortalite %	8.0	36.6	20	7.6	6.7	1.5
Lezyonun klinik yerleşimi						
Optik sinir %	48.6	76	88	63	80	85
Spinal kord %	75.6	100	94	70	68	76
Beyin sapı %	51.3	26	44	38	70	70
Serebellum %	43.5	20	24	44	38	71
Serebrum %	13.5	13	24	29	40	27

Tablo 7: Multipl Sklerozun Dünya Dağılımı ve Asya Ülkelerindeki Prevalans Değerleri

Dünya dağılımı	Prevalans hızı/100.000 kişide
Kuzey ve merkezi Avrupa, kuzey Amerika, Güney Kanada, Güney-Batı Avustralya, Yeni Zelanda	30
Güney Amerika, Akdeniz Ülkeleri, Avustralya'nın Büyük Birparçası.	5-29
Kara Asya'nın tamamı, Afrikanın büyük bir kısmı, Alaska, Groenland	5
Japonya	0.7-3.8
Kore	2
Malezya	2
Tayvan	1
Hindistan	0.17-1.33

Tablo 8: Çeşitli Ülkelerdeki MS'lerin Klinik Bulgularının Özellikleri ile Vakaların Karşılaştırılması

KLINİK ÖZELLİKLER	APD (n:37)	KANADA (n:54)	DANİMARKA (n:60)	NORVEÇ (n:31)	İNGİLTERE (n:55)	B. ALJAPONYA (n:120)
Remisyon	54	68	76	81	74	80
Piramidal traktus	81.0	100	83	100	100	98
Visual	48.6	92	85	75	80	83
Sensoryel	59.4	68	87	83	54	70
Yürüş boz.	68	60	46	60	67	45
Manuel boz.	13	44	15	48	51	41

10 IU/gün, sonraki 7 gün 40 IU/gün olarak verildi. Doz 3 gün sonra bir 10 IU/gün azaltılarak tedavi sonuçlandırıldı. Synactem Depot aynı prensiplere dikkat edilerek eşdeğer dozda (1 mg Synactem Depot - 100 IU ACTH) kullanıldı.

Tedavi sonuçları klinik semptomlardaki düzelme derecesi ne göre orta, belirgin ve düzelme göstermeyenler olarak 3 grupta yorumlandı. Değerlendirmede hastaların subjektif iyilik hali ve klinik bulgular da gözönünde tutuldu.

Prevalans değerlendirmesinde Devlet İstatistik Enstitüsü'nün 1980 yılı rakamları Trabzon ili nüfusu için esas alındı. Risk altındaki popülasyonun hesaplanmasında MS'e yakalanmış yaşı olan 10-50 arası gözönüne alındı.

## BULGULAR

Toplam hasta sayısı 37 olup, bunların 22'si erkek (%59.4) 15'i kadın (%40.5).

Hastalık başlangıç yaşı 19-49 arasında ve yaş ortalaması 35.0'dır.

### 1- Başlangıç Semptomlarının Özellikleri:

Semptomların 32'si motor (%86.6), 18'i sensoryel (%46.2) 7'si görsel (%18.6), 25'i yürüme bozukluğu (%86.4) şeklindeydi. Diğer semptomların dağılımı, 6 inkontinans (%16.0), 4 tremor (%13.4), 4 vertigo (%10.7), 2 demans (%5.3), 1 baş ağrısı (%2.7) ve 1 konvulsyon şeklinde idi (Tablo 1).

### 2. Nörolojik Muayene Bulgularının Dağılımı:

Hastaların 30'unda motor traktus (%81.0), 22'sinde sensoryel traktus (%59.4), 18'inde optik yapılar (%48.6), 19'unda beyin sapı (%51.3), 16'sında serebellum (%43.3), 28'inde spinal kord (%75.6), 5'inde frontal lob (%13.5) bulguları vardı (Tablo 2).

Optik tutulumu olanların çoğunda (14 hasta) temporal solukluk vardı. Diğerleri optik atrofi, ışık refleksinde azalma, kaybolma, skotomlar şeklinde optik sinir tutulumu bulguları idi.

Beyin sapı bulgularının 4'ü internükleer oftalmopleji idi.

### 3. Klinik Seyir Özellikleri:

20 hasta (%54) iki veya daha fazla sayıda alevlenme ve remisyon göstermekteydi. 14 hasta (%38.2) kronik progressif seyir, 2 hasta (%5.4) akut seyirli klinik ve 1 hasta (%2.4) benign form kliniğine sahipti (Tablo 3).

Klinik seyir süresi yönünden hastalar ortalama 4 yıl takip edilmişlerdi. Bu süre içinde 3 vakada ölüm gözlemlendi. Ölüm nedeni vakaların 2'sinde üriner sistem enfeksiyonu, 1'inde solunum sistemi enfeksiyonu idi.

### 4. Hastaların Tanı Alana Kadar Geçirdikleri Süre ve Tanı Özellikleri:

Hastaların yalnız 10 tanesi ilk başvurularını kliniğimize yapmışlardı. Bunların tanı alana kadar geçirdikleri süre 6-11 ay arasında (ort. 8 ay) arasında değişmekteydi. Diğer 27 hasta daha önce başka sağlık merkezlerince takip ve tedavi edilmişti. Bunlardan 4'ü bu sırada; hastalıklarının ilk aylarında multipl skleroz tanısı almıştı. 23 hasta ise başka tanılarla tedavi görmüştü. "Multipl skleroz dışı tanı" alan hastalar ise 1 ay-17 yıl arası sürelerle (ort. 4.2 yıl) başka tanılarla takip ve tedavi edilmişlerdi. Bu 23 hastanın çoğu (%60) romatizmal hastalık veya serebro-vasküler hastalık tanıları ile izlenmişlerdi.

Diğer tanıları diskal herni, spinal kitle, polinöropati, demans, epilepsi, amiyotrofik lateral skleroz, servikal spondiloz gibi tanılardı. Spinal kitle tanısı alan hastalardan biri ve servikal spondilozlu bir hasta cerrahi tedavi görmüşlerdi (Tablo 4).

### 5. Bilgisayarlı Beyin Tomografisi Bulguları:

Çalışmanın yapıldığı bölgedeki teknik yetersizlik (Beyin aletinin son bir senedir çalışma yapılan ilde bulunması) bir kısım hastanın ekonomik gücünün sınırlılığında toplam 20 hastaya BBT çekimi yapılabildi. 8 hastanın (%40) BBT patolojik, 12 hastada (%60) normaldi. Bilgisayarlı tomografi bulguları: 12 hastada (%60) normal, 7 hastada (%35) beyin

cevherde 'fokal lezyon', 4'ünde (%20) serebral atrofi şeklinde dağılım göstermekteydi. 3 hastadaki serebral atrofi, fokal lezyonlarla birlikte idi. Toplam 15 kontrast madde verilerek, çekim yapıldı. Bir olguda kontrast madde tutan lezyon gözlemlendi (Tablo 5, Resim 1).

5. Beyin Omurilik Sıvısı (BOS) ve Miyelografi Bulguları: 28 spinal kord tutulumu olan hastanın 16'sına myelografi yapıldı. 3 olguda ikinci bir myelografiye gerek duyuldu.

BOS incelemesinde değerler MS için kabul edilen ölçülerdeydi. IgG %70 olguda artmış olarak gözlemlendi. Akut transvers miyelitli bir olguda "froin sendromu" özellikleri vardır.

6. Tedavi Sonuçlarının Özellikleri: Muhtemel akut dönemde olan 30 hastaya ilaç tedavisi uygulandı. 20 hasta IV ACTH, 10 hasta İM synachten depot tedavisi aldı.

18'inde (%60) klinik olarak düzelme cevabı yoktu. 12 hasta (%40) klinik olarak iyileşme gösterdi. Bunların 8'i orta derecede 4'ü belirgin derecede klinik iyileşme şeklinde idi. Klinik iyileşme gösteren hastaların 8'i IV ACTH tedavisi alan gruptandı. Tedavi süresince bir hastada akut psikoz tablosu komplikasyon olarak gözlemlendi. Diğer komplikasyonlar tedavinin seyrini etkilemeyecek düzeydeydi.

7. Prevalans Hızı: Prevalans hızı 9.8/100.000 olarak bulundu.

## TARTIŞMA

Santral sinir sisteminde değişik bölgeleri tutan MS tanısı ve tedavi açısından, ilerleyen tıbbi teknolojiye rağmen zorluklar taşıyan ve yoğun araştırmalara konu olan bir hastalıktır. Klinik olarak, bulguların değişiklik göstermesi tanıda asıl güçlüğü ortaya çıkarmaktadır.

Bugün için multipl sklerozda spesifik tanı testi yoktur. Bu nedenle MS tanısı halen klinik olarak konulmakta, bazı testler sadece tanıyı desteklemektedir (26).

Klinik tanıya gidişte birçok yanılığın ortaya çıkması araştırmacıları "muhtemel", "şüpheli" ve "kesin" multipl skleroz tanımlarını kullanmaya itmiş, bu şekilde yalnızca birçok sayıda kritere uyan hastalar multipl sklerozlu olarak kabul edilegelmiştir. Kriter koyuculardan bir çoğu tanının kesinleştirilmesinde, uzmanlık ve daha önemlisi klinik tecrübenin önemini vurgulamaktadır (17). Olgularımızın hemen hemen tümünün, multipl skleroz tanısı alana değin konunun uzmanı olmayanlarca değişik tanımlar aldığı, ya da kliniğimize multipl skleroz tanısı almış olarak gelen olguların birçoğunda da başka hastalıklar olduğu gözlenmiştir.

Tanının kesinleştirilmesinde Schumacher kriterleri geniş kabul görmektedir. Bu kriterlerin çoğu hastayı tekrar muayene gerektirir şeklinde düzenlenmiştir.

Multipl sklerozda bulguların ortaya ilk çıkışı 10-50 yaşları arası gibi geniş bir intervale yayılmasına rağmen, olguların çoğu 20-40 yaşları arasındadır (23). Olgularımızda başlangıç yaşı ortalaması 35'dir ve bu diğer araştırmacıların belirttiği ortalamalardan fazladır (25).

Bazı Avrupa ülkelerinde %10 gibi rakamlara ulaşan ailesel yükünlüğün Asya ülkelerinde çok sınırlı olguda gözlemlendiği belirtilmiştir (23, 25). Bizde olgularımızın hiç birisinde, diğer aile üyelerinde Multipl Skleroz öyküsü saptayamadık (Tablo 6).

Bir çok ülkede yapılan çalışmaların hemen hemen hepsinde kadınlarda hastalığın daha fazla görüldüğü, hatta oranın Malezya'dan bir çalışmada 1:5 ve Tayvan'dan bir çalışmada 1:4.5 olarak bulunduğu bildirilmesine karşın, olgularımızın 59.4'ü erkekte ve erkek/kadın oranı 1.4:1 idi (25, 23).

Hastalığın prevalansı değişik ülke ve ırklar için farklılık göstermektedir. Sıklık için değişik varsayımlar ileri sürülmekte ve coğrafi dağılım en çok kabul görmektedir. Buna göre 45.-50. paraleller arasında (Kuzey ve merkezi Avrupa, Ku-

zey Amerika gibi ülkeler) prevalans sıklığının en yüksek olduğu ve 100.000'de 30 rakamlarına ulaştığı görülmektedir (12, 15). Ülkemizde bu konuda yapılmış bir araştırma olmasına karşın, hastalığın kuzey yörelerimizde daha sık görüldüğü varsanılmaktadır. Trabzon ili için prevalans hızı 9.8/100.000 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuç bölgemizi Dünya Dağılımı içinde Güney Amerika, Akdeniz ülkeleri, Avustralya'nın büyük bir parçasını içine alan düşük riskli multipl skleroz coğrafi bölgesi içinde değerlendirmemize yol açmaktadır. Bu spekülatif bir yorumdur ve tüm ülkeyi kapsayan daha detaylı araştırmaların yapılmasını gerektirir (Tablo 7).

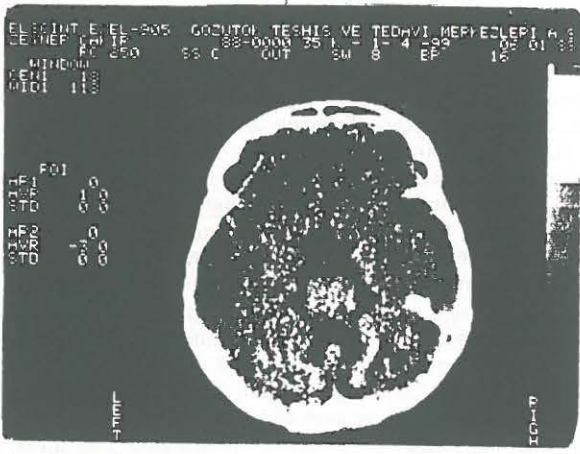
Multipl sklerozda başlangıçta tek veya birden çok semptom ortaya çıkabilir ve bir çok çalışmada en sık rastlanılan ilk semptomların motor ve sensoryal sistemle ilişkili olduğu bildirilmiştir (17, 25). İngiltere'den Patty DW ve arkadaşlarının (16) kesin MS tanısı alan 461 olguluk serisinde, olguların %34'ünde başlangıç semptomlarının motor, %36'sında sensoryal, %30'unda visüel sisteme ait olduğu, %18 olguda yürüme bozukluğu gözlemlendiği belirtilmektedir. Olgularımızın başlangıç semptomları bu geniş seride bildirilenden farklı olarak, daha çok motor sisteme ve yürüyüş gücüne ait olanlardı. Diğer çalışmalarda (25) yüksek oranlarda görüldüğü bildirilmesine karşın visüel sistemle ilişkili başlangıç semptomlarına olgularımızın yalnızca %18.6'sında rastlandı.

Hastalıkta en sık karşılaşılan muayene bulgusu motor sisteme ait olanlardır ve bir çok seride olguların tümüne yakınında görüldüğü bildirilmektedir (16, 25). Motor sistemle ilişkili bulgulara bizde olgularımızın %81'inde rastladık. Motor sisteme ait bulguların yanı sıra sensoryal ve visüel sisteme ait bulguların da %70-80 olguda bulunduğu bildirilmiştir (24). Olgularımızın %59.4'ünde sensoryal sistemle ilişkili muayene bulguları saptamamıza karşın, yalnızca %48.6'sında visüel sistemle ilgili muayene bulgusu mevcuttu. Bu oran diğer serilerle karşılaştırıldığında düşük olduğu görüldü. Diğer serilerde (16, 25) %45-67 oranında rastlanıldığı bildirilen yürüyüş bozukluğu, olgularımızın %68'inde, %15-52 oranında saptanan mental bozukluklar ise %13'ünde tespit edildi (Tablo 8).

Hastalıkta klinik tanıya gidişte önemli kriterlerden birisi olan alevlenme ve düzelmelerin varlığı, olgularımızın %45'ünde gözlemlendi. Bu diğer serilerle karşılaştırıldığında (16, 25) biraz daha az bir oran olarak bulunmuştur. 4 yıllık takip süresince olgularımızın %38.2'sinin kronik progressiv seyir gösterdiği görüldü. Bu oran Patty DW'nin serisinde (16) %28 olarak bildirilmektedir. Bu farklılık, hastaların hekime geç başvurusu ve rehabilitasyon tedavilerinin yetersizliğine bağlanabilir. Diğer araştırmacılar (17) tarafından %10-20 gibi oranlarda bildirilen benign form klinik, sadece 1 olgumuzda (%2.4) gözlemlendi.

Multipl skleroz prognozunu kötüleştiren faktörler olarak, hastalığın ileri yaşlarda ortaya çıkışı, hastaların erkek oluşu, kronik progressiv seyir göstermesi ve motor-serebellar sisteme ait bulgularla başlaması sayılmaktadır (16). Malezya ve Tayvan gibi Güneydoğu Asya ülkelerinde mortalite oranları %20-30 gibi yüksek oranlarda bildirilmiştir (25). Olgularımızın %8'i takip süremiz içinde kaybedilmiştir. Bu oran Çin ve Japonya'dan bildirilen serilerdeki mortalite oranlarına uygundur (25).

Hastaların ilk tanı özellikleri ve tanı alana kadar geçirdikleri sürenin değerlendirilmesi, çalışmanın yapıldığı bölgede multipl sklerozlu hastaya yaklaşım hakkında bilgi verici özelliklere sahip görünmektedir. Toplam 37 hastanın yalnızca 10'u ilk başvurularını kliniğimize yapmış olup tanı alana kadar geçen süre ortalama 8 aydır. Geri kalan 27 hasta başka sağlık merkezlerince daha önce takip ve tedavi edilmiş ve bunlardan sadece 4'ü hastalıklarının ilk yılında MS tanısı almıştı. Bu 27 vakanın tanı alana kadar geçirdikleri süre 6 ay ile 17 yıl arasında değişmekte olup ortalama 4.2 yıl tanı için bekledikleri saptanmıştır. Bu süre içinde 23 hastanın çoğun-



Resim 1: Serebellar semptom ve bulguları belirgin Multipl Sklerozlu akut dönemdeki bir hastanın BBT'sindeki hipodens alanların kontrast tuttuğu izlenmektedir

da literatürde ayrıncı tanıda belirtilmeyen romatizmal hastalık, serebrovasküler hastalıklar ve polinöropati gibi tanımlar takip ve tedavi edildikleri dikkati çekmiştir. Bu hastalar hakkında toplanan bilgilerin epikriz bilgisi olmadığı, hasta yakının ifadesine dayanmış olması ayrı bir sorun olarak gözlemlenmiştir.

Multipl sklerozlu hastalarda görsel ve beyin sapı uyarılmış potansiyelleri gibi elektrofizyolojik, BBT ve NMR gibi doku görüntüleme ve BOS inceleme tetkiklerinin yapılması tanının desteklenmesi kadar, kronik bir hastalığa sahip olduğunu öğrenen hastanın tanıyı kabullemesinde yararlıdır (18).

BBT ve NMR, MS tanısında radikal değişiklikler yapmışlardır. Henüz ülkemizde yaygın kullanıma geçmemiş olan NMR ileri yaşlarda nonspesifik bulgular verse de kesin MS'li hastaların %85-100'ünde anormal bulgu vermesi ile BBT'ye göre daha üstün bir tekniktir (6, 8, 14, 22, 29). BBT birçok seride kesin MS'li hastaların %18-47'sinde pozitif sonuç vermektedir (22). BBT'de lezyonların yorumlanmasında net kriterler henüz saptanmamış olmakla birlikte, bir kaç senelik kliniği olan hastaların bir çoğunda serebral atrofi bulgularının yanı sıra akut ataklar sırasında daha çok periventriküler bölgede olmak üzere hipodens lezyonlar bulunabilir (7, 9, 13, 18, 28). Bu lezyonların yüksek dozda kontrast madde verilmesi ile daha net gösterebileceği bildirilmektedir (5, 10, 27). BBT yapılan 20 hastanın %40'ında patolojik değişiklikler saptandı. 7 olgudaki fokal hipodens lezyona, 3 olguda serebral atrofi bulguları vardı.

Görsel ve Beyin Sapı Uyarılmış potansiyelleri, BBT ve NMR, BOS'ta IgG sentezinde artış ve oligoklonal bantların varlığı hastalığa tanı konulmasında uygun öykü ve klinik muayenenin klavuzluğunda her ne kadar yardımcı ise de, bugün için güvenilir bir öykü ve nörolojik muayenenin yerini alamayacağı belirtilebilir.

#### KAYNAKLAR

- 1- Acheson ED. Epidemiologic of multiple sclerosis. Br Med Bull 33: 9, 1977.
- 2- Adams RD, Kubik CS. The morbid anatomy of the demyelinating diseases. Am J Med. 12: 510-46, 1952.
- 3- Dale E, Mc Farlin MD, and Henry F, Mc Farland MD. Multiple Sclerosis. N Engl J Med. 307: 1183-1187, 1982.

- 4- Ebers GC, Paty DW. CSF electrophoresis in one thousand patients. Can J Neurol Sci. 7: 275, 1980.
- 5- Ebers G, Vinuela S, Feasby T. The CT scan in exacerbations of multiple sclerosis. Presented at the Annual Meeting of the American Neurological Association. Washington DC. September 28-October 2, 1982.
- 6- Ebers GC, Paty DW, Sears ES. Imaging in multiple sclerosis. In poster CM (ed). The diagnosis of multiple sclerosis. New York. Thieme-Stratton Inc: 185-201, 1984.
- 7- Gala LA, Mastaglia FL, Black JL. Computerized tomography of brain and optic nerve in multiple sclerosis. J Neurol Sci. 36: 411, 1976.
- 8- Gebarski SS, Gabrielsen TO, Gilman S, Knake J, Latact JT, Aisen AM. The initial diagnosis of multiple sclerosis. Clinical impact of magnetic resonance imaging. Ann Neurol. 17: 469-474, 1985.
- 9- Gyldensted C. Computer tomography of the cerebrum in multiple sclerosis. Neuroradiology. 12: 33-42, 1976.
- 10- Hayman LA, Evans RA, Hinck VC. Rapid high dose (RHD) contrast cranial computed tomography. A concise review of normal anatomy. J Comput Assist Tomogr. 3 (12): 147, 1979.
- 11- Kurtzke JF. Multiple sclerosis. Whats in a name? Neurology. 38: 309-316, 1988.
- 12- Kurtzke JF. Epidemiologic contributions to multiple sclerosis. An overview. Neurology (NY). 30: 61-79, 1980.
- 13- Loizou LA, Cole G. Acute cerebral demyelination. Clinical and pathological correlation with computer tomography. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 45: 725, 1982.
- 14- Lukes SA, Crooks LE, Aminoff MJ, et al. NMR imaging in MS. Ann Neurol. 13: 592-601, 1980.
- 15- MC Donald WI, Halliday AM. Diagnosis and classification of multiple sclerosis. Br. Med. Bull. 33: 1-4, 1977.
- 16- Paty DW, Ebers GC, Vannacott TH. Prognostic markers in multiple sclerosis. 12th World Congress of Neurology, Excerpta Medica, International Congress Series 548: 56, 1981.
- 17- Paty DW, Poser C. Clinical Symptoms and sign of multiple sclerosis. In Poser CM (ed). The diagnosis of multiple sclerosis. New York. Thieme-Stratton Inc. 27-13, 1984.
- 18- Poser C. The diagnosis process in multiple sclerosis. In Poser CM (ed). The diagnosis of multiple sclerosis. New York. Thieme-Stratton Inc. 3: 13, 1984.
- 19- Poser C, Paty DW, Scheinberg et al. New diagnostic criteria for multiple sclerosis. Guidelines for research protocols. Ann Neurol. 13: 227-231, 1983.
- 20- Rose SA, Ellison GW, Lawrance M, Tourtellotte WW. Criteria for the clinical diagnosis of multiple sclerosis.

- 21- Schumacher GA, Beebe G, Kibler RF, Kurland LT, Kurtzke JF, MC Dowell F, Nagler B, Sibley WA, Tourtellotte WW, Willmon TF. Problems of experimental trials of therapy in multiple sclerosis. Report by the panel on the evaluation of experimental trials of therapy in multiple sclerosis. Ann NY Acad Sci. 122: 552, 1965.
- 22- Shelton JJ, Siddharthan R, Tobias J. et al. MR imaging of multiple sclerosis. Comparison with clinical and CT examinations in 74 patients AJNR. 6: 683-690, 1985.
- 23- Sibley WA, Bamford CR, Clark C. Triggering factors multiple sclerosis. In Poser CM (ed). The diagnosis of multiple sclerosis. New York. Thieme-Stratton Inc. 14-24, 1984.
- 24- Sibley WA, Sears ES. Multiple sclerosis. A comparison of diagnostic criteria. In Poser CM (ed). The diagnosis of multiple sclerosis. New York Thieme-Stratton Inc. 231-33, 1984.
- 25- Tan TC. Multiple sclerosis in Malaysia. Arch Neurol. 45: 624, 1988.
- 26- Tourtellotte WW, Walsh MJ. Ceresrospinal fluid profile in multiple sclerosis. In Poser CM (ed). The diagnosis of multiple sclerosis. New York. Thieme-Stratton Inc. 185-201, 1984.
- 27- Vinuela FV, Fox AJ, Debrun GM, Feasby TE, Ebers GC. New perspectives in computed tomography in multiple sclerosis. AJNR. 3: 277. 1982.
- 28- Warren KG, Ball MJ, Paty DW, Banna M. Computer tomography in disseminated sclerosis. Can J Neurol Sci 3: 211, 1976.
- 29- Young IR, Pallis CA, Budder GM, Legg NJ, Steiner RE. Nuclear magnetic resonance imaging of the brain in the multiple sclerosis. Lancet, 2: 1063, 1981.

## ALKOL KULLANIMI VE KOGNİTİF BOZUKLUKLAR

Dr. Niyazi UYGUR\*, Dr. Muharrem YAMAN\*, Dr. Mukadder KÖROĞLU\*, Dr. Doğan YEŞİLBURSA\*,  
Dr. Duran ÇAKMAK\*\*

**ÖZET:** Bu çalışmada uzun süre alkol kullananlarda Kognitif bozukluklar araştırılmıştır. En az 10 yıldır her gün alkol kullanan 50 ve alkol kullanmayan 25 kontrol deneye bir psikolog tarafından WAIS ve Benton visual retention testleri uygulanmış, test sonuçları ortalamaları istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. Ayrıca alkol kullanan ve kullanmayanlarda yaş ve öğrenim düzeyinin kognitif bozukluğa etkisi araştırılmıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Alkol kötüye kullanımı, Kognitif bozukluklar

### USING ALCOHOL AND COGNITIVE IMPAIRMENTS

**SUMMARY:** In this study, cognitive impairments of long-term alcohol users are examined. WAIS and Benton visual retention tests were given to 50 subjects who were drinking every day since 10 years or more and 25 non-user control subjects by a psychologist and the results of the tests are statistically compared. And also the effects of education and age on the cognitive impairment of that subjects are examined.

**Key Words:** Alcohol abuse, Cognitive impairments.

### GİRİŞ

Uzun süreli alkol kullanımı sonucu ortaya çıkan psikiyatrik ve nörolojik sorunlara ilişkin bir çok çalışma yapılmıştır. Beyindeki patolojinin en yaygın ve klinik olarak en önemli belirtileri bellek, düşünme, algılama ve dikkati içeren bir veya birden fazla sayıdaki kognitif fonksiyonlardır. Uzun süre alkol kullananlarda, alkolün bırakıldığı ilk günlerde algı ve bellekte geniş çapta bozulmalar saptanmıştır. Alkol bırakıldıktan üç veya dört hafta sonra psikolojik test performansının bir çok alanında önemli kayıplar belirlenmiştir.

Entellektüel ve kognitif fonksiyonlardaki performansın düşüklüğü geri çevrilebilir olsun veya olmasın, oldukça yaygın beyin patolojisinin işaretidir. Reitan (1977) (1) soyutlanma, yargılama yeteneği ve bir problemin yapısını anlama

kapasitesi düşüklüğünün nöropsikolojik testler sonucunda bulunan bozuk beyin fonksiyonlarının en yaygın belirtilerini oluşturduğunu bildirmiştir.

Genel olarak kognitif yetersizlikler, kişilerin günlük işlevler ve aktivitelerindeki alışlagelen performans düzeyinde azalmayla kendilerini gösterirler. Kognitif bozukluk artarken uyum sağlayabilme davranışı giderek azalır.

Artan yaşla birlikte bireyin alkol kökenli nöropsikolojik bozulmaya daha yatkın olduğu da bildirilmiştir. Klisz ve Parsons (1979) kognitif fonksiyonların değerlendirilmesinde, uzun süredir alkol kullanan yaşlı ve düşük eğitilmiş kişilerin genç ve daha eğitilmiş kişilere göre daha fazla kognitif kayıpları olduğunu, alkol kullanan ve kontrol gruplarının her ikisinde de düşük eğitim görmüş olanların daha kötü performans gösterdiklerini, genel olarak uzun süredir alkol kullananların

\* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi III. Psikiyatri Birimi

\*\* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi I. Psikiyatri Birimi