

Şanlıurfa Ve İlçelerinde Serebral Palsili Çocukların Demografik Özellikleri

Demographic Features Of Children With Cerebral Palsy In Şanlıurfa And Neighbor Counties

¹Yrd.Doç.Dr. Özlem ALTINDAĞ
²Arş.Gör. Neslihan SORAN
³Sait AKCAN

¹Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD
²Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD
³Karacan Özel Rehabilitasyon Merkezi, ŞANLIURFA

Gaziantep Tıp Dergisi 2009;15(1):24-27.

Özet

Serebral palsy çocukluk döneminde yeti yitiminin en yaygın nedenidir. Çeşitli etiyolojik faktörlere bağlı olarak ortaya çıkabilir. Hastalığın etiyolojisinin, tipinin, eşlik eden klinik problemlerin değerlendirilmesi ve aile desteğinin sağlanması rehabilitasyon programının verimi açısından önemlidir. Bu çalışma, Şanlıurfa ve çevre ilçelerinden başvuran ve serebral palsy tanısıyla rehabilitasyon programına alınan 50 hastanın demografik özelliklerinin belirlenmesi amacıyla planlandı.

Anahtar kelimeler: Serebral palsy, Yeti yitimi, Demografik özellikler.

Abstract

Cerebral palsy is the most common cause of disability in childhood. There are several factors in etiopathogenesis of cerebral palsy. Evaluation of etiology, the type of disease, and associated clinical features are important for the result of rehabilitation program and the participation of family. This study was planned for the determination of demographical characteristics of 50 patients with cerebral palsy from Sanliurfa and its neighbor counties.

Key words: Cerebral palsy, Disability, Demographical characteristics.

GİRİŞ

Serebral palsy beynin henüz gelişimini tamamlamamış olduğu intrauterin dönemde, doğum sırasında ya da yaşamın ilk üç yılında gelişen ve ilerleyici olmayan bir hasarlanma sonucu ortaya çıkan motor kontrol ve postür bozukluğudur (1). Vakaların %30-40'ında neden bilinmemekle birlikte annenin ya da bebeğin maruz kaldığı çok sayıda faktör suçlanmaktadır. Etiyolojik faktörler çocuğun ailesinin sosyo-kültürel yapısı ve yaşam standartlarına göre değişebilmektedir. Örneğin gelişmiş ülkelerde doğum esnasındaki faktörlerden çok doğum öncesi nedenler ön plana çıkmaktadır. Hastalığın insidansının %2-2.5 olduğu tahmin edilmektedir (2). Klinik olarak hastaların tamamında kaba motor becerilerde gecikme vardır. Erken dönemde hipotoni ile seyreden hastalıklar, ilerleyici santral sinir sistemi hastalıkları, metabolik bozukluklar ve kas hastalıklarıyla ayırıcı tanının yapılması önemlidir. Ayrıca kas tonusu ve tutulum derecesine göre hastalığın tipinin belirlenmesi prognozu ve tedavi programını etkiler.

Fizyoterapi uygulamaları ince-kaba ve oromotor fonksiyonları geliştirmek için fiziksel, iş-uyraşı ve konuşma terapistlerinin yaklaşımı ile çocuğun var olan kapasitesini en iyi şekilde kullanması ve topluma kazandırılmasını amaçlar. Çocuğun gelişimsel özürüllüğü sadece çocuğun ve ailesinin değil toplumsal bir problem olarak düşünülmelidir. Özürülü çocuklar sağlıklı çocuklara göre 1.5 kat daha fazla doktora başvurmakta, 3.5 kat daha fazla hastanede yatarak tedavi görmekte ayrıca 2 kat daha fazla okul günü kaybetmektedirler (3). Bu bakımdan özürülü çocuğun doğum öncesi, doğum sırası ve sonrasında risk faktörleri açısından değerlendirilerek bir an önce tedavilerine başlanması ve rehabilitasyon hedeflerinin belirlenmesi gerekir.

Bu çalışmayı planlarken amacımız serebral palsili çocuklarda etiyolojik faktörlerin, tedaviye başlama yaşının, demografik özellikleri ve ailelerinin sosyal yapısı ile birlikte araştırılmasıydı.



Tablo 1. Serebral palsi hastalarında yaş ve cinsiyet dağılımı.

	Hasta sayısı	Yaş ortalaması (yıl)
Erkek	27	10.0±3.1
Kız	23	9.8±4.5
Toplam	50	9.9±4.3

Tablo 2. Serebral palsi tipleri.

	Hasta sayısı	Yüzde oranı (%)
Spastik	43	86
*diplejik	24	48
*hemiplejik	15	30
*kuadrplejik	4	8
Diskinetik	7	14

Hastalar ve Yöntem

Çalışmaya Harran Üniversitesi Araştırma Hastanesi ve bir özel rehabilitasyon merkezine Şanlıurfa ili ve çevre ilçelerinden başvuran 50 serebral palsi hastası dahil edildi. Araştırmaya katılan hastaların tamamının Şanlıurfa'da yaşayan, gebelik ve doğum sürecini aynı bölgede geçirmiş olan ailelerden olmasına dikkat edildi. İl dışında yaşayan, gebelik dönemini başka bir şehirde geçirmiş olan ve sorularımıza yeterli cevap veremeyen aileler çalışma dışı bırakıldı. Hastalar ve aileleri yaş, sağlıklı ve özürülü kardeş sayısı, anne-baba arasında akrabalık olup olmaması, annenin yaşı ve eğitim düzeyi, yerleşim yeri, hastalık için ilk şüphelenilen belirti, tanı yaşı, tedaviye başlama yaşı, doğum şekli ve doğumun yapıldığı yer açısından sorgulandı. Hastalığın tipi ve kaba motor fonksiyon skalası skoru hastaların dosyaları taranarak öğrenildi. Kaba motor fonksiyon skalası serebral palsili çocuklarda kaba motor fonksiyonların gelişimin değerlendirilmesinde kullanılan bir ölçektir, 5 alt başlıkta incelenir (4). Hastalar ve aileleriyle görüşme yapılmadan önce tüm aileler yazılı olarak bilgilendirildi.

İstatistik Analizi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken SPSS 13.0 paket programı, sürekli sayısal değişkenlerin değerlendirmelerinde t-testi, kategorik değişkenlerin değerlendirilmesinde ki-kare testi kullanıldı. Anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde kabul edildi.

Bulgular

Tablo 1'de görüldüğü gibi toplam 50 hastanın 27'si erkek, 23'ü kız idi. Yaş ortalamaları kız ve erkek çocuklarda sırasıyla 10.0±3.1, 9.8±4.5; annelerin yaş ortalaması ise 36.5±4.0 yıl olarak hesaplandı. Hastaların yaşadıkları yerleşim yerleri Tablo 2' de görülmektedir. Buna göre 50 hastanın 27'si il merkezinde, 19'u çevre ilçelerde ve 4'ü merkeze bağlı köylerde yaşıyordu.

İlçe ve köylerde yaşayan çocuklarda tanı alma ve tedaviye başlama arasında geçen zaman anlamlı olarak daha uzundu ($\chi^2 = 47.2$, $p < 0.00$). Dört hastanın 1.14 hastanın 2 ve 1 hastanın 4 tane özürülü kardeşi vardı. Kardeş sayısı ortalama 4.4 ± 1.9 olarak belirlendi. Elli çocuktan 22 (%44) tanesinin anne ve babası akraba idi ve en sık akrabalık türü sırasıyla amca, teyze, ve haladayı çocuğu şeklindeydi. Annelerin 14'ü (%25) hiç okula gitmemiş, 22'si (%42.3) ilk ve ortaokul mezunu, 10'u (%17.3) lise ve 4'ü (%6) yüksekokul mezunu idi.

Doğum şekli sorgulandığında 40 (%80) çocuğun normal, 10 (%20) çocuğun sezaryenle doğduğu öğrenildi. Yirmi bir (%42) çocuk evde, 29 (%58) çocuk hastanede doğmuştu. İlk şüphelenilen hastalık belirtisi 17 (%34) çocukta yürüyememe, 9 (%18) çocukta başını tutamama, 9 (%18) çocukta oturamama, 5 (%10) çocukta görme bozukluğu, 3 (%6) çocukta sürekli ağlama, 2 (%4) çocukta hareket asimetrisi, 5 (%10) çocukta uyku problemleri olarak belirlendi.

Tanı alma yaşı ortalama 1.6 ± 0.7 yıl, tedaviye başlama yaşı ortalaması ise 5.3 ± 0.4 yıl olarak hesaplandı. Otuzbeş hasta bağımsız, 14 hasta yardımla yürüyebiliyordu. Kaba motor fonksiyon sınıflama sistemine göre ortalama skor 2.5 ± 1.0 idi. Kırkdört hasta spastik, 6 hasta diskinetik tip serebral palsi olarak değerlendirildi. Spastik tipte olanların 14'ü diplejik, 6'sı hemiplejik, 4'ü kuadrplejik idi (Tablo 2).

Ailelerin aylık toplam geliri 50 hastanın 38'inde 1000 YTL'nin altında, 12'sinde üzerindeydi. Normal doğum ve evde doğum oranı annesi hiç okula gitmeyen ya da ilk ve ortaokul mezunu olan çocuklarda daha fazlaydı ve bu oranlar istatistiksel olarak anlamlıydı ($\chi^2 = 23.1$, $p < 0.001$; $\chi^2 = 16.2$, $p = 0.001$, sırasıyla). Ayrıca tanı alma yaşıyla tedaviye başlama yaşı arasında geçen zaman da annenin eğitim düzeyiyle negatif korelasyon gösteriyordu ($r = -0.395$, $p = 0.005$).

Tablo 3. Serebral palsi hastalarının karakteristik özellikleri.

	Hasta sayısı	Yüzde oranı (%)
İl merkezinde yaşayan	27	54
İlçe ve köyde yaşayan	23	46
Özürli kardeşi olan	19	38
Anne-baba akrabalığı olan	22	44
Hastanede doğmuş olan	21	42
Evde doğmuş olan	29	58
Normal doğum	40	80
Sezaryenle doğum	10	20
Annesi okula gitmemiş	14	28
Aylık geliri < 1000 YTL	38	76

Tablo 4. Serebral palsili hastalarda hastalığı düşündüren ilk belirtiler.

	Hasta sayısı	Yüzde oranı (%)
Yürüyememe	17	34
Başını tutamama	9	18
Oturamama	9	18
Görme bozukluğu	3	6
Ağlama	2	4
Hareket asimetrisi	5	10
Uyku bozukluğu	5	10

Tablo 5. Serebral palsi hastalarında tanı ve tedaviye başlama yaşı.

	Ortalama±SS
Tanı yaşı	1.6±0.7
Tedavi yaşı	5.3±0.4
Tanı ve tedavi arasında geçen süre	3.7±0.4

Tartışma

Serebral palsi tedavisinde amaç beyinde meydana gelmiş olan hasarı geri döndürmek değil, mevcut olan kapasiteyi en üst düzeye çıkarmaktır (5).

Dolk ve ark (6) serebral palsi için prevalansını sosyo-ekonomik düzeyi ve yaşadığı yerleşim yeriyle ilgili olabileceğini ileri sürmüştür. Çalışmaya dahil edilen çocukların yaklaşık yarısı il merkezinde, yarısı ilçe ve köylerde yaşıyordu. İlçede yaşayan çocuklarda tanı aldıktan sonra tedaviye başlama yaşı merkezde yaşayanlara göre daha uzun idi. Bununla ilgili olarak ilçe ve köylerde serebral palsi tedavisinin yürütüleceği sağlık merkezlerinin yeterli sayıda olmadığı düşünülebilir.

Türkiye İstatistik Kurumunun verilerine göre ülkemizde ortalama çocuk sayısı 2.7'dir. Çalışmamızda ortalama kardeş sayısı ülkemizde bildirilen ortalamanın üzerinde bulundu.

Akraba evliliklerinin otozomal resesif geçen hastalıkların sıklığını arttırdığı gibi serebral palsi prevalansını da arttırdığı öne sürülmektedir (7-9). Serebral palsi için Türkiye'de her 5 evlilikten birinin akraba evliliği olduğu ileri sürülmüş olsa da bu oran bölgemizde biraz daha yüksek olarak tahmin edilmektedir. Bizim çalışmamızda bu oran %44 olarak hesaplandı.

Tunçbilek ve ark (10) çalışmalarında akraba evliliklerinin özürli çocuk doğumu ve çocuk ölümleri ile ilişkili olabileceğini bildirmişlerdir. Ancak sağlıklı ve özürli çocuğu olan ailelerde akraba evliliği sıklığını karşılaştırmalı olarak inceleyen yeterli araştırma mevcut değildir.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması tarafından 2003 yılında bildirilen rakamlara göre kent merkezlerinde sezaryenle doğum oranı yüzde 25.6, taşrada yüzde 12.9'dur. Çalışmamızda doğumların %80'i normal vajinal yolla ve %42'si evde yaptırılmıştı. Bölgemizde doğumlar genellikle akrabalar ya da geleneksel ebeler yardımıyla evde yaptırılmaktadır. Doğum sırasında meydana gelen asfiksisinin serebral palsi için risk oluşturabileceği riskli bebeklerin daha yakın takip edilmesi ve doğumun optimal koşullarda yapılmasının hastalık ihtimalini azaltabileceği düşünülebilir. Çalışmamızda ayrıca eğitimi ilkökul ve ortaokul düzeyinde olan ya da hiç okula gitmemiş olan annelerin eğitim düzeyi daha yüksek olan annelere göre evde ve normal doğumu daha fazla tercih ettikleri görülmüyordu.

Çalışmamızda bir diğer dikkat çeken bulgu hastaların tanı aldığı yaş ile tedaviye başladığı yaş arasında geçen zamanın oldukça uzun olması ve bunun anne eğitim düzeyi ile ilişkisiydi.

Anne eğitim düzeyi planlı gebelik, düzenli gebelik takibi, doğumun şekli ve yeri, hastalığın tanınması ve sonrasında uygulanacak tedavi programını yakından etkileyebilen bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu sonuç aynı zamanda serebral palsi hastalarının hastalıktan şüphe edildikten sonra sağlık personeli tarafından rehabilitasyona yeterince yönlendirilemediği ya da ailelerin rehabilitasyonun olumlu sonuçlarına yeteri kadar ikna edilemediğini düşündürmektedir.

Bebekte serebral palsi şüphesi oluşturan ilk bulgu genellikle yaşına göre motor gelişiminin beklenen seviyede olmamasıdır. İlk hastalık belirtisi genellikle 6 aydan sonra hala oturma dengesinin gelişmemiş olmasıdır (11). Olgularımızda en fazla şüphelenilen bulgunun zamanında yürüyememe olduğu öğrenildi. Bunu sırasıyla başını tutamama, zamanında oturamama ve diğer farklı gelişim anomalileri takip ediyordu. Hastalarımızın çoğu spastik diplejik tip serebral palsi olarak değerlendirildi. Özellikler premature çocuklarda diplejik tip hastalığın en sık görülen tipidir (11). Hastalarımızın büyük bir kısmı bağımsız, bir kısmı da yardımcı olmak üzere hepsi hareketliydi ve kaba motor fonksiyon skalası ortalama skoru da tamamında 3'ün altındaydı. Bunun nedeni, ağır derecede etkilenmiş ve tetraparetik olguların rehabilitasyon programına yeterli katılmamaları ve dolayısıyla çalışmaya dahil edilmemiş olmaları olabilir.

Sonuçlarımız serebral palsiye neden olabilecek ve gerekli önlemler alındığı takdirde değiştirilebilecek bazı faktörlerin bölgemizde sık görüldüğünü ortaya koymaktadır. Hastalığın ve risk faktörlerinin iyi tanınması ve ailelerin, özellikle annelerin bilgilendirilmesinin serebral palsiyi bir ölçüde önleyerek ve tedavi başarısını artırarak özürsüzlük oranını düşürebileceği kanaatindeyiz. Ayrıca serebral palsili çocukların erken dönemde tanınıp zaman kaybetmeden tedaviye başlanması onların topluma kazandırılmasını kolaylaştıracak ve hastalık nedeniyle ortaya çıkabilecek ekonomik kayıpları da azaltacaktır.

Kaynaklar

- 1.Papavasiliou AS. Management of motor problems in cerebral palsy: A critical update for the clinician. Eur J Paediatr Neurol. 2008 Sep 6. [Epub ahead of print]
- 2.Jacobson JW, Janicki MP. Observed prevalence of multiple developmental disabilities. Ment Retard. 1983;21(3):87-94.
- 3.Joel A. Delisa. In Bruce M. Gans, Nicolas E. Walsh. Editors. Physical Medicine and Rehabilitation, Principles and Practice. 4th ed, Lippincott Williams and Wilkins;2004;1499-1501.
- 4.Bodkin AW, Robinson C, Perales FP. Reliability and Validity of the Gross Motor Function Classification System for Cerebral Palsy. Pediatr Phys Ther. 2003;15(4):247-252.

5.Nelson KB. Is cerebral palsy preventable? Curr Opin Neurol. 2008;21(2):129-35.

6.Dolk H, Pattenden S, Johnson A. Cerebral palsy, low birthweight and socio-economic deprivation: inequalities in a major cause of childhood disability. Paediatr Perinat Epidemiol. 2001;15(4):359-63.

7.Corry PC. Intellectual disability and cerebral palsy in a UK community. Community Genet. 2002;5:201-4

8. Sedat N. Merkezimize Başvuran Güneydogu Anadolu Bölgesi Serebral Palsili Çocukların Sosyoekonomik ve Demografik Özellikleri, Dicle Tıp Dergisi 2005;32(1):13-19.

9.Hoşgören E, Güleç M, Bakır B, Tümerdem N. Etimesgut Zirhli Birlikler Okul Ve Er Eğitim Tümen Komutanlığına Bağlı Askerler Arasında Akraba Evliliği Sıklığı Ve Bunu Etkileyen Faktörler. 8. Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, 2002;551.

10.Tunçbilek E, İsmet K. Consanguineous Marriage in Turkey and Its Impact on Fertility and Mortality. Ann Human Genet. 1994;58:321-329.

11.Ashwal S, Russman BS, Blasco PA, Miller G, Sandler A, Shevell M, Stevenson R; Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology; Practice parameter: diagnostic assessment of the child with cerebral palsy: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society. Neurology. 2004;62(6):851-63.