

## ÖLÜM ORUCU/AÇLIK GREVİ SONRASI NÖROLOJİK TABLO

### Çağrı Temuçin\*

Ölüm orucu ve açlık grevi sonrası gelişen sağlık sorunları nedeniyle, tutuklu ve hükümlülerin cezalarının ertelenmeye başladığı 2001 yaz aylarından 2001 yılı sonuna kadar TİHV Ankara Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi'ne başvuran 39 kişinin nörolojik muayene ve izlemi yapılmıştır. Vakıf başvurularının büyük çoğunluğu, ölüm orucu ve açlık grevine devam ettikleri sürede Ankara Tabip Odası İnsan Hakları Komisyonu üyesi olarak tarafımızdan, sınırlandırılmış koşullarda ve elden geldiğince izlenmeye çalışılmıştır. Tahliye olduktan sonra Ankara'daki devlet ve üniversite hastanelerine yatırılan bazı başvuruların izlemi de bu kurumlarda devam etmiştir.

Başvuruların öykülerinden, 175 ile 285 gün arasında (bazıları 15-30 gün ara vererek) ölüm orucuna/açlık grevine devam ettikleri öğrenilmiştir. Ciddi kilo kayıpları olduğu gözlenen başvurular, vücut ağırlığının %30-50 arasında bir kilo kaybı olduğunu ifade etmişlerdir. Ölüm orucu/açlık grevi sırasında başvuruların tamamına yakınında halsizlik, çift görme, bulanık görme, bulantı, el-ayaklarda uyuşma-ağrı, dengesizlik, baş dönmesi, güç kaybı ile bazılarında bilinç bulanıklığı/kayıbı, işitme bozuklukları ve kusma geliştiği, bilinç kaybı gelişen başvurulara tıbbi müdahale yapıldığı öğrenilmiştir.

Ölüm orucu/açlık grevi sırasında tutuklu ve hükümlülerce değişik sürelerle B1 vitamini kullanıldığı öğrenilmiştir. Önemli bir kısmı başlangıçta 1-3 ay süre ile

\* Dr., Nöroloji Uzmanı, TİHV Ankara Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi

B1 kullandıktan sonra B1 alımını kesmişlerdir. Başvuruların hepsi eylemlerinin son 45 günü tekrar 250-600 mg B1 vitamini alınımına başladıklarını ve tekrar B1 vitamininin alınmaya başlamasıyla, bilinç bulanıklığı, çift görme ve uyuşma yakınmalarının azaldığını-ortadan kalktığını ifade etmişlerdir.

39 başvurunun ayrıntılı nörolojik muayenesi yapılmıştır.

### **Nörolojik Muayene Bulguları**

Wernicke ensefalopatisinin ileri döneminde konfüzyonel durum gelişenlerin tümünde bu döneme ait amnezi saptanmıştır. Bazı başvurularda Korsakoff Psikoza tablosunda beklenen bellek sorunları ile psikiyatrik sorunlar izlenmiştir.

Kranial sinirler

3 başvuruda göz dibi muayenesinde papil sınırlarında silinme

19 başvuruda bilateral laterale bakışta ortaya çıkan horizontal nistagmus

9 başvuruda bilateral minimal laterale bakış kısıtlılığı

3 başvuruda işitme sorunları (hiperakuzi, tinnitus, uğuldama, işitme keskinliğinde azalma şeklinde)

### **Duyu Sistemi**

25 başvuruda özellikle alt ekstremitelerde belirgin (çorap tarzında) ve ağrı duyusu kaybının daha belirgin olduğu yüzeysel duyu kaybı (tüm başvurularda derin duyu - eklem-pozisyon- muayenesi normal)

4 başvuruda uyluk ön-yan yüzünde duyu bozukluğu-Lateral femoral kutanöz sinir lezyonu / Meralgia Parestetika

4 başvuruda özellikle geceleri artan, dolaşma ihtiyacı yaratan ayaklarda şiddetli yanma-ağrı ve bir başvuruda ise ek olarak alt ekstremitelerde sıçrama, atma, çekilme şeklinde tanımlanan istemsiz hareketler

### **Derin tendon refleksi (DTR)**

15 başvuruda alt ekstremitelerde belirgin DTR kaybı

4 başvuruda DTR'lerde artış

### **Motor sistem muayenesi**

Tüm başvurularda yaygın deri altı yağ ve destek dokusunda azalma ve kas atrofisi

21 başvuruda alt ekstremitelerde ve proksimallerde belirgin güç kaybı

16 başvuruda boyun fleksiyonunda güç kaybı

14 başvuruda hareketlerde yavaşlama

### **Serebellar muayenede**

12 başvuruda konuşma bozukluğu – dizartri

7 başvuruda gövde ataksisi

23 başvuruda tandem gait bozukluğu

18 başvuruda diz-topuk testinde bozukluk

8 başvuruda üst ekstremitede serebellar testlerde bozukluk

5 başvuruda intansiyonel tremor

3 başvuruda titubasyon

23 başvuruda aşağıda tanımlanan özelliklerde yürüyüş bozukluğu

geniş basarak, küçük adımlarla, ataksik

hafif antefleksiyon postüründe

assosiyel kol hareketlerinde azalma

### **NÖROLOJİK İNCELEMELER**

**Kr MRI incelemesi** 33 başvuruda yapılmıştır. Bulgular;

Koopere olamadığı için yapılamadı (1 başvuru)

Normal (14 başvuru)

Serebral ve serebellar atrofi (13 başvuru)

Santral pontin myelinizosiz (2 başvuru)

Talamik lezyon (1 başvuru)

Sentrum semiovalede lezyon (1 başvuru)

Ventrikül komşuluğunda sinyal artışı (1 başvuru)

N.Kaudat komşuluğunda lakün, beyaz cevherde gliotik lezyon (1 başvuru)

**ENMG incelemesi** 19 başvuruda yapılmıştır. Bulgular;

Normal (7 başvuru)

Periferik Nöropati; özellikle alt ekstremitelerde belirgin, aksonal tutuluşun hakim olduğu, sensori-motor, (11 başvuru)

Ulnar nöropati, eski sekel (1 başvuru)

### Değerlendirme ve İzlem

Uzun süreli açlığa bağlı gelişen nörolojik sorunların (Wernicke ensefalopatisi, Wernicke Korsakoff sendromu, nütrisyonel periferik nöropati, restless leg sendromu, ağrılı nöropati, kas güçsüzlüğü) başvurularında değişik şiddet ve tablolarda ortaya çıktığı gözlenmiştir. Kimi başvurularla ilgili olarak, tıbbi müdahalenin özellikle başlangıç aşamasına ait bilgiler olmadığı için, gelişen bu tabloların bazılarında, uzamış açlığın yanı sıra tedavi sürecindeki yanlış veya eksik uygulamaların etkisi de göz önünde bulundurulmalıdır. Örneğin, ikisi vakıf başvurusu üç kişide, muhtemelen tedaviye başlangıç aşamasında sodyum eksikliğinin hızla düzeltilmesine bağlı gelişen, Santral Pontin Myelinizosiz gözlenmesi, tedaviye başlanması sırasında sodyum replasmanının dikkatli yapılması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Ölüm orucunun ileri dönemlerinde bilinci kapandıktan sonra müdahale edilenlerde nörolojik sekellerin daha fazla olduğu gözlenmiştir. Eylemin son döneminde B1 vitaminin tekrar alınmaya başlaması, başvurularca ifade edilen nörolojik defisitlerde kısmi gerilemeler, tutuklu buldukları dönemde yaptığımız hastane ziyaretlerinde, bağımsız muayene heyetleri tarafından da gözlenmiştir. Başvurular arasında B1 vitamininin kullanım süresindeki farklılıkların nörolojik tablolar üzerinde etkisi dikkati çekmiştir. Başvuru sırasında B1 kullanmakta olan başvuruların B1 vitamini alımına devamı ile diğer vitamin desteği önerilmiştir.

Bellek sorunu gelişen başvuruların prognozu için ayrıntılı bellek muayenesi ile izlemi gerekmektedir. Bu kişilerin gerek izlemi gerek ise tedavisi multidisipliner bir yaklaşımı gerekli kılmaktadır.

Başvuruların hepsinin çok uzun süre hastanede yatakta ve ayakları zincirlenmiş olarak tutuldukları gözlenmiştir. Uzun süreli yatan hastalar için tıbbi bir zorunluluk olan havalı yataklar ancak Ankara Tabip Odasının girişimleri ile belli bir süre sonra tutuklu ve hükümlülere ulaştırılabilmıştır. Buldukları ortamda dolaşma olanağının sağlanmaması sonucu varolan kas atrofisinde artışa, dekübit ülseri ve eklem-postür patolojilerine yol açmıştır.

Tüm başvurularında eylem sonrası kilo alımının başlaması ile birlikte deri altı yağ ve kas dokusunda artış izlenmiştir. Göz dibi muayenesinde gözlenen bulguların kendiliğinden düzeldiği gözlenmiştir.

Başvurular arasında ciddi sorunlardan birisi özellikle alt ekstremitelerde belirgin ağrı, yanma, sızlama, sıcaklık değişikliği şeklinde ifade edilen duyu bozuklukları idi. Parestezi tanımlayan ve yakınması fazla olan başvurulara Amitriptilin (Laroxyl) Karbamazepin (Tegretol ) ve Gabapentin (Neurontin) başlanmıştır. Gerek yan etki profili gerekse etkinlik açısından optimal tedavi Gabapentin ile sağlanmıştır. Bazı başvurularda Neurontin dozunun 1200 mg/gün'e kadar yükseltilmesi gerekmiştir. Parestezinin, gerek ilaç başlanılmayan hafif başvurularda kendiliğinden, gerekse tedavi başlanan başvurularda tedaviyi takiben azaldığı gözlenmiştir. Restless Leg yakınması olan başvuruda ise L-Dopa ve Pergolid eklenmiştir. Bu başvuruların da ilaçlar sonrası yakınmalarının düzeldiği gözlenmiştir.

Ataksi ve yürüyüş bozukluğu olan ve çoğu destek ile yürüyebilen başvurulara öncelikle fizyoterapi-denge rehabilitasyonu başlanmış, fizyoterapi ile oldukça anlamlı düzelmeler gözlenmiştir. Ataksinin ve diğer serebellar testlerin değerlendirilmesinde serebellar patolojinin yanısıra, proksimal kas güçsüzlüğü ile periferik nöropatinin de, en azından şiddeti arttırıcı rol oynadığı düşünülmüştür. Atakside düzelmeye sağlayan fizyoterapinin aynı zamanda proksimal güç kayıplarında da anlamlı düzelmeye sağlıyor olması, bu yorumu desteklemektedir.

Wernicke ensefalopatisi sekeli olarak ortaya çıkan nistagmus ve laterale bakış kısıtlılıklarında kısmi düzelmeye olmakla birlikte çoğu başvuruda devam ettiği gözlenmiştir. Nistagmus ve diğer serebellar bozuklukları olan 9 başvuruya düşük doz Baklofen (10 mg/gün Lioresal ) başlanmıştır. Bu başvurulardan 4'ü kısmen yararlandıklarını ifade etmişlerdir.

Tedaviye başlanmasını takiben az sayıda başvuruda baş dönmesi, kulaklarda çınlama-uğuldama ve konuşma bozukluğu yakınmalarının ortaya çıktığı veya arttığı izlenmiştir. Başdönmesi yakınması daha çok periferik pozisyonel vertigo tarzında, başın hareketleri ile ortaya çıkan, kısa süreli ve çevre döner tarzda idi. Bu başvurularda denge egzersizleri, antihistaminik (Betaserc), gingo glikozid (Tebokan) önerilmiş ve KBB konsültasyonu istenmiştir.

Daha önce yapılan açlık grevi/ölüm orucu eylemlerinden farklı olarak çok daha uzun sürmesi nedeniyle, daha önce karşılaşılmayan veya belirgin olmayan bazı nörolojik sorunlar bu kez dikkati çekmektedir. Uzun süreli izlem, uzamış açlığın yol açtığı nörolojik komplikasyonların prognozu konusunda daha sağlıklı bilgiler verecektir.



333  
308  
1989

Selçuk DEMIREL