

Parkinson Hastalığı Alanında 32 Yıl Deneyimli Öğretim Üyesi Bir Nöroloğun Kendi Parkinson Öyküsü

The Parkinson's Story of a Neurologist with 32 years Experience on Parkinson's Disease

Sibel ÖZEKMEKÇİ 

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi (Emekli), İstanbul, Türkiye

ÖZ

Elli yıllık çalışma hayatımın son 32 yılı boyunca sayısız Parkinson hastası izlemiş bir nörolog olarak, iki yıl süreyle sağ elimin baş parmağındaki nadiren ortaya çıkan hafif istemsiz "atmaları" Parkinson hastalığı (PH) tremoruna benzetmeme rağmen, bu tanıyı kendime konduktan kaçınılmışım. Ancak, bu istemsiz kasılmalar sürekli hale geldiğinde; tipik PH'daki istirahat tremoru özelliğinde olması, dopaminerjik ilaçların olumlu etkisi, levodopaya bağlı diskinezilerin gelişmesi ve diğer non-motor belirtileri birlikte değerlendirdiğimde, PH tanımın kesin olduğu çıktı. Bu durum bende doğal olarak kaygı yaratmıştı ve bir buçuk yıl

boyunca birkaç yakınım dışında tanıyı herkesten gizlemiştim. Ancak psikiyatrist bir arkadaşımın telkinleri sayesinde hastalığımı yakınlarımla paylaşabildiğimde, taşıdığım yükün görece azaldığını ve bunun sonucunda ruhsal olarak rahatladığımı hissettim. Halen nispeten düşük dozda aldığım ilaçla günlük aktivitelerimi bağımsız olarak sürdürebiliyorum ve görünürde PH bulgularım dikkati çekmiyor.

Anahtar Sözcükler: Diskinezi, dopaminerjik ilaçlar, motor belirtiler, non-motor belirtiler, Parkinson hastalığı, tremor

ABSTRACT

As a neurologist who has followed up countless Parkinson's patients over the last 32 years of my fifty-year career; I denied diagnosing myself with Parkinson's disease (PD), although the seldom mild involuntary "twitches" that occurred in the thumb of my right hand over a two-year period, resembled Parkinson's disease tremor. However, when these involuntary contractions became persistent; considering its similarity to characteristic resting tremor in typical PD, the positive effect of dopaminergic medications, the development of levodopa-induced dyskinesias and other non-motor symptoms, it was clear that the PD diagnosis was accurate. This situation naturally caused me anxiety, and

for a year and a half, I kept my diagnosis hidden from everyone except a few close relatives. However, with the encouragement of a psychiatrist friend, when I was able to share my condition with my loved ones, I felt a relative reduction in the burden I was carrying and consequently experienced emotional relief. I am still able to carry out my daily activities independently with a rather low dose of medication, and my PD symptoms do not attract noticeable attention.

Keywords: Dopaminergic drugs, dyskinesia, motor symptoms, non-motor symptoms, Parkinson's disease, tremor

Cite this article as: Özekmekçi S. Parkinson Hastalığı Alanında 32 Yıl Deneyimli Öğretim Üyesi Bir Nöroloğun Kendi Parkinson Öyküsü. Arch Neuropsychiatry 2024; 61:175–179.

GİRİŞ

Parkinson hastalığı (PH) ve diğer hareket bozuklukları konusunda yıllarca çalışmış bir nörolog olarak, çok hafif semptomlarla başlayan Parkinson hastalığının tanısını kendim koydum, ve hem bir hasta ve hem de bir uzman olarak bu süreçteki gözlemlerimi ve yaşadıklarımı yazıya dökmeye karar verdim.

Bu derlemede; kısaca eğitim hayatımı, Parkinson hastalığı alanındaki çalışmalarımı, Parkinson hastalığının kendimde ortaya çıkan ilk semptomlarını ve seyrini, hastalığın motor ve non-motor belirtilerini anlatırken; bir yandan da hastalığın fark etme, kabullenme ve içselleştirme süreçlerindeki psikolojik etkilerine değinmek istedim.

Öğrencilik ve Meslek Hayatım

Tıp Fakültesi eğitimimi İ. Ü. İstanbul Tıp Fakültesi'nde tamamladım. Asistanlığımı İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı'nda yaptım. Prof. Dr. Hayrünnisa Denктаş hocamız 1989 yılında, kliniğimizde

öğretim üyesi olarak sayımızın çok olmasından dolayı, bizi nörolojik hastalıkların alt gruplarında çalışmaya teşvik etmişti. O zaman doçenttim ve uzman olan Dr. Güneş Kızıltan ile birlikte "Parkinson Hastalığı ve Hareket Bozuklukları" grubunu kurarak özel poliklinikte hastaları görmeye başladık. Takip eden yıllarda Cerrahpaşa'da "Parkinson Hastalığı Derneği"ni kurduk. Derneğimize konuyla ilgilenen uzman nörologlar, bazı Parkinson hastaları ve yakınları üye olmuştu. Zamanla, kliniğimizde PH grubumuzda yer alan genç öğretim üyelerinin de sayısı artmıştı. Yılda birkaç kez yaptığımız toplantılarda, İstanbul Tıp Fakültesi'nde konuyla ilgili nörolog ve fizyoterapist arkadaşlarımızla birlikte, hasta ve yakınlarına Parkinson hastalığının güncel tıbbi bilgilerini aktarıyorduk. Keza, hastalarımız için bilgilendirme amaçlı bir el kitabı ve broşürler hazırlamıştık. Söz konusu el kitabını düzenli olarak güncelleyerek bir kaç yıl içerisinde beş baskısını yayımladık. Ek olarak, 1998 yılından itibaren yılda iki kez yayımladığımız "Parkinson Hastalığı ve Hareket Bozuklukları" adlı bilimsel dergide, meslektaşlarımızın PH ve diğer hareket bozuklukları

Öne Çıkan Noktalar

- PH'de ilk motor semptom bir parmakta aralıklı ortaya çıkan 2-3 atımlık tremor olabilir.
- Sinsi başlayan PH'nin erken döneminde tanı koymak mümkün olmayabilir.
- PH'de non-motor semptomlar, motor semptomlardan yıllarca önce ortaya çıkabilir.
- PH tanısı konulan hastalarda ilk zamanlarda belirgin kaygı ortaya çıkmaktadır.

konularındaki bilimsel çalışmaları yer alıyordu. Ayrıca, Cerrahpaşa'da konuyla ilgili meslektaşlarım ve klinik içi rotasyonlarda beraber çalıştığımız asistanlarımız ile yurt içi ve yurt dışı hakemli dergilerde çeşitli bilimsel yayınlarımız oldu.

1991 yılında altı ay ABD'de Minnesota, Rochester'daki Mayo Clinic'te hareket bozuklukları ve demans konularında uzman olan öğretim üyesi nörologlarla beraber çalıştım. Mayo Clinic'te birlikte çalıştığım öğretim üyelerini 1993 ve 1997 yıllarında İstanbul'a davet ederek PH ve hareket bozuklukları konularında iki sempozyum düzenledik.

İzleyen yıllarda farklı şehirlerde konuyla ilgilenen arkadaşlarımızın da katılımıyla "Parkinson Hastalığı Çalışma Grubu"nu (PHCG) oluşturduk ve nöroloji kongrelerinde güncel sunumları paylaşmaya başladık. Yurt dışında hareket bozuklukları konularında yapılan kongrelere sıklıkla katılım sağlıyorduk. Günümüzde PHCG çatısı altında, farklı şehirlerdeki kliniklerde çalışan çok sayıda nörolog arkadaşlarımızın da katılımıyla beraber sayımız oldukça artmış durumda.

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden 1 Kasım 2010 tarihinde kendi isteğimle emekli oldum ve özel bir tıp merkezinde yarı zamanlı olarak çalışmaya başladım. Üç yıl sonra daha kurumsal olan başka bir tıp merkezine geçtim ve sekiz yıl daha çalıştım. Orada da sıklıkla Parkinson hastalarını, seyrek olarak diğer hareket bozukluğu olanları görüyordum. Bu kurumdaki son bir buçuk yılda Parkinson hastalığı tanımı koymuştum ve ilaç kullanıyordum, fakat buradaki hekim arkadaşlarıma hastalığımın hiç söz etmedim. İlacımı düzenli kullandığım halde el yazım bozulmaya başlayınca hasta dosyalarını doldurmakta zorlandığımı fark ettim ve 1 Mart 2022'de işten ayrılmaya karar verdim. Asistanlığım ve öğretim üyeliğim de dâhil olmak üzere, nörolog olarak toplam 50 yıl süren bir çalışma hayatımın olduğunu, İstanbul Tabip Odası'nın yolladığı 14 Mart 2022 tarihli 50. çalışma yılımı kutlayan plaket kanıtlamıştı.

Parkinson Hastalığının Tanı Süreci ve Seyri

Bu bölümde Parkinson hastalığının gelişim sürecini ayrıntılı olarak kronolojik olarak aktarmaya çalışacağım. Bu nedenle doğum tarihimin 05/02/1948 olduğunu, yani 75 yaşında olduğumu belirtmem uygun olacaktır. Öncelikle öz geçmiş, soy geçmiş hikâyelerimden ve kullandığım ilaçlardan kısaca bahsetmek isterim. Sezaryen ameliyatı (06/1986) ve sol dizimden iki kez menisküs ameliyatı (2009 ve 2011) geçirmiştım. Yaklaşık 25 yıldır hipotiroidi (Hashimoto) hastalığım için levotiroksin tb. 75 mg 1x1 ve 2012'den beri tip II diyabet hastalığım için metformin tb. 1000 mg 2x1 kullanıyorum.

Ailemde veya yakın akrabalarımın Parkinson hastası olmadığı gibi, annemle babam arasında akrabalık da yoktu. Annem 65 yaşında miyokard enfarktüsü sonucu, babam 92 yaşında akciğer kanseri sonucu öldü. Hashimoto hastalığı ve tip II diyabeti olan ağabeyimi 67 yaşındayken serebral iskemik inme sebebiyle kaybettim.



Şekil 1. Fotoğrafımda hafif sağ hemihipomimi görülüyor.

70-72 yaş: Sağ elimin baş parmağında yılda yaklaşık 10 kez 2-3 atımlık tremor benzeri istemsiz kasılmalar olmuştu ve bazısında PH olabileceğinden şüphelendiğim halde, kasılmaların sürekli olmaması ve doğal olarak kendime bu tanıyı koymaktan çekinmem sebebiyle, parmağımı fazla yormuş olabileceğimi ve tremor olmadığını varsaymak işime gelmişti.

70 yaş: Tesadüfen gördüğüm bir plastik cerrah arkadaşım ağzımın sağ alt kısmının aşağı doğru kaymış olduğunu söylemişti. O zaman üzerinde durmadım, ancak tanıdan sonra o dönem çekilmiş olan fotoğraflarıma baktığımda, Parkinson hastalığı sağ taraftan başlayan hastalardaki sağ hemihipomiminin, bende de -hafif de olsa- var olduğunu fark ettim (1) (Şekil 1).

71 yaş: Uzun yürüyüşlerde sağ bacağımanın ön femur bölgesinde ağrı oluyordu ve nedenini anlayamadım.

72 yaş (07/2020): Bir gün az dalgalı bir denize kıydan girerken, deniz seviyesi henüz ayak bileğimle dizimin arasındayken düştüm, ancak hemen yardımsız doğrulabildim. O zaman bu düşmenin nedenini anlayamadım. Yine o sıralarda evde yürürken öne çok eğildiğimi ve çocukluğumdan beri var olan hafif kamburumun arttığını fark ettim ama nedenini bilmiyordum.

72 yaş (11/2020): Bir gün sağ elimin baş parmağında sürekli istirahat tremoru başlayınca tanının PH olduğunu anladım. Tremor parmakta fleksiyon ve ekstansiyon şeklinde olup, frekansı PH ile uyumlu olarak 4-6 Hz idi. Nitekim, PH tanısı sıklıkla klinik semptomlara dayanarak konmaktadır ve hastaların yaklaşık %70'inde tremor ile başladığı bilinir (2-5). Bir kaç gün sonra bu kez sol elimin işaret parmağında da yaklaşık 10 atımlık istirahat tremoru oldu, fakat bir daha tekrarlamadı. Böylece, hastalığının Hoehn-Yahr 2. Evresinde olduğunu anladım (6). Parmağımın aralıklı-kısa tremorun ortaya çıktığı ve tanı koyamadığım o iki yıllık dönemde, hastalığın Hoehn-Yahr 1. Evresinde olduğunu düşündüm. Klinik deneyimlerime göre, birçok hastanın tek parmağında tremor başladığı dönemde hekime başvurmadıklarını, ancak hastalık ilerleyip semptomlar daha belirgin olduğunda tanı aldıklarını oldukça sık gözlemlemiştim. Konuyla ilgili bir uzman olarak, semptomlar daha fazla ilerlemeden önce tanı koyabilmişim.

Parkinson hastalığı tanımı, PHCG grubumuzdan Prof. Dr. Bülent Elibol'a telefonla danıştığımda piribedil tb. 50 mg 2x1/2 ile birlikte bir hafta süreyle domperidon tb. 2x1 almamı önerdi. İlaçla tremor tamamen geçti. Ancak olası kardiyak yan etkileri nedeniyle uzun süreli kullanımı önerilmeyen domperidonu bir hafta sonra kestığımda çok fazla kusma olunca piribedili kesmek zorunda kaldım. Olasılıkla kronik gastritimden

dolayı ilacı tolere edememiştim. Piribedil özellikle tremoru olan hastalarımıza sık önerdiğimiz bir ilaçtır, fakat bazı hastalarımızın da gastrik yan etkilerinden dolayı ilacı tolere edemediklerini gözlemiştim.

Tremorun yanı sıra beni çok rahatsız eden hipersalivasyon da ortaya çıkmıştı. Bu sorun için hastalarımıza, ağız kuruması yan etkisinden yararlandığımız bir astım ilacı olan ipratropium bromür içeren sprey önerirdik, ancak bu ilaç bende fayda sağlamıyordu.

PH tedavisinde ilaç seçiminde hastanın bulunduğu yaş göz önüne alınır. Yaklaşık 60-65 yaş öncesinde erken evrelerde günde iki-üç dozda piribedil veya tek dozda uzun etkili pramipeksol gibi dopamin agonistleri ya da tek dozda rasajilin gibi monoamino-oksidad-B inhibitörleri önerilir. Daha ileri yaşlarda ve hastalığı ileri evrede olan her yaşta hastada semptomatik etkisi en güçlü ilaç olan levodopa verilir. Ancak ben semptomlarımın hafif olması ve kullanımının kolay olması nedeniyle yardımcı ilaçları tercih etmiştim. Aşağıda yazdığım diğer tedavi denemelerini kimseye danışmadan, kendi kararımı yaptım. Tek başına rasajilin tb. 1x1 alınca da tremor kayboldu, ancak uykusuzluk için mirtazapin tb. 45 mg kullandığım için serotonin sendromu gelişti, tansiyonum 170/100 mm. Hg oldu ve yine ilacı kestim. İzleyen 10 gün boyunca mirtazapin de almadım ve tansiyonum normale döndü. Daha sonra kullandığım pramipeksol tb. ER 0,375 mg 1x1 başlayıp, bir hafta sonra 0,750 mg 1x1 olarak artırdığımda yine tremorda çok etkili oldu, ancak tansiyonum normal olduğu halde sürekli baş dönmesi yapınca 20 gün sonra ilacı kesmek zorunda kaldım. Tremorun başlamasından itibaren 1,5 ay süren tüm bu denemelerden sonra yaşama uygun tek alternatif ilaç levodopa kalmıştı. Levodopa/benserazid tb. 100/25 mg 4x1/2 başlayınca yine tremorum kayboldu. Aslında levodopanin kullanımını biraz zahmetlidir. Zira ilacı aldıktan en az 45 dakika geçtikten sonra yemek yenilebiliyor, keza proteinli bir gıda yenilmişse iki saat geçmiş olması gerekiyor. Bunlara uyulmadığı takdirde, bir aminoasit olan levodopa, proteinli gıdalardan oluşan aminoasitlerle beyne geçerken bir yarışa giriyor ve beyne geçen levodopa miktarı çok az oluyor. Bu durum, ayrıca levodopanin gastrointestinal sistemden emiliminde de sorun oluşturabilmektedir. Bunların yanı sıra, ilacın tedavi başlangıcında gün içinde 4-5 saat aralıklarla dört doz alınması önerilmektedir. Bugünkü tıp bilgilerine göre levodopayı ömür boyu kullanmak durumundayım. Yukarıda belirttiğim bu özellikleri sebebiyle, her sabah saat 09:00'da ilacı almak için uyanmak zorunda olduğum gibi, sosyal yaşamımın da kısmen olumsuz yönde etkilenmiş olduğumu vurgulamak isterim. Öte yandan, yürürken ortaya çıkan sağ bacağımın ön bölümündeki ağrının da tedaviyle geçmiş olması sevindirici oldu.

Tanıyı kızıma "onu üzmemek adına" ancak 20 gün kadar sonra açıklayabildim. Kendisi, yıllarca PH konusunda çalışmış bir hekim olmam nedeniyle bu hastalığa yakalanmama çok şaşırdı ve tabii ki çok üzüldü. Aynı günlerde lise yıllarımdan beri tanıdığım değerli arkadaşım psikiyatri uzmanı Prof. Dr. Şahika Yüksel ile de tanıyı paylaştım.

O dönemde ayrıca arteriyel hipertansiyon ortaya çıkmıştı ve irbesartan/hidroklorotiyazid tb. 150/12,5 mg 1x1 kullanıyordum. Keza, kolesterol ve trigliserid yüksekliği için rosuvastatin tb. 5 mg 1x1 almaktaydım. Beyin MR tetkikinde az sayıda subkortikal ufak iskemik gliotik odaklar, beyin MR-Anjiyografi tetkikinde ise sağ oftalmik arterde 3-4 mm çapında asemptomatik bir anevrizma saptanmıştı. Ayrıca, rutin yıllık kontrolde saptanan oldukça ufak kanamış bir kitlenin uterus kanseri (gastrik tip) olması tanısıyla Ocak 2022'de histerektomi ameliyatı oldum. Hekimler konsey toplantısında kemoterapi veya radyoterapi uygulanmasına gerek olmadığına karar verdiler.

74 yaşın sonları (12/2022): Hastalığımı bilen az sayıda arkadaşım ve kızım, deneyimli başka bir hekimin takibine girmemi öğütüyorlardı. Ben de PHCG grubumuzdan Prof. Dr. Haşmet Hanağası'na muayeneye gittim. Sağ tarafımda hafif bradikinezi ve yürürken sağda asosiyet hareketlerde

hafif azalma gördü. Rijidite olmadığını söyledi ve dengemi normal buldu. Doktorumun muayenesi ile kendi değerlendirmemi birlikte ele aldığımında, Birleşik Parkinson Hastalığı Değerleme Ölçeği (Unified Parkinson's Disease Rating Scale: UPDRS) motor bölümü toplam puanımı 14 olarak saptadım (7,8). Levodopa/benserazid tb. 100/25 mg yine günde dört kez olacak şekilde 3/4, 1/2, 1/2, 3/4 olarak dozu biraz artırdı. Hipersalivasyon için çoğu hastada etkili olabilen ve dil üzeri uygulanan timolol maleat göz damlasını önerdi, fakat bende maalesef etkisi olmadı. Dr. Haşmet Bey, genel olarak durumumu iyi gördüğünü ve altı aylık periyotlarla kontrol muayenesine gitmemin uygun olacağını belirtti.

75 yaş (05/2023): Tedaviyle oldukça iyi durumdaydım. Ancak, sağ ayağımın ikinci ve üçüncü parmaklarında distoniye benzer istemsiz fleksor kasılmalar başladı. Özellikle öğleden sonra ve akşamları sürekli oluyordu. Bu kasılmaları hastalıkta nörodejeneratif süreç ilerledikçe levodopanin yol açtığı diskinezi olarak değerlendirdim (9) ve amantadin tb. 100 mg öğlenleri 1x1/2 başladım, bir ay sonra 1x1 olarak artırınca söz konusu kasılmalar önemli ölçüde azaldı.

Haziran 2023'te rutin kan tahlilim açlık kan şekeri 115 mg/dL olarak hafif yüksek olması dışında normaldi. Altı ayda bir yapılan batın US ve smear tetkiklerim (07/2023) ile mamografi ve meme US (10/2023) tetkiklerim de normal olarak değerlendirildi.

Non-Motor Belirtiler

Parkinson hastalarında motor semptomların yanı sıra, çok sayıda non-motor belirtilerin de görülebileceği bilinmektedir (4,10). Ancak, motor semptomlar olmadan, sadece bu sorunların olduğu hastalarda hastalığın klinik tanısı olası değildir. PH tanısı kesinleşince, 20 yıldan beri süregelen uykusuzluğumun, hastalığın presemptomatik non-motor bir belirtisi olabileceğini düşündüm. Zira, son yıllardaki çalışmalara göre, hastalıkta motor semptomlara öncelik eden presemptomatik evrenin 20 yıl kadar uzun olabileceği kabul edilmektedir (11,12). Ek olarak, uykusuzluğu olan hastalarda beyinde hipokretin nöronlarında da %50 kadar kayıp olduğu saptanmıştır (13). Kendimde geliştiğini gözlemlediğim, fakat ancak PH tanısı koyduktan sonra hastalığın motor olmayan semptomları olduğuna kanaat getirdiğim belirtiler şu şekildedir:

- 1. Uykusuzluk:** Uykuya dalma gücümü 50 yaşında başladı. Denediğim bazı uyku ilaçları etkisiz olunca 70 yaşına kadar alprazolam tb. 0,5 mg 1x1 kullandım. Sonraki yıllarda bu ilacın da etkisi yetersiz olunca alprazolama mirtazapin tb. 45 mg ve Melatonin tb. 5 mg ekledim. Bir yıldan beri alprazolam tb. dozunu 1 mg ve bazen 1,5 mg olarak artırma gereksinimi duyuyordum. Ekim 2023'te bir meslektaşım her gün tükettiğim kolayı saat 14:00'ten sonra kesmemi önermişti. Bu öneriden sonra, melatonin almadan eski kullandığım ilaçları yarımsar tablet olarak kullandığımda uyku oldukça düzeldi. Yine bu tarihlere, tek başına etkili olduğu belirtilerek önerilen zopiklon tb. 7,5 mg denedim. Uykusuzluğuma iyi geldiği halde şiddetli bulantı ve hipertansiyon yaptığı için maalesef sadece 3 gün kullanabildim.
- 2. Aşırı terleme:** 70 yaşında, henüz PH tanısı konmadan ortaya çıktı ve halen devam ediyor. Nedenini o zamanlar anlayamadığım şekilde, kış aylarında ince pikeyle uyuyordum ve kombiyi çok kısıp derecede kullanıyordum.
- 3. Ağrı:** Daha önce değindiğim gibi, tanıdan bir yıl kadar önce yürüyüş yaparken sağ bacağımın ön femur bölgesinde ağrı oluyordu.
- 4. Konstipasyon:** Tanıdan yaklaşık 12 yıl önce aralıklı olarak ortaya çıkan bir sorundu. İki yıldan beri sürekli olduğu için birkaç günde bir bir ölçek laktüloz şurup kullanmak zorunda kalıyorum.

Hastalığın Psikolojik Etkileri

Yukarıda Parkinson hastalığının gelişim sürecini ayrıntılarıyla aktarmaya çalıştım. Beş yıl önce sağ elimin baş parmağında aralıklı ortaya çıkan

istemisiz hareketlerin olduğu dönemde tanıdan şüphelenmiş, ancak kabul etmekten kaçınmışım. İki yılın sonunda sürekli istirahat tremoru ortaya çıkınca, keza tremordan birkaç ay önce öne eğik postürümün artması ve diğer non-motor semptomlarla birlikte değerlendirdiğimde, hastalığının klinik olarak kesin PH olduğu kanısına vardım ve bir nörolog arkadaşımın desteğiyle tedaviye başladım. Tüm bu süreç bende doğal olarak ciddi bir kaygı ile stres yarattı ve tanıyı kabullenmek istemedim. Hastalara, özellikle de erken yaşlarda olanlara, PH tanısı konulduğunda, haklı olarak aşırı derecede kaygı geliştirdiklerini, bu süreci yaşayınca daha iyi anlamış bulunduğumu ifade etmek isterim.

Psikiyatrist arkadaşım Şahika Yüksel profesyonel bir tutumla, ilk dönemlerde kaygımın yüksek olabileceğini, ancak zamanla nispeten azalacağını ifade etti. Gerçekten kaygılıyım, zira progresif nörodejeneratif bir hastalık olan Parkinson hastalığının seyrini ve ileride beni nelerin bekleyeceğini çok iyi biliyordum. Nedense o dönemde tanıdıklarımla hastalığımı paylaşmaktan kaçındım ve haftada iki gün çalıştığım özel tıp merkezinde "bulaşıcı bir hastalıkmiş gibi gizli tuttuğum" tanımla bir buçuk yıl daha çalışmayı sürdürdüm, zira kullandığım ilaçla dikkati çeken bir semptomum yoktu. O zamanki tanıyı gizleme çabamı açıklamakta zorlanıyorum; belki kendimi acındırmak veya başkalarının ilgisini çekmek istemeyişimdendi.

Şahika Yüksel, hastalığının tanısını herkesten gizlememin yanlış olduğunu ve bunun da birçok diğer hastalık gibi başkalarıyla paylaşılabilirliğini vurgulayarak açılmamda destek oldu. Bunun üzerine, tanıdan bir buçuk yıl sonra, yeri geldikçe yakınlarımla bende Parkinson hastalığının başladığını açılma sürecine girdim. Gerçekten tanıyı başkalarıyla paylaşıkça adeta sırtımdaki yükün hafiflediğini hissediyordum. Şahika, hastalığımı bilen birkaç başka arkadaşım ve kızım, kendi kendimin doktoru olmayı bırakıp bir PH uzmanının takibine girmemin daha objektif ve rahatlatıcı olacağını sürekli vurguluyorlardı. Gerçekten sorumluluğu paylaşmakla ve kendimi deneyimli bir uzmana emanet etmekle kaygılarımın önemli ölçüde azaldığını fark ettim.

Sonuç olarak, Parkinson hastalığının 65 yaş üzerindeki kişilerde yaklaşık %1 oranında görüldüğünün bilincinde olarak, kendimde motor semptomların 70 yaşında başlamasını kabullenmem gerektiğine kanaat getirdim. Ayrıca, hastalığının hızlı progresif seyir ile hastaları kısa sürede özürlü konuma getiren "Parkinson plus" sendromlarından biri olmaması da benim için görece teselli edici bir durum olmuştu.

Güncel Durumum

Yukarıda ayrıntılarıyla bahsettiğim, kendimde ortaya çıkan semptomlara göre, hastalığım klinik olarak dopaminerjik ilaçlara yanıtı Parkinson hastalığı tanısıyla uyuşturmaktadır. Günümüzde hastalığın progresyonunu yavaşlatan bir ilaç olmamakla birlikte, semptomatik etki sağlayan ilaçlar bulunmaktadır. Görece düşük dozda aldığım levodopanın yararlı olduğunu vurgulamak isterim.

Halen günlük yaşamımda bağımsızım, sıklıkla uzun yürüyüşler yapıyorum. Ancak, yakın yıllarda egzersizlerin hastalığın seyrini yavaşlattığına dair bilimsel gözlemlere (14) katılmakla birlikte, düzenli egzersiz yapmayı ihmal ettiğimi itiraf etmeliyim. Bazen, özellikle ağır bir obje tutarken, her iki elimde hafif titreme olup geçiyor. Son aylarda alçak koltuklardan kalkarken ve otomobilden inerken biraz yavaşlığımla oluyor, ancak yardım gerekmiyor. Uzun süre oturduktan sonra dizlerimi açmakta zorlandığım için sık sık kalkıp yürüyerek bu sorunun üstesinden geliyorum. Yine son zamanlarda, özellikle alçak koltuklara biraz çökercesine (en bloc) oturduğumu gözlemliyorum. Evde birkaç kez sağ ayağım haliye takıldıysa da dengem bozulmadı ve hiç düşmedim.

Parkinson hastalığında beyinde kısmen serotonin ve noradrenalin de azaldığı için hastaların çoğunda depresyon da ortaya çıkabilmektedir.

Bende depresif ruh hali olmamasının, uykusuzluk için kullandığım mirtazapinin antidepresan etkisine bağlı olabileceğini düşünüyorum.

Yakın yıllarda yapılan geniş kapsamlı kontrollü çalışmalarda, PH hastalarında tip II diyabetin bulunmasının hastalığın gelişmesinde "prodromal" bir risk faktörü olabileceği vurgulanmıştır (15,16). Keza, çok sayıda PH hastasını kapsayan kontrollü bir çalışmada hipotiroidinin ve uzun süre levotiroksin kullanılmasının da risk oluşturabildiği saptandığı gibi (17), hipotiroidizm kadar hipertiroidizm olan hastalarda da PH sıklığı yüksek bulunmuştur (18). Daha önce belirttiğim üzere, bende de diyabet ve hipotiroidinin mevcut olması belki bu açıdan değerlendirilebilir.

Hipersalivasyon için kullanılan lokal etkili damla şeklindeki ilaçlar bende yarar sağlamadı. Ancak, onları kullanmadığım halde, bu sorununun birkaç aylık sürelerle artan ve azalan bir seyir gösterdiğini de ifade etmek isterim. Bu durum sebebiyle, riskli olabileceğini düşündüğüm için, uyurken sırt üstü yatmamaya özen gösteriyorum.

Hastalığının sosyal yaşantım üzerinde de etkileri oldukça belirgin. Gün içerisinde ilaç saatlerimi düzenli olarak takip etmem ve buna da göre yemek yiyebileceğim aralıklara göre günlük yaşamımı organize etmem gerekiyor. Bu sebeple tüm sosyal hayatım, randevu ve buluşmalarım ilaç saatlerime göre şekilleniyor. Bunun dışında, uzun süre oturduktan sonra kalkarken zorlandığım için, sinema, tiyatro, konser gibi uzun süre oturmayı gerektiren etkinliklere ve uzun yolculuklara katılmaktan kaçınıyorum. Kıydan denize girmek, dengemi kaybetme riski nedeniyle maalesef artık tatil planlarımda yer alamıyor. Ayrıca, genel olarak denge sorununa neden olabilecek durumlardan kaçınma eğilimindeyim.

Teşekkür: Tanıdan sonra, kızım Aslı Aykanat ve damadım Emre Aykanat'ın bana karşı her zaman samimi ve sevecen olan davranışları daha da arttı ve ellerinden geldiğince her konuda bana yardımcı olmaya çalıştıklarını gözlemliyorum. Bu makalenin hazırlanmasında verdikleri destek için de ikisine minnettarım. Ayrıca, lise yıllarımdan beri tanıdığım değerli psikiyatrist arkadaşım Şahika Yüksel'in özellikle tanı sürecindeki kaygılarımı aşmamda profesyonel desteği çok önemli ve değerliydi. Kendisine de sonsuz teşekkürlerimi iletmek istiyorum.

Hakem Değerlendirmesi: Dış Bağımsız.

Finansal Destek: Bu derlemenin hazırlanmasında hiçbir kurum veya kuruluşun finansal bir destek alınmamıştır.

KAYNAKLAR

- Özelmekçi S, Benbir G, Yavlal Özdoğan F, Ertan S, Kızıltan ME. Hemihypomimia, a rare persistent sign in Parkinson's disease. Follow up of 11 patients. J Neurol. 2007;254:347-350. [Crossref]
- Hughes AJ, Ben-Shlomo Y, Lees AJ. What features improve the accuracy of clinical diagnosis in Parkinson's disease: a clinicopathologic study. Neurology. 1992;42:1142-1146. [Crossref]
- Hughes AJ, Daniel SE, Lees AJ. Improved accuracy of clinical diagnosis of Lewy body Parkinson's disease. Neurology. 2001;57:1497-1499. [Crossref]
- Jankovic J. Parkinson's disease: clinical features and diagnosis. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2008;79:368-376. [Crossref]
- Postuma RB, Berg D, Stern M, Poewe W, Olanow CW, Oertel W, et al. MDS clinical diagnostic criteria for Parkinson's disease. Mov Disord. 2015;30:1591-1601. [Crossref]
- Hoehn MM, Yahr MD. Parkinsonism: onset, progression and mortality. Neurology. 1967;17:427-442. [Crossref]
- Fahn S, Elton RS, members of the UPDRS Development Committee. Unified Parkinson's Disease Rating Scale. In: Fahn S, Marsden CD, Calne DB, Goldstein M, eds. Recent Developments in Parkinson's Disease. Florham Park, NJ. Macmillan Publishers;1987:53-163.
- Goetz CG, Fahn S, Martinez-Martin P, Poewe W, Sampaio C, Stebbins GT, et al. Movement Disorder Society-sponsored revision of the Unified Parkinson's Disease Rating Scale (MDS-UPDRS): process, format, and clinimetric testing plan. Mov Disord. 2007;22:41-47. [Crossref]

9. Fahn S, Oakes D, Shoulson I, Kieburtz K, Rudolph A, Lang A, et al. Levodopa and the progression of Parkinson's disease. *N Engl J Med*. 2004;351:2498–2508. [\[Crossref\]](#)
10. Chaudhuri KR, Sauerbier A. Parkinson disease. Unravelling the nonmotor mysteries of Parkinson disease. *Nat Rev Neurol*. 2016;12:10–11. [\[Crossref\]](#)
11. Jankovic J, Tan EK. The importance of preclinical diagnostics in Parkinson disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2020;91:795–808. [\[Crossref\]](#)
12. Postuma RB, Berg D. Prodromal Parkinson's disease: The decade past, the decade to come. *Mov Disord*. 2019;34:665–675. [\[Crossref\]](#)
13. Fronczek R, Overeem S, Lee SY, Hegeman IM, van Pelt J, van Duinen SG, et al. Hypocretin (orexin) loss in Parkinson's disease. *Brain*. 2007;130:1577–1585. [\[Crossref\]](#)
14. Schootemeijer S, Darweesh SKL, de Vries NM. Clinical trial highlights - aerobic exercise for Parkinson's disease. *J Parkinson's Dis*. 2022;12:2297–2306. [\[Crossref\]](#)
15. Yang YW, Hsieh TF, Li CI, Liu CS, Lin WY, Chiang JH, et al. Increased risk of Parkinson disease with diabetes mellitus in a population-based study. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96:e5921. [\[Crossref\]](#)
16. De Pablo-Fernandez E, Goldacre R, Pakpoor J, Noyce AJ, Warner TT. Association between diabetes and subsequent Parkinson disease: A record-linkage cohort study. *Neurology*. 2018;91:e139–e142. [\[Crossref\]](#)
17. Chen SF, Yang YC, Hsu CY, Shen YC. Risk of Parkinson's disease in patients with hypothyroidism: A nationwide population-based cohort study. *Parkinsonism Relat Disord*. 2020;74:28–32. [\[Crossref\]](#)
18. Charoenngam N, Rittiphairoj T, Ponvilawan B, Prasongdee K. Thyroid dysfunction and risk of Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2022;13:863281. [\[Crossref\]](#)