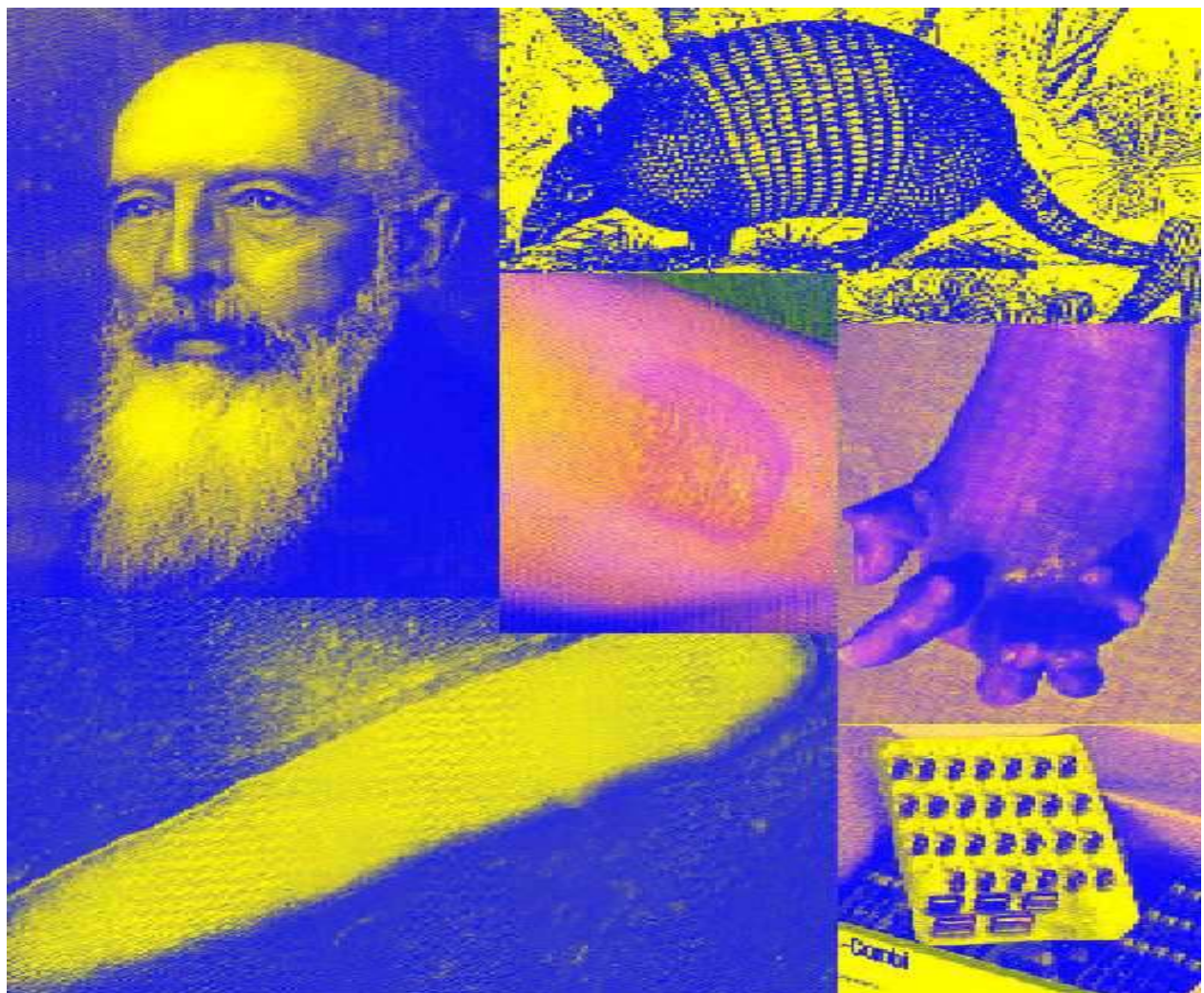




LEPRALI HASTAYA YAKLAŞIM VE LEPRADAN KUŞKULANILAN BİR KİŞİNİN MUAYENESİ

Giriş

Lepranın yarattığı enfeksiyon tablosu, hastalık yerleştikten sonra ortaya çıkan onlarca yakınma, belirti, bulgu ve sakatlıktan kaynaklanan işlev bozukluklarına karşın, başlangıç anında çok sessiz ve neredeyse belirtisizdir.

Oysa lepranın saptanabilecek en erken bulgularıyla saptanmasının büyük önemi vardır. Çünkü ancak böylelikle;

1. Hastalığın başkalarına bulaşması ve enfeksiyon zincirinin devamı söz konusu olur,
2. Olası geri dönüşümü olmayan sakatlıklar önlenabilir.

Bu nedenle hastaların **“gerçekten erken tanınması”**nın çok büyük önemi vardır.

Eğer yeni hastalığa yakalanmış kişinin çevresinde **“lepra hastalığını bilen bir kişi”**, örneğin başka ve eski bir hasta yoksa, hastalığı ilk ve erken bulgularıyla tanımak neredeyse olanaksızdır.

Bu ise, İstanbul’daki lepra merkezinde bir şekilde tedavi gören, bu merkezin yıllardır verdiği hizmetlerden yararlanan bilinçli hastalar dışında neredeyse tümüyle **“rastlantısal”**dır.

Oysa **“lepra hastalığını gerçekten iyi bilen bir hekim”** bilinçli bir yaklaşıma sahip olursa, hastalığı yeni başlamış lepralıları her zaman ve her durumda daha erken tanıyabilir.

Dolayısıyla **“leprayı tanıyabilecek kadar bilgi birikimi ve deneyime sahip olmak”** özellikle lepra hastalığının görüldüğü yörelerde görev yapan hekimler ve sağlıkçılar için hem hekimlik, hem de insani açıdan bir zorunluluktur.

Çünkü bu yapılmadığında, bu konumda olan hekimler ve sağlıkçılar açısından, kendileri farkında olmasalar da yukarıda belirttiğimiz, aslında önlenebilecek **“iki olumsuzluğa”** bilmediklerinden dolayı katkıda bulunmuş olacaktırlar.

Tüm bunlarla vurgulamak istediğim gerçek şudur:

“Lepralı hastaların bulunduğu yörelerdeki hekimler ve sağlıkçılar, bu ‘çağdışı hastalığın’ ortadan kaldırılması için üzerlerine düşen görevleri yerine getirmelidirler.”

Yapılması gereken lepra hastalığından etkilenme olasılığının söz konusu olduğu kişileri lepra açısından belirli aralıklarla kontrol ve muayene etmeleridir.

Herkes lepra olur mu?

Lepra hastalığı için iki koşulun bir arada bulunması gerekir. Hastalığı yapan “**basilin alınması**” ve bu kişinin “**hücresele immünitesinin**”(vücudun özel bağışıklık sistemi) lepra basiline karşı koyacak ve onu yenecek güçte olmaması.

İlk koşul ancak basil çıkaran bir hastanın varlığında mümkündür. Yani **lepra basili ancak bir hastadan diğer kişilere geçer.**

İkinci koşul ise öncelikle bu basile karşı genetik olarak kişiye aktarılan “**bağışıklık bilgisinin**” yokluğunu veya yetersizliğini gerektirir. Bu da insanlara kendinden önceki soylarından geçen bir özelliktir.

İnsanlığın büyük bölümünün “**hücresele immüniteleri**” lepra basiliyle tanıyıp yok edecek düzeydedir ve bu kişinin kendisine aktarılan “**doğal bağışıklığı**” olarak tanımlanır.

Bu özelliğe sahip olmayan kişiler, başka özellikleri gibi bunu da kendinden gelen soylara aktarırlar. Bunların bir bölümü de zaten hastalığı taşıyan kişilerdir.

Bugünkü bilgiler ışığında burada söz ettiğimiz bağışıklık halinin sonradan kazanılamadığı kabul edilmektedir. Bu güne kadar yapılan aşı çalışmaları bu bağışıklığın kazanılabileceğine dair yeterli kanıt ortaya koyamamıştır.

Diğer yandan hastalığı geçirmek de ne yazık ki vücutta bir bağışıklık durumu oluşturmaz. Başka bir deyişle bir lepralı hasta, hastalığı tedavi edilse de eğer vücuduna yeniden basil girecek olursa veya, vücudunda bulunan basiller kullanılan ilaçlara karşı direnç geliştirecek olurlarsa yeniden hastalanabilirler. Buna “**nüks**” ya da “**relaps**” denilmektedir.

Dolayısıyla lepralı hastalar kendi soylarından gelen kişilere bir de bu “**bağışık olmama halini**” de genetik yolla geçirebilirler.

Tüm bunlardan çıkan sonuç şudur: “**Her lepralı hastanın kendi soyundan gelen kişiler belirli aralıklarla lepra açısından muayene ve kontrol edilmelidir.**”

Lepralı bir hastanın erken tanısı ve tedavisi de ancak bu yolla mümkün olacaktır.

Bu noktada başta belirttiğimiz gibi “**lepra hastalığının bulunduğu yörelerde çalışan veya bulunan bir hekim ve sağlıkçıların**” lepralı hastalara nasıl ulaşabilecekleri en önemli soru ve çözülmesi gereken bir sorundur.

Bu sorunun birkaç yanıtı vardır:

1. Lepra “**sosyal bir hastalıktır**”; devletin koruma ve desteği söz konusu olduğu için buna ilişkin bir bildirim ve kayıt sistemi söz konusudur. Bu sistem gereğince illerde Sağlık Müdürlükleri bünyesinde bulunan “**Bulaşıcı Hastalıklar Şubeleri**”nin kayıtlarında bu hastalara ilişkin bilgi bulunmaktadır. Aynı bilgi halen mevcut olan “**Sağlık Ocağı**” sistemi gereği, hastaların yaşadığı yerlerden sorumlu olan sağlık ocaklarında da bulunmaktadır. Ayrıca İstanbul’da bulunan İstanbul Tıp Fakültesi bünyesindeki “**Lepra Araştırma ve Uygulama Merkezi**”nde de ülkemizdeki lepralıların 1950’li yıllardan beri tutulmuş kayıtları bulunmaktadır.

2. Lepralı hastaların büyük bölümünün, geç tanı ve yetersiz tedavi nedeniyle dışarıdan belli olacak düzeyde sakatlıkları vardır. Bir bölümü ileri derecede sakatlığı nedeniyle, zaten bazı tıbbi gereksinimleri yüzünden sağlık kurum ve kuruluşlarıyla yakın ilişki içindedir. Bu kişileri sık başvurdukları kurumlar tanır ve bilirler. Daha az sakatlığı olanlar ise dikkatli bakılınca veya sakatlıklarıyla ilgili olarak bilgi alındığı sırada eğer varsa leprayla ilişkileri ortaya çıkabilir. Dolayısıyla her hekim sakatlığı olan bir lepralı hastayı gördüğünde “**leprayı anımsamalıdır**”.

3. Lepralı hastalar, hastalıklarının sosyal ve toplumsal sorunlarını yoğun bir şekilde yaşadıkları için çevrelerindeki yakınlarının bunları yaşamaması için, onlarda fark ettikleri olabildiğince en küçük belirtide bir sağlık kurumuna ulaşp, o yakınlarını kontrol ettirmek isterler. Çoğunlukla bu kuşukular “**yersiz**” olsa da bu yolla başvuran hastalar da önemli bir bilgi kaynağıdır ve lepralı yeni hastaları bulmak için iyi bir yoldur.

4. Daha önce bir şekilde saptanmış ve bildirilmiş lepralı hastaların kontakları ve çevresindeki kişilerin ilk muayeneleri sırasında da yeni hastalara ulaşmak olasıdır.

5. Doğrudan lepralı saptamaya yönelik kitle taramaları sırasında da “**lepraya özgü muayene**” yapılabilir.

6. Herhangi bir lepralı hasta bağlantısı ve kontağı olmaksızın da gerek genel, gerek dermatolojik, gerekse nörolojik muayene sırasında saptanan bazı belirti ve bulgular da leprayı akla getirmeli ve bu yönden “**özel bir lepra muayenesi**” yapılmalıdır.

Bu belirti ve bulgular arasında en sık görülen bazıları şunlardır:

- a. Deri ve periferik sinir sisteminin her ikisinde “**birlikte ve aynı anda**” çeşitli yakınma, belirti ve bulguların olduğu durumlar,
- b. Travma, kaza, akut toksikasyon vb. herhangi bir somut, açık ve yakın neden olmadan ortaya çıkan ve yavaş seyreden bir periferik sinir işlev yitimi durumu,
- c. Deride ortaya çıkan çeşitli tiplerde ve birbirleriyle gelişim bakımından ilişkisi olmayan birden çok türde elemanter lezyonun olduğu ve genellikle “**sübjektif yakınma vermeyen**” (bazen yakınma yokluğunun ötesinde bu lezyonlar üzerinde ‘**yüzeysel duyu azalması veya tümenden kaybı**’ söz konusu olabilir.) ve uzun süredir bulunan (kalıcı); eritem, makül, papül, plak, nodül ve skar gibi çeşitli deri lezyonları
- d. Nedeni başka olaylara ve durumlara bağlansa bile daha önceden bulunmayan ancak sonradan ortaya çıkan, uzun süren, “**akıntısız bir burun tıkanıklığı**” ile sıklıkla buna eşlik eden, sızıntı şeklinde veya daha şiddetli seyredebilen “**burun kanamaları**” ile sıklıkla bununla birlikte ortaya çıkan ve kişinin yakın çevresindekilerin daha sık fark ettikleri ve söyledikleri “**burundan konuşma**” (rinolali) şeklinde ses değişikliği,
- e. Yüzün genel görünümünü “**ifadesiz**” bir yüz görünümünün alması ve buna eşlik eden, başta ve yüzde bulunan diğer tüyler ve kıllar dururken, özellikle kaşlarda saptanan, sıklıkla uçlardan başlayan dökülme ve/veya kaşların tümenden yokluğu.

Tüm bu nedenlerle ve yollarla ulaşılan ve “**lepradan kuşkulanılan**” hastaların muayenesi ise genel olarak “**klinik muayene yöntemleriyle**” gerçekleştirilir.

Muayene nasıl yapılmalıdır?

Hastanın muayenesi sırasında yapılmaya çalışması gereken; hastanın bulguları ve belirtileri üzerinden bir tanıya ulaşmak değil, “**lepranın tanılanması**” veya “**lepra hastalığının bulunmadığının**” ortaya kesin olarak konulmasıdır.

Yani muayene, kuşkulanılan kişinin “**lepra hastalığının doğrulanması veya yadsınması**” şeklinde gerçekleştirilmelidir.

Lepra kuşkulanılan bir kişinin muayenesi mutlaka şu aşamaları içermelidir:

1. Lepra hastalığının yakınma, bulgu ve belirtilerinin araştırıldığı **“lepraya özel öykü-anamnez”** alınması
2. Tüm vücudun **“gözle bakarak”** (inspeksiyon) muayenesi
3. Periferik sinirlerin kalınlaşıp kalınlaşmadığının **“elle muayenesi”** (sinir palpasyonu)
4. Periferik sinirlerin **“işlevlerinin muayenesi”** (Otonom, Duyu ve Motor İşlevlerin kontrolü)
5. Deri yayması
6. Yardımcı (destek) Yöntemler
7. Tanı konulması ve ayırıcı tanı yapılması

Leprada Öykü Alınması ve Dikkat Edilmesi Gerekli Noktalar

Lepranın yeterli bir öyküsü tanı koyma sürecinin aşağı yukarı **“yarısı”**nı oluşturduğu kabul edilir. Burada hastanın belirtilerini hastanın fark ettiği ya da anımsadığı kadarıyla değil, lepranın kliniğinde ortaya çıkma olasılığı olan tüm belirti ve bulguların araştırılması şeklinde olmalıdır.

Muayeneye başlarken hastanın kökeni, doğduğu ve yaşadığı yer, buralarda bulunduğu süreler, bu sırada herhangi bir lepralı hastayla yakın teması olup olmadığı veya bu yerlerde teması olmasa bile herhangi bir lepralı hastanın varlığı (bilebildiği kadarıyla) hastadan öğrenilmeye çalışılmalıdır.

Eğer böyle bir hasta (veya hastalar) varsa onlara ilişkin hastalıklarıyla ilgili bilgiler özellikle de tedavi görüp görmedikleri, halen kontrollerinin sürüp sürmediği araştırılmalıdır.

Muayene açısından öykü alınırken dikkat edilmesi gereken önemli olan noktalar şunlardır:

1. Hastanın bu tabloyla ilgili anımsadığı veya fark ettiği **“ilk yakınma”** nedir?
2. Bu yakınma **“ne zaman ortaya çıkmıştır?”** (Hastanın ve/veya çevresinin ilk fark ettiği zaman –bu her zaman belirtilerin çıktığı ilk zaman olmayabilir-)
3. Bunu **“nasıl fark edilmiştir”** veya **“kim neden fark etmiştir?”**
4. Bu belirtiden sonra **“muayene anına kadar ortaya çıkan diğer belirtiler”** nelerdir? Bunların kronolojik olarak zamanlaması ve süreçleri nasıldır? (Ortaya çıkma zamanları ve seyri içindeki gelişimleri nedir?)

Hastanın eğer varsa bu yakınmalarının saptanmasından sonra hastaya sırasıyla lepranın klinik seyri sırasında ortaya çıkabilecek; hastanın kendiliğinden fark edip anlatmadığı bazı yakınma, belirti ve bulgular mümkünse şu sırayla ve ayrı ayrı sorulmalıdır:

1. Burun tıkanıklığı, kanaması ve ses değişikliği olmuş mu, ne zaman, nasıl?

Bu sorunun olumlu yanıtlanması oldukça önemli bir **“kanıt”** sayılmalıdır. Borderline ve Lepromatöz hastalarda aşağı yukarı klinik belirtilerin başladığı dönemde ilk yakınma ve bulgu budur. Hasta çoğu zaman bunu yaşadığı bir başka olaya (kaza, travma, soğuk vb) bağlayabilir.

2. Yüz görünümünde değişiklik ve kaşların uçlardan başlayarak seyrelmesi, dökülmesi ve total yokluğu olmuş mu?

Bu da çok önemli bir başka kanıtı oluşturur. Bu bulgu Sifilizde de görülebilir. Ancak bu tabloda saçta ve diğer vücut kıllarında da dökülmeler olabilir.

3. Deride herhangi bir bölgede ortaya çıkan çeşitli tipte ve görüntüde deri lezyonlarının varlığı söz konusu mudur?

Bu lezyonlarla ilgili olarak şu bilgileri olabildiğince net bir şekilde almalı ve değerlendirmelidir.

- bulunduğu yerler vücudun hangi bölgelerindedir?
- dağılımları nasıldır? (Simetrik-asimetrik yerleşimli)
- lezyonun/lezyonların tipi (türü), büyüklüğü, rengi nedir?
- kenarlarının kabarık olup olmadığı,
- ortasının normal deri görünümü alıp almadığı (merkezi iyileşme),
- ülserleşip ülserleşmediği, üzerinde kabuk krut bulunup bulunmadığı
- ağrı, acı, yanma vb. herhangi bir yakınma verip vermediği,
- üzerinde duyu azalması veya kaybı bulunup bulunmadığı

mutlaka öğrenilmelidir.

Benzer özellikler eğer lezyonlar halen varsa gözle muayene sırasında da yeniden araştırılmalı ve mutlaka elle dokunarak anlamaya çalışmalıdır.

4. Periferik sinirleriyle ilgili yakınma ve bulguları da mutlaka sorulmalıdır. Bu konuda da şu noktalar mutlaka sorgulanmalıdır:

- **“parestezi”** (belirli bir bölgede nahoş his, karıncalanma, diken veya iğne batması, yanma, acıma, sızlama vb.) olup olmadığı varsa yeri, dağılımı,
- **“ağrı, sızı”** olup olmadığı varsa yerleri ve dağılımı,

(Bu konuda da hasta ile aynı terminolojiyi kullanmaya özen gösterilmelidir. Ağrı sözcüğü genel olarak yeri ve şiddeti belirlenebilir veya tanımlanabilir “ağrı” durumlarında kullanılmaktadır. Sızı ise daha çok ekstremitelerde görülen, yeri ve şiddeti tam olarak belirlenemeyen, ama paresteziden ve acıdan farklı olarak daha çok “ağrı”ya yakın durumlar için söz konusu edilmektedir. Örneğin sinir traselerine koşut olarak “sıvazlayarak işaret edilen” ağrı için “sızı” sözcüğü, işaret parmağıyla yeri ve sınırı belirlenerek ve üzeri vurgulanarak gösterilen ağrı için de “ağrı” sözcüğü daha çok kullanılmaktadır.)

- **“duyu azlığı veya yokluğu”** (hipoestezi-anestezi) olup olmadığı, varsa yeri ve dağılımı,
- **“herhangi bir fark edilmeyen yaralanma veya ülser-yara”** olup olmadığı, varsa yeri, dağılımı, nasıl iyileştiği,
- **“güç-kuvvet kaybı ve/veya felç hali”** olup olmadığı, varsa yeri, dağılımı, zamanı ve seyri,

5. Bu yakınma, bulgu ve belirtilerin ayrı ayrı araştırılmasından sonra, bunlarla ilgili olarak başvurduğu sağlık kuruluşları, onları muayene eden hekimlerin söyledikleri, tetkik için yaptıkları ve eğer herhangi bir tedavi varsa uyguladıkları bu tedavilere ilişkin bilgi alınmalıdır.

6. Ardından eğer hasta herhangi bir **“lepralı hasta kontağı”** olarak başvurmamışsa çevresinde bulunan lepralı (veya lepra kuşkusu olabilecek kişiler; bunlar özellikle sakatlıkları sorgulanarak öğrenilebilir) kişilerin varlığı öğrenilmelidir.

Burada unutulmaması gereken bir nokta da lepralı hastaların kendileri veya yakınlarıyla ilgili bilgi verme konusunda **“çekingen”** davranabilme olasılığıdır. Ayrıca leprayı (veya cüzamı) adıyla ve belirtileriyle bilemeyebilirler. Bu nedenle kontakla ilgili bilgi alınması sırasında olabildiğince dolaylı ve yandan sorularla bu bilgiler alınmaya çalışılmalıdır. Örneğin mevcut lepra hastanelerinin bulunduğu illerden söz edilerek hastalara bu illerde tedavi olan, çeşitli hastanelerde yatan yakınlarının olup olmadığı sorulabilir.

7. Hastanın öykü alma işlevi sona erdirilmeden önce, kendisiyle yaşıt veya daha küçük yaşta olan çevresindeki kişilerde de sorulan konulara benzer durumları olan kişilerin olup olmadığı sorulmalıdır. Bu da eş zamanlı hastalığı ortaya çıkmış yeni hastalara ulaşma olanağını sağlayacaktır.

Hastanın gözle bakarak muayene edilmesi (İnspeksiyon)

Gözle muayenede hem hastanın öykü verirken anlattıkları, hem hekimin lepranın klinik bulgularına dair bildikleri hiç birisi atlanmadan mutlaka araştırılmalıdır.

Bunu yaparken lepra hastalığının uzun seyirli bir hastalık olduğu akıldan çıkarılmamalıdır. Dolayısıyla zaman içindeki değişimler de düşünülerek gözle araştırma yapılmalıdır.

Bazen doğrudan belirtileri işaret eden bulguları gözle saptamak olasıdır. Ama çoğu zaman onların asılları, yani **“orijinal”** veya **“başlangıçtaki”** hallerini görmek olanaklı olmayabilir. O zaman kalan izler ve değişiklikler de mutlaka araştırılmalıdır.

Genel olarak **“gözle bakarak”** muayene; tüm deri hastalıklarının muayenesinde olduğu gibi;

- hastayı olabildiğince tümüyle soyarak,
- doğal ışığa yakın bir ışıkla yapılmış iyi bir şekilde aydınlatılmış bir ortamda,
- hastanın çekinmeyeceği; rahatsız olmayacağı bir mekan ve ortam içinde ve uygun koşullarda

gerçekleştirilmelidir.

Eğer hasta tersine bir talepte bulunmamışsa hekimin yanında bir hemşire veya yardımcı personel bulunmalı, aynı şekilde hastanın talebi varsa bir yakını veya yanında olmasını isteyeceği bir kişinin bulunmasına izin verilmelidir.

Hasta kendisi böyle bir talepte bulunmasa bile hastaya; eğer isterse bunun mümkün olduğu belirtilmelidir.

Hastanın hekimle aynı dili bilmemesi durumunda eğer yanında bir başka yakınının bulunmasını istemiyorsa, hastanın dilini konuşan, tercihen onunla aynı cinsten bir **“çevirmen”** hastayı göremeyecek ama sesini duyacak bir şekilde özel bir bölümde bulunmalı ve muayeneye yardımcı olmalıdır. Çünkü gözle muayene sırasında saptanan bazı bulgu ve belirtilerle ilgili olarak da hastaya çeşitli sorular sorulabilecektir.

Muayene saçlı deriden ayak tabanına kadar yukarıdan aşağıya, en genel ve dıştan değerlendirmeden, tek bir lezyon veya bulgunun ayrıntılı muayenesine kadar derinlemesine yapılmalıdır.

Öncelikle genel görünümüne bakılmalı, değerlendirilmeli ve kaydedilmelidir. Cildin rengi, derinin genel özellikleri, vücut bölümleri ve ekstremitelerin genel durum ve özellikleri bu sırada incelenmelidir.

Bundan sonra saçtan başlayarak her şey ayrıntılarıyla gözle bakılarak incelenmelidir. Bu sırada mevcut lezyonlar da yukarıda anlatıldığı nitelikleri ayrı ayrı araştırılarak muayene edilmelidir.

Yalnız **“aktif”** deri lezyonlarını araştırmak yeterli olmaz; ayrıca daha önceden ortaya çıkan lezyonların izleri de araştırılmalı ve varsa bunlara ilişkin bulgular kaydedilmelidir.

Leprada periferik sinirlerin tutulmasına ilişkin bulgu ve belirtileri gözle fark etmek ve saptamak mümkündür. Motor sinirlerin işlevlerini yitirmeleri halinde, **felçler**, hareketsizlikten kaynaklanan **kas erimeleri, çekilmeler, eklem sertleşmeleri, yani kontraktürler** ve kemik dokuda ortaya çıkan kayıplara bağlı olarak görülebilecek **deformiteler (mutilasyon ve uzuv/doku kayıpları)** oluşacaktır. Bunlar özellikle araştırılmalı ve kaydedilmelidir.

Duyu sinirlerinin işlev bozuklukları halinde ise etkilenen bölgelerde yineleyen travmalara ve olası kazalara bağlı izler veya bunlardan oluşan çeşitli deformiteler saptanabilir.

Otonom sinirlerin işlev kayıpları ise deri eklerinin çalışmamasına bağlı olarak gözle görülür bazı belirtiler verecektir. Bunların başlıcaları etkilenen bölgelerde vücut kıl ve tüylerinin dökülmesi ve derinin yağ ve ter bezlerinin çalışmamasına bağlı olarak ortaya çıkan **“kuruluk hali”** hatta bunun da ötesinde **“derinin çatlaması”** söz konusu olabilir. Bunlar da gözle görülerek saptanabilecek belirtiler arasındadır ve dikkatle araştırılmalıdır.

Periferik sinirlerin muayenesi

Lepra hastalığının tanısını koyarken **“periferik sinirlerin elle muayenesi(palpasyon)”** büyük önem taşır. Çünkü lepra basili, periferik sinirlerin çevresindeki **myelin** kılıfı oluşturan **Schwann Hücreleri’nin** içine yerleşir ve bir **“hücre-içi mikroorganizma”** olarak orada çoğalırken, dolaylı olarak bu hücrelerin şişmesine, dolayısıyla miyelinin ve palpasyon anında sinirin ele, olağan hale göre **“daha kalın”** gelmesine neden olur.

Aslında leprada sinir kalınlaşmasının iki farklı mekanizması vardır.

Bunlardan ilki yukarıda söz ettiğimiz durumdur. Bu basillerin daha çok olduğu Lepromatöz Lepra(LL), Borderline Lepromatöz(BL) Lepra ve kısmen de Mid-Borderline(BB) Lepra formlarında görülen sinir kalınlaşmasının mekanizmasıdır.

İkinci mekanizma ise, kişinin immün yanıtının bir sonucu olarak saptadığımız **“sinir içi ve çevresinde oluşan enflamasyon”**a bağlı kalınlaşmadır. Bunu da Borderline Tüberküloid(BT), Tüberküloid Leprada(TT) görmek olasıdır. Bazen Indeterminate Leprada(IL) da bir bulgu olarak ortaya çıkabilir.

Bunların dışında Borderline lepra formlarında; hastalığın klinik seyri sırasında veya tedavi dönemi tamamlandıktan birkaç yıl sonra görülen **“Lepranın Tip I Reaksiyonu (=Reversal Reaksiyon)”** sırasında da saptanabilen bir bulgudur.

Ayrıca çeşitli lepra formlarında hastalık geçtikten sonra da periferik sinirlerde ki kalınlaşmanın gelişen bir tür **fibrozis** nedeniyle kalıcı hale geldiği gözlenebilir.

Periferik sinirin elle muayenesi sırasında yalnız **“kalınlaşma”** değil, sinirin **“sertliği”** ve palpasyon sırasında ağrı oluşumu veya ağrının artıp artmadığı (**“duyarlık/ağrı”**) da klinik değerlendirme bakımından aktivasyon veya Tip I Reaksiyonu saptama açısından önemli olabilir.

Sinir palpasyonu kural olarak tutulması olası tüm periferik sinirlere yönelik olarak ve simetrik olarak (karşı tarafla kıyaslayarak) yapılmalıdır.

Periferik sinir palpasyonu konusunda **“kalınlığı ayırt edilmesi”** konusunda da kişinin kendisindeki aynı sinirin kalınlığı bir referans olabilir.

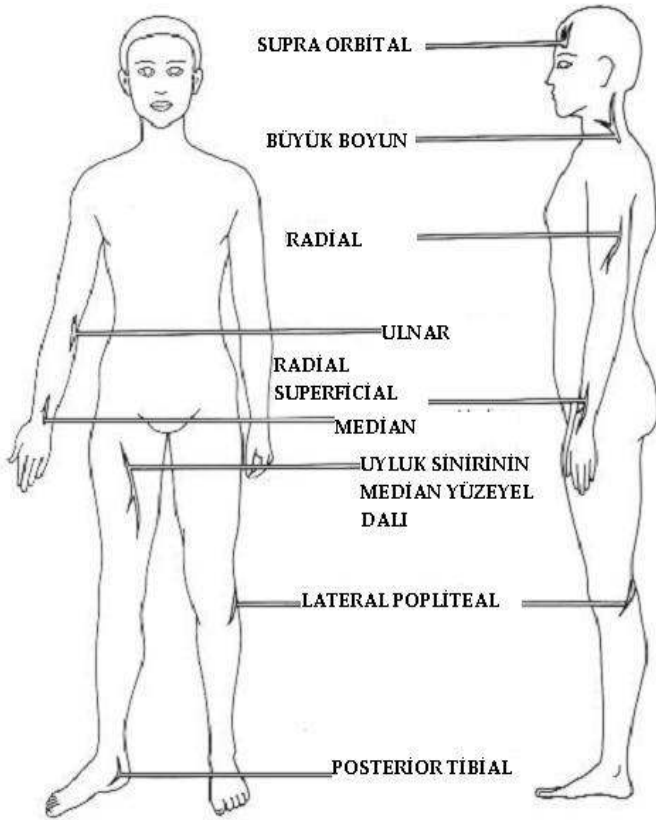
Ancak gerek tanıya yönelik, gerekse hastanın izlenmesi sırasında şu beş sinir mutlaka palpe edilmelidir.

1. Büyük Boyun Siniri (Nervus (N). Auricularis Magnus)
2. Ulnar sinir (N.Ulnaris)
3. Radyal sinirin yüzeysel (cutane) dalı (N. Radialis Superficialis)
4. Lateral Popliteal Sinir (N. Peronealis superficialis,)
5. N. Tibialis Posterior

Bu 5 sinir dışında klinik lezyonlar veya yakınların bulunduğu bölgelerin yüzeysel sinirleri de mutlaka kontrol edilmelidir.

Bu sinirlerin muayenelerini yapabilmek için anatomik yerlerini iyi bilmek ve palpasyona en uygun biçime getirerek muayeneyi tamamlamak gerekir.

Sinir palpasyonu periferik siniri tutan başka hastalıklarda anlamlı bir bulgu vermediği için **“normal nörolojik muayene”** sırasında uygulanmaz. Bu nedenle lepranın klinik muayenesine özgü bir muayene yöntemi olarak düşünülmektedir.



Sinirlerin yerleri ve palpasyonun yapılması

Büyük Boyun Siniri:

Bu sinir boyunda yer alan sternokleidomastoid kası çenenin köşesine doğru çaprazlayan bir sinirdir. Vena jugularis externa'nın biraz üst kısmında ve ona paralel olarak uzanır.

Çok zayıf kişilerde ince bir ip gibi bazen ele gelse de özellikle yüz lezyonu veya bulgusu olan ya da tutumumu olan hastalarda kalınlaşmış olarak saptanır.

Hastanın başı muayene edilen sinirin karşı tarafına doğru döndürülür ve biraz



yıkarak kaldırılarak söz konusu kasın gerilmesi sağlanır, sonra dokunarak vena jugularis externa hissedilir ve onun çeneye doğru 1-2 cm. kadar daha yukarısında kas 3-4 parmakla kasın uzun eksenine boyunca palpe edilir ve bu sırada parmakların bir eşik atlar gibi üzerinden geçtiği büyük boyun siniri hissedilmeye çalışılır. Bu siniri çok kalınlaşmış hastalarda bazen dokunmaya gerek kalmadan gözle de kalın olarak saptanabilir.

Ulnar Sinir:

En kolay muayene edilen sinirdir. Olekranon ile iç epikondil arasında kalan dirsek çukuru (Ulnar sulkus)'nun içinden geçen ulnar sinir, dirseğin biraz üzerinde en rahat olarak palpe edilir.



Ulnar sinir palpasyonu hastanın yüzüne dönük olarak yapılmalı ve sağ ulnar siniri sol elle, sol ulnar sinir de sağ elle muayene edilmelidir. Bu sırada hastanın dirseği doksan dereceden biraz daha geniş olarak bükülü olursa sinir daha rahat muayene edilecektir.

Muayene edilen işaret parmağı, iç epikondilin olekranon tarafındaki yüzünden başlayarak, çukurun içini geçip, olekranona varacak şekilde transvers olarak boşluğun tamamının yoklanması ve bu sırada sinirin dışarıda kalan kısmının hissedilmesi şeklinde yapılır.

Muayene sırasında sinire fazla bastırılırsa ağrılı bir işlem olabilir veya ulnar sinirin innervasyon bölgesinde “**parestezi**”ye yol açılabilir. Aktif lepralı hastalarda bu sırada ortaya çıkan ağrı çok daha şiddetli olabilir.

Radial Cutane Sinir:

Kolay palpe edilen bir sinirdir. Sağlıklı insanlarda da, yani sinir kalınlaşmadan da bu sinire elle dokunmak ve kalınlığını hissetmek kolaydır.

Palpasyon başparmağın gerisindeki anatomik enfiye çukuru denilen yerin kola doğru gerisindeki radius kemiğinin stiloid çıkıntısı üzerinde ve sanki nabız arar gibi 2-3 parmakla geniş bir şekilde bileğe, uzun eksenine paralel bir şekilde ama onu kavrayacak şekilde dıştan içe veya içten dışa doğru yapılır.



Serbest bir sinir olduğu için parmağın hareketiyle yer değiştirebilir ve bu hareket sırasında sinirin kalınlığı algılanır.

Lateral Popliteal (peroneal superfisyal) Sinir:

Bu sinir de hasta otururken en rahat muayene edilen bir sinirdir. Önce hastanın dizinin en dış (lateral) tarafında sert bir tümsek şeklinde bulunan “fibula” kemiğinin başı bulunur.

Sonra işaret parmağıyla veya hem işaret, hem de orta parmakla, fibula başı arka alt bölümünden ön-üst bölümüne doğru transvers bir şekilde yoklanarak bu sinir palpe edilmeye çalışılır.

Fazla bastırıldığında dizaltı bölgede, dizin yanından ayağın üst yüzünün ön bölümüne doğru yayılan bir parestezi hissedilebilir.

Posterior Tibial Sinir:

Bu da ayak bileğinde palpe edilen bir sinirdir. Söz konusu sinir bacağın iç yüzündedir. Ayağın gerisinden yukarı doğru uzanan aşil tendonuna paralel bir şekilde aşağıya doğru iner. İç malleolü ayağa doğru döner ve ayağın uzun (longitudinal) kavsine dönerek burada ön ve arka diye iki ayrı dala ayrılır.

Palpasyon iç malleole, topuk arasındaki boşlukta derin olarak yapılır. Hastanın bu sırada ayağı içe doğru döndürmesi (eversiyon) ve bu bölgedeki fasyanın daha gevşek bir hale getirilmesi muayeneye yardımcı olacaktır.

Sinir biraz derinden geçtiği için palpasyonu kolay olmayabilir. Genellikle kalınlaşmış sinirlerde bu bölgenin nisbeten dar olması nedeniyle sürekli bir sıkışıklık halinden kaynaklanan duyarlık artışı vardır ve palpasyon sırasında sıkışıklığın artmasından kaynaklanan ağrı sinirin kalınlaştığına kanıt olarak gösterilebilir.

Her lepra kuşkusu olan hastada bu beş sinir mutlaka simetrik olarak elle muayene edilmeli ve kalınlıkları ya tahmini ölçüm olarak veya bazı benzetmelerle (ip, sicim, kurşun kalem vb.) yapılabilir.

Başta da belirttiğimiz gibi kıyaslama başka bir kişinin sinirine göre de (örneğin muayene eden kişinin) kıyaslamayla belirtilebilir. Benimkinden (normalden) “daha kalın” şeklinde bir ifade tanı için yararlı olacaktır.

Periferik sinirlerin işlevlerinin muayenesi

Periferik sinirin işlevlerinin muayenesi, eğer bu işlevlerde bir eksiklik veya yokluk (fonksiyon dışılık) saptandığında çok önemli olacaktır.

Periferik sinirlerin kalınlığı lepranın tanısı bakımından önemlidir. Ancak daha önce bu muayeneyi yapmamış kişiler yaptıkları palpasyondan ve sinirin gerçekten kalın olup olmadığından emin olamayabilirler. Bu durumda sinirin işlevlerinin muayenesi daha “**nesnel**” bulgular elde etmeyi sağladığı için, muayene eden açısından daha sağlam bir kanıt olacaktır.

Ancak lepranın erken evrelerinde bu işlev bozukluklarının henüz ortaya çıkmamış olabileceği de unutulmamalıdır.

Periferik sinirlerin içinde 3 farklı tipte ve dolayısıyla 3 farklı işlevi yerine getiren sinirler bulunmaktadır.

Otonom sinirlerin işlevi deri eklerinin çalışmasıyla ilgilidir. Kılırların varlığı, yokluğu, derinin ter ve yağ bezlerinin yeterli çalışıp çalışmadığı ve derinin kuruluk ve sertliğinden yola çıkarak bu tip sinirlerin işlevleri değerlendirilebilir.

Periferik sinirlerin muayenesinde asıl değerlendirilmesi gerekenler “**yüzeyel duyu muayenesi**” ve “**motor/hareket işlevini**” ortaya koyan “**kas gücü değerlendirmesi**”dir.

Yüzeyel duyu muayenesi:

Leprada periferik duyu sinirleri işlevlerini yitirdiğinde yüzeyel duyunun azaldığı (**hipostezi**) veya tümünden kaybolduğu (**anestezi**) saptanır.

Bunun iki nedeni vardır. İlki; Schwann hücrelerinin içinde çoğalan basili taşıyamaz hale gelince parçalanması, dolayısıyla peiferik sinirde bir myelin yıkımının olması ve buna bağlı olarak da aksonun o bölgeden aşağıya doğru işlevlerinin ortadan kaybolmasıdır. Bu tür duyu kaybı **“dönüşümsüz/kalıcı”** bir bulgudur.

İkinci neden ise daha önce söz ettiğimiz gibi az da olsa bulunan immünite nedeniyle basilin bulunduğu yerde oluşan **“enflamasyonun”** sinirin aksonunun iletisini sanki bir tuzak nöropatisi yaratır gibi kesmesidir. Bu durumda hastanın lepra tedavisi yanında, bu tür bir enflamasyonu baskılayacak tedavi de erken dönemde başlanırsa, duyu kaybı ortadan kalkabilir ve duyu algısı yeniden başlayabilir.

Yüzeyel duyu muayenesi lepranın olası klinik formuna göre etkilenmesi olası alanlarda yapılmalıdır. Bu alanlar tüberküloid lepra tarafında deri lezyonlarıdır ve duyu kontrolü bu lezyonların üzerinde yapılmalıdır. Benzer biçimde tutulan sinirlerin yani palpasyonla yapılan muayenede **“kalın bulunan”** sinirlerin innervasyon alanlarında yapılır.

Lepromatöz ve Borderline Lepromatöz leprada eş zamanlı olarak çok sayıda periferik sinir tutulumu söz konusu olacağından, yüzeyel duyu kaybı da **“eldiven/çorap”** şeklinde bir seviye belirtir şekilde olacaktır.

Yüzeyel duyu dokunma ve ısı duyusunun algılanmasının araştırılmasıyla yapılır. Dokunma duyusunun gösterilmesi için **“pamuk”** veya kalınlığı özel olarak belirlenmiş **“nylon filamentler”** kullanılır.



Muayene yapılırken mutlaka muayene edilecek kişiye ne yapılacağı iyice anlatılmalı ve yüzeyel duyusunun mevcut olduğunun bilindiği bir bölgede hastaya duyu ve onun algılaması gösterilerek başlanmalıdır.

Muayene sırasında pamukla veya filamentle hastanın derisine dokunulur ve hastanın gözleri kapalı olarak, eliyle veya parmağıyla dokunulan yeri işaret etmesi istenir. Kişi dokunulan yerin yaklaşık 3 cm. çevresinde bir yeri işaret ederse yüzeyel duyu algısının olduğu kabul edilir. Eğer bu işaret etmeyi hiç başaramazsa yüzeyel duyu algısının olmadığı kabul edilir.

Muayene edilen kişi dokunmayı hissettiğini sözle belirtir ama yerini işaret edemezse bu defa da **“duyu azalması/hipoestezi”** olduğu düşünülmelidir.

Yüzeyel dokunma duyusunun azaldığı durumda **“yüzeyel ısı algısı/duyusu”** genellikle ortadan kalkmıştır. Bunu ortaya koymak için de bir tüpe sıcak, bir tüpe soğuk su koyarak muayene yinelenmelidir. Bu muayene sırasında hasta gözü kapalıyken derisine dokundurulan

tüplerin hangisinin sıcak, hangisinin soğuk olduğunu söyleyebilmelidir. **“Doğru yanıt”**ların verilmemesi yine ısı dolayısıyla yüzeysel duyunun yokluğu şeklinde değerlendirmeye olanak tanıyacaktır.

Muayene edilen kişi yöntemi ve ne yapılmaya çalışıldığını anladıktan sonra lepradan etkilenme kuşkusu bulunan sinirlerin innervasyon alanları kontrol edilerek asıl muayeneye geçilir.

Tüberküloid ve Borderline Tüberküloid leprada eğer plak şeklinde sınırları net olarak belirlenebilen bir deri lezyonu varsa, bu lezyonun iç kısmında kesin olarak yüzeysel duyu yokluğu sağtanacaktır.

Bu bulgu, yani lezyonun sınırıyla sınırlı alanda, başka bir deyişle deri lezyonu üzerinde saptanan duyu kusuru bu tip lepra için **“kesin tanı koydurucu (patognomik)”** bir bulgudur.

Indetermine lepranın **“hipopigmente maküller”**inde de duyu kaybı saptanırsa bu da tanı koydurucu bir bulgudur.

Lepromatöz tarafta özellikle ekstremitelerde, hastalığın kinik belirtilerinin yeni başladığı dönemde kısa bir süre lezyonların üzerlerinde veya çevrelerinde **“geçici”** bir duyu kaybı olabilir. Bu tip lepralılarda eldiven çorap şeklindeki duyu kaybı hastalık başladıktan yıllar sonra miyelin yıkımı tam olarak yerleştiğinde **“dönüşümsüz/kalıcı”** bir şekilde tam olarak saptanacaktır.

Motor işlevlerin muayenesi

Lepra bir **“kas hastalığı”** değildir. Dolayısıyla mikrobun doğrudan etkilemesiyle kaslarda bir kayıp ve atrofi oluşmaz. Ancak leprada herhangi bir motor sinir lifinin işlevsiz olması, onun aracılığıyla motor emirlerin gittiği ve hareketin sağlandığı; yani o sinirin çalıştırdığı kaslarda **“atalet(hareketsizlik/kullanılmama) atrofisine”** yol açar.

Dolayısıyla etkilenme olasılığı olan kasların kas güçlerini kontrol ederek veya o kasların kasılmasıyla ortaya çıkacak olan hareketi izleyerek motor sinirlerin etkilenip etkilenmediği ortaya konulabilir.

Bu amaçla etkilenme olasılığı olan sinirlere yönelik olarak hastaya istemli olarak belirli hareketleri yapması istenir. Bu hareketlerin yapılması halinde ise ilgili kasların güçleri o harekete karşı hareket uygulanarak ölçülmeye çalışılır. Kas gücü değerlendirmesinde nörolojik veya ortopedik olarak kullanılan kas gücü ölçeği kullanılır ve “5” üzerinden yapılır.

Buna göre;

- “5/5” tam kas gücünü yani karşıt dirence tam karşı koymayı,
- “4/5” tama yakın kas gücünü yani karşıt direncin miktarına bağlı olarak hareketin gerçekleşebilmesini,
- “3/5” direnç uygulanmadığı koşulda hareket olmakla birlikte, karşıt kuvvetli direnç uygulandığında hareketin gerçekleşmemesini,
- “2/5” zayıf bir dirençle bile hareketin gerçekleşmemesi halini,
- “1/5” istemli hareketin yapılması durumunda kas tonusunda bir artışın olduğu ancak bu motor iletinin harekete yol açamaması halini,
- “0/5” ise hiçbir koşulda kas tonüsünün ortaya çıkmadığı ve felç halinin değişmediği tam hareketsizlik durumunu gösterir.

Bu amaçla kontrol edilen kaslar ve o kaslarla ilgili hareketler şunlardır.

1. Fasial sinirin üst dalının innerve ettiği göz kapağı kasları göz kapakları istemli olarak kapatılıp, göz kapakları açılmaya çalışılarak yapılır. Bunun için muayene edilen kişiye gözlerini sıkıca kapatması söylenir. Eğer kapatma eylemine karşın göz kapakları arasında bir açıklık kalıyorsa burada bir motor işlev bozukluğunun olduğu söylenebilir. Ancak göz kapakları kapandıktan sonra göz kapakları aşağı ve yukarı çekilerek küçük bir direnç uygulamasıyla göz kapaklarını açmak mümkün olabiliyorsa bu defa da motor güçsüzlükten söz edilebilir. Söz konusu güçsüzlük yukarıda belirtilen ölçeğe göre derecelendirilir.



2. Ulnar sinirin motor innervasyonu elin dış yüzündeki **“hipothenar”** kasların hareketiyle kontrol edilir. Bu kasın hareketiyle küçük parmak dışa doğru elden uzaklaşır (abduksiyon hareketi) Muayene sırasında küçük parmağa el açık ve gergin durumdayken abduksiyon hareketi yaptırılır ve parmağın proksimal falanksının dibinden diğer elin işaret parmağıyla dik olarak karşı direnç uygulamak suretiyle muayene gerçekleştirilir ve kas gücü için de yukarıda belirtilen ölçek kullanılır.
3. Median sinirin motor innervasyonu thenar kasların kasılmasıyla ortaya çıkan baş parmağın küçük parmağa doğru bükülerek yaklaştırılması suretiyle kontrol edilir. Bu sırada parmağın distal ekleminde hareket olmamalı, yani distal falanksla proksimal ikinci falanks dik durumda olmalıdır. Değerlendirme yine aynı ölçekle “5” üzerinden yapılır.



*Kas Zayıflığı
hareketi güçleştirir
ve bir muayene
bulgusudur.*

4. Elin dorsal ekstansiyonu yani elin bilekten yukarı doğru kalkmasını radial sinirin innervasyonu sağlar. Elin bu hareketi ile söz konusu motor sinirin işlevi aynı kas gücü ölçeğiyle değerlendirilir.
5. Ayağın dorsal (yukarı doğru) ekstansiyonunu da posterior tibial sinir sağlar. Bu da aynı şekilde kontrol edilir.



Sonuç ve klinik değerlendirme

Son muayene olarak periferik sinirlerin motor işlevlerinin değerlendirilmesinden sonra saptanan tüm yakınma, belirti ve muayene bulguları birlikte değerlendirilir. Öncelikle

bunların **“lepraya ait olup olamayacağı”** konusunda bir yargıya varılır ve sonuç ortaya konulur.

Eğer bunların **“leprayla ilişkisi olduğu kabul edilirse”** o zaman da **“lepra formlarından hangisine ait olabileceği”** sorusuna yanıt vermeye çalışılır.

Burada olası klinik formun belirlemesine göre de, laboratuvar yöntemlerinden yararlanılarak tanıyı destekleyici veya doğrulayıcı işlemler yapılır.

Laboratuvar İncelemeleri

Hasta eğer **“lepromatöz tarafta”**(MB=Multibasiler) ve mevcut bulguları itibariyle **“aktif durumda”** ise hastanın periferinden yapılacak yaymalarda (deri smirleri) lepra basili saptanması olasıdır. Bu durumda da hastaya deri yayması yapılmak üzere basil kontrolü istenmelidir.



Eğer hastanın mevcut tablosu lepromatöz tarafa değil de **“tüberküloid taraf”** (PB=Pausibasiler) a uyuyorsa (yani asimetrik ve lokal bir yerleşim söz konusu ise) o zaman da öncelikle patognomik bulgular bir daha gözden geçirilir.



Bunlarla tanı koymak olanaklı değilse, o zaman ya **“mevcut deri lezyonlarından histopatolojik inceleme”** yapılmalı, özel **“tüberküloid granülomatöz”** histolojik yapı ortaya konulmalı ya da yine histopatolojik doku keistlerine lepra basiliinin varlığını saptamaya yönelik özel boyama (Modifiye Ziehl Nielsen Boyama /Fite-Faraco Yöntemi) ile kesite denk gelen sinirlerin çevrelerinde az da olsa lepra basillerinin varlığı araştırılmalıdır.



Lepralı hastanın **“hücrel immünitesini”** kontrol için yapılan **“Lepromin testi”** klinik tanıyı, yani lepra tipini doğrulamak amacıyla kullanılabilir. Ancak bu lepromatöz tarafta görülen **“negatif”** sonuç, yani **“cevapsızlık hali”** varsa anlamlıdır. Çünkü sağlıklı kişilerdeki **“pozitif”** yanıtla, tüberküloid tarafta görülen **“pozitif”** yanıtı ayırtmek olanaklı değildir.

Leprayı Doğrulama veya Reddetme, Ayırıcı Tanı

Lepralı bir hastanın muayenesi ve tanısının konulması sürecinde ayırıcı tanıya girecek diğer hastalıklarla ilgili araştırmalar da yapılmalıdır. Ama bunları yapmadan önce mevcut saptanan belirti ve bulguların **“leprayla ilgisinin olamayacağı”** kanaati kesin olarak ortaya konulmalıdır.

Çünkü bir lepralıya **“lepralı”** derken de, lepralı olmayana da **“senin hastalığın lepra değil”** derken de **“en az iki kere düşünölmeli ve tüm saptanan özellikle yeniden ve birlikte gözden geçirilmeli”**dir.

En iyisi kuşkuyu belirli bir noktaya kadar getirip doğrulamayı bir merkeze yönlendirerek yapmak olmalıdır.

Mustafa SÜTLAŞ

2007