|  |
| --- |
| **DERSİN ADI:ATAKSİLER**  **DERSİ VEREN ÖĞRETİM ÜYESİ:** Prof. Dr.Onur Karan  **DÖNEM:** 4  **DERSİN VERİLDİĞİ KLİNİK STAJ:Nöroloji** |

|  |  |
| --- | --- |
| **DERSİN AÜTF ÇEKİRDEK EĞİTİM PROGRAMINDAKİ KARŞILIĞI**    T                      **XTT**             Ön tanı            **XA**                               **Xİ**                         **XK** |  |
| **DERS İÇİN BİLİNMESİ GEREKEN ÖN BİLGİLER**  1        Medülla spinalis duyu yollar  1        ıSerebellum semiyolojisi |  |
| **ÖĞRENME KAZANIMLARI**  **Bu dersin sonunda öğrenciler;** **yürüme bozukluğu olan bir hastaya klınık yaklaşımlar konusunda bilgi sahibi olacaklardır.** |  |
| **DERS NOTU**  **DERSİN İÇERİĞİ:.tanım epidemiyoloji.sınıflama Muayene.**  **TANIM:Ataksi yürümenin planlamasına bağlı yada  duyu kusurlarına bağlı  özel tipte bir yürüme bozukluğudur.Bunun dışında  pareziler kas iskelet sistemi adale hastalıkları  ve  ekstrapıramıdal sistem hastaluıklara bağlı yürüme bozuklukları da vardır.**  **EPİDEMİYOLOJİ**.  Frıedrich ataksisi toplumda görülme oranı 50000 DE1 MS'in Türkiye'deki görülme sıklığı yüz binde 40-60 arasında bir sayı.    SINIFLAMA:Ayakta durma ve yürüme organizmanın çeşitli bölgelerinin birlikte ve normal şekilde çalışmasıyla gerçekleşir.. Bu fonksiyonun yerine getirilebilmesi için  aşağıdaki yapıların  ve fonksiyonların sağlam olması gerekir.   1. I. motor nöron2. II. motor nöron3. Kas tonusu ve ekstrapiramidal sistem4. Denge ve hareketlerin koordinasyonuyla ilgili vestibüler ve serebellar sistemler arka kordon ve santral bağlantıları 5.Çizgili kas ve iskelet sistemi 6.Yürümenin planlamasının yapıldığı frontal lob.  **1. Birinci Motor Nöron Hastalıkları**  ***a. Hemiplejik yürüyüşü* :**. Bacakta eksansiyon ve adduksiyon hakimdir            Bu nedenle hasta adım atarken  , bacağına kalçadan dışa ve öne doğru geniş bir kavis çizdirir.  ***b. Spastik yürüyüş*** *:* Spastik paraparezide görülür. Piramidal yollar torkolomber bölgede iki taraflı  hastalanmıştır. (Makaslıyarak yürüme)  **2. İkinci Motor Nöron Hastalıkları**  n. pereneus felcinde ayak aşağıya düşer. Buna düşük ayak denir. Aynı tablo, L5 medulla segmenti veya motor köklerinin hastalıklarında ve periferik nöropatilerde de ortaya çıkabilirr. Hasta, ayağını dorsifleksiyona getiremediğinden, adımını atarken bacağını gereğinden  fazla yukarı kaldırarak ayağın yere sürtmesini önlemeğe çalışır. Adımını attığı zaman önce ayak ucu yere değer. bu yürüyüşe *stepaj  yürüyüşü  denir*  **3. Ekstrapiramidal Sistem**  ***Parkinson Hastalığı* :** Hastanın baş ve gövdesi öne doğru eğiktir yavaş ve ufak adımlarla*”* yürür. Kollaarın asoisye hareketler kaybolmuştur. (kollar sallanmaz, gövdeye yapışıktır asimetriktir)  **4. Serebellar Ataksi**  . ayaklar birbirinden açılmış dayanma yüzeyi genişletilmiştir.. Ayaklar bitiştirilince dengenin sağlanması güçleşir, hasta düşebilir. Gözlerin açık veya kapalı oluşu durumu değiştirmez. Yürüyüş esnasında dengesizlik ve  sağa sola öne arkaya  yalpalanmalar vardır. sarhoş yürüyüşüne benzer. Düz bir çizgi üzerinde yürüme güçtür. Topuğunu öbür ayağın burnuna değdirerek yürüme gerçekleşemez(*Tandem yürüyüşü)*  Tek taraflı serebellum lezyonlarında hasta ayaktayken lezyon tarafına düşme eğilimi gösterir. Serebellumun sadece vermisini tutan lezyonlarında kol ve bacağın metrik muayenesi normal. Yani tek bulgu dengesizlik ve yürüme güçlüğüdür  **6. Vestibüler Ataksi**  . Baş dönmesi v e başboyun hareketleri ile  birliktedir., hasta lezyon tarafına düşer  **7- Duyusal Ataksi**  Derin duyuları taşıyan duyusal sinirler arka radiks ve arka kordon lezyonlarında görülür.( Arka kordon ataksisi önceleri tabes dorsalis adı verilen hastalıkta ortaya çıktığı için tabetik ataksi olarak anılmaktadır.bu ataksiye sensoryal ataksi de denilmektedir. *Arka kordon ataksisi* : Bu hastalarda derin duyu bozukluğu vardır gözleriyle bu yetersizliği kontrol altına alabilir.Göz kontrolü ortadan kalktığı zaman dengeleri bozulur. Ayaklarını bitiştirerek ayakta dururken gözlerini kapatırlarsa sallanır,ve  düşerler. Buna Romberg belirtisi denir.. Hastalar bacaklarını gereğinden fazla öne doğru fırlatırlar ve yere önce topuklarıyla basarlar.. Gözlerini kapattıkları zaman yürüyüş kusuru belirgin şekilde artar. Hastalarda karanlıkta yürüme güçlüğü vardır.. Dengesizliklerini azaltmak için hasta gözleri ile adımlarını kontrol ederler.. Bu, eski nöroloji kitaplarında “*Tabesli gözleriyle yürür*” şeklinde ifade edilmiştir.  . M. spinalis’in arka kordonunu tutan subakut kombine dejenerasyonda da aynı bulgular ortaya çıkar.. Yalnız duyusal sinir tellerini tutan *polinöropatilerde* de arka kordon hastalıklarındakine benzeyen bir şekilde denge kusurları ortaya çıkar bu  diabetes mellitus polinöropatisinde görülebilir ve  psödötabes diabetika adını alır.  **8. Kas Hastalıklarında Yürüyüş**  *Kas distrofilerinde* proksimal kas grupları tutulduğundan paraspinal kas zaafı nedeniyle karın öne doğru çıkmıştır iki tarafa yalpalayarak ördekvari  yürüyüş ortaya çıkar. Hastanın yerden kalkışı da tipiktir; elleriyle kademeli bir şekilde adeta kendi üzerine tırmanarak ayağa kalkar 8Gowers belirtisi)  **9. Frontal Lob Hastalıklarında Yürüme Bozuklukları**  Frontal lob hastalıklarında yürüyüş yavaş ve  güvensizdir. hastanın ayakları yere yapışmış gibidir, adeta manyetik bir alan tarafından yere çekilir gibidilerr bir türlü yürüme hareketini başlatamazlar yürümöenin planlaması bozulmuştur.. yürümeyi unutmuş gibidirler...( Frontal tipte ataksi *Bruns tipi ataksi veya yürüme apraksisi*  terimleri de kullanılmaktadır,   10 Balint Sendromu a)(simultan agnozi- belirli zamanda birden fazla uyaranı algılamada bozukluk,b) optik ataksi-vizuel yardıma rağmen el hareketerinde bozukluk(elde bozukluk yok sorun görme merkezinde objenin uzaklığını yakınlığını kestirememede,c) okuler apraksi- vizuel goruntunun bir parcasindan digerine yoneltmede bozukluk)(pareziye bağlı değil planlamaya bağlı)  **BAZI ÖNEMLİ ATAKSİLER**  1)FRIEDRICH ATAKSİSİ Spinoserebeller heredodejeneratif hastalık.otozomal resessif.çukurayak çekiçparmak deformitesi kardiomegali var.Hastada serebeller belirtiler var.Bunun yanında medülla spinaliste pyramidal nöronlarda lezyon var..Bundan dolayı Babinski müsbettiir.Fakat patella refleksi artmaz çünki hastalık patella refleksi ile ilgili kalın myelinli lifleri de etkilemiştir.    patella (-)Babinski(+)dır.Rehabilitasyon yapılır..Coenzim q verilir.Bazı ekoller hafif faydalar sağladığı için kullanıyorlar.Bu da radikal bir çözüm değildir çünki hastalık genetik bir hastalıktır.  2) WERNICKE KORSAKOW SENDROMU Kronık alkolıklerde açlık grevi yapanlarda kronık beslenme yetersizliği olanlarda hamilelerde ortaya çıkar…Tablonun nedeni B1 vitamini yetersizliğidir…Çünki B1 vitamini karbohidratları utulize eden çok önemli bir ko enzimdir.Eksikliğinde karbohıdratlar yağ asitleri siklusundan metabolıze olurlar sinir sisteminde nekrozlar ortaya çıkar.Periakuaduktal gri cevher talamus dorsal medial nükleus ve corpora mamillare de peteşial hemorajıler ortaya çıkar..Bu sendromun 2 komponenti vardır.Wernicke (ensefalopati)(optalmoplejıler bilateral abdusens paralizis trunkal ataksi )……..Korsakow psıkozu(anterpograd ve retrograd amnezi konfabulasyon…kötü niyeti yok biz ona soru sorduğumuz zanman onun karşılığını hafıza deposundan bulamıyor yanındakileri söylüyor ortaya çok enteresan bir konuşma çıkıyor) (konfabulasyon masal uydurma)tedavi thıamın 50 ıv…50ım…50 oral 200 mg a kadar ağır vakalarda çıkılabilir.Ayrıca etyolojiye yönelik tedavi….Fatal bir tablo sağ kalanlarda da ağır hafıza defisitleri oluşuyor >>>1 mg>>>1000 mikrogram… 3)SUBAKUT KOMBİNE DEJENERASYON:B12 vitamini hayvansal gıdalarda bulunur.Vücuda girince entrensek faktör tarafından işleve tabi tutulur ve cobalamin açığa çıkar…Bu da terminal ileumdan absorbe olur…Bu vıtaminin eritrosit formasyonunda görevleri vardır ayrıca sinir hücrelerinin myelin kılıfının yapılanması ve korunması için gereklidir…Makrositer anemi ve omurilikte arka kordon yan kordonda dejenerasyon oluşur…Buna subakut kombine dejenerasyon denir….Ayrıca polinöropati de gelişebilir…Vejeteryanlar  mide operasyonu geçirenler ve kronik atrofik gastritte gel lişir .Nedene yönelik tedavi ve parenteral B12 verilir(1gram>>>  AYAKTA DURUŞ VE YÜRÜYÜŞ MUAYENESİ  1.AYAKTA DURUŞ(SAĞA SOLA YALPALAMA  SEREBELLER LEZYON AÇISINDAN)  2.YÜRÜME:SARHOŞVARİ(SEREBELLUM).TOPUKLUYARAK(ARKA KORDON LEZYONU).BAŞ BOYUN HAREKETLERİ İLE  ATAKSİNİN PROVOKE OLMASI(LABİRENT LEZYONU).ROBOTVARİ(PARKİNSON HASTALIĞI) ORAKLIYARAK(HEMİPLEJİ).MAKASLAYARAK(SPASTİK PARAPLEJİ).DÜŞÜK AYAK STEPPAJ YÜRÜYÜŞÜ(N.PERONEUS LEZYONU) ÖRDEKVARİ (MYOPATİ)   3TOPUKLAR ÜZERİNDE AYAK PARMAKLARI ÜZERİNDE YÜRÜME(N.PERONEUS VE  TİBİALİS LEZYONLARI AÇISINDAN)  4TANDEM YÜRÜYÜŞÜ(ALDIM VERDİM YÜRÜYÜŞÜ)  5.ROMBERG TESTİ(HASTANIN YANINA  YAKLAŞINIZ VEGÖZLERİNİ KAPATTIĞI ZAMAN  SENDELİYORSA  YARDIM EDİNİZ)    **RİSK FAKTÖRLERİ travmalar  dengesiz beslenme  hipertansiyon ve kalb hastalıkları eksersiz azlığı bilinçsizce kullanılan  ilaçlar alkol sigara  madde alışkanlığı**  **KORUNMA  askh risk faktörlerine ve metabolik hastalıklara dikkat edilmesi..kazalardan korunma ve tedbirler.dengeli beslenme eksersiz**  **SONUÇ:Ataksi ve yürüme bozukluklarının teşhisi kişinin yürümesi veya ayakta durmasının  doktor tarafından enspeksiyonu.ile konulabilir. Diğer ek fizik muayeneler de yapılır hastalığın tanısı konulur,ilgili kliniğe sevk edilir.** | |
|  |  |
| **ÖNERİLEN KAYNAKLAR**    **Elektronik kaynak**  1)İstanbul tıphttp://www.itfnoroloji.org/semi1/yuruyus.htm  2)<http://www.thefreelibrary.com/Posterior+(bilateral+parieto-occipital)+cortical+atrophy%3A+a+case...->  3) <http://www.mslidostlar.com/index.php?option=com_content&view=article&id=42&Itemid=60>  4) https://en.wikipedia.org/wiki/Friedreich%27s\_ataxia  5)[**http://www.mehmetozmenoglu.com/index.php?link=101**](http://www.mehmetozmenoglu.com/index.php?link=101)  6) [**http://www.itfnoroloji.org/semi1/yuruyus.htm(istanbul**](http://www.itfnoroloji.org/semi1/yuruyus.htm(istanbul) **tıp)** |  |

**lişr**

|  |
| --- |
| **Dersle ilgili Doğru-Yanlış soruları**  Serebeller atakside  sarhoşvari yürüyüş vardır(DOĞRU YANLIŞ)  N.Pereneus felcinde düşük ayak olur(DOĞRU YANLIŞ)  N.Pereneus lezyonunda ördekvari yürüyüş olur. (DOĞRU YANLIŞ)  Arka kordon ataksisinde sarhoşvari yürüyüş vardır(DOĞRU YANLIŞ)  Arka kordon ataksisinde gözler kapatılınca kişi yere düşer(DOĞRU YANLIŞ)  Oraklıyarak yürüyüş hemipleji sekelinde olur (DOĞRU YANLIŞ)  Oraklıyarak yürüyüş torakal medülla spinalis lezyonlaınde olur. (DOĞRU YANLIŞ)  Labirent atakside serebeller bulgular vardır(DOĞRU YANLIŞ)  1. |