

Olgu Sunumu

Gebelikte Guillain-Barre Sendromu

Mahmut Alp Karahan, Harun Aydoğan, Şaban Yalçın, Ahmet Candan Köylüoğlu, Mehmet Yaşar Özkul

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı

ÖZET

Guillain-Barre Sendromu akut inflamatuvar demiyelizan bir polinöropatidir. Gebelikte ender görülen bir hastalıktır. Plazmaferez, intravenöz immunoglobulin gibi tedavi yöntemleri ve yoğun bakımda yakın takip ile daha iyi maternal ve fetal sonuçlar alınmaktadır. Bu olgu sunumunda, 26 yaşında gebede Guillain-Barre sendromu tanı ve tedavi modalite-leri ve yoğun bakım yaklaşımları tartışıldı.

Anahtar kelimeler: Guillain-Barre sendromu, gebelik, immünoglobulin

SUMMARY

Guillain-Barre Syndrome in Pregnancy: Case Report

Guillain Barre Syndrome is an acute inflammatory demyelinating polyneuropathy and it is a rare event in pregnancy. Active treatment such as plasmapheresis and intravenous immunoglobulin together with vigilant follow up in intensive care has improved maternal and fetal outcome. In this case report, we discussed the diagnosis and treatment modalities and intensive care approaches in a 26 year old pregnant patient with Guillain Barre Syndrome.

Key words: Guillain-Barre syndrome, pregnancy, immunoglobuline

J Turk Anaesth Int Care 2011; 39(5):281-284

Alındığı Tarih: 09.06.2010

Kabul Tarihi: 29.07.2010

Yazışma adresi: Dr. Mahmut Alp Karahan, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Urfa

e-posta: mahmutalp_k@yahoo.com

GİRİŞ

Guillain-Barre Sendromu (GBS), genel popülasyonda 1,2-1,9/100.000 sıklıkla izlenen, erkeklerde kadınlardan 1,5-2 kat fazla görülen, akut inflamatuvar demiyelinizan bir polinöropatidir.⁽¹⁾ Gebe ve normal popülasyonda insidans benzer olsa da, postpartum dönemde ilk 30 gün içinde insidansının arttığı vurgulanmıştır.⁽²⁾ Görülme sıklığı ilk trimesterde % 13, ikinci trimesterde % 47 ve son trimesterde % 40'tır.⁽³⁾ 1985 yılında yapılan bir çalışmada gebelik sırasında GBS olan hastaların % 34,5'inin yoğun bakım gereksinimi olduğu ve maternal mortalitenin de % 10'u aştığı bildirilse de plazmaferéz, intravenöz immünoglobulin (IVIG) gibi aktif tedavi yöntemleri ve yoğun bakımda yakın takip ile maternal ve fetal sonuçlar daha iyi hale gelmiştir.^(3,4) Bu olgu sunumunda, 26 yaşında gebede GBS tanı ve tedavi modaliteleri ve yoğun bakım yaklaşımları tartışıldı.

OLGU SUNUMU

Yirmi altı yaşında kadın hasta, gebeliğinin 10. haftasında hastanemize elde ve ayaklarda başlayan ve her iki ekstremiteden yukarı doğru çıkan uyuşukluk, kuvvet kaybı ve yutma güçlüğü ile başvurdu. Yoğun bakım ünitemizde gözlem ve tedavi altına alınan hastanın belirtiler başlamadan 4 hafta önce solunum yolu enfeksiyonu öyküsü vardı. On gündür yakınmaları giderek artan hastanın, fizik muayenesinde, üst ekstremitelerde proksimal ve distal kaslarda kas gücü 2 (0-5 Medical Research Council [MRC] ölçeğine göre), alt ekstremitelerde proksimal ve distal kaslarda kas gücü 1 (MRC) olarak tespit edildi. Derin tendon refleksleri üstte hipoaktif, altta ise alınamadı. Üst ve alt ekstremitelerde yapılan elektromiyelografide aksonal tutulum ve akut motor polinöropati

olduğu tespit edilen hastaya GBS tanısı konularak, 400 mg kg⁻¹ gün⁻¹ intravenöz immünglobin (IVIG) tedavisi 5 gün süreyle uygulandı. Antikoagülan tedavi amacıyla düşük molekül ağırlıklı heparin 4000 Anti-Xa IU, 1x1 uygulandı. Fetüsün ve annenin obstetrik değerlendirmesi ultrasonografik incelemelerle yapıldı ve takip edildi. Nazogastrik sonda takılarak enteral beslenmeye başlandı. Hemodinamik olarak stabil olan ve otonom disfonksiyon görülmeyen hastaya aralıklı olarak non invazif solunum desteği uygulandı. Giderek yutması düzelen, kas gücü normale dönmeye başlayan hasta 21. günde taburcu edildi. Son fizik muayenesinde üst ekstremitelerde distal ve proksimal kas gücü 3 (MRC), alt ekstremitelerde ise 2 (MRC) olarak tespit edildi. Derin tendon refleksleri normaldi.

TARTIŞMA

GBS'nda tanı amaçlı spesifik testler bulunmadığından tanı, hastanın öyküsünün ayrıntılı alınması, detaylı fizik muayene, hastalığa özgü klinik belirtiler, nörofizyolojik testler gibi ek tanı yöntemleri ile konmaktadır. Hastalarda sendromun belirtileri görülmeden 4 hafta öncesinde % 40 oranında solunum yolu enfeksiyonu veya % 20 oranında gastroenterit öyküsü mevcuttur.⁽⁵⁾ En sık görülen enfeksiyon ajanları arasında % 26 oranında campylobacter jejuni ve % 13 oranında cytomegalovirüs yer almaktadır.⁽³⁾ Hastamızda da 4 hafta öncesinden başlayan ve 2 hafta süren solunum yolu enfeksiyon öyküsü mevcuttu.

Özellikle alt ekstremitelerde ilerleyici motor zayıflığı, refleks kaybı ve artan paralizisi kliniği ile karakterize olan bu hastalık tablosunda sıklıkla kraniyal sinirler de tutularak bulbar güçsüzlüğe neden olurlar. Yutma güçlüğü ve hava yolunu sağlanmasında güçlük izlenebilir. Yoğun bakım

tedavisine gereksinim duyan hastalarda otonom sinir sistemi tutulumu yaygındır. Vazomotor kontrolün bozulmasıyla birlikte kan basıncında dalgalanmalar, postural hipotansiyon ve kardiyak disritmiler izlenebilir.^(2,3)

Erken tanı ve tedavi oldukça önemlidir. GBS tedavisinde kullanılan spesifik yöntemler arasında plazmaferez ve IVIG yer alır. Nörolojik bulguların ilerlemesinin önlenmesinde IVIG ve plazmaferez uygulamasının benzer etkinlikte olduğu gösterilmiştir.⁽³⁾ Plazmaferez kullanımının gebelerde güvenli olduğu ve komplikasyon riski açısından gebe ve olmayanlar arasında fark olmadığı belirtilmiştir. Bu bulgular, trombotik trombotik purpura gibi gebelikte plazmaferezin kullanıldığı diğer hasta gruplarındaki çalışmalar ile de desteklenmiştir. Plazmaferez kullanımı ile mekanik ventilasyonun gereksiniminin geciktiği ve mekanik ventilasyonda kalış süresinin azaldığı gösterilmesine rağmen, invazif bir girişim olması, hepatit, hipotansiyon, sepsisemi, pıhtılaşma profilinde bozulma gibi dezavantajları da söz konusudur.⁽³⁾ Hemodinamik değişikliklerin uteroplasental perfüzyonu etkilemesi de önemlidir.⁽⁶⁾ Plazmaferez sonrası anti-myeelin antikörlerinin aşırı uyarılması ile yeniden sentez edilmeleri olasıdır (rebound fenomeni). Teorik olarak IVIG bu "fenomeni" azaltabilir.⁽⁷⁾ 1980 yılından beri kullanımda olan IVIG, uygulanabilirliğinin kolay olması ile ön plana çıkmaktadır. IVIG immün regülatör ağın tüm bileşenlerini etkilemekte ve böylece Fc reseptör blokajı, kompleman aktivasyonunun engellenmesi, sitokinler, adhezyon molekülleri ve kemokinlerin süpresyonu ile T hücre aktivasyonu, farklılaşması ve efektör fonksiyonlarının düzenlenmesini sağlamaktadır.⁽⁸⁾ Gebelerde GBS'nda immunoterapiye bağlı maternal ya da fetal ciddi bir komplikasyon bildi-

rilmemiştir. Ayrıca gebelerde idiyopatik trombositopenik purpura ve fetal alloimmün trombositopeni gibi hastalıklarda da IVIG güvenle kullanılmıştır.⁽⁹⁾ 1986 ile 2002 yılları arasındaki gebe ve GBS olan 30 hastanın incelendiği bir derlemede, olguların % 33,3'ünün mekanik ventilasyon gereksinimi olduğu, 22 olguda plazmaferez ya da IVIG kullanıldığı hiçbir olguda maternal ya da fetal komplikasyon görülmediği, IVIG ile kan basıncında önemli değişiklik gözlenmemesi nedeniyle gebe GBS'nda daha iyi bir alternatif olabileceği vurgulanmıştır.⁽³⁾ Plazmaferezin ise hastalığın başlangıcından sonraki 7 gün içerisinde başlanması ile daha iyi sonuçlar alınabileceği bildirilmiştir. Bu derlemede 3 olguda terminasyon yapılmıştır ve tedavi amacıyla yapılan medikal abortusun maternal sonuçlara katkısı olduğu ispatlanmamıştır. GBS'nun gebeliğin sonlandırılması için tek başına bir endikasyon olmadığı vurgulanmıştır.⁽³⁾ İncelenen 30 hastada preterm eylem oranı % 34,7 olarak tespit edilmiştir. Yoğun bakım takip sürecinde bu durum göz önünde bulundurulmalıdır. Bu 30 olgunun bir tanesinde neonatal GBS ortaya çıkmış ve bu olguda IVIG tedavisine yanıt vermiştir.⁽³⁾ Gebeliğin sonlanmasından sonra yenidoğan açısından bu durum göz önünde bulundurulmalı, gerekli hazırlıklar önceden yapılmalıdır. Bu hasta grubunda yoğun bakımda multidisipliner yaklaşım ve işbirliği önemlidir. Spesifik tedaviler yanında enfeksiyon, venöz tromboembolizm, ağrı, psikolojik faktörler açısından gerekli tedbirler alınmalıdır.

Sonuç olarak, gebelikte GBS'nda erken tanı, yoğun bakımda multidisipliner yaklaşım ve uygun destek tedavisi ile anne ve fetus açısından giderek daha iyi sonuçlar alınmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Hughes RA, Cornblath DR. Gullian Barre syndrome. *Lancet* 2005;366:1653-66.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67665-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67665-9)
2. Cheng Q, Jiang GX, Fredrikson S, Link H, de Pedro-Cuesta J. Increased incidence of Guillain-Barre Syndrome Postpartum. *Epidemiology* 1998;9:601-4.
<http://dx.doi.org/10.1097/00001648-199811000-00006>
PMid:9799167
3. Chan LY, Tsui MH, Leung TN. Guillain-Barré Syndrome in Pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;83:319-25.
PMid:15005776
4. Nelson LH, McLean WT. Management of Landry-Guillain-Barre´ syndrome in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1985;65:25-9.
5. The Italian Guillain-Barre´ Study Group. The prognosis and main prognostic indicators of Guillain-Barre´ syndrome: a multicentre prospective study of 297 patients. *Brain* 1996;119:2053-61.
<http://dx.doi.org/10.1093/brain/119.6.2053>
PMid:9010009
6. Caudle MR, Scott JR. The potential role of immunosuppression plasmapheresis, and desensitization as treatment modalities for RH immunization. *Clin Obstet Gynecol* 1982;25:313-9.
<http://dx.doi.org/10.1097/00003081-198206000-00011>
PMid:6179680
7. Nazlıel B. Guillain-Barre Sendromu. *Türkiye Klinikleri* 2006;2:105-10.
8. Dalakas MC. Intravenous immunoglobulin in autoimmune neuromuscular disease. *JAMA* 2004;291:2367-75.
<http://dx.doi.org/10.1001/jama.291.19.2367>
PMid:15150209
9. Branch DW, Porter TF, Paidas MJ, Belfort MA, Gonik B. Obstetrics uses of intravenous immunoglobulin: successes, failures, and promises. *J Allergy Clin Immunol* 2001;108:133-8.
<http://dx.doi.org/10.1067/mai.2001.117821>
PMid:11586281