

MULTİPL SKLEROZ VE REHABİLİTASYONU

19. BÖLÜM

Hülya DEVECİ¹

Giriş

Multipl skleroz (MS) dünya genelinde genç erişkinleri etkileyen ve progresif engelliliğe yol açan en sık nörolojik hastalıklardan biridir. Son yirmi yılda medikal tedavisinde önemli gelişmeler olmasına rağmen rehabilitasyon bu hastalığın her döneminde ihtiyaç olmaya devam etmektedir. Bu başlık altında kısaca MS hastalığının genel özelliklerinden ve daha detaylı olarak rehabilitasyonundan bahsedilecektir.

Multipl skleroz hastalığı genel özellikleri

MS enflamasyon, demiyelinizasyon ve akson hasarı ile karakterize, otoimmün bir santral sinir sistemi (SSS) hastalığıdır (1). İlk olarak 1868 yılında Jean-Martin Charcot tarafından tanımlanmıştır. MS kronik bir hastalıktır. Bir bölümü ataklarla seyrederken bir bölümü ilerleyici olarak seyredir. Etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Demyelinizan lezyonların oluşumunda otoimmün süreç yanısıra genetik ve çevresel faktörlerin de anahtar rol oynadığı düşünülmektedir. Hastalık sıklıkla genç yetişkinlerde ortaya çıkar. Gençlerde en sık görülen travmatik olmayan nörolojik bozukluk nedeni (2) olup, en sık kadınları etkilemekte ve 20-40 yaşlarında başlamaktadır (3). Prevalansı

coğrafi özelliklere bağlı olarak 100.000 de 2 ile 200 arasında değişmektedir. Dünya çapında MS ile 2,3 milyondan fazla insan yaşamaktadır (4).

Multipl skleroz rehabilitasyonu

Genç erişkinleri etkilemesi, ataklarla seyretmesi ve genellikle progresif olması nedeniyle MS hastaları için rehabilitasyon süreci ve bu süreçteki uygulamaların kalitesi çok önemlidir. MS hastalığı progresif olduğu için rehabilitasyon süreci bitmiş bir zaman sürecinin üzerine gerçekleşmez. Bu yüzden diğer nörolojik rehabilitasyon uygulamalarına göre (hemipleji, spinal kord yaralanması, serebral palsi) tüm rahabilitasyon ekibinin daha yoğun ilgisini gerektirir. Hastalığın progresif olmasından dolayı hastanın olası ihtiyaçları (cihazlama, farklı rehabilitasyon protokolleri vs) önceden düşünülmeli ve gerekli altyapı önceden oluşturulmalıdır.

Rehabilitasyon MS hastalığının her aşamasında olmalıdır. Tüm rehabilitasyon tedavilerinde olduğu gibi burada da tüm rehabilitasyon ekibinin iletişimi çok önemlidir. Hastanın kardiyak sorunları, osteoporoz olup olmadığı, spastisite için ilaç dozu ayarlanması veya lokal enjeksiyonlar öncesi rehabilitasyon ekibi bilgilendirilmeli ve görüşleri alınmalıdır.

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Hülya DEVECİ, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD, hulyadeveci.1977@gmail.com

dikasyonlarda diğer fiziksel tıp modalitelerini tamamlayıcı bir hizmet sunabilirler.

Yatarak veya ayakta multidisipliner rehabilitasyon programının büyük yüksek kaliteli RKÇ'lar ile daha kesin olarak değerlendirilmesi gerekir, ancak MS rehabilitasyonu için pozitif etkileri yüksek memnuniyetle bildirilmiştir. Ev temelli rehabilitasyon programı geliştirilmiş ve umut verici sonuçlar vermiştir. Oyun ve sanal gerçeklik kullanan telerehabilitasyon (TR) gibi yeni teknolojiler, fiziksel aktiviteyi teşvik etmek ve yaşam kalitesini geliştirmek için ilginç bir teknik gibi görünmektedir. TR, öz-yönetimi teşvik etmesi yönüyle sağlık hizmetlerinin maliyetlerini azaltabilir. Ancak MS rehabilitasyonunda etkinliğine dair daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır (29).

Sonuç

Dünya genelinde genç erişkinlerdeki nörolojik kaynaklı engelliliğin en sık nedenlerinden biri olan MS'de son 20 yılda geliştirilmiş yeni ve etkili medikal tedavilere rağmen uzun dönem özür-lülüğün etkilerini azaltmaya yönelik rehabilitasyonun yeri tartışmasızdır. Gelişen teknolojinin de etkisi ile çok sayıda yeni tedavi modelleri ve araçları mevcuttur. Ancak bu yöntemlerin kanıt düzeyleri hem yeni olmaları hem de bu konudaki çalışma metodolojilerindeki eksiklikler nedeniyle yüksek değildir. Hemen hemen tüm nörolojik hastalıklarda olduğu gibi MS'de de egzersiz rehabilitasyonunun temel köşetaşı olmaya devam etmektedir.

KAYNAKLAR

1. Compston A, Coles A. Multiple sclerosis. *Lancet*. 2008;372(9648):1502–17.
2. Pilz G, Wipfler P, Ladurner G, et al. Modern multiple sclerosis treatment - what is approved, what is on the horizon. *Drug Discov Today*. 2008;13(23–24):1013–25.
3. Liguori M, Marrosu MG, Pugliatti M, et al. Age at onset in multiple sclerosis. *Neurol Sci*. 2000;21(4Suppl 2):S825–S9.
4. Armutlu K, Mutluay FK, Fil A, ve ark. (2016). Multipl sklerozda fizik tedavi ve rehabilitasyon. *Multipl skleroz tanı ve tedavi kılavuzu* 2016 içinde (87-108). İstanbul: Galenos Yayınevi.
5. Beer S, Khan F, Kesselring J. Rehabilitation interventions in multiple sclerosis: an overview. *J Neurol*. (2012)259:1994–2008. doi:10.1007/s00415-012-6577-4
6. Flachenecker P. Clinical Implications of Neuroplasticity – The Role of Rehabilitation in Multiple Sclerosis. *Front Neurol*.2015;6: 36.
7. Opara J. *Physiotherapy in multiple sclerosis*. Wydawnictwo AW,Katowice. 2012:16–70.
8. Kubsik-Gidlewska AM, Klimkiewicz P, Klimkiewicz R, et al. Rehabilitation in multiple sclerosis. *Adv Clin Exp Med*. 2017;26(4):709–715
9. Flachenecker P, Meissner H. Fatigue bei multipler sklerose – wie diagnostizieren, wie behandeln? *Neurol Rehabil*. (2014) 20:273–81.
10. Steiborn B, Łuczak-Piechowiak A. *Kinesytherapeutic methods in the treatment of spasticity*. Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu. 2006;1:95–103.
11. Flensner G, Lindencrona C. The cooling-suit: case studies of its influence on fatigue among eight individuals with multiple sclerosis. *J Adv Nurs*. 2002;37:541–550.
12. Amato MP, Zipoli V, Portaccio E. Multiple sclerosis-related cognitive changes: a review of cross-sectional and longitudinal studies. *J Neurol Sci*. (2006) 245:41–6. doi:10.1016/j.jns.2005.08.019
13. Winkelman A, Engel C, Apel C, et al. Cog-impairment in multiple sclerosis. *J Neurol*.(2007) 254:4135–42. doi:10.1007/s00415-007-2010-9
14. Krupp LB, Christodoulou C, Melville P, et al. Multicenter randomized clinical trial of donepezil for memory impairment in multiple sclerosis. *Neurology*. (2011) 76:1500–7. doi:10.1212/WNL.0b013e318218107a
15. Phu Hoang. Multiple Sclerosis In book: *Neurological Rehabilitation: Optimizing Motor Performance*, Edition: 2nd, Chapter: 14, Publisher: London: Elsevier - Health Sciences Division, pp.335-350
16. Pöllmann W, Feneberg W. Current management of pain associated with multiple sclerosis. *CNS Drugs*. 2008;22(4):291-324.
17. Mathy P. Augmentative and alternative communication Intervention in neurogenic disorders with acquired dysarthria. In Strand EA (ed.). *Treatment of dysarthria: Support by evidence-based research and expert opinion*. ASHA Perspectives (2) 2002; 12(4): 22- 27.
18. Lyder C. Pressure ulcer prevention and management. *JAMA*. 2003;289:223-226.
19. Öncel S. (2000). Multipl skleroz ve rehabilitasyonu. Mehmet Beyazova, Yeşim Gökçe Kutsal, (Ed.), *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon* içinde (1963-75). Ankara: Güneş Kitabevi.
20. Ciancio SJ, Mutchnik SE, Rivera VM, Boone TB. Urodynamic pattern changes in multiple sclerosis. *Urology*. 2001;Feb;57(2):239-45.
21. Huang YC, Chang KV. Kegel Exercises. 2020 May 29. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan–. PMID: 32310358.
22. Irwin GM. Urinary Incontinence. *Prim Care*. 2019;Jun;46(2):233-242.
23. Levy J, Prigent H, Bensmail D. Respiratory rehabilitation in Multiple sclerosis: A narrative review of rehabilitation techniques. *Ann Phys Rehabil Med*. 2018;Jan;61(1):38-45.
24. Wening J, Ford J, Jouett LD. Orthotics and FES for ma-

- intenance of walking in patients with MS. *Sci Rev* 2010;38:186–91.
26. Davis SL, Jay O, Wilson TE. Thermoregulatory dysfunction in multiple sclerosis. *Handb Clin Neurol*. 2018;157:701-714.
 27. Ochi H. [Sports and Physical Exercise in Multiple Sclerosis]. *Brain Nerve*. 2019;Feb;71(2):143-152.
 28. Khan F, Amatya B. Rehabilitation in Multiple Sclerosis: A Systematic Review of Systematic Reviews. *Arch Phys Med Rehabil*. 2017;Feb;98(2):353-367.
 29. Donzé C. Update on rehabilitation in multiple sclerosis. *Presse Med*. 2015;Apr;44(4 Pt 2):e169-76. doi: 10.1016/j.lpm.2014.10.019.