

Bölüm 8

KOMALI HASTA MUAYENESİ VE BEYİN ÖLÜMÜ

Yıldız TEZEL BAYDAR¹

Pınar AYYAT²

GİRİŞ

Koma, retiküler aktive edici sistemin ya da serebral korteksin diffüz -bilateral hasarına bağlı olarak görülen bilinç kaybı durumudur. Bilinç bozukluğunun en ağır şekli olan koma, güçlü bir uyarana rağmen, hastanın uyandırılmadığı cevapsızlık durumu olarak da tanımlanabilir. Koma durumunda uyanıklık ve farkındalık kaybolmuştur (1). En hafif şeklinde ağırlı uyaranlara lokalizasyon değeri taşıyan bir yanıt alınabilirken, durum derinleştikçe motor yanıtlar anlamlılığını kaybetmekte ve kaba segmenter bazı cevaplar görülebilmektedir. Ağır koma durumunda ise gözler kapalı durumda, sözel cevap ve hiçbir motor yanıt alınmamaktadır (2).

Bilinç bozukluğuna yol açabilen intrakranyal ve sistemik pek çok etiyolojik neden vardır. Tedavinin düzenlenmesi için etiyolojik nedenin en kısa sürede belirlenmesi gerekmektedir (1). Ayrıcı tanıda, nörolojik ve dahili hastalıkların yanında, travma öyküsü, serebrovasküler hastalık, intoksikasyon veya metabolik bozukluklar dikkatle araştırılmalı, hastanın CPR (kardiyopulmoner resüstasyon) sonrası ve epilepsi nöbeti sonrası postiktal dönemde olabileceği de akılda tutulmalıdır. Metabolik ve toksik nedenler için laboratuvar testleriyle ayırıcı tanı yapılabilirken, nörolojik nedenler ise

nörolojik muayene ile saptanabilmektedir. Nörolojik muayene sırasında, bilinç düzeyinin belirlenmesi, pupiller muayene, oftalmoskopik inceleme, okülomotor ve motor muayene yapılmalıdır (3).

Locked in sendromu, akinetik mutizm ve psikojenik yanıtızsızlık gibi durumlar koma hali ile karışabildiğinden, klinik muayenede akılda tutulmalıdır.

LOCKED İN SENDROMU

Pons tabanında sıklıkla baziler arterin embolik olarak tıkanması nedeniyle bölgesel lezyonlara bağlı gelişen bu durumda, hasta uyanık olmasına rağmen bazı göz hareketleri (spontan göz kırpma ve vertikal göz hareketleri) dışında motor hareket bulunmamaktadır. Detaylı nörolojik muayene ile ciddi üst spinal yaralanmalar, motor nöropatiler, miyopatiler, nöromusküler kavşak hastalıkları ve kas rijiditesine yol açan diğer patolojilerle ayrımı yapılabilir (3).

Akinetik Mutizm

Hareketin başlatılmasından sorumlu prefrontal ve premotor bölgelerin hasarına bağlı olarak görülen motor yanıt yokluğu olarak tanımlanmaktadır. Hasta gözleri ile cisimleri takip edebilmekte, tonüs ve refleksler sağlam olmasına rağmen, diğer hareketlere başlayamayıp ve emirleri yerine getirememektedir (3).

¹ Uz. Dr. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, yildiztezel@hotmail.com

² Dr. Öğr. Üyesi, İzmir Demokrasi Üniversitesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, pinar.ayvat@idu.edu.tr

göz önünde bulundurularak, organ donör bakımı yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Koma, hasta muayenesi, beyin ölümü.

KAYNAKLAR

1. Atamer AK, Krespi Y. Komanın Nedenleri ve Nörofizyopatolojisi. *Turkish J Neurol.* 2012;18:126-134.
2. Demirkaya Ş. Komalı Hastaya Yaklaşım.(2003). *5 Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, 26-30 Eylül 2003, Antalya-Türkiye* (<http://www.tihud.org.tr/uploads/content/kongre/5/5.2.pdf> adresinden 29/10/2019 tarihinde ulaşılmıştır)
3. Küçükardalı Y. Komaya Yaklaşım. *Yoğun Bakım Dergisi.* 2008;8(3):121-130.
4. Siva A. Komalı Hastaya Yaklaşım. *İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Acil Hekim Sempozyumu 16-17 Ekim 1997, İstanbul, (113-136).*
5. Teive H.A.G. *Neurological Examination: History, Problems and Facts in the 21st Century.* Arquivos de Neuro-Psiquiatria. 2015; 73(2). Doi:10.1590/0004-282X20140241
6. Fritz D, Musial MK. Neurological Assessment. *Home Healthcare Now.* 2016; 34(1) :16-22. Doi: 10.1097/NHH.0000000000000331
7. Arlı ŞK. Bilinç Durumunu Değerlendirmek İçin Kullanılabilecek Yeni Bir Ölçek: Four Skor. *ACU Sağlık Bil Derg.* 2018;9(3):220-222. Doi:10.31067/0.2018.35
8. Keskin KK. Akut Beyin Hasarlı Olgularda Eş Zamanlı Bispektral İndeks Ve Glaskow Koma Skalası Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi.2008.İstanbul.
9. Karabıyık L. Yoğun Bakımda Skorum Sistemleri. *Yoğun Bakım Dergisi.* 2010;9(3):129-143.
10. Şahin AS, Şahin M, Öztürk NK, Kızılateş E,Karslı B. Yoğun Bakım Ünitelerinde Nörolojik Durumun Değerlendirilmesinde Kullanılan GKS ve FOUR Skorlarının Karşılaştırılması. *Çağdaş Tıp Dergisi* 2015;5(3): 167-172. Doi:10.16899/ctd.99371
11. Evcili G, Utku U. Subaraknoid Kanama:Tanı,Tedavi ve Yönetimi. *Kocaeli Med J.* 2016;5(2):58-62.
12. Ülker M, Dayan C, Hoşver Y, Dirican A, Günaydin S, Arpacı B. İskemik İnmede Başlangıç National Institute of Health (NIH) Skorunun Erken Dönem Prognozu Belirlemedeki Değeri: Geniş Hasta Gruplu Retrospektif Bir Çalışma. *Düşünen Adam.* 2004;17(3):154-157.
13. *Türk Nöroloji Derneği Beyin Damar Hastalıkları Çalışma Grubu Akut İskemik İnme Cep Kılavuzu.* https://www.noroloji.org.tr/TNDDData/Uploads/files/TND_kilavuz_02-2007.pdf. Accessed October 29, 2019.
14. Sabancı P.A, Karasu A, Karadereler S, Barlas O. Beyin Ölümü Tanısı. *Sinir Sistemi Cerrahisi Derg.*2008;1(2):81-85.
15. İzdeş S, Erkilic E. Beyin Ölümü. *Turkish Med J.* 2007;1:173-179.
16. Arsava EM, Demirkaya Ş, Dora B. Türk Nöroloji Derneği Beyin Ölümü Tanı Kılavuzu. *Türk Nöroloji Derneği Beyin Ölümü Tanı Kılavuzu* http://www.journalagent.com/tjn/pdfs/TJN_20_3_101_104.pdf. 2014:101-104.
17. Erdoğan A. Yoğun bakım ünitelerinde beyin ölümünün teşhisi. *SDÜ Tıp Fak Derg.* 2014;21(4):158-162.
18. Uludağ Ö. Derleme Beyin Ölümü Tanısının Önemi. *Adıyaman Üniv Sağlık Bilim Dergisi.* 2015;1(1):34-38.
19. Özcan A, Özçam G, Özcan N, Hatlı Y, Kaymak Ç, Başar H. Beyin Sapı Ölümü. *Türkiye Klinikleri Anesteziyoloji Reanimasyon Dergisi.* 2011;9(3):226-229.
20. Ünal A, Dora B. Beyin Ölümü Tanısında Destekleyici Bir Test Olarak Transkraniyal Doppler Ultrasonografisi. *Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi* 2012; 18 (3): 49-58.