

İlaç tedavisine dirençli epilepsi hastalarında cerrahi önemli bir seçenek olabilir

Türkiye’de bu durumdaki haslar açısından genel tablo nedir, hastaların yüzde kaçını tedaviye ulaşıyor?

Prof. Dr. Erdoğan: Aslına bakarsınız yıllık yapılan ameliyat sayısı çok fazla değil. Bizim bu güne kadar 10 yıl içerisinde gerçekleştirdiğimiz vaka sayısı



350 civarında; üstelik Türkiye’deki en fazla bu tür cerrahi yapan merkezlerden biriyiz. Bu alanda Türkiye’de yıllık yapılan cerrahi sayısı 300’ü bulmuyordur. ABD’de de ise bu oran 3000 civarında; oysa epilepsi cerrahisi bekleyen hasta sayısı çok fazla. Operasyon sayılarının bu kadar az olmasının nedeni bizim aşırı yoğunluğumuz değil, talebin az olması. Biz bu kadar hastaya endikasyon koyuyor ve ameliyat ediyoruz. Bu açıdan bakıldığında farkındalık yaratmak bu hastaların tedaviye ulaşması için çok önemli bir işleve sahip. Bu alanda bilinirlik artarsa Türkiye’de bu yöntemle şifa bulan hasta sayısı da artacaktır. Sonuçta böyle başarılı bir tedavi seçeneği var ve üstelik başarı oranı da çok yüksek.

Epilepsi cerrahisinde komplikasyon riski var mı?

Prof. Dr. Erdoğan: Bu alanda çok

sayıda uluslararası yayın serisi var. Yapılan tüm bu çalışmalar gösteriyor ki, bu uygulamalarda ve diğer rezektif cerrahilerde % 1-2 civarında ölüm ya da sakat kalma riski var. Tecrübeli merkezlerde komplikasyon oranlarının sıfıra doğru indiğini görüyoruz. Bizim kendi serimizde cerrahiye bağlı ölüm ya da yeti kaybı gibi büyük komplikasyonlar söz konusu olmadı. Tabii ki cerrahiye bağlı yara enfeksiyonları ya da bazı ufak tefek komplikasyonlar olabiliyor ama kalıcı bir sekel olmuyor.

Bugün beyin cerrahisinin geldiği nokta açıdan bakıldığında, bu tür teknikler başka hangi alanlarda uygulanabiliyor?

Prof. Dr. Erdoğan: Beyin cerrahisi ile tedavi edilen alanlar arasında ayrıca yüz ağrıları, trigeminal nevralsi gibi hastalıklara yönelik uygulamalar da bulunuyor. Bunlar hastalara çok ciddi ıstırap veren durumlardır. Hastanın yüzünde şimşek çakmasına benzer bir ağrı olur. Bu hastalar kısa süreliğine dayanılmaz ağrılar çekerler. Bu hastalarda öncelikle ilaç tedavisi uygulanıyor. İlaça rağmen ağrı devam ediyorsa o zaman cerrahi bir tedavi seçeneği olarak uygulanabiliyor. Burada iki değişik yöntem uygulayabiliyoruz. Biri oradaki sinir hasarına yönelik yöntemlerdir, diğeri ise özellikle bizim uyguladığımız cerrahi yöntemdir. Bu hastalarda şöyle bir sorun söz konusudur; trigeminal sinir yakınından geçen damar ile temas eder ve nabız atışıyla orada bir hasar oluşur. Biz sinire olan bu teması ortadan kaldıran bir cerrahi yöntem uyguluyoruz. İki saat süren bir ameliyat sonunda sinirle

damar arasına teflon bir yastık koyulur. Operasyonda beyincığın yanından beyin sapına kadar gidip oradaki damar ve sinir arasına yastık koyup çıkıyoruz. Bu alanda yaptığımız 130 civarında vakamız var. Bu hastalarda başarı oranı % 90 civarındadır.

Algoloji’den ne kadar hasta bu tedavi alanına yönlendiriliyor? Farkındalık ne durumda?

Prof. Dr. Erdoğan: Hastalar genellikle internette yaptıkları aramalar sonucunda böyle bir tedavi olduğunu öğrenip kendiliğinden geliyor. Tabii bize gelmeden önce çok fazla yer gezmek zorunda kalıyorlar; nörologlara gidiyorlar, dişlerinin ağrıdığını sanıp dişlerini çekiyorlar. İlaç tedavisiyle başlıyorlar ama 8-9 yıl sonra büyük bir kısmı tekrarlıyor. Bu hastaların böyle bir tedavinin olduğunu bilinmesi gerekiyor. Hasta ilaca dirençliyse, cerrahi ile etkili şekilde tedavi edilebiliyor. Özellikle son dönemlerde endoskopi bayağı popüler olmaya başladı. Burundan girip beyin ameliyatları yapıyoruz. Özellikle mikroskopla göremediğiniz kısımlara ulaşabiliyorsunuz. Bu tür ameliyatlarda son dönemlerde çok popüler ve çok başarılı sonuçlar elde ediliyor. Sadece endoskopiyle



uğraşan arkadaşlarımız var.

Beyin cerrahisine baktığımızda önümüzdeki 10 yıl için yeni yöntemler ve araçlar açısından beklentileriniz nedir?

Prof. Dr. Erdoğan: Mesela ameliyatta kullanılan bazı yeni ekipmanlar söz konusu; örneğin artık ameliyat masasında duran çok küçültülmüş bir MR cihazı var. Kafa açık durumdayken, getiriyorsunuz, röntgen çeker gibi MR çekiyorsunuz. Bu tür yöntem ve gereçler daha fazla yaygınlaşabilir. Birçok vaka için çok gerekli değil ama spesifik vakalarda uygulanabilir. Ayrıca artık navigasyon sistemlerinin beyinde kullanılması söz konusu; beyin filmlerini, MR’ını bilgisayara yüklüyorsunuz, hastanın burnunu gözünü her şeyini bilgisayara tanımlıyorsunuz. Ameliyat esnasında da kesiyi nereden yapacağınız, tümörün yerinin tespiti gibi konularda size yardımcı oluyor. Bunlar yeni uygulamalar ve daha pek çok yeni gelişmenin yakın gelecekte beyin cerrahisini güçlendireceğini düşünüyorum.

Günümüzde artık bilgisayar sistemlerinin beyine adaptasyonu konuşuluyor. Bununla ilgili öngörüleriniz nedir?

Prof. Dr. Erdoğan: Mesela deneysel olarak başarılı da olan yarı-biyolojik göz çalışmaları var. Özellikle biyofizik dalının organik bir dokunun bilgisayarla iletişiminin sağlayabilmesi, ya da sinirin koptuğu yerde yardımcı



olabilecek türden çalışmalar var. Ama tabii basında gördüğümüz haberler pek gerçeği yansıtmıyor. İnsanların yürüdüğü söyleniyor ama kimsenin yürüdüğü falan yok. Belki ileride o noktaya da ulaşılacak. Periferik sinirde yapabiliyorsunuz ama omurilikte bunu yapmak şu an için imkansız, mevcut teknikler de yeterli değil.

Bu yöntemlerin çoğu da beyin cerrahisine muhtaç değil mi?

Prof. Dr. Erdoğan: Tabii. Cerrahi yapıp tüm teknikleri de kullanmak gerekiyor. Özellikle felçli olan hastalarda felçli olan kısma elektrotları koyup uyarı yaparak fizik tedavi sürecini hızlandırmak için yapılan çalışmalar var. En büyük sıkıntı organik materyalle bilgisayarın birbirine bağlanabilmesi, o başarılı olduğunda çok daha iyi şeyler olacak. Epilepsiyle ilgili nöbetin geldiğini anlayan ve nöbeti durduran pil çalışmaları var. Yapılan çalışma sayısı çok fazla ama ne kadarı kliniğe uygulanabilir, onu şimdilik bilmek zor.

Obezite/Mortalite paradoksu için daha fazla metabolik ölçüte ihtiyaç var

Perelman Tıp Fakültesinden araştırmacılar, kilo ve boya dayanan vücut kitle indeksinin (VKİ), vücudun yağ içeriğinin kesin bir ölçütü olmadığını ve yağ dağılımı, kasın yağ oranı, cinsiyet ve ırk farklılıkları gibi sağlığa veya mortaliteye katkıda bulunan kritik faktörlerin hesaba katılmadığını belirterek bu alanda acil olarak yeni kriterlere ihtiyaç olduğuna işaret ediyor.

Obezite, diyabet, kalp hastalıkları, uyku apnesi, kanser ve diğer hastalıklara yatkınlığı artıran önemli bir risk faktörüdür. Ancak çeşitli çalışmalar obez insanlarda mortalitede bir artış göstermesine rağmen, yakın zamanda yapılan kimi çalışmalar obezitenin tüm nedenlere bağlı ölümlerin yanında diyabet, kalp hastalıkları ve inme gibi kronik hastalıklara bağlı ölümden koruduğunu ileri sürmektedir. Obezitenin faydalı etkisini öne süren bu sözde “obezite-mortalite” paradoksu, pek çok ihtilaf yaratmaktadır.

Science dergisinde yayımlanan ve yeni bir bakış açısına sahip bir makalede ise Diyabet, Obezite ve Metabolizma Enstitüsünde Yöneticisi Prof. Dr. Rexford Ahima ve yine aynı merkez uzmanlarından Prof. Dr. Mitchell Lazar, obezitenin sağlık ve mortalite risklerini çalışmanın zorluklarını ele alıyor ve bu alanda yeni çalışmalara ihtiyaç olduğunu belirtiyorlar.

Obezite ile ilgili yeni kriterlere ihtiyaç olduğunu söyleyen Prof. Dr. Ahima, “Hastalıkların risklerini ve mortaliteyi daha iyi öngörebilecek yağ ve iskelet kasını ve biyobelirteçleri ölçmek için kesin, pratik ve düşük maliyetli araçlara acil bir ihtiyaç var. Obezite ve onunla ilişkili faktörlerin ölçümünü iyileştirecek ilerlemeler, yaş, cinsiyet, genetik, zindelik, daha önce var olan hastalıkların yanında obezitenin değiştirdiği yeni kan belirteçleri gibi faktörleri dikkate alarak, bir birey için optimum kiloyu belirlemeye yardımcı olacak.”



ve metabolik parametreleri gibi faktörleri dikkate alarak, bir birey için optimum kiloyu belirlemeye yardımcı olacak.”

Obez VKİ diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, kanser ve yüksek mortaliteye yol açan diğer kronik hastalıkların gelişme riskinde azımsanmayacak artışlarla güçlü bir şekilde ilişkilidir. Ancak, çalışmalar obez VKİ’ye sahip bazı kişilerin düzelmiş metabolik profile ve düşük kardiyovasküler riske sahipken, normal VKİ’ye sahip bir altkümenin metabolik olarak sağlıklı olduğunu ve artmış mortalite riskine sahip olduğunu göstermiştir. Araştırmacılar, obezitenin gerçek etkisinin kabul görmeyebileceğini, çünkü popülasyon çalışmalarının sıklıkla VKİ ile sağlık ve mortalite risklerinin ilişkilerini, kasıtlı veya kasıtsız kilo kaybının veya kilo artışının bu sonuçları nasıl etkilediğini değerlendirmeden tarif ettiğini belirttiler.



Prof. Dr. Lazar, “Gelecekteki araştırmalar moleküler yollarla üzerine, özellikle obezite tarafından değişen metabolik faktörlerin diyabet, kalp hastalıkları ve kanser gelişimini nasıl değiştirdiğine; mortaliteyi nasıl etkilediğine daha fazla odaklanmalıdır” diyor.

Kaynak: *The Health Risk of Obesity—Better Metrics Imperative.* R. S. Ahima, M. A. Lazar. *Science*, 2013; 341 (6148): 856 DOI:10.1126/science.1241244