



Guillain-Barré Sendromlu Hastalarda Prognozla İlişkili Faktörler

Factors Associated with Prognosis in Patients with Guillain-Barré Syndrome

Mustafa Çetiner¹, Murat Seyit², Gönül Akdağ³, Hayri Demirbaş⁴, Özge Temel¹, Sibel Canbaz Kabay¹

¹Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Kütahya, Türkiye

²Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Kütahya, Türkiye

³Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Kütahya, Türkiye

⁴Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Afyon, Türkiye

Öz

Amaç: Çalışmamızda, kliniklerimizde yatarak tedavi görmüş Guillain-Barré sendromlu hastaların demografik özelliklerinin, klinik, laboratuvar ve elektrofizyolojik bulgularının değerlendirilmesi ve bu parametrelerin hastalığın prognozuna etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2014 ve Nisan 2018 tarihleri arasında Guillain-Barré sendromu tanısı ile kliniklerimizde yatan hastaların dosya kayıtları retrospektif olarak incelendi. Hastaların başvuru sırasındaki demografik özellikleri, klinik, laboratuvar ve elektrofizyolojik bulguları kayıt edildi. Hastaların yatış esnasında ve taburculuk sonrası 3. ayda Hughes sınıflamasına göre klinik derecelendirmesi yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya alınan 51 hastanın 25'i erkek (%49) ve 26'sı kadın (%51) olup yaş ortalamaları 54,21±17,32 yıl idi. Klinik ve elektrofizyolojik verilere göre 34 hasta (%66,7) akut enflamatuvar demiyelinizan poliradikülönöropati, 9 hasta (%17,6) akut motor aksonal nöropati, 6 hasta (%11,8) akut motor duyuşal aksonal nöropati ve 2 hasta (%3,9) Miller Fisher sendromu olarak değerlendirildi. Hastaların taburculuk sonrası 3. ayda Hughes skorlamasına göre yapılan gruplandırmalarında 31 hasta (%60,8) iyi prognozlu (Hughes skoru ≤2) ve 20 hasta (%39,2) kötü prognozlu (Hughes skoru >2) grupta yer aldı. Klinik, demografik ve laboratuvar parametrelerine göre her iki grup arasında yapılan karşılaştırmalarda ileri yaş (≥50), başlangıçta yüksek Hughes skoru, ilk yakınma olarak ekstremitelerde güçsüzlük olması, komplikasyon varlığı, mekanik ventilasyona gereksinim olması ve öncül enfeksiyon olarak gastroenterit varlığı prognoza etkili faktörler olarak değerlendirildi.

Sonuç: Çalışmamızda en yaygın Guillain-Barré sendromu varyantı akut enflamatuvar demiyelinizan poliradikülönöropati idi. İleri yaş (≥50), başlangıçta yüksek Hughes skoru, ilk yakınma olarak ekstremitelerde güçsüzlük olması, komplikasyon varlığı, mekanik ventilasyona gereksinim olması ve öncül enfeksiyon olarak gastroenterit varlığı kötü prognostik faktörlerdi.

Anahtar Kelimeler: Guillain-Barré sendromu, klinik bulgular, prognoz

Abstract

Objective: We aimed to evaluate the demographic, clinical, laboratory and electrophysiological findings of patients with inpatient Guillain-Barré syndrome in our clinics and to investigate the effect of these parameters on the prognosis of the disease.

Materials and Methods: Between January 2014 and April 2018, file records of patients admitted to our clinics with the diagnosis of Guillain-Barré syndrome were retrospectively reviewed. Demographic characteristics, clinical, laboratory and electrophysiological findings of the patients at the time of admission were recorded. Patients were clinically graded according to the Hughes classification at the time of admission and on the 3rd month after discharge.

Results: In the study, 25 of the 51 patients were male (49%) and 26 were female (51%) and the mean age was 54.21±17.32 years. According to clinical and electrophysiologic diagnosis, 34 patients (66.7%) had acute inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy, 9 patients (17.6%) had acute motor axonal neuropathy, 6 patients (11.8%) had acute motor sensory axonal neuropathy and 2 patients (3.9%) had Miller Fisher syndrome. According to Hughes scoring on the 3rd month after discharge, 31 patients (60.8%) had in good prognosis (Hughes score ≤2) and 20 patients (39.2%) had in poor prognosis group (Hughes score >2). In the comparison between the two groups according to clinical, demographic, and laboratory parameters, older age (≥50), high Hughes score at admission,

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Mustafa Çetiner, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Kütahya, Türkiye

Tel.: +90 505 454 38 69 E-posta: drcetiner76@gmail.com ORCID: orcid.org/0000-0002-4420-6452

Geliş Tarihi/Received: 03.08.2018 **Kabul Tarihi/Accepted:** 26.02.2019

©Telif Hakkı 2019 Türk Nöroloji Derneği
Türk Nöroloji Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır.

Abstract

weakness in extremities as first complaint, the presence of complications, need for mechanical ventilation and presence of gastroenteritis as a leading infection were evaluated as prognostic factors.

Conclusion: The most common variant of Guillain-Barré syndrome in our study was acute inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy. Older age (≥ 50), high Hughes score at admission, weakness in extremities as the first symptom, presence of complications, need for mechanical ventilation, and presence of gastroenteritis as a precursor infection were poor prognostic factors.

Keywords: Guillain-Barré syndrome, clinical findings, prognosis

Giriş

Guillain-Barré sendromu (GBS), genellikle asendan parestezi, ilerleyici güçsüzlük ve ağrı ile seyreden, akut enflamatuvar immün aracılı bir poliradikülönöropatidir. Hastaların üçte birinde uzun süreli yoğun bakım ünitesinde takip veya mekanik ventilasyon gerektirecek kadar şiddetli kötüleşme olur. Genellikle tam iyileşme görülür (1). Çoğu hastada, ağır olgularda bile ambulasyon tekrar kazanılır. Dünya genelinde her yıl yaklaşık 100.000 kişinin hastalıktan etkilendiği bildirilmektedir (2). GBS insidansında belirgin bir mevsimsel değişim vardır ve kış aylarında sık görüldüğünü bildiren çalışmalar yayımlanmıştır. Hastalık erkeklerde kadınlara nazaran biraz daha sık görülür (3). Akut enflamatuvar demiyelinizan poliradikülönöropati (AIDP), akut motor aksonal nöropati (AMAN), akut motor duysal aksonal nöropati (AMSAN) ve Miller Fisher sendromu (MFS) olmak üzere en az 4 ortak alt tipi vardır. En yaygın tip AIDP olarak bildirilmektedir (4,5,6). Eşit derecede etkili olduğu bildirilen plazmaferez ve intravenöz immüno globülinler (İVİG) hastalık için standart tedavilerdir (7,8). Erken tanı ve tedavi GBS hastalarında özürlülük ve ölüm riskini azaltmaktadır.

Çalışmamızın amacı, kliniklerimizde yatarak tedavi görmüş GBS'li hastalarda klinik bulguları, epidemiyolojik özellikleri belirlemek ve bu parametrelerin hastalığın prognozuna etkisini araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem

Ocak 2014 ve Nisan 2018 tarihleri arasında Brighton kriterlerine (9) göre GBS tanısı konulan, nöroloji kliniklerimizde yatarak tedavi görmüş 17 yaş üstü hastaların dosya kayıtları retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaş, cinsiyet, başvuru mevsimi, öncül enfeksiyon, ilk başlangıç semptomu, klinik bulguları, beyin omurilik sıvısı (BOS) protein düzeyleri, elektrofizyolojik bulguları, tedavi yaklaşımları, yatış esnasında mekanik ventilasyon ihtiyacı olup olmadığı ve gelişen komplikasyonları kaydedildi. Klinik ve elektrofizyolojik verilerine göre hastaların AIDP, AMAN, AMSAN ve MFS olarak GBS alt tipleri belirlendi. Başvuru esnasında ve taburculuk sonrası 3. ayda özürlülük skorlaması Hughes sınıflamasına göre derecelendirildi. Hughes ve ark. (10) tarafından önerilen GBS özürlülük skoru evre 0; sağlıklı, evre 1; hafif semptomlar var ve koşabilir, evre 2; desteksiz 10 metre (m) yürüyebilir ancak koşamaz, evre 3; bir kişinin desteği veya yürüteç gibi aletlerle 10 m yürüyebilir, evre 4; tekerlekli sandalye veya yatağa bağımlı, evre 5; mekanik ventilatör ihtiyacı var, evre 6; ölüm şeklindedir. Buna göre evre 3 ve üzeri kötü prognoz, 2 ve altı iyi prognoz olarak değerlendirildi. Klinik ve epidemiyolojik veriler her iki grup arasında karşılaştırılarak istatistiksel analiz yapıldı.

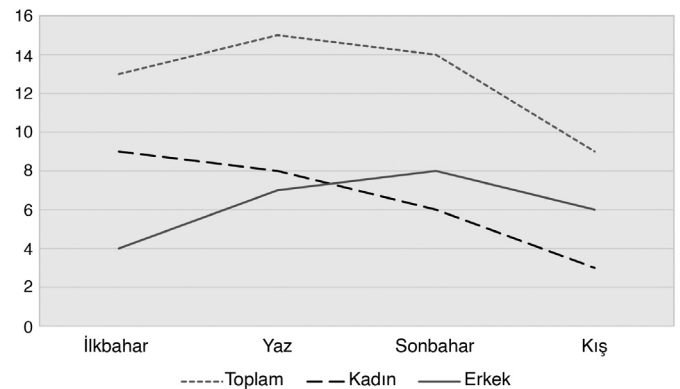
Çalışma için Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etik Kurulu'ndan onay alınmış (Tarih: 24.10.2018, Protokol numarası: 2018-13/8) olup çalışma geriye dönük dosya taraması şeklinde yapıldığı için hasta onamı alınmamıştır.

İstatistiksel Analiz

Veriler hasta sayısı, yüzde, ortalama, standart sapma ve ortanca biçiminde sunuldu ve verilerin normal dağılıma uygunluğu değerlendirildi. Normal dağılıma uyan değişkenler ortalama \pm standart sapma ile, normal dağılıma uymayan değişkenler ise ortanca (minimum-maksimum) olarak verilmiştir. Normal dağılıma uyan verilerin karşılaştırılmasında parametrik, normal dağılıma uymayan verilerin karşılaştırılmasında nonparametrik istatistiksel yöntemler kullanılmıştır. Bağımsız gruplarda parametrik veriler t-test ile parametrik olmayan veriler Mann-Whitney U testi ile karşılaştırıldı. Kategorik değişkenler arasındaki farkın anlamlılığı ki-kare ve Fisher's exact test ile değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak belirlenmiştir. Tüm istatistiksel analizler SPSS 24.0 (IBM Corp.; Armonk, NY, USA) programı kullanılarak yapıldı.

Bulgular

Çalışmaya alınan hastaların demografik ve klinik özellikleri Tablo 1'de sunulmuştur. Hastaların mevsimsel dağılımı incelendiğinde, yaz ve sonbahar mevsiminde başvuran hasta sayısı daha fazla olmasına karşın anlamlı fark saptanmadı ($p = 0,65$). Cinsiyete göre yapılan karşılaştırmada da mevsimsel eğilim yoktu ($p > 0,05$) (Şekil 1).



Şekil 1. Guillain-Barré sendromlu hastaların mevsimsel dağılımı. Toplamda ve cinsiyete göre mevsimsel dağılım istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p > 0,05$)

Tablo 1. Hastaların demografik, klinik ve elektrofizyolojik özellikleri (n=51)

Yaş (yıl), ortalama ± SS	54,21±17,32
Cinsiyet, n (%)	
Kadın	26 (51)
Erkek	25 (49)
Mevsimsel dağılım, n (%)	
İlkbahar	13 (25,5)
Yaz	15 (29,4)
Sonbahar	14 (27,5)
Kış	9 (17,6)
Öncül enfeksiyon, n (%)	
ÜSYE	17 (33,3)
Gastroenterit	8 (15,7)
Pnömoni	1 (2)
İlk yakınma, n (%)	
Ekstremitelerde güçsüzlük	21 (41,2)
El ve ayaklarda uyuşma	19 (37,3)
Bel ve ekstremitte ağrısı	3 (5,9)
Dengesizlik	3 (5,9)
Yutma güçlüğü	2 (3,9)
Çift görme	1 (2)
Fasial paralizi	2 (3,9)
GBS alt tipi, n (%)	
AIDP	34 (66,7)
AMAN	9 (17,6)
AMSAN	6 (11,8)
MFS	2 (3,9)
Tedavi, n (%)	
İVİG	44 (86,3)
İVİG+plazmaferez	6 (11,8)
Tedavisiz	1 (2)
Komplikasyon, n (%)	
Pnömoni	3 (5,9)
Derin ven trombozu	1 (2)
Trombositopeni	1 (2)
Pnömoni+üriner enfeksiyon	1 (2)
Yok	45 (88,2)
Mekanik ventilasyon ihtiyacı, n (%)	
BOS protein düzeyi (gr/dL), ortalanca (minimum-maksimum)	88 (27-597)
Semptom-yatış süresi (gün), ortalanca (minimum-maksimum)	3 (1-15)
Başlangıç Hughes skoru, ortalanca (minimum-maksimum)	3 (1-5)
Üçüncü ayda Hughes skoru, n (%)	
≤2	31 (60,8)
>2	20 (39,2)
Mortalite, n (%)	
	5 (9,8)

SS: Standart sapma, ÜSYE: Üst solunum yolu enfeksiyonu, GBS: Guillain Barre Sendromu, AIDP: Akut enflamatuvar demiyelinizan poliradikülönöropati, AMAN: Akut motor aksonal nöropati, AMSAN: Akut motor duyuşsal aksonal nöropati, MFS: Miller-Fisher sendromu, İVİG: İntravenöz immünoglobulin, BOS: Beyin omurilik sıvısı

İlk başlangıç semptomu olarak en fazla ekstremitelerde güçsüzlük görülürken (%41,2), en az görülen semptom çift görme idi (%2).

Klinik ve elektrofizyolojik verilere göre 34 hasta (%66,7) AIDP, 9 hasta (%17,6) AMAN, 6 hasta (%11,8) AMSAN ve 2 hasta (%3,9) MFS olarak değerlendirildi.

Tedavide 44 hastaya (%86,3) İVİG, 6 hastaya (%11,8) plazmaferez+İVİG uygulandı. Bir hastaya (%2) tedavi verilmedi. Plazmaferez+İVİG uygulanan hastaların hızlı progrese olduğu ve erken dönemde entübasyon ihtiyacı olduğu saptandı.

Yatış esnasında gelişen komplikasyonlar pnömoni, derin ven trombozu (DVT), trombositopeni, pnömoni ve üriner sistem enfeksiyonu idi.

Hastanede yatış süresince hastaların 9'unda (%17,6) mekanik ventilasyon ihtiyacı duyacak düzeyde solunum sıkıntısı gözlemlendi. Mekanik ventilasyon ihtiyacı olan hastaların 4'ü takiplerinde mekanik ventilatörden ayrılabilirken, 5 hasta (%9,8) kaybedildi. Kaybedilen 5 hastanın 3'ü kadın, 2'si erkek, 1'i 50 yaş altında ve 4'ü 50 yaş üzerinde idi. Yatış esnasında kaybedilen hastalarda görülen komplikasyonlar 3 hastada pnömoni, 1 hastada DVT idi.

Hastaların yatış muayenelerinde Hughes skor ortalanca değeri 3 (1-5) ve 3. ayda Hughes skor ortalanca değeri 2 (0-6) olarak hesaplandı. Yapılan karşılaştırmada 3. aydaki Hughes skor değerlerindeki düşüş anlamlıydı (p=0,002). BOS incelemesi yapılan 33 hastanın ortalanca BOS protein düzeyi 88 mg/dL (27-597mg/dL) olup, 4 hastada BOS protein düzeyi normaldi. Semptom başlangıcından hastaneye yatıncaya kadar geçen sürenin (semtom-yatış süresi) ortancası 3 (1-15) gün olarak tespit edildi.

Hastaların 3. ayda Hughes skorlamasına göre yapılan gruplandırılmalarında 31 hasta (%60,8) iyi prognozlu ve 20 hasta (%39,2) kötü prognozlu grupta yer aldı. Klinik, epidemiyolojik parametrelere göre her iki grup arasında yapılan karşılaştırmalarda yatış Hughes skoru, ileri yaş, ilk yakınma olarak ekstremitelerde güçsüzlük, komplikasyon varlığı, mekanik ventilasyona gereksinim olması ve öncül enfeksiyon olarak gastroenterit varlığının prognoz üzerine anlamlı etkisi saptandı (Tablo 2).

Tartışma

Çalışmamızda GBS'de kötü prognozla ilişkili faktörler araştırıldı. Yapılan çalışmalarda, GBS'li hastalarda ileri yaş, kötü prognoz göstergesi olarak bildirilmektedir (7). Terzi ve ark.'nın (11) çalışmasında çalışmamızın aksine yaş artışı ile özürlülük arasında ilişki görülmemektedir. Çalışmamızda 50 yaş ve üzeri olan hasta sayısı, kötü prognozlu GBS grubunda anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Önceki çalışmalarda GBS'li hasta grubunda cinsiyet dağılımı açısından erkek hastaların öne çıktığı görülmektedir (6, 12,13,14). Ülkemizden bildirilen çalışmalarda da erkek hastalar çoğunluktadır (11,15,16). Çalışmamızda erkek/kadın oranı birbirine yakın olup cinsiyetin prognoz üzerine etkisi anlamlı bulunmamıştır. Terzi ve ark.'nın (11) çalışmasında ise özürlülük derecesi artıkça erkek/kadın oranı artmaktadır.

Hastalarımızın %51'inde öncül enfeksiyon saptandı. Bunların çoğunluğunu yaklaşık %50 oranında solunum yolu ve gastrointestinal sistem enfeksiyonu oluşturmuş olup literatür ile uyumluydu. Geniş kapsamlı çalışmalarda da en sık öncül enfeksiyon olarak yaklaşık %37,8-80 oranında solunum

Tablo 2. Hastaların üç aylık dönem sonunda prognoza ekili olabilecek klinik, laboratuvar ve elektrofizyolojik parametrelerinin karşılaştırılması			
	Hughes skoru ≤2 n=31	Hughes skoru >2 n=20	p
Yaş (yıl), ortalama ± SS	48,54±16,20	63,00±15,55	0,003
≥50	16 (51,6)	16 (80)	0,041
Cinsiyet, n (%)			
Kadın	16 (51,6)	10 (50)	0,91
Erkek	15 (48,4)	10 (50)	-
Mevsimsel dağılım, n (%)			
İlkbahar	9 (29)	4 (20)	-
Yaz	9 (29)	6 (30)	0,75
Sonbahar	7 (22,6)	7 (35)	-
Kış	6 (19,4)	3 (15)	-
Öncü hastalık, n (%)			
ÜSYE	15 (50)	11 (55)	0,64
Gastroenterit	13 (41,9)	4 (20)	0,1
Pnömoni	2 (6,5)	6 (30)	0,045*
	-	1 (5)	-
İlk yakınma, n (%)			
Ekstremitelerde güçsüzlük	9 (29)	12 (60)	0,02
El ve ayaklarda uyuşma	14 (45,2)	5 (25)	0,14
Bel ve ekstremitte ağrısı	2 (6,5)	1 (5)	0,83
Dengesizlik	3 (9,7)	-	-
Yutma güçlüğü	-	2 (10)	-
Çift görme	1 (3,2)	-	-
Fasial paralizi	2 (6,5)	-	-
GBS alt tipi, n (%)			
AIDP	20 (64,5)	14 (70)	0,68
AMAN	6 (19,4)	3 (15)	0,69*
AMSAN	3 (9,7)	3 (15)	0,66*
MFS	2 (6,5)	-	-
Tedavi, n (%)			
İVİG	27 (87,1)	17 (85)	0,83
İVİG+plazmaferez	3 (9,7)	3 (15)	0,66*
Tedavisiz	1 (3,2)	-	-
Komplikasyon, n (%)			
Pnömoni	-	6 (30)	-
Derin ven trombozu	-	3 (15)	-
Trombositopeni	-	1 (5)	0,02*
Pnömoni+üriner enfeksiyon	-	1 (5)	-
Yok	31 (100)	14 (70)	-
Mekanik ventilasyon ihtiyacı, n (%)			
Mekanik ventilasyon ihtiyacı	2 (6,7)	7 (35)	0,02*
BOS protein düzeyi (gr/dL), ortanca (minimum-maksimum)	84,5 (33-346)	98 (27-597)	0,6
Semptom-yatış süresi (gün), ortanca (minimum-maksimum)	4 (1-15)	3 (1-10)	0,14
Başlangıç Hughes skoru, ortanca (minimum-maksimum)	3 (1-4)	4 (2-5)	<0,001

*Fisher's exact test, SS: Standart sapma, ÜSYE: Üst solunum yolu enfeksiyonu, GBS: Guillain-Barré sendromu, AIDP: Akut enflamatuvar demiyelinizan poliradikülönöropati, AMAN: Akut motor aksonal nöropati, AMSAN: Akut motor duyuşsal aksonal nöropati ve MFS: Miller Fisher sendromu, İVİG: İntravenöz immünoglobülin

yolu ve gastrointestinal sistem enfeksiyonu bildirilmiştir (6,12,14,15,17). Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak öncül enfeksiyonlardan gastroenterit varlığı kötü prognostik faktör olarak değerlendirilmiştir (7,18).

Hasta grubumuzda yaz ve sonbaharda hasta sayısı fazla olmasına rağmen anlamlı değildi. İlkbahar ve yaz aylarında GBS sıklığının en yüksek olduğunu vurgulayan çalışmalar (6) olduğu gibi kış aylarında da GBS'nin sık görüldüğünü bildiren çalışmalar yayımlanmıştır (3). Gazioğlu ve ark.'nın (15) çalışmasında ilkbahar ve yaz mevsimlerinde GBS sıklığında artış olmasına rağmen anlamlı mevsimsel eğilim görülmemiştir. Mevsimsel değişimler ani sıcaklık farklılıklarına neden olabilir. Bu da belli aylarda GBS'nin önemli öncül faktörleri olan gastrointestinal ve solunum yolu enfeksiyonlarının daha sık görülmesine neden olur (6).

Hasta grubumuzda en sık görülen GBS varyantı AIDP, ardından AMAN, AMSAN ve MFS şeklinde saptanmış olup literatür ile uyumluluk göstermiştir. Batı toplumlarında en sık görülen form AIDP, Asya ve Japonya'da en sık görülen form ise AMAN olarak bildirilmektedir (19). Ülkemizde de AIDP en sık görülen form olarak bildirilmiştir (11,15,16). Gazioğlu ve ark. (15) çalışmasında GBS alt tiplerinden aksonal formların daha kötü prognozlu olduğu bildirilmektedir (15). Çalışmamızda GBS varyantları ve prognoz arasında ilişki saptanmamıştır.

Elektrofizyolojik incelemeler ve BOS incelemesi GBS tanısında önemli yardımcı tanısal testlerdir (20). Artmış BOS proteini kötü prognoz göstergesi olarak bildirilmiştir (21). Çalışmamızda BOS protein düzeyinin prognoz üzerine etkisi anlamlı bulunmamıştır. Başka bir çalışmada BOS protein düzeyi ile prognoz arasında çalışmamızda olduğu gibi anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (15).

GBS günler içinde ilerler, sıklıkla alt ekstremitelerde uyuşma ve güçsüzlükle başlar. Semptomların, özellikle güçsüzlüğün ilerlemesi hızlı olabilir ve birkaç gün içinde kuadrupleji ile sonuçlanabilir. Hastaların yaklaşık %50'si 2 haftada, %80'i 3 haftada ve %90'ı ise 4 haftada maksimum güçsüzlüğe ulaşır (4). Çalışmamızda da en sık karşılaşılan başlangıç kliniği ekstremitelerde kuvvetsizlik ve uyuşma olmuştur. Çalışmamızda ilk yakınmanın motor zaaf olması ile kötü prognoz arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Sonuçlarımızın önceki bildiriler ile uyumlu olduğu görülmüştür (15,22).

Hastaneye kabul sırasında ağır özürülük olması, kötü prognostik faktörlerden biri olarak bildirilmiştir (7,15). Çalışmamızda her iki grup arasında başlangıçtaki Hughes skorları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Kötü prognozlu gruptaki hastaların başvuru esnasında Hughes skorunun yüksek olduğu görülmüştür.

Tedavide plazmaferezin ve İVİG'nin GBS'de eşit derecede etkili tedaviler olduğu kabul edilmektedir (7). İVİG+metilprednizolon kombinasyonu İVİG'den daha etkili değildir. Plazmaferez sonrası İVİG uygulamasının, plazmafereze ya da İVİG uygulamasına üstünlüğü yoktur. GBS'de kötüleşmenin devam ettiği durumda ikinci bir İVİG uygulamasının etkili olduğunu gösteren çalışma bulunmamaktadır (2). Literatürde GBS prognozunda tedavi seçeneklerinin etkili olmadığı, iyileşmenin hastalığın kendini sınırlamasına bağlı olabileceği bildirilmektedir (23). Çalışmamızda 44 hastaya (%86,3) İVİG, 6 hastaya da (%11,8) plazmaferez+İVİG uygulanmıştır.

GBS'li hastaların yaklaşık %30'unda solunum yetmezliği nedeniyle entübasyon ve ventilasyon gereklidir (4). Çalışmamızda bu oranın (%17,6) daha az olduğu görüldü. Entübasyon ve ventilatör desteğine duyulan ihtiyaç kötü prognozu öngörmektedir (2,7). Çalışmamızda da kötü prognozlu grupta mekanik ventilasyona ihtiyaç duyan hastaların oranı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Mekanik ventilatör ihtiyacı duyan 9 hastamızdan 5'i (%9,8) kaybedildi. Diğer 4 hastanın taburculuğunda solunum sıkıntısı tamamen düzelmişti.

GBS mevcut tedavilere rağmen halen önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. Başlıca ölüm nedenleri enfeksiyonlar, pulmoner emboliler ve kardiyak ritim bozuklukları olarak bildirilmiştir. Taşikardi, hipertansiyon, sinus aritmisi gibi otonomik semptomlar sıklıkla (24). Gelişmiş ülkelerde bile, GBS'li hastaların %5'i sepsis, pulmoner emboli veya disotonomi nedeniyle kaybedilmektedir. Bu nedenle, bu tür komplikasyonların erken saptanması için önlemler gereklidir (25). Uzun süre mekanik ventilasyon uygulanan hastalarda mortalite iki katına çıkabilir ve ciddi komorbiditesi olan hastalarda %10 ile %20'ye yaklaşabilir (1). Bizim serimizde kaybedilen 5 hastanın 3'ünde pnömoniye bağlı sepsis mevcuttu. Diğer 2 hasta ise aritmi nedeniyle kaybedildi.

Hastaların %80'i 6 ayda bağımsız olarak yürüyebilmektedir. Bu rakam 1 yılda %84'e ulaşmaktadır. Toplamda hastaların %14'ünde ciddi bir özürülük kalabilir (7). Erken dönemde uygulanan rehabilitasyon ile GBS'li hastalarda anlamlı fonksiyonel iyileşmeler bildirilmektedir (26). Çalışmamızda hastaların Hughes skorlaması, taburculuk sonrası 3. ayda yapılmıştır. Buna göre 30 hasta (%60,8) bağımsız olarak yürüyebilmektedir. Bu oranın rehabilitasyon programlarıyla sonraki aylarda çok daha yüksek olabileceğini öngörebiliriz.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamızın retrospektif olması ve hasta sayımızın sınırlı olması çalışmamızı kısıtlayan unsurlar olsa da sonuçlarımızın literatür ile uyumlu olduğunu söyleyebiliriz.

Sonuç

Sonuç olarak çalışmamızda GBS olgularının klinik ve demografik özellikleri açısından, mevsimsel özelliği, öncül enfeksiyon varlığı literatür ile uyumludur. Başlangıçta yüksek Hughes skoru, ileri yaş (≥ 50 yıl), ilk yakınma olarak ekstremitelerde güçsüzlük, komplikasyon varlığı, mekanik ventilasyona gereksinim olması ve öncül enfeksiyon olarak gastroenterit varlığı kötü gidişat ile ilişkili idi. Çalışmamızda cinsiyet farklılığı saptanmadı. En sık görülen form AIDP idi. GBS'nin acil serviste erken tanınması, uygun yoğun bakım şartlarının olduğu merkezlerde erken tedavi ve izlemi prognoza olumlu destek sağlamaktadır.

Etik

Etik Kurul Onayı: Çalışma için Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (Tarih: 24.10.2018, Protokol numarası: 2018-13/8).

Hasta Onayı: Çalışma geriye dönük dosya taraması şeklinde yapıldığı için hasta onamı alınmamıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu ve editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Cerrahi ve Medikal Uygulama: M.Ç., G.A., Ö.T., H.D.,
Konsept: M.Ç., G.A., Ö.T., M.S., Dizayn: M.Ç., S.C.K., H.D., Veri
Toplama veya İşleme: M.S., M.Ç., H.D., Analiz veya Yorumlama:
S.C.K., G.A., Literatür Arama: M.Ç., S.C.K., M.S., Yazan: M.Ç.

Çıkar Çatışması: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi
bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

Finansal Destek: Çalışmamız için hiçbir kurum ya da kişiden
finansal destek alınmamıştır.

Kaynaklar

1. Wicdicks EF, Klein CJ. Guillain Barre Syndrome. Mayo Clin Proc 2017;92:467-479.
2. Willison HJ, Jacobs BC, van Doorn PA. Guillain Barre Syndrome. Lancet 2016;388:717-727.
3. Webb AJ, Brain SA, Wood R, Rinaldi S, Turner MR. Seasonal variation in Guillain Barre Syndrome: a systematic review, meta-analysis and Oxfordshire cohort study. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2015;86:1196-1201.
4. Donofrio PD. Guillain Barre Syndrome. Continuum (Minneapolis) 2017;23:1295-1309.
5. Kalita J, Misra UK, Goyal G, Das M. Guillain Barre Syndrome: subtypes and predictors of outcome from India. J Peripher Nerv Syst 2014;19:36-43.
6. Shrivastava M, Nehal S, Seema N. Guillain Barre Syndrome: Demographics, clinical profile & seasonal variation in a tertiary care centre of central India. Indian J Med Res 2017;145:203-208.
7. Rajabally YA, Uncini A. Outcome and ist predictors in Guillain Barre Syndrome. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2012;83:711-718.
8. Chevret S, Hughes RA, Annane D. Plazma exchange for Guillain Barre Syndrome. Cochrane Database Syst Rev 2017;CD001798.
9. Fokke C, van den Berg B, Drenthen J, Walgaard C, van Doorn PA, Jacobs BC. Diagnosis of Guillain Barre Syndrome and validation of Brighton criteria. Brain 2014;137:33-43.
10. Hughes RA, Newsom-Davis JM, Perkin GD, Pierce JM. Controlled trial prednisolone in acute polyneuropathy. Lancet 1978;2:750-753.
11. Terzi M, Türker H, Onar M. Guillain Barre Sendromunda Klinik ve Demografik Özellikler. Fırat Tıp Dergisi 2007;12:112-114.
12. Peric S, Milosevic V, Berisavac I, Stojiljkovic O, Beslac-Bumbasirevic L, Marjanovic I, et al. Clinical and epidemiological features of Guillain Barre Syndrome in the Western Balkans. J Peripher Nerv Syst 2014;19:317-321.
13. Matsui N, Nodera H, Kuzume D, Iwasa N, Unai Y, Sakai W, et al. Guillain Barre Syndrome in a local area in Japan, 2006-2015: an epidemiological and clinical study of 108 patients. Eur J Neurol 2018;25:718-724.
14. Van den Bergh PYK, Piéret F, Woodard JL, Attarian S, Grapperon AM, Nicolas G, et al. Guillain Barre Syndrome subtype diagnosis: A prospective multicentric European study. Muscle Nerve 2018.
15. Gazioglu S, Tomak T, Boz C. Guillain Barre Sendromunda Klinik Özellikler ve Prognoz. J Neurol Sci 2013;30:124-134.
16. Akıl E, Varol S, Taşkın A, Arıkanoglu A, Tamam Y, Öztürk Ü. Guillain-Barre sendromunda klinik ve demografik özellikler. Dicle Tıp Dergisi 2014;41:707-711.
17. Sudulagunta SR, Sodalagunta MB, Sepehrar M, Khorram H, Bangalore Raja SK, Kothandapani S, et al. Guillain Barre Syndrome: clinical profile and management. Ger Med Sci 2015:13.
18. Arami MA, Yazdchi M, Khandaghi R. Epidemiology and characteristics of Guillain Barre Syndrome in the northwest of Iran. Ann Saudi Med 2006;26:22-27.
19. van Doorn PA. Diagnosis, treatment and prognosis of Guillain Barre Syndrome (GBS). Presse Med 2013;42:193-201.
20. van den Berg B, Walgaard C, Drenthen J, Fokke C, Jacobs BC, van Doorn PA. Guillain Barre Syndrome: pathogenesis, diagnosis, treatment and prognosis. Nat Rev Neurol 2014;10:469-482.
21. Sahin S, Cınar N, Karsıdag S. Are Cerebrospinal Fluid Protein Levels and Plasma Neutrophil/Lymphocyte Ratio Associated with Prognosis of Guillain Barre Syndrome? Neurol Int 2017;9:7032.
22. Kulkantrakorn K, Sukphullop P. Outcome of Guillain Barre Syndrome in Tertiary Care Centers in Thailand. J Clin Neuromuscul Dis 2017;19:51-56.
23. Wang Y, Lang W, Zhang Y, Ma X, Zhou C, Zhang HL. Long term prognosis of Guillain Barre Syndrome not determined by treatment options? Oncotarget 2017;8:79991-80001.
24. Winer JB. Guillain-Barre syndrome. Clinical review. BMJ 2008;337:227-231.
25. Yuki N, Hartung HP. Guillain Barre Syndrome. N Engl J Med 2012;366:2294-2304.
26. Sivrioğlu K, Özçakır Ş, Biçer MA, Arpa S. Guillain Barre Sendromu tanısıyla yatarak rehabilitasyon uygulanan olgularımızın klinik ve fonksiyonel izlem sonuçları. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2011;37:83-87.