|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DERS BİLGİLERİ**   |  |  | | --- | --- | | DERSİN ADI:BAŞ DÖNMESİ DENGE BOZUKLUKLARI YÜRÜYÜŞ BOZUKLUKLARI  **DERSİ VEREN ÖĞRETİM ÜYESİ:Prof.Dr.Onur Karan**  **DERSİN VERİLDİĞİ KLİNİK STAJ:Nöroloji** | Dersin Verildiği Eğitim öğretim yılı:2016-2017  **DÖNEM: 3**  Dersin verildiği modül:6 | |  | | | **ÖĞRENME KAZANIMLARI**  **Bu dersin sonunda öğrenciler baş dönmesi denge bozuklukları ve yürüyüş bozukluklarının fizyopatolojisi etyolojisi ve klinik özellikleri konusunda bilgi sahibi olacaklardır.** | | | Dersin içeriği       TANIM TERMİNOLOJİ **ETYOLOJİ** **MUAYENE KLİNİK** | | | Önerilen 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)** | | |  | | |
|  |
| **DERS İÇİN BİLİNMESİ GEREKEN ÖN BİLGİLER**  **1** 1.8.kraniyal sinirin anotomi  ve fizyolojisi  **1** 2.Serebellum anotomi ve fizyolojisi |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
| **1** |  |
|  |  |
| **DERS NOTU**      BAŞDÖNMESİ VE NEDENLERİ       Vertigo periferik veya merkezi sinir sistemindeki patolojilerin yol açtığı duyusal bozukluklara bağlı olarak meydana gelen bir hareket ilizyonudur..Başka bir deyişle şahsın uzaydaki konumuna ait anormal ve subjektif bir duygudur.Başağrıları  gibi geniş bir şikayetler grubudur.Başının döndüğünü söyleyen 100 hastanın bir veya ikisinde gerçek vertigo söz konusudur diğerleri ise yalancı baş dönmesidir.(Psödovertigo,Dizziness).Fakat her durumda baş dönmesinden şikayet eden hasta karşısında doktora düşen görev hastanın bununla neyi kastettiğini anlayabilmek için etraflı bir anemnez almak ve iyi bir klinik muayene yapmaktır.  Anotomofizyoloji      Dengeli bir postürün sürdürülebilmesi için birçok mekanizma sorumludur.Bunlar,vücudun çevre ile ilişkisinden bizi haberdar ederler.Gözler labirentler kaslar ve eklemlerden gelen afferent impulslar vücudun boşluk içindeki pozisyonu hakkında bize bilgi verirler.Bu impulslara cevap olarak organizma dengesini sürdürebilmek için postural ayarlamaları yapmaya yeteneklidir.Afferent impulsların en önemlileri şunlardır:        1)Başboyun pozisyonunun etkileyen refleksleri aktive eden proprioseptif reseptörlerden gelen uyarılar.       2)Primer fonksiyonu hareket yönünde hızlanma veya yavaşlama şeklindeki değişmeleri ve vücut pozisyonundaki değişiklikleri kaydetmek olan ,labirentlerden gelen impulslar.Bunlar oldukça özel uzaysal proprioseptörlerdir.Semisirküler kanallar harekete  ve gövdenin açı yapma derecesine cevap verirler.Utrikulus ve sakkulus’ un duyu organı olan otolitler ise  başlıca yerçekimi ile ilgili olan organizma uyumu ile ilişkilidir.       3)Eklemler ve kasların proprioreseptörlerinden gelen impulslar,refleks postural ve volenter hareketleri düzenlerler.Boyundan gelenlerin başın pozisyonu ile ilgili olarak vücudun geri kalan kısmı ile olan ilişkisini ayarlamada özel önemi vardır.Serebellum ,vestibüler nükleuslar nükleus ruber beyin sapı gangliyonik merkezleri postürün düzenlenmesi ile ilgili önemli merkezi yapılardır.Ayrıca kendimiz ve dış dünya arasındaki ilişkilerde dengenin sağlanması ile ilgilidirler.  Vücudumuzla boşlukta bir yer kapladığımızı duygusal tecrübelerimize  dayanarak öğreniriz.Vücudumuzun çevresindeki boşluk yani dış dünya ise başka bir şema tarzında ortaya konmaktadır.Bu iki şema ne statik bağımsızdır.Bunlar devamlı bir şekilde birinden diğerine yer değiştirir ve adapte olurlar.Böylece boşlukta vücut uyumu , sadece vücut şeması ve dış dünya şeması arasındaki düzenli bir ilişkinin sağlanması ile mümkündür.Bu ilişkiler bozulduğunda boşlukta dezoryantasyon ve dengesizlik oluşur.  VERTİGONUN KLİNİK ÖZELLİKLERİ  Hasta cisimlerin kendi çevresinde döndüğünü veya vücudunun başının döndüğünü bildirdiğinde ,vertigo tanısı kolayca konur.Hasta ayrıca vücudunun özellikle başının öne arkaya yukarı aşağı yanlara doğru hareketleri olduğunu bildirebilir.Tavan ve duvarların dalgalı olduğunu kendine doğru batıp çıktığını  bazen de sanki kuvvetli bir manyetik etki ile bir yöne veya yere doğru çekildiğini ifade eder.Bu içten gelen duygu özellikle vertigonun karekteristiğidir.Vertigo belirtileri genellikle paroksismal ve  kısa sürelİdir  .Fakat zaman zaman bunlar haftalar hatta aylarca ara verebilir.Kronik safha akut bir nöbeti izleyebilir.veya izlemeyebilir.Bu son durumda hasta devamlı dengesizlikten sallanma veya çevresindeki müphem hareket duyusundan şikayetçidir.Vertigonun en hafif şekli dışında hepsine çeşitli derecelerde bulantı kusma nistagmus,baş ağrısı,ataksi baş hareketlerinden kaçınma hali eşlik eder.Nöbet en yüksek noktasına ulaştığında başın en hafif hareketi dönme ve bulantı duygusunu artırır.Akut belirtiler dışında  vertigo sadece baş hareketi ile uyarılabilir.Paroksismal vertigonun bir şekli (Barany’nin pozisyonel vertigosu ,Benign paroksismal pozisyonel vertigo -BPPV)  tamamen başın pozisyon değişmesine bağlıdır.Vertigo nöbeti anında ayakta durma ,yürüme bozulmuştur.Son derece şiddetli nöbetlerde hasta herhangibir ön belirti olmaksızın yere düşer ve ondan sonra baş dönmesi bulantı kusma olur.Bazı hastalar o kadar ataksik olurlar ki oturmaya veya ayakta durmaya yetenekli değillerdir.Daha hafif vakalarda hasta dengesizlik duyabilir ve bir tarafa düşmeye eğilimi vardır.Labirent ve vestibüler fonksiyon anormalliklerine bağlı olan bu tip yürüme bozukluğuna vertijinö ataksi denir.Bu durumda ekstremitelerin koordinasyonu bozulmamıştır.Bu serebeller hastalıklarda bozulmuştur.  PSÖDOVERTİGO(YALANCI BAŞDÖNMESİ)) Dizziness: başta hafiflik, sersemlik, ve boşluk hissi , teknede sallanır gibi olma hali, sendeleme, dengesini kaybeder gibi olmak,  sallanma hissi, cisimlerin  ayaklarının altından kayar gibi olması, dalgalanma. şeklinde tanımlanır.    taşikardi, bradikardi, hipotansiyon, tiroid hastalıkları,  hipoksi, hipoglisemi, gribal enfeksiyonlar,anemi dizziness’e sebep olabilir.  Burada hasta kendisini havada yürüyormuş gibi hissettiğini düşecekmiş gibi olduğunu söyler.Dengesizlik emniyetsizlik güçsüzlük başında sersemlik hali dalgınlık gibi tam açıklanamayan müphem hislerden şikayetçidir ya da kısaca başım dönüyor demeyi tercih eder.Başta sersemlik duyusu sıklıkla anksiyeteli kimselerin hiperventilasyonu ile meydana gelir.bu esnada kanda karbondioksit düzeyi düşer alkoloz oluşur.Ellerde dudaklarda uyuşmalar olur başdönmesi meydana  gelir.Anemilerde baş dönmesi olabilir sebep hipoksidir.Kronık obstrüktif hastalığı olan hastalar öksürünce kalbe venöz dönüş azalır,başdönmesi ve baygınlık meydana gelir.Hipertansiyona eşlik eden baş dönmesinin değerlendirilmesi oldukça güçtür.Bazı vakalarda  birlikte olan anksieteye bağlı olabilirDdiğerlerinde sebep intrakraniyal damarlarda geçici değişikliklere bağlıdır.Kötü fizik şartlardaki kişiler ,yaşlılar yatar ve oturur pozisyonda aniden ayağa kalktıkları zaman bir anlık baş dönmesi ile durduktan sonra bulanık görme ya da gözler önünde lekelerle birlikte sallanma tarzında bir baş dönmesinden yakınırlar.Bu semptomlar sadece birkaç saniye devam eder,bu süre içinde hasta hareketsiz kalmaya veya dengeli durmak için yakınındaki bir eşyayı tutmaya mecbur olur.Bu tip baş dönmesi normal kişilerde de olabilir.ve sıcak banyodan sonra daha şiddetlidir.bitkinlik yapan bir hastalığın   iyileşme dönemindeki hastalarda bu durum sık  görülen bir yakınmadır.Senkoplu hastalarda baş dönmesinden yakınabilirler.Pratikte bu semptomları vertigodan ayırmak güç değildir.Burada vertigo için karekteristik olan ne dönme duyusu ne de itilme duyusu vardır.Buna ek olarak gerçek vertigonun semptomları olan bulantı kusma baş ağrısı ataksi ve başı hareketsiz tutma isteği burada yoktur  GERÇEK VERTİGO   1.(Periferik Vertigo)   NEDENLERİ  Semisirküler kanallar Utriculus, Sakkulus N.Vestibülaris lezyonları    LABİRENT VERTİGO( Periferik vertigo) :  Şiddetli ve paroksismaldir,başlangıç maksimaldir,birkaç dakika devam eder.vertigoyla birlikte bulantı kusma solukluk hareketsizlik ve ataksi oluşur.birlikte olan nistagmus geçici olma eğilimindedir.Nistagmus nöbet dışında yoktur,rotatuar komponenti olan horizontal bir nistagmustur,sağlam labirent tarafına bakıldığında belirgindir.En şidde*li ve rahatsız edici baş dönmeleri labirent kaynaklı olanlardır.Başlangıç ani ve çok şiddetlidir,hasta kendisini bir köşeye atacak bir zamanı anca bulur.Bazen de olduğu yere yığılır.Olduğu yerde hareketsiz kalır,tinnitus ve işitme azlığı eşlik edebilir.Hasta tarafında ağrı ve akıntı olabilir.Baş bazı pozisyonlara getirildiği zaman semptomlarda artma olur.Bu grupta labirentit vestibüler nöronitis,menier sendromu barany’nin benin pozisyonel vertigosu vardır.*  POZİSYONEL VERTİGO(Benign paroksismal pozisyonel vertigo -BPPV)  dönmesi belirli baş pozisyonları ile ortaya çıkan [baş dönmesi](http://www.teomandal.com/bas-donmesi-vertigo/) ve gözlerde (nistagmus) ile ortaya çıkan , zaman içinde düzelme gösteren bir hastalıktır.   İç kulakta  yer çekimini algılamamızı  küçük kalsiyum kristalleri (kanalitler)vardır. Bu kanalitler  kulağın vestibül adı verilen bölümünde normalde yapışık olarak dururlar. Bu bölgelerden koparak   koparak labirent sıvısı içine kaçmaları sonucunda hastalık ortaya çıkar.Çok kısa sürdüğü için(2-4 sn)bulantı kusma ortaya çıkmayabilir.  MENİER HASTALIĞI(İdiyopatik Endolenfatik Hidrops):. Kulak hışırtısı, dolgunluk hissi, vertigo atakları , tinnitus işitme kaybı olur ve  genelde tek kulaktadır. Vertigo, işitme azlığı atakları gözlenir. Hidropsa bağlı endolenfatik basınçta  artış vardır.  Her atakta   giderek artan işitme azlığı olur ve sekel kalır.  VESTİBÜLER NÖRONİT:Vestibüler sinirin viral enfeksiyonu sonucu ortaya çıkar.Akut olarak başlar,günler sürebilir.Bulantı kusma ,vertigo, vestibüler ataksi gözlenir.’2-3 hafta içinde tablo geriler.Lanbirentit(İç kulak iltihabı )aksine işitme kaybı ortaya çıkmaz.  LABİRENTİT:Akut veya kronik orta kulak enfeksiyonlarının iç kulağa açılması sonucu ortaya çıkar.Vertigo en önde gelen semptomdur.Başın   hareketi ve kulak kepçesine bastırmakla  artar.Bulantı kusma, ataksi ,horizontal ve rotatuar nistagmus vardır.Kokleanın da etkilenmesine bağlı olarak kulak uğultusu  ve iştme azlığı ortaya çıkabilir.   2.Santral vertigo(Serebrum, Serebellum, Vestibuler çekirdekler ve çekirdeklerin bağlantı hatları)Yer işgal eden lezyonlar, her türlü serebral,serebellar lezyon,multipl skleroz,migren atakları,kafa travmaları ,posteriyor fossa kanama ve enfarktları.    BEYİNSAPI VE POSTERİOR FOSSA HASTALIKLARI  Kronık ve devamlıdır.Vestibüler ve koklear lifler beyin sapına girdikten sonra birbirlerinden ayrıldıkları için işitme fonksiyonu korunmuştur.Nistagmus’un vertikal komponenti vardır.Nistagmus daha kaba ve lezyon tarafına bakılınca daha belirgin ve uzun sürelidir.Beyin sapı gliyomları ,4.ventrikül tümörleri,serebellum lezyonları bu gruba giren hastalıklardır    SEREBRAL KORTEKS  Vertigo epileptik bir nöbetin aura döneminde ortaya çıksa da buna fazla rastlanmaz.Bu genelikle temporal lobun orta ve arka bölümlerinin yan kısımlarında veya  pariyetotemporal birleşme bölgesinin lezyonlarında olur.Burada  vücutlarının uzaklaştığı ya da  çevresinin aksi yönünde gittiği yönünde bir dönme duyusu vardır.Tütün ve alkol zehirlenmelerinde de vertigo merkezi sinir sistemi yoluyla olur.  8.KRANİAL SİNİR HASTALIKLARI  Burada 8.sinirden kökenini alan şvannoma gibi hastalıklar ya da menengeoma gibi 8.sinire baslı yapan tümörler söz konusudur,herşekilde erken teşhis gereklidir.Tümör intrakanaliküler iken 8.ve7.kraniyal sinir feda etmeden çıkarılabilir.      Sinsi ve yavaş seyirli vertigo vardır.Vertigo nöbetleri haricinde de kulak çınlaması ve işitme bozukluğu devam eder.Semptomlar paroksismal değildir.Tümör tarafına bakılınca kaba nistagmus diğer tarafa baktırılınca ince nistagmus ortaya çıkar.ilk belirti zil sesi telefon sesi gibi yüksek frekanslı seslere karşı sağırlık ortaya çıkar .ilk  ayni tarafta serebeller belirtiler ve yine ayni tarafta 5.,7,kranıyal sinir bulguları vardır    GÖZE BAĞLI VERTİGOLAR  Burada diplopi akomodasyon güçlüğü görme şikayetleri ipuçlarıdır.Hastaya bu bakımdan görme fonksiyonu ile ilgili sorular yöneltilmesi faydalıdır.Ekstra oküler paralizilerde hasta felçli kasın hareketi yönüne baktığı zaman vertigo meydana gelir.Bazı kimseler farklı odaklı gözlük takınca bir çeşit baş dönmesi ve emniyetsizlik duyarlar.Yüksek  bir yerden  aşağı bakılınca da benzer bir duygu meydana gelebilir,bu tip vertigolar hafiftir ve geçicidir.    **TANIM:Ataksi yürümenin planlamasına bağlı yada  duyu kusurlarına bağlı  özel tipte bir yürüme bozukluğudur.Bunun dışında  pareziler kas iskelet sistemi adale hastalıkları  ve  ekstrapiramıdal sistem hastalıklara 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 çıkabilir. 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.**                                                                              **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)                                                                                                                                                                ! Ani baş ve gövde hareketleri ile ortaya çıkar. Remisyon ve relapsı sıktır. Otolithiazis nedeniyle gerçekleşir. Tanıyı anamnez ve Dix Hallpike manevrası ile koyarız. Tedavi için Epley manevrası, hızlıca sağa-sola sallandırma tekniği ve antiemetikler kullanılır(antiemetikler son çare olarak kullanılır.) Akut vestibüler nöronit: Vestibüler sistemin viral enfeksiyonu sonucu gözlenir. Akut başlar, günler sürer. Bulantı, kusma, ağır vestibüler ataksi gözlenir. Hastalar bu sebeplerle çoğunlukla acile başvurur. 2-3 hafta içinde remisyon gözlenir. MR ile köşe tümörleri, beyin sapı infarktı, MS elenmelidir!!! Başlangıçta parenteral, devamında oral antiemetik kullanılır. Meniere hastalığı(İdiyopatik Endolenfatik Hidrops): Vertigo, tinnitus, işitme azlığı atakları gözlenir. Hidropsa bağlı endolenfatik basınç artışı vardır. Atak sıklıkları: haftada 3-yılda 3 arasındadır. Ataklar 1-24 saat sürebilir. Her atak ile giderek artan işitme azlığı olur ve sekel kalır. Tedavide betahistin, diğer antiemetikler, diüretikler kullanılır, tuzsuz diyet yaptırılır. Not: Benim derste aldığım notlar bu kadar, eksiklikleri tamamlayalım, varsa yanlışları düzeltelim lütfen. Geçen seneki dersten tamamen farklı bir dersti, yine de önceliğimiz bu seneki ders olsun. | |
|  |  |
|  |  |

**lişr**

|  |
| --- |
|  |