Bölüm
108

PARKİNSON YÖNETİMİ

Abdullah SEYİTHANOĞLU[1]

GİRİŞ

Kas gücünde veya hareketi engelleyecek duyu ve bilinç sisteminde bozukluk olmaksızın, bireyin hareket etmekte zorlandığı hastalık gruplarına ekstrapiramidal sistem hastalıkları veya hareket bozukluğu hastalıkları adı verilir. Hareket bozuklukları hipokinetik ve hiperkinetik hareket bozuklukları olarak iki ana başlıkta toplanabilir. Hipokinetik hareket bozuklukları içerisinde en sık görüleni Parkinson hastalığıdır. Parkinson hastalığı ilk kez 1817 yılında İngiliz hekim James Parkinson tarafından tanımlanmış ve titrek felç (shaking palsy) olarak adlandırılmış olup Alzheimer hastalığından sonra en sık görülen nörodejeneratif hastalıktır. Parkinson hastalığı prevelansı % 0.2 olmakla birlikte ileri yaşta prevelans artmaktadır. Yapılan çalışmalarda erkeklerde daha sık görüldüğü tespit edilmiş ve bu oran erkekler lehine 3:2 olarak gösterilmiştir. Parkinson hastalığına motor ve non motor semptomlar eşlik edebilir. Parkinson hastalığında motor zafiyet ile ilgili temel patoloji substansiya nigra pars kompaktadaki dopaminerjik nöronlarda kayıp ve etkilenen bölgede Lewy nöritleri ve intrasitoplazmik Lewy cisimcilerinin görülmesine dayanır. Parkinson hastalığı etyolojisi genetik ve çevresel faktörlerle ilişkili bulunmuştur. Kesin tanı otopsi ile konulmakla birlikte, klinik tanı; öykü, bulgu ve belirtilerle konmaktadır (1,2,3,4).

KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Parkinson hastalığı tanısı için en sık kullanılan ölçüt Birleşik Krallık Parkinson Hastalığı Derneği Beyin Bankası ölçütleridir (5).

Bradikinezi

Hareketin hızında, amplitüdünde ve frekansında azalma olup, bireyde bedenen yavaşlamaya ve ince beceri hareketlerde bozulmaya sebep olur. Ardısıra veya tekrarlayıcı el, ayak hareketlerini başlatmada güçlük, yavaşlama, beceriksizlik gözlemlenir. Ekstremite bulguları sıklıkla asimetriktir. Hasta özellikle alçak sandalyelerden güç kalkar, yürümeyi başlatmada güçlük çekebilir, yürümesi küçük adımlarla, yavaş, gövde öne doğru eğiktir, ayaklarını sürüyebilir ve bir ya da her iki kolunu sallamaz. Kas gücü normal sınırlardadır ve piramidal bulgulara rastlanmaz. Tükrüğün yutulamamasına bağlı olarak salya akması, monoton ve hipofonik konuşma, mimik kaslarının bradikinezisine nedeniyle hipomimi, mikrografi ve düşünce akışında yavaşlama nedeni ile bradifreni muayene esnasında gözlemlenebilir. Nadiren de konuşma esnasında hecelerin tekrarlanması görülür. Buna palilali denir (6).

Tremor

Parkinson hastalığında ilk semptom istirahat tremorudur, 4-6 Hz frekansında ve asimetrik başlangıç gösterir. Eldeki tremor pronasyon-supinasyon (para sayar) şeklindendir. Mental aktivite ve strese bağlı şiddet ve amplitüdünde artış olur. Baş-

[1] Uzman doktor Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Nöroloji Kliniği asey1985@yahoo.com

çıkana kadar artırılabilir. Eğer hasta MAO-B veya KOMT inhibitörleri kullanıyorsa bunlar kesilebilir. Tedaviye antidiskinetik bir ajan olan amantadin eklenebilir. Bu tedavilere hiç yanıt yoksa bilateral subtalamik derin beyin stimülasyonu veya tek taraflı diskinezi varsa kontralateral pallidotomi uygulanabilir. Difazik diskinezi sıklıkla alt ekstremitede ortaya çıkan distonik kasılmalardır. Levodopa dozu artırılabilir veya uzun etkili bir dopamin agonisti tedaviye eklenebilir, genelde bu tedavilerden fayda görmezler. Cerrahi tedavi uygulanabilir. Ağrılı sabah distonileri de ortaya çıkabilir. Bu durum sabah levodopa plazma konsantrasyonundaki düşüklükle alakalıdır. Tedavisinde gece yatmadan önce uzun etkili levodopa preperatı veya dopamin agonisti verilebileceği gibi uyanmadan bir saat önce levodopa verilebilir (21). Ek olarak kanıt düzeyi en etkin yöntem cilt altı apomorfin uygulaması (22) ve subtalamik derin beyin stimülasyonudur (23).

Parkinson hastalığında ortaya çıkan non-motor semptomların tedavisi

Parkinson demansında rivastigmin, donepezil, galantamin ve memantin kullanılabilir. Kanıt düzeyi en yüksek olan tedavi rivastigmin tedavisidir. Psikoz varlığında öncelikle dopaminerjik tedavi dozu gözden geçirilmeli ve parkinson hastalarında kullanılabilecek en güvenilir antipsikotik olan klozapin ve ketiapin tedavide tercih edilmelidir. Sıkça karşılaşılan depresyon varlığında ise benzodiyazepin grubu ve SSRI'lar tedavide önerilirken, REM uyku davranış bozukluğu tedavisinde ise klonazepam ve melatonin kullanılabilir. Parkinson hastalarında otonomik yetmezlik de ortaya çıkabilir. İmpotans varlığında sildenafil, ortostatik hipotansiyon varlığında fludrokortizon ve midodrin akılda tutulması gereken ilaç gruplarıdır (24).

SONUÇ

Parkinson hastalığı nörodejeneratif ve tedavisi küratif olamayan bir hastalıktır. İyi bir klinik değerlendirme ile tanısı konularak hastanın yaşam kalitesinin uzun süre daha iyi olması sağlanabilir. Parkinson hastalığında medikal tedaviye ek olarak uygun hastalarda cerrahi tedavi de uygulanabilir. Parkinson hastalığı etyopatogenezi aydınlatıldıkça yeni tedaviler de gündeme gelecektir. Kök hücre araştırmaları,hücre nakil yöntemleri, gen tedavileri ve büyüme faktör yöntemleri ve aşı araştırmları araştırma aşamasında olan yeni tedaviler olarak özetlenebilir. Bu çalışmaların herhangi biri olumlu sonuçlandığı takdirde parkinson hastalığı tedavisinde önemli gelişmeler söz konusu olacaktır.

KAYNAKÇA

1. Parkinson J. An essay on the shaking palsy. London Sherwood, Neely and Jones 1817.
2. Doğu O (2010). Parkinson Hastalığı Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri. Murat Emre (Ed.), Parkinson hastalığı içinde (s.75-80). Ankara: Güneş Tıp Kitapevi
3. Predzedborski S. (2007). Parkinson hastalığı ve hareket bozuklukları. (Hülya Apaydın, Çev. Ed.). Philadelphia: LWW
4. Akbostancı MC ve Şahin G. (2014). Parkinson hastalığı tanı ve tedavi rehberi. İstanbul: Ada Basın Yayın
5. Hughes AJ, Ben-Shlomo Y, Daniel SE, et al. What features improve the accuracy of clinical diagnosis in Parkinson's disease: a clinicopathologic study. Neurology. 1992;42(6):1142-6
6. Berardelli A, Rothwell J, Thompson P, et al. Pathophysiology of bradykinesia in Parkinson's disease. Brain. 2001;124(11):2131-46.
7. Ertan S. (2010). Parkinson hastalığının tanısı ve ayırıcı tanısı. Murat Emre (Ed.), Parkinson hastalığı içinde (s.191-199). Ankara: Güneş Tıp Kitapevi
8. Roze E, Coêlho-Braga MC, Gayraud D, et al. Head tremor in Parkinson's disease. Movement disorders: official journal of the Movement Disorder Society. 2006;21(8):1245-8.
9. Akbostancı, MC. (2015). Klinik Pratikte Hareket Bozuklukları. Ada Basın Yay. Dağ. 2015
10. Brodsky H, Vuong KD, Thomas M, et al. Glabellar and palmomental reflexes in parkinsonian disorders. Neurology. 2004;63(6):1096-8.
11. Reijnders JS, Ehrt U, Weber WE, et al. A systematic review of prevalence studies of depression in Parkinson's disease. Movement Disorders. 2008;23(2):183-9.
12. Gültekin M, Hanağası H. (2018) Parkinson hastalığında klinik, ayırıcı tanı ve yaklaşım ilkeleri. Türk Nöroloji Derneği, Hareket bozuklukları Tanı ve Tedavi Kılavuzu, Ankara
13. Alty JE, Kempster PA. A practical guide to the differential diagnosis of tremor. Postgraduate medical journal. 2011;87(1031):623-9.
14. Winikates J, Jankovic J. Clinical correlates of vascular parkinsonism. Archives of neurology. 1999;56(1):98-102.
15. Shin H-W, Chung SJ. Drug-induced parkinsonism. Journal of clinical neurology. 2012;8(1):15-21.
16. Bora Tokaçer A. (2010). Atipik Parkinsonizm ve Dejeneratif Parkinson Plus Sendromları. Murat Emre (Ed.), Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri, 2010; 225-239
17. Stocchi F, Rascol O, Kieburtz K, et al. Initiating levodopa/carbidopa therapy with and without entacapone in early Parkinson disease: the STRIDE-PD study. Annals of neurology. 2010;68(1):18-27.

18. Moore TJ, Glenmullen J, Mattison DR. Reports of pathological gambling, hypersexuality, and compulsive shopping associated with dopamine receptor agonist drugs. JAMA internal medicine. 2014;174(12):1930-3.
19. Elmer LW. Rasagiline adjunct therapy in patients with Parkinson's disease: post hoc analyses of the PRESTO and LARGO trials. Parkinsonism & related disorders. 2013;19(11):930-6.
20. Ory-Magne F, Corvol J-C, Azulay J-P, et al. Withdrawing amantadine in dyskinetic patients with Parkinson disease: the AMANDYSK trial. Neurology. 2014;82(4):300-7.
21. Warren Olanow C, Kieburtz K, Rascol O, et al. Investigators. Factors predictive of the development of levodopa-induced dyskinesia and wearing-off in Parkinson's disease. Movement Disorders. 2013; *28*(8), 1064-1071
22. Dewey Jr RB, Hutton JT, LeWitt PA, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of subcutaneously injected apomorphine for parkinsonian off-state events. Archives of neurology. 2001;58(9):1385-92.
23. Lyons KE, Pahwa R. Effects of bilateral subthalamic nucleus stimulation on sleep, daytime sleepiness, and early morning dystonia in patients with Parkinson disease. Journal of neurosurgery. 2006;104(4):502-5.
24. Chaudhuri KR, Healy DG, Schapira AH. Non-motor symptoms of Parkinson's disease: diagnosis and management. The Lancet Neurology. 2006;5(3):235-45.