

HORRRR



Eğer horlayan biri iseniz;geceleri kaburgalarınızın dürtülmesine,yatak arkadaşınız tarafından yakınmaların iletilmesine,hatta yatak odalarınızın ayrı olması teklifine bile alışkın birisiniz demektir.

Horlama

Uykuda, burundan gelen havanın gırtlığa doğru giderken geçtiği bölümde,yumuşak damak ve/veya küçük dili titreştirilmesi ile çıkan gürültülü ses olarak tanımlanan HORLAMA; normal erişkinlerin yaklaşık % 45'inde en azından ara sıra, % 25'inde ise alışkanlık olarak devamlı yakınılan, hafif olgularda sadece sosyal sorunlara neden olan, ancak ciddi olgularda kişinin genel sağlığını bozan hastalıkların habercisi olabilen,bir YAKINMA dır.Horlama problemi genellikle erkeklerde ve aşırı kilolu kimselerde daha siktir ve yaşla birlikte daha da kötüleşir.

HORLAMAYA NELER NEDEN OLUR?

Eğer burun veya ağızın arka kısmındaki seviyede, hava yolu pasajında serbest hava akımını engelleyen bir tıkanıklık varsa, horlama dediğimiz gürültülü ses oluşur. Dil ile boğazın üst kısmının, yumuşak damak ve küçük dil ile birleştiği yukarıda belirtilen hava yolu pasajının bu kısmı (Şekil-1a ve b) kollabe olabilen (açılıp-kapanabilen) bir özelliğe sahiptir.Soluk alıp verirken, bu yapılar birbirine çarpıp titreşirse horlama görülür (Şekil-2a ve b).

Horlaması olan kişilerin anatomik yapılarında sıklıkla şu bozukluklar olabilir:

Dil ve boğaz kaslarının tonusunun (kasın kasılma yeteneğinin) zayıf olması:

Uyanıklık durumuna göre uyurken, tüm vücut kaslarında olduğu gibi bu bölge kasları da gevşer.Bu gevşeme özellikle derin uykuda daha da belirginleşir.Buna, uyuklamaya neden olan bazı ilaçların ve alkolün kasları daha çok gevşeten etkisi de eklendiğinde, dil hava yoluna doğru arkaya düşer veya boğaz kasları karşılıklı olarak içeri çöker.

Boğazdaki dokuların aşırı hacimli olması: Büyük bademcikleri ve geniz eti olan çocuklar genellikle horlar.Aşırı kilolu kişilerin de boyun yapıları aşırı hacimlidir ve benzer şekilde

horlamaya neden olur. Ender olmasına rağmen, kist ve tümörler de hacim leri nedeni ile horlamaya neden olabilir.

Küçük dil ve/veya yumuşak damağın uzun, sarkık ve/veya gevşek olması:

Uzun yumuşak damak burundan boğaza doğru olan açıklığı daraltır.Ayrıca aşağı doğru sarkınca uykuda gevşemiş durumda soluk alıp verirken, bir kanat çırpıntısı gibi gürültülü bir sese neden olur. Uzun bir küçük dil bunu daha da kötüleştirir.

Burun tıkanıklığının olması:

Tıkalı bir burunda solunan havanın arkaya doğru itilmesi için ekstra bir efora gereksinim vardır. Bu boğazda abartılı bir vakum etkisi yaparak,boğazdaki yumuşak ve sarkık dokuları birbirine doğru orta hatta çeker ve

horlamaya neden olur. Bu nedenle, horlama saman nezlesi mevsimlerinde, soğuk algınlığında ve sinüs infeksiyonlarında sıklıkla görülür.Ayrıca burun ve nazal septumdaki (bu-



*"Gül dünya da sende birlikte gülsün,
Horla tek başına uyu"*

Doç.Dr.Levent Erişen

run boşluğun ayıran kıkırdak ve kemik yapı deformiteler (septum deviasyonu gibi) de burun tıkanıklığı yaparak horlamaya neden olabilir.

HORLAMA CİDDİ BİR YAKINMA MIDIR?

Sosyal olarak; eğer horlayan kişi alay konusu oluyorsa, başkalarının gecelerinin uykusuz geçmesine ve kızgınlığına neden oluyorsa,"EVET" horlama ciddi bir yakınmadır.

Tıbbi olarak; eğer genel uyku yapısını bozuyor ve kişinin uykuda dinlenememesine neden oluyorsa,"EVET" horlama ciddi bir yakınmadır.BAZEN HORLAMA,TIKAYICI UYKU APNESİ SENDROMU GİBİ DAHA CİDDİ SAĞLIK PROBLEMLERİNİN BİR BELİRTİCİSİ OLABİLİR.

TIKAYICI UYKU APNESİ (nefes kesilmesi) SENDROMU

(Obstructive Sleep Apnea Syndrome)

Yüksek sesli horlama, tamamen duran solunum periyotları (apne) ile kesiliyorsa, bu "Tıkayıcı Uykü Apnesi Sendromu" olarak adlandırılır (Şekil-3).Bu hastalığın varlığından bahsetmek için, apne periyotlarının her birinin 10 saniyeden uzun sürmesi ve bir saatlik uykudaki ortalamaları 7'den fazla olması gereklidir.Bu sendromlu hastalar gecede 30-300 arasında değişen apne nöbetleri yaşayabilir. Apne periyotları kan oksijen seviyelerinde düşmeye ve kalbin daha zorlu pompalama yapmasına neden olur.

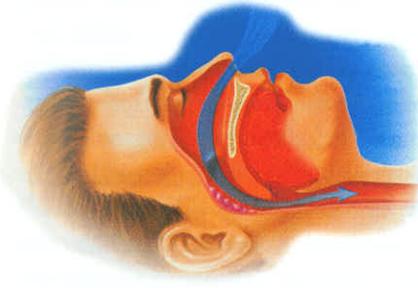
Uykuda apne gelişmesinin erken dönem etkisi; horlayan kişinin uyanmak zorunda kalması, kas tonuslarının artması ve tıkanan hava yolunun tekrar açılarak akciğerlere yeniden hava gidişinin sağlanmasıdır. Bu şekilde apne nöbetleri ile sık sık uyanan kişilerin dinlendirici bir uykuya sahip olamadığından

gün boyunca uyuklamaya eğilimlidir. Bu ise iş performansının azalmasına ve şoför, emniyet görevlisi gibi bazı mesleklerde ciddi sonuçlara neden olabilir. Bu hastalıkla birlikte yıllarca yaşayan hastalarda, uzun dönemde yüksek tansiyon ve kalp büyümesi gibi kalp-damar hastalıkları görülebilir.

HORLAMA VE/VEYA TIKAYICI UYKU APNESİ SENDROMUNDA TANI NASIL KONUR?

Horlama eğer ara sıra oluyor, kişinin yatak arkadaşı ve/veya ev halkını rahatsız etmiyorsa HAFİF, hangi pozisyonda uyursa uyusun devamlı oluyor, kişinin yatak arkadaşı ve/veya ev halkını rahatsız ediyorsa CİDDİ olarak adlandırılır. Ciddi horlayan kişilerin, özellikle de aşağıdaki soruların cevapları "Evet" ise, mutlaka Tıkayıcı Uyku Apnesi Sendromu açısından araştırılmaları gerekir.

- Çok yüksek sesle horluyor ve ailenizi ve ev halkını rahatsız ediyor musunuz?
- Gün boyu uyuklama haliniz var mı?
- Gece yarısı sık sık, uykudan boğulacakmış gibi uykudan uyanıyor musunuz?
- Uyku sırasında sık sık nefes kesilmeleriniz oluyor mu? Bunu özellikle yatak arkadaşınız fark ediyor mu?
- Sabahları uykudan baş ağrısı ve/veya yorgun kalkıyor musunuz?



Şekil:2-a

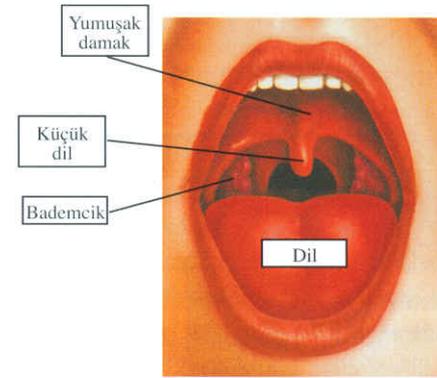
İlk olarak, Kulak Burun Boğaz ve Baş-Boyun Cerrahisi Uzmanı tarafından burun, ağız, boğaz, yumuşak damak ve boyun bölgeleri muayene edilmelidir. Kulak Burun Boğaz hekimi endoskopi yaparak, burun ucundan ses tellerine kadar olan tüm üst solunum yolunu gözden geçirmelidir. Bu aşamadan sonra, bir uyku laboratuvarında horlamanın ciddiyetinin, kişinin sağlığının nasıl etkilendiğinin ve en önemlisi de Tıkayıcı Uyku Apnesi Sendromu olup olmadığının araştırılması için UYKU TESTİNE (Polisomnografi) gereksinim duyulabilir. Takiben tıkanıklığın yeri ve

derecesinin saptanması için direkt grafiler ve/veya bilgisayarlı tomografi veya manyetik rezonans gibi gelişmiş radyolojik görüntüleme yöntemleri istenebilir.

TEDAVİ

Horlama ve Tıkayıcı Uyku Apnesi Sendromu tedavisinde çeşitli yöntemler söz konusudur:

1. Kişinin yaşam tarzı ve alışkanlıklarının değiştirilmesi, uyku pozisyonunun düzenlenmesi için gerekli öneriler.
2. Cerrahi girişimler.
3. Devamlı pozitif hava yolu basıncı



Şekil:1-a

(Continuous Positive Airway Pressure - CPAP-).

4. Ağız, burun ve/veya dişlere uygulanan aletler.

1. HAFİF HORLAYANLAR İÇİN ÖNERİLER:

Hafif horlayan erişkin hastalar aşağıda belirtilen önerilerle kendi kendilerine yardımcı olabilirler. Ayrıca bu öneriler ciddi horlayan ve/veya Tıkayıcı Uyku Apnesi Sendromu olan hastalar için diğer tedavilere ek olarak önerilmelidir:

- Kilo kaybı ve iyi bir kas tonusu elde edebilmek için sağlıklı ve atletik bir yaşam tarzını seçmek, düzenli spor yapmak,
- Uyku saatinden önce uyku ilacı, trankilizan ve antihistaminik ilaçları almamak,
- Uyku saatinden önceki 4 saat içinde alkol, ağır gıdalar veya hafif yiyecekler almamak,
- Aşırı yorgunluktan kaçınmak, düzenli bir uyku alışkanlığını kazanmak,
- Sırtı üstü yatmak yerine yan yatma alışkanlığını kazanmak (pijamanın arka kısmına tenis topu yerleştirilmesi gibi), uyurken yatağın baş kısmını 10 cm. kadar yükseltmek,
- Eşlerden horlamayanın daha önce uyumasını sağlamak.

2. CERRAHİ GİRİŞİMLER:

Cerrahi tedavi incelemeler sonunda bulunan bozukluklara göre değişir. Buna göre:

- Burun ve sinüslere yönelik girişimler,
- Yumuşak damak, bademcik ve/veya küçük dile yönelik girişimler,
- Bademcik ve/veya geniz etine yönelik girişimler,
- Dil kökü ve dil kaslarına yönelik girişimler,
- Üst ve alt çeneye yönelik girişimler,
- Hava yolundaki tıkanıklığı by-pass eden girişimler yapılabilir.

● Muayene sonucunda horlama nedeni olarak nazal allerji, burun ve/veya sinüs infeksiyonları, septum deformiteleri, burun polipleri gibi burun ve/veya sinüs bozuklukları bulunursa, bu durumda, öncelikle bu bozukluklara yönelik ilaç ve/veya cerrahi tedavilerin yapılması gereklidir.

● Horlayan veya Tıkayıcı Uyku Apnesi Sendromu olan kişilere Kulak Burun Boğaz ve Baş-Boyun Cerrahisi Uzmanı tarafından, aşağıda belirtilen yumuşak damak, bademcik ve/veya küçük dile yönelik girişimler cerrahi tedavi olarak önerilebilir:

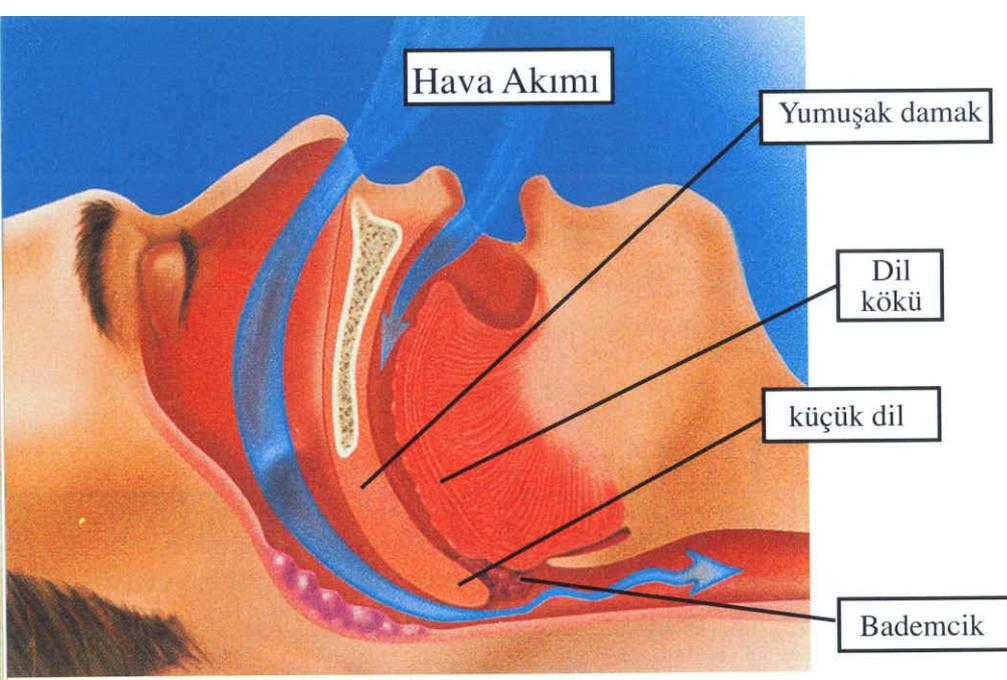
● UVULOPALATOFARİNGOPLASTİ (UPPP):

Genellikle Tıkayıcı Uyku Apnesi Sendromu için önerilir. saf horlama için ender olarak gerekli olur. Bu operasyondan amaç, küçük dil, yumuşak damak, boğaz ve bademcik bölgesine yapılacak olan girişimle, gevşek ve sarkık olan bu yapıları gerginleştirmek ve hava yolu pasajını genişletmektir (Şekil-4).

● LAZERLE YAPILAN

UVULOPALATOPLASTİ (Laser Assisted Uvuloplasty-LAUP):

Horlama ve hafif Tıkayıcı Uyku Apnesi Sendromu tedavisinde yapılır. Hava yolu üzerindeki tıkanıklığı kaldırmaya, gevşek ve sarkık olan dokuların gerginleştirmeye yönelik bir girişimdir. Lazer ile küçük dil ve yumuşak damağın bazı bölümleri buharlaştırılarak çıkarılır, lokal anestezi ile muayenehanede veya yatış yapılmadan hastanede yapılabilen bir operasyondur. Bazen 3-5 seans gerekebilir. En önemli avantajı bu girişim yapılan hastaların normal yaşamlarına hemen dönebilmeleridir, kanama olasılığı yoktur ve yutma, konuşma fonksiyonları fazla etkilenmez. Ancak bazen çok şiddetli olabilen ve giderek azalmasına rağmen 10 gün kadar sürebilen ağrı, dezavantaj olarak kabul edilebilir. Eğer Tıkayıcı Uyku Apnesi Sendromu bulguları da varsa, LAUP'den önce mutlaka uyku testi →



Normal olarak; hava akımı serbest bir şekilde boğazdaki yapılardan geçer.

yapılmalıdır. Sadece basit horlaması olanlarda % 85 oranında başarı bildirilmektedir.

•**YÜKSEK FREKANSLI ISI ENERJİSİ İLE DOKU ÇIKARILMASI** (Radio-frequency Thermal Ablation-RTFA): LAUP gibi muayenhanede veya ayaktan hastanede yapılabilen, rahatsız edici etkisi minimal olan bir girişimdir. Hasta girişimden hemen sonra normal yaşamına dönebilir, ayrıca LAUP'de bahsedilen diğer avantajlar da bu yöntem için geçerlidir ve LAUP'ye göre belirgin olarak az ağrılıdır. Küçük dil ve/veya yumuşak damağa sokulan bir elektrot aracılığı ile verilen yüksek frekansın, yaptığı doku ölümünü takiben gelişen nedbe dokusunun bu bölgelerde gerginlik oluşturması prensibine dayanır (Şekil-5). Gerekliğinde burun içindeki etlere (konkalar) ve dil köküne de uygulanabilir.

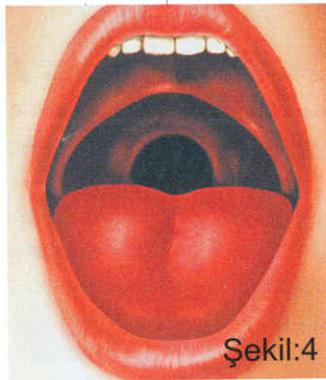
•Bademcik ve/veya geniz etine yönelik girişimler genellikle çocuk hastalara önerilir. Devamlı horlayan çocuk hastalar bademcik ve/veya geniz eti problemleri açısından değerlendirilmelidir. Çocuğun sağlığını tekrar kazanabilmesi için bademcik ve/veya geniz eti operasyonu gerekli olabilir (özellikle Tıkayıcı Uyku Apnesi Sendromu için) ve başarı oranı da oldukça yüksektir.

•Tetkikler sonucunda tıkanıklık yeri dil kökü

seviyesinde saptanır, dil kökü ve dil kaslarına yönelik girişimler düşünülebilir. Bunlar genellikle Tıkayıcı Uyku Apnesi Sendromu için uygulanan bir girişimdir. Boğazın alt kısmının kollabe olmasının engellenmesine ve dil kaslarının öne çekilerek tıkalı olan hava yolunu açılmasına yarar. Bu amaçla;

•**Genioglossus kası (ağız tabanı ve dil kası) ve hyoid kemik ilerletilmesi,**
•**Dil kökünün alt çeneye asılması,**
operasyonları yapılabilir.

•Daha ender olarak tetkikler sonucu tıkanıklığın belirtilen bölgelerdeki yumuşak doku bozukluklarına değil de, özellikle üst ve alt çenede olmak üzere kemik yapılara ait sorunlara bağlı olduğu bilinir. Bu durumda bunlara yönelik girişimler yine Kulak Burun Boğaz ve Baş-Boyun Cerrahisi Uzmanı veya Çene Cerrahisi Uzmanı tarafından yapılabilir. Bu girişimler önceden belirtilenlere göre daha ağır operasyonlardır ve yine dil kökü ve dil kaslarına yönelik girişimlerde olduğu gibi Tıkayıcı Uyku Apnesi Sendromu için uygulanan girişimlerdir.



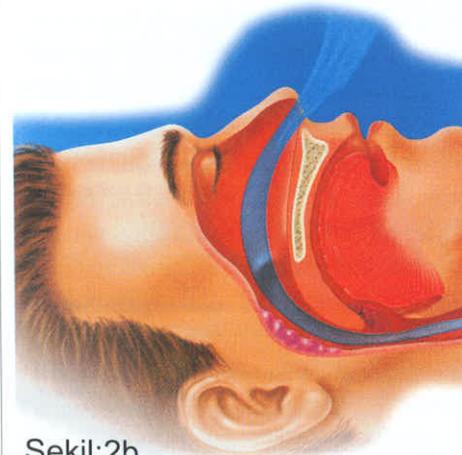
Şekil:4

•Her türlü tıbbi veya cerrahi yöntem denenmesine rağmen kontrol altına alınmayan Tıkayıcı Uyku Apnesi Sendromu'nda çare, tıkanıklığın by-pass edilmesi prensibi ile TRAKEOTOMİ açılmasıdır. Tedavi başarı şansı % 100'dür, ancak ömür boyu boğazda bir delik ile yaşamak çok zor kabul edilen bir

tedavi yöntemidir. Bu nedenle yaşamı tehdit eden Tıkayıcı Uyku Apnesi Sendromu olmadıkça ve diğer tüm yöntemlerden başarısız sonuç alınmadıkça uygulanmamalıdır.

3. DEVAMLILIK POZİTİF HAVA YOLU BASINCI (Continuous Positive Airway Pressure -CPAP-) UYGULAMASI:

Eğer hasta cerrahi istemiyorsa veya hastanın genel durumundan dolayı cerrahi çok riskli ise bu yöntem uygulanır. Hastanın tüm yaşamı boyunca geceleri, ağzını ve burnunu kapsayan bir maske yolu ile pozitif basınçlı havanın boğaza verilmesi ve bu şekilde hava yolunun açık tutulması prensibi ile uygulanır (Şekil-6a ve b). Tıkayıcı Uyku Apnesi Sendromu'nun en etkili tedavi yöntemlerinden biridir. Saf horlama için pek önerilmemektedir. Eğer hasta tolere edebilirse etkisi % 100'dür. Ancak en önemli sorun hasta uyumudur. Çünkü tüm ömür boyunca geceleri bir Alete bağlı olan bir maske ile uyumak çoğu



Şekil:2b

kişi tarafından kabul edilemez. Genel olarak hastaların % 30-70 kadarı bu tedaviye uyum gösterebilmektedir. Uyum gösteremeyen hastalarda yine cerrahi tedavi seçeneği zorunludur. Ayrıca CPAP uygulanacak olsa bile, tedavinin etkinliğinin artırılması ve olumsuz etkilerinin azaltılması için, önceden burun tıkanıklığı yapan nedenler varsa, tıbbi veya cerrahi tedavi ile ortadan kaldırılmalıdır.

4. AĞIZ, BURUN VE/VEYA DİŞLERE UYGULANAN ALETLER:

A.B.D.'de "Patent ve Marka Bürosu (Patent and Trademark Office)" na horlama ve/veya Tıkayıcı Uyku Apnesi Sendromu'nun tedavisinde kullanılmak üzere 300'den fazla alet için başvuru yapılmıştır. Bunlardan bazıları kişiyi yan uyumaya zorlamak için (çünkü kişi sırtüstü uyuduğunda horlaması sıklıkla kötüleşir) eski bilinen düşüncelerin varyasyonu olmakla birlikte, bazıları ise alt çeneyi öne doğru çekerek yumuşak damak seviyesinde (Şekil-7), burun kanatlarını açarak burun boşluğu seviyesinde havayolu pasajını açan mekanik veya kişi horladığı zaman hoşagitmeyen uyarılar çıkararak horlamayacak şekilde kişinin uyanmasını ve pozisyonunu değiştirmesini sağlayan elektronik aletlerdir. Fakat eğer kişi horluyorsa şu gerçektir ki; neden ne olursa olsun olay kişinin bilinçli kontrolü altında değildir, yani kişi uymaktadır. Eğer horlamaya karşı olan aletler işe yarıyorsa, bu muhtemelen kişiyi uyanık tuttuğundan dolayıdır.

Sonuç olarak: HORLAMA;

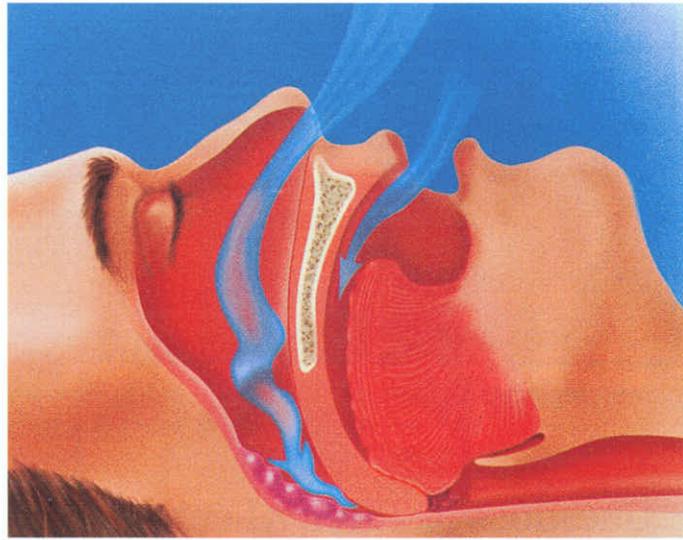
Sadece alaya alınacak komik bir bulgu olmayıp, Tıkayıcı Uyku Apnesi Sendromu gibi ciddi bir hastalığın da ilk habercisi olabilen, Gerek sosyal açıdan gerek tıbbi açıdan tedavi edilmesi gereken, Genel inanışın aksine öneriler, cerrahi dışı veya cerrahi yöntemlerle, en basitinden en karmaşığına kadar birçok yöntemle tedavi edilebilen, Başta Kulak Burun



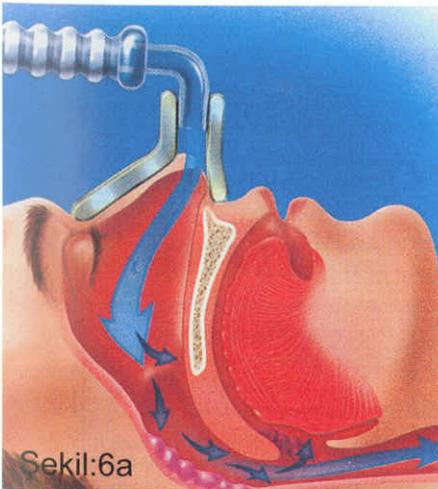
Şekil:6b

Boğaz ve Baş-Boyun Cerrahisi olmak üzere, Nöroloji, Göğüs Hastalıkları, Psikiatri, Çene

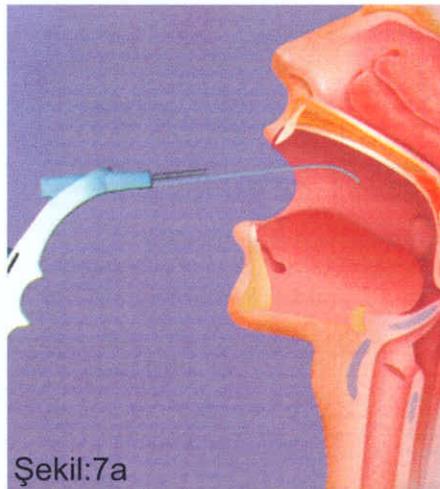
Cerrahisi, Ortodontist ve Çocuk Hastalıkları Uzmanlık alanlarını ilgilendiren multidisipliner, bir YAKINMA dır.



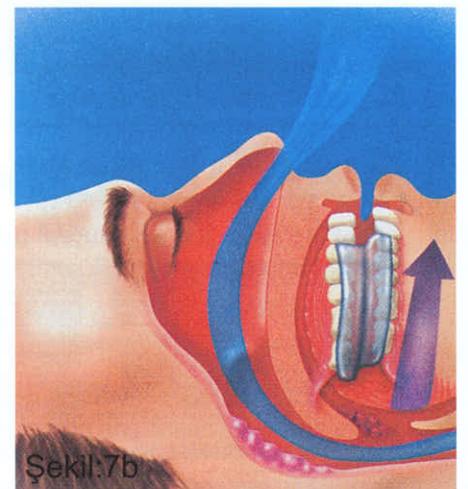
Şekil:3



Şekil:6a



Şekil:7a



Şekil:7b

“...Ben yine de kendimi güçlü buluyorum, çünkü yaşamıma düzen veren aklımdır”

“Mektuplar”, PLATON

Beynimizdeki Gizli ve Gerçek Bomba!

SÖYLEŞİ:

Çoğumuz, yaşamımızın bir evresinde “bomba gibi bir fikrim var” deyimini kullanmışızdır. İnsanlık tarihi boyunca yaratılmış olan bu “bomba gibi fikirler” uygarlığımızın harcını oluşturmuştur. Gelin görün ki, yine insanlık tarihi boyunca, beynimizde, kimi zaman sessiz kalan kimi zaman yaşamımızı alt üst eden gerçek bombalar da vardır. Bazı yanlarıyla gizlerini sürdürseler de çoğu özellikleri, tıp çevreleri tarafından bilinir durumda olan bu bombalar, taşıyanların yaşamlarını tehdit etmeye devam etmektedir.

“Anevrizma” olarak isimlendirilen bu masum görünümlü damar baloncukları, yeri geldiğinde yaşamımızı allak bullak eden ve hatta sonlandırılan oyunlarla sahneye çıkıvermektedirler.

Anevrizma nedir?

Dr.Uğur: Bir atar damarın pürüzsüz mükemmel duvarının, büyük olasılıkla doğuştan defektli olan minik bir alanında; kanın hemodinamik özelliklerine bağlı olarak zaman içinde balonlaşma ve büyümesiyle ortaya çıkar.

Beyin damarlarındaki anevrizmaların yerleşimi nasıldır?

Dr.Uğur: Anevrizmalar genellikle damar duvarlarının göreceli olarak daha zayıf olduğu büyük ve orta çaplı atar damarların dallanma (Bifurkasyon) bölgelerinde yerleşir. Beyni besleyen atar damarlar, beyin tabanında



Willis Poligonu ismi verilen ve beyne kan getiren dört ana atar damarın birbirleriyle daha küçük atar damarların aracılığı ile damar ağı yaparlar beyindeki anevrizmaların büyük çoğunluğu bu damar üzerinde yerleşmiştir. Willis Poligonu, beyin tabanında beyni çevreleyen “Beyin Omurilik Sıvısı” adı verilen bir su için-

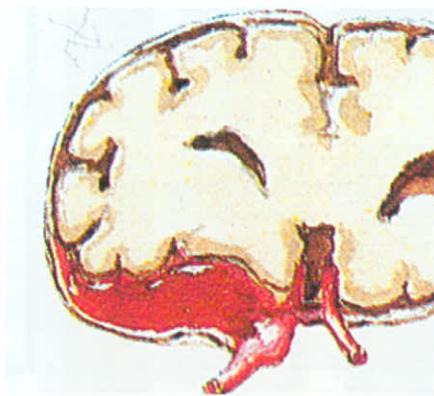
de yüzer haldedir. Beyin Omurilik Sıvısı, beynin ve omuriliğin çevresindeki Pia-Mater za ile onun da dışında olan Aracnoid denilen zarın arasında bulunur.

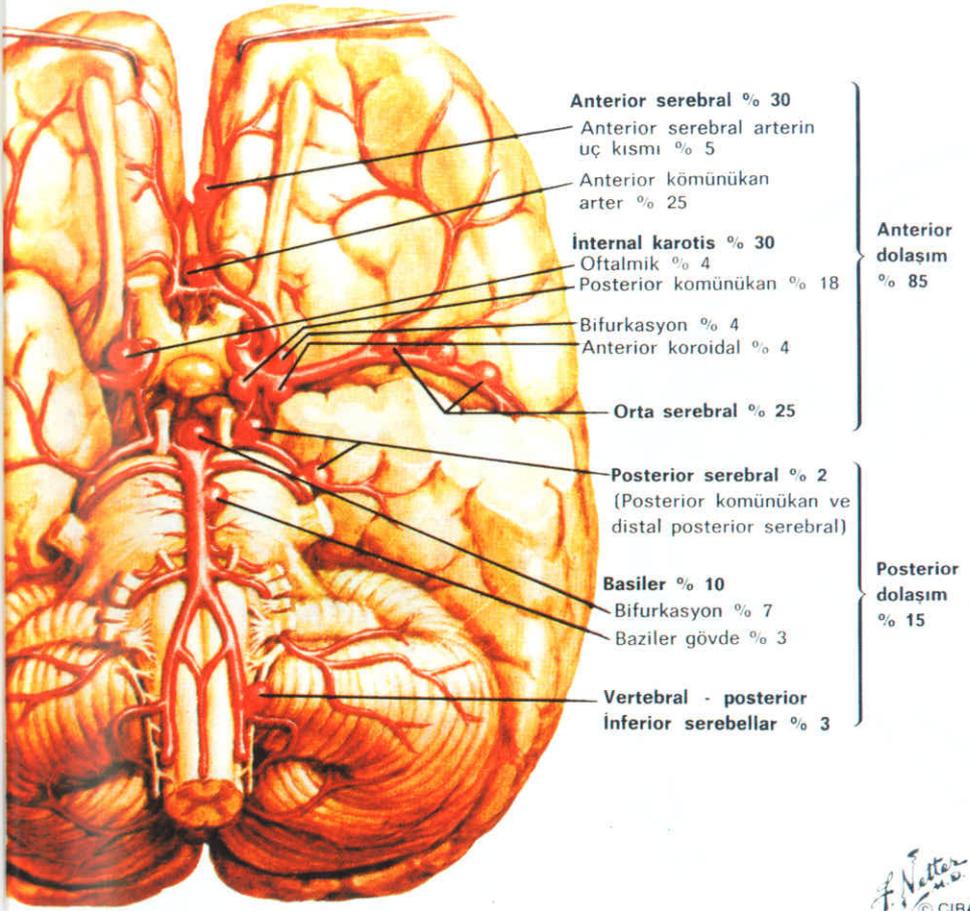
Beyin damar Anevrizmalarının şekli ve boyutları nasıldır?

Dr.Uğur: Anevrizmaların çoğunluğunun doğumsal olduğunu belirtmiştik. Doğusal anevrizmalar ya sakküler dediğimiz min bir boyun ve bunun üzerinde baloncuk bölge şeklinde ya da Fuziform dediğimiz küçük b damar segmentinde genişleme şeklindedir. Genellikle 3-15 mm arasında değişen çaptadırlar. 25 mm ve daha büyük çapta da olabilirler ve bunlara “Dev anevrizmalar” denir.

Kalıtımsal özellikler var mıdır?

Dr.Uğur: Bu konu literatürde tartışma





Anterior serebral % 30

Anterior serebral arterin uç kısmı % 5

Anterior kömünük arter % 25

Internal karotis % 30

Oftalmik % 4

Posterior kömünük % 18

Bifurkasyon % 4

Anterior koroidal % 4

Orta serebral % 25

Posterior serebral % 2
(Posterior kömünük ve distal posterior serebral)

Basiler % 10

Bifurkasyon % 7

Baziler gövde % 3

Vertebral - posterior inferior serebellar % 3

Anterior dolaşım % 85

Posterior dolaşım % 15

lıdır.Kalıtımla ilişkili olduğunu ileri süren ve bu konuda örnek vaka serileri sunan araştırmacılar vardır.Ancak kalıtımla ilişkili olmadığı yönünde inandırıcı tezler ileri süren araştırmacılar da bulunmaktadır.

Beyin damar anevrizmaları neden önemlidir?

Dr.Uğur Çünkü onlar sahneye çıktıklarında yaşamın renklerini aniden soldurabilmektedirler.Ani ölümlerin (Bilinen bir neden olmaksızın aniden ortaya çıkan ölümler) başlıca sorumlularından birisinin beyin anevrizmaları olduğu ileri sürülür.Beyin anevrizma Ruptürü (Patlamalarıyla kanın damar dışına sızması) olmuş hastaların yarısına yakını yaşamlarını yitirmektedir.

Toplum içinde görülme sıklığı nedir?

Dr.Uğur : Rastgele yapılan otopsi çalışmalarında her yüz kişiden 1-5 kişide beyin anevrizmasına rastlanılmıştır.Bu rakamın yüksek olmasına karşılık,anevrizmaların tamamı ruptüre olmayabilmektedir.Beyin anevrizması olan binlerce kişi normal yaşamlarını sürdürmekte ya doğal ya da diğer nedenlerle yaşamını yitirmektedir.Bir yılda kanamaya neden olan anevrizma sayısının ise yüzbinde 15-20 olduğu istatistik çalışmalarda hesaplanmıştır.

Hangi yaşlarda daha çok belirti verir?

Dr.Uğur: Yirmi yaşın üzerinde görülme

sıklığı daha fazladır ve ellili yaşlarda pik yapmaktadır.

Rüptürü kolaylaştırıcı etmenler var mıdır?

Dr.Uğur: Anevrizma kanaması olan hastalar incelendiğinde,hastaların üçte birinin günlük olağan aktivite içinde bulunduğu, üçte birinin efor gerektiren işler yapmakta (Ağır kaldırma,öksürme,cinsel ilişki v.s.) Olduğu bulunmuştur.Yüzde on oranında hasta da ruptür uykuda gözlenmiştir.Kan basıncı yüksekliğinin doğumsal beyin anevrizmalarının ruptürünü kolaylaştırıcı etmenlerden birisi olduğu ileri sürülmüşse de,bu görüş son yıllarda hızla taraftar kaybetmektedir.Sigara ve alkolün doğrudan ya da dolaylı anevrizma ruptürünü kolaylaştırdığı belirtilmektedir.

Ön belirtileri var mıdır?

Dr.Uğur :Anevrizma kanaması geçiren hastaların öyküleri incelendiğinde bazı bilgiler ortaya çıkmıştır.Bu hastaların bazılarında zaman zaman gelen baş ağrısı atakları olduğu ve migren baş ağrısı tanısı aldıkları gözlenmiştir.Hastaların bazılarında ise ,kanama öncesi bir ya da birkaç şiddetli baş ağrısı atağını ayakta geçirdikleri ve bu atakların aslında Uyarıcı Sızma (warning leak) adı verilen anevrizmanın minik kanaması olduğu belirtilmiştir.

Anevrizmalar,çevrelerinde bulunan beyin bölgeleri ve sinirlere yaptıkları bası ile

de ön belirtiler verebilirler.Bu belirtiler anevrizmaların bası yaptıkları yere göre çok çeşitlilik gösterir.Örneğin ani gelişen çift görme, görme keskinliğinde ve görme alanında bozulmalar,koku alma bozuklukları,tek yanlı gözde ani büyüme,tek yanda göz kapağında düşme ve/veya gözde içe-dışa kayma,yutma ve konuşma güçlükleri.Bu bulgu ve belirtiler daha da artırılabilir.Gerçekte,bu durumlar anevrizma dışında bir çok başka nedenle de ortaya çıkabilirler ve anevrizmaya özgü değildirler.Ancak nedenleri araştırıldığında bir beyin damar anevrizmasının bulunması sürpriz olmayacaktır.

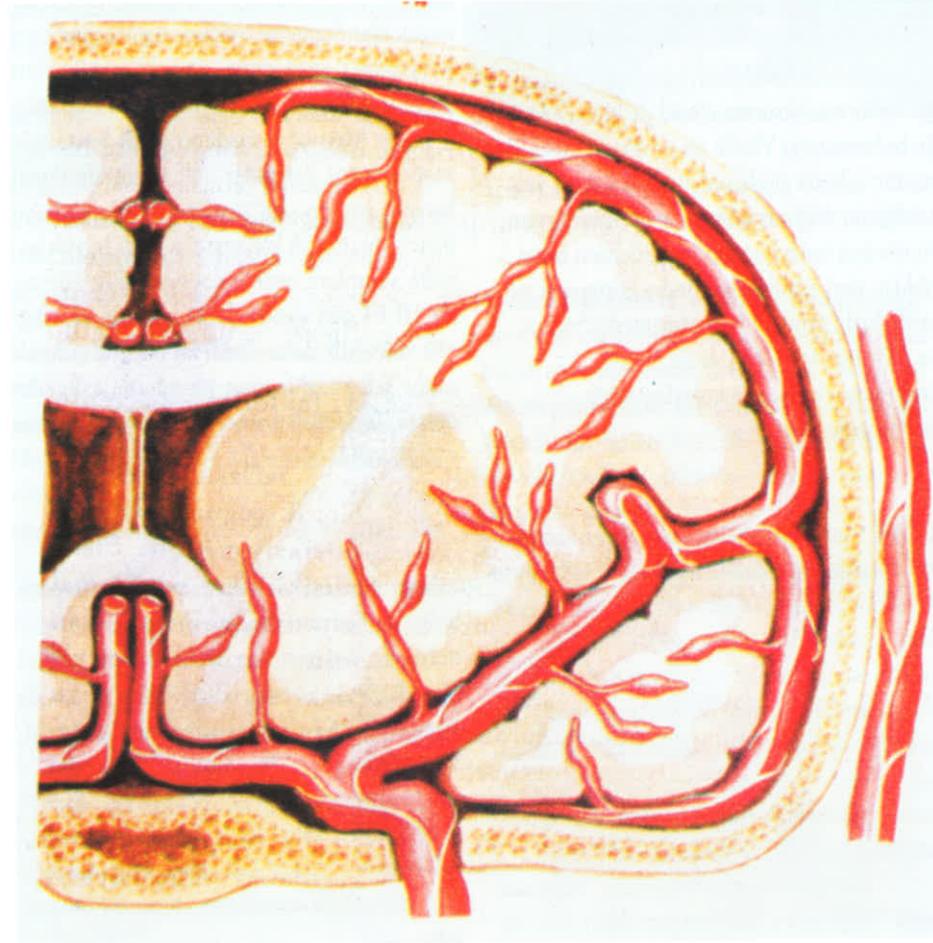
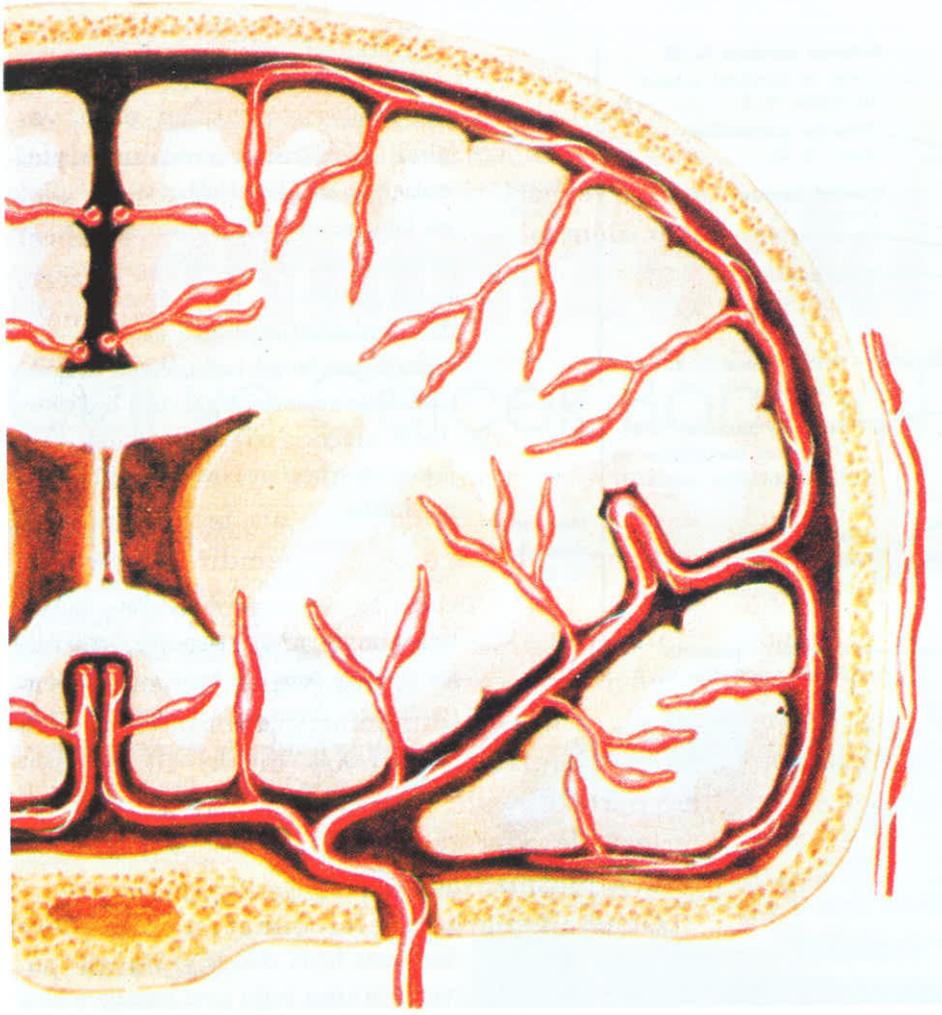
Anevrizma ruptüre olduğunda neler olur?

Dr.Uğur: Bu sorunun yanıtı öncelikle anevrizmanın beyin içindeki konumu ile ilintilidir.Eğer yukarıda belirtilen beyin omurilik sıvısı içinde yüzer durumdaysa,dışarı sızan kan bu sıvıya karışır.Kanamanın,yaşamı devam eden hastalarda sadece bir kaç saniye devam ettiği sanılmaktadır.O anda hasta genellikle başın arka kısmında diğer bölgelerinde de olabilir çok şiddetli bir ağrı duyumsar.Birinci değişik seviyede bozulabilir.Bulantı,kusma olabilir.Anevrizma beyin dokusu içine gömülü durumdaysa,kanın beyin içine sızması sonucu tek yanda kol ve bacakta kuvvet azlığı (felç), konuşma bozukluğu ve benzeri bir çok belirti gözlenebilir.Kanamayı izleyen saniyelerde kanayan atar damar çevresinde açığa çıkan bazı kimyasallar nedeniyle damar büzülmesi olur ve organizma kendi savunma mekanizması ile kanamayı durdurur.Artık hasta için saatler hatta dakikalar çok önemlidir.İkinci kanama izleyen saatler ve günlerde olabilir ve ikinci kanama ilk kanamadan daha büyük boyutta sorunlara neden olur.Kanamayı izleyen ilk 10-14 gün içinde ikinci kanama olasılığı çok yüksektir daha sonra bu olasılık giderek azalır.Tedavi edilmeyen hastalarda asla sıfır olmaz.İlk adımda,bu hastalar,acilen en yakın yataklı sağlık merkezine götürülmelidir.

Beyin damar anevrizması tanısı nasıl konur?

Dr.Uğur:Kanama öncesinde;yukarıda sayılan bulgu ve belirtiler bulunan hastaların iyi bir nörolojik muayeneden geçmeleri ve gerekli görüldüğünde Tomografi,MR Anjio ta da Konvansiyonel Anjio yapılarak araştırılmaları gerekir.

Kanaması olmuş hastalarda tanı koymak kolaydır.Ancak kanama kaynağının araştırılması önem taşır.Bazı durumlarda bir kişide birden fazla anevrizma bir arada bulunabilir.



Tedavisi nasıl yapılır?

Saptanmış olan anevrizma'nın tedavisi tek kelime ile cerrahidir.

Anevrizma rüptürü olan hastanın klinik durumunu da içeren bir çok parametre değerlendirilerek operasyon kararı verilir ya da verilmez.

Kimdir?

Dr.Hamdi Uğur



1979 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesini bitirdi. 1979-1984 yıllarında aynı fakültenin Nöroloji Kliniğinde uzmanlık eğitimi aldı. 1984-1986 yıllarında İnegöl Devlet Hastanesinde mecburi hizmet yaptı. 1992-1994 yıllarında Bursa Tabip Odası Yönetim Kurulu üyesi ve izleyen iki dönem TTB Genel Kurul delegesi olarak çalıştı.

Çocuk yaş grubunda gözlenen Beyin Sapı Tümörleri, Multiply Scleröz tanısında Nörofizyolojik incelemeler ve İntrakranial Tümörlerde medikal tedavi konularında çalışmaları ve yayınları var.

1992-1998 yılları arasında Bursa Tabip Odası yayın organı "Hekimce Bakış" Dergisi'nin yazı işleri müdürlüğünü yaptı.

1996 yılında Chicago'da Charles Stockwell tarafından verilen "Elektronistagmografi" kursuna katıldı. American Association For The Study Of Headache üyesi.

Son üç yıldan beri Grup Medika Nöroloji biriminde çalışmaktadır.

KAYNAKÇA:

- Adams RD, Victor M: Principles of Neurology, Mc Graw Hill, New York, 1995
- Barnett HJM, Stein BM, Mohr Jp, Yatsu FM: "STROKE, Pathophysiology, Diagnosis and Management", Churchill Livingstone, New York, 1992
- Kumral K, Özdamar N: "Nöroloji-Nöroşürji", Ege Üniversitesi Basımevi, Bornova, İzmir, 1992
- Kumral K, Kumral E: "Santral Sinir Sisteminin Damarsal Hastalıkları", Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları No:72, Bornova, İzmir, 1993