



Orijinal Araştırma

Guillain Barre Sendromu: Tek Merkez Deneyimi

Onur Akan, Canan Emir, Cihat Örken, Serap Üçler

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Özet

Amaç: Guillain Barre sendromu (GBS) tanılı hastaların epidemiyolojik, klinik ve elektrofizyolojik özelliklerini gözden geçirmek.

Yöntem: Nöroloji Kliniğinde Mart 2013 ve Ağustos 2017 tarihleri arasında GBS tanısıyla yatarak tedavi gören 30 hastanın klinik ve demografik verileri retrospektif olarak incelendi. Hastalar yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) yatış durumuna göre iki gruba ayrıldı.

Bulgular: Toplam 30 hastanın 7'si (%23.3) kadın, 23'ü (%76.7) erkek olup yaş ortalaması 46.9 ± 19.61 idi. Erkek cinsiyeti YBÜ (-) grupta daha baskındı (%81~%62). Hastaların %86.7'sinde GBS öncesi enfeksiyon öyküsü mevcuttu. YBÜ (+) grupta üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE), YBÜ (-) grupta alt solunum yolu enfeksiyonu (ASYE) ve akut gastroenterit (AGE) oranları fazla bulundu ($p=0.007$). YBÜ (+) grupta alt ekstremitelerden başlayan güçsüzlük daha yaygın idi ($p=0.011$). YBÜ (+) olanlarda diplopi ve dizartri görülmezken ataksi ve disfaji oranı görece daha yüksek bulundu ($p=0.001$). Elektrofizyolojik incelemede % 26.7 oranında demiyelinizan polinöropati, % 30.1 oranında akut aksonal polinöropati, % 13.3 oranında akut sensoriyal aksonal polinöropati saptandı. YBÜ'de yatanlarda akut motor ve sensoriyal nöropati (AMSAN) ön planda iken YBÜ(-) grupta demiyelinizan polinöropati daha sıkı ($p=0.04$). Olguların % 26.7'sine mekanik ventilasyon uygulandı. Ölüm oranı %6.8 bulundu.

Sonuç: YBÜ(+) GBS hastalarında ÜSYE, YBÜ (-) olanlarda AGE ve ASYE ana tetikleyici faktör olarak görünebilir. Asendan güçsüzlük, disfaji ve ataksi oranı YBÜ (+) GBS hastalarında görece daha yaygındır. YBÜ (-) grupta demiyelinizan polinöropati, YBÜ (+)'de ise AMSAN ön plandadır. Çok merkezli randomize çalışmalar GBS epidemiyolojisi konusunda daha aydınlatıcı olacaktır.

Anahtar sözcükler: Demografik özellikler; elektrofizyoloji; Guillain Barre sendromu.

Atf için yazım şekli: "Akan O, Emir C, Örken C, Üçler S. Guillain Barre Syndrome: A Single Center Experience. Med Bull Sisli Etfal Hosp 2020;54(1):73-77".

Guillain Barre sendromu (GBS) tipik olarak karıncalanma, ilerleyici güçsüzlük ve ağrı ile başlayan akut inflamatuvar immün aracılı bir poliradikülönopatidir.^[1] GBS insidansı coğrafik konuma bağlı olarak 100.000'de 0.40-3.25 arasında değişir.^[1, 2] Düşük insidansına rağmen acil servislerde akut nörolojik defisit ayırıcı tanısında temel bileşenlerden birini oluşturur.^[2]

Akut, monofazik, inflamatuvar, çoğunlukla demiyelinizan poliradikülönöropati şeklinde bir patoloji sergilemekle birlikte aksonal başlayan formları da bulunur. Hastalık öncesinde genellikle zemin hazırlayan bir enfeksiyon öyküsü bulunur. En iyi bilinen özgün mikroorganizmalar *Campylobacter jejuni*, *Cytomegalovirus* ve *Epstein-Barr* virüstür.^[1, 2] Son yıl-

larda Zika virüs sonrası gelişen GBS vakaları bildirilmiştir.^[3, 4]

Özellikle son dekadlarda dünyanın genelinde yaşanan çevresel değişikliklerle birlikte GBS'nin epidemiyolojisinde farklılık olup olmadığını irdelemek amacıyla bu çalışmada merkezimizde son 5 yıl içerisinde GBS tanısı konularak takip edilen hastaların epidemiyolojik, klinik özelliklerinin gözden geçirilmesi ve yoğun bakım ihtiyacı olan ve olmayan hastaların karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem

Hastanemiz Nöroloji Kliniğinde Mart 2013 ve Ağustos 2017 tarihleri arasında GBS tanısıyla yatarak tedavi gören

Yazışma Adresi: Onur Akan, MD. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul, Turkey

Telefon: +90 505 368 28 37 **E-posta:** dronurakan@hotmail.com

Başvuru Tarihi: 10.06.2018 **Kabul Tarihi:** 29.04.2019 **Online Yayınlanma Tarihi:** 25.03.2020

©Telif hakkı 2020 Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni - Çevrimiçi erişim www.sislietfaltip.org

OPEN ACCESS This is an open access article under the CC BY-NC license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).



30 hastanın klinik ve demografik verileri retrospektif olarak incelendi. GBS ön tanısı ile yatırılıp daha sonra kronik inflamatuvar demiyelinizan polinöropati (KİDP) tanısı alan 2 hasta çalışma dışı bırakıldı. Hastaların yaşı, cinsiyetleri, başvuru şikayetleri, ilk muayene bulguları, beyin omurilik sıvı (BOS) analiz sonuçları, yoğun bakım ihtiyacı, klinik ve elektrofizyolojik özelliklerine göre GBS varyantları [akut inflamatuvar demiyelinizan polinöropati (AIDP), akut motor aksonal nöropati (AMAN), akut motor ve sensorial nöropati (AMSAN), Miller Fisher sendromu (MFS) ve bölgesel formlar brakiosefalik varyant] dosyalarından kaydedildi. Hastalar yoğun bakım ünitesi (YBÜ) ihtiyacına göre iki farklı gruba ayrılarak her iki grubun verileri karşılaştırıldı. Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı (08.05.2018 tarihli, 48670771-514.10 sayılı).

İstatiksel değerlendirme için Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 18 programı kullanıldı. Kantitatif verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogrov Smirnov testi ile değerlendirildi. Normal dağılımlı değişkenler parametrik, normal dağılıma uymayanlar ise non-parametrik yöntemlerle analiz edildi. Bağımsız iki grubun karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t testi ya da Mann Whitney U testi kullanıldı. Kategorik veriler Pearson ki-kare testi ile karşılaştırıldı. Tanımlayıcı istatistiksel testlerle incelenen değişkenlerin oranı sayı ve yüzdeler olarak belirtildi. Kantitatif veriler ortalama±standart sapma (ss) ve ortanca (minimum-maksimum) değerleri şeklinde ifade edildi. Tüm testler için $p < 0.05$ değeri istatistiksel açıdan anlamlı kabul edildi.

Bulgular

GBS tanısı alan 30 hastanın 7'si (%23.3) kadın, 23'ü (%76.7) erkek idi. Hastalar 18-71 yaş aralığında olup yaş ortalaması 46.9 ± 19.61 idi. Hastalık öncesi enfeksiyon öyküsü hastaların %33'ünde ($n=10$) üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE), %33'ünde ($n=10$) akut gastroenterit, %10'unda ($n=3$) alt solunum yolu enfeksiyonu (ASYE), %6.7'sinde ($n=2$) ÜSYE ile beraber akut gastroentrit, %3.3'ünde ($n=1$) piyodermi mevcuttu. Dört hastada (%13.3) ise herhangi bir enfeksiyon öyküsü yoktu (Tablo 1). Hastalar YBÜ ihtiyacına göre iki gruba ayrıldığında cinsiyet açısından erkek baskınlığının YBÜ'de yatmayan grupta çok daha ön planda olduğu gözlemlendi ($p=0.03$, $x^2=8.5$). Enfeksiyon yönünden incelendiğinde YBÜ ihtiyacı olanların yaklaşık yarısında ÜSYE öyküsünün daha fazla olduğu görüldü ($p=0.007$, $x^2=22.5$), (Tablo 1). YBÜ'de yatanların yaşı 47.5 ± 22.9 , YBÜ ihtiyacı olmayan hastaların yaşı ortalama 46.7 ± 18.9 olup yaş açısından her iki hasta grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p=0.92$).

Başvuru şikayetleri 14 hastada (%46.7) alt ekstremitelerde güçsüzlük, 3 hastada (%10) üst ekstremitelerde güçsüzlük, 3 hastada (%10) hem üst hem de alt ekstremitelerde güçsüzlük, 3 hastada (%10) ataksi, 4 hastada (%13.3) disfaji şeklindeydi. Refleks muayenesinde hastaların %46.7'sinde arefleksi ($n=14$), %33.3'ünde ($n=10$) hiporefleksi saptanırken %20 hastada ($n=6$) derin tendon refleksleri normoaktifti. Lomber ponksiyon yapılan 7 hastanın (%23.3) BOS protein yüksek bulundu. 6 hastanın (%20) BOS protein normaldi (Tablo 2). YBÜ ihtiyacı olan ve olmayan hastalar başvuru şikayeti yönünden karşılaştırıldığında salt alt ekstremitelerden başlayan güçsüzlüğün YBÜ'de yatanlarda daha fazla olduğu gözlemlendi ($p=0.011$, $x^2=6.53$), (Tablo 2). YBÜ'de yatanlarda diplopi ve dizartri görülmezken ataksi ve disfaji oranı görece daha yüksek bulundu ($p=0.001$), (Tablo 2). YBÜ'de yatanların çoğu arefleksik iken YBÜ'de yatmayanlarda hiporefleksi ve arefleksi oranları birbirine yakın saptandı ($p=0.01$, $x^2=6.53$), (Tablo 2). YBÜ'de yatan 8 hastadan sadece 1'inin BOS proteinine bakılmış olup bakılan tek hastada da BOS proteini artmış bulundu. YBÜ olmayanlarda normal ve artmış BOS proteini oranları birbirine yakın saptandı ($p=0.03$, $x^2=8.5$) (Tablo 2).

Hastaların elektromiyografik (EMG) incelemelerinde 14 hastada (%26.7) demiyelinizan polinöropati, 9 hastada (%30.1) akut aksonal polinöropati, 4 hastada (%13.3) akut sensoriyal aksonal polinöropati saptandı. 2 hasta AMAN, 2 hasta AMSAN, 4 hasta MFS, 1 hasta faringeal-servikal-brakial varyant olarak kabul edildi. Beş hastaya (%16.7) EMG yapılamadı (Tablo 3). YBÜ'de yatanlarda AMSAN ön planda iken YBÜ ihtiyacı olmayanlarda demiyelinizan PNP daha sık bulundu ($p=0.04$, $x^2=20.6$) (Tablo 3).

Çalışmaya alınan 30 hastanın tamamına IVIG, 1 hastaya IVIG tedavisine ek olarak steroid tedavisi verildi. Hastalarımızın

Tablo 1. Yoğun bakım ünitesi (YBÜ) ihtiyacı olan ve olmayan hastaların yaş, cinsiyet ve hastalık öncesi enfeksiyon öyküsü yönünden karşılaştırılması

| Demografik veri | n (%) | | | p (x^2) |
|-------------------|------------------|------------------|-----------|--------------|
| | YBÜ ihtiyacı (-) | YBÜ ihtiyacı (+) | Toplam | |
| Cinsiyet | | | | |
| Kadın | 4 (18.2) | 3 (37.5) | 7 (23.3) | 0.03 (8.5) |
| Erkek | 18 (81.8) | 5 (62.5) | 23 (76.7) | |
| Enfeksiyon öyküsü | | | | 0.007 (22.5) |
| Yok | 3 (13.6) | 1 (12.5) | 4 (13.3) | |
| ÜSYE | 6 (27.3) | 4 (50) | 10 (33.3) | |
| ASYE | 3 (13.6) | 0 (0) | 3 (10) | |
| AGE | 7 (31.8) | 3 (37.5) | 10 (33.3) | |
| ÜSYE+AGE | 2 (9.1) | 0 (0) | 2 (6.7) | |
| Piyodermi | 1 (4.5) | 0 (0) | 1 (3.3) | |

%26.7'sinin (n=8) yoğun bakım ihtiyacı oldu. Bu 8 hastanın ikisinin (%6.7) genel durumu kötüleşerek ve çoklu organ yetmezliğine girerek eksitus oldu. Eksitus olan iki hastamızda otonom tutulumu olup yaşları oldukça ileri idi (Tablo 4).

Tartışma

Guillain Barre sendromu motor, sensoriyel ve otonomik sinir liflerini ve de spinal kökleri etkileyebilen akiz inflamatuvar bir polinöropatidir. Asendan seyirli flask kas güçsüzlüğü ile karakterizedir. Dünya üzerinde bilinen nöromuskuler paralizinin en sık nedenidir. Otoimmün hastalıklarda beklenildiğinin aksine erkeklerde daha sık görüldüğü bildirilmiştir.^[1, 2] Bu çalışmada da 3/1 oranında erkek cinsiyet baskınlığı gözlenmiştir. YBÜ ihtiyacı olanlarda 3/2 gibi daha ılımlı bir erkek hakimiyeti varken YBÜ gerektirmeyen hastalarda 4/1 oranını aşan erkek baskınlığı bulunmuştur.

GBS insidansı yaşla birlikte bimodal dağılım gösterir.^[1, 2] 63 makalenin irdelendiği bir derlemede 50 yaşın üzerinde hastalık sıklığı artarken 80 yaşın üzerinde azalma eğilimi gösterdiği bildirilmiştir.^[3] Bizim çalışmamızda da hastaların yaş ortalaması 50 bulunmuştur. YBÜ ihtiyacı olan ve olmayanlar arasında ise yaş yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır.

Tablo 2. Yoğun bakım ünitesi (YBÜ) ihtiyacı olan ve olmayan hastaların ilk ortaya çıkan şikayetler, muayenede reflekslerinin durumu ve beyin omurilik sıvısı (BOS) incelemesi yönünden karşılaştırılması

| Parametre | n (%) | | | p (x ²) |
|------------------------|------------------|------------------|-----------|---------------------|
| | YBÜ ihtiyacı (-) | YBÜ ihtiyacı (+) | Toplam | |
| Başvuru şikayeti | | | | |
| Ekstremitte güçsüzlüğü | | | | 0.011 (6.53) |
| Üst | 2 (9.1) | 1 (12.5) | 3 (10) | |
| Alt | 8 (36.4) | 6 (75) | 14 (46.7) | |
| Üst+alt | 10 (45) | 1 (12.5) | 11 (36.7) | |
| Ataksi | 2 (9.1) | 1 (12.5) | 3 (10) | 0.001 (22.5) |
| Diplopi | 2 (9.1) | 0 (0) | 2 (6.7) | 0.001 (22.5) |
| Disfaji | 1 (4.5) | 3 (37.5) | 4 (13.3) | 0.001 (16.1) |
| Dizartri | 1 (4.5) | 0 (0) | 1 (3.3) | 0.001 (22.5) |
| Refleks muayenesi | | | | 0.01 (6.5) |
| Normal | 5 (22.7) | 1 (12.5) | 6 (20) | |
| Hiporefleksi | 8 (36.4) | 2 (12.5) | 10 (33.3) | |
| Arefleksi | 9 (40.9) | 5 (62.5) | 14 (46.7) | |
| BOS proteini | | | | 0.03 (8.5) |
| Normal | 6 (27.3) | 0 (0) | 6 (20) | |
| Artmış | 6 (27.3) | 1 (12.5) | 7 (23.3) | |
| Bakılmayan | 10 (56.7) | 7 (87.5) | 17 (56.7) | |

GBS hastaların yaklaşık üçte ikisinde nörolojik semptomların başlangıcından 3-4 hafta öncesinde enfeksiyon öyküsü bulunur.^[3, 4] Çocuklarda erişkinlere kıyasla öncül enfeksiyon oranı daha da fazladır (%67-85).^[3] Bizim çalışmamızda ise %86 gibi yüksek bir enfeksiyon öyküsü kaydedilmiştir. Yine literatürde erişkinlerde enfeksiyonların en sık respiratuvar (%67-85) ve gastrointestinal sistem (%22-53) kaynaklı olduğu bildirilmiştir.^[3] Dünyanın farklı coğrafik bölgelerinde yaşayan 1000 GBS hastasının alındığı geniş bir kohort çalışması olan IGOS konsorsiyumunda Avrupa ve Amerika'da solunum yolu enfeksiyonları daha fazla iken Bangladeş'te gastroenteritin daha baskın olduğu gözlenmiştir.^[4] Bizim çalışmamızda ise her iki sistem enfeksiyon oranları birbirine yakın bulunmuştur. Bu farklılık hastalarımızın yaşadığı bölge ve sosyoekonomik değişkenlerle açıklanabilir. Öte yandan YBÜ ihtiyacı olan hastalarımızın yaklaşık yarısında ÜSYE öyküsü saptanırken YBÜ gerekmeyenlerde ASYE ve AGE öyküsünün daha fazla olduğu görüldü. Ayrıca literatürde bildirilen ameliyat ve aşı sonrası GBS olgularına da rastlanılamamıştır.

GBS hastaları klasik olarak kliniğe güçsüzlük ile başvurur-

Tablo 3. Yoğun bakım ünitesi (YBÜ) ihtiyacı olan ve olmayan hastaların elektromiyografik (EMG) inceleme sonuçları yönünden karşılaştırılması

| EMG bulgusu | n (%) | | | p (x ²) |
|-------------------|------------------|------------------|-----------|---------------------|
| | YBÜ ihtiyacı (-) | YBÜ ihtiyacı (+) | Toplam | |
| Akut aksonal PNP | 4 (18.2) | 1 (12.5) | 5 (16.7) | 0.04 (20.6) |
| Demiyelinizan PNP | 9 (40.9) | 2 (25) | 11 (36.7) | |
| AMAN | 1 (4.5) | 1 (12.5) | 2 (6.7) | |
| AMSAN | 0 (0) | 2 (25) | 2 (6.7) | |
| AIDP | 1 (4.5) | 1 (12.5) | 2 (6.7) | |
| Miller Fischer | 3 (13.6) | 0 (0) | 3 (10) | |
| Yapılamayan | 4 (18.2) | 1 (12.5) | 5 (16.7) | |

Tablo 4. Yoğun bakım ünitesi (YBÜ) ihtiyacı olan ve olmayan hastaların tedavilerinde kullanılan ilaçlar ve sağ kalım oranları yönünden karşılaştırılması

| | n (%) | | | p (x ²) |
|-------------------|------------------|------------------|-----------|---------------------|
| | YBÜ ihtiyacı (-) | YBÜ ihtiyacı (+) | Toplam | |
| Tedavi | | | | 0.001(48.6) |
| IVIG | 20 (91) | 8 (100) | 28 (93.3) | |
| IVIG+Steroid | 1 (4.5) | 0 (0) | 1 (3.3) | |
| Tedavi verilmeyen | 1 (4.5) | 0 (0) | 1 (3.3) | |
| Son durum | | | | 0.001(22.5) |
| Sağ | 22 (100) | 6 (75) | 28 (93.3) | |
| Eksitus | 0 (0) | 2 (25) | 2 (6.7) | |

lar.^[1] Bizim çalışmamızda da olguların üçte ikisinde hastalık güçsüzlük ile başlamış olup bunların yarısında da alt ekstremitelerde güçsüzlük gözlenmiştir. Özellikle YBÜ'de yatan hastalarda salt alt ekstremiteden başlayan güçsüzlüğün YBÜ ihtiyacı olmayanlara kıyasla daha fazla olduğu saptanmıştır. GBS'de bilinen diğer kardinal bulgular hiporefleksi veya arefleksidir.^[1, 2] Bu çalışmada hastaların hemen hemen yarısında hiporefleksi, üçte birinde arefleksi gözlenmiştir. YBÜ'de yatan hastalarımızda diplopi ve dizartri görülmezken ataksi ve disfaji oranı görece daha yüksek bulunmuştur. GBS'de işitme kaybı, kranial sinir tutulumu ve solunum sıkıntısı azalan sıklıkta görülebilir.^[1, 2] Avrupa ve Amerika'da sensorial bozukluklar daha ön planda iken Asya'da kranial sinir tutulumunun ve okülomotor güçsüzlüğün yaygın olduğu bildirilmiştir.^[4] Bizim çalışmamızda ise %13 oranında bulber, %6.7 oranında okulomotor sinir tutulumu gözlenirken hiçbir olguda ilk başvuruda solunum sıkıntısına rastlanılmamıştır. Bu değişken sonuçlar Asya ile Avrupa arasındaki geçiş bölgesinde yaşayan hasta popülasyonumuzun genetik, fenotipik ve çevresel farklılıklarına bağlı olabilir.

Beyin-omurilik sıvısında albumin-sitolojik disosiasyonu olarak da bilinen hücresiz protein artışı ana tanısal bulgulardan biridir. Nörolojik semptomların ortaya çıktığı ilk birkaç haftada BOS protein düzeyi normaldir, ancak daha sonra yapılan incelemelerde artış gösterir. Olguların yaklaşık %10'unda hastalığın seyri boyunca BOS protein düzeyi normal kalmaktadır.^[2] Bizim çalışmamızda hastaların ancak dörtte birinde BOS proteini yüksek bulundu. Klasik bilgilere kıyasla bu düşük oran, BOS analizinin erken dönemde yapılması ile ilişkili olabilir. Ayrıca hastaların bir kısmının genel durumu bozulduğu, bir kısmının da klinik ve elektrofizyolojik incelemeler ile GBS tanısı kesin olduğu için BOS analizi yapılmamıştır.

Elektrofizyolojik çalışmalar GBS tanısının konulmasında oldukça faydalı olup hastalık alt tiplerinin belirlenmesine ve prognoz tayinine yardımcı olur; aksonal kaybın derecesini gösterir. GBS hastaların %80'inden fazlasında erken EMG anomalileri görülür. Hastalığın başlangıcındaki ilk 2 hafta içerisinde fibrilasyon ve pozitif dalga potansiyellerini saptayabilmek için iğne EMG yapılması önerilir.^[5] Bizim çalışmamızda EMG yapılan hastaların hemen tamamında elektrofizyolojik bozukluk saptanmış olup %36.7 oranı ile en sık demiyelinizan polinöropatiye rastlanılmıştır. Literatürde de GBS'deki en yaygın elektrofizyolojik anomalinin demiyelinizan polinöropati olduğu bildirilmiştir.^[3] IGNOS konsorsiyumunda Avrupa ve Amerika'da bu oran %55 iken Asya'da %45 bulunmuştur. Aksonal GBS Avrupa'da %3-17, Asya'da %23-65 oranlarında bildirilmiştir. Miller Fischer varyantının frekansı Avrupa'da %3 iken Uzak Doğu Asya'da bu oran %34'e çıkmaktadır.^[4] Bizim çalışmamızda aksonal GBS Avrupa verilerinde benzer şekilde %16.7 bulunmuştur. Mil-

ler Fischer varyantı ise %13.8 ile Asya ve Avrupa verilerinin ortasında yer almıştır. Diğer GBS alt gruplarından AMAN ve AMSAN %6.7 oranlarında tespit edilmiştir. Diğer yandan YBÜ'de yatanlarda AMSAN ön planda iken YBÜ ihtiyacı olmayanlarda demiyelinizan PNP daha sık bulunmuştur. GBS'nin klinik ve elektrofizyolojik subgruplarında bulduğumuz bu oranlar kısmen enfeksiyonlara ve diğer çevresel etkenlere maruziyetteki lokal farklılıklarla açıklanabilir.

GBS hastalarında tanı konar konmaz immunoterapi başlanması önerilmektedir.^[2] Kanıta dayalı çalışmalar IVIG ve plazmaferezin GBS tedavisinde eşit oranda etkili olduklarını ortaya koymuştur.^[6] Bizim hastalarımızda ise hastaların neredeyse tamamına IVIG verilmiş olup invazite nedeniyle plazmaferez tercih edilmemiştir. Literatürdeki genel görüş GBS tedavisinde steroidin tek başına ya da kombinasyon içinde yerinin olmadığıdır.^[1, 2] Aksine IVIG'e cevap vermeyen bir hastamız steroid sonrası klinik remisyona girmiştir. Bu deneyim 2006 Cochrane veri tabanında^[7] belirtilen IVIG + steroid kombinasyonunun GBS'de iyileşmeye ivme katacağı ancak uzun dönemdeki akibeti etkilemeyeceği savını desteklemektedir.

GBS hastalarında %30'a varan oranlarda frenik sinir etkilenimi ile mekanik ventilasyon gerektiren solunum yetmezliği gelişir ve hastaların %2-5'i komplikasyonlar nedeniyle kaybedilir.^[8-10] Bu çalışmada olguların %26.7'si mekanik ventilatör ihtiyacı nedeniyle yoğun bakım ünitesinde yatış gerektirmiştir ve ölüm oranı %6.8 bulunmuştur. Asya'da GBS'nin mortalite oranı %2'lere düşerken Amerika ve Avrupa'da %5'lere çıkmaktadır.^[4] Çalışmamızda saptanan kısmen yüksek mortalite oranı hastaların kliniği, tedaviye cevabı ve başvuru koşulları ile ilişkilendirilebilir.

Sonuçlar

Sonuç olarak YBÜ gerektiren GBS hastalarında ÜSYE, YBÜ gerektirmeyenlerde ise AGE ve ASYE ana tetikleyici faktör olarak görünebilir. Asendan güçsüzlük, disfaji ve ataksi oranı YBÜ ihtiyacı olan GBS hastalarında görece daha yaygındır. YBÜ ihtiyacı olmayanlarda demiyelinizan PNP, YBÜ'de yatanlarda ise AMSAN ön plandadır. Dirençli GBS vakalarında steroid düşünülebilir. Bu çalışma tek bir merkezin sınırlı sayıdaki hasta ile deneyimini yansıtmaktadır. Ülkemizde çok merkezli ve geniş tabanlı popülasyonlar üzerinde yapılacak çalışmalar GBS epidemiyolojisi konusunda daha aydınlatıcı olacaktır.

Açıklamalar

Etik Komite Onayı: Çalışma, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (onay tarihi/numarası: 05.08.2018/48670771-514.10) tarafından onaylandı.

Hakemli: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Bildirilmemiştir.

Yazarlık Katkıları: Konsept – O.A.; Tasarım – O.A.; Kontrol – C.E.; Materyal – O.A., C.E., C.O., S.Ü.; Veri toplama ve/veya işleme – O.A.; Analiz ve/veya yorumlama – O.A.; Kaynak taraması – O.A., C.E.; Yazan – O.A.; Kritik revizyon – O.A., C.E., C.O., S.Ü.

Kaynaklar

1. Wijdicks EF, Klein CJ. Guillain-Barré Syndrome. *Mayo Clin Proc* 2017;92:467–79.
2. Chad DA. Disorders of nerve roots and plexuses. In: Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, Mardsen CD, editors. *Neurology in Clinical practice principles of diagnosis and management*. 3rd ed. Boston: Butterworth Heinemann; 2000. p. 2019–130.
3. McGrogan A, Madle GC, Seaman HE, de Vries CS. The epidemiology of Guillain-Barré syndrome worldwide. A systematic literature review. *Neuroepidemiology* 2009;32:150–63.
4. Doets AY, Verboon C, van den Berg B, Harbo T, Cornblath DR, Willison HJ, et al. Regional variation of Guillain-Barré syndrome. *Brain* 2018;141:2866–77.
5. Arcila-Londono X, Lewis RA. Guillain-Barré syndrome. *Semin Neurol* 2012;32:179–86.
6. Donofrio PD. Guillain-Barre syndrome. *Continuum (Minneapolis)* 2017;23:1295–9.
7. Hughes RA, Swan AV, van Koningsveld R, van Doorn PA. Corticosteroids for Guillain-Barré syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2006:CD001446.
8. Alsheklee A, Hussain Z, Sultan B, Katirji B. Guillain-Barré syndrome: incidence and mortality rates in US hospitals. *Neurology* 2008;70:1608–13.
9. Netto AB, Taly AB, Kulkarni GB, Uma Maheshwara Rao GS, Rao S. Complications in mechanically ventilated patients of Guillain-Barre syndrome and their prognostic value. *J Neurosci Rural Pract* 2017;8:68–73.
10. van den Berg B, Bunschoten C, van Doorn PA, Jacobs BC. Mortality in Guillain-Barre syndrome. *Neurology* 2013;80:1650–4.