

BİRİNCİ BASAMAK İÇİN TEMEL GERİATRİ



EYLÜL 2012

Bu kitabın tüm yasal hakları Ankara Tabip Odası, Türk Geriatri Derneği ve Pratisyen Hekimlik Derneği'ne aittir, kurumların izni olmaksızın depolanamaz, kopyalanamaz ve çoğaltılamaz.

Kitapta yer alan yazılardaki görüşler ve ilgili sorumluluk yazarlara aittir.

ISBN: 978-605-5867-64-5

Sayfa Düzenleme : Cafer ASLAN
Kapak Tasarımı : Ankara Tabip Odası

Basım Tarihi: 23 Eylül 2012

Birinci Baskı: 2012 - Ankara

Baskı: Algi Tanıtım
Mediha Eldem Sokak 56/3 Kızılay - Ankara
Tel: 0312 434 25 00

İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

Önsöz	5
Yaşlanan Dünya ve Yaşlanan İnsanlar	7
Yaşlının Değerlendirilmesi ve “Check up”	16
Yaşlılık Döneminde Çevrel Damar Hastalıkları	17
Yaşlılarda Sık Görülen Pulmoner Hastalıklar ve Tedavi İlkeleri	31
Yaşlıda Psikiyatrik Sorunlar	34
Yaşlılarda Görülen Kas İskelet Sistemi Problemleri	39
Yaşam Kalitesi: Yaşlılık Döneminde Öne Çıkanlar	42
Yaşlıda Gastrointestinal Sistem Sorunları	46
Yaşlıda Enfeksiyon Hastalıkları ve Korunma	53
Yaşlılık Döneminde Akılcı İlaç kullanım İlkeleri	57
Yaşlılık Döneminde Acil Sorunlar	66
Yaşlılarda Sık Karşılaşılan Deri Sorunları ve Önlemler	74

YAZARLAR LİSTESİ (Soyad Alfabetik)

Prof. Dr. Şule AKÇAY

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Dilek ASLAN

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Yrd. Doç. Dr. Tolga Reşat AYDOS

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı

Yrd. Doç. Dr. Özlem ERDEN-AKİ

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Prof. Dr. Yeşim GÖKÇE-KUTSAL

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

Hacettepe Üniversitesi GEBAM-Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi

Prof. Dr. Ayla GÜLEKON

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı

Prof. Dr. Kenan HIZEL

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Bakteriyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Uzm. Dr Mehmet Mahir KUNT

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

Prof. Dr. Ali KUTSAL

Sağlık Bakanlığı Dr. Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Çocuk Kalp Damar Cerrahisi Kliniği

Doç. Dr. Dilek OĞUZ

29 Mayıs Hastanesi Gastroenteroloji Bölümü

Doç. Dr. Nilüfer Kutay ORDU-GÖKKAYA

Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim Arastırma Hastanesi

Prof. Dr. İ. Cem SUNGUR

MEDICANA Ankara Hastanesi

ÖNSÖZ

Değerli meslektaşlarımız,

Dünyada ve ülkemizde yaşlı nüfusun arttığı günümüzde hekimlerin bir bileşeni olduğu sağlık çalışanlarının önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Bu bağlamda, yaşlı sağlığı ve hastalıkları ile ilgili güncel bilgilerin paylaşıldığı bilimsel ortamları yaratmak meslek örgütlerinin de bir biçimde görevleri arasındadır. Bu görev ya da sorumluluk özellikle mezuniyet sonrası Sürekli Mesleki Gelişim etkinliklerinin bir parçası olarak da kabul edilebilir.

Ankara Tabip Odası, Türk Geriatri Derneği ve Pratisyen Hekimlik Derneği Ankara Şubesi işbirliğinde 22-23 Eylül 2012 tarihlerinde Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Kampüsü 50.yıl Amfisinde düzenlediğimiz “BİRİNCİ BASAMAK İÇİN TEMEL GERİATRİ SEMPOZYUMU”nun her üç kurum için de önemli bir Sürekli Mesleki Gelişim etkinliği olduğunu paylaşmak isteriz. Kurumlarımız benzer etkinlikleri geçmişte de düzenlemiştir, ancak ilk kez üç kurumun aynı amaç için birlikte çalışmış olması bizler için ayrıca değerli olmuştur. Sempozyum vesilesiyle etkinlik süresince tartışılacak konuların içeriklerinin sempozyum ile aynı adı taşıyan kitap haline getirilmiş olması bilgilerin daha geniş kitlelere yayılabilmesi için anlamlı olmuştur.

Sempozyuma bilgi ve birikimlerini aktararak katkı sunan konuşmacılara, konuşmalarını yazıya dökerek bizlere bu kitabın hazırlanması ve paylaşılmasına olanak sağlayan yazarlara içtenlikle teşekkür ederiz. *Onların koşulsuz ve karşılıksız çabalarının ve emeklerinin alanda çalışan meslektaşlarımıza yansımalarının kısa süre içinde gerçekleşeceğinden hiç şüphemiz yok.*

Bu ve benzeri etkinliklerin bir bileşeni olmayı sürdürmek meslek örgütleri olarak bizlerin görevleri arasındadır. Etkinliği düzenleyen kurumlar olarak çabamızın devam edeceğini paylaşır, sempozyum ayrıntılarının yer aldığı elinizdeki kitabın hekimler için yol gösterici ve yararlı olmasını dileriz.

Saygılarımızla,

Prof. Dr. Özden ŞENER
Ankara Tabip Odası
Yönetim Kurulu Başkanı

Prof. Dr. Yeşim GÖKÇE-KUTSAL
Türk Geriatri Derneği
Yönetim Kurulu Başkanı

Dr. Figen ŞAHPAZ
Pratisyen Hekimlik Derneği
Ankara Şb. Başkanı

YAŞLANAN DÜNYA VE YAŞLANAN İNSAN

Dr. Yeşim GÖKÇE-KUTSAL

“Yaşlanmak, bir dağa tırmanmaya benzer; çıktıkça yorgunluğunuz artar, nefesiniz daralır, ama görüş açınız genişler...”

İngmar Bergman

Yaşlanma Olgusu

Organizmanın tamir ve idame süreçlerindeki hasarlar yaşa bağlı olarak ortaya çıkan moleküler heterojeniteye, hücreSEL işlev kayıplarına, stres toleransında azalmaya, hastalıklara ve ölüme neden olmaktadır. Biyogerontoloji konusundaki çalışmalar ağırlıklı olarak; yaşlanmanın geciktirilmesine yönelik kalori kısıtlanması ve oksidatif stres mekanizmaları üzerine yoğunlaşmış durumdadır. Bilim insanlarının araştırmalarında en popüler konuları farklı dokulardaki oksidan ve anti oksidan sistemler oluşturmaktadır. Bunların yanı sıra telomer kısalmasının da hücreSEL yaşlanmada anahtar rolü oynadığını bildirilmektedir. Multifaktöryel bir süreç olan yaşlanma; yaşam boyunca mikroskopik düzeyden makroskopik düzeye geçmektedir. Her ne kadar geçen zamana bağlı olarak fizyolojik kayıpların ortaya çıkması bekleniyorsa da bu kayıpların hızı bireyden bireye büyük değişiklik göstermektedir.

Yaşlanmanın karakteristik özellikleri

1-Organ sistemlerinin rezerv kapasitelerinde azalma (özellikle stres periodlarında belirginleşme), 2-Homeostatik kontrolde azalma (termoregülasyon sisteminde bozukluk, baroreseptör duyarlılığında azalma), 3-Çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinde azalma (pozisyon değişikliği ile ortaya çıkan ortostatik hipotansiyon, değişen ısıya adaptasyonda zayıflık), 4-Stres cevap kapasitesinde azalma (ateş, anemi). Yaşlanmaya bağlı olarak ortaya çıkan ve giderek artan bu kayıpların sonunda; birey hastalıklara ve yaralanmalara karşı korunmasız bir hale gelmektedir. Yaşlılarda azalan fizyolojik rezerve bağlı olarak ortaya çıkan ve klinik açıdan önem arz eden durumlar şöyle sıralanabilir: yaşlılarda hastalık prezantasyonu çoğu zaman atipiktir, sıklıkla birkaç sağlık sorunu bir aradadır, kompanzasyon mekanizması zayıflamıştır, iyileşme süreci gençlere oranla daha yavaştır, koruyucu önlemler bu yaş grubunda daha fazla önem kazanmaktadır ve azalan rezerv yaşlıların daha fazla iyatrojenik yaralanmalara maruz kalmalarına neden olmaktadır.

Geriatrik Sendromlar

1-Inkontinans (mental, nörolojik, pelvik ve rektal inceleme gerekir). 2-Uyku bozuklukları (hastane ortamı, ilaç toksisitesi, depresyon, anksiyete, huzursuz bacak sendromu, kronik ağrı sendromu, semptomların gece belirginleştiği konjestif kalp yetmezliği veya anjina varlığı araştırılmalıdır), 3-Malnutrisyon, 4-Deliryum, 5-Bası yaraları, 6-Ağrı (onkolojik, vasküler, nörojenik kemik kökenli, eklem kökenli, adale kökenli veya viseral kökenli olabilir), 7-Düşmeler; kişisel faktörlere (görsel algıda bozukluk, postural instabilite, hareketsizlik, ortostatik hipotansiyon, alt ekstremitelerde kuvvetsizlik, vertigo, ilaç yan etkileri, akut ve kronik hastalıklar, depresyon, apati, konfüzyon) ya da çevresel faktörlere (uygunsuz mimari yapılar, çevre ve şehir planlamaları) bağlı olabilir.

Yaşlılarda Komorbiditenin Düzeltilmesi

1-Medikal konular; A-Tıbbi durumun yeniden gözden geçirilmesi gerekir (özellikle başka bir hastane, klinik veya merkezden gelen hastanın yeniden ve objektif olarak değerlendirilmesi önemlidir; hastanın durumunda değişiklikler olmuş olabilir, dolayısı ile, daha önce gözden kaçan patolojiler ele alınabilir ve ayrıca hastanın tedavisinin de devam edip etmeyeceği irdelenir). B-İlaç yan etkilerinin önlenmesi (ilaç yan etkilerinin başında

mental bozukluklar gelmektedir, yaşlılarda ilaçlar ile ilgili sorunların ortaya çıkma nedenleri: çoklu ilaç kullanımı, ilaçların önerildiği şekilde kullanılmaması, yan etkilere ve ilaç etkileşimlerine uygun durumların varlığı, farmakokinetikteki değişiklikler ve reseptör duyarlılığında azalmadır). C-Hipotansiyon (yaşlılarda kısa süreli yatak istirahatından sonra bile ortostatik hipotansiyon oluşabilmektedir, hastanın özellikle kullandığı ilaçlar (nitratlar, antihipertansifler, levadopa, diüretikler, fenotiazin, trisiklik antidepressanlar) sorgulanmalı, otonomik disfonksiyon değerlendirilmeli (pupiller yanıt, anormal terleme, SSS hastalığı, valsalva manevrasına yanıt) veya sıvı kaybı, aldosteron veya kortizol düzeylerine yönelik laboratuvar incelemeler yapılmalıdır.

2-Mental ve emosyonel durum; A-Depresyon (uyku bozukluğu, iştah kaybı, konstipasyon, konsantrasyon bozukluğu, hafıza zayıflığı, psikomotor retardasyon varlığı ciddi depresyon belirtisidir), B-Anksiyete (sınırdaki bir anksiyete hastaneye yatış aşamasında alevlenebilir), C-Deliryum (uyku bozuklukları, halüsinasyon ve ajitasyona neden olabilir), D-Demens (%50-60'ı Alzheimer hastalığına, %20'si multienfarkta bağlıdır. Geriye kalanlar potansiyel olarak geriye dönüşü olabilecek olan; subdural hematoma, beyin tümörüne, okült hidrosefaliye, sfilize, hipotiroidiye, hipertiroidiye, hiperkalsemiye, vitamin B₁₂ veya Niasin yetersizliğine, ilaç toksisitesine, depresyona veya kardiyak, renal hepatik yetmezliğe bağlı olabilmektedir).

Yaşam Kalitesi

Günümüzde eskiye oranla daha uzun bir ömür sürme şansına sahip olmanın yaşam kalitesi artmadan bir anlamı olmayacağı ve sağlık beklentisinin yaşam beklentisinden çok daha önemli olduğu vurgulanmaktadır. Dolayısı ile genç popülasyonda tıbbın hedefi tedavi iken, geriatrik popülasyonda esas hedef; **“yaşam kalitesinin korunması”**dır. Yaşam kalitesi hem kişinin içsel, hem de sosyal kriterlerini içerir. Bu nedenle çok boyutlu bir konu olarak algılanmalı, objektif (çevre, davranış ile ilgili beceri) ve subjektif (algılanan yaşam kalitesi, psikolojik iyilik hali) boyutu ele alınmalıdır.

İyilik hali beş ana başlık altında tanımlanmaktadır: A-Fiziksel iyilik: Bilinçli ve düzgün beslenme alışkanlıkları geliştirmek, düzenli fiziksel aktivite yapmak ve zararlı alışkanlıklardan uzak durmaktır. B-Manevi iyilik: Yaş ilerlemiş olsa da kişinin yaşamda bir amacının olması, güçlü etik değerlere ve ahlaka sahip olmasıdır. C-Zihinsel iyilik: Zihnin sürekli olarak öğrenmeyle uyarılması, problem çözebilme ve yaratıcılık süreçlerinin devam etmesidir. D-Sosyal iyilik: İyi ilişkilerle güzel iletişim kurulabilmesi, topluma ve çevreye pozitif katkıda bulunabilmek için çaba gösterilmesidir. E-Duygusal iyilik: Başkalarına ve kendisine karşı olan düşünceleri anlayabilme, duygusal açıdan dengede olabilmeyi başarmaktır.

Geriatrik Rehabilitasyon

Yaşlı bakımının en temel bileşenlerinden biri olan rehabilitasyon, tıp eğitiminde ve sağlık hizmetlerinde son derece önemli bir süreç olmasının yanı sıra işlev, anatomi ve yaşam kalitesi kavramlarını öncelikli kılan filozofik bir yaklaşım özelliğini de taşır. İşlevsel açıdan bağımsızlık ve bunun getirisi olan bağımsız bir yaşam için gerekli olan, fiziksel ve fizyolojik sağlığın korunması ve idamesi olarak da tanımlanmaktadır.

Beklenen yaşam süresinin uzamasına bağlı olarak yaşlı popülasyonun giderek artması; gerek fiziksel yetilerin kaybı, gerekse bu yaş grubunda görülen kronik ilerleyici hastalıklara bağlı olarak gelişen yeti kayıpları geriatrik rehabilitasyonun önemini daha da artırmakta, sağlık alanındaki beklentiler kapsamında fiziksel tıp ve rehabilitasyon (FTR) uzmanı hekimin misyonu artmakta, ekip çalışmasının ve koordinasyonun önemi belirginleşmektedir. Yaşlı bireylerin kaybettikleri fiziksel yetilerini tekrar kazandırmak, günlük yaşamda bağımsız veya en az bağımlı hale getirmek, fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan yaşam kalitesini mümkün olan en üst düzeye çıkarmak rehabilitasyon tıbbının ana hedeflerini oluşturmaktadır.

İlerleyen yaş ile birlikte, yaşlı bireylerin bazı fiziksel yetilerini kaybetmeleri, içinde buldukları sosyal konumlarını da değiştirmekte, üretkenliklerinin azalmasına, toplumdan dışlanmalarına, ihmal veya istismara maruz kalmalarına neden olmaktadır. Bu durum kadınlarda, özellikle evlenmemiş veya eşini kaybetmiş kadınlarda daha sık olarak görülmektedir. Bütün bu olumsuzlukların aşılması, toplumsal duyarlılığın artırılması,

toplumun ve sağlık çalışanlarının bu konuda bilinçlenmesi, konuya yönelik eğitim hizmetlerinin artırılması ile mümkün olacaktır.

Genel olarak rehabilitasyon; hastalık, özürllülük ve sakatlık tedavisinde hastanın işlevsel durumunu en üst düzeye ulaştırmak için yapılan “yeniden oluşturma çabalarının bütünü” olarak tanımlanabilir. Dolayısı ile geriatrik rehabilitasyonda hedefler; fizyolojik veya hastalığa bağlı olan fonksiyonel kötüleşmenin önlenmesi, geciktirilmesi, en aza indirilmesi veya tersine çevrilmesidir. İşlevsel düzeyi belirlemek, eldeki mevcut kaynak ve seçenekleri değerlendirmek, hastalarda birbirini etkileyen pek çok bozukluğun olabileceğini bilmek, gelişmenin yavaş ortaya çıkacağını farkında olmak, immobilizasyonu önlemek, değişen fizyolojik reaksiyonları göz önüne almak, hastanın hedeflerini ve motivasyonunu belirlemek, ailenin beklentilerini belirlemek, deliryum, demans ve depresyon arasında ayırım yapmak, tanıyı değil tedavi yönetimi, işlevi amaçlamak, göreve özgün egzersiz programı üzerinde durmak, programı basit tutmak, sosyal yaşam için cesaretlendirmek ve stimüle etmek, mümkün olan en az ilacı kullanmak ve işlevin tekrar kazanılabileceğini bilmek temel ilkeleri oluşturmaktadır.

Rehabilitasyonun uygulandığı başlıca yerler; akut bakım hastaneleri, rehabilitasyon hastaneleri, özelleşmiş bakım evleri, poliklinik hizmetleri ve ev ortamıdır.

Yaşlılarda İlaç Tedavisi

Yaşlılarda hastalıkların mekanizması ve nedenleri değerlendirildikten sonra, bu duruma özgü tedavi yöntemini belirlemek gerekir. Çeşitli seçeneklerin içinden etkinliği ve güvenilirliği kaliteli, bilimsel araştırma ve yayınlarla kanıtlanmış olan ilaç seçilmeli ve yaşlı hastaya özgü bir dozaj şeması hazırlanmalıdır. İlk aşamada bilinmesi gereken konu; ileri yaşlarda ilaç farmakolojisini etkileyebilecek fizyolojik değişikliklerdir:

1-Emilim: Emilim yüzeyine azalma, splanknik kan akımında azalma, gastrointestinal motilitede azalma, gastrik PH da artış,

2-Dağılım: Yağsız vücut kitlesinde azalma, total vücut suyunda azalma, serum albümininde azalma, proteine bağlanmada değişiklik,

3-Metabolizma: Karaciğer kitlesinde azalma, karaciğer kan akımında %12-40 azalma, enzim aktivitesine azalma,

4-Atılım: Renal kan akımında azalma (50 yaşından sonra yılda %1) ve ilacın atılımında yavaşlama (ilaç serum konsantrasyonunda artma ve toksisite riski), glomerüler filtrasyon hızında azalma, tübüler sekretuar fonksiyonlarda azalma,

5-Reseptör duyarlılığı: Reseptör sayısında değişme, reseptör afinitesinde değişme, ikincil ulak fonksiyonunda değişme, hücresel yanıtta değişmedir.

Yaşlılarda birçok temel ilacın bağlandığı albümin düzeyi azalmaktadır. Plazma proteinlerindeki bu değişiklikler “**serbest ilaç / bağlı ilaç**” oranını değiştirerek ilaç etkisini farklılaştırabilir. Klinik uygulamalarda göz önüne alınması gereken bir diğer detay da ilerleyen yaşlarda böbrekten atılımı azalan ilaçlardır. Bunlar; Ampisilin, Digoksin, Gentamisin, Doksisisiklin, Lityum, Penisilin, Fenobarbital, Prokainamid, Ranitidin, Simetidin, Tetrasiklin ve Tobramisindir.

Yaşlılarda hastalık-ilaç etkileşimleri ile ilgili detayların Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanan ve ruhsat sahibi tarafından hazırlanan ilaç bilgi dökümanlarından ve güncel bilgiler ışığında yenilenen, güvenilir akademik web sayfalarından takip edilmesi önerilmektedir.

“**İlaç-ilaç etkileşimleri**” temel olarak 3 aşamada görülebilmektedir;

1-Farmasötik faz: Bu fazda olan etkileşimler organizmaya verilmeden önce ortaya çıkan ve günümüzde ağırlıklı olarak i.v. uygulama solüsyonları içerisinde eş zamanlı uygulanan ve geçimsizlik gösteren ilaçlar için geçerlidir.

2-Farmakokinetik faz: Farmakokinetik fazda ortaya çıkabilecek olan etkileşimler dört temel farmakokinetik aşamada (absorbsiyon, dağılım, metabolizma, eliminasyon) ortaya çıkabilir. Günlük uygulamalarda daha çok sorun yaşatan ve daha sık görülen etkileşim metabolizma düzeyinde ortaya çıkmaktadır. İlaç-besin etkileşiminde ise daha çok absorpsiyon düzeyinde olan etkileşimler bilinmektedir.

3-Farmakodinamik faz: Bu fazda etkileşimler temel olarak additif, sinerjistik veya antagonistik etki olarak üç farklı düzeyde gerçekleşebilir.

Yaşlılarda çoklu ilaç kullanımı

Yaşlılarda çoklu ilaç kullanımının (6-9 ilaç) morbidite, hospitalizasyon ve düşmeler ile ilişkisi sıklıkla vurgulanmaktadır. Bununla birlikte aşırı ilaç kullanımının (10 veya daha fazla ilaç) mortalite ilişkisinin araştırıldığı çalışmalar, yaşlılarda aşırı ilaç kullanımının mortalite indikatörü olarak karşımıza çıktığını ifade etmektedirler. Yüksek oranlarda çoklu ilaç kombinasyonları; iki veya daha fazla narkotiğin, iki ya da daha fazla benzodiyazepinlerin, nitrat ve sildenafilin, HgbA1C %8.5 fazla olduğu durumlarda üç ya da daha fazla oral antidiyabetiğin kullanılması olarak da tanımlanmaktadır.

Amerika Birleşik Devletleri'nde nüfusun %13'ünü yaşlılar oluşturmakta, ancak tüm reçetelerin % 34'ünü almakta ve reçetesiz ilaçların % 40ını tüketmektedirler. 65 yaş ve üzerindekiilerin % 95 inin haftada en az bir ilaç kullandığı saptanmıştır. %40 dan fazlası haftada beş veya daha fazla, %12'si on veya daha fazla ilaç kullanmaktadır. Çoklu ilaç kullanımını da içeren uygunsuz reçeteleme yaşlılarda ilaç yan etkilerinin ortaya çıkmasında önemli bir etmendir ve ABD hükümeti tarafından 2000 yılında hazırlanan Sağlıklı İnsanlar 2000 (Healthy People 2000) raporunda önde gelen ilaç güvenliği konusu olarak seçilmiştir. Ayrıca yaşlılardaki ilaç kullanımına yönelik çalışmalarda reçetesiz olarak kullanılan ilaçların oranının yüksek olduğu ve bunların %40-60 ının analjezikler, laksatifler ve vitaminler olduğu belirlenmiştir.

İsviçre'de "reçeteli ilaç kullanımının kayıtları" temel alınarak 75-89 yaş grubuna mensup olan; 626.258 kişinin incelendiği kapsamlı bir çalışmada, günde beş veya fazla ilaç kullanımı; "çoklu ilaç kullanımı", 10 veya daha fazla ilaç kullanımı; "yoğun çoklu ilaç kullanımı" olarak adlandırılmış. Bunlara ek olarak üç veya daha fazla psikotrop ilacın, uzun etkili benzodiazepinlerin, antikolinerjiklerin ve en az bir klinik olarak ilaç-ilaç etkileşimine neden olacak ilaç kullanımının "uygunsuz ilaç kullanımı" olarak adlandırıldığı durum da ayrı bir parametre olarak ele alınmış. Araştırmanın sonuçlarına göre; düşük eğitim düzeyinin yoğun çoklu ilaç kullanımı, çoklu ilaç kullanımı ve uygunsuz ilaç kullanımı açısından en önemli riski oluşturduğunu göstermiş.

Ülkemizin 12 farklı şehrinde 65 yaş ve üzerindeki 1430 yaşlı ile görüşülerek çoklu ilaç kullanımının araştırıldığı bir çalışmada; 12 ildeki üniversitelerin tıp fakültesi hastanelerinin Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı polikliniklerine değişik yakınmalar ile ardı sıra baş vuran yaşlılar ile doktorlar tarafından yüz-yüze görüşmeler yapılmıştır. Araştırmaya katılan yaşlıların % 84.7'sinin sürekli kullandığı bir ilacı olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılanların % 15.3'ü ilaç kullanmadığını, %23.2'si sadece 1 ilaç kullandığını; %17'si iki ilaç; %19.2'si üç ilaç; %38.2'si ise 4 veya daha fazla ilaç kullandığını ifade etmiştir. Bu kapsamlı araştırmanın sonuçları; kadınlarda ilaç kullanım oranlarının yüksek olduğunu, eğitim düzeyinin ilaç kullanımını etkilemediğini, kronik hastalık varlığının ise istatistiksel açıdan anlamlı olarak etkilediğini vurgulamıştır.

Yine Türkiye'de 23 ildeki huzurevlerinde yapılan bir çalışmada; huzurevi sakinleri tarafından en sık kullanılan ilaçların kardiyovasküler sistem ilaçları ve analjezikler olduğu dikkati çekmiş, çoklu ilaç kullanımı ile ilaç yan etkileri arasında da pozitif korelasyonlar saptanmıştır. 1944 bireyin katıldığı bu çalışmada; katılımcıların %11.7 si dört ilaç, % 17.3 ü ise beş veya daha fazla sayıda ilaç kullanmakta olup, en sık kullanılan ilaç gruplarının; kardiyovasküler sistem ilaçları (%26.7), analjezik ve antiinflamatuvar ilaçlar (%20.8) ve hematopoetik sistem ilaçları(%14.8) olduğu görülmüştür. Polifarmasi ve bildirilen ilaç yan etkileri arasında pozitif korelasyon saptanan çalışmada, reçetesiz ilaç kullanım oranının ise kadınlarda %7.0, erkeklerde ise %6.0 olduğu belirlenmiştir.

Ankara'da 65 yaş ve üzerindeki 1300 kişi ile yapılan yüz yüze görüşmelerde yaşlıların yarısından fazlasının sürekli ilaç kullandığı, çoklu ilaç kullanımının kadınlarda daha fazla olduğu dikkati çekmiş, ayrıca yapılan karşılaştırmalarda bir doktor önerisi veya reçetesi doğrultusunda ilaç kullanımının kadınlarda daha yaygın

olduğu saptanmıştır. Dört ve daha fazla ilacın bir arada kullanımının en fazla 71-80 yaş grubunda olduğu, yaş ilerledikçe çoklu ilaç kullanımının azaldığı belirlenmiştir.

Yaşlılarda çoklu ilaç kullanımına zemin hazırlayan faktörler

Hastanın farklı doktorlara giderek çok sayıda reçete alması, reçetelere çok sayıda ilaç yazılması, doktorların fazla sayıda ilaç yazmaya eğilimli olmaları, hastaların fazla sayıda ilaç beklentileri, yaşlılarda tanıdan ziyade semptomla yönelik olarak ilaç kullanılması, doktorların eski ilacı kesip yeni ilaca başlama eğilimi, hastanın veya doktorun tercihi olarak kullanılan ilaçların otomatik olarak tekrar yazılması, çok sayıda reçetesiz ilaç satılması, yaşlı hastaların aile bireylerinden veya çevreden ilaç alarak kullanma eğilimi olması, son altı ay içinde hastaneye yatarak tedavi olmuş olmak, kadın olmak, depresyonda olmak, eğitim düzeyinin düşük olması ve hasta memnuniyeti gibi nedenlerle ileri yaş grubunda çoklu ilaç kullanımı klinik bir sorun oluşturmaktadır.

Yaşlılıkta çoklu ilaç kullanımını azaltmaya ve akılcı ilaç kullanımına yönelik öneriler

- 1-İyi bir ilaç kullanım öyküsü alınmalıdır,
- 2-Hastanın bildirdiği sorunlarının ilaca bağlı olup olmadığı değerlendirilmelidir,
- 3-Tedavi hedefleri belirlenmelidir,
- 4-Özgül ve akılcı reçeteleme yapılmalıdır,
- 5-Hasta uyumunu en üst düzeyde sağlayabilmek için olabildiğince basit tedavi rejimleri uygulanmalıdır,
- 6-Günde tek doz gibi uygulaması kolay dozlama şemaları tercih edilmelidir,
- 7-Aynı etki ve advers etki profiline sahip ilaç seçenekleri varsa geriatrik yaş grubu ile ilgili verisi olan ilaç tercih edilmelidir,
- 8-İlaçlar düşük dozda başlanmalı ve titrasyonla doz artırılmalıdır,
- 9-Çoklu ilaç kullanımından olabildiğince kaçınılmalıdır,
- 10-Herbal ürünlerin kullanımından kaçınılmalıdır,
- 11-Aynı anda çok sayıda organ üzerine etkisi olan ilaçlardan kaçınılmalıdır,
- 12-Özgül olmayan semptomlar için yeni ilaç eklenmemelidir,
- 13-Mümkünse aynı anda iki yeni ilaca başlanmamalıdır,
- 14-En az 6 ayda bir hastaların ilaçları gözden geçirilmelidir,
- 15-Açık bir endikasyonu olmayan ilaca devam edilmemelidir,
- 16-Hastaların eline, kullandıkları ilaçlarla ilgili bilgi içeren yazılı bir metin verilmelidir,
- 17-İlaç yan etkileri konusunda hasta, hasta yakınları, yatan hastalar için hemşireler bilgilendirilmelidir,
- 18-Tedaviye uyumu artırmak, ilaç dozunu gerektiğinden fazla veya az kullanmalarını önlemek için hastalara, ilaçlarını günlük/haftalık olarak ayırıp saklayabilecekleri özel kutular kullanmalarını önerilebilir,
- 19-Diüretikler, anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri, antiepileptik ilaçlar, antikoagülanlar, antiartimikler ve dijitaler gibi ilaçları kullanan hastaların, düzenli olarak kan testleri veya tedaviye özgü uygun takipleri (karaciğer, böbrek fonksiyon testleri, ilaç kan düzeyi v.s) yaptırılmalı; olası advers etkiler ve/veya toksisite yönünden değerlendirilmelidirler,
- 20-Her yeni başlanacak ilaç için şu sorgulamalar yapılmalıdır:

- ✓ Gerekli mi? (tedavi hedefi nedir?)
- ✓ Ne zaman kesilecek/kesilecek mi?
- ✓ Yarar/zarar oranı nedir?
- ✓ Yeni bir ilaç eklemek yerine öncelikle farmakolojik olmayan yaklaşımlar denenebilir mi?
- ✓ Bir başka ilacın yan etkisi için mi kullanılıyor? (İlaç yan etkisi için yeni bir ilaç başlamak yerine, ilk ilacın dozunu düşürmek ya da kesmek/değiştirmek daha uygundur),
- ✓ Seçilecek bir ilaç, mevcut iki hastalık için iyi gelir mi? (örneğin anjina ve hipertansiyon birlikteliğinde kalsiyum kanal blokörü kullanımı gibi) Bu mümkünse tek ilaçla tedavisi denenmelidir,
- ✓ Diğer ilaçlarla etkileşir mi?
- ✓ Hasta, yeni ilaçla ilgili olarak bilgilendirildi mi?

Yan etki sorunu-Yaşlılarda en sık yan etki oluşturan ilaç grubu santral sinir sistemi depresyonu yapan ilaçlardır, bunları antibiyotikler, analjezikler, antikoagülanlar, antihipertansifler, bronkodilatörler, diüretikler ve oral hipoglisemik ajanlar izlemektedir. İlaç yan etkisi olabileceğini düşündürmesi gereken bulguları ise yaşlılar göz önüne alındığında şöyle sıralanabilir; depresyon, konfüzyon, huzursuzluk, düşme, hafıza kaybı, ekstrapiramidal sistem bulguları (Parkinsonizm, tardiv diskinezi), konstipasyon ve inkontinanstır.

Yaşlılarda tedaviye uyum -Tedaviye uyum konusu, hem tedaviye uyum sağlama, hem de tedaviye bağlı kalma bileşenlerinden oluşmaktadır (Adherence: Compliance + Persistence). Yaşlılarda osteoporoz ve benzeri kronik hastalıklarda dikkati çeken tedaviye uyum konusunda sorun oluşturan temel faktörler şunlardır : **1-Hastalık ile ilgili** (asemptomatik ve sessiz seyreden hastalıklar, uzun süreli bir tedaviye gereksinimin olması, tedavi yararının hemen algılanamaması, ko-morbiditenin varlığı), **2-İlaç ile ilgili** (karmaşık tedavi şemaları, ilaçların yan etkileri, tedavinin uygulama sıklığı, uygulama şekli, uygulama gücü, tedavi süresi, uygulama karmaşıklığı, fazla sayıda ilaç kullanımı, kullanılması gereken ilacın maliyeti, geri ödeme koşullarının zorluğu, ilaca ulaşım sorunu), **3-Hasta ve hastanın emosyonel durumu ile ilgili** (yaş, hastalık ile ilgili bilgi eksikliği, tedavinin yararı konusunda bilgi eksikliği, yaşam tarzı özellikleri, sosyal destek yokluğu, hastalığın inkarı veya tanıya inanılmaması, kişisel olarak tanı ve tedavi gereksinimi konusunda ikna edilemeyen hastalar, unutkanlık ve depresyon varlığı), **4- İzlem sorunları** ve **5- Hasta-hekim ilişkileri**

Tedaviye uyum sağlanabilmesi için öneriler:

- 1-Tedaviye gereksinimleri olduğu konusunda hastaların“ikna” edilmesi,
- 2-Etkin “iletişim” kurulması,
- 3-Hastaların aranması, “kontrollere çağırılması”,
- 4-Hastanın tedavinin sonucu ve etkinliği konusunda “bilgilendirilmesi”,
- 5-Kontrol incelemeleri sonuçları konusunda “geri bildirim” sunulması,
- 6-Tedavinin “ulaşılabilir” olmasıdır.

Yaşlılık ve Kanıta Dayalı Tıp

Pek çok araştırma erişkin dönemdeki kişiler üzerinde yapılmakta, tedavi kılavuzları bu araştırmalardan kaynaklanan kanıtları temel almakta ve tedavi yaklaşımları bunlara dayandırılmaktadır. Oysa ileri yaş grubunda, özellikle huzurevlerinde veya bakım evlerinde yaşayan yaşlılar açısından bu ilaçlar uygun olmayabilir, yüksek risk oluşturabilir ve yararlanma oranları erişkinlere kıyasla daha düşük olabilir. Erişkinler için yaygın olarak kabul gören bir endikasyon ileri yaştakiler için belirsizlikler taşıyabilir, geçerli veya uygun olmayabilir. Ayrıca göz ardı edilmemesi gereken bir diğer gerçek de şudur; “**araştırma hastaları**” günlük rutin hekimlik uygulamalarındaki hastalarından farklıdır, tedavi şemalarına uyum göstermek durumundadırlar, sürekli kontrollere çağırılırlar ve hekim ile yakın ve ulaşılabilir bir ilişkileri vardır. Oysa “**poliklinik ortamlarında izlenen hastalar**” reçetelere uymayabilirler, ilaçlarını önerilen şekilde ve düzgün almayabilirler ve tedaviye devam etmeyebilirler. İleri yaştaki kişilerin tedavi planlarında bu noktaların göz önüne alınması gerekmektedir.

Yaşlı sağlığı açısından önemli bir sorun olarak karşımıza çıkan çoklu ilaç kullanımına çözüm üretme noktasında değişik uzmanlık dallarının sadece kendi bilgi ve deneyimleri değil, ayrıca bunların çok yönlü paylaşımı ve hekimlere sürekli tıp eğitimi ve sürekli mesleki gelişim etkinlikleri kapsamında yaşlılarda reçete yazma ilkeleri konusunda verilecek eğitimin yaygınlaşması da yararlı olacaktır . “Geriatrik-Palyatif” yaklaşımını benimseyen bazı araştırmacılar ileri yaştaki çoklu sağlık sorunları ile boğuşan hastaların palyatif bakımını öncelemekte, ilaç kullanımının en aza indirgenmesinin ilk tedavi ilkesi olması gerektiğini vurgulamaktadırlar. Özellikle tedavi başarı oranı düşük, çok sayıda hastalığı olan ileri yaş grubunda genel olarak benimsenen “düşük dozla başla ve yavaş artır (**start low, go slow**)” ilkesini “çoğu ilacı kes, kullanılacakların dozunu azalt (**stop most, reduce dose**)” olarak değiştirmektedirler.

Yaşlıların beklentisi; yaşamlarını güvenli ve sağlıklı bir ortamda, olanaklar çerçevesinde bağımsız olarak ve en önemlisi de üretken bir şekilde sürdürebilmek üzerinde yoğunlaşmaktadır. Günümüzde yoğun polifarmasinin ileri yaştaki kişilerin günlük yaşam aktiviteleri açısından ciddi risk oluşturduğu saptanmış, çoklu ilaç kullanımının morbidite, aşırı ilaç kullanımının ise mortalite açısından önemli göstergeler olduğu bildirilmiştir. Gerek akut bakım ünitelerinde, gerek poliklinik hizmeti verilen merkezlerde ve gerekse evde bakım ve uzun dönem bakım uygulamalarında sağlık personelinin uygun reçeteleme konusunda süregen olarak eğitimi gerekmektedir. Böylesi bir yaklaşım ile; maliyet, yan etkiler, konfüzyon, uyum sorunları ve tedaviden sapmalar kontrol altına alınabilecektir.

Uluslararası Yaklaşımlar

1999 yılı Dünya Sağlık Örgütü tarafından “Uluslararası Yaşlılar Yılı” olarak belirlendi. Yaşlıların ailelerine ve topluma katkıda bulunmayan insanlar olarak algılanmalarının yanlış olduğu vurgulanarak aktif ve üretken bir yaşlılık sürecinin önemi üzerinde duruldu. Ailesel, sosyal ve çevresel faktörleri kapsayan doğru bir yaşam tarzı yanında sosyal eşitsizlik ve yoksulluğun azaltılmasına yönelik politikalar da yaşlılık sürecinin en iyi şekilde yaşanabilmesine destek olacaktır.

Pek çok platformda gündeme getirilen 1982 “World Assembly on Ageing” raporundaki önemli noktaları tekrar anımsatmakta yarar vardır; yaşlılar fiziksel ve mental olarak kötüye kullanılmamalı, toplumun sosyal, eğitsel ve kültürel kaynaklarını kullanabilmeli, yaşlı birey potansiyelini geliştirme şansına sahip olabilmeli, nerde yaşarsa yaşasın temel özgürlük ve insan haklarına sahip olmalı, hastalıklardan korunmak için sağlık hizmetlerinden rahatlıkla yararlanabilmeli, olabildiğince uzun süre kendi ortamında yaşayabilmeli, yeterli gelire sahip olmalı, güvenli bir çevrede yaşayabilmeli, kapasite ve ilgi alanına göre hizmet verebilmeli, iş gücüne katılabilmeli, bilgi ve deneyimlerini genç kuşaklara aktarabilmek için kendi ile ilgili politikaların saptanmasında aktif rol alabilmelidir.

2002 yılında “Uluslararası Yaş/anma Asamblesi” tarafından yayınlanan Yaşlanma 2002 Uluslararası Eylem Planı’nın amacı; “Her yerde insanların güvenli ve saygın şekilde yaşlanmalarını ve toplumlarında bütün haklara sahip birer vatandaş olarak yaşamaya devam etmelerini garanti etmek” şeklinde ifade edilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü, Uluslar arası Gerontoloji ve Geriatri Birliği (IAGG) ve Avrupa Birliği Geriatrik Tıp Derneği (EUGMS) tarafından hazırlanan deklerasyonlarda geriatriğin önemi süregen olarak gündeme getirilmekte ve yaşlı sağlığı konusunun başta tıp olmak üzere ilgili tüm mesleklerin mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim süreçlerinde yer almasının önemi vurgulanmakta ayrıca yaşlılara sunulan tüm hizmetlerin ulusal eylem planları çerçevesinde ve multidisipliner bir yaklaşım ile gerçekleştirilmesi gerekliliği üzerinde durulmaktadır.

Ulusal Yaklaşımlar

Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Yaşlı Bakım Hizmetleri Dairesi Başkanlığı; sosyal ve ekonomik yoksulluk içinde bulunan yaşlıların tespiti, bakımı ve korunmaları ile ilgili hizmetleri düzenlemek, takip etmek, koordinasyon sağlamak, denetlemek, yaşlılara yönelik huzurevi ile benzer nitelikteki sosyal hizmet kuruluşlarının yurt sathında dengeli ve ihtiyaçlara dayalı olarak kurulması ve belirli program çerçevesinde yaygınlaştırılması ile ilgili faaliyetleri planlamak, uygulamak ve yürütülmesini takip ve koordine etmek, yaşlıların toplum içinde korunması ile ilgili faaliyetleri düzenlemek ve yürütülmesini sağlamak, kamu kuruluşları ile gerçek kişiler ve özel hukuk tüzel kişilerinince açılacak yaşlı kuruluşlarının açılmaları, çalışmaları ve denetlemeleri ile ilgili esasları belirlemek, rehberlik etmek, uygulamayı takip, koordine etmek ve denetlemekle görevlendirilmiştir .

2008 yılında Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu’nun koordinatörlüğünde, konu ile ilgili tüm kurum ve kuruluşların aktif katılımı ile “**Türkiye’de yaşlıların durumu ve yaşlanma ulusal eylem planı**” için bir çalıştay gerçekleştirilmiş ve bu etkinlik sonucunda hazırlanan raporda ele alınan ana konular aşağıdaki şekilde netleştirilmiş olup, uygulamaların başlatılmasına karar verilmiştir.

1-Yaşlılar ve kalkınma:

a-Topluma ve Kalkınma Sürecine Aktif Katılım; Yaşlıların Sosyal, Kültürel, Ekonomik ve Politik Katılımlarının Sağlanması ve Yaşlıların Karar Verme Sürecinin Bütün Aşamalarına Katılımının Sağlanması, b-İş ve Yaşlanan İşgücü; Çalışmak İsteyen Bütün Yaşlılar İçin İstihdam Olanaklarının sağlanması, c-Kırsal Kesimde Kalkınma, Göç ve Kentleşme; Kırsal Kesimde Yaşam Koşullarının ve Alt Yapının İyileştirilmesi, Yaşlıların Kırsal Kesimde Toplum Tarafından Dışlanması Önlenmesi ve Yaşlı Göçmenlerin Yeni Toplumlara Katılımı, d-Bilgiye Erişim, Eğitim ve Öğrenim; Öğrenim, Eğitim ve Eğitimin Yenilenmesi Olanaklarından Olduğu Kadar Mesleki Rehberlik ve Yerleştirme Hizmetleri İle İlgili Yaşam Boyu Fırsat Eşitliği ve Bütün Yaş Gruplarında Bireylerin, Yaşla Kazanılmış Deneyimlerin Yararları Göz Önüne Alınarak, Kapasite ve Danışmanlığından Yararlanma, e-Kuşaklar Arası Dayanışma; Kuşaklar Arası Eşitlik ve Dayanışmanın Güçlendirilmesi, f-Yoksulluğun Ortadan Kaldırılması; Yaşlılarda Yoksulluğun Azaltılması, g-Sosyal Koruma/Sosyal Güvenlik, Gelir Güvenliği ve Yoksulluğun Önlenmesi; Bütün Çalışanlara Yönelik Emekli Maaşları, Özürlülük Yardımları ve Sağlık Güvencesi Dahil Olmak Üzere, Temel Sosyal Koruma/Sosyal Güvenlik Sağlanabilmesi İçin Programlar Geliştirilmesi ve Bütün Yaşlılara, Özellikle Sosyal ve Ekonomik Olarak Dezavantajlı Olanlara Yeterli Asgari Gelir Sağlanması, h-Acil Durumlar Doğal Afetler İle Diğer Acil Durumlar Sırasında ve Sonrasında Yaşlıların Beslenme, Barınma, Tıbbi Bakım ve Diğer Hizmetlerden Eşit Olarak Yararlanması ve Acil Durumlardan Sonra Toplumların Tekrar Kurulması, Yeniden Yapılanması ve Sosyal Dokunun Düzenlenmesi Yönünde Yaşlıların Katkılarının Artırılması

2-Yaşlılıkta sağlık ve refahın artırılması:

a-Yaşam Boyu Sağlığın Geliştirilmesi ve Refahın Artırılması; Yaşlılık Döneminde Hastalık ve Bağımlı Kalma Riskini Artıran Faktörlerin Birikmiş Etkilerinin Azaltılması, Yaşlılık Dönemindeki Hastalıkların Önlenmesi İçin Politika Geliştirilmesi ve Bütün Yaşlılar İçin Gıda Maddelerine Ulaşımın ve Yeterli Beslenmenin Sağlanması, b-Sağlık ve Bakım Hizmetlerine Tam Erişimin Sağlanması; Yaşlıların Sağlık ve Bakım Hizmetlerine Evrensel ve Eşit Olarak Ulaşımının Sağlanması İçin Yaş, Cinsiyet ya da Herhangi Bir Nedene Dayalı Sosyal ve Ekonomik Eşitsizliklerin Ortadan Kaldırılması, Yaşlıların Gereksinimlerinin Karşlanması ve Sürece Katılımlarının Teşvik Edilmesi İçin Temel Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi ve Güçlendirilmesi, Yaşlıların Gereksinimlerini Karşılama İçin Sağlık ve Bakım Hizmetlerinin Sürdürülebilirliğinin Sağlanması ve Sağlık Politikasının Uygulama ve Geliştirilmesinde Yaşlıların Aktif Katılımının Sağlanması, c-Bakım Hizmeti Verenlerin ve Sağlık Çalışanlarının Eğitimi, Yaşlıların Gereksinimleri Konusunda Sağlık Çalışanlarının ve Bakım Hizmeti Veren Diğer Bireylerin Bilgilendirilmesi ve Eğitim Olanaklarının Sağlanması, d-Yaşlıların Ruh Sağlığı Gereksinimleri; Korumadan Erken Tanı ve Tedaviye Değişen Çeşitli ve Çok Yönlü Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Geliştirilmesi, Yaşlılarda Ruh Sağlığı Sorunlarının Çözümlemesi ve Tedavi Hizmetleri, e-Yaşlılar ve Yeti Yetersizliği; Yaşam Boyu Fonksiyonel Kapasitenin En Üst Düzeyde Sürdürülebilmesi ve Yeti Yetersizliği Olan Yaşlıların Tam Katılımının Sağlanması

3-Yaşlılar için olanaklar sunan, destekleyici ortamların sağlanması:

a-Konutlar ve Yaşanan Alanlar; Yaşlıların Bireysel Tercihleri Göz Önüne Alınarak Toplum İçinde “Kendi Ortamlarında Yaşlanma”nın Teşvik Edilmesi, Yeti Yetersizliği Olanlar Başta Olmak Üzere Yaşlıların Gereksinimleri Göz Önüne Alınarak Bağımsız Yaşamının Teşvik Edilmesini Sağlamak Üzere Ev ve Çevresel Tasarımların Geliştirilmesi, Yaşlıların Ekonomik Olarak Karşılatabileceği, Erişilebilir Ulaşım Sistemlerinin Var olması ve Geliştirilmesi,

b-Bakım ve Bakım Verenlerin Desteklenmesi; Yaşlılara Verilen Hizmetlerin Sürekliliğinin Sağlanması ve Bakım Verenlerin Desteklenmesi, Yaşlıların, Özellikle Kadınların Bakım Hizmetlerindeki Rollerinin Desteklenmesi,

c-İstismar, İhmal ve Şiddet; Yaşlılara Karşı Her Türlü İhmal, İstismar ve Şiddetin Ortadan Kaldırılması, Yaşlı İstismarını Önlemeye Yönelik Destek Hizmetlerinin Verilmesi,

d-Yaşlanmaya Bakış Açısı; Yaşlıların Otorite, Bilge, Üretken Özelliklerinin ve Diğer Önemli Katkılarının Toplum

Tarafından Tanınmasının Sağlanması.

Ulusal alanda bir başka etkinlik olarak; T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Daire Başkanlığı, Yaşlı Sağlığı Şube Müdürlüğü tarafından organize edilen “Birinci basamakta çalışan hekimler için yaşlı sağlığı tanı ve tedavi rehberi” ve “Yaşlı Sağlığı Eğiticiler için Eğitim Rehberi” konularında kapsamlı kitaplar hazırlanmış ve etkin bir şekilde dağıtılmıştır.

Kaynaklar

1. Gökçe Kutsal Y. Aging in Turkey. In: Palmore E, Whittington F, Kunkel SR (Eds): International Handbook on Aging. The Current Research and Developments, Greenwood Publishing Group, ABC CLIO Press, USA 2009 pp 579-92.
2. Gökçe-Kutsal Y. Neden geriatri? Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2009;55(Özel Sayı 2):51-6.
3. Gokce-Kutsal Y, Barak A, Atalay A, Baydar T, Kucukoglu S, Tuncer T, Hizmetli S, Dursun N, Eyigor S, Saridogan M, Bodur H, Canturk F, Turhanoglu A, Arslan S, Basaran A. Polypharmacy in elderly. J Am Med Dir Assoc 2009;10(7):486-90.
4. Gökçe-Kutsal Y, Biberoglu K, Atlı T, Aslan D (Eds). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hekimler İçin Yaşlı Sağlığı Tanı-Tedavi Rehberi 2010 Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları, Ankara, 2010.
5. Gökçe-Kutsal Y, Kabaroglu C, Aslan D. Biogerontology in Turkey: a brief report. Biogerontology 2011;12(1):83-6.
6. Gökçe-Kutsal Y. Yaşlıda akılcı ilaç kullanımı. In: Ataman S, Yalçın P (Eds) Romatoloji. TRASD yayını, MN Medikal and Nobel Tıp Kitabevi, 2011, pp 355-64.
7. Gökçe-Kutsal Y, Eyigör S. Klinisyen gözüyle yaşlılık döneminde sık görülen hastalıklar. In: Aslan D, Ertem M (Eds). Türkiye Sağlık Raporu. Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler, HASUDER yayını, 2012, Available at: http://hasuder.org.tr/anasayfa/images/stories/dosyalar/yal_sal_son_hali.pdf. 12.12.2012.
8. Troisi J, Gokce Kutsal Y (Eds). Aging in Turkey, International Institute on Aging-INIA publication, Veritas Press, Malta 2006, pp 23-105.

YAŞLININ DEĞERLENDİRİLMESİ VE “CHECK-UP”

Dr. Cem SUNGUR

ÖZ

Günümüzde koruyucu nitelikteki sağlık hizmetleri, ileri yaş grubuna özgü klinik çalışmalara ve kanıtlara uygun olarak sunulmamaktadır. Bu hizmetler daha çok orta yaşlı bireyler için geliştirilmiş olan öneriler doğrultusunda, yaşlıların dahil edilmediği klinik çalışma verilerinden yola çıkılarak, ağırlıklı olarak hekimlerin subjektif algılarına dayalı ve çok gerçekçi olmayan beklentilerle yönlendirilmektedir. Bu öneriler, çoğu kez, duyarlılığı ve özgünlüğü yaşlılar için bilinmeyen tetkiklerin, gereksiz sıklıklarla tekrarlanmasına odaklanmaktadır. Yapılan testlerin neden olduğu olumsuz etkiler, anksiyete ve maliyetler açısından yaşlılar daha fazla risk altındadır.

Bir çok sağlık kuruluşu yaşlılara, onlara göre tasarlanmamış ortamlarda, izleyip tamamlayamayacakları karmaşıklık ve yoruculukta ve yaşlıların bütüncül değerlendirmesini içermeyen koruyucu sağlık programları sunmaktadır. Bir çok yaşlının sağlık kuruluşlarına ulaşamadığı, hatta evlerinden çıkamadığı da dikkate alınırsa önemli sayıda yaşlının koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanamayacağı varsayılabilir.

Programlar daha çok izole organ sistemlerine yönelik ve tedavi edici hekimliğin yöntemlerinin kullanıldığı yaklaşımlar içermektedir. Oysa yaşlıların çoğu, genç ve orta yaşlı insanların aksine çok sayıda morbiditeden etkilenmiş bireylerdir. Bir çok program yaşlıların kognitif işlev bozukluğu, düşkünlük ve beklenen yaşam sürelerini karar verme süreçlerine dahil etmeden koruyucu sağlık hizmetleri sunmaya çalışmaktadır.

Sorunlardan birisi de hekimlerin koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili istatistikler konusunda doğru hesaplamalar yapamamasıdır. Bu nedenle bazı tarama testlerinin sağladığı yararlar abartılı olarak algılanmakta ve sağlık kontrolleri için başvuran yaşlılara gereksiz tetkikler önerilmektedir.

Koruyucu sağlık hizmetleri sırasında yaşlılar açısından çok önemli olan immünizasyonlar, depresyon taraması, işitme ve görme taramaları ve ilaç tedavilerinin sadeleştirilmeleri gibi hizmetler sunulmamaktadır.

Bütün bu nedenlerle USPSTF (*U.S. Preventive Services Task Force*) yaşlıları erişkinler içinde ayrı bir grup olarak ele alan, yerinde ve bütüncül değerlendirmelere dayalı ve yaşlıların sağlıklarını tehdit eden sorunların önlenmesine yönelik yeni bir yaklaşım biçimi tanımlamış ve bu çerçevenin kullanıldığı ilk klinik uygulama kılavuzunu yayınlamıştır.

Bu sunumda yaşlılar için geliştirilmiş ve halen kullanımda olan koruyucu sağlık hizmetleri özetlendikten sonra, günümüzde yaygın olarak uygulanmaya devam eden hatalar ve nedenleri üzerinde durulacaktır. Son kısımda ise özellikle yaşlılar için geliştirilen yeni koruyucu sağlık hizmeti kavramı ve yöntemleri aktarılmaya çalışılacaktır.

YAŞLILIK DÖNEMİNDE ÇEVREL DAMAR HASTALIKLARI

Dr. Ali KUTSAL

Dünya genelinde ilk defa 1998 yılında yaşlı bireylerin toplam nüfus içindeki payı çocukları geçmiştir. Bugün dünya nüfusunun %10'nunu almış beş ve daha yukarı yaşlardaki bireyler oluşturmaktadır. Yapılan projeksiyonlarda 2020 yılında dünya nüfusunun 7.5 milyara, altmış yaş ve üstü nüfus grubunun 1 milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir. Dünya genelinde her geçen ay yaklaşık 800 bin kişi yaşlılığa adım atmaktadır.

Yapılan araştırmalar damar hastalığı (DH) olan kişilerin genel topluma oranla beklenen yaşam sürelerinin 10 yıl daha kısa olduğunu göstermiştir. Türkiye'de 1970 yılında yapılan nüfus sayımında 65 yaş ve üzerindeki kişiler toplam nüfusun %4.5'ünü oluştururken (1 656 696 kişi) 1990 nüfus sayımında bu oran %5.95'e (3 000 400/55 736 957) yükselmiştir. 1990 yılında her 1000 kişiden 43'ü 65 yaş üzerinde iken 1997 yılında bu sayı 60'a yükselmiştir, 2010 yılında ise 110'a ulaşmıştır.

Ortalama yaşam süresinin uzamasına bağlı olarak yaşlılarda arterioskleroz gelişme ve semptomatik arteriel hastalık görülme sıklığında da artış olmaktadır. ABD'de halen 8-10 milyon kişinin damar hastalığı olduğu tahmin edilmektedir. Görülme sıklığı yaşla artmaktadır ve non-invaziv test sonuçlarına göre 70 yaş üzerindekiilerin % 20 sinde çevrel arter hastalığı vardır.

DH olan yaşlılarda sıklıkla koroner arter hastalığı ve serebrovasküler hastalıkta birlikte bulunmaktadır. Yaşın ileri oluşu, diabetes mellitus ve sigara içmeye devam edilmesi de prognozu olumsuz yönde etkilemekte ve risk faktörlerinin üst üste eklenmesi ile çevrel arteriyel hastalığı olanların mortalite oranı da artmaktadır.

Çevrel damar hastalıkları arteriyel, venöz ve lenfatik sistemi tutan ve birbirinden farklı ve iyi tanımlanabilen klinik tablolara neden olan hastalıklardır. İyi bir öykü alınması ve fizik muayene ile büyük kısmına doğru tanı konulabilmektedir.

Alt ekstremiteleri tutan arteriyel hastalıklarda ana semptom çoğunlukla ağrıdır. Aralıklarla ortaya çıkan ağrı genellikle intermittent klodikasyon (İK) olarak isimlendirilir ve hareket veya yol yürüme ile meydana gelir. Hafif-orta derecedeki çevrel arteriyel hastalığın (ÇAH) en sık semptomu İK dur. 65 yaş üzerindeki kişilerde % 2 oranında görülür. ÇAH olanların % 40 ında da klodikasyon vardır. İK olanlarda çevrel damar hastalığı olmayanlara oranla ölüm riski 2 kat, beraberinde koroner arter hastalığı da olanlarda 3 kat artmaktadır .

Devamlı ağrı ise akut arteriyel tıkanma , ülserasyon ve gangren veya arterit , flebit veya lenfanjitde olur. Yaşlı hastalarda ağrı kendini daha farklı şekillerde de gösterebilir. Örneğin hasta İK yerine bacaklarında gerginlik hissi , soğukluk veya duyu azalması yakınması ile de başvurabilir. 70 yaşın altındakilerde İK , üstündekilerde ise gangren insidensinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir.

Yaşlılarda hareketle baldırda ağrıya neden olabilecek farklı hastalıklar vardır. İK'da baldırda ağrı genellikle aynı miktarda yol yürüme ile ortaya çıkar ve dinlenince geçer. Hastalığın ilerlemesi ile ağrının ortaya çıkma süresi de kısılır. Çeşitli kas-iskelet sistemi hastalıklarında ortaya çıkan adele krampları ise genellikle adele ve sinirlerin gerilmeye karşı bir yanıtı olarak görülür ve daha çok gece krampları şeklinde kendini gösterir.

Yaşlıda süperfisiyel femoral arter tıkanıklıklarında tipik İK görülmeyebilir. Çünkü sedanter yaşam İK'nun ortaya çıkmasını geciktirebilir veya hastalık kollateral dolaşımın gelişmesine olanak sağlayacak kadar yavaş bir seyirle

gelişmiş olabilir. Aorta – iliak seviyede tıkanıklığı olanlar ise baldırda ağrıdan çok kalça ve uylukta hareketle ortaya çıkan çabuk yorulma , uyuşma veya ağrıdan yakınır.

Spinal stenoz veya lumbosakral vertebraların obliteratif artritinin neden olduğu lumbosakral nöropatide pseudoclaudication olarak isimlendirilen ve İK ile karışabilen belirtiler verir . Ancak bunlarda ağrıya neden olan hareket miktarı her seferinde farklıdır , dinlenme ile ağrı nın geçmesi uzun zaman alır ve ağrının şiddeti ve süresi hava durumu ve fiziksel aktivitedeki değişikliklere bağlı olarak günden güne farklılıklar gösterir. Yaşlılarda sıklıkla nabız şiddetinde bir miktar azalma görülebildiği ve damarlar üzerinde dinlemekle üfürümler duyulabildiği için ayırıcı tanıda çok dikkat edilmelidir. Aorta – iliak tıkanıklığı olan yaşlılarda bacak ve uylukta ağrı ile birlikte sıklıkla empotens de vardır. Empotens olmayanlarda diğer ağrı nedenleri de düşünülmelidir.

İliofemoral derin ven trombozu sonrası rekanalizasyon gelişmeyenlerde venöz claudication ortaya çıkar. Bu kişilerde açık kollateral venler istirahatte venöz dönüşü sağlayabilir , ancak egzersiz ile birlikte ekstremitelere gelen kan miktarı artınca yetersiz kalırlar , venler gerilir ve artan basınca bağlı olarak ağrı ortaya çıkar. Venöz sistemden kan akımının yavaşlaması nedeni ile de istirahate rağmen ağrının kaybolması uzun zaman alır.

İskemik istirahat ağrısı tipik olarak geceleri belirgin hale gelir , ayağın metatarsal bölge ve distalinde şiddetlidir. Sıklıkla parmaklarda gangranöz ülserler de ağrıya eşlik eder. Bacağın sarkıtılması ve sıcak uygulaması ağrıyı bir miktar rahatlatıldığı için hastalar genellikle bacaklarını yataktan sarkıtarak oturur. Yaşlılarda metatarsofalengeal eklemlerin artritleri de aynı tür ağrı ve görüntüye neden olabilir. Ancak bunlarda iskemik ağrıdan farklı olarak ayak üzerine basmakla da ağrı ortaya çıkar ve giderek şiddetlenir. Muayenede eklemler duyarlıdır.

Yaşlılarda görülebilen iskemik ülser ile diğer hastalıklara bağlı ülserlerin ayırıcı tanısı Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1- Ekstremitelerde görülen ülserin ayırıcı tanısı

Tip	Neden	Yer	Ağrı	Klinik
İskemik	Arterioskleroz Akut oklüzyon	Parmaklar, ayak tabanı bilek bölgesi nadiren pretibial	Şiddetli	Akut dönemde tek ve düzensiz kenarlı, kronikleştikçe krater gibi
Nörotrofik	Nöropatiler Myelopatiler Tekrarlayan travma	Ayak veya parmakların taban yüzünde, malleoller veya basınç noktasında	Ağrısız	Tek, derin, sıklıkla enfekte, dokunma ile kanar
Sistemik*	Küçük arter ve arteriollerin inflamatuvar değişiklikleri	Bacağın 1/3 alt kısmı pretibial, parmaklar	Orta-Şiddetli	Ciltte multiple infarktlar şeklinde
Hipertansif	Küçük damarların medial hipertrofisi, arteriollerin fibrinoid nekrozu	Malleol çevresi ve bacak posterolaterali	Şiddetli	Tek ve büyük
Staz	Venöz hastalıklar A-V fistül	İç malleol çevresi ve bacak 1/3 alt kısmı	Hafif	Çevresinde pigmentasyon, staz dermatiti, kaşıntı vardır. Kenarları düzensizdir ve venöz sızıntı vardır

Vaskülitler. Poliarteritis Nodosa. SLE. Skleroderma. Romatoid Artrit. Ülseratif Kolit. Sfiliz.

Fizik muayenede bütün nabızlar mutlaka kontrol edilmelidir. Arter traselerine uyan bölgelerde bulunan pulsatil kitleler anevrizma veya arterio-venöz fistül açısından araştırılmalıdır. Böbreklerde görülen renal cell karsinoma (Hipernefroma) ve trioid kanserinin kemik metastazlarının anevrizmaya benzer şekilde pulzasyon verdiği ve hatta üzerlerinde üfürüm duyabileceği unutulmamalıdır. Alt ekstremitelerde anevrizma sıklıkla femoral ve popliteal arterlerde görüldüğünden kitlenin bu traselere uygun olup olmadığı göz önüne alınmalıdır. Dinlemekle anevrizma üzerinde sistolik , a-v fistül üzerinde ise devamlı üfürüm duyulması ayırıcı tanı açısından önemlidir.

Palpasyon ve dinlemeden sonra iskemiye bağlı trofik değişiklikler olan kıllarda dökülme, tırnaklarda gelişme bozukluğu, subkutan atrofi, renk ve ısı farklılıkları açısından ekstremiteler değerlendirilmelidir.

Yaşlılarda en sık karşılaşılan problemlerden birisi de bacakta şişliktir. Uzun süreli oturma veya ayakta durmaya bağlı olarak hemen hemen herkeste ödem görülebilir. Aşırı tuz alanlarda veya sıcak havalarda ödemde artma da olabilir . Romatoid artriti olanlarda , felçlilerde veya tekerlekli iskemleye bağımlı hastalarda da bacaklarda sıklıkla ödem görülebilir. Bunlarda tuz alımının kısıtlanması , elastik çorap giydirilmesi ve diüretik kullanılması ile sorun çözümlenebilir. Ancak bacaklarda ödeme yol açan ve tedavileri farklı olduğu için ayırıcı tanının iyi yapılması gereken çok sayıda neden vardır (Tablo 2 ve 3).

Tablo 2- Bacakta ödeme yol açan nedenler

İki Taraflı	Tek Taraflı (Ağrılı)	Tek Taraflı (Ağrısız)
Konjestif Kalp Yetmezliği	Derin Ven Trombozu	Kronik Venöz Yetmezlik (Post Flebitik Sendrom)
Nefrotik Sendrom	Abse	Lenfödem (Primer ve sekonder)
Glomerulonefrit	Rüptüre Baker Kisti	Venöz sisteme dıştan bası
Pretibial Miksödem (Graves Hastalığı)	Travma	Arterio-Venöz Fistül
Hipoproteinemi (Malabsorbsiyon veya malnütrisyon)	Selülit	Yumuşak doku veya vasküler tümörler
İlaç Reaksiyonları	Kompartman Sendromları	
Hepatik Siroz	Adele veya tendon yırtılması	
Lenfödem		
Lipödem		
Retroperitoneal Fibrozis		

Tablo 3- Yaşlılarda bacakta ödeme neden olabilen ilaçlar

Antihipertansif İlaçlar	Hormonlar	Diğer
Kalsiyum kanal blokerleri	Kortikosteroidler	Fenilbutazon
Klonidin	Estrojen	Monoamine oksidaz inhibitörleri
Minoksidil	Testesteron	
Hidralazin	Progesteron	
Diazoksid		
Metildopa		
Rauwolfia alkaloidleri		

Bacaklarında ödem yakınması olan hastada uzun süreli oturmasını gerektiren bir durum veya travma olup olmadığı ve kardiyak, renal ve hepatik sistem iyi sorgulanmalıdır. Yaşlı hastaların genellikle kullandığı antihipertansif ilaçlar ve hormonlar iyi araştırılmalıdır.

Ödem başlama şekli de nedeni hakkında fikir verebilir. Örneğin kısa sürede oluşan bir ödem derin ven trombozu, tromboflebit, selülit, arteriyel cerrahi sonrası gelişen kompartman sendromu, Baker kisti veya gastrocnemius adelesinin rüptürüne bağlı olabilir.

Yavaş gelişen ödem ise kronik venöz yetmezlik, lenfödem, sistemik hastalıklar veya ilaçlara bağlı olabilir. Tekrarlayan ataklar halinde ateş ve kızarıklıkla seyreden ödem ise daha çok selülit ve lenfanjitte görülür. Ödemle birlikte ağrı olup olmaması de ayrııcı tanıda önemlidir. Ayak bileğinden itibaren bacakta ödem olması lipödem için tipiktir.

Günümüzde çevrel damar hastalıklarının var olup olmadığını, yerleşim yerini ve ciddiyetini saptamada altın standart kabul edilen anjiyografiye oranla non invazif tekniklerin kullanılması tercih edilmektedir. Daha gelişmiş yöntemler ise invazif bir girişim düşünülen hastalarda uygulanmaktadır.

Bacıklarda kan akımını değerlendirme açısından elevasyon testi iyi fikir veren bir yöntemdir. Hasta yatar durumda bacaklarını yerden 65-70 derece kadar yukarıya kaldırır ve muayene eden kişi alttan desteklerken ayaklara fleksiyon ve ekstansiyon hareketleri yaptırır. Arteriyel dolaşım iyi değilse ayak tabanı ve parmaklarda ileri derecede solukluk ortaya çıkar ve venler tamamen kaybolur. Daha sonra hasta bacaklarını sarkıtılarak oturtulur. Bu pozisyonda dolaşımı normal olanlarda 10 saniye içinde ayağın rengi normale döner. Süre 40 saniyeden daha uzun sürer ve venöz doluş gecikirse önemli dolaşım bozukluğu var demektir.

Arteriyel sistemde iskeminin şiddetini ve tıkaçıcı lezyonun yerini saptamada genellikle kan akımı azalmadan önce basınçta düşme meydana geldiği için basınç ölçülmesi önemli bir göstergedir.

Bilek kan basıncı ölçümleri: Çevrel damar hastalığının tanısında en sık kullanılan test doppler ile ölçülen bilek kan basıncıdır. Bu parametre brakial basınç ile ilişkilendirilir ve brakial basıncın ayak bileği basıncına oranı 'Ankle brakial indeks' olarak kullanılır. Bunun için Doppler probu tibialis veya dorsalis pedis nabızı üzerine stetoskop gibi yerleştirilerek ayak bileğinde sistolik kan basıncı ölçülür ve en yüksek kol basıncına bölünmesi ile oran saptanır. Normalde ayak bileği basıncı kol basıncından hafif yüksektir. Ayak bileği / brakial basınç oranının 0.9 ve üzerinde olması normal kabul edilir. 0.9'un altında ise tıkaçıcı bir lezyon var demektir (Tablo 4). Ayak bileği basıncının 50 mm.Hg'nin altında olması da kritik iskemiye işaret eder. Ancak daha yüksek basınca sahip hastalarda da cerrahi girişim gerekebileceğinden hastalığın ciddiyeti, anjiyoplasti veya cerrahi girişim gerekip gerekmeyeceği konusunda kesin fikir vermez.

Tablo 4- Alt ekstremitenin kronik iskemisinde bulgular

Semptom	Nabız	Ayak Beslenmesi	Ayak Bileği Basıncı
Hafif klodikasyo	Normal veya egzersizle azalır veya yok	Normal	Normal veya egzersizle azalır
Orta şiddetli klodikasyo	İstirahatte azalmış veya yok	Normal veya hafif bozuk	İndeks 0.6 - 0.9
İstirahat ağrısı	Yok	Kötü (soğuk, soluk)	İndeks 0.3 - 0.5
Ülser veya gangren	Yok	Çok kötü	İndeks 0 - 0.4

Ayak parmağı (toe) basınç ölçümleri: Ayak bileği basıncı ölçülemediği veya arterdeki mediasklerozuna bağlı olarak yanlış yüksek değerler verdiği durumlarda veya iyice distal hastalığı göstermede önemlidir. Parmak

basıncının 30 mm Hg'nin altında olması kritik iskemiyi gösterir. Parmak basıncı genellikle fotopletismografi ile ölçülür, ancak lazer doppler de yararlıdır.

Ciltten oksijen basıncı ölçümü: Lokal ülserasyon veya amputasyon nedeni ile parmak basıncının ölçülemediği durumlarda, transkutan oksimetri cihazı kullanılarak ciltten lokal oksijen basıncı ölçümü yapılabilir. Bu ölçüm lokal mikrosirkülatuar dolaşımı gösterir. Mikrosirkülatuar parametreler kritik iskeminin ciddiyetini değerlendirmede önemlidir. Bunların içerisinde $TcpO_2$ en yararlısıdır. $TcpO_2$ 30 mm.Hg'nin altında ise kritik iskemide vardır ve yara iyileşme kapasitesi de iyi değildir. Ayrıca $TcpO_2$ ölçümü tedavinin geleceği ve amputasyon seviyesini belirlemede önemlidir.

Renkli duplex scanning: Aortadan ayağa kadar uzanan damarları incelemeye yaygın olarak kullanılan noninvaziv bir yöntemdir. Ancak değerlendirilmesi uzmanlık ister. Damar hastalığının hem yeri hem de ciddiyeti hakkında bilgi verdiği için anjio gerekip gerekmediği konusunda da fikir verir. Gereken durumlarda kontrast madde kullanılması da damar görünürlüğünü artırır. Bu ajanlar 3-10 MHz frekansta rezonans gösteren mikrokabarcıklar içerir. Bu rezonans ultrasound dalgasının daha fazla yansıtılmasını sağlar.

Magnetik rezonans anjiyografi: Son yıllarda daha ucuz ve daha az invaziv oluşu nedeniyle DSA'ya alternatif olmuştur. MRA'nin aortoiliak ve femoropopliteal bölgedeki güvenilirliği anjio ile kıyaslanabilir. MRA duplex scanne göre daha pahalı ve daha az bulunan bir yöntem ise de değerlendirmesi daha az deneyim ister. Ayrıca non-invazivdir, kontrast madde kullanımı gerektirmez ve düşük akımlı alanlarda bile ölçüm yapılabilir. Ancak distal arterleri göstermede anjiyografiye üstünlüğü tartışmalıdır. Gadolinium kullanılarak elde edilen sonuçların anjiyo ve duplex ultrasonografi ile kıyaslanabileceğini belirten yayınlar vardır.

Bu ölçümün çeşitli segmentler arasında tekrarlanması ile lezyonun yeri de saptanabilir. Aynı bacakta iki segment arasında 30 mm Hg. dan veya diğer bacakta aynı segmente oranla 20 mm Hg. dan fazla fark olması önemli arteriyel daralmayı gösterir. Ancak bu ölçümler diabetes mellitusu olan hastalarda medial kalsifikasyona bağlı olarak arter duvarı sertleştiği için doğru sonuç vermeyebilir.

Doppler, duplex ve triplex scanning, impedans pletismografi periferik damar hastalıklarının tanı ve ayırıcı tanısında kullanılabilecek önemli non-invaziv yöntemlerdir. Ancak bunların yeterli olmadığı durumlarda arteriyografi veya venografi geciktirilmeden yapılmalıdır. Yaşlıda var olan damar hastalığı ameliyatla tedavi edilmeden önce eşlik eden diğer hastalıklar, ameliyatın kar/zarar oranı çok iyi hesaplanmalı, hasta ile de görüşülerek en uygun koşullarda ameliyat planlanmalıdır.

Koroner ve çevrel damar hastalıklarının gelişmesinde aynı risk faktörleri etkili olduğu için sıklıkla ikisi bir arada bulunur. Damar hastalığına bağlı olarak efor kapasitesinin kısıtlı oluşu koroner arter hastalığının uzun süre sessiz kalmasına neden olabilir. Aynı anda koroner ve periferik anjiyografi yapılan 100 yaşlı hastanın incelenmesinde aortailiak tıkaçıcı hastalığı olanların %47, femoropopliteal tıkaçıcı arter hastalığı olanların % 48'inde en az bir koroner damarda %75'in üzerinde darlık olduğu gösterilmiştir.

Bir başka araştırmada aortailiak tıkaçıcı hastalık nedeni ile ameliyat edilenlerde % 67, abdominal aorta anevrizması nedeni ile ameliyat edilenlerde % 45 sıklığında mortalite nedeninin miyokard infarktüsü olduğu saptanmıştır. Ayrıca geç ölümlerin de % 38-55'i miyokard infarktüsüne bağlı olmaktadır. Bu nedenle çevrel tıkaçıcı damar hastalığı veya abdominal aorta anevrizması olanlar koroner arter hastalığı açısından da iyi araştırılmalıdır. Ameliyat gerektiren koroner arter hastalığı olanlarda öncelikle koroner bypass yapılmasının erken ve geç ölümleri azalttığı saptanmıştır.

Yaşlı hastalarda ameliyattan sonra % 20-40 sıklığında akciğer komplikasyonları görülmektedir. Perioperatif ölümlerin 1/3-1/6'sından akciğer komplikasyonları sorumludur. Yaşın ileri oluşu nedeniyle akciğerlerde meydana gelen değişiklikler, kronik akciğer hastalığı ve sigara içilmesi kapanma volümünde artışa neden olmakta ve bu fonksiyonel rezidüel kapasitenin üzerine çıktığı takdirde ateletaksi gelişmektedir. Abdominal cerrahi sonrası total

akciğer kapasitesi ve ekspiratuar rezerv volüm azalır , ventilasyon ve gaz değişiminde değişiklikler meydana gelir , akciğerin savunma mekanizması bozulur. Bu nedenle ameliyattan önce akciğer fonksiyon testleri mutlaka yapılmalıdır. 1 saniyede zorlu ekspirasyon volümü 1 lt. nin altında olanlarda akciğere bağlı komplikasyon ortaya çıkma riski yüksektir. Bronkospazm veya enfeksiyon olanlar ameliyattan önce tedavi edilmelidir. Sigara içilmesi yasaklanmalı , şişmanlara kilo vermeleri söylenmeli ve uygun solunum egzersizleri yaptırılmalıdır .

Yaşlı hastalar nörolojik açıdan da iyi bir sorgulama ve muayeneden geçirilmelidir. Asemptomatik karotis üfürümü veya eski bir serebrovasküler olay postoperatif stroke riskini artırmaz. Ancak ameliyattan önceki 2 – 3 ay içinde geçirilmiş bir nörolojik olay prognozu kötü etkileyebilmektedir .

Yüksek tansiyon nedeni ile tedavi görenlerin ilaçları ameliyata kadar devam etmeli, kontrol altına alınamayanlarda olanak varsa ameliyat ertelenmelidir.

Goldman tarafından geliştirilen tablo ameliyat riskini saptamada kullanılacak iyi bir ayıraçtır (Tablo 5). Bu tabloya göre kardiyak risk indeksinin 13'den yüksek bulunması kötü prognozu göstermektedir ve bu durumdaki hastalarda olanak varsa daha az riskli (Anjioplasti veya daha az riskli ameliyat seçenekleri gibi) yöntemler tercih edilmelidir.

Abdominal ameliyat geçireceklerde böbrek işlevleri de önemlidir. Genellikle abdominal aorta anevrizması olanlarda % 5 oranında renal arterler de olaya katılmaktadır. Ameliyattan sonra erken dönemde böbrek yetmezliği gelişmesi önemli bir komplikasyondur. İyi bir hemodinamik monitorizasyon ve renal perfüzyonun uygun sınırlarda devam ettirilmesi, gerekli kan ve sıvı replasmanı bu komplikasyonları önlemek açısından dikkat edilmesi gereken noktalardır.

Yaşlılarda en sık rastlanılan arteriyel hastalıklar arteriosklerozis obliterans, akut embolik tıkanma ve anevrizmalardır.

Tablo 5- Kardiyak risk indeksi

Özellik	Puan
1-Öykü	
a)Yaş > 70	5
b)Önceki 6 ay içinde geçirilen MI	10
2- Fizik Muayene	
a) S ₃ gallop varlığı veya juguler venöz distansiyon	11
b) Ciddi valvüler aort darlığı	3
3- Elektrokardiyogram	
a)Sinüs dışı ritm veya prematüre atrial atımlar	7
b)Dakikada 5'in üzerinde prematüre ventriküler atım	7
4- Genel durum	
pO ₂ < 60 veya pCO ₂ >50 mmHg	3
K<3 veya HCO ₃ <20 mEq/L	
BUN>50 veya kreatinin>3 mg/dl	
Anormal SGOT, kronik karaciğer hastalığı belirtileri veya hastanın kalp dışı bir nedenle yatağa bağımlı oluşu	
5- Ameliyat	
a)İntraperitoneal, intratorasik veya aortik cerrahi	3
b)Acil ameliyat	4

Arteriosklerozis Obliterans

Ekstremiteleri tutan iskemik lezyonlardan sorumlu en önemli neden arteriosklerozis obliteranstır. Yaş, sigara içilmesi, diabetes mellitus, iskemik hipertansiyon, hiperkolesterolemi, düşük serum HDL seviyesi, HDL / total kolesterol oranında yükselme gibi risk faktörlerinin birarada oluşu ile görülme sıklığı artar.

Klinik bulgular ve tedavi seçenekleri tıkanıklığın yer ve yaygınlığına bağlıdır.

Aortoiliak tıkanıklık (Leriche hastalığı) terminal abdominal aorta ve komşu iliak arterlerde yavaş ilerleyen tıkanma ile karakterizedir. İskemik değişiklikler olmadan önce birkaç yıl belirti vermeden seyredebilir. İstirahat ağrısı ve gangren geç dönemde ortaya çıkar. Buna zıt olarak femoral, popliteal veya arterlerin arteriosklerozu ciddi iskekiye neden olabilir. Hastaların % 70'inde sadece İC vardır. İskemik istirahat ağrısı, iskemik nöropati veya her ikisi birden hastaların % 16'sında; iskemik ülserasyon, gangren veya her ikisi birden yaklaşık % 10'unda görülür.

Arteriosklerozis obliterans hastadan hastaya değişen hız ve lokalizasyonlarda seyreder. Diabetes mellitusun da birarada bulunması hastalığı hızlandırır ve prognozu kötüleştirir. Diabetes mellituslu hastada damar lezyonları morbidite ve mortalite açısından en büyük risk faktörüdür. Sadece çevrel değil aynı zamanda retina, böbrek, koroner, serebral gibi organ arterlerini de tutmaktadır.

Diyabetes mellitus hastalığında görülen damar lezyonunun tipi tutulan arterin genişlik ve lokalizasyonuna göre değişir. Genellikle iki ana histolojik tip vardır:

- 1.Arteriosklerotik: Primer olarak orta ve küçük çaplı arterleri tutar.
- 2.Mikroanjyopatik: Arteriol ve kapilleri tutar.

Diyabetik hasta arterioskleroz daha yaygındır. Büyük arterlerde ilk arteriosklerotik lezyonun yeri ve yaygınlığı diyabetik ve nondiyabetik hastalarda farklıdır. Diyabet hastalarında ilk lezyon genellikle tibial ve popliteal arterleri tutar. Diyabetik olmayanlarda ise femoral ve iliak arterler ile aorta daha öncelikli olarak arteriosklerotik değişikliklere uğrar.

Diyabetik hastalarda çevrel arteriel hastalığa genellikle iki önemli özellik eşlik eder: Diyabetik nöropati ve lokal enfeksiyon. Damar bulgularına bunların eşlik etmesi ile diyabetik ayak olarak isimlendirilen karakteristik bir klinik tablo ortaya çıkar.

Arteriosklerozis obliterans da klinik bulgular 3 aşamada sınıflandırılır:

- 1-İK,
- 2-İskemik lezyon olmadan istirahat ağrısı,
- 3-Ülser ve gangren gibi iskemik lezyonlar.

Yaşlılarda İK nadiren cerrahi tedavi gerektirir. Yüksek görülme sıklığı ve KVS mortalite ve morbidite ile yakın ilişkisine rağmen klodikasyoile az ilgilenilmektedir ve örneğin KAH da olduğu kadar risk faktörlerinin önlenmesi ile uğraşılmamaktadır.Halbuki PAD olanlarda KAHna bağlı mortalite ve morbidite önemli oranda artmaktadır.

Bütün PAD hastaları sistemik arterioskleroz açısından incelenmelidir.Sigara içilmesi,diyabet,yüksek tansiyon ve hiperlipidemi gibi risk faktörleri kontrol altına alınmalıdır ve antiplatelet tedavi başlanılmalıdır.Gelecek yıllarda yaşlı insan sayısı belirgin artış gösterecektir ve buna bağlı olarak PAD de artacaktır.Bu nedenle klodikasyona bağlı olarak gelişebilecek yürüme sorunlarının incelenme ve tedavisi de daha önemli hale gelecektir.

Arteriyel dolaşım bozukluğu olan yaşlıya öncelikle ayak ve bacaklarına dikkat etmesi, pansumanlarla temizlenerek enfeksiyon önlenmelidir.

Bu hastalarda genellikle kollateral dolaşımı artırdığı için birkaç kilometrelik yürüyüşler ve damar genişletici ilaçlar önerilmelidir. 2. ve 3. aşamalarda ise ilaç tedavisine olumlu yanıt alınamaması cerrahi tedaviye karar verme açısından önemli bir nedendir.

Egzersiz rehabilitasyon tedavisi

Klodikasyon tedavisinde altın standarttır. Yaşlı ÇDH'lı hastalarda yürüme yeteneğinin yanısıra kardiyovasküler risk faktörlerini de iyileştirdiği gösterilmiştir. Ağrı gelmeden yürüme süresinde iyileşme % 44'den % 300'e, maksimum yürüme süresi de % 25'den % 442'ye çıkmaktadır. Bu bulgular sorgulama testleri ile de doğrulanmıştır. Böylece egzersiz rehabilitasyon tedavisi ağrı gelmeden daha uzun süre ve daha uzak mesafeye yürümeyi sağlamaktadır.

İlaç tedavisi

Bir fosfodiesteraz inhibitörü olan Cilostazol intermittan klodikasyon tedavisinde pentoksifilinden sonra FDA onayı alan ikinci ilaçtır. Belirgin antiplatelet, vazodilatör ve antiproliferatif etkisi vardır .

Ginkgo biloba: İntermitten klodikasyonu olanlar üzerinde yürütülen bir çalışmada ginkgo biloba verilenlerde ağrısız yürüme mesafesinde plasebo verilenlerdeki % 20'lik orana karşılık % 41 iyileşme görüldüğü belirtilmiştir. 8 randomize çalışmanın meta analizinde de ağrısız yürüme süresinde artma görülmüştür .

l-arginine: Halen üzerinde çalışılan bir ilaçtır. 41 hastalık bir çalışmada ağrısız yürüme yeteneğinde % 66 ve maksimum yürüme süresinde % 23 iyileşme sağladığı saptanmıştır. Prostaglandinler, anjiyogenik büyüme faktörleri, metabolik ajanlar ve lipid düşürücü ilaçlar ile çalışmalar devam etmektedir.

Klodikasyon tedavilerinin değerlendirilmesi

Artık ABI in klodikasyonun işlevsel açıdan ciddiyetini veya tedavinin etkinliğini tek başına belirlemedeki rolü azalmıştır.

Günümüzde klodikasyonu olanlarda performansın objektif olarak değerlendirilebilmesinde en geçerli test treadmilldir. Özellikle PAD olanlar için geliştirilmiş treadmill protokolleri vardır. Dereceli veya sabit yüklü treadmill protokolü tedavi öncesi ve sonrasında hastanın yürüme kapasitesini değerlendirmek için kullanılabilir .

PAD'lilerde treadmill testinin yanısıra topluma dayalı verilerden elde edilen ve PADlıların işlevsel yeteneğini ölçmeye yarayan sorgularda kullanılmalıdır . Yürüme bozukluğu sorgulaması (Walking impairment questionnaire) PAD e özgü yürüyüş mesafesini, hızı ve merdiven çıkabilme yeteneğini ölçen bir testtir. Aynı zamanda klodikasyonun ciddiyet derecesinin ve yürüyüşü sınırlayan klodikasyon dışı semptomların da sorgulanmasına yarar.

Bu konuda yararlanılabilecek bir diğer testte The Medical Outcomes Study SF-36 testidir. PADlılarda işlevsel durumu belirlemede ve egzersiz rehabilitasyonu, bypass cerrahisi veya medikal tedavi sonrasında yaşam kalitesinde görülen değişiklikleri belirlemede kullanılabilir.

Bu amaçla kullanılabilecek diğer testler

Nothingham Health Profil: Avrupa ülkelerinde klodikasyon değerlendirilmesinde sık kullanılan bir testtir. Ancak MOS SF-36 hem işlevsel durumu hem de yaşam kalitesini eşit oranda sorgularken bu testte yaşam kalitesi ön plandadır.

Eurupean Quality of Life (EuroQol) mobilite, kendi işlerini görebilme, aile iç ve dışarı yaşamı, ağrı ve kişinin ruhsal durumunu araştıran bir testtir.

McMaster Health Index Questionnaire fiziksel,duygusal ve sosyal işlevleri değerlendirir.

İlaçlarla önlenemeyen istirahat ağrısı, ülser ve gangren olanlarda ise ekstremitayı kurtarmak ve hastayı rahatlatmak amacı ile girişimsel veya cerrahi yöntemler denenebilir:

Bu amaçla uygulanabilecek invaziv girişimsel yöntem perkütan transluminal anjioplastidir.Wolfe ve Wyatt istirahat ağrısı olmakla birlikte doku kaybı olmayan ankle basıncı 40 mm Hg nın üzerinde olan kişilerde 12 aylık izlemde medikal tedavi ile % 64 sıklığında iyi sonuç elde edildiğini belirlemişlerdir. Ve durumu sub-kritik ekstremita iskemisi olarak isimlendirmişlerdir.

Cerrahi ve anjiyoplasti sonuçlarını karşılaştırırken sub-kritik iskemi ile kritik iskemiye iyi ayırmak gerekir. Çünkü anjiyoplasti sub-kritik iskemili hastalarda yanlış olarak daha iyi sonuç verebilir çünkü bunlarda yukarda söylediğimiz gibi zaten prognoz çok kötü değildir.Aynı zamanda bu hastalarda hastalık yaygın değildir ve lezyon anjiyoplastiye uygundur.

Ciddi ekstremita iskemisi olanlarda ise anjiyoplasti ve cerrahinin çeşitli avantaj ve dezavantajları vardır. Anjiyoplasti daha düşük morbidite ve mortalite ile uygulanabilen,daha ucuz,tekrarlanabilen,daha kısa sürede yapılabilen ve daha sonra uygulanabilecek cerrahiye engel oluşturmayan bir yöntemdir.Buna karşılık cerrahide uzun süreli açıklık oranı daha yüksektir.Günümüzde cerrahiye veya anjiyoplastiye öncelik tanıyan gruplar vardır. Bu gruplar arsında yürütülen karşılaştırmalı çalışmaların sonuçlarının 2004 yılında alınması beklenmektedir.

Cerrahi yöntemler

1. Tromboendarterektomi: Kısa segmenti tutan lezyonlarda tromboendarterektomi yapılarak damar lümeni temizlenebilir. Genellikle buna uygun lezyonlar common femoral arterlerde lokalize olanlardır.
2. Sentetik veya otojen ven greftleri kullanılarak tıkalı yerin distal ve proksimali arsında bypass ameliyatları yapılabilir. Kullanılacak metaryelin cinsi lezyonun yerine bağlıdır.Aortoiliak bölgede dakron veya politetrafloroetilen, femoropopliteal bölgede ise ven greftleri sonuçlarının daha iyi olması bakımından tercih edilmektedir .
3. Sempatektomi: Çevrel arteriyel yatağın yaygın tıkanıklıklarında kollateral dolaşımın gelişimini artırmak amacı ile yapılır.
4. Yukarıdaki teknikler kombine olarak kullanılabilir.
5. Amputasyon: İskemik gangrenin tedavisi amacı ile alt ekstremitede 6 seviyede amputasyon yapılabilir. Bunlar parmaklar, transmetatarsal, ayak bileği (Syme), supramalleolar, diz altı ve diz üstü seviyelerdir.

Abdominal Aorta Anevrizmaları

Yaşlılarda arteriosklerozis obliteransta olduğu gibi abdominal aortada anevrizma gelişme riski de artmaktadır. Yaşlıların yaklaşık % 2'sinde abdominal aorta da anevrizma olduğu ve erkeklerde kadınlardan 5 kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır. 60 yaş üzeri her 100 000 erkekte 350'sinde rastlandığı belirlenmiştir. Bu nedenle bu gruptaki erkeklerde hiçbir belirti olmasa da yılda bir kez muayene yapılması önerilmektedir.

Abdominal aorta anevrizmaları stabil oldukları dönemde genellikle belirti vermezler ve tesadüfen tanı konulur. Zayıf kişilerde karında palpasyonla pulsatil bir kitle olarak hissedilir ve dinlemekle üzerinde sistolik üfürüm duyulur. Sıklıkla duvarında kalsiyum içerdiği için direkt karın grafisinde görülebilir. Ultrasonografik inceleme ile anevrizmanın hem boyutları hem de büyüme hızı saptanabilir. CT'de anevrizma tanısı için yararlıdır, ancak

elektif vakalarda digital subtraction anjiyografi en az riskle en doğru tanıyı koymaya yardımcı olur.

Abdominal aort anevrizmaları kişiden kişiye değişmekle birlikte genellikle 0.5 cm/yıl olarak büyüme gösterirler. 6 ay içinde 0.5 cm.den daha fazla çap artımı olanlar ameliyat edilmelidir. 6 cm. nin altında çapı olan anevrizmaların % 30'unun çap artışı göstermeden rüptür saptanmıştır. Abdominal aorta anevrizması olup ameliyat edilmeyenlerde 5 yıllık yaşam %33'dür ve rüptür olmuş anevrizmalarda mortalite %50'nin üzerindedir. Bu nedenle cerrahi mortalitesi %3'ün altında olan kliniklerde, iyi riskli, beklenen yaşam süresi 3 yılın üzerinde olan, 4 cm. ve üzerinde çapa sahip anevrizması olan hastalar mutlaka ameliyat edilmelidir .

1995 yılından bu tarafa abdominal aorta anevrizmalarının endovasküler yerleştirilen greftler ile onarımına başlanılmıştır. Ancak bu alanda kullanılan greftler henüz istenilen ideal sonuçları vermemektedir ve araştırmalar devam etmektedir. Ancak görülen greft yetmezliği nedenlerinin giderilmesinden sonra elde edilecek sonuçlar cerrahi ile karşılaştırılabilecektir.

Çevrel arterlerde anevrizma en sık femoral ve popliteal arterlerde olmaktadır. Bunlarda neden genellikle arterioskleroz, enfeksiyon ve travmadır. Belirtileri ve muayene bulguları ile bu anevrizmaların büyük kısmına doğru tanı konulabilir. Rüptüre olduktan sonra bacağıın hayatiyetini olumsuz etkiledikleri için tanı konulunca ameliyat edilerek çıkarılmalı ve damarın devamlılığı tekrar sağlanmalıdır.

Akut Arteriyel Tıkanma

Yaşlılarda ani ve ciddi iskemiye neden olan ve sık karşılaşılan bir sorun da akut arteriyel tıkanmadır. Buna yol açan nedenler Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6- Akut arteriyel tıkanıklığa yol açan nedenler

İç Faktörler	Dış Faktörler
Arteriyel emboli	Direkt arteriyel yaralanma
Arteriosklerozis obliterans	İatrojenik damar yaralanmaları
Anevrizmalar	Dıştan mekanik bası
Daha önce geçirilen bir damar ameliyatının komplikasyonu olarak	Hiperkoagülabilité durumları
Arterioskleroz dışı damar hastalıkları	Metabolik ve diğer nedenler
Aort diseksiyonu	

Arteriyel emboliye yol açan en sık neden kalp hastalıklarıdır. 40-50 yaş grubunda emboli daha çok romatizmal kalp hastalıklarına bağlı olarak ortaya çıkarken, 65 yaş üzerinde neden daha çok arteriosklerotik kalp hastalığıdır. Hastaların 2/3'ünde atriyal fibrilasyon vardır ve bu hastalarda sol atrium trombüs gelişiminin ve embolinin kaynağıdır. Miyokard infarktüsü geçiren hastalarda ise sol ventrikül içinde oluşan trombüs emboliye neden olur.

Bir diğer emboli kaynağı da abdominal aorta ve iliac arter anevrizmalarıdır. Bunların içinden kopan trombüsler çevre damarlarında tıkanmalara yol açar.

Akut arteriyel tromboz daha çok arteriosklerotik hastalık zemininde gelişir. Ciddi darlığa neden olan bir plağın üzerinde trombüs gelişmesi damar lümenini tıkararak iskemiye yol açar. Daha önce geçirilmiş bypass veya endarterektomi ameliyatları da trombüs gelişmesi için uygun zemin oluşturabilir. Emboli ve trombüsün ayırıcı özellikleri Tablo 7'de sunulmuştur.

Tablo 7- Emboli veya trombüsün ayırıcı özellikleri

	Emboli	Trombüs
Kaynak	Çoğunlukla atriyal fibrilasyon	Genellikle belli değil
Klodikasyo	Seyrek	Sık
Kaynağı düşündürecek	Proksimal ve diğer	Genellikle vardır
Fizik Bulgu	Ekstremitte nabızları genellikle normal	Proksimal ve diğer ekstremitte nabızları azalmış veya yoktur
Arteriografi	Minimal arteriosklerozis, ani tıkanma, az kollateral düzensiz damar yapısı iyi gelişmiş kollateraller	Diffüz arteriosklerozis

Akut arteriyel tıkanıklıkta belirtiler nabız yokluğu, ağrı, solukluk, soğukluk, hissizlik ve motor kayıptır. Hastaların %60'ında ani ve şiddetli ağrı meydana gelir. Diğerlerinde soğukluk ve soğukluğa hafif ağrı eşlik eder. Yaşlılarda genellikle kollateral dolaşımın gelişmiş olmasına bağlı olarak irreversiblistkemik değişiklikler gençlere göre daha az görülür.

Emboli düşünülen hasta hemen heparin ile antikoagüle edilmelidir. İntraarteriyel papaverin verilmesi de hastayı biraz rahatlatılabilir. Ancak kesin tedavi gecikmeden yapılacak embolektomidir. Fogarty kateteri ile damar içindeki tıkanıklık temizlenebilir. Ancak gençlerde genellikle damar lümeni tamamen temizlenebilirken yaşlılarda arterioskleroza bağlı olarak damar lümeni düzensizdir ve bu nedenle işlem daha zordur ve damarda tam açılma sağlanamayabilir.

Yaşlılarda kollateral dolaşımın gelişmesine bağlı olarak ekstremitte daha uzun süre canlılığını koruyabilir. Bu nedenle gecikmiş vakalarda da embolektomi veya trombektomi şansı verilebilir. Ama adele nekrozuna bağlı toksemi tablosu yaşlılarda daha kısa sürede mortaliteye neden olabileceği için bu durumda süratle amputasyon yapılmalıdır. Eğer miyoglobüri, böbrek yetmezliği, asidozdan oluşan toksemi tablosu daha başlangıçta farkedilebilirse süratle revaskülarizasyon sağlanması ile birlikte asidozun önlenmesi, gerekli sıvı tedavisi gibi destek tedavilerinin yanı sıra ilgili ekstremitteye fasiyotomi yapılması da ekstremitte açısından kurtarıcı olabilir.

Geç embolektomilerde venöz sistemde de trombüs gelişeceği için mutlaka venöz trombektomide yapılmalıdır.

Akut trombotik tıkanıklıkta cerrahi tedaviye karşı bir seçenek olarak trombolitik tedavi de denenebilir. Ancak emboliye bağlı tıkanmada bu tedavinin yeri kısıtlıdır ve cerrahi tedavi ile sonuç daha iyidir. Ayrıca organize pıhtı üzerinde trombolitik ilaçlar taze pıhtı da olduğu kadar etkili değildir.

Karotis Arter Darlıkları

Gelişmiş ülkelerde stroke iskemik kalp hastalıkları ve kanserden sonra ölüme neden olan en sık üçüncü nedendir. Sıklığı yaşa bağlı olarak artar ve her yıl için ortalama 160/100 000 dir. 65 yaş üzerinde bu oran 500/100 000, 75 yaş üzerinde ise 1000/100 000 dir.

Stroke geçirenlerin % 20'sinde daha önce transient iskemik atak (TIA) vardır ve TIA görülme sıklığında 50/100.000.dir.

Framingham çalışmasına göre bütün ölümlerin % 11'i stroke a bağlıdır ve stroke un % 80'i de 65 yaş üzerinde görülmektedir.

TİA ani gelişen fokal nörolojik kayıp ile karakterizedir. Birkaç dakikadan 24 saate kadar devam edebilir. Ancak çoğunluğu birkaç saniyeden 5-10 dakikaya kadar sürer. Ataklar arasında nörolojik muayene normaldir.

TİA'nın nörolojik bulguları tutulan artere göre değişir. Karotis sistemde iskemi genellikle distal middle serebral arterde olur ve karşı taraf kol ve elde güçsüzlük ve uyuşma ile kendini gösterir. Ama yüz ve dudakları, yüz ve eli veya sadece eli de tutabilir.

Diğer belirtiler monoküler körlük veya görme bozukluğu ,afazi veya dominant hemisfer tutulmuşsa diğer temporo-pariyetal oksipital bozukluklar görülebilir. Vertebrobasilar sistem tutulmuş ise diplopi, disartri, tek veya iki taraflı güçsüzlük, görme bozukluğu, disfaji olabilir.

Tutulan alana karar vermek her zaman kolay değildir. Ama karşı tarafta güçsüzlük veya uyuşma ile birlikte monoküler körlük veya afazi karotis sistem tutulumunu göster. İki taraflı güçsüzlük veya uyuşma ise vertebrobasiler tutulumun işaretidir.

Tanıda noninvaziv yöntemlerden duplex scanning, renkli doppler duplex scanning, B-mode ultrasound, pulsed doppler, wave doppler, MR anjiyo, CT anjiyo, invaziv olarak da karotis anjiyografi kullanılabilir.

Günümüzde karotis endarterektomi deneyimli merkezlerde yaşlılarda düşük morbidite ve mortalite ile uygulanabilmektedir. Ancak anjiyoplasti ve stent uygulanması da bu alanda yer bulmaktadır. Artık semptomatik karotis darlıklarında medikal tedavi terkedilmiştir. Karotis anjiyoplasti de mutlaka stent ile birlikte uygulanmaktadır. Cerrahi ile karşılaştırıldığında bu işlemin morbidite ve mortalitesi daha yüksektir. Ancak deneyimin artması ile azalacağı ve daha uygun uygulama bulması beklenmektedir .

Venöz Sistem Hastalıkları

Yaşlılarda sık görülen bir damar rahatsızlığı da venöz tromboz ve buna bağlı olarak gelişebilen pulmoner embolidir. Herhangi bir nedenle uzun süre medikal veya cerrahi tedavi uygulanan hastalarda yaşın ileri oluşu tromboembolizm gelişme riskini artırmaktadır. Yaşın ilerlemesi ile birlikte baldır ve bacak venlerinde genişlemeler olması bu risk artışının temel nedenidir.

Genellikle uzun süre yatmayı veya oturmaya gerektiren durumlarda tromboflebit gelişme olasılığı yüksektir. Baldır seviyesinde oluşan tromboflebitte baldır venleri genişler ve baldır bölgesi ödemlidir. Hafif-orta derecede siyanoz vardır.

İliofemoral tromboflebitte ise bacak bütünü ile ödemlidir. Ağrı ve siyanoz vardır. Homan's belirtisi (Ayağa dorsifleksiyon yaptırıldığında baldırda ağrı olması) + dir. Safenofemoral bölge ve baldırda bastımakla ağrı olur. Bacaktaki ödem genellikle arteriyel sistemde tıkanıklığa yol açmaz. Ancak bazen arteriyel sistem de dıştan bası ve venöz dönüşün olmayışı nedeni ile olaya katılır ve bu durumda akut iskemi bulguları da tabloya eklenir.

Yüzeyel tromboflebitte tanı konulması daha kolaydır. Tutulan ven sert ve hiperemik olarak ele gelir. Beraberinde bir miktar ödem de gözlenir. Lenfanjit ve selülitte de benzer görünüm olabilir. Ancak yüzeyel tromboflebite oranla bunlarda daha yüksek ateş ve daha geniş alanda hiperemi vardır.

Yüzeyel tromboflebitte yatak istirahati, bacak elevasyonu, antikoagülasyon, antibiyotik tedavisi uygulanmalıdır. Derin ven trombozunda ise bunlara ek olarak hastada hiperkoagülabileiteyi önlemek için hidrasyonun iyi olması gereklidir. Antikoagülasyona heparin 5000 – 7500 ünite / 4-6 saatte bir intravenöz olarak veya subkutan yoldan 7500 – 12500 ünite /12 saatte bir olacak şekilde başlanır. Warfarin sodyum ile de oral antikoagülasyona başlanır ve 3-6 ay oral olarak devam edilir .

Derin ven trombozunun en sık görülen komplikasyonu kronik venöz yetmezlik veya postflebitik sendrom olarak isimlendirilen tablodur. Bu hastaların bacaklarında kalıcı ödem vardır. Daha ileri aşamada venöz basıncın yüksekliğine bağlı olarak iç malleol çevresinde kahverengi pigmentasyon ortaya çıkar. Staz dermatiti gelişir ve hastanın kaşınması ile aynı bölgede ülser gelişir. Tekrarlayan selülitler ile ülser çevresinde fibrozis olur ve çevresi sert, düzensiz, sızıntılı ülserler meydana çıkar .

Kronik venöz yetmezlik tedavisinde hastaya mutlaka elastik çorap verilmelidir. Uzun süre ayakta dikilir şekilde durmaması veya bacaklarını sarkıtarak oturmaması öğütlenir. Staz ülserinde uygun lokal antibiyotikler ile enfeksiyon tedavi edilmeli, kesin yatak istirahati ve elevasyon ile ülser tedavi edilmelidir. Cerrahi olarak inkompetan perforatör venlerin bağlanması ve greftleme yapılması da ülser tedavisinde düşünülmelidir.

Kaynaklar

1. Arko FR, Filis KA, Hill BB, Fogarty TJ, Zarins CK. Morphologic changes and outcome following endovascular abdominal aortic aneurysm repair as a function of aneurysm size. *Arch Surg* 2003;138:651-6.
2. Aronow WS. Peripheral arterial disease in the elderly. *Clin Interv Aging* 2007;2(4):645-54.
3. Bell J, Papp L, Bradbury AW. Bypass or angioplasty for severe ischemia of the leg:the BASIL trial. In:Greenhalgh RM, Powell JT, Mitchell AW(Eds)Vascular and Endovascular Opportunities. WB Saunders, London 2000, pp 485-94.
4. Bisognano JD, Wakefield TW, Stanley JC. Cardiopulmonary assesment for major vascular reconstructive procedures. In: Ascher E (Ed) Haimovici's Vascular Surgery.5th ed.Blackwell Publishing,USA,2004,pp 206-18.
5. Brewster DC: Aortoiliac,aortofemoral, and iliofemoral arteriosclerotic occlusive diseases. In: Ascher E (Ed) Haimovici's Vascular Surgery.5th ed. Blackwell Publishing,USA,2004,pp 499-521.
6. De Graaff JC, Ubbink DTh, Legemate DA. The usefulness of laser Doppler in measuring toe blood pressure. *J Vasc Surg* 2000;32:1172-80.
7. Falconer TM, Eikelboom JW, Hankey GJ, Norman EP. Management of peripheral arterial disease in the elderly: focus on cilostazol. *Clin Interv Aging* 2008;3(1):17-23.
8. Hirsch AT, Haskal ZJ, Hertzner NR, et al. ACC/AHA 2005 Practice Guidelines for the management of patients with peripheral arterial disease (lower extremity, renal, mesenteric, and abdominal aortic): Executive Summary. *Circulation* 2006;113:1474-547.
9. Izquierdo-Porrera AM,Gardner AW,Powell CC,Katzel LI.Effects of exercise rehabilitation on cardiovascular risk factors in older patients with peripheral arterial occlusive disease.*J Vasc Surg* 2000;31:670-7.
10. Kennedy J,Quan H,Ghali WA,Feasby TE.Variations in rates of appropriate and inappropriate carotid endarterectomy for stroke prevention in 4 Canadian provinces.*Can Med Assoc J* 2004;171:455-9.
11. Kline RA,Berguer R.Vertebrobasilar disease:Surgical management. In:Ascher E (Ed) Haimovici's Vascular Surgery.5th ed.Blackwell Publishing,USA,2004,pp 835-42.
12. Lauterbach SR,Torres GA,Andros G,Oblath R.Infragenicular polytetrafluoroethylene bypass with distal vein cuffs for limb salvage:A contemporary series.*Arch Surg* 2005;140:487-94.
13. Lindsay TF.Canadian society for vascular surgery consensus statement on endovascular aneurysm repair.*Can Med Assoc J* 2005;172:867-8.
14. McDermott MM, Liu K, Ferrucci L, et al. Physical performance in peripheral arterial disease:a slower rate of decline in patients who walk more. *Ann Intern Med* 2006;144:10-20.
15. Pittler MH,Ernst E.Ginkgo biloba extract for the treatment of intermittent claudication:a meta-analysis of randomized trials.*Am J Med* 2000;108:276-81.
16. Saw J, Bhatt DL, Moliterno DJ, et al. The influence of peripheral arterial disease on outcomes. A pooled analysis of mortality in eight large randomized percutaneous coronary intervention trials. *J Am Coll Cardiol* 2006;48:1567-72.
17. Sukhija R, Aronow WS, Yalamanchili K. Association of ankle-brachial index with severity of angiographic coronary artery disease in patients with peripheral arterial disease and coronary artery disease. *Cardiology* 2005; 103:158-60.
18. Sukhija R, Yalamanchili K, Aronow WS. Clinical characteristics, risk factors, and medical treatment of 561 patients

with peripheral arterial disease followed in an academic vascular surgery clinic. *Cardiol Rev* 2005;13:108-10.

19. Sumner DS. Hemodynamics of vascular disease: Applications to diagnosis and treatment. In: Ascher E (Ed) Haimovici's Vascular Surgery. 5th ed. Blackwell Publishing, USA, 2004, pp 117-36.
20. Valenti D, Gaggiano A, Berardi G, Ferri M, Mazzei R, Roda G, Palombo D. Intra-operative assessment of technical defects after carotid endarterectomy: a comparison between angiography and colour duplex scan. *Cardiovasc Surg*

YAŞLILARDA SIK GÖRÜLEN PULMONER HASTALIKLAR VE TEDAVİ İLKELERİ

Dr. Şule AKÇAY

Yaşlanma tüm vücut sistemlerinde olduğu gibi akciğerlerde de etkisini göstermektedir. Solunum sistemi hastalıkları yaşlılarda en çok görülen hastalıklar arasındadır. Kronik akciğer hastalıklarının en önemli özelliği, bu hastalıklar sağlıklı yaşam biçimlerinin benimsenmesi, sigaranın bırakılması ve uygun aşılama ile önemli oranda önlenabilir, yaşlanma etkilerine direnebilir. Akciğer hastalıkları yaşlılarda daha ağır seyretme eğilimindedir. Tüm akciğer hastalıkları yaşlılarda görülebilir, ancak toplumda görülme sıklıkları da göz önüne alındığında, bu yazıda yaşlılarda en sık görülen aşağıdaki akciğer hastalıkları konusundaki bilgiler derlenmiştir.

1. Pnömoni
2. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)
3. Astım

Pnömoni

Yaşlı hastalarda genç erişkinlere göre pnömoni 5-10 kat fazla görülür ve prognoz daha kötüdür. Mortalite hızları genç erişkin popülasyonunun birkaç katıdır. Pnömoniye bağlı mortaliteyi belirleyen en önemli iki faktör yaşlılık ve bağışıklık sisteminin baskılanmasıdır. Pnömoni gelişiminde yaşlılarda temel mekanizmalar; orofarinksin mikroorganizmalarla kolonizasyonu, mukosilyer klirenste azalma, öksürük refleksi etkinliğinde azalma, yutma güçlüğü, enfeksiyonun hematogen yayılımı olarak sıralanabilir.

Yaşlılarda gelişen pnömoniler, hastanın yaşadığı ortama bağlı olarak ‘toplumda gelişen’ (TGP), ‘sağlık bakımı ile ilişkili’ (SBİP), ‘hastanede gelişen’ (HGP) pnömoniler olarak sınıflandırılmaktadır.

Yaşlı pnömonilerinde klinik tabloda öksürük, balgam, ateş gibi klasik pnömoni seyri görülmemeyebilir. Bilinç bulanıklığı, takipne, taşikardi, nefes darlığı ön planda olabilir. Bu nedenle yaşlı pnömonilerine “sessiz enfeksiyon” terimi de kullanılmaktadır.

Tanıda klinik, laboratuvar ve radyolojik bulgulardan yararlanarak tedavi planlanmalıdır. Akciğer grafisi erken dönemde bulgular belirgin olmasa da tanıya en yardımcı tetkiktir ve etken mikroorganizmaya yönelik ipuçları da verebilir. Kan kültürü, balgam gram yayma ve kültürü özellikle hastane yatışı gerektiren olgularda yararlıdır, ancak tanısız testler yapıp, sonuçlarını beklemeden ampirik antibiyotik tedavisine başlanması önerilmektedir. Tanısız testlerle olguların sadece % 50’sinde etken belirlenebilmektedir. Yaşlılarda en sık pnömoni etkeni bakteri *S. pneumoniae*’dır. Toplumda gelişen pnömoni etkenlerinden *H. influenzae*, *S. aureus* ve gram-negatif enterik basiller yaşlılarda gençlere göre daha sık saptanır. Aspirasyona bağlı pnömonilerde ağız hijyeni yetersizliğinde anaerobik bakterilere bağlı pnömoni gelişme olasılığı artar. Özellikle bakımevinde kalan yaşlılarda alt hava yollarında gram negatif basillerle kolonizasyon sıkıdır. KOAH, bronşektazi gibi akciğerin yapısının etkilendiği hastalıkların varlığında yine gram negatif basillerle pnömoni gelişme olasılığı artar. Viral pnömoniler, yaşlılarda alt solunum yolu enfeksiyonlarının küçük bir kısmını oluşturmakla beraber, tabloya ağır bakteriyel pnömoni eklenmesine predispozisyon oluşturduğu için önemli mortalite ve morbidite nedenidir.

TGP, HGP veya BGP oluşuna göre olası etken patojenler değişir ve ampirik antimikrobik tedaviler buna göre belirlenir.

Korunmada, en sık görülen bakteriyel ve viral patojenlere (pnömokok ve influenza A) yönelik aşı uygulanması önerilmektedir. Yaşlılarda immun yanıtlar azalmış olsa da, influenza aşısının 65 yaş üstü popülasyonda influenza

ve pnömoni nedeniyle hastaneye yatış oranlarını düşürdüğü, influenzaya bağlı mortaliteyi % 40-50 azalttığı gösterilmiştir. Pnömonok aşısının daha önce aşılanmamış 65 yaş üzerindeki herkese yapılması önerilmektedir. Diyabetes mellitus, kronik kardiyovasküler ve pulmoner hastalığı olan kişilere ise daha erken dönemde yapılması önerilmektedir.

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)

KOAH kronik hava akımı kısıtlanması ile karakterize bir hastalıktır. Hava akımı kısıtlanması ilerleyicidir ve akciğerlerin zararlı gaz ve partiküllere anormal inflamatuvar yanıtı ile karakterizedir.

Günümüzde KOAH, dünya nüfusunun %10'undan fazlasını etkilemektedir. Semptomatik KOAH'lı olan hastaların çoğu orta yaşların sonlarında ya da yaşlı gruptadır. KOAH riskinin 40 yaştan sonraki her 10 yıl için yaklaşık iki kat arttığı, en yüksek prevalansın 70 yaş üzerinde olduğu bildirilmektedir.

KOAH gelişiminde en önemli risk faktörü tütün kullanımındır ve bu nedenle büyük oranda önlenilebilir bir hastalıktır. KOAH'ın yıllık hasta başı maliyeti diyabet ve kardiyovasküler hastalık gibi diğer önemli kronik hastalıklara paraleldir. Hastanede yatış, poliklinik hizmeti ve ilaçlar dahil 65 yaş ve üzerindeki KOAH'lı olguların ortalama sağlık maliyetleri, KOAH'ı olmayan kontrol grubundan iki kat daha yüksektir.

KOAH'ın başlıca semptomları öksürük, balgam çıkarma ve nefes darlığıdır. KOAH tanısı spirometrik ölçümlerle doğrulanır. KOAH düşünülen bir olgunun spirometrik ölçümünde bronkodilatör ilaç sonrası FEV₁/FVC oranı < %70 ise KOAH tanısı desteklenir. Yaşlıların spirometrik manevraları uygulamalarındaki zorluk testin kullanımını sınırlamaktadır.

KOAH şiddetinin değerlendirilmesinde; semptomların düzeyi, spirometrik anormalliğin şiddeti, alevlenmelerin sıklığı, komorbidite ve komplikasyonların varlığı önemlidir. KOAH ağırlığının sınıflandırılması eğitim amaçlı ve tedavinin belirlenmesi için gereklidir. KOAH sistemik etkileri olan bir hastalıktır. Başlıca komorbid durumlar; özellikle hastalığın ileri dönemlerinde daha belirgin olan iskelet kas güçsüzlüğü, kaşeksi, kardiyovasküler sistem hastalıkları (iskemik kalp hastalıkları, kalp yetersizliği, pulmoner hipertansiyon), metabolik sendrom, diyabetes mellitus, osteoporoz, akciğer kanseri, anemi, obstrüktif uyku apne sendromu, depresyon ve glokomdur. Komorbid hastalıklar, KOAH'ın şiddetini ve prognozunu özellikle yaşlı hastalarda olumsuz yönde etkiler.

Etkin bir KOAH tedavisi; hastalığın değerlendirilmesi ve monitörizasyonu, risk faktörlerinin azaltılması, stabil KOAH tedavisi ve atakların tedavisini içermektedir. Tedavi hasta eğitimi, farmakolojik tedavi ve nonfarmakolojik tedavi olarak üç ana başlıkta toplanmaktadır.

Farmakolojik tedavinin temelini oluşturan bronkodilatörler, semptomatik olan hastalarda gerektiğinde veya düzenli olarak hastalığın her aşamasında kullanılmalıdır. Oral formlarda yan etkilerin fazla görülmesi nedeniyle, öncelikle inhalasyon preparatları tercih edilmelidir. Kısa etkili β_2 agonistler, tek başına veya kısa etkili antikolinerjiklerle birlikte gereğinde kurtarıcı olarak kullanılabilir. Uzun etkili antikolinerjikler ve β_2 agonistler, solunum fonksiyonlarında ve yaşam kalitesinde iyileşme, dispne skorunda, alevlenme sayısında ve kurtarıcı ilaç kullanımında azalma sağlar. Teofilin solunum fonksiyonlarını düzeltmekte, alevlenme sıklığı ve ağırlığını azaltmaktadır. Ancak potansiyel sistemik yan etkileri nedeniyle inhaler bronkodilatörlerin yetersiz kaldığı durumlarda tedaviye eklenmesi önerilmektedir. İlaç dışı tedavi yaklaşımlarında ise aşılama, pulmoner rehabilitasyon, uzun süreli oksijen tedavisi, non-invaziv pozitif basınçlı ventilasyonun kullanımı ve cerrahi seçenekler bulunmaktadır. Sigara içen KOAH olgularında sigara bırakma tedavileri de KOAH tedavisine eklenmelidir.

Astım

Astım dünyanın her bölgesinde ve her yaşta görülebilen sık bir hastalıktır. “Yaşlılarda astım gençlere göre daha az görülür” gibi yanlış bir düşünce vardır, oysa ileri yaşlarda yeni tanı konmuş astımlı hastalar sıklıkla karşımıza çıkar. Yaşlı hastalarda astım semptomlarının ayırıcı tanısında farklı klinik tablolar öncelikle akla getirildiği için astım tanısı yaşlı grupta daha geç konabilmektedir.

Astım tanısı genellikle klinik bulgulara dayanır, bu nedenle anamnez ve fizik muayene önemlidir. Astımda tipik semptomlar, öksürük, hışıltılı solunum, nefes darlığı ve göğüste sıkışma hissidir. Öyküde atopi, ailede astım öyküsü, nazal semptomların varlığı tanıyı destekler.

Solunum fonksiyon testleri tanıyı doğrular. Yaşlılarda spirometri ile astım tanı kriterleri genç popülasyondaki gibidir. Geri dönüşümlü hava yolu obstrüksiyonunu göstermede spirometreden yararlanır, erken reverzibilite testi ile bronkodilatör yanıt düzeyi değerlendirilebilir. Ancak yaşlanma ile β reseptör fonksiyonunun yetersizliği veya β reseptör sayısındaki düşüğe bağlı olarak β agonistlere yanıt azalmaktadır. Yaşlılarda astım tanısında bronkoprovokasyon testi de güvenli ve etkin bir yöntem olarak önerilmektedir. Spirometri astım tanısının yanında, hastalığın şiddetini ve tedavi yanıtını değerlendirmede de altın standarttır. Tepe ekspiratuar akım (PEF) ölçümü pratik, basit ve evde hasta izleminde kullanışlı bir testtir. Takip amaçlı hastaya PEFmetre cihazı verilebilir.

Astım tedavisinde uluslararası ve ulusal kılavuzlarda tanımlanan basamak tedavileri uygulanır. Tedavide inhaler yol öncelikle tercih edilir. Ancak yaşlılar inhaler ilaçları kullanmakta isteksiz veya inhalasyon tekniğine uyumsuz olabilirler. Bu durumda nebulizatör ile tedavi gündeme gelebilir. Yaşlılarda ilaçlar arasında etkileşim ve yan etki insidansının da yüksek olduğu akılda tutulmalıdır.

Astımda hasta eğitimi ve çevredeki tetik çeken faktörlerin kontrolü tedavinin en önemli basamağıdır. Astımda farmakolojik tedavi iki aşamalıdır; kronik inflamasyonun tedavisi ve akut atakların tedavisi. Kronik inflamasyon tedavisinde kontrol edici ilaçlar (inhaler steroidler, lökotrien antagonistleri, inhaler steroid-uzun etkili β agonist kombinasyonları, teofilin) basamak tedavisi şeklinde kullanılır. Semptom giderilmesinde ise öncelikle kısa etkili β agonist ve sistemik steroid tedavileri uygulanır.

Kaynaklar

1. Global Initiative for asthma (GINA). Global strategy for asthma management and prevention. NHLBI/WHO workshop report. National Institute of Health, 2011.
2. Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, 2011, 2003;11:26-9.
3. Türk Toraks Derneği Erişkinlerde Pnömoniler Tanı ve Tedavi Uzlaşısı Raporu, 2009.

YAŞLIDA PSIKIYATRİK SORUNLAR

Dr. Özlem ERDEN-AKİ

Son yıllarda tüm dünyada ortalama yaşam süresinin artması ve doğum hızının azalması ile birlikte, hem yaşlı nüfus hem de yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payı artmıştır. Gelecek yıllarda yaşam süresinin uzaması ile birlikte yaşlı nüfusun genel nüfus içindeki payının giderek artacağı ve yaşlı bireylerin sayıca özellikle de gelişmiş toplumlarda artacağı öngörülmektedir.

Ülkemiz de benzer bir gelişmeyle karşı karşıyadır. Türkiye’de 50 yıl önce yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payı %3.5 iken, 2009 yılında Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) nüfus sayımı sonuçlarına göre 65 yaş üstü nüfus toplam 5 milyondur ve genel nüfus içindeki payı %7’dir. Altmış beş yaş üzeri nüfusun 2020 yılında 7-8 milyona, 2050 yılında ise 12 milyona erişeceği tahmin edilmektedir.

Yaşlı birey nüfusundaki bu artış beraberinde bu döneme özgü sorunları ve ek hizmet gereksinimlerini de getirecektir. Yaşlılık döneminde hem biyolojik, hem de psikolojik ve sosyal değişimler, yaşlı bireyleri daha kırılgan yapmakta ve yaşlılık çeşitli sorunların ve hastalıkların daha sık görüldüğü bir dönem olmaktadır. Psikiyatrik hastalıklar da bu kurala uymaktadır.

Psikiyatrik hastalıklar yaşlılıkta genç erişkinlerden farklı sıklıkta ve farklı görünümde ortaya çıkmaktadır. Ancak psikiyatrik hastalıkları ele alırken yaşlılık döneminde ek bir özen ve dikkat gösterilmesi gerekmektedir. Yaşlılığın getirdiği normal değişimler psikiyatrik hastalıklarla karıştırılabileceği gibi, psikiyatrik bir rahatsızlığın belirtileri yaşlılığa bağlı değişimler gibi kabul edilebilir ve yaşlı birey yardım alamayabilir. Yaşlılığın getirdiği değişimlerin, psikiyatrik hastalıkların belirtilerinin ve özellikle de yaşlılığa özgü görünümünün bilinmesi bu türden hataları en aza indirmeye yardımcı olacak, gerekli olduğu durumlarda geç kalınmadan müdahale edilmesini sağlayacaktır. Bu makalede belli başlı psikiyatrik hastalıklar kısaca gözden geçirilecektir.

Yaşlılık Döneminde Depresyon

Depresyon, her yaş grubunda rastlanan, tedavi edilmediğinde hem sağlık hem iş alanında kayıplara yol açan önemli bir psikiyatrik hastalıktır. Amerikan Psikiyatri Birliği Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM- IV TR) depresyon tanısı konulabilmesi için, aşağıdaki tabloda belirtilen dokuz kriterden en az beş tanesinin iki hafta ve daha fazla süre içinde var olması gerektiği şartını getirir.

Tablo 1. Major depresyon için tanı kriterleri DSM-IV

Çökkün duygudurum
 İlgi ve istek kaybı, anhedoni
 İştahta azalma veya artma, kilo değişikliği
 Uykusuzluk veya aşırı uyuma
 Psikomotor ajitasyon veya retardasyon
 Yorgunluk veya enerji kaybı
 Değersizlik veya suçluluk düşünceleri
 Konsantrasyon kaybı veya karar vermede güçlük
 Israrlı ölüm veya intihar düşünceleri, intihar planı veya girişimi

Yaşlılık döneminde görülen depresyon için ayrı kriterler yoktur, ancak yaşlıda depresyon tanısının genç erişkinlerden önemli farklılıklar gösterdiği iyi bilinmektedir. Genç erişkinlerde majör depresyon görülme oranları %10-15 arasında bildirilirken, yaşlılarda majör depresyon görülme sıklığı %3 civarında rapor edilmektedir. Ancak yaşlılarda da eşik altı depresyon görülme sıklığı %15, depresif belirtilerin görülme sıklığı ise özellikle de bakımevleri, hastaneler ya da diğer uzun süreli bakım veren kurumlarda %60'a varan oranlarda bildirilmektedir.

Yaşlı bireylerde depresyon yakınmaları yaşlılığın doğal bir sonucu gibi düşünülüp atlanabilmektedir. Yaşlılığın yorgun hissetmesi, uykusunun azalması, iştahının azalması, sosyal aktivitelere katılmaması vb belirtiler yaşlılığın getirdiği değişimler olarak yorumlanabilir, hatta yaşlılığın kendisi de bu durumun doğal olduğunu düşünebilir. Depresyon tanısının atlanmasının bir başka nedeni yaşlıların bu belirtileri anlatmaya istekli olmayışdır. Yaşlı birey kendisindeki değişimi ve sıkıntıyı fark eder ama utandığı için, kimseye yük olmamak için, “doktorun zamanını almamak için” vb gerekçelerle bu durumu dile getirmemeyi tercih edebilir. Bu nedenle yaşlı bireylerin muayenesi sırasında depresyon belirtilerinin ayrıntılı olarak sorgulanması, hastanın şikayetlerini dile getirmeye teşvik edilmesi önemlidir.

Tam tersi bir durum da söz konusu olabilir. Yaşlılığın getirdiği değişimler, ya da fiziksel hastalıklara bağlı yakınmalar depresyon belirtisi zannedilerek yanlış tanı ve gereksiz tedaviler gündeme gelebilir. Bu durumlara klasik olarak uyku bozukluğu yakınmaları örnek verilebilir. Yaşlı bir birey artık eskisi gibi uyuyamadığını, gece yarısı veya sabah çok erken saatte kalkıp tekrar uyuyamadığını ve iç sıkıntısı yaşadığını ifade edebilir. Dikkatli ve ayrıntılı bir öykü alındığında, kişinin akşam saat 7-8’de yattığı, sabah saat 3’de kalktığı, aslında toplamda 7-8 saat gibi iyi bir süre ve kesintisiz-rahat uyuduğu, uykusunu aldığı için uyandığı ve bu nedenle yeniden uyuyamadığı, ancak sabah erken saatte kendisini oyalayamadığı için sıkıldığı ve bunu iç sıkıntısı olarak ifade ettiği görülür. Bu ve benzeri durumlarda yaşananın doğal olduğu, bir uyku bozukluğu olmadığı açıklanmalı, ancak durumun getirdiği sıkıntıyla nasıl baş edebileceği konusunda önerilerde bulunulmalıdır.

Yaşlılarda uyku, iştah, enerji, bellek alanındaki yakınmalar depresyon tanısı koymada güvenilir değildir. Depresyonun çekirdek belirtileri olan ve depresyon tanısı koymada güvenilir olan değersizlik ve suçluluk duyguları, ilgi-istek duyma ve haz almada azalma, konsantrasyon kaybı, intihar düşünceleri gibi psikolojik belirtiler ise, yaşlı bireylerde daha az rastlandığı veya daha az dile getirildiği için yaşlıda tanı koymada yeterli olmayabilir. Her iki belirti kümesinin birlikte değerlendirilmesi doğru tanı koymada izlenecek yol olacaktır.

İleri yaşlarda yeni ortaya çıkan somatik yakınmalar ve sağlıkla aşırı uğraş, evhamlılık, nedeni açıklanamayan ağrılar da depresyon belirtileri olabilir. Bununla birlikte yaşlı bireylerde depresyon ve medikal hastalıkların bir arada olabileceği de gözden kaçırılmamalıdır. Medikal hastalıklar depresyona yol açabilir, tetikleyebilirken, depresyon da var olan hastalıkların gidişini kötüleştirebilir.

Depresyonun yas reaksiyonlarından ayırt edilmesi önemlidir. Yaşlılık dönemi aslında bir kayıplar dönemidir, sadece eş ve/veya yakınların, akranların kaybı değil, işin, sağlığın, bağımsızlığın, mesleki ve diğer rollerin kaybı

da söz konusudur. Yas reaksiyonunda erken dönemdeki tepkiler depresyon belirtilerini andırabilir, ilgi ve istekte azalma, uyku bozuklukları gibi belirtiler ortaya çıkabilir. Yas herkeste farklı ortaya çıkabilir, ancak genellikle 1-6 ay sonrasında bu belirtiler hafifler ve kaybolur, çünkü yas kayba alışma ve ardından gelen bir yeniden yapılanma dönemidir. Yeniden yapılanma sağlanamaz, kişi belli bir işlevsellik düzeyine geri dönemezse, depresyon belirtileri devam ederse bu durumda patolojik yas yani depresyon ortaya çıkmış olur ve müdahale etmek gerekir.

Depresyon yaşlılıkta sık rastlanan diğer iki sendromdan, deliryum ve demanstan da ayırt edilmelidir. Deliryum genellikle altta yatan bir hastalığa bağlı olarak beyin işlevlerinin ani ve yaygın biçimde etkilenmesiyle belirli bir sendromdur. Saatler ve günler içinde gelişir, kişinin dikkati bozulduğu için hemen tüm bilişsel işlevlerinde bozulma gözlenir; deliryumdaki kişi iletişim kurmada ve sürdürmede dikkat bozukluğu nedeniyle zorlanır, zaman, yer ve kişi yönelimi bozulur, psikomotor ajitasyon veya retardasyon gösterebilir, görme varsanları önde olmakla beraber diğer duyuyla ilgili varsanılar ortaya çıkabilir. Deliryum gün içinde dalgalanma gösterir, hastalar bazen tamamen normale dönebilir, bu durum klinisyeni yanıltır, bu nedenle deliryum hastalarını değerlendirirken mutlaka yakınlarından veya sağlık personelinin ayrıntılı hikaye alınmalı, sadece kesitsel muayene bulgularıyla yetinilmemelidir. Hipoaktif deliryum tablolarında klinik görünüm depresyonu andırabilir ve sıklıkla bu kişiler depresyon tanısı alırlar. Oysa depresyon saatler ve günler içinde başlayan bir durum değildir, kişinin yönelimi bozulmaz ve gün içinde dalgalanma göstermez. Deliryum tanısının konulamaması mortalite ve morbiditeyi artırır.

Depresyon ayırıcı tanısının yapılması gereken diğer durum da demans sendromlarıdır . Demans sinisi başlayan, geri dönüşü olmayan, başta bellek üzere tüm bilişsel işlevlerde ilerleyici bozulmayla karakterize, çoğunlukla nörodejeneratif süreçlere ikincil gelişen bir beyin hastalığıdır. Depresyonda da bilişsel işlevler özellikle bellek, dikkat ve bilgi işleme hızı etkilenir, ancak depresyonda bu bozulma ilerleyici değildir, depresyon tedavi edildikten sonra bilişsel işlevlerde düzelmeye görülür. Ancak demans sürecinin başlangıcında da depresyon ortaya çıkabilir, özellikle ilk kez ileri yaşta, gösterilebilir bir sebep olmadan ortaya çıkan ve somatik belirtilerin ön planda olduğu depresyonların altından gelişmekte olan bir demans tablosu çıkabilir. Bu türden ileri yaşta başlayan, bilişsel işlevlerdeki bozulmanın belirgin olduğu depresyonlarda klinisyenin hastayı olası bir demans gelişimi açısından takip etmesi gerekir.

Yaşlılık dönemi depresyonları tedavi edilmediği takdirde depresyona ikincil fiziksel hastalıklar gelişmesine, işlevselliğin kaybına, yaşam kalitesinde düşmeye, gereksiz sağlık harcamaları, ilaç kullanımı ve yan etkilerine, tamamlanmış intihar davranışına neden olabilir. Tüm depresyon hastalarında intihar düşünceleri ve planlarının olup olmadığı açıkça ve ayrıntılı olarak sorulmalıdır, yaşlı bireyler sıklıkla intihar düşüncelerinden söz etmezler, ancak genç erişkinlerden daha ölümcül yöntemlerle intihar girişiminde bulunurlar. Yaşlı bireyler yemek reddi, hayati ilaçların kullanımını kesme, alkol kullanma, tıbbi tavsiyelere uymama gibi davranışlarla dolaylı intihar girişiminde de bulunabilirler. İntihar düşüncesi olan bir hasta titizlikle ele alınmalı, riskin yüksek olduğu durumlarda yataklı bir serviste gözlem altına alınmalı ve tedaviye başlanmalıdır.

Yaşlılık Döneminde Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete bozuklukları yaşlı toplumda sık görülen ancak üzerinde fazla çalışma yapılmayan bir grup hastalıktır. Panik bozukluğu, özgül fobiler ve yaygın anksiyete bozukluğuna sık rastlanır. Bilişsel ve bedensel belirtilerle kendilerini gösterirler, yaşlılar sıklıkla bedensel belirtileri dile getirme eğilimindedirler, bu durumda belirtileri somatik yakınmalar veya “evhamlılık” kabul edilerek asıl tanı gözden kaçırılabilir. Tam tersi bir durumda, kişinin bedensel yakınmaları bir medikal hastalığa veya bir ilacın yan etkilerine bağlı olarak ortaya çıkabilir, iyi bir öykü alınmadığı ve muayene yapılmadığı durumlarda anksiyete bozukluğu tanısı ile tedavi başlanarak tablonun kötüleşmesine neden olunabilir.

Yaşlılık Döneminde Psikotik Bozukluklar

Yaşamın ileri evrelerinde psikotik belirtilerin görülme sıklığı genç erişkinlik yıllarına göre çok daha yüksektir. İleri yaşta yeni başlayan şizofreni görülme olasılığı çok düşüktür, hatta literatürde tartışmalı bir konudur. İleri yaşta ortaya çıkan psikotik belirtiler sıklıkla altta yatan bir başka hastalığın habercisi olarak ortaya çıkar. Temel olarak iki tür psikotik belirti vardır: sanrı ve varsanılar.

Sanrı gerçeğe uymayan, mantıklı düşünce ile değiştirilemeyen ve o kültürde paylaşılmayan inanışlar demektir. Sanrılar mantığa uygun ve mümkün olan (takip ediliyor olma, zarar görme sanrıları) ve bizar-tuhaf (uzaylılar tarafından kaçırılma) sanrılar olabilir. Sanrılar ileri yaşta sıklıkla depresyona veya demansa eşlik eden belirtiler olarak ortaya çıkar. Psikotik depresyon tablolarında kişi ölmüş, vücudunun çürümüş, iç organlarının yok olmuş olduğuna inanabilir. Demansın erken evrelerinde bellek kaybı nedeniyle eşyalarını bulamadığında, yakınlarını eşyalarını çalmakla, kendisinin arkasından komplo çevirerek parasını alma girişimleriyle suçlayabilir.

Varsanı ise bir uyarın bulunmadığı halde algılama olmasıdır. Beş duyuya ilişkin varsanılar olabilir, ancak en sık görme ve işitme varsanıları görülür. Görme varsanıları deliryum, demans, epilepsi gibi tıbbi bir hastalığa bağlı görülür, işitme varsanıları ise sıklıkla şizofrenide ortaya çıkar. Yaşlı bireylerde ilk kez ortaya çıkan varsanılar deliryum veya demansın habercisi olabilir.

Tablo 2. Yaşlılık döneminde görülen psikotik bozukluklar

Erken başlangıçlı şizofreninin ileri yaştaki görünümü
Geç başlangıçlı şizofreni
Çok geç başlangıçlı şizofreni-benzeri psikoz
Sanrılı bozukluk
Afektif psikozlar
• Psikotik bipolar bozukluk
• Psikotik depresyon
İkincil psikotik tablolar
• Deliryum
• Demans
• Nörolojik hastalıklar (inme, tümör)
• Diğer tıbbi hastalıklar (endokrin bozukluklar, metabolik bozukluklar)

Demans

Demans bellek başta olmak üzere pek çok bilişsel işlevde ilerleyici bozulma ile karakterize, mesleki ve toplumsal işlevsellikte bozulmaya yol açan ve yıkımla sonlanan bir beyin hastalığıdır. Birincil demanslar nörodejeneratif süreçlere bağlı gelişirler, sistemik veya diğer nörolojik hastalıklara bağlı gelişen ikincil demanslar da vardır, ancak bunlar demans sendromlarının oldukça küçük bir kısmını oluştururlar. İlerleyen yaşla birlikte demansların görülme sıklığı artar, yaşla en sık görülen demans da Alzheimer tipi demanstır.

Alzheimer hastalığının erken evrelerinde yakın bellek bozukluğu belirgindir, hastalar tipik olarak yakın geçmişte olanları hatırlamaz, daima aynı soruları sorma eğilimindedirler, kelime bulma ve akıcı bir konuşmayı sürdürmede güçlük çekerler. İyi eğitilmiş hastalar erken evrede eksikliklerini kompanse eder ve saklayabilirler, ayrıntılı öykü alındığında karmaşık günlük aktiviteleri (maaş takibi, fatura yatırma, alışveriş ve hesap yapma vb) yürütmeye zorlandıkları görülür. Erken evrede depresyon ve anksiyete bozuklukları sık görülür, bazen bu tür psikiyatrik belirtiler nedeniyle altta yatan demans gözden kaçabilir.

İlerleyen evrelerde bilişsel kayıplar sırayla ortaya çıkar. Uzak bellek bozulmaya başlar, hastalar gündemi ve sonra ailedeki olayları takip edememeye başlarlar. Konuşma giderek tutuklaşır ve azalır, düşünce içeriği

fakirleşir. Evini, sonra evinde odaları bulamamaya başlar, kendine bakımı giderek bozulur. Bu evrelerde bilişsel bozukluklara ikincil pek çok psikiyatrik belirti ortaya çıkabilir. Hastalar evlerini tanımadıkları için özellikle akşamları ajite olabilir ve “evlerine gitmek isterler”, varsanlar ortaya çıkabilir, aynada kendilerini tanımayıp yabancı bir suret zannederek korkabilir ve hırçınlaşabilirler. Son evrede ise dil işlevi tamamen bozulur, yardımsız yaşayamaz hale gelir ve nihayetinde yatağa bağımlı olurlar.

Demansın davranışsal ve psikolojik belirtileri hastaların neredeyse tamamına yakınında görülür. Erken evrelerde depresyon ve anksiyete bozuklukları ön plandayken, ileri evrelerde psikotik belirtilerin görülme sıklığı artar. Davranışsal belirtilere yaklaşımda öncelikle hastanın ihtiyaçları, bakım veren kişinin tutumları incelenmeli, davranışsal belirtilerin bunlarla ilgisi, ne zaman ve hangi durumlarda ortaya çıktığı belirlenmelidir. Bakım veren kişiler bilgilendirilmeli, öncelikle davranışçı önlemlere başvurulmalıdır. Örneğin hasta banyo yapmaya direniyor ve banyo zamanlarında ajite oluyor olabilir. Kişinin banyo alışkanlıkları (yaşamı boyunca ne sıklıkta, günün hangi saatinde banyo yaptığı, sıcak-soğuk suyu tercihi gibi) sorulmalı, banyo saatinin ve özelliklerinin bu tercihlere şekillendirilmesi önerilmeli, kişinin çıplaklığından utanıyor olabileceği göz önüne alınarak tanıdığı, aynı cinsten birinden yardım alması önerilmelidir. Bu türden genel önlemlerin yetersiz kaldığı, hastanın kendisi ve etrafındakiler için tehdit oluşturduğu durumlarda farmakolojik tedavi tercih edilmelidir. İlaç verilirken kısa süreli, düşük dozda, yan etkisi nisbeten az olan ilaçlar tercih edilmelidir.

Sonuç olarak, yaşlılık dönemi psikiyatrik sorunlarla sık karşılaşılan bir dönemdir. Psikiyatrik hastalıkların görülme sıklığı, belirti örüntüsü genç erişkinlerden farklıdır. Medikal hastalıklarla çok yönlü bir etkileşim vardır: psikiyatrik hastalıklar medikal hastalıkları taklit edebilir, medikal hastalıklara ikincil ortaya çıkabilir, veya aynı anda bulunabilirler. Yaşlıda ortaya çıkan psikiyatrik belirtilerin değerlendirmesinde tüm bunlar göz önüne alınarak titiz davranılmalı, ayırıcı tanıya özel bir önem verilmelidir.

Kaynaklar

1. Blazer DG, Steffens DC, Busse EW (Eds.). The American Psychiatric Publishing Textbook of Geriatric Psychiatry, (3rd ed). Arlington: American Psychiatric Publishing Inc, 2004.
2. Erden Aki Ö. Yetişkinlik ve Yaşlılıkta Ruh Sağlığı, Yetişkinlik ve Yaşlılık Gelişimi ve Psikolojisi içinde. Editörler: Prof. Dr. Hasan Bacanlı, Yrd. Doç. Dr. Şerife Işık Terzi. Açılımkitap 2012, İstanbul, pp 311-54 (ISBN: 978-9944-105-30-9).
3. Kutsal YG, Aslan D (Eds.). Temel Geriatri. Ankara: Güneş Tıp Yayınevi, 2007.
4. Özel Kızıl ET, Yarpuz AY, Ekinci S, Sorgun M, Turan E. Bir geropsikiyatri polikliniğine başvuran depresyonlu yaşlılarda intihar davranışının incelenmesi. Türk Geriatri Dergisi 2007;10(2):57-60.
5. Skultety KM, Rodriguez RL. Treating geriatric depression in primary care. Curr Psychiatry Rep 2008;10(1):44- 50.
6. Spar EJ, LaRue A. Clinical Manual of Geriatric Psychiatry. Arlington: American Psychiatric Publishing Inc, 2006.
7. Wrigh, SL, Persad C. Distinguishing between depression and dementia in older persons: neuropsychological and neuropathological correlates. J Geriatr Psychiatry Neurol 2007;20:189-99.

YAŞLILARDA GÖRÜLEN KAS İSKELET SİSTEMİ PROBLEMLERİ

Dr. Nilüfer Kutay ORDU GÖKKAYA

Altmış beş üstü bireylerde kaynağı ne olursa olsun en çok dile getirilen sorunlardan biri olan ağrı; sensörial bir uyarı veya nörojenik bir hasara bağlı olarak ortaya çıkan ve bireyin hafızasına, beklentilerine ve duygusal yapısına göre değişiklikler arz eden karmaşık bir fenomen olarak tanımlanabilir. Ağrının değerlendirilmesinde veya ölçülmesinde rutinde kullanılan biyolojik belirleyiciler olmadığı için, kişinin tanımlamaları ağrının varlığı ve yoğunluğu konusunda güvenilir kanıt olarak kabul edilmektedir.

Ağrı bu yaş grubunda en yaygın sorunlarından biri olmakla birlikte, ilerleyen yaş ile birlikte eklemlerde lokalize olanlar dışındaki ağrılarda azalma olduğuna dair bilgiler de mevcuttur. Yaşlılardaki pek çok ağrılı durumla, örneğin kanser ağrısı ile, ilgili olarak beklenen yaşam süresinin kısıtlı olması gerekçesiyle kontrollü, karşılaştırmalı araştırmalar yapılamamaktadır. Postherpetik nevralji, hemipleji sonrası santral ağrı gibi diğer bazı ağrılı durumlar ise, hasta gruplarının yetersizliği sonucunda kapsamlı olarak araştırılmamaktadır. Yine aynı gerekçe ile; ağrının lokalizasyonu, süresi, şiddeti, sürekliliği, niteliği, ağrıyı artıran ve azaltan faktörler konularında detaylı bilgiler derlenememektedir. Bu yaş grubu için özel olarak kurgulanmış güvenilir ölçüm teknikleri, skalalar, fonksiyon ve davranış değerlendirme yöntemleri de mevcut değildir.

Bu yaş grubundaki kas iskelet yakınmaları sıklığı ile ilişkili bir çalışmada 70 yaş ve üzeri hastalarda aktiviteleri kısıtlayan çeşitli bölgelerdeki ağrı %19-40 arasında ve kadınlarda daha yüksek oranda bulunmuştur. En sık ağrılı bölgeler diz, uyluk, ayak bileği-ayak ve omuz bölgesi olmuştur. Sırt ve bel ağrısı 90 yaş üstü grupta erkeklerde kadınlarla aynı sıklıktadır. Erkeklerin %6-10'unun kadınların %9-14'ünün non steroid anti inflamatuvar ilaç (NSAİİ) kullandıkları, aktiviteleri kısıtlayan ağrısı olanların yardımcı yürüme gereçleri kullandıkları, daha sık doktor konsültasyonlarına gittikleri, uyku bozuklukları olduğu ve daha yüksek depressif semptom skorlarına sahip oldukları saptanmıştır. Bu nedenle kas iskelet yakınmalarıyla sonuçlanan durumların önlenmesi yaşlılarda sağlıklı aktif yaşam beklentisi için önemli olabilir.

Geriatrik popülasyonda karşılaşılan kas iskelet sistemi problemlerine genel bir bakışın değerlendirileceğini bu özetle sıklıkla karşılaşılabilecek olan osteoartrit, yumuşak doku romatizması (fibromyalji), myofasiyal ağrı sendromu, ve inflamatuvar eklem hastalıklarından gut, psödogut, romatoid artrit ve polimyaljiya romatikadan kısaca bahsedilecektir.

Osteoartrit

Osteoartrit dünyada en sık görülen kas iskelet sistemi hastalıklardan birisidir. Eklem kıkırdağı, subkondral kemik ve eklem çevresi yumuşak dokularda yıkım, onarım ve inflamatuvar olayların eşlik ettiği dinamik bir süreçtir. Diz, omurga ve kalça sık tutulan eklemlerdir. Ayrıca vertebrada servikal ve lomber bölgede ve ellerde de gözlenir. Yaşın ilerlemesi ile ortaya çıkan eklem ve kas yapılarındaki yaşlanma tabloyu ağırlaştırabilir. Genellikle tanı kriterlerine yönelik çeşitli sınıflamalar mevcuttur. Bu sınıflama kriterleri içinde yaşın 50'nin üstünde olmasının yanında osteoartritli bölgede tutukluk bulunması ve bu tutukluluğun 30 dakikayı aşmaması, krepitasyon alınması, kemik büyümesi gözlenmesi, palpe edilebilir ısı artışının olmaması, sedimentasyonun 40 mm/saat'in altın ve romatoid faktörün 1/40'ın altında olması sayılabilir. Tedavide ana başlıklar hasta eğitimi, medikal tedavi ve fiziksel tıp ve rehabilitasyon yaklaşımları olarak sayılabilir. Hasta eğitimi kişinin yaşam modifikasyonlarını (kilo verme, destek kullanma, eklem koruyucu yaklaşımları öğrenme) içerir. Medikal tedavide ilk kullanılacak analjezik ajan asetaminofendir. Maksimal dozu olan günde 4 gr (500mg'lik 8 tablet) normal hepatik fonksiyon

varlığında kullanılabilir. Ayrıca topikal ajanlar da etkilidir. Tramadol diğer bir kullanılabilir ajandır. Ancak ileri yaşta kullanımında ortaya çıkabilecek yan etkiler açısından dikkatli olunmalıdır (konstipasyon, bulantı, kusma, ağız kuruluğu, denge bozukluğu, v.b). Kullanılabilir bir diğer tedavi yöntemi viskosuplementasyondur. Intraartiküler olarak etkilenen eklem için uygulanan bu maddeler ile hasarlı kıkırdığın iyileşmesi, inflamatuvar sürecin baskılanması ve eklem aralığında kayganlığın yeniden sağlanması amaçlanmaktadır. Medikal tedaviler içinde sıklıkla kullanılan non-steroidal antiinflamatuvar ilaçlar bu yaş grubunda özellikle gastrik ve renal toksisite açısından çok dikkatli bir şekilde kullanılmalı ve çoklu kombinasyonlardan mutlaka kaçınılmalıdır. Gastrik ve renal toksisite açısından risk faktörleri analizi dikkatli yapılmalı ve sıkı takip edilmelidir. Fiziksel tıp ve rehabilitasyon yaklaşımları açısından özellikle yüzeysel ısı/soğuk, derin etkili sıcak ve analjezik akımlar kullanılabilir. Ayrıca özellikle eklem üzerine binen yükü azaltmaya yönelik ve yanlış kullanımı düzeltmeye yönelik egzersizler ile eklem koruyucu teknikler uygulanabilecek fiziksel tıp ve rehabilitasyon yaklaşımlarından bazılarıdır.

Fibromyalji

Vücutta yaygın kronik ağrı, belli bölgelerde hassasiyet, yorgunluk, uyku bozukluğu, psikolojik yakınmalar ve otonomik fonksiyon bozuklukları ile seyreden ve sebebi bilinmeyen bir romatizmal hastalıktır Genç ve orta yaş grubunda daha sıklıkla görülmeyle birlikte ileri yaş grubunda da gözlenebilir. Hassas nokta ve otonomik fonksiyon bozukluklarının yanında vücutta yaygın bulunan ağrının klinik muayene ile ortaya konması önemlidir. Özellikle bu yaş grubunda hastalıklara adaptasyon ve başa çıkabilme yeteneklerindeki artış görülmesi nedeniyle sıklığı azalmıştır. Tedavide hasta eğitimi yanında medikal tedaviler (trisiklik antidepressanlar, analjezikler), fizik tedavi ajanları (yüzeysel sıcak, ağrı kesici ajanlar) ve aerobik egzersiz yanında davranışsal tedaviler de bulunmaktadır.

Myofasiyal Ağrı Sendromu

Myofasiyal ağrı sendromu (MAS), sıklıkla boyun ya da beld, belirli bir kas grubunda ağrı, kas içinde sert nodül ya da bantlar ve tetik noktalar ile karakterize bir yumuşak doku hastalığıdır. Bu tetik noktaların uyarılması ile yansıyan ağrı klinikte tanı koydurucudur. Ayrıca lokal seyirme cevabı da diğer bir belirleyicidir. Tanı aynı zamanda tedavi bu noktaların enjeksiyonu ile konulabilir. Hastanın tetik noktasının bulunduğu noktayı germeye yardımcı olacak egzersizler ve duruş düzeltici egzersizler en önemli tedavi şeklidir. Bunun yanında fizik tedavi ajanları (yüzeysel sıcak, derin bölgelere yönelik sıcak ve ağrı kesici ajanlar) kullanılabilir.

Gut

Pürin metabolizması bozukluğu sonucu gelişen hiperürisemi ve bunun sonucunda ürik asit kristallerinin sinoviya ve /veya diğer dokularda birikimi sonucu ortaya çıkan bir hastalıktır. Akut eklem iltihabı ile ortaya çıkabildiği gibi kronik tofuslü gut olarak da adlandırılabilen farklı bir klinik görünümü vardır. Yaşla birlikte görülme sıklığı artar. Akut atak sıklıkla 1. metatarsophalangeal, ayak bileği ya da diz eklemine gözlenebilir. Oldukça şiddetli kliniğe sahip bir artrit tablosu ile karşımıza çıkar. İleri yaşta gut hastalığı bazı özellikleri ile genç gut hastalığından farklılıklar gösterir. Başlangıç yaşı çoğunlukla 65 yaşın üstündedir. Kadın erkek cinsiyet oranı eşitlenmiştir. Daha sıklıkla poliaritikülerdir. Üst ekstremitelere tutulumu da gözlenir. Böbrek yetmezliği, diüretik kullanımı predispozan sebepler arasındadır.

Psödogut

İleri yaşlarda sıklıkla gözlenen farklı klinik tipleri bulunabilen (psödogut, psödo-RA, psödo-OA, psödo-nöropatik ve asemptomatik kondrokalsinozis) bir artrit tablosudur. Tutulan eklemde şişilik yanında eritem, hassasiyet ve konstitüsyonel semptomlar (ateş, halsizlik, yorgunluk) görülebilir. En sık diz ve el bileği tutulumu gözlenir. Ancak klinik tipe göre de tutulum bölgesi değişebilir. Tanı için dokuda veya sinoviyal sıvıda polarize ışık mikroskopunda zayıf çift kırıcı kristallerin gözlenmesi tanıya yardımcıdır. Radyografide dizlerde, el bileğinde ve simfizis pubis bölgesinde kristallerin birikiminin ve kalsifikasyonların görülmesi tanı koydurucudur.

Romatoid Artrit

İleri yaşta gözlenen romatoid artrit tanımı 60 yaş sonrası gözlenen ve ilk kez bulgu veren romatoid artrit için kullanılır. Gözlenme sıklığı açısından cinsiyet oranı 1/1'dir. Konstitüsyonel semptomlar (ateş, halsizlik, kilo kaybı) daha ön plandadır. Monoartrit, oligoartrit ya da poliartrit şeklinde gözlenebilir. Daha sıklıkla büyük eklem tutma eğilimi içindedir. Laboratuarda sedimentasyon hızı ve CRP yüksekliği yanında anti-CCP ab pozitifliği ön plandadır. Klinik ile karşılaşıldığında polimyaljia romatika, malignite ilişkili artrit ve enfeksiyöz artritten mutlaka ayırılması gerekmektedir.

Polimyaljia Romatika

Boyun, omuz ve kalça çevresinde ağrı, gerginlik, hassasiyet ve belirgin sabah tutukluğu ile karakterize inflamatuvar bir hastalıktır. Karakteristik semptomlar boyun, omuz, sırt, kalça ve uyluk bölgelerinde belirgin ağrıdır. Sabah ve istirahat sonrası tutukluk dikkat çekicidir. Tipik artrit bulgularına rastlanmasa da ağrıların büyük çoğunluğu periartiküler yapılardan köken alır. Temporal artrit ile birlikteliği % 40-60 oranındadır. Bu nedenle baş ağrısı, çene klodikasyonu, kafa taşı hassasiyeti, ani görme kaybı gibi durumlarda çok dikkatli olunmalıdır. En az bir ay süreyle tanımlanan bölgelerde bulunan ağrı, bir saatten fazla süren sabah tutukluğu, ve bu kliniği açıklayacak başka bir hastalığın olmamasının yanında laboratuvarın desteklemesi ile tanı konur. Klinik bulguların yanında sedimentasyon hızının ciddi düzeylerde artışı ve CRP yüksekliği laboratuvarında dikkat çekicidir. Tanımı koyulması sonrası kortikosteroid tedavisi dramatik yanıt ile düzelme gözlenir.

Kaynaklar

1. Akman N. Yaşlılarda romatizmal hastalıklar. In: Gökçe-Kutsal Y (Ed) Geriatrik Rehabilitasyon. TFTRD Geriatrik Rehabilitasyon Çalışma Grubu yayını, Ankara, 2010, pp: 61-7.
2. Evcik D, Ay S. İleri Yaşta Sırt ve Bel Ağrıları: Ayırıcı Tanı ve Tedavi In: Gökçe-Kutsal Y, Borman P, Eyigör S (Eds) Geriatrik Rehabilitasyon Çalışma Grubu Eğitim Serisi, 2011, 1-12.
3. Gökçe Kutsal, Y, İrdesel J, Ordu Gökçaya NK. Yaşlıda Ağrı, Ankara, 2011, pp1-8.
4. Hall WJ: Update in Geriatrics. Ann Intern Med 1999;131(11): 842-9.
5. Hamuryudan V, Seyahi E. İnflamatuvar romatolojik hastalıklar. In Gökçe-Kutsal Y (Ed) Temel Geriatri, Güneş Tıp Kitapevleri, Ankara, 2007, pp855-882.
6. Özyalçın S. Yaşlılık Çağında Ağrı. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2003, pp1-38.

YAŞAM KALİTESİ: YAŞLILIK DÖNEMİNE DAİR ÖNE ÇIKANLAR

Dr. Dilek ASLAN

Yaşlılık dönemi yaşama dair pek çok farklılığı içinde barındıran bir süreçtir. Her geçen gün dünyanın yaşlandığı belirtilmekte, gelecekle ilgili pek çok öngörü paylaşılmaktadır. Bugünden bakıldığında 2050 yılında dünyada 2 milyar yaşlının olacağı tahminler arasındadır. Bu noktada yaşlı bireyin nasıl tanımlandığı da önemlidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılığı 65 yaş ve üzeri olarak kabul etmektedir.

Pek çok gelişmiş ülke toplumunda yaş yapısında değişimin tamamlanması “on yıllar” alan bir süreci gerektirmiştir. Örneğin, Fransa’da 65 yaş ve üzeri nüfusun %7’den %14’e yükselmesi için yaklaşık 100 yıllık bir süre geçmiştir. Ancak bunun aksine, gelişmekte olan ülkelerde bu dönüşümün daha kısa sürede olduğuna dair vurgu yapılmaktadır. Örneğin Fransa’da olan değişimin Brezilya’da sadece 20 yılda gerçekleştiği bilinmektedir. Dünyada nüfus sayıları itibarıyla iki ülkeden özel olarak bahsetmekte yarar bulunmaktadır. Geçen yüzyılda 14 milyonun altında olan 80 yaş üzerin nüfusun bu yüzyılın ortalarında sadece Çin’de 100 milyona ulaşacağı beklenmektedir. Öte yandan, Hindistan ve Çin’de yaşlı nüfus bugün 110 milyon olan 65 yaş ve üzeri nüfusun 2050 yılında 330 milyona ulaşacağı tahminler arasındadır.

Türkiye’nin de içinde bulunduğu DSÖ Avrupa Bölgesi’nde doğuştan beklenen yaşam süresi erkekler için 72 ve kadınlar için 80 yıl olarak hesaplanmıştır.

Toplumda yaşlılık ile ilgili tartışmalar kapsamında aşağıdaki iki soruya üretilen yanıtlar önemlidir:

1. Toplumsal yaşlanma bir gelişmişlik göstergesi midir?
2. Yaşlılık döneminde diğer yaş gruplarından farklı sağlık sorunları görülmekte midir?

Bu iki sorunun yanıtı “evet” olup ardından bir sorunun daha yanıtlanması beklenmektedir: “*Yaşlılıkta sağlıklı olma halinin sürdürülmesi için neler yapmak gerekmektedir?*”.

Bireylerin ve toplumların uzun yaşaması önemli bir hedef olmakla birlikte, bu dönemlerde de yaşamın nitelik açısından da istenilen düzeyde olması beklenmektedir. Yaşamın niteliğinin değerlendirilmesi amacıyla ortaya atılan güncel kavramın “Yaşam Kalitesi” kavramı olduğu ifade edilebilir.

Yaşam kalitesi, yaşamın olumlu ve olumsuz yönlerinin birlikte değerlendirildiği ve genellikle “subjektif” değerlendirmeleri de içinde barındıran çok boyutlu bir kavramdır.

Yaşam kalitesi denildiğinde bu kavramın herkes için anlamı farklı olabilir. Bu kavram kapsamında sağlık en önemli boyut olmakla birlikte başka değişkenler de önemlidir (örneğin; çalışma, ev koşulları, okula gitme, komşularla ilişki gibi). Bununla birlikte yaşam kalitesi kültür, değerler ve diğer değişkenlerden de etkilendiği için daha karmaşık ve ölçülmesi güç bir kavram olarak da kabul edilmektedir.

Yaşam kalitesi kavramı ilk kez Amerika Birleşik Devletleri’nde savaş sonrası dönemde maddi zenginliğin, “refahın” insanların yaşamını nasıl etkilediğini değerlendirmek için ortaya çıkmıştır. Kısa süre sonra kavramın kapsamı eğitim durumu, refah düzeyi, ekonomik gelişmişlik gibi konuları da içine alacak şekilde genişletilmiştir. Sosyal-tıp literatüründe yaşam kalitesi denildiğinde; yaşamdan tatmin olma, kendine güven, iyilik hali, mutluluk, sağlık, değerler, yaşamın anlamı ve fonksiyonel kapasite kavramlarını ve değerlendirmelerini içermektedir.

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre yaşam kalitesi bireylerin kendi pozisyonlarını ve yaşamlarını kültürel ve değerler sistemi içerisinde amaçları, beklentileri, standartları ile ilişkilendirerek algılamaları anlamına gelmektedir.

Son 30 yıldır dünya literatüründe bir kavram daha tartışılmaktadır: Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi (Health Related Quality of Life). Bu kavram içerisinde değerlendirilen “sağlık algısı”nın mortalite ve morbidite açısından güçlü bir belirleyici olduğu da ifade edilmektedir.

Yaşlılık dönemi; yaşam kalitesinin gerilediği dönemlerden birisidir. Oysa sağlık her birey için doğumdan ölüme kadar tam bir iyilik hali olup yaşamın her döneminde her birey en nitelikli yaşamı hak etmektedir. Dolayısıyla, yaşlılık döneminde de yaşamın nitelikli olarak sürdürülebilmesi için özel çabalara gereksinim bulunmaktadır.

Yaşlılar İçin Yaşam Kalitesi Ne Anlama Gelmektedir?

Yapılan bir literatür değerlendirmesine göre yaşlılar için yaşam kalitesinin anlamı aile bireyleri ve akrabalarla ilişkileri üzerinden tanımlanmıştır. Diğer bireylerle ilişkiler, sosyal ilişkiler, duygusal olarak iyilik hali gibi başlıklar da yaşlılar arasında öncelenen konular arasında olmuştur.

Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi Nasıl Yapılmalı? Hangi Ölçekler Kullanılmalı?

Bireysel ve toplumsal düzeyde değerlendirmeler yapabilmek için çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. Bu ölçekler çoğunlukla uluslararası zeminde sık kullanılmakta olup kullanıldığı ülkeye göre adaptasyonları yapılmaktadır. Türkiye’de de yaşam kalitesini değerlendiren geçerlik ve güvenilirliği yapılmış çok sayıda ölçek olup hemen hepsi sürecin farklı bir boyutunu ortaya koymaktadır. Uluslar arası düzeyde kullanılan ölçeklerin ulusal (Türkçe) uyarlama çalışmaları yaparken yaşlılık döneminin de kendi içinde yaş dönemlerine ayrıldığı, cinsiyet, çalışma durumu, medeni durum, sosyo-ekonomik durum gibi temel değişkenlerin göz önüne alınması gerekmektedir.

Genel ölçekler: Geniş topluluklarda sorunun düzeyini ortaya çıkaran ölçeklerdir. Genel iyilik halini değerlendirir. Yaşam kalitesinin bütün boyutlarını değerlendiren yöntemlerdir.

- 1. Kısa Form 36 (Short Form 36; SF-36):** Geniş ve kapsamlı bir değerlendirme olanağı sunar. Fiziksel ve ruhsal sağlığı değerlendiren bir ölçektir. Toplam 36 madde sekiz alt başlıkta değerlendirme olanağı sunmaktadır. Fiziksel fonksiyon, fiziksel yönden rol kısıtlılığı, ağrı, genel sağlık, yaşamsallık, sosyal fonksiyon, duygusal yönden rol kısıtlılığı ve ruhsal sağlık alt başlıkların isimleridir. Yaşam kalitesinin geniş ve kapsamlı olarak değerlendirilmesine gereksinim duyulduğunda kullanılmalıdır.
- 2. DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHO-QOL):** DSÖ’nün çalışmaları sonucunda, kişinin iyilik halini ölçen ve kültürler arası karşılaştırmalara olanak veren geniş kapsamlı World Health Organization-Quality of Life (WHO-QOL) ölçeği geliştirilmiştir. Dünya çapında 15 merkezde yapılan pilot çalışmalar sonucu, 100 soruluk WHOQOL-100 ve arasından seçilen 26 sorudan oluşan WHOQOL-BREF oluşturulmuştur. WHOQOL-BREF genellikle yaşlılık dönemi için kullanılmaktadır.
- 3. Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile, 136; SIP): Nottingham Sağlık Profili (Nottingham Health Profile, 38; NHP):** Daha çok romatolojik ve ortopedik rehabilitasyon alanlarında kullanılmaktadır.
- 4. KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi:** Yıkama, giyinme, tuvalete gitme, yer değiştirme, mesane ve barsak kontrolü, beslenme alt başlıklarını içeren bir ölçektir. Alınan en yüksek puan (6) bağımlılık durumunun olmadığını, en düşük puan ise (0) güçlü bir bağımlılık düzeyi olduğunu ifade eder.
- 5. Sağlık Değerlendirme Anketi (Health Assessment Questionnaire):** Giyinme, doğrulma, yemek yeme, yürüme, kişisel hijyen, uzanma, kavrama alanlarında günlük yaşam aktivitelerini değerlendirir. Genellikle artritli hastalarda uygulanır.
- 6. EuroQol:** Mobilite, kendine bakım, sosyal fonksiyon, ağrı, anksiyete/depresyon alanlarında değerlendirme yapmak için kullanılan bir ölçektir. Sağlık durumunun kısa bir biçimde değerlendirilmesi gerektiğinde kullanılması önerilmektedir.

7. **McMaster Sağlık İndeksi (The McMaster Health Index):** Bu ölçek fiziksel, sosyal, duygusal fonksiyon başlıklarında bağımsız değerlendirmeler yapılmasına olanak sağlar. Beyan edilen kapasite değerlendirmesi yapar.

Hastalığa özgü ölçekler: Özel hastalık durumlarında kullanılan ölçeklerdir. İlgili alanına özgü sağlık problemlerine odaklanır. Spesifik hastalık ya da belirli bir hasta grubu ile ilgilenir.

1. **FLIC Foksiyonel Yaşam İndeksi (Functional living index-cancer, 22)**
2. **EORTC QLQ (European organization of Research and Treatment of Cancer, 30)**
3. **CARES (Cancer Rehabilitation Evaluation System,59)**
4. **FACT (Functional Assessment of Cancer Therapy, 27)**
5. **QL (Spitzer Quality of Life Index)**

Yaşamın Niteliğini Artırmak İçin Nelere Gereksinim Var?

Bu sorunun yanıtı aslında hem çok basit, hem de çok karmaşıktır. Sağlığı, bireyin doğduğu andan ölümüne kadar bütün belirleyicileri ile birlikte değerlendirmek gerçekte anahtar yaklaşımdır. Tek bir cümlede toparlanmış olan bu yaklaşım sağlığın sosyo-ekonomik koşulları, sosyo-demografik özellikleri, kültürü, insani ve toplumsal değerleri ve daha pek çok kavramı kapsar. Böyle bir çerçeve ise aslında sağlığa bütüncül bir yaklaşımın öncelenmesinin gereğini açıkça ortaya koymaktadır.

Yukarıda belirtilen bu genel kabule ek olarak aşağıda belirtilen kimi konular bireysel düzeyde yapılması önerilen uygulamalardır:

1. Düşmelerin önlenmesi
2. Bedensel etkinliğin artırılması
3. Bağımsızlık hizmetlerinin sunulması
4. Kişisel bakım ve evde bakım hizmetlerinin sistematik olarak sunulabilmesi
5. Sağlık çalışanlarının geriatik ve gerontolojik açıdan kapasitelerinin geliştirilmesi

Kaynaklar

1. Ageing and life course. <http://www.who.int/ageing/en/index.html>. 5.9.2012.
2. Aslan D. Aktif Yaşlanma ve Yaşam Boyu Yaklaşım. In: Temel Geriatri 2008. Ankara, 2008; 16-24.
3. Aslan D. Yaşlılık Döneminde Yaşam Kalitesi Kavramı. In: Geriatri ve Gerontoloji II-Kurs Kitabı. INIA, HÜ-GEBA-M-Türk Geriatri Derneği Yayınları, 2009, pp 199-204.
4. Bölükbaşı N. Yaşam Kalitesi Kavramı. In: Geriatri. TTB ve Geriatri Derneği Yayınları, Mart 2007, pp 45-50.
5. Carr AJ, Thompson PW, Ktrwanf JR. Quality of Life Measures. British Journal of Rheumatology 1996;35:275-281.
6. Definition of an older or elderly person. <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html> 6.9.2012.
7. Global health and ageing. http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf. 5.9.2012.
8. Günaydın R. Yaşlılarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2010; 13(4): 278-84.
9. Health-Related Quality of Life Measures. <http://www.healthmeasurement.org/Measures.html>. 5.9.2012.
10. How can HRQOL be measured? <http://www.cdc.gov/hrqol/concept.htm>. 5.9.2012.
11. Models of Quality of Life: A Taxonomy, Overview and Systematic Review of the Literature. http://www.ageingresearch.group.shef.ac.uk/pdf/qol_review_complete.pdf. 5.9.2012.
12. Policies and priority interventions for healthy aging. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/161637/WHD-Policies-and-Priority-Interventions-for-Healthy-Ageing.pdf. 5.9.2012.
13. Saygun M. Geriatriye Yaşam Kalitesi. In: Geriatriye Multidisipliner Yaklaşım Sempozyumu. Sempozyum Kitabı Başar MM, Çakmak A, (Eds). Geriatri Derneği ve Kırıkkale Üniversitesi Yayını, 2008; 23-35.

14. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL). Development and psychometric properties. Soc Sci Med 1998;46:1569-1585.
15. Ün-Yıldırım N, Özen N, Çınar-Özdemir Ö, Gökdoğan F. Yaşlı bireylerde fonksiyonellik, performans ve reaksiyon zamanı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki. Turkish Journal of Geriatrics 2011;14(1):68-74.
16. What is health related quality of life? <http://www.cdc.gov/hrqol/concept.htm>. 5.9.2012 What is quality of life? <http://www.cdc.gov/hrqol/concept.htm>. 5.9.2012.
17. WHOQOL. Measuring Quality of Life, WHO, 1997 http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf 6.9.2012
18. World Health Statistics 2010. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. WHO publications, 2010, pp 43-59.

YAŞLIDA GASROİTESTİNAL SİSTEM SORUNLARI

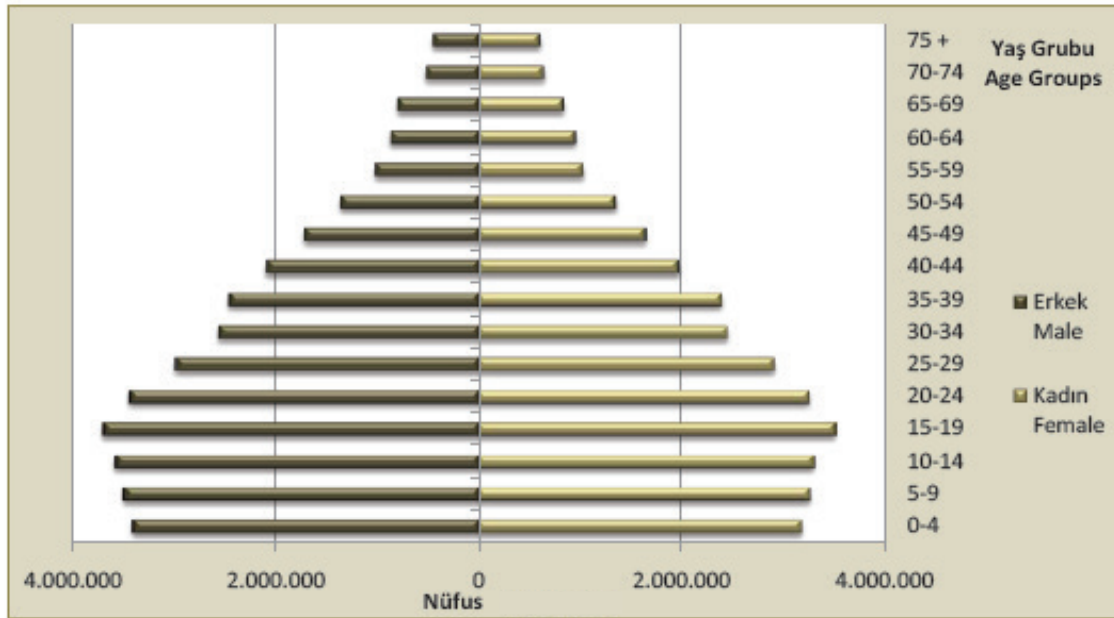
Dr. Dilek OĞUZ

Geriatrik hastaların yaklaşık %35-40'ı yılda en az bir kere gastrointestinal semptomlarla hekime başvurur. En sık rastlanan tablolar; konstipasyon, fekal inkontinans, diare, İBS,yutma bozuklukları, reflü hastalığı ve komplikasyonlardır. Gastrointestinal kanama ise yaşlıda mortalitesi ve morbiditesi yüksek bir durumdur. Yaşlı hastaların kullandıkları ilaçlar ve birlikte bulunan hastalıklar hastalık ve ölüm hızını artırır.

Dünyanın çok önemli bir kısmında yaşlı nüfus artış göstermektedir. 1975'lere kadar dünyadaki yaşlı nüfusun önemli bir bölümü gelişmiş ülkelerde yer alırdı. Ancak günümüzde 248 milyondan fazla 65 yaş veya daha yaşlı insan gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Önümüzdeki dekatlarda bu kayma devam edecek olup tahminen 2020'de gelişmekte olan ülkelerdeki bu oran daha da artacaktır. Yaşam beklentisi 20 . yüzyılda halk sağlığı, beslenme ve tıp alanındaki gelişmelere ve iyileşmelere bağlı olarak artmıştır. Pek çok ülkede ortalama yaşam süresi uzamıştır.

Türkiye' de de 65 yaşın üzerindeki nüfus; 2000 yılındaki istatistiklerle karşılaştırıldığında artmıştır (Şekil1,2,3). Türkiye'de 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfus içindeki payı 1990 yılında %4,3 iken, 2010 yılında bu değer %7,2'ye yükselmiştir. Türkiye için ortalama yaşam süresi 75 yaş olarak değişmiştir. Gerçektende istatistiki veriler 60 yaş ve üstü nüfusun dünyadakine paralel olarak arttığını doğrulamaktadır. Yıllara göre değişen yaşam beklentisi ile ilgili veri Şekil 4'de gösterilmiştir.

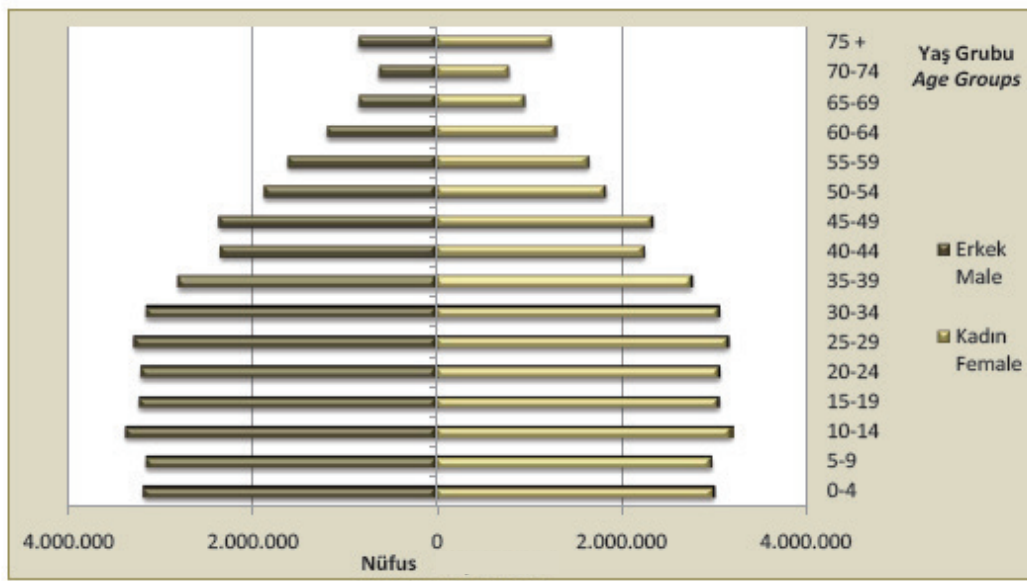
Şekil 1. 2000 Yılı Nüfus Piramidi, Türkiye



Kaynak: TÜİK, 2000 Yılı Genel Nüfus Sayımı
Source: TURKSTAT, General Population Census 2000

Kaynak: TC Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2010, p 3.

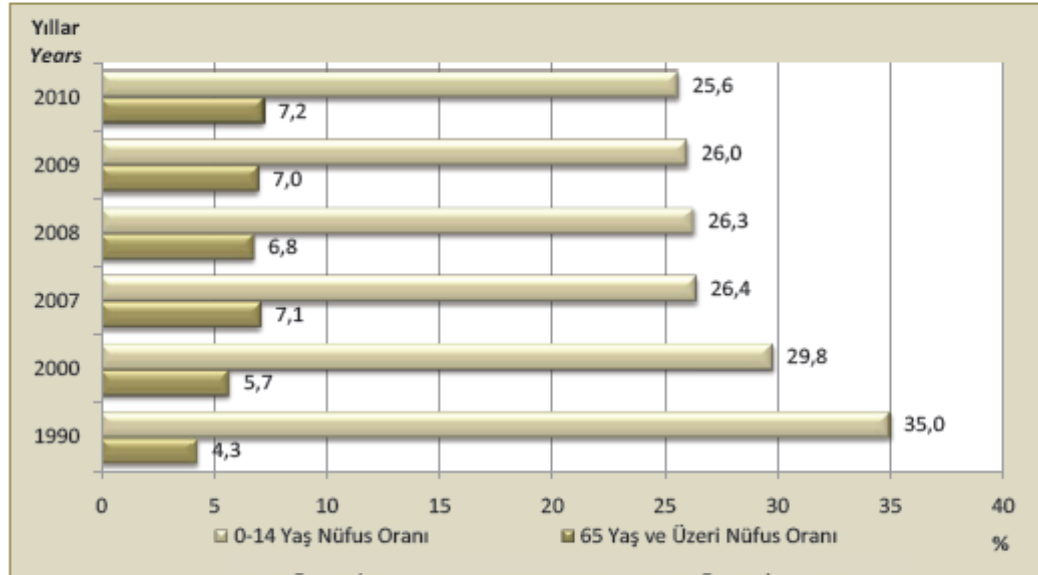
Şekil 2. 2010 Yılı Nüfus Piramidi, Türkiye



Kaynak: TÜİK, 2010 ADNKS
Source: TURKSTAT, ABPRS 2010

Kaynak: TC Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2010, p 3.

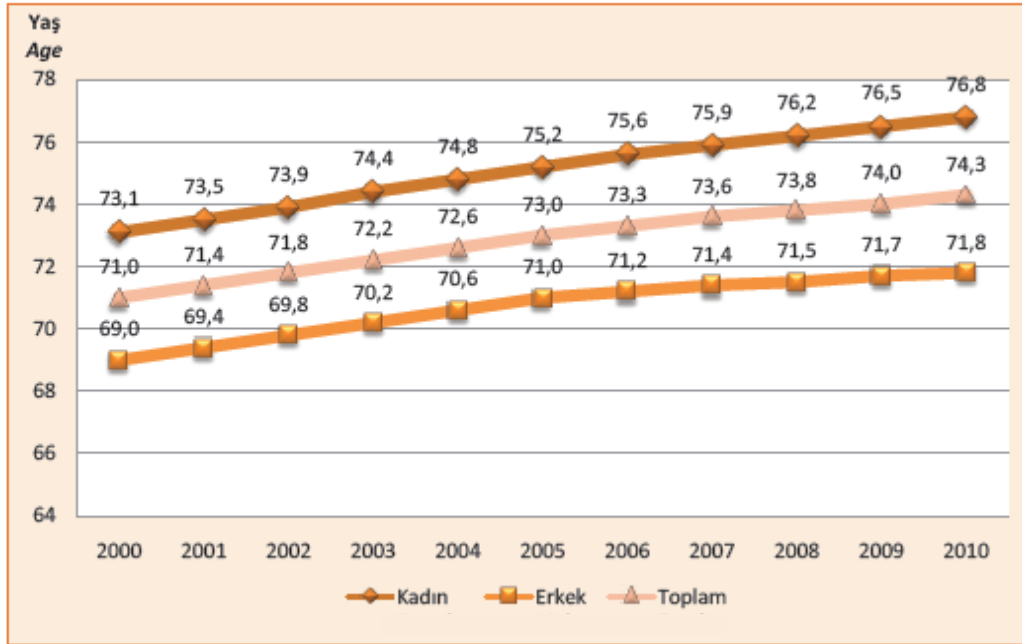
Şekil 3. Yıllara Göre 0-14 Yaş Nüfus ve 65 Yaş ve Üzeri Nüfus Oranları (%) Türkiye



Kaynak: TÜİK, 1990 ve 2000 Genel Nüfus Sayımları ile 2007, 2008, 2009 ve 2010 ADNKS Sonuçları
Source: TURKSTAT, General Population Census 1990 and 2000; and ABPRS Results 2007, 2008, 2009 and 2010

Kaynak: TC Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2010, p 6.

Şekil 4. Yıllara Göre Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (Yıl), Türkiye



Kaynak: TÜİK
Source: TURKSTAT

Kaynak: TC Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2010, p 11.

Yaşlanan nüfus tüm dünyanın sorunudur. Tahminen 2000’li yıllarda 60 yaş ve üstü nüfus 600 milyon civarında iken yıllından sonra 1,2 milyar dolaylarında olacaktır. Avrupa nüfusunun ise % 16’sı 65 yaş ve üzerindedir. Yaşlı nüfusun yaklaşık yarısı ise gelişmekte olan ülkelerdedir. Pek çok gastrointestinal bozukluk yaşa spesifik insidans ve prevalans gösterir. Giderek daha çok yaşlı insan bakıma özellikle de uzmanlaşmış bakıma ihtiyaç duymaktadır. Gastrik, kolorektal ve pankreas kanseri gibi gastrointestinal kanserler yaşla artan sıklıkta ortaya çıkar.

Helikobakter pilori infeksiyonu özellikle gelişmekte olan ülkelerde Avrupa ve Kuzey Amerika’da yaşlılarda daha sıktır. Komorbidite bu nedenle yaşlı nüfusta artış göstermektedir. Nitekim peptik ülser kanaması gençlerde olduğu gibi yaşlılarda da en sık rastlanan gastrointestinal kanama nedenidir.

Gastrointestinal Yaşlanma

Oral kavitede; tükürük sekresyonu yaşla azalır, tat tomurcukları azalır sonucunda yutma zorlukları ve tat alma duyusu azalır.

Özofagus baktığımızda anatomik olarak; alt özofagusun düz kaslarında dejeneratif değişiklikler, peristaltizmde azalma, alt özofagus sfinkter basıncında azalma saptanırken, fizyolojik olarak mide içeriğinin özofagusu reflüsünde artış saptanır.

Mide; anatomik olarak elastisitede azalma, motilitede azalma, gastrik atrofi ve sekretuar yüzeyde azalma, gastrik sekresyonlarda azalma, mide boşalmasında azalma yaşla birlikte beklenen değişikliklerdir. Bunların sonucunda emilim ve sindirim azalırken ilaç çözünürlükleri de değişkenlik gösterir.

İnce ve kalın barsaklar; anatomik olarak sindirim enzimlerinin sekresyonlarında azalma, rektum duvarının elastisitesinde azalma, internal anal sfinkter tonusunda azalma, mukus sekresyonunda azalma, kas atrofiis ve mukozal yüzeyde atrofi, villuslarda incelme ve epitelyal hücrelerde azalma saptanır. Bunun sonucunda yağ ve B₁₂ emilimi öncelikle olmak üzere emilim bozulur. Rektal inkontinans, inkomplet boşalım ve konstipasyon yaşlılıkta ortaya çıkan en önemli sağlık sorunu olarak karşımıza çıkar.

Karaciğer; toplam karaciğer kitlesi ve ağırlığı azalır, hepatosit sayısı azalır, rejenaratif kapasite azalır, hepatik kan akımı azalır, Enzim düzeyleri azalır. Bunun sonucunda ilaç klirensinde de azalma oluşur. Özellikle geriatrik yaş grubunda ilaç kullanımında dikkat edilmesi gereken en önemli değişikliklerden birisidir. İleri yaş, polifarmasi, komorbidite ilaca bağlı karaciğer hastalıklarının ortaya çıkışını artırır. Yaşlanan karaciğerde hormon metabolizması da azalır.

Safra kesesi, safra yolları ve pankreas; safra kesesinin yapısında ve fonksiyonlarında anlamlı değişiklikler yoktur. Ancak koledok taşları, akut kolesistit gibi komplikasyonlar geliştiğinde yaşa bağlı morbidite artış gösterir.

Genel olarak bakıldığında ciddi kardiyolojik, nörolojik hastalığı olmayan yaşlı insanlarda gastrointestinal system bu fizyolojik değişikliklere rağmen çoğunlukla ciddi sorunlar yaratmaz. En önemli şikayetler ise; yutma güçlüğü, retrosternal yanma kusma, göğüs ağrısı, iştah azalması, tat almada azalma, kabızlık, fekal inkontinans'dır.

Gastrointestinal Maligniteler;

Gastrointestinal malignitelerin çoğu yaşla artar. Özofagus kanseri erkeklerde kadınlardan daha fazla olarak görülür ve yaşla artan insidansa sahiptir. Örneğin hastane istatistiklerine göre 60-64 yaş arında erkeklerde oran 68/100 000 iken 80-84 rarsındaki erkeklerde bu oran 162/100000 olarak saptanmıştır. Ancak yaşın yanısıra özofagus kanserinin coğrafik dağılımıda dünya üzerinde farklılıklar gösterir. Özofagus kanserinde risk faktörleri sigara, alkol, ve birlikte kullanıldıklarındaki sinerjik etki olarak belirlenmiştir. Daha az kabul edilen etyolojik faktörlerde yiyecekler ve hazırlanış şekilleridir. Bunlar daha net tanımlanmamıştır.

Mide kanseri, yine yaşla sıkı ilişkili bir kanser olup erkeklerde daha sık görülür. Coğrafi dağılım burada daha önemlidir. Uzak doğuda özellikle Japonya'da insidans yüksektir. Batılı toplumlarda kötü sosyoekonomik koşullarla paralellik gösterir ve h pylori azalması ile birlikte sıklığında azalma tüm yaş gruplarında gözlenmektedir. Yüksek oranda tuz kullanmak, tuzlanmış gıda tüketmenin ve bazı faktörlerle ile birkilte mide kanserinin etyolojisinde rol oynadığı bilinmektedir.

Kolorektal kanser insidansı da yaşla abartılı bir artış gösteren bir diğer gastrointestinal kanserdir. Diğer iki kanserden farkı gelişmiş ülkelerde daha sık görülmesidir. Diyet faktörleri en önemli etyolojik faktör olarak kabul edilmektedir. Düşük fiber, çok fazla et tüketimi, hayvansal ve sature yağları çok fazla kullanmakla ilişkili bulunmuştur. Kolorektal polipler ve İBH (inflamatuvar barsak hastalığı) predispozan faktörlerdir.

Pankreas ve safra kesesi kanseri; safra kesesi kanseri daha nadir olup kadınlarda sık görülür. Pankreas kanseri ise erkeklerde daha sık görülür. Her iki kanserin de yaşla sıklığı artar. Pankreas kanseri için ana faktör sigara'dır.

Üst ve Alt Gastrointestinal Sistemin Non-Malign Hastalıkları

Özofajit/GERD(Gastroözofajeal reflü hastalığı); semptomları gençlerde olduğu gibi olmakla beraber yutma güçlüğü ve bol miktarda gıda regürjitasyonu yaşlı hastalarda daha ön plana çıkan belirtilerden olup, tipik retrosternal yanma daha az şikayet nedenidir. Yaşlı hastalarda algı eşiğinde ki değişiklikler nedeni ile evre C-D özofajitte bile retrosternal yanma ve ağrı hissedilmeyebilir. Büyük hiatal herniler geriatrik yaş grubunda yutma güçlüğü'nün benign en sık nedenlerinden birisi olabilir. Tedavi gençlerde olduğu gibidir ancak komorbidite özellikle nörolojik hastalıklar (Parkinson...) veya ilaç kullanımı özellikle kalsiyum antagonistleri gibi durumlar

yaşlı hastalarda tedavinin bireyselleştirilmesini gerektirir. Antiagreganlar ve proton pompalarla ilişkisi iyi değerlendirilmelidir.

Peptik ülser kadınlarda ve erkeklerde aynı oranda görülür. Epidemiyolojik çalışmalarda en önemli etyolojik faktör H pili'dir. Diğer neden ise nonsteroid antiinflatuar(NSAID) ilaç kullanımınıdır. Ağır alkol tüketimi ve sigara ile kortikosteroid kullanımı daha az rastlanan nedenlerdendir. Gelişmiş toplumlarda H pili azalması ile birlikte peptik ülser ve komplikasyonları da azalmıştır. Ancak şimdi hastalık yaşlılarda ön plandadır. Ancak yaşlılarda sık kullanılan NSAID ve aspirin peptik ülser ve komplikasyonlarının en önemli nedenidir. Özellikle de kanama ve perforasyon için predispozan faktörlerdir.

Bütün nonselektif NSAID COX-2 selektifler,ASA dozla ilişkili yan etki profiline sahiptir. İlerlemiş yaş yan etki riskini yılda % 4 arttırır. NSAID'ların yan etkisini artıran faktörler ise peptik ülser ve kanama öyküsü, antikoagulan/ antiagreganla birlikte kullanımı, iki NSAID'ın birlikte kullanımı, yaşın 65'ten fazla olması,H pili varlığı'dır.

Yaşlı hastalarda NSAID'a bağlı yan etkileri önlemede strateji

Strateji	GI* öykü yoksa	GI Ülser öyküsü
Aspirin yok	COX-2 selektif NSAID	PPI**+ COX-2 Selektif NSAID
Aspirin varsa	NSAID+PPI	H Pili eradikasyonu
	NSAID+PPI	NSAID/COX-2 selektif kullanma
	COX-2Sel+PPI	PPI+ COX-2 selektif kullan
		Kısa süre+H pili eradikasyonu

*GI; gastrointestinal, **PPI;proton pompa inhibitörü

Yaşlı hastalarda üst gastroinetstinal komplikasyonları azaltmak için ise düşük doz aspirin kullanımı, standart doz PPI ile birlikte önerilmektedir. H pili'nin eradike edilmesi gereklidir.

Avrupa İlaç Ajansı (European Medicines Agency (EMA)) COX-2 spesifik ajanlarla ilgili Haziran 2005'de yaptığı açıklamada şu önerilerde bulunmuştur.

1. COX-2 spesifik ajanlar koroner arter hastalığı veya serebrovasküler hastalığı olan kişilerde kullanılmamalıdır,
2. COX-2 spesifik ajanlar koroner arter hastalığı için hipertansiyon, hiperlipidemi, diyabet ve sigara icimi gibi risk faktörü bulunan hastalarda dikkatle kullanılmalıdır,
3. COX-2 spesifik inhibitörler mümkün olan en düşük dozda ve kısa süreli olarak kullanılmalıdır,
4. Hipersensitivite reaksiyonu ve nadir fakat olumsuz olabilen cilt reaksiyonları ortaya çıkabilir. Bu reaksiyonlar özellikle kullanılmaya başladıktan sonra 1 ay içinde görülür. İlaç allerjisi olanlarda bu reaksiyonlar daha sıktır.

Öte yandan COX-2 inhibitörleri dahil tüm NSAID'ların kullanımı kardiyak ve gastrointestinal risk taşır.

PPI'lara gelince; güvenlik profili iyi ilaçlardır. Genellikle etkinlik açısından inhibitörler arasında fark yoktur ancak ilaç metabolizması açısından bazı farklılıklar günümüzde bildirilmiştir. Özellikle yaşlı hastalarda klopidogrel kullanımı bunu gündeme getirmiş olup, PPI'lar ile klopidogrel aynı citokrom üzerinden metabolize oluşunun klopidogrel etkinliğini azalttığını gösteren çalışmalar mevcuttur. Son yıllarda pantoprazol ve rabeprazolun ilaç etkileşimlerinin daha az oluşu nedeni ile kardiyak ilaç ve antiagregan kullananlarda bu PPI'ların tercih edilmesi gündemdedir. PPI'lara bağlı yan etki profilinde akılda tutulması gereken en önemli etki dairedir, ayrıca uzun dönem kullanımında salmonella ve Cl dificile gibi alt GI enfeksiyonlara yol açabilir.

Malnutrisyon yaşlı hastalarda sıklıkla karşımıza çıkar. Yaşlı hastaların sağlıksız gıda alımı, diş problemleri, iştah kaybı, polifarmasi ve komorbidite, kronik alkolizm gibi nedenler olabilir. Diare nedeni ile bildirilen mortalitenin %85'i yaşlı hastalarda görülür. Yaşlılarda en sık diare nedenleri enfeksiyonlar, ilaçlar, fekal impaction, kolorektal kanser, diabetes mellitus olup daha az rastalan nedenler ise çölyak hastalığı, tirotoksikoz, İBH, ince barsak tümörleri gibi nedenlerdir.

Divertikülozis; barsak duvarındaki kasların gerilme gücündeki azalma ile ortaya çıkar. Yaşla sıklığı artar. Taşı 40'ın altında olanlarda insidansı %5'ten azdır. 85 yaşta ise sıklık %60'lara çıkar. Genellikle asemptomatiktir. İltihaplanma klinik olarak hastalık bulgularına neden olur. Ani abondan kanama ve perforasyon bulgularının olabileceği akılda tutulmalıdır.

Fekal inkontinans yaşlılıkta sıklıkla ortaya çıkan ve yaşam kalitesini önemli ölçüde bozan sağlık sorunudur. En önemli nedenleri arasında, rektal, anal duyunun azalması, pelvik çatinın bozulması, fekal impaction, geçirilmiş cerrahi girişimlerdir. Risk faktörleri arasında ileri yaş, diabetes mellitus, inme, jinekolojik cerrahi, perianal zedelenme/ cerrahi sayılabilir.

Kabızlığın oluşumunda pek çok faktör etken olabilir ancak kolonik transit zamanından, kolorektal kansere kadar geniş yelpazede hastalık grubu yaşlı hastaları etkileyebilir. Sıklıkla yapılan hata ise yaşlı hastaların kullandıkları ilaçları ve komorbiditesini gözden kaçırarak ona bir cepheden bakmak ve bütünü değerlendirmemektir.

Özetle;

- ✓ Önümüzdeki 20 yılda yaşlı nüfus artacaktır.
- ✓ Yaşla artan fizyolojik ve psikolojik değişiklikler çok sayıdadır .
- ✓ GIS de pek çok değişiklik olmasına rağmen ko-morbidite yoksa pek çok fonksiyon korunmuştur.
- ✓ İlaç kullanımı ve ilaç etkileşimleri çok iyi değerlendirilmelidir.
- ✓ Yaşla beraber:
 - GIS kanama, Kolorektal kanser, GIS kanama, divertikülozis, diyare, fekal inkontinans sık görülmektedir.
 - Kolorektal kanserler için tarama gereklidir. Tüm dünyada 50 yaş itibarıyla başlatılır. Ancak 75 yaş üstünde bireyselleştirilmelidir.

Kaynaklar

1. Brenner H, Hoffmeister M, Stegmaier C, et al. Risk of progression of advanced adenomas to colorectal cancer by age and sex: estimates based on 840,149 screening colonoscopies. Gut 2007;56(11):1585–9.
2. Chaudhri O, Small C, Bloom S. Gastrointestinal hormones regulating appetite. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci 2006;361: 1187–209.
3. Clark JC, Collan TJ, Eide, et al. Prevalence of polyps in an autopsy series from areas with varying incidence of large-bowel cancer. Int J Cancer 1985;36(2):179–86.
4. Everhart JE, Ruhl CE. Burden of digestive diseases in the United States part II: lower gastrointestinal diseases. Gastroenterology 2009;136(3):741–54.
5. Frangos CC, Frangos CC. Inflammatory bowel disease: reviewing an old study under a new perspective. Gut 2007;56: 1638–9.
6. Goldacre MJ, Duncan M, Griffith M, Cook-Mozaffari P. Alcohol as a certified cause of death in a 'middle England' population 1979-1999: database study. J Public Health 2004;26:343–6.
7. Goldacre MJ. Demography of aging and the epidemiology of gastrointestinal disorders in the elderly . Best Practice & Research Clinical Gastroenterology 2009;23: 793–804
8. Gupta AK, Melton LJ 3rd, Petersen GM, et al. Changing trends in the incidence, stage, survival, and screen-detection of colorectal cancer: a population-based study. Clin Gastroenterol Hepatol 2005;3(2):150–8.

9. Hall KE, et al. *Gastroenterology*. 2005;129:1305-38.
10. Ishihara M, Ito M. Influence of aging on gastric ulcer healing activities of cimetidine and omeprazole. *Eur J Pharmacol* 2002;444:209-15.
11. Ishihara M, Kojima R, Ito M. Influence of aging on gastric ulcer healing activities of the antioxidants alpha-tocopherol and probucol. *Eur J Pharmacol* 2008;601:143-7.
12. James OFW (ed). Section 8: Gastroenterology. In: Grimley Evans J, Williams TF, editors. *Oxford textbook of geriatric medicine*. Oxford: Oxford University Press; 1992
13. Kennedy TM, Jones RH. Epidemiology of cholecystectomy and irritable bowel syndrome in a UK population. *Br J Surg* 2000;87:1658-63.
14. Kronborg O, Fenger C. Clinical evidence for the adenoma-carcinoma sequence. *Eur J Cancer Prev* 1999;8(Suppl. 1):S73-86.
15. Lin OS, Kozarek RA, Schembre DB, et al. Screening colonoscopy in very elderly patients: prevalence of neoplasia and estimated impact on life expectancy. *JAMA* 2006;295(20):2357-65.
16. Parker BA, Chapman IM. Food intake and ageing—the role of the gut. *Mech Ageing Dev* 2004;125:859-66.
17. Primates P, Goldacre MJ, Seagroatt V. Changing patterns in the epidemiology and hospital care of peptic ulcer. *Int J Epidemiol* 1994;23:1206-17.
18. Rim SH, Seeff L, Ahmed F, et al. Colorectal cancer incidence in the United States, 1999-2004: an updated analysis of data from the National Program of Cancer Registries and the Surveillance, Epidemiology, and End Results Program. *Cancer* 2009.
19. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010. <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-72577/h/saglikistatistikleriyilligi2010.pdf>. 12.9.2012.
20. Shimamoto C, Hirata I, Hiraike Y, et al. Evaluation of gastric motor activity in the elderly by electrogastrography and the (13)C-acetate breath test. *Gerontology* 2002;48:381-6.
21. Shivananda S, Lennard-Jones J, Logan R, et al. Incidence of inflammatory bowel disease across Europe: is there a difference between north and south? Results of the European Collaborative Study on Inflammatory Bowel Disease (EC-IBD). *Gut* 1996;39:690-7.
22. Shrestha LB. Population aging in developing countries. *Health Aff (Millwood)* 2000;19(3):204-12.
23. Sonnenberg A, Muller H, Pace F. Birth-cohort analysis of peptic ulcer mortality in Europe. *J Chronic Dis* 1985;38:309-17.
24. Strul H, Kariv R, Leshno M, et al. The prevalence rate and anatomic location of colorectal adenoma and cancer detected by colonoscopy in average-risk individuals aged 40-80 years. *Am J Gastroenterol* 2006;101(2):255-62.
25. Tarnawski AS. Cellular and molecular mechanisms of gastrointestinal ulcer healing. *Dig Dis Sci* 2005;1(50 Suppl):S24-33.
26. Westbrook JI, Rushworth RL. The epidemiology of peptic ulcer mortality 1953-1989. A birth cohort analysis. *Int J Epidemiol* 1993;22:1085-92.
27. Wiley JW. Aging and neural control of the GI tract: III. Senescent enteric nervous system: lessons from extraintestinal sites and nonmammalian species. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol* 2002;283:G1020-6.
28. Yamaji Y, Mitsushima T, Yoshida H, et al. The malignant potential of freshly developed colorectal polyps according to age. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2006;15(12):2418-21.

YAŞLIDA ENFEKSİYON HASTALIKLARI VE KORUNMA

Dr. Kenan HIZEL

Yaşlanmayla birlikte bağışıklık sistemi karşılaştığı antijenlere karşı daha yavaş ve zayıf yanıt vermeye başlamakta, vücudun enfeksiyon hastalıklarına direnci azalmaktadır. İleri yaşlarda ortaya çıkan Diabetes mellitus, ateroskleroz, prostat hipertrofisi, dejeneratif eklem hastalıkları, demans, kronik akciğer ve kalp hastalıkları gibi organ fonksiyon bozuklukları mikroorganizmaların vücuda daha kolay girmesini ve hastalık oluşturmaya neden olmaktadır. Kalp, eklem gibi bölgelere yerleştirilen protezler de birer enfeksiyon odağı olabilirler. Barsaklardan gıda emiliminin azalması, dışkı ve idrar tutamama, yatalak hastalarda gelişen bası yaraları yaşlılarda enfeksiyon gelişmesini kolaylaştıran diğer etmenlerdir.

Yaşlılarda enfeksiyonlara yatkınlık bir yandan artarken enfeksiyon hastalıklarının tipik belirti ve bulguları ileri yaşlarda görülmeyebilir. Ateş yanıtı yaşlılarda zayıf olup ciddi bir enfeksiyon durumunda bile yükselmeyebilir. Halsizlik, iştah kaybı, bilinç bulanıklığı, inkontinans, takipne, taşikardi, ya da güçsüzlük gibi yakınmalar bir enfeksiyon hastalığının yegane göstergesi olabilir.

Tipik olmayan belirtiler ve yaşlıdaki diğer sağlık sorunlarına ait yakınmalar enfeksiyonların diğer hastalıklarla karıştırılmasına neden olabilir. Demanslı yaşlılar yakınmalarını doğru bir şekilde ifade edemeyebilirler. Kronik akciğer hastalığı olanlarda pnömoni atlanabilir. İleri yaşlarda fizyolojik olarak ortaya çıkabilen kardiyak üfürümün endokardite bağlı olduğu düşünülebilir. Yaşlılıkta cilt gerginliği azaldığından dehidratasyonu cilt gözleminde anlamak zordur. Menenjit ile demans, serebrovasküler olay ya da servikal artroz karıştırılabilir. Hastalıkların belirti ve bulgularındaki bu karmaşa laboratuvar sonuçlarında da gözlenebilir. Enfeksiyon hastalıklarında sıklıkla ortaya çıkan lökositöz yaşlılarda olmayabilir. Altta yatan olası başka hastalığa bağlı laboratuvar sonuçları enfeksiyonun tanısında gecikmelere neden olabilir. Akılda tutulması gereken, yaşlının genel durumunda bir değişiklik olduğunda buna enfeksiyonların da neden olabileceğidir.

Pnömoni

Yaşlılardaki enfeksiyon hastalıklarının en önemlilerindendir. Hava yollarındaki tüsü katmanının zayıflaması, akciğer dokusu elastikiyetinin azalması ve yutma refleksinde bozulma alt solunum yolu enfeksiyonlara temel hazırlar. İlk belirtiler çarpıntı ve solunum sıkıntısı olabilir. Yüksek ateş görülmeyebilir. Tedavide uygun antibiyotik verilmesi kadar destekleyici tedavi de önemlidir. Altta yatan hastalıklar ve ilaç etkileşimleri açısından hastanın yakın izlemi gerekir. Solunum yakınmaları olan yaşlı bir hastada önceden kazanılmış tüberkülozun yeniden aktif hale gelebileceği bilinmelidir. İnfluenza özellikle kış aylarında salgınlara neden olabilmektedir. Doğrudan viral pnömoni yaparak ARDS gelişebileceği gibi ikincil bakteriyel pnömonilere de zemin hazırlayabilir. Bu tür durumlarda en sık etken olan bakteriler *Streptococcus pneumoniae* ve *Staphylococcus aureus* olup apse ve ampiyem gibi oldukça ağır ve ölümcül durumlar ortaya çıkabilmektedir.

Üriner Sistem Enfeksiyonları

Kadınlarda zamanla vajen asitliğinde azalma ve mesane sarkması, erkeklerde prostat salgısında azalma ve içeriğinin değişmesi ile prostat bezinin büyümesine bağlı idrar yollarının daralması başlıca risk faktörleridir. Çeşitli nedenlerle yaşlılarda sık kullanılan idrar sondası bakteri kolonizasyonu açısından oldukça uygun bir ortam oluşturur. Yaşlılardaki üriner sistem enfeksiyonlarında bilinç değişikliği yada idrar kaçırma tek bulgu olabilir. Sistit olarak başlayan enfeksiyon kolayca böbreklere ulaşarak piyelonefrite dönüşebilir. Böbreklerde ve idrar yollarında bulunan taş, kitle, prostat büyümesi gibi durumlar idrar akımını yavaşlatarak üriner enfeksiyonları kolaylaştırır. İleri yaşlarda yakınma olmamasına karşın idrarda bakteri bulunabilir. Asemptomatik bakteriüri olarak adlandırılan bu durum diyabetikler ve kateterli hastalarda tedavi gerektirmemektedir. Antibiyotik tedavisi immün yetmezlik ya da ürolojik girişim öncesinde idrar sterilizasyonu amacıyla verilebilir.

Cilt Enfeksiyonu

Derinin su tutma yeteneğinde azalma sonucu kuruluk ve kaşınmanın ortaya çıkması, kılcal damarlardaki yetersizlik nedeniyle deri beslenmesinde bozukluk, kollajende azalmayla birlikte cildin daha kolay zedelenmesi ve yara iyileşmesindeki gecikmelere bağlı olarak mikroorganizmaların cildin alt tabakalarına girişi kolaylaşmaktadır. Basit bir iğne batması, çizik sonrası selülit gelişebilmekte, diyabet ya da alt ekstremitelerin damar problemleri nedeniyle yeterince beslenememesi sonucu enfeksiyon daha derin dokulara yayılabilmekte, ekstremitte hatta hayatı tehdit edecek klinik tablolara yol açabilmektedir. Özellikle kan şekeri kontrol altında olmayan yaşlılarda diyabetik ayak önemli bir sorundur. Bu hastalarda nöropati, vaskülopati, nefropati gibi diyabetin diğer komplikasyonları varsa tedavi oldukça zor ve uzun sürelidir. Hareket edemeyen yatağa bağımlı yaşlılarda gelişen bası ülserleri de yaşlılarda önemli bir problemdir. Bası yarası kolayca infekte olabilmekte ve tedavisinde gecikilirse sırasıyla selülit, osteomyelit ve bakteremiye ilerleyebilmektedir.

Yaşlılarda *Herpes zoster* enfeksiyonu sık görülen viral bir enfeksiyondur. Çocukluğunda suçiçeği geçirmiş bireylerde ileri yaşta ortaya çıkan hastalık şiddetli ağrıya neden olabilir, yüz felci, göz tutulumu ve ensefalit gibi önemli komplikasyonlar görülebilir.

Endokardit

Kalp hastalığı olan yaşlılarda yaşam süresinin uzaması, kapak protezinin artan kullanımı ve sık invaziv işlemlerle bakteriyemi riskinin artması sonucu giderek daha sık görülmektedir. Anatomik olarak bozuk bir kapakta, üriner sistemden giren enterokoklar yada barsaklardan translokasyon sonucu kana karışan *Streptococcus bovis* gibi etkenler endokardite neden olabilir. Protez kapakta gelişen endokarditte ilk akla gelmesi gereken etkenler stafilokok ve enterokoklardır. Endokardit yaşlılarda sinsi seyretmekte, yalnızca halsizlik ve konfüzyonla ilerleyebilmektedir. Endokarditin başlıca bulgularından olan dalak büyüklüğü ve cilt döküntüsü yine bu yaşlarda olmayabilir. Yaşlılarda endokardite bağlı mortalite iki kat fazla olup erken tedavi çok önemlidir. Aynı zamanda kalp yetmezliği, infarktüs, aritmi ve emboli gibi komplikasyonlar açısından dikkatli olunmalıdır.

Barsak Enfeksiyonları

Yaşlanmayla birlikte tükrük salgısının koruyuculuğu azalmakta, çiğneme etkin yapılamamakta, gastrik asit sekresyonu azalmakta, barsak hareketleri bozulmakta ve barsaklardaki bakteri florası değişmektedir. Tüm bu faktörler sonucu yaşlılarda barsak enfeksiyonlarına yatkınlık artmaktadır. İshalli yaşlıya yaklaşım ve tedavi özel bir dikkat gerektirir. Enfeksiyöz ishalin ülseratif kolit, İrritabl barsak sendromu gibi diğer hastalıklardan ayırıcı tanısının yapılması önemlidir. Bu amaçla yapılması gereken tetkikler, dışkıının mikroskopik incelenmesinden kolonoskopiye kadar geniş bir yelpaze içinde yer alır. İshal nedeni ne olursa olsun uygun sıvı ve elektrolit verilmeli, bu sırada aşırı yüklenmeden kaçınılmalıdır. Özellikle bakımevlerindeki gastroenteritlerde salgın gelişmesini önlemek amacıyla hızla tanıya gidilmeli ve gerekli hijyenik önlemlere uyulmalıdır.

Avrupa ve ABD’de yapılan çalışmalarda özellikle bakımevlerinde kalan yaşlılarda karşılaşılan bir sorun da *Clostridium difficile*’ye bağlı gastroenterittir. Hastalık hafif ishal yakınmalarından psödomembranöz kolite kadar giden klinik tablolarda görülebilir. Dışkıda bol lökosit ve eritrosit vardır. Tanı dışkıda toksinin saptanması ile konur. Psödomembranöz kolit gibi ağır klinik tabloda hastanın yoğun bakımda izlenmesi gerekir. İleri yaş (>60 yaş), yüksek ateş (>38,3 °C), lökositoz (>15 bin/ mm³) ve hipoalbuminemi (<2.5 mg/dL) varlığında tedavi için ağızdan vankomisin (10-14 gün, günde dört kez 125 mg) önerilmektedir. Daha hafif olgularda ağızdan metronidazol yeterlidir.

Divertikülit, barsak düz kaslarındaki yer yer gevşeklik sonucunda ortaya çıkan 80 yaşın üzerindekiilerin yarısından fazlasında görülen bir hastalıktır. Ateş ve sol kadranda ağrı tipiktir, ancak yalnız ateş yakınması ile

gelen bir yaşlıda da düşünülmesi gerekir. Bu tür durumlarda barsaklardan gelişen bakteriyel translokasyonu saptayabilmek amacıyla kan kültürlerinin alınması değerlidir.

Yaşlılarda antibiyotik kullanımı da ayrı bir sorun oluşturur. Öncelikle etken izole edilmeye çalışılmalı, ampirik tedaviden kaçınılmalıdır. Günümüzde bazı enfeksiyon hastalıkları için daha kısa tedavi süreleri önerilmekte ve bu sürelerin etkenin eradikasyonu için yeterli olduğu belirtilmektedir. Ancak, bu durum yaşlı hastalar için geçerli değildir. Yaşlıların tedavisinde standart sürelerle uyulmalı, kısa süreli rejimler denenmemelidir. Yaşlılarda antibiyotik kullanırken dikkat edilmesi gereken diğer bir durum, ilaç etkileşimleri ve organ fonksiyon bozukluklarıdır. Yaşlılar hipertansiyon, ateroskleroz, romatoid artrit, diyabet ve daha bir çok hastalık nedeniyle oldukça fazla ve çeşitli ilaç kullanabilmektedirler. Bu nedenle antibiyotik reçete etmeden önce hastanın düzenli kullandığı ilaçları öğrenmek ve bu ilaçlarla etkileşiminin en az olduğu antibiyotiği seçmek gerekmektedir. İleri yaşta böbrek ve karaciğer başta olmak üzere organ fonksiyonlarında azalma beklenir. Hastanın aldığı antibiyotik bu organlara fazladan bir yük bindirerek organ hasarına neden olabilmekte ya da organların işlevinde olan yavaşlama, alınan ilacın atılımında gecikmeye ve sonuçta istenmeyen etkilerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir.

Aşılama yaşlıların enfeksiyonlardan korunmasında önemli bir yere sahiptir. Yaşlıların aşı yanıtları çocuk ve genç erişkinlere göre daha zayıf olup zaman içinde daha hızlı azalmaktadır. Bu nedenle yaşlılardaki aşılama çocukluk dönemi bağışıklamalarından farklı olarak hastalığı önlemekten çok hafif geçirilmesini sağlamaktadır. İleri yaşlarda karşılaşılan yeni antijenlere yanıt zayıf olduğundan aşılana daha erken yaşlarda başlanması önerilmektedir. Böylece ileri yaşta yinelenen aşının koruyuculuk oranı yükseltilebilir. Ayrıca, çocukların aşılama toplumdaki dolaşan mikroorganizma sayısını azaltacağından yaşlıları da enfeksiyondan koruyacaktır. Bu amaçla pnömokok ve influenza aşılarının toplumdaki tüm riskli bireylere yaş sınırı gözetilmeden uygulanması önerilmektedir.

Aktif bağışıklama yaşlılarda yeterince etkin yapılamamaktadır. Bunun en büyük nedeni, yaşlılar için çocuklarda olduğu gibi bir aşılama programının olmaması, bu yaş grubunda aşılamanın genelde isteğe bağlı olmasıdır. Yapılan çalışmalarda aşılama oranlarını yükselten en önemli iki etken; bireyin aşı ve gerekliliği hakkında yeterince bilgi sahibi olması ve hekimin bu konudaki tutumunun olduğu gösterilmiştir.

Pnömokok aşısının yaşlılarda invazif pnömokok hastalıklarından %54-76 oranında koruyucu olduğu belirtilmektedir. Pnömokok aşısı 65 yaş üzeri tüm bireylere bir kez uygulanması önerilmektedir. Aşının ileri yaş dışında yapılması gereken gruplar; kronik akciğer, kalp, böbrek ya da diyabet gibi bir metabolik hastalığı olanlar ve başta asplenikler olmak üzere immün yetmezliklilerdir. İmmün yetmezliği olanlarda aşının 5-6 yılda bir yinelenmesi gerekmektedir.

İnflüenzanın yaşlılarda çok daha ağır seyrettiği bilinmektedir. İnflüenza aşısının influenzaya bağlı mortaliteyi %39-69, hastaneye yatış olasılığını %20-50 azalttığı bildirilmiştir. İnflüenza aşısının diğer endikasyonları pnömokok aşısına benzer şekildedir. Toplumda yayılımı azaltmak amacıyla her sezon okul çağı çocuklarının da aşılması önerilmektedir. Her yıl yinelenmesi gereken influenza aşısı Eylül-Kasım ayları arasında yapılmalıdır, ancak sonraki aylarda aşı için başvuran risk grubundaki bireyin de geri çevrilmeyip aşılması gerekir.

Herpes zoster aşısı Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşlılarda kullanıma giren nispeten yeni bir aşıdır. Bu aşı canlı attenüe olup immün baskılanmışlarda kontrendikedir. Özellikle 60- 80 yaş arası için önerilmektedir. Tek doz cilt altı uygulanan aşı, önceden suçiçeği geçirmeyenlere uygulanmamalıdır.

Sonuç olarak, yaşlılıkta enfeksiyonların önlenmesi için alınması gereken önlemlerin başında uygun beslenme ve yaşam koşulları gelmektedir. Hijyen kurallarına uyum önemlidir. Düzenli sağlık kontrolü ve kronik hastalıkları için gerekli tedavi ve destek eksik edilmemelidir. Bitkisel ilaçlar ya da vitamin, mineral ve antioksidanların kullanılması tartışmalıdır. Kateter, sonda gibi aletler mikroorganizmaların vücuda girişini kolaylaştıracağından

olabildiğince uygulanmamalıdır. Enfeksiyon hastalıklarının tedavisine erken başlamak, kullanılacak antibiyotikleri seçerken organ yetmezlikleri ve ilaç etkileşimleri açısından dikkatli olmak gerekmektedir. Yaşlıları dirençli mikroorganizmalardan korumak amacıyla olabildiğince hastaneye yatırılmamalı, yatırılmışlarsa en kısa sürede taburcu edilmeye çalışılmalı ve gereksiz antibiyotik kullanımından kaçınılmalıdır.

Kaynaklar

1. Busse PJ, Mathur SK. Age-related changes in immune function: effect on airway inflammation. *J Allergy Clin Immunol* 2010;126(4):690-9.
2. D'Souza AL. Ageing and the gut. *Postgrad Med J* 2007;83(975):44-53.
3. El-Solh AA, Niederman MS, Drinka P. Management of pneumonia in the nursing home. *Chest* 2010;138(6):1480-5.
4. Fung HB, Monteagudo-Chu MO. Community-acquired pneumonia in the elderly. *Am J Geriatr Pharmacother* 2010;8(1):47-62.
5. Guzzo TJ, Drach GW. Major urologic problems in geriatrics: assessment and management. *Med Clin North Am* 2011;95(1):253-64.
6. Jaul E. Assessment and management of pressure ulcers in the elderly: current strategies. *Drugs Aging*. 2010;27(4):311-25.
7. López J, Revilla A, Vilacosta I, et al Age-dependent profile of left-sided infective endocarditis: a 3-center experience. *Circulation* 2010;121(7):892-7.
8. Lynch JP, Zhanel GG. Streptococcus pneumoniae: epidemiology and risk factors, evolution of antimicrobial resistance, and impact of vaccines. *Curr Opin Pulm Med* 2010;16(3):217-25.
9. Maggi S. Vaccination and healthy aging. *Expert Rev Vaccines* 2010;9(3 Suppl):3-6.
10. Michel JP. Updated vaccine guidelines for aging and aged citizens of Europe. *Expert Rev Vaccines* 2010;9(3 Suppl):7-10.
11. Mori T, Leung CC. Tuberculosis in the global aging population. *Infect Dis Clin North Am*. 2010;24(3):751-68.
12. Noreddin AM, Haynes V. Use of pharmacodynamic principles to optimise dosage regimens for antibacterial agents in the elderly. *Drugs Aging* 2007;24(4):275-92.
13. Samaras N, Chevalley T, Samaras D, Gold G. Older patients in the emergency department: a review. *Ann Emerg Med* 2010;56(3):261-9.
14. Simor AE. Diagnosis, management, and prevention of Clostridium difficile infection in long-term care facilities: a review. *J Am Geriatr Soc* 2010;58(8):1556-64.
15. Talbot HK, Falsey AR. The diagnosis of viral respiratory disease in older adults. *Clin Infect Dis* 2010;50(5):747-51.
16. Tseng HF, Smith N, Harpaz R, Bialek SR, Sy LS, Jacobsen SJ. Herpes zoster vaccine in older adults and the risk of subsequent herpes zoster disease. *JAMA* 2011;305(2):160-6.

YAŞLILIK DÖNEMİNDE AKILCI İLAÇ KULLANIM İLKELERİ

Dr. Tolga Reşat AYDOS

Tıpta kullanılan ilaçlar genellikle ilaç ürünleri şeklinde hazırlanmış olarak, ilgili yasa hükümlerine göre kurulmuş eczanelerde eczacının denetimi ve gözetimi altında kullanıma sunulurlar. İlacın eczaneden sağlanması özel ilaç kategorileri dışında, mutlaka reçete karşılığında olur. Reçete yazma genellikle şekille ilgili belirli kalıplara ve standart kurallara uyularak yapılır. Ancak reçeteye yazılacak ilaçların hastanın gereksinimine ve içinde bulunduğu koşullara uygun olarak seçilmesinde daima akılcı ilaç kullanımı ile ilgili kavram ve kurallar dikkate alınır. Son elli yıl içinde, eskiden tedavisi mümkün olmayan bazı hastalıklarda etkili ilaçların tıbbi kullanıma girmesi, daha etkili ve daha güvenli olan bazı yenilerinin geliştirilmesi ile çok sayıda yeni ilaç piyasaya sunulmuştur. Ancak yeni bir etki mekanizmasına sahip ya da istenmeyen etkilerinden arındırılmış yeni ilaç sayısı görece az olduğu gibi, kanser ve immün yetmezlik sendromları gibi ilaçla radikal tedavisi olmayan hastalıklara çare olabilecek ilaç geliştirme çalışmaları henüz arzu edilen düzeyde değildir. Dolayısıyla yeni çıkan ilaçların önemli bir kısmı piyasadaki benzerlerine fazla bir üstünlük taşımamaktadır. Öte yandan ülkemizdeki sınırlı parasal kaynaklara karşın, ilaca ayrılan payın büyüklüğü de göz önünde bulundurulursa hastalığın ve hastanın durumuna uygun, akılcı tedavi yaklaşımlarının gerekliliği bir kez daha ortaya çıkacaktır. Hastanın durumunu etraflı bir şekilde inceleyip tanı koyduktan sonra mevcut ilaçlar arasından en uygununu seçecek ve buna göre reçete yazacak olan sorumlu kişi hekim olduğundan, hekimin yükümlülüğü ve davranışı akılcı ilaç kullanımının birincil önemdeki ögesini oluşturur. Dünya Sağlık Örgütü ilacı, “fiziyojik sistemleri veya patolojik durumları, alanın yararı için değiştirmek veya incelemek, kullanan kişide fiziksel veya mental refahı sağlamak amacıyla kullanılan veya kullanılması öngörülen bir madde ya da ürün” olarak tanımlar. Hastalığın iyileştirilmesi ve kişinin fiziksel ve ruhsal mutluluğunu sağlamak amacıyla kullanılan ilaçların bazı koşullar altında etkileri azalabilmekte veya tamamen ortadan kalkabilmekte ya da aksine yan tesirlere veya daha da ileri giderek toksik etkilere yol açabilmektedir. Yani, kullanılan ilaçların etkilerinde çeşitli etmenlere bağlı olarak değişiklikler meydana gelebilmektedir. Liste halinde Tablo 1’de verilen bu etmenler arasında yaş, ilaç-ilaç etkileşimleri ve ilaç-herbal (bitkisel ürün) etkileşimleri ön plana çıkmaktadır.

Tablo 1. İlaçların etkisini değiştiren faktörler

Yaş
Cinsiyet
Vücut ağırlığı
İlacın veriliş zamanı
Çevresel faktörler ve diyet
Sosyal çevre ve ruhsal durum
Patofizyolojik durumlar
Genetik polimorfizm
İlacın farmasötik şekli ve veriliş yolu
Varolan hastalık hali
Tolerans, taşıfilaksi, desensitizasyon
İlaç-ilaç etkileşimleri
İlaç-herbal etkileşimleri
İlacın plasebo etkisi
Absorpsiyon ve eliminasyon organlarının hastalıkları
Uyunc (uyum)
Kiralite

Yaşlılarda akılcı ilaç kullanımı özellikle önem kazanmaktadır. Yaşlı hastalarda uyuncun azalması (unutkanlık gibi), diğer yaş gruplarına göre daha fazla sayıda ilaç kullanılması, bundan doğan ilaç etkileşmeleri, eliminasyon organları ile ilgili hastalık insidensinin artması gibi faktörler de tedavinin etkinliğini, alınan yanıtın niteliğini ve boyutlarını değiştirebilir. Yaşla birlikte hastalık görülme sıklığı ve buna bağlı olarak birden fazla hastalığın birlikte görülme olasılığı arttıkça çok sayıda ilacı aynı anda kullanma zorunluluğu da ortaya çıkmaktadır. Yani çoklu ilaç kullanımı yaşlanma ile birlikte artmaktadır. Ayrıca, yaşlı hastalar ilacın fazla alınmasıyla hastalığın daha çabuk iyileşeceği şeklinde yanlış bir inanç içerisinde olabilirler. Hastanın farklı doktorlara giderek çok sayıda reçete alması, reçetelere çok sayıda ilaç yazılması, doktorların fazla sayıda ilaç yazmaya eğilimli olmaları, hastaların fazla sayıda ilaç beklentileri, yaşlılarda tanıya değil semptomaya yönelik olarak ilaç kullanılması, hastanın veya doktorun tercihi olarak kullanılan ilaçların otomatik olarak tekrar yazılması, çok sayıda reçetesiz ilaç satılması, yaşlı hastaların aile bireylerinden veya çevreden önerilen ilaçları kullanma eğiliminde olması, eğitim düzeyinin düşük olması gibi nedenlerle ileri yaş grubunda çoklu ilaç kullanımı klinik bir sorun oluşturmaktadır. Çok sayıda ilacın kullanılması maliyet yönünden sakıncalar doğurduğu gibi, aynı zamanda, hastalarda karışık tedavi rejimlerine uyum (uyunç) bozukluklarına da neden olmakta; en önemlisi birden çok ilacın birlikte kullanımı ilaç-ilaç etkileşimlerinin ya da kullanılan ilaçlara bağlı yan tesirlerin daha sık görülmesine yol açmaktadır. Yaşlılarda ilaca karşı duyarlılığın artması, esas olarak ilacın farmakokinetiğinin (absorpsiyon, dağılım, metabolizma ve itrah) değişmesinden ileri gelir. Gerçekte çeşitli vücut fonksiyonları ve bu arada ilacın farmakokinetiği ile ilgili fonksiyonlar (ilaç metabolizması ve glomerüler filtrasyon gibi) 25 yaştan sonra her yıl belirli bir oranda, ufak ölçüde de olsa fizyolojik olarak azalır. Bu düşük hızlı kümülatif azalma, yaşlılık çağına erişildiğinde belirgin bir dereceye varır. Bu değişiklikler kişinin genetik yapısı, alışkanlıkları ve/veya çevresel faktörlerden etkilenebilmekte ve yaşlı popülasyondaki ilaç etkileşimi olaylarının engellenmesinde hastalar arasındaki bu farklılıklar doktorların işini oldukça zorlaştırmaktadır. Yaşlılarda duyarlılığın farklı olmasında, ilaçların etkilediği reseptörlerin sayısının ve afinitesinin değişmesi ve reseptör sonrası olayların değişmesi gibi farmakodinamik ile ilgili değişimler de rol oynayabilmektedir. Yaşa bağlı ortaya çıkan farmakokinetik ve fizyolojik değişikliklere, ve azalmış homeostaza uygun şekilde doz ayarlaması yapılmasına rağmen ters ilaç reaksiyonları gözlenebilmektedir. İlaç-ilaç etkileşimlerinin dışında, ilaçlara ait farmakokinetik özelliklerdeki değişiklikler vücut bileşimindeki ve ilaç eliminasyonunda rol oynayan organlardaki değişikliklerden de ortaya çıkabilmektedir. Örneğin, vücut bileşimindeki (yağ kitlesinde artış ve total vücut suyunda azalma) değişiklikler, dağılım hacminde artışa ve lipofilik ilaçların yarılanma ömründe uzamaya yol açabilmektedir (Bu durumda suda-çözünen ilaçların dağılım hacmi ise azalma eğilimindedir). İlaç itrahındaki yaşlanmaya bağlı en belirgin değişiklik, kreatin klirensindeki azalmayla birlikte ortaya çıkan renal ilaç klirensindeki azalmadır. Ancak, yaşla ilgili meydana gelen bu fizyolojik değişikliklerle diyabet, hipertansiyon, koroner damar hastalığı gibi hastalıklara bağlı böbrek fonksiyonlarındaki değişiklikleri birbirinden ayırmak yaşlı popülasyonda oldukça güçtür.

Bir ilaç başka bir ilacın etkisini nitel ya da nicel olarak değiştiriyorsa bu iki ilaç etkileşiyor denir. Etkileşmenin olabilmesi için ilke olarak iki ilacın vücutta (özellikle etkileşme yerinde) aynı anda bulunmaları gerekir. Ancak, MAO (Mono Amino Oksidaz) inhibitörleri veya organofosfat insektisitler ile etkileşmelerde olduğu gibi ilaç vücutta tersinmez enzim inhibisyonu gibi kalıcı bir etki yapıyorsa etkileşme ilaç vücuttan atıldıktan sonra da olabilir. Etkileşme bazen bir ilacın terapötik etkisini diğer bir ilaçla artırmak ya da yan etkilerini azaltmak için istenerek oluşturulur. Bazı durumlarda ise etkileşme, ilaçların bilgisizce kullanılması ya da hastanın kullandığı başka ilaçların dikkate alınmaması sonucu istenmeden olabilir. Bunlar genellikle hasta için zararlı, kimi zaman da ciddi tehlikeler yaratabilen etkileşmelerdir. Bazen de yeni ilaçlara bağlı öngörülemeyen etkileşmeler ortaya çıkabilir. Çünkü yeni ilaçlarla ilgili bazı etkileşmelerin ilaç piyasaya çıkmadan önce yapılan klinik denemelerde farkına varılma olasılığı genellikle düşüktür. Bu nedenle, ilaçların özellikle de yeni ilaçların uygulanması sırasında ortaya çıkan yan etkilerin, yalnız ilacın etkisine değil, hastanın kullandığı başka ilaçlarla ya da besinle etkileşmesine bağlı olabileceği unutulmamalıdır.

İlaçlar arasındaki etkileşimler mekanizmalarına göre üç ana grupta toplanırlar:

1. Farmakodinamik etkileşimler (İlaçların vücuda etkileri)

Bu grup ilaç etkileşimlerinde bir ilaç diğer ilacın etkisini benzer bir yol üzerinden veya farklı bir mekanizma üzerinden güçlendirmek/zayıflatmak ya da ortadan kaldırmak şeklinde değiştirebilir. Ayrıca, bir ilaç diğer bir ilaçla kimyasal olarak bağlanarak da etkisini kaybedebilir. Örneğin antikoagülan olarak kullanılan heparinin etkisi kendisiyle kimyasal bağ oluşturan protamin sülfat ile engellenebilir.

2. Farmakokinetik etkileşimler (Vücudun ilaçlara etkileri)

Bir ilacın mide-bağırsak kanalından emilimi (absorpsiyon), vücutta dağılımı (yayıma [invasion]), özellikle karaciğerde olmak üzere çeşitli enzimlerle metabolizması (biyotransformasyon) ve böbrekler yoluyla vücuttan atılımının (itrah) diğer bir ilaç veya ilaçlar etkisiyle artma veya azalmasına dayanan ilaç etkileşimlerini kapsar. Etkileşimin farmakokinetik olduğunu söyleyebilmek için bir ilacın diğerinin farmakokinetik parametrelerinden birini ya da birkaçını değiştirdiğini deneysel olarak gözlemek gerekir. Bu etkileşimler çoğunlukla metabolizma düzeyinde ortaya çıkmaktadır. Bu tip etkileşimler sadece ilaç-ilaç arasında değil ilaç-besin arasında da görülebilmektedir. Bu etkileşim sıklıkla ilaçların mide-bağırsak kanalından emilimleri basamağında görülmektedir. İlaç kullanımı sırasında greyfurt suyu içilmesi bu ilacın metabolizmasını gerçekleştiren mikrozomal enzimlerin çalışmasını baskılayarak; brüksel lahanası veya brokoli gibi besinlerin ise bu enzimlerin çalışmasını artırarak ilaç kan düzeyini değiştirebildiği gösterilmiştir.

3. Farmasötik etkileşimler

İlaçların damar içine solüsyon şekilde birlikte verilmeleri sırasında yani henüz vücut dışındayken etkileşerek geçimsizlik göstermeleridir. Örneğin ampisilinin damar yoluyla verilmesi sırasında kullanılan serumun glukoz içermesi veya yine damar yoluyla enfeksiyon tedavisi için kullanılan tetrasiklin grubu ilaçlarla kloramfenikolün birlikte verilmesi bu ilaçlar henüz vücut dışındayken olumsuz etkileşimlere ve dikkatsizlik sonucu damar içine verilmeleri durumunda ciddi yan tesirlere yol açabilmektedir. İlaçların vücut dışında etkileşimleri sadece diğer bir ilaçla karıştırılmaları sonucu değil aynı zamanda insülinin damar yoluyla verilmesi sırasında kullanılan serum setine bir miktar yapışmasında olduğu gibi tıbbi malzemelerle de ortaya çıkabilmektedir. Buna bağlı olarak ilaç, vücuda yeterli düzeyde verilememektedir.

İlaç-ilaç etkileşimlerinde sitokrom P450 (CYP) izoenzimlerini indükleyen veya inhibe eden ilaçlar sıklıkla farmakokinetik ilaç-ilaç etkileşimlerine yol açar. Farmakokinetik ilaç etkileşim mekanizmaları içinde ilaç taşıyıcı proteinlerin (Örn. P glikoprotein) rolü de günümüzde giderek önem kazanmaktadır.

Hines LE ve Murphy JE'nin, yaşlı hastalarda ilaç etkileşimlerini değerlendiren gözlemsel kohort ve vak'a kontrolü çalışmalarının bir derlemesi olan çalışmalarının sonuçlarına bakıldığında, anjiyotensin dönüştürücü enzim (ADE) inhibitörleri ile potasyum tutucu diüretikler arasında; ADE inhibitörleri veya anjiyotensin reseptör blokörleri (ARB) ile sülfametoksazol/trimetoprim (SMX/TMP) arasında; benzodiazepinler veya zolpidem ile diğer ilaçlar arasında; kalsiyum kanal blokörleri (KKB) ile makrolid antibiyotikler arasında; lityum ile kıvrım diüretikleri veya ADE inhibitörleri arasında; fenitoin ile SMX/TMP arasında; sülfonilüreler ile antimikrobiyal ajanlar arasında; teofilin ile siprofloksazin arasında; ve varfarin ve antimikrobiyal ajanlar veya non-steroidal anti-inflamatuvar ilaçlar (NSAİİ) arasında ortaya çıkan istenmeyen ilaç-ilaç etkileşimlerine bağlı hastaneye yatış riskinde artış meydana geldiği gözlenmektedir.

ADE inhibitörleri/ARB'lerin diğer ilaçlarla etkileşimleri: ADE inhibitörlerinin veya ARB'lerin potasyum tutucu diüretikler veya potasyum desteği ilaçlar gibi serum potasyum konsantrasyonunu artıran ilaçlarla birlikte kullanılması yaşlı hastaların hiperkalemi tanısı ile hastaneye yatış oranında 7-10 kat artışa yol açabilmektedir. Aynı durum bu iki ilacın, yine serum potasyum düzeyinde artışa yol açan, SMX/TMP, pentamidin, non-selektif

β -blokörler, siklosporin, takrolimus, NSAİİ'lar, ve heparin gibi ilaçlarla birlikte kullanılmaları durumunda da ortaya çıkabilmektedir.

Benzodiazepinler/Zolpidem'in diğer ilaçlarla etkileşimi: Alprazolam, lorazepam veya zolpidem kullanan yaşlı hastalarda bu ilaçların farmakokinetiğini etkileyen ilaçlarla birlikte kullanılması sonucu kalça kırığı sebebiyle hastaneye yatış sıklığında artış meydana gelmektedir.

KKB'lerin diğer ilaçlarla etkileşimleri: Özellikle dihidropridinlerden nifedipin gibi KKB ilaçlarla birlikte klaritromisin veya eritromisin kullanıldığı yaşlılarda hipotansiyon veya şok tanısı ile hastaneye yatış sıklığı artış göstermektedir. KKB türü ilaçlar CYP3A4 izoenzimi tarafından metabolize edilmektedir. Eritromisin ya da klaritromisin gibi bu enzimin inhibisyonuna yol açan ilaçlar KKB'lerin metabolizmasını inhibe ederek aşırı hipotansiyona yol açabilmektedir.

Digoksin'in diğer ilaçlarla etkileşimi: Digoksin ile birlikte klaritromisin alan yaşlı hastalarda digoksin toksisitesi sıklığında yaklaşık olarak 12 kat artış gözlenmektedir. Eritromisin veya azitromisin ile bu artış yaklaşık olarak dört kat ortaya çıkmaktadır. Digoksin, P-gp taşıyıcısına yüksek afinite gösterir. Bu nedenle P-gp taşıyıcısını inhibe eden ilaçlar digoksinin absorpsiyon sırasında barsaklara geri atılmasını engelleyerek ve böbreklerden itrahını önleyerek toksisite sıklığında artışa yol açabilmektedir.

Lityum'un diğer ilaçlarla etkileşimi: Lityum kullanan yaşlılarda kıvrım diüretiklerinin veya ADE inhibitörlerinin birlikte kullanılması lityum toksisitesi ortaya çıkma sıklığını yaklaşık iki kat artırmaktadır. Aynı şekilde, tiyazid grubu diüretikler ve NSAİİ'lar da lityum kullanan yaşlı hastalarda lityum toksisitesi sıklığında artışa yol açabilmektedir. Sodyum kaybına yol açan bu ilaçlar lityum dengesinde (balansı) bozulmaya yol açmaktadır.

Fenitoin'in diğer ilaçlarla etkileşimi: Fenitoin kullanan yaşlı hastalarda bu ilaç yanı sıra SMX/TMP kullanımı fenitoin toksisitesi nedeniyle hastaneye yatış sıklığında yaklaşık iki kat artışa yol açmaktadır. Bu etki, SMX/TMP'nin CYP2C8 ve CYP2C9 inhibisyonu yapması sonucu bu enzimler üzerinden metabolizması gerçekleşen fenitoinin kan düzeyinin artmasına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır.

Sülfonilürelerin diğer ilaçlarla etkileşimi: Glibürid veya glipizid kullanan yaşlıların, bu ilaçlar yanı sıra SMX/TMP kullanmaları durumunda hipoglisemi tanısı ile hastaneye yatış sıklıkları yaklaşık yedi kat artış göstermektedir. Benzer durum glibürid veya glipizid yanı sıra amoksisilin, flukonazol, siprofloksazin, azitromisin, klaritromisin, eritromisin kullanıldığı durumlarda da ortaya çıkabilmektedir. Sülfonilüre grubu diüretiklerin metabolizması öncelikle CYP2C9; daha az olarak da CYP3A4 aracılığıyla gerçekleşmektedir. Bu enzimleri inhibe eden ilaçlarla birlikte kullanımları hipoglisemiye neden olabilmektedir. Aynı zamanda sefalekssin gibi antibiyotiklerin kullanılmasını gerektiren enfeksiyonlar sırasında bu enfeksiyonlara bağlı olarak kan glikoz dengesinde bozukluk ortaya çıkabilmekte ve kullanılan antidiyabetik ilaçların farmakokinetiğini etkilemeden bu ilaçlar hipoglisemiye yol açabilmektedir.

Tamoksifen'in diğer ilaçlarla etkileşimi: Tamoksifen kullanan göğüs kanseri vak'alarında antidepresan olarak paroksetin kullanılması kansere bağlı ölüm oranlarında artışa neden olmaktadır. Bu durum sitalopram, fluoksetin, sertralin veya venlafaksin içeren antidepresanların kullanımı sırasında ortaya çıkmamaktadır. Tamoksifen, CYP2D6 ile aktif metabolitine dönüşerek etki oluşturan bir ön-ilaçtır. CYP2D6 genetik polimorfizmi sık olarak ortaya çıkmaktadır. Bu izoenzimi inhibe eden ilaçlar tamoksifenin aktif şekline dönüşümünü engelleyerek, kanser tedavinin yetersiz olmasına yol açabilmektedir.

Teofilinin diğer ilaçlarla etkileşimi: Yaşlılarda teofilin ve siprofloksazin'in birlikte kullanımı teofilin toksisitesine bağlı hastaneye yatış sıklığında yaklaşık iki kat artışa yol açabilmektedir. Teofilin, CYP1A2 tarafından metabolize edilmektedir. Siprofloksazin ise, diğer fluorokinolonların aksine, bu enzimi inhibe ederek teofilin toksisitesine yol açabilmektedir. Teofilin toksisitesi, bulantı, tremor ve baş ağrısından yaşamı tehdit eden inme ve kardiyak aritmilere kadar değişen şekillerde ortaya çıkabilmektedir. Alkol kullanımı, hipotiroidi, kronik

karaciğer hastalıkları ve konjesif kalp yetmezliği teofilin toksisitesi için risk faktörleridir. Teofilin kullanmak zorunda olan yaşlı hastalarda antibiyotik kullanımı gerekiyorsa siprofloksazin yerine diğer antibiyotikler tercih edilmelidir.

Varfarin'in diğer ilaçlarla etkileşimi: Varfarin kullanan yaşlı hastalarda beraberinde flukonazol, amoksisilin, SMX/TMP, siprofloksazin veya sefalekssin kullanımı gastrointestinal kanamaya bağlı hastaneye yatış sıklığında artışa neden olmaktadır. Bu durum sitokrom P450 enzimlerinin inhibisyonu (S-varfarin metabolizması özellikle CYP2C9 tarafından gerçekleşmektedir), K vitamininin ağız yoluyla yetersiz alınmasına veya barsak florasının uzun dönemde antibiyotik tedavisi ile baskılanmasına bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Varfarin kullanımı sırasında birlikte kullanıma bağlı gastrointestinal kanama artışına yol açan diğer bir ilaç grubu ise NSAİ ilaçlardır. NSAİ ilaçlar, gastrik mukoza hasarına yol açarak, trombosit fonksiyonlarını bozarak varfarinle birlikte kullanıma bağlı olarak kanama riskinde artışa neden olurlar. Bu etkileşme farmakokinetik etkileşmeden çok farmakodinamik etkileşim şeklindedir.

İlaçların etkisinin değişmesiyle ilgili özel bir durum ise klasik ilaçlarla bitkisel (herbal) ürünlerin birlikte kullanımınıdır. Günümüzde her yaş grubunda görülmekle birlikte daha sık olarak yaşlılarda doktor tarafından verilen ilaçlar yanı sıra bitkisel kaynaklı ürünlerin de kullanımı ve buna bağlı ilaç etki değişimleri tespit edilmektedir. Çeşitli mağaza veya aktarlardan rahatlıkla temin edilebilen bitki kökenli ürünler üzerinde, günümüzde kullanılan tıbbi ilaçlar kadar ayrıntılı olarak araştırma yapılmamıştır. İçerdikleri maddeler, bunların miktarı ve etkileri net olarak belli değildir. Bu ürünlerin kullanılması durumunda hangi aktif maddenin/lerin ne miktarda dolaşıma geçtiği bilinmemektedir. Ayrıca birlikte kullanıldıkları ilaçlarla da sık olarak etkileşime girebilmekte ve ciddi yan tesirlere veya kullanılan ilacın etkisinin aşırı artmasına ya da ortadan kalkmasına yol açabilmektedir. Bilinçsiz bir şekilde kullanılan bitkisel ürünler direkt olarak da ciddi yan tesirlere neden olabilmektedir. Örneğin, konstipasyona karşı çok sık tercih edilen “sinameki otu”nun (*Cassia Acutifolia* veya *C. Angustifolia*) gereğinden fazla kullanılması çok şiddetli ishallerle yol açabildiği gibi besinlerin ve ilaçların emiliminin gerçekleştiği bağırsak epitelinde de hasara yol açabilmektedir. İlaç etkileşimindeki yüksek risk çok iyi bilinmesine rağmen çeşitli çalışmalar reçeteli ilaç kullananların %14-31'inin klasik ilaçlarla bitkisel ürünleri birlikte kullandığını göstermektedir. Son yıllarda bitkisel ürünlerin satışındaki büyüme, birçok araştırmacının bitkisel ürün-ilaç etkileşiminin altında yatan farmakolojik mekanizmalara odaklanmasına yol açmıştır. Absorpsiyon; ilaç etkililiği ve tedavi çıktısında önemli bir role sahiptir. Absorpsiyonu etkilediği bilinen bitkisel ürünler, özellikle digoksin veya anti-kanser ajanlar gibi dar terapötik indekse sahip ilaçların plazma konsantrasyonlarını değiştirerek etkinin sub-terapötik düzeyde kalmasına veya toksik etkilerin ortaya çıkmasına yol açabilmektedir. Bitkisel ürünlerin ilaç absorpsiyonu üzerine etkileri bitkisel ürün-ilaç etkileşimlerinin klinik risk değerlendirmesi için başlangıç noktası olarak ele alınmakla birlikte greyfurt, karabiber ve acı biber gibi yaygın kullanılan besinlerin de bu etkiye sahip olduğu bilinmektedir.

Çoğu çalışmada bitkisel ürünlerin karaciğerde mikrozomal enzimler aracılığı ile gerçekleşen ilaç metabolizmasını etkilediği gösterilmiştir (Tablo 2). Ancak elde edilen sonuçlar çelişkilidir. Bitkisel ürün-ilaç etkileşimlerinde sıkça rol oynayan bitkisel ürünlerden ikisi St John's wort (*Hypericum perforatum*) ve kava (*Piper methysticum*)'dır. St John's wort, günümüzde kullanılan birçok ilacın metabolizmasını gerçekleştiren sitokrom P450 3A (CYP3A) mikrozomal enzimleri üzerinde indükleyici etki gösterir ve sonucunda klaritromisin, benzodiazepinler, siklosporin, diltiazem, atorvastatin, estradiol, sildenafil gibi metabolizması bu enzim üzerinden gerçekleşen ilaçların plazma düzeyi düşer. Ayrıca benzer şekilde CYP2E1, 2C9, 2C19 ve 1A2 gibi diğer mikrozomal enzimlerin de etkilenebildiğini gösteren çalışmalar mevcuttur. “Kava kava” ise birçok mikrozomal enzimin inhibisyonuna yol açarak bu enzimler üzerinden metabolize olan ilaçların plazma düzeylerinin yükselmesine neden olur.

Tablo 2. Karaciğer mikrozomal enzim fonksiyonları üzerine etki gösteren bitkisel ürünler ve etkileri

Bitkisel ürün	Karaciğer mikrozomal enzimleri üzerine etkileri
<i>Camellia sinensis</i> (yeşil çay)	CYP 3A4 ↓
<i>Citrus paradise</i> (Greyfurt)	CYP 3A4 ↓↓
<i>Cassia spp</i> (sena)	CYP 3A4 ↓↓
<i>Echinacea spp</i> (echinacea)	CYP 1A2 ↓
<i>Ginkgo biloba</i> (ginkgo)	CYP 2C19 , CYP 3A4 ↑↑
<i>Hypericum perforatum</i> (St John's wort)	CYP 3A4 , CYP 2E1 ↑↑

P glikoprotein (P-gp), intestinal hücre membranı ve karaciğer hücreleri üzerinde bulunan bir dışa atım (efflux) taşıyıcı moleküldür. P-gp, ilaçların veya diğer maddelerin hücre membranından geçişini ve bu yolla ilaçların konsantrasyonu ve biyoyararlanımını düzenler. İlaçlar ve bitkisel ürünler P-gp'yi inhibe ederek veya indükleyerek ilaç biyoyararlanımını etkileyebilir. St John's wort'un P-gp'yi indüklediği; bunun sonucunda ilaçların absorpsiyonunu engelleyerek etkilerini azalttığı gösterilmiştir. P-gp'nin inhibisyonu ise ilaçların absorpsiyonunu artırarak etki gösterdikleri yerlerde aşırı etki hatta toksisite ortaya çıkmasına neden olur. Vinblastin, ketokonazol, ranitidin, kinidin, eritromisin, verapamil, diltiazem, indinavir P-gp transport sisteminin fonksiyonundan etkilenen ilaçlara örnek olarak verilebilir.

İlaçların ve bitkisel ürünlerin birlikte verilmelerine ait güvenilirlik ve riske yönelik çok sayıda klinik deney, çıktılarının bireysel değişkenlikten etkilendiği gerçeğinin altını çizmektedir. Bu son durumun incelemesinde, farmakogenetik çalışmalar ana metabolik enzimler için çeşitli farklı genotiplere sahip gruplarda ilaçlarla bitkisel ürünlerin farklı muhtemel etkileşimlerinin anlaşılmasına yardımcı olabilir.

Kural olarak, bitkisel ürünler ve bitkisel kaynaklı besin desteği arasındaki fark birincisinin tedavi ve koruyucu olarak kullanılırken ikincisinin sadece besleyici veya fizyolojik etkilere sahip olmasıdır. Bitkisel besin destekleri için "sağlık geliştirici" şeklinde reklam yapılmakta olup potansiyel ters etkileri ve ilaç etkileşimleri açısından çok ciddi değerlendirmeler gerektirmektedir.

Şifalı Bitki-İlaç Etkileşimleri

Bitkiler, sık rastlanan birçok hastalığın tedavisinde çok eski dönemlerden beri kullanılmaktadır, ancak, bitkisel ürünlerin etkileri farmakolojik çalışmalarla yeterince gösterilmemiştir.

Güvenlilikle ilgili önemli bir konu, bitkisel ürünlerle klasik tedaviler arasındaki farmakolojik etkileşime bağlı ters (advers) etki riskidir (Tablo 3). Bu konu tüketicilerin, "doğal kaynaklı olması nedeniyle bitkisel ürünler güvenlidir" şeklinde ön-yargıya sahip olmaları ve bu ürünlerin doktora danışmadan kullanılıyor olmaları nedeniyle, sıklıkla göz ardı edilmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde ilaç etkileşimlerine bağlı her yıl 100.000'den fazla sayıda ölüm olmaktadır. Çeşitli farmakolojik özelliklere sahip birçok değişik tipte kimyasal bileşik içeren çok sayıda bitkisel ekstre ürünlerine marketlerde ulaşılabilmektedir. Ekstrelerin bileşimi coğrafik kaynağa, hasat sırasında bitkinin gelişme evresine, hasat sonrası maruz kaldığı uygulamalara, standardizasyon kriterlerine ve stabilitesine bağlı olarak değişiklik gösterebilmektedir. Bazı koşullarda, bitkisel ürünler kontaminasyona uğrayabilir ve sonucunda içeriğinin belirlenmesi ve konsantrasyonu ile ilgili hatalara yol açabilir.

Tablo 3. Bitkisel ürün-ilaç etkileşimlere bağlı ortaya çıkan ters etkiler

Bitkisel ürün	İlaç	Ters etki
<i>Aloe</i>	Digoksin, furosemid, tiazid grubu diüretikler	Hipokalemi, ilaç etkisinde değişiklikler
<i>Zencefil</i>	Antidiyabetik ajanlar	Ek hipoglisemik etki yaparak insülin salıverilmesinde artış
<i>Ginkgo</i>	Tiazid grubu diüretikler	Hipertansiyon
<i>Kava</i>	Levodopa	Etkide azalma
<i>St John's wort</i>	Paroksetin, sertralin	Letarji, serotonin sendromu riskinde artış
<i>Saw palmetto</i>	Kontraseptifler, estrogen	Antiöstrojenik etki
<i>Ekinezya, ginseng</i>	İmmünosupresör ajanlar	İmmünosupresör etkide değişiklikler
<i>Sarımsak (garlic)</i>	Antidiyabetik ilaçlar	Kan şekerinde düşme

Bitkisel ürünlerin kullanımında diğer bir problem, bildirilmemiş ters reaksiyonlar ve bitkisel ürün-ilaç etkileşimleridir. Kullanıcılar ortaya çıkan ters etkilerden doktorlarına bilgi vermemektedir.

Özellikle çok sayıda ilaçla tedavi olan hastalarda ortaya çıkan bir problem de bitkisel ürün-ilaç etkileşimlerinin tespit edilmesindeki güçlüktür. Dahası, tüketiciler sıklıkla bitkisel ürünlerin tamamen masum olduğuna inanmakta ve bu ters reaksiyonları ondan kaynaklanmayan, ilaç veya bitkisel ürünlerle tedavi edilmesi gereken, başka bir yeni hastalık olarak algılamaktadırlar. Ters etkilerin bildirimlerinin yeterince olmamasına ilave olarak bir diğer problem bildirimlerin kalitesi ile ilgilidir.

Klinik risk değerlendirme süreci, tüm tıbbi bakım süreci ile birlikte riskin azaltılmasına yardımcı olur. Bu süreç genel olarak üç safhaya ayrılır: riskin tanımlanması, riskin azaltılması veya tamamen ortadan kaldırılması ve benimsenmiş risk azaltma stratejilerinin bir son değerlendirmesi. De Smet, bu algoritmayı bitkisel ürün-ilaç etkileşimlerinin klinik risk yönetimine adapte etmiş ve kanıtların, olasılıkların ve önem derecesinin analizi vasıtasıyla tehlikenin doğru bir şekilde tanımlanması ve değerlendirilmesinin önemini altını çizmiştir. De Smet kanıtları şu şekilde sınıflandırmıştır:

1. Hayvanlarda farmakodinamik çalışmalar; sınırlı *in vitro* çalışmalar
2. Yayınlanmış ancak tam olmayan vak'a takdimleri (case report)
3. İyi bir dokümantasyonla desteklenmiş tamamlanmış vak'a takdimleri (case report); vak'a serilerinin geriye dönük analizleri
4. Hasta veya sağlıklı gönüllülerde yapılan ancak farklı amaca yönelik klinik çalışmalar
5. Amaçla alakalı olarak hasta veya sağlıklı gönüllülerde yapılan klinik çalışmalar

Bu sınıflandırmaya göre kanıtların kalitesi küçükten büyüğe doğru sıralanmaktadır. Bitkisel ürün-ilaç etkileşimlerinde klinik risk yönetiminde riskin tanımlanması evresini riskin azaltılması ve sonuçların yeniden değerlendirilmesi programı takip etmelidir. Ancak, bitkisel ürün-ilaç arasındaki farmakokinetik etkileşimlerin kliniğe yansması birçok faktöre bağlıdır ve etkileşimlerin önceden tahmin edilebilmesi bu nedenle çok güçtür.

Bitkisel Ürünlerin (Herbal) Direkt Toksik Etkileri

Bitkisel ürünlerin birlikte kullanıldıkları ilaçlarla olan etkileşimlerine bağlı olarak ortaya çıkan yan tesirleri yanı sıra kardiyak, pulmoner, renal, hematolojik, endokrin sistem üzerinde direkt toksik etkileri de ortaya çıkabilmektedir. *Ma Huang* (*Ephedra sinica*), efedrin-içeren bitkisel bir üründür. Genellikle kilo kaybettirici ajan

olarak kullanılırken bronkospazm, astma, alerji tedavisi amacıyla da kullanılabilir. Ancak kullananlarda hipertansiyon, miyokart infarktüsü, inme, nöbet (tutarık) ve psikoz gibi toksik etkilerin geliştiğine dair çalışmalar mevcuttur. Aşırı sempatomimetik aktivite sonucu ölüm vak'aları da saptanmıştır. *Sauropus androgynus*, lipid düşürücü ve sonucunda kilo kaybettirici olarak kullanılan bir bitkisel üründür. Toksik etkilerinin başlangıç semptomları uykusuzluk ve irritabilite olup ileri evrede dispnea ve öksürük gibi pulmoner semptomlar ortaya çıkar. *Aristolochia* ise afrodisyak, antikonvülsan, immünostimülan, menstürasyon düzenleyicisi olarak ve yılan sokmalarının tedavisinde kullanılmaktadır. Ayrıca artrit, gut, egzema, yara tedavisi, safra kesesi koliklerinin tedavisinde de bu bitkisel üründen faydalanılmaktadır. *Aristolochia* renal toksik ve karsinojenik etkileri olan "ristolochic asit" içermektedir. Ayrıca, renal tübüler hasar, renal atrofi, renal interstisyel fibrozise yol açtığına dair çalışmalar da mevcuttur. *Ginkgo biloba* demans, Alzheimer's hastalığı, serebral vasküler yetmezlik, periferik arter hastalıkları, tinnitus, vertigo, iskemik inme, astma, bilişsel (kognitif) bozukluklar, hiperkolesterolemi, Raynaud's sendromu ve seksüel disfonksiyon gibi birçok hastalığın tedavisi için kullanılmaktadır. *Ginkgo* kullananlarda istenmeyen kanamaların ortaya çıktığına dair çalışmaların yanı sıra bu tip yan tesirinin bulunmadığına dair de çalışmalar vardır. Diğer bir bitkisel ürün olan *Kava kava* ise anksiyete, stres, huzursuzluk, baş ağrısı, epilepsi, solunum yolu enfeksiyonları ve üriner yol enfeksiyonlarının tedavisinde önerilmektedir. Kronik kullanımlarda karaciğer enzimlerinde artışa yol açmakta, hatta karaciğer yetmezliği ve ölümle de sonuçlanabilen karaciğer hasarı meydana getirebilmektedir. *Fucus vesiculosus* tiroid hastalıkları, iyot yetmezliği, guatr, obezite, artrit, bronşit, amfizem ve anksiyete tedavisinde kullanılmaktadır. Ayrıca, romatizma, arterioskleroz, sindirim bozuklukları ve genitoüriner bozukluklarda da diğer kullanım alanlarıdır. Yüksek miktarda iyot ve aynı zamanda arsenik ve kadmiyum gibi ağır metalleri, demir, B12 vitamini de içermektedir. Bu nedenle uzun süre kullanımlarında hipertiroidi gelişmesine veya ağır metal zehirlenmelerine yol açabilmektedir.

Sonuç olarak, sentetik ilaçlardan farklı olarak, bitkisel ürünlerin tedavide kullanımlarına ait bilgiler yüzyıllar boyu insanlarda denenmeleri ve yapılan gözlemlerle elde edilmiş olmakla birlikte, yeterince gerçek farmakolojik çalışma yapılmamış, etki mekanizmaları, yan tesirleri, ilaçlarla olan etkileşimleri deneysel ve klinik çalışmalarla gösterilmemiştir. Kısıtlı sayıdaki çalışmanın sonuçları arasında ise çelişkiler mevcuttur. Bitkisel ürünlerin yaygın olarak ve doktora danışmadan kullanılmaları nedeniyle çok sayıda yan tesirler ortaya çıkmakta; özellikle yaşlılarda, fizyolojik fonksiyonlar da gerilediği için, morbidite ve mortalite yönünden birçok olumsuz etkilere neden olmaktadır. İlaç-ilaç etkileşimleri göz önünde bulundurularak öncelikle yaşlılarda çok sayıda ilaç kullanımından kaçınılmalı; yaşlı hastaların doktora danışmadan bitkisel ürün veya besin desteklerini kullanmaları engellenmeli, bu yönde bilgilendirmeler yapılmalı, yeni bir hastalık şikayetiyle doktora başvuran yaşlı hastalarda ilaç etkileşimleri veya bitkisel ürün-ilaç etkileşimleri öncelikle araştırılmalıdır. Unutulmamalıdır ki "bitkisel üründür, zararı olmaz!" hoşgörüsü bir felaketle sonuçlanabilir.

Sonuç olarak; özellikle yaşlılarda olmak üzere ilaçların akılcı kullanımları için yapılması gereken 12 girişim şöyle özetlenebilir:

1. İlaç politikalarını düzenlemek için yetkilendirilmiş multi-disipliner ulusal bir yapılanma oluşturulmalı.
2. Tanı ve tedavide klinik rehberlerden yararlanılmalı.
3. İlk seçenek tedavileri esas alan temel ilaç listesi oluşturulmalı.
4. Bölgelerde ve hastanelerde ilaç ve tedavi komiteleri kurulmalı.
5. Probleme dayalı akılcı ilaç kullanımı eğitimini mezuniyet-öncesi dönemde verilmesi sağlanmalı.
6. Hizmet-içi sürekli tıp eğitimleri düzenlenmeli.
7. Kurumsal çerçevede gözetim, denetim ve geri bildirim sistemleri geliştirilmeli.
8. İlaçlar hakkında bağımsız bilgi kaynaklarını kullanılmalı.
9. İlaçlar ve ilaçla tedavi hakkında halk eğitimi yapılmalı.
10. Etik olmayan mali teşviklerden kaçınılmalı.
11. Uygun ve zorunlu düzenlemeler hayata geçirilmeli.
12. İlaç tedarikini ve personel istihdamını güvence altına almaya yönelik yeterli devlet harcamaları sağlanmalı.

Kaynaklar

1. Baker DH. Iodine toxicity and its amelioration. *Exp Biol Med* 2004;229:473-78.
2. Butterweck V, Derendorf H. Potential of pharmacokinetic profiling for detecting herbal interactions with drugs. *Clin Pharmacokinet* 2008; 47(6): 383–97.
3. Colalto C, Herbal interactions on absorption of drugs: Mechanisms of action and clinical risk assessment. *Pharmacol Res* 2010; 62(3): 207-27.
4. Crowley JJ, Cusack BJ, Jue SG, et al. Aging and drug interactions. II. Effect of phenytoin and smoking on the oxidation of theophylline and cortisol in healthy men. *J Pharmacol Exp Ther* 1988; 245: 513–523.
5. De Smet PAGM. Clinical risk management of herb–drug interactions. *Br J Pharmacol* 2006; 63(3): 258–67.
6. Du Buske LM. The role of P-glycoprotein and organic anion-transporting polypeptides in drug interactions. *Drug Saf* 2005; 28: 789–801.
7. Ephedra. Natural Medicines Database. Therapeutic Research Faculty. Stockton, CA. Available at: [http://www.naturaldatabase.com/\(S\(qku2mt55awj5j4iammokfc45\)\)/home.aspx?cs=&s=ND](http://www.naturaldatabase.com/(S(qku2mt55awj5j4iammokfc45))/home.aspx?cs=&s=ND). Accessed January 2, 2008.
8. Escher M, Desmeules J, Giostra E, et al. Drug points: Hepatitis associated with kava, a herbal remedy for anxiety. *BMJ* 2001; 322: 139.
9. Hines LE, Murphy JE. Potentially harmful drug-drug interactions in the elderly: a review. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2011; 9(6): 364-77.
10. İskit A, Kayaalp O. İlaçların Etkisini Değiştiren Faktörler. In:Kayaalp S.D (Ed), Akılcıl Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji, on üçüncü baskı, Pelikan Yayıncılık Ltd. Şti., Ankara, 2012, pp 90-103.
11. Klotz U. Pharmacokinetics and drug metabolism in the elderly. *Drug Metab Rev* 2009; 41: 67–76.
12. Ko RJ. Safety of ethnic and imported herbal and dietary supplements. *Clin Toxicol* 2006; 44: 611-6.
13. Lin TJ, Lu CC, Chen KW, et al. Outbreak of obstructive ventilatory impairment associated with consumption of *Sauropus androgynus* vegetable. *Clin Toxicol* 1996; 34:1-8.
14. Loi CM, Parker BM, Cusack BJ, Vestal RE. Aging and drug interactions. III. Individual and combined effects of cimetidine and cimetidine and ciprofloxacin on theophylline metabolism in healthy male and female nonsmokers. *J Pharmacol Exp Ther* 1997; 280: 627–637.
15. Mallet L, Spinewine A, Huang A. The challenge of managing drug interactions in elderly people. *Lancet* 2007; 370:185–191.
16. Meisel C, John A, Roots I. Fatal intracerebral mass bleeding associated with Ginkgo biloba and ibuprofen. *Atherosclerosis* 2003; 167: 367.
17. Nortier JL, Martinez MC, Schmeiser HH, et al. Urothelial carcinoma associated with the use of a Chinese herb (*Aristolochia fangchi*). *N Engl J Med* 2000; 342: 1686-92.
18. Oates JA. The science of drug therapy. In: Brunton LL, Chabner B, Knollman B. ed. *Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics*. 12th ed. New York: McGraw-Hill; 2011.
19. Pye KG, Kelsey SM, House IM, et al. Severe dyserythropoiesis and autoimmune thrombocytopenia associated with ingestion of kelp supplement. *Lancet* 1992; 339: 1540.
20. Russmann S, Lauterberg BH, Hebling A. Kava hepatotoxicity. *Ann Intern Med* 2001; 135: 68.
21. Theoharides TC, Sudden death of a healthy college student related to ephedrine toxicity from a Ma Huang containing drink. *J Clin Psychopharmacol* 1997; 17: 437-9.
22. Tovar RT, Petzel RM. Herbal toxicity. *Dis Mon* 2009; 55(10): 592-641.
23. Vale S. Subarachnoid haemorrhage associated with Ginkgo biloba. *Lancet* 1998; 352: 36.
24. Vanherweghem JL, Depierreux M, Tielemans C, et al. Rapidly progressive interstitial renal fibrosis in young women: Association with slimming regimen including Chinese herbs. *Lancet* 1993; 341: 387-91.
25. Vestal RE, Cusack BJ, Crowley JJ, Loi CM. Aging and the response to inhibition and induction of theophylline metabolism. *Exp Gerontol* 1993; 28: 421–433.
26. Vestal RE, Cusack BJ, Mercer GD, et al. Aging and drug interactions. I. Effect of cimetidine and smoking on the oxidation of theophylline and cortisol in healthy men. *J Pharmacol Exp Ther* 1987; 241: 488–500.

YAŞLILIK DÖNEMİNDE ACİL SORUNLAR

Dr. Mehmet Mahir KUNT

Yirminci yüzyılın ortalarından itibaren yaşlı nüfus artmaya başlamış ve bu artış 21 yüzyılda daha da fazlalaşmıştır. Acil servislerde daha uzun kalan, karmaşık tıbbi durumları olan, daha çok sayıda ve ileri tetkik tedavi ihtiyacı olan ve acil servislere gelişte kendilerini özgü özel sorunları olan yaşlı hastalar için özel bakım ihtiyacı günden güne belirginleşmektedir.

65 yaş ve üzeri bireylerin başlıca ölüm sebepleri: (1) Kalp hastalıkları (2) Kötücül tümörler, (3) Serebrovasküler hastalıklar ve (4) Kronik alt solunum yolu hastalıklarıdır.

Acil servisler acil hastalıkların tedavisi yanında, 24 saat hizmet veren birinci basamak sağlık hizmetleri, yoğun bakım hizmetleri ve sağlık hizmetlerinin çeşitli nedenlerle aksadığı durumlarda emniyet bölgesi olarak görev almaktadır. Amerika'da 2004 yılında yapılan bir çalışmaya göre yaşlı popülasyonun % 12'sini oluşturan yaşlıların, acil servise başvuruların % 15'ini ve ambulansla gelen hastaların % 36'sını oluşturdukları görülmüştür. Diğer birçok çalışmada da bu oran %14-21 arasında değişmektedir. Yaşlı hastaların şikâyetleri büyük bir oranda triyaj kategorilerinin üst sıralarında yer almaktadırlar. Başka araştırmalarda ise hastaneye yatma oranlarının ve yoğun bakım ihtiyaçlarının yaşlı popülasyonda daha fazla olduğu görülmüştür.

Yaşlı hastaların acil servislerde muayenesi güçtür. Yaşlanma ile beraber kronik hastalık sayısı artar. Yapılan bir araştırmaya göre yalnız yaşayan yaşlılarda ortalama olarak 3 tane problem varken, bakım isteyen hastalarda problem sayısı 10'a kadar çıkmaktadır. Bu kadar çok altta yatan hastalık olması yaşlılarda yeni bir hastalığın teşhisini oldukça güçleştirmektedir. Amerika'da yapılan bir araştırmaya göre acil hekimleri yaşlı hastaları değerlendirirken kendilerini daha güç durumda hissettikleri ve daha zor teşhis koydukları ortaya çıkmıştır.

Yaşlı hastalarda hastalık seyrinin atipik olması, belirtilerin geç çıkması ve altta yatan hastalıkların çok olması nedeniyle yardımcı teşhis metodlarının kullanılması %50 sıklığında daha fazladır. Yaşlı hastalar için gençlere göre daha fazla laboratuvar tetkikine, radyolojik tetkiklere ve diğer yardımcı teşhis yöntemlerine başvurulur ve de acil serviste hatalı teşhis koyma ihtimali daha fazladır.

Yaşlılıkta fizyolojik bir takım değişiklikler olur ve bunlar yaşlının sağlığını ve kendine bakımını etkiler. Bunlar Tablo 1 de sıralanmıştır. Bu değişikliklerin cerrahi ve medikal problemlerin teşhisinde zorluklar çıkaracağı aşikârdır. Bu yüzden bir acil hekimi yaşlı bir hastayı değerlendirirken daha dikkatli davranmalıdır. Ayrıca bu fizyolojik değişiklikler sebebiyle yaşlı hastalarda tedavi şekli ve ilaç dozları da değişecektir.

Yaşlı hastalarda olan fizyolojik değişiklikler laboratuvar değerlerine yansımaz. Anormal değerler yaşlılığın bulguları değildir. Anormal değerlere sahip yaşlı insanlar mutlaka ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir.

Yaşlı popülasyonda yanlış ve gereksiz ilaç kullanımı önemli problemlerden biridir. Amerika'da reçete edilen ilaçların %30'u yaşlı popülasyondadır. 2020 yılında bu rakamın %50 olacağı tahmin edilmektedir. Ortalama olarak bir yaşlı hasta günde 4.5 çeşit ilaç kullanmaktadır. Bakıma ihtiyaç gösteren hastalarda bu günde 7.2'ye kadar çıkmaktadır.

Yaşlı hastalarda birden çok ilaç kullanımı gerekmektedir ama bu durum yaşlı hastalarda yan etkilerin daha çok görülmesine sebep olmaktadır. Altta yatan hastalıklar, birden fazla doktor yaşı bağlı farmatokinetik değişiklikler, bir ilacın yan etkisini tedavi amaçlı yeni bir ilaç verilmesi gibi problemler yeni problemlere yol açmaktadır. Araştırmalar göstermiştir ki hastaneye yatan yaşlı hastaların % 12-30'u ilaç yan etkileri veya ilaç etkileşimleri yüzünden hospitalize edilmektedir veya hastaneye yatıştaki başlıca şikâyetlerden biridir.

Gastrointestinal motilite ve kan akımında azalma, vücut kitesinde azalma, yağ dokusu oranında artma, kreatinin klerensinde azalma, hepatik kan akımında azalma, ilaçların emilimini, dağılımını ve klerensini değiştirebilir.

Bütün bu değişikliklere rağmen pek çok ilacın biyoyararlanımında değişiklik olmaz. Ama yaşlı hastalar birden fazla ilaç kullandıkları için ilaç etkileşimleri ve yan etkileri daha fazla ortaya çıkar. Bir üniversite hastanesinde yapılan bir çalışmada acil serviste görülen yaşlı hastaların % 49'una yeni bir ilaç başlandığı ve bu hastaların % 18 bu yeni ilacın yan etkisiyle veya diğer ilaçlarla etkileşimi ile yüz yüze kaldıkları görülmüştür. Yaşlı hastalarda ilaç metabolizmasındaki değişiklikler acil serviste ilaç verirken de dikkatli olmayı gerektirir. Özellikle sedatif - hipnotikleri ve narkotik ajanları verirken daha ihtiyatlı davranmalıdır. "Az başla, yavaş arttır" (start low, go slow) kuralı ile hareket etmelidir.

Narkotikler, sedatif-hipnotikler, antidepressanlar, diüretikler, nonsteroid antiinflamatuvarlar ve anjiyotensin çevirici enzim inhibitörleri gibi ilaçların, yaşlılarda yan etkileri olduğu gösterilmiştir.

Narkotikler ve sedatif-hipnotikler kognitif fonksiyonları azaltmaktadır dolayısıyla kazalara maruz kalma ve düşme riskini arttırmaktadır. Diüretikler ciddi elektrolit dengesizliği ve dehidratasyona yol açabilirler. Bu yüzden oldukça dikkatli bir şekilde reçete edilmelidirler. Nonsteroid antiinflamatuvarlar yaşlılarda ciddi ve öldürücü yan etkilere sahiptirler. Nonsteroid antiinflamatuvar toksisitesi azotemiden sodyum tutulumunun artması ile hipertansiyonun alevlenmesi ve kalp yetmezliği veya gastrointestinal kanama ve/veya perforasyona kadar geniş bir yelpaze içinde görülebilir.

Acil hekimi tedavi ettiği yaşlı hastalarda ilaç ve alkol bağımlılığını genelde aklına getirmez. Amerika'da yapılan bir araştırmaya göre acile başvuran hastaların % 25'i alkol bağımlısı ve bu tip hastalar genelde mide şikayetleri ve düşme ile acil servise başvurmuşlar. İyatrojenik ilaç bağımlılığı da ayrı bir sorundur. Özellikle sedatif-hipnotik ajanlara bağımlılık beklenenden daha fazladır. Bu tip ilaçlar her uyku sorunu olan yaşlıya başlanmamalıdır.

Psikiyatrik hastalıklar yaşlılarda atipik semptomlarla başlayabilir. Depresyon bilinen vejetatif semptomlara, ajitasyon, anksiyete ve birçok somatik şikayetlerin eklenmesiyle ortaya çıkabilir. Genellikle depresyon kronik bir hastalık sonrası, azalmış fiziksel aktivite sonrası, azalmış kognitif fonksiyonlar sonrası, eski arkadaşların ya da eşlerin kaybı sonrası ortaya çıkar. Bazı özel tip depresyonlar, örneğin "ileri yaş delüzyonel depresyon" gibi sadece ileri yaşta çıkar. Depresyon ilaç yan etkisi veya tiroid hastalığı ve malnütrisyon gibi geri dönüşlü bir fizyolojik olaya bağlı olarak da ortaya çıkabilir.

Hikaye

Yaşlı hastalardan hikâye almak oldukça zordur. Bilişsel ve fiziksel yetersizlikler tanınmalıdır. Bilişsel yetersizlikler yüzünden, alınan tıbbi özgeçmiş bilgileri, hasta yakınları tarafından doğrulanmalıdır. Eski kayıtlar ve aile hekiminden bilgi alınmalıdır. İşitme azlığı gibi fiziksel yetersizlikler yüzünden tehlikeli yanlış anlamalar olabilir. Hastanın anlayabileceği ama dışarıdan duyulmayacak yükseklikte konuşmak gereklidir.

Fizik Muayene

Yaşlılıkta oluşan birtakım fizyolojik değişiklikler yüzünden fizik muayene daha dikkatli yapılmalıdır. Yaşlı hastanın belli belirsiz bir karın ağrısı ciddi hayatı tehdit eden ve cerrahi gerektiren bir hastalığın tek belirtisi olabilir ve böyle bir hastanın muayenesinde hiç bir patolojik bulguya rastlanılamayabilir.

Kullanılan bir takım ilaçlar bazı hastalıkların belirti ve bulgularını gizleyebilir. Örneğin β blokör ajan kullanan yaşlı bir hastada hipovolemi, sepsis vb durumlarda beklenen taşikardi görülmeyebilir. Hipotansiyonun düzeltilmesi daha güç olabilir.

Laboratuvar / Yardımcı Testler

Yaşlı hastalardan benzer şikâyetleri olan genç hastalara oranla daha fazla test istenme eğilimi doktorlar arasında yaygındır. Çünkü daha az rezervi olan yaşlı hastada doğru teşhis koymak çok önemlidir. Buna göre hafif semptomların arkasında ciddi sorunlar olması muhtemel olduğu için, yaşlı hastalarda kaynakların maksimum kullanımı doğru kabul edilebilir.

ÖZEL KONULAR

Mental Durumda Değişme

Acil servise gelen ve mental durumunda değişme olan hastaların % 30-40'ını delirium ya da demans mı olduğu tam olarak ayırt edilemez. Hem demans hem de delirium dezoryantasyon, paranoya, halüsinasyonlar, duygusal dengesizlik ve uyku bozuklukları ile gelirler. Yalnız delirium akut başlar ve bilinç bulanıklığı eşlik eder.

Depresyon

Kronik hastalığı olan hasta larda depresyon prevalansı % 29 gibi yüksek bir orandadır. Semptomları, etiyojisi ve prognozu genç hastalara göre çok değişiklik gösterir. Hasta semptomlarla(iştah kaybı, kilo kaybı, halsizlik, yorgunluk ve uyku bozuklukları gibi somatik semptomlarla gelebilir ve durumunu kabullenmeyip doktora gelmek istemeyebilir. Bu yüzden teşhisi güç olabilir. Teşhis edilememiş depresyon, diğer medikal durumların da tedavisini güçleştirir, rehabilitasyonun başarısını düşürür ve mortaliteyi artırır.

Fonksiyonel Zayıflama

Fonksiyonel zayıflama hastanın tekbaşına yaşantıdaki bir takım fonksiyonları gerçekleştirmesindeki azalmayı ifade eder. Activities of Daily Living (Günlük yaşam Aktiviteleri) ölçeği hastanın banyo, giyinme, tuvaletini yapma, yer değiştirme, kontinans, ve beslenme işlerini kendi başına yapıp yapamadığını sorgular. Fizyolojik olan bozulma yukarıdaki sırayı izler. Bu sıra dışında bozulma örneğin en önce beslenmenin bozulması gibi organik bir hastalığı işaret eder.

Bir başka ölçek Instrumental Activities of Daily Living (Aletli günlük yaşam aktiviteleri) daha karmaşık yetenekleri ölçer. Telefon kullanma, ulaşım araçlarını kullanma, alışveriş, yemek yapma, ev işlerini yapma, çamaşır, ilaçlarını alma ve parasını kullanma gibi. Akut fonksiyonel bozulma ciddi organik bir hastalığın habercisi olabilir.

Travma

Amerika'da 65 yaş ve üzeri hastalar tüm travma vakalarının % 25'ini oluşturmaktadır. Yaşlı hastalarının travma nedenlerinin en başında %61'le düşmeler ve %22 ile trafik kazaları yer almaktadır. Tablo 3'de yaşlılarda yaralanmayı arttıran faktörler özetlenmiştir.

Düşmelerin mortalitesi 85 ve üzeri yaştaki hastalarda %20'lere kadar ulaşmaktadır.

Motorlu araç kazaları geçici bilinç kaybından felce veya miyokart infarktüsüne kadar ciddi medikal ek problemlere de yol açabilir. Yaşlı bir travma hastasında eş zamanlı olarak buna benzer hastalıkların teşhis ve tedavisi önem taşır. Yaş arttıkça trafik kazaları sonrasında beyin, omurga, toraks ve iskelet sistemi yaralanmaları riskleri artarken, karın yaralanmaları riski genç hastalardan farklı değildir.

Yaşlı hastaların fonksiyonel rezervinin az olması ve birçok kronik hastalığın birarada olması, travma resusitasyonunda invazif monitörizasyon yapılmasını gerektirir. Şok durumunda yaşlı hastalarda hemodinamik kompanzasyon sınırlı olduğu için son organ hasarı erken olur.

Yaşlılarda basit ve hafif bir travma sonrası bile ciddi bir subdural hematom olabilir ve sadece ilerleyici demansla kendini gösterebilir. Osteoporoz ve osteoartrit olması yüzünden yaşlıların omurga kemikleri daha kolayca kırılabilir. Atrofik deri yaralanmaları zor iyileşir.

Yaşlı hastalarda yanıklar daha ölümcüldür. %70 ve üzere yanıklı yaşlı hastalar agresif tedaviye rağmen genellikle ölümden kurtarılamazlar.

Travma bulguları olan yaşlı hastalarda yaşlı istismarı da gözden kaçırılmamalıdır.

İnfeksiyon

Yaşlılarda enfeksiyon hastalıklarında mortalite ve morbidite daha fazladır. Genelde yaygın olan mikroorganizmalarla enfekte olunurken yaş ilerledikçe daha nadir görülen enfeksiyonlar ortaya çıkabilir. Yaşlı hastalarda enfeksiyon teşhisi güçtür. Bakteriyel enfeksiyonlu hastaların %48 'inde başlangıçta ateş yoktur , %44'ünde ise beyaz küre sayısı artmamıştır. Hastalar iştahsızlık, yorgunluk, fonksiyonel kısıtlama gibi semptomlarla gelebilirler. Pnömoni, üriner sistem enfeksiyonları ve sepsis en sık görülen enfeksiyonlardır.

Karın Ağrısı

Yaşlı hastalarda karın ağrısı semptomları tipik olmadığı halde altında ciddi cerrahi durumlar olabilir. Ayrıca yaşlı hastalarda kronik ağrılar yüzünden nonsteroid ağrı kesici kullanımı siktir ve semptomlar bu yüzden gecikebilir. Atipik klinik ve tanıda güçlük ciddi mortalite ile beraberdir.

Karın ağrısı olan yaşlı hastalar değerlendirilirken laboratuvar imkânları biraz daha fazla önem kazanır. Ultrasonografi abdominal aort anevrizmalarının teşhisinde faydalı olmakla beraber, anevrizma rüptürünün olup olmadığını görmekte yetersizdir.

Bilgisayarlı tomografi Abdominal aort anevrizması, apendisit, perforasyon vb bir çok akut karın sebebinin teşhisinde yüksek oranda sensitiftir. Bilgisayarlı tomografinin yaygın kullanımı ile Acil hekimlerini karın ağrılarında doğru teşhis koyma oranları %36'dan %77'ye çıkmıştır. Erken radyolojik tetkik ve erken cerrahi konsültasyonu önemlidir.

Miyokard İnfarktüsü

Yaşlı hastalarda atipik yerleşimli veya ağrısız infarktüs geçirme ihtimali daha yüksektir. Yaşlı hastalarda ani başlayan nefes darlığı olgularının miyokard infarktüsü olma ihtimali vardır. Bayan hastalarda ağrısız infarktüs geçirme oranı erkeklere göre daha fazladır.

Acil Servisten Taburculuk

Acil servise gelen yaşlı hastalar taburcu edilirken ilaçları, kontrolleri gibi hastanın anladığına emin oluncaya kadar anlatılmalı ve yazarak eline verilmelidir. Ayrıca yakınları da bu konuda uyarılmalıdır.

Koruyucu Hekimlik

Pnömoni, influenza, kazalar ve ilaç yan etkileri yaşlı hastaların başlıca ölüm sebeplerindedir. Bu durumlar acile başvuruların %15'ini oluşturmaktadır ve çoğu önlenbilir sebeplerdir. Amerika Birleşik Devletleri'nde influenza ve pnömoniye bağlı komplikasyonlardan 45.000 /yıl yetişkin ölmektedir. İmmünizasyonla bu hastaların %50'si kurtarılabilir.

Düşmeler yine önlenbilir bir mortalite ve morbidite nedenidir. Düşmelerin önemli bir kısmı verilen ilaçların yan etkilerine bağlı gelişmektedir. Dolayısıyla aile hekiminin ilaçlarını yakından takip etmesi ve bilişsel düzeyi etkileyen ve ya dehidratasyona sebep olan ilaçların olup olmadığına bakması ve bu ilaçlara hastanın gerçekten ihtiyacı olup olmadığına karar vermesi, düşmeleri büyük oranda azaltacaktır.

Yaşlı Hastaların Resüsitasyon

Yaşlı hastalarda dişler olmadığı için ağızdan ağıza solunum yaptırmak güçtür. Ayrıca boyun eklemlerindeki dejenerasyon sebebiyle epiglottisi görmek ve ağız yoluyla entübasyon yapmak zordur. Yaşlılarda ventilatörden ayrılma güçlükleri sebebiyle öncelikle invazif olmayan hava yolu yöntemleri öncelikle tercih edilmelidir. İndüksiyon ajanlarının dozu uyanmanın gecikmemesi için % 20-40 azaltılmalıdır.

Yaşlılarda Akciğer ödeminden kaçınmak için Resüsitasyon esnasında 250 mL'lik izotonik bolüsleri yapılmalıdır. Karotid arterde aterom plakları olma ihtimali yüksek olduğu ve disseksiyona neden olmamak için femoral

nabızdan dolaşım kontrolü yapılmalıdır.

İleri kardiyak yaşam desteği uygulamaların standart erişkin uygulamalarıyla aynıdır. Yalnız son yıllarda yaşlılarda beslenme bozuklukları yüzünden hipomagnezemi olma riskinin yüksek olduğu, geriyatrik kardiyak arrest durumlarında magnezyum vermenin sağkalımı artırdığına dair çalışmalar mevcuttur.

Son yapılan çalışmalarda yaşın, tek başına resüsitasyon sonrası sağ kalımda önemli bir etken olmadığı bulunmuştur.

Özetle;

1. Yaşlı hastayı değerlendirme sabır ve özel gayret gerektirir.
2. Yaşlanmaya bağlı fizyolojik değişiklikler ileri yaştaki hastaları değerlendirmeyi zorlaştırır ve değerlendirme yaparken mutlaka dikkate alınmalıdır.
3. Reçeteli veya reçetesiz alınan ilaçların yan etkileri ve birden fazla ilaç kullanımı yaşlı hastalarda mutlaka hatırlanmalıdır.
4. Yaşlı hastaların enfeksiyon hastalıkları esnasında ateşlerinin düşük seyredebileceği ve beyaz küre sayılarının artamayabileceği unutulmamalıdır.
5. Miyokart infarktüsü belirtilerinin sıklıkla atipik seyredebileceği unutulmamalıdır.
6. Yaşlı hastalarda karın ağrısının sıklıkla cerrahi sebepli olduğu ve teşhisi için daha uzun araştırmalar gerektirebileceği unutulmamalıdır.
7. Yaşlı travma hastaları altta yatan hastalıkları itibarıyla daha yüksek mortalite ve morbiditeye sahip oldukları unutulmamalıdır.

Tablo 1. Yaşlılıkta fizyolojik değişiklikler ve potansiyel etkileri

Fizyolojik değişiklik	Muhtemel etki
Sinir Sistemi	
Kan beyin bariyerinin etkinliği azalır	Menenjit riski artar
Isıya karşı vücut cevabı azalır	İlaçların sinir sistemi üzerine yan etkileri ve etkileri beklenenden fazla olur
Otonomik sistem fonksiyonları bozulur	Termoregülasyon bozulur
	Ortostatik hipotansiyon riski artar
	Eretil disfonksiyon
	Üriner inkontinans
Nörotransmitterlerde bozukluk	Kompleks mental fonksiyonlarda azalma
Deri / mukoza	
Bütün deri tabakalarını atrofisi	Vücut izolasyonunun azalması
	Deride yaralanması riskinin artması
	Enfeksiyon riskinin artması
Ter bezlerinin hem sayı hem fonksiyonlarının azalması	Hipertermi riskinin artması
Kas ve İskelet Sistemi	
İlerleyici kemik kaybı	Kırık oluşma riskinin artması
Fibrokartilaj ve sinoviyal doku atrofisi	Eklemlerde instabilite ve ağrı
	Denge ve hareketlerde bozukluklar
Toplam vücut kitlesinde azalma	Farmatokinetikte değişiklikler
Yağ dokusu oranının artması	Farmatokinetikte değişiklikler
İmmün Sistem	
Hücrel immünitede azalma	Tümör oluşma ihtimalinin artması
	Latent enfeksiyonların aktive olması
Antikor yapımında azalma	İnfeksiyon riskinin artması
Kalp ve Damar sistemi	
Azalmış inotropik cevap	Myokardın stres durumunda cevabının etkinliğinin azalması
Azalmış kronotropik cevap	Maksimum kalp hızının azalması
Artmış periferik vasküler direnç	Kan basıncının artması
Azalmış ventriküler dolun	Organların kanlanmasında değişiklikler
Akciğerler	
Azalmış vital kapasite	
Akciğer ve hava yolu kompliansında azalma	Hava yolu direncinde artma
Hiperkapni ve hipoksemiye azalmış kemoreseptör cevabı	Hızlı dekompenzasyon tehlikesi
Ventilasyonda azalma	
Diffüzyon kapasitesinde azalma	PaO ₂ de azalma

Tablo 1. Yaşlılıkta fizyolojik değişiklikler ve potansiyel etkileri (devam)

Hepatik fonksiyon	
Karaciğer hücre kitlesinde azalma	Rejenarasyon yeteneğinin azalması
Hepatik kan akımında azalma	Farmatokinetikte değişiklikler
Enzim aktivitesinde değişiklikler	Farmatokinetikte değişiklikler
Böbrekler	
Böbrek hücre kitlesinde azalma	İlaç eliminasyonunda azalma
Bazal membranda kalınlaşma	İlaç eliminasyonunda azalma
Vit D hidroksilasyonunda azalma	Hipokalsemi ve osteoporozda artış
Toplam vücut suyunun azalması	Farmatokinetikte değişiklikler
Susamaya karşı cevabın azalması	Dehidratasyon ve elektrolit bozukluğu riskinin artması
Renal vazopressin cevabının azalması	Dehidratasyon ve elektrolit bozukluğu riskinin artması
Gastrointestinal sistem	
Gastrik mukozada azalma	Gastrik ülser riskinin artması
Bikarbonat sekresyonunda azalma	Gastrik ülser riskinin artması
GIS kanlanması azalması	Perforasyon riskinin artması
Epitel rejenarasyonunun azalması	Ülser iyileşme süresinin uzaması

Tablo 2. Geriatrik acil tıbbın ilkeleri

Hastaların geliş şekli genellikle karmaşıktır.
Tipik hastalıklar yaşlı hastalarda genellikle atipik başlangıç gösterirler.
Genellikle olan birden fazla kronik hastalığın karıştırıcı etkileri göz önüne alınmalıdır.
Birden fazla ilaç kullanımı çok yaygındır ve hastalığın geliş şekli, teşhis ve tedavisinde bir faktör olarak yer alır.
Kognitif fonksiyonların yetersiz olabilme ihtimalini anlamak önemlidir.
Bazı tanısal testlerin sonuçları normal erişkinden farklıdır.
Azalmış fonksiyonel rezervin olabileceği akla getirilmelidir.
Sosyal destek sistemleri uygun olamayabilir ve hastalar bakıcılara güvenmek zorunda kalabilirler.
Yeni şikayetlerin doğru değerlendirilebilmesi için önceki fonksiyonel durum iyi bilinmelidir.
Sağlık problemleri beraberindeki psikososyal problemlerle beraber değerlendirilmelidir.
Acil servis ziyareti belki de hastanın hayatındaki önemli bir duruma ulaşmak için bir şans olabilir.

Tablo 3. Yaşlı hastalarda yaralanmayı arttıran sebepler

Kronik Tıbbi Durumlar	Çevresel Faktörler	Akut Tıbbi durumlar	Diğer
Osteoartrit	Halı ve kilimler	Senkop	İleri yaş
Osteoporoz	Işıklandırma	Disritmiler	Kadı
SVO	Merdivenler	SVO,TİA	Alkol/ilâç kullanımı
İskemik Kalp Hastalığı	Küvet ve duşlar	Akut MI	Yaşlılara eziyet
Anemi	Ayakkabılar	Konvülsiyonlar	
DM	Bozuk zemin	Akut Böbrek	
Hipertansiyon	Hava durumu	Yetmezliği	
Denge ve yürüyüş	Yürüme yardımcıları	İnfeksiyon	
Bozuklukları		Hipoglisemi	
Görmede bozukluk		Abdominal Aort	
Depresyon		Anevrizması	
Çoklu ilâç kullanımı		Yeni başlanan ilâçlar	
Parkinson Hastalığı		Akut kırıklar	
Demans		Zorlamaya bağlı yaralanmalar	

Kaynaklar

1. Aminzadeh F, Dalziel WB. Older Adults in the Emergency Department: A Systematic Review of Patterns of Use, Adverse Outcomes, and Effectiveness of Interventions. *Ann Emerg Med.* 2002; 39(3):238-47
2. Birnbaumer D. The Elder Patient. In Rosen P.(ed): *Marx: Rosen's Emergency Medicine*, 7th ed..Mosby,USA, 2009. <http://www.mdconsult.com/books/page.do?eid=4-u1.0-B978-0-323-05472-0..00180-8&isbn=978-0-323-05472-0&type=bookPage§ionEid=4-u1.0-B978-0-323-05472-0..X0001-1--s24&uniqId=238829380-2>. 8.04.2011.
3. Caruso Lisa B, Silliman Rebecca A, "Chapter 9. Geriatric Medicine" (Chapter). Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J: *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 17e. <http://www.accessmedicine.com/content.aspx?aID=2860282>. 8.04.2011
4. Dennis M, Kadri A, Coffey J. Depression in older people in the general hospital: a systematic review of screening instruments. *Age and Ageing.* 2012;41(2):148-54.
5. Hastings SN, Heflin MT. A systematic review of interventions to improve outcomes for elders discharged from the emergency department. *Acad Emerg Med* 2005 Oct;12(10):978-86
6. Hwang, U. and R.S. Morrison, The geriatric emergency department. *J Am Geriatr Soc* 2007;55(11):1873-6.
7. Kahn JH, Magauran B. Trends in Geriatric Emergency Medicine. *Emerg Med Clin N Am* 2006;24:243-60.
8. Kunt MM, Sivri B. Geriatrik Aciller. Gökçe-Kutsal Y, Aslan D (ed): *Temel Geriatri*. Güneş Tıp Kitapevi, Ankara, 2007
9. Ma OJ, Edwards Jennifer H, Meldon Stephen W, "Chapter 252. Geriatric Trauma" (Chapter). Tintinalli JE, Stapczynski JS, Cline DM, Ma OJ, Cydulka RK, Meckler GD: *Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide*, 7e. İnternet adresi: <http://www.accessmedicine.com/content.aspx?aID=6381290>. 08.04.2011.
10. Martinez JP, Mattu A. Abdominal pain in the elderly. *Emerg Med Clin North Am.* 2006 May;24(2):371-88
11. Mion LC, Palmer RM, Meldon SW, et al. Case finding and referral model for emergency department elders: a randomized clinical trial. *Ann Emerg Med.* 2003 Jan;41(1):57-68.
12. Narang AT, Sikka R. Resuscitation of Elderly. *Emerg Med Clin N Am* 2006;24: 261-72
13. Ragsdale L., Southerland L. Acute Abdominal Pain in the Older Adult. *Emerg Med Clin N Am* 2011;29:429-48.
14. Ünsal A, Çevik AA, Metintaş S. Yaşlı Hastaların Acil Servis Başvuruları. *Turkish Journal of Geriatrics.* 2003;6 (3): 83-88
15. Wilber ST, et al. Geriatric emergency medicine and the 2006 Institute of Medicine reports from the Committee on the Future of Emergency Care in the U.S. health system. *Acad Emerg Med*, 2006; 13(12): 1345-51.

YAŞLILARDA SIK KARŞILAŞILAN DERİ SORUNLARI VE ÖNLEMLER

Dr. Ayla GÜLEKON

Hiç bir şey insanı kurumuş ve kırışmış bir cilt kadar yaşlı göstermez.

Tüm dünyada giderek artan yaşlı popülasyonu nedeni ile hem sistemik hastalıkların ve hem de deri hastalıklarının görülme sıklığı artmaktadır. Yaşlılardaki cilt sorunları genellikle hayatı tehdit etmez, ancak günümüz insanı hem daha uzun ve sağlıklı yaşamak isterken, hem de daha genç görünmek isteme arzusunda. Deri, görünür bir organ olması nedeniyle yaşlanma belirtilerini en belirgin olarak yansıtan organdır ve bu nedenle yaşlanma süreci içinde deride ortaya çıkan değişiklikler kişileri sosyal yaşamlarında çok fazla etkilemektedir. Günümüzde artan yaşlı popülasyonunun yaşamlarını sosyal açıdan daha aktif geçirme isteğinde oldukları görülmektedir. Bunun sağlanmasında sağlıklı ve güzel görünüme sahip deri, tırnak ve saçların varlığı önem taşımaktadır. Bu nedenle, deri yaşlanmasını önlemeye yönelik tedbirlerin alınması, yaşlılık dönemine ait deri değişikliklerinin ve hastalıkların bilinmesi, cildin korunması ve bakımı giderek daha da önem kazanmaktadır.

Yaşlanmaya bağlı olarak oluşan deri değişiklikleri hem gerçek yaşlanma olarak adlandırılan doğal yaşlanma süreci içinde ve hem de çevresel faktörlerin etkisi ile ortaya çıkar. Doğal yaşlanma (kronolojik/içsel yaşlanma) zamanın ilerlemesine bağlı olarak gelişen kaçınılmaz değişikliklerin olduğu bir süreçtir ve başlıca androjenler ve diğer hormonlar tarafından düzenlenir. Bu süreçte deri normal olarak yıpranmaya uğrar, oysa güneş gören alanlarda yaşlanma belirtileri çevre faktörlerine özellikle güneş ışınlarına bağlı olarak ortaya çıkar. Bu duruma **Işığa bağlı yaşlanma (foto yaşlanma)** denir. Ultraviyole ışınlarına bağlı kronik etkiler yanı sıra rüzgar, sigara, ortamdaki nemin azalması gibi diğer çevresel faktörler derideki yaşlanma sürecini hızlandırır. Yaşlılarda güneş gören bölgelerdeki bu etkiler birikici güneş maruziyetine bağlıdır, klinik ve histolojik olarak kronolojik yaşlanmadan ayırt edilebilir. Deri yaşlanmasının başlangıç yaşını saptamak güçtür, çünkü genetik, endokrin, metabolik ve çevresel faktörler her birey için farklılık gösterir.

Yaşlılık tüm organları etkilediği gibi deride de birtakım değişikliklere neden olmaktadır. Doğal yaşlanma süreci içinde deride ortaya çıkan en çarpıcı değişiklikler; incelme, kuruluk, kabalaşma, kırışıklık, deri elastikiyetinin azalması sonucu gevşeme ve sarkma, kahverengi lekeler, seyrek ve gri saçlar, iyi veya kötü huylu tümörlerin görülme sıklığının artmasıdır. Derimiz sadece estetik bir organ değildir, aynı zamanda vücut ısısını düzenlemek, vücut sıvılarının korunmasını sağlamak, altındaki organları zararlı dış etkilere korumak gibi çok önemli görevleri üstlenmiştir.

Yaşlanma ile birlikte derinin yapısında ve fonksiyonlarında birçok değişiklik ortaya çıkmaktadır. Yaşlı derinin hücre yenilenme hızının azalması sonucu epidermin incelmesinin yanı sıra deride küçük hasarların iyileşmesinde yavaşlama, iyileşmeyen ülserlere eğilim, yara iyileşmesinde gecikme, bariyer fonksiyonu, ısı düzenlenmesi gibi fonksiyonlarında azalma ve yavaşlama olmaktadır. Deriden kimyasal maddelerin temizlenme hızı azaldığından yaşlılarda kontakt dermatit görülme sıklığı artar. Deriye renk veren melanositlerin sayısı ve fonksiyonlarının azalması sonucu özellikle güneş gören bölgelerde düzensiz kahverengi lekeler (yaşlılık lekeleri), deride solukluk olur. Pigmentasyon bozukluğu UV ışınlarına karşı bariyerin azalmasına neden olmaktadır. Dermisde kollajen ve elastin miktarının azalması ve bunların kaynağı olan hücrelerin sayısı ve hacimlerinin azalması, deride kırışıklık ve elastikiyetin azalması ile sonuçlanmaktadır.

Yaşlılarda ter bezi sayısı ve salgısının azalmasına bağlı olarak terleme azalır. Ayrıca derinin damarlanması da azaldığından yaşlılarda sıcak çarpması riskinin arttığı gözlenir. Yağ bezlerinin yağ salgısı üretme kapasitesi azalır ancak yağ bezlerinin büyüklüğü artar. Yüzde yağ bezi hiperplazisine bağlı olarak küçük, beyaz kabarıklıklar görülür. Ayrıca deride düzensiz yağlanmaya bağlı olarak yüz ve saçlı deride kaşıntı oluşabilir. Bu durum yağlanmayı kontrol eden sabun ve şampuanların kullanılması ile önlenir.

Gri veya beyaz saçlar yaşlanmanın en belirgin işaretlerinden biridir. Kıl ünitesinin sayıca azalması ve yoğunluğunun azalması sonucu kılların büyüme hızları azalır ve her iki cinsiyette de yaşla birlikte artan yaygın saç dökülmesi görülür. Hormonal dengenin değişmesi sonucu kadınlarda menapoz sonrası özellikle alt çenede kalın ve sert kıllar görülebilir. Erkeklerde ise kaşlar, burun delikleri ve kulaklardaki kılların uzunluğu artar. Koterizasyon veya lazer uygulamaları ile istenmeyen kılların giderilmesi mümkündür.

Yaşlı insanlarda tırnaklar kuru ve gevrek bir hal alır. Tırnaklar opaklaşır, renkleri sarıdan griye döner ve düzleşir. Tırnakların uzaması yavaşlar. El tırnakları daha kırılabilir ve uç kısımlarında ayrılma olurken, ayak tırnakları kalınlaşır ve kıvrılır.

Yaşlılarda en sık karşılaşılan cilt sorunları; kuruluk, kaşıntı, iyi ve kötü huylu oluşumlar, staz dermatiti ve bacak ülserleri, ayak sorunları, mantar hastalıkları olarak sıralanabilir.

Deri Kuruluğu (Kserozis)

Yaşlılarda kaşıntı nedenlerinin başında gelir. 65 yaşın üzerindeki insanların %75'ini etkileyen önemli bir sorundur. Kuruluk bacaklarda daha fazla olmak üzere ellerin üzerinde, kollarda ve gövdede görülür. Kaşıntı ile birlikte, bu bölgelerde cilt kuru, kepekli ve çatlak görünümündedir. Çatlaklar ve yarıklar epidermal su kaybına bağlıdır. Derin çatlaklar ince kan damarlarının zedelenmesine ve kanamalara neden olur. Bu bölgelerden alerjen maddelerin girişi artacağından alerjik ve iritan kontakt dermatit ve buna ikincil cilt enfeksiyonlarının görülme sıklığı artar. Yaşla birlikte yağ ve ter bezlerinin fonksiyonlarındaki azalma derinin nemlenmesinin azalmasına, dolayısıyla kuruluğa neden olur. Güneş ışınlarına bağlı hasar derinin bütünlüğünün bozulmasına ve su içeriğinin azalmasına neden olarak kuruluğa yol açar. Ayrıca soğuk ve kuru hava, ortam neminin az olması, klima cihazları kuruluğu arttıran diğer çevresel faktörlerdir. Bu yaş grubundaki kişilerde var olan sistemik hastalıklar ve bunlar için kullanılan tedaviler kserozisin diğer önemli nedenlerindedir. Kuruluğun giderilmesinde; keratolitikler, nemlendiriciler ve kortikosteroidler kullanılır. Kepeklerin azaltılmasında alfa-hidroksi asit, laktik asit ve üre içeren preparatlar kullanılmalıdır. Deriyi nemlendirmek amacı ile nemlendirici içeren sabunların kullanılması ve banyo sonrası ilk beş dakika içinde nemlendiricilerin uygulanması kuruluğu ve dolayısıyla kaşıntıyı azaltabilir. Ayrıca çok sıcak ve aşırı sabunla yıkanmanın azaltılması, nemlendirici içeren sabunların kullanılması alınacak diğer önlemlerdir.

Kaşıntı

Yaşlılarda sık görülen ve rahatsızlık veren bir yakındır. Kuruluk kaşıntının en önemli nedenlerinden biridir. Ancak kaşıntıya neden olabilecek bir deri hastalığı, sistemik bir hastalık (Diabet, böbrek yetmezliği, guatr, karaciğer hastalıkları, demir eksikliği anemisi, kanserler vb.), sistemik veya yerel ilaç kullanımı mutlaka ekarte edilmelidir. Başlangıçta şiddetli kaşıntıya rağmen deride görünür bir değişiklik olmazken daha sonra tırnaklama etkisi ile üzeri kanatılmış görünümle birlikte, sert plaklar, çatlaklar oluşur. Bu çatlaklar ikincil enfeksiyonlara zemin hazırlar. Kaşıntı, düşük ısı ve düşük nem oranı nedeni ile kış aylarında daha fazladır. Çok sıcak su ve tahriş arttırıcı banyo yapılması kaşıntıyı arttırır. Hafif kaşıntılarda sıcak banyo ve iritanlardan kaçınmak, ortamın neminin arttırılması, ılık su kompresleri gibi önlemlerle giderilmeye çalışılır. Daha sonraki aşamada nemlendiriciler, yerel kortizon ve yerel anestetik içeren içeren preparatlar kullanılabilir. Sistemik antihistaminikler kaşıntının giderilmesinde oldukça etkilidirler.

Tümörler

İyi Huylu Oluşumlar

Akrokordon, senil hemanjiomlar, seboreik keratozlar, keratoakantom, solar keratoz (prealign) ve solar lentigo gibi oluşumların yaşla birlikte artması oldukça karakteristiktir. Seboreik keratozlar adı verilen iyi huylu oluşumlar değişik büyüklük ve renklerde olabilir ve yaşla görülme sıklığı ve sayıları artar. Özellikle güneş gören yerlerde daha fazla görülmekle birlikte, bunların doğal yaşlanmanın göstergesi olduğu düşünülür. Güneş gören bölgelerdeki deride solukluk, ince ve kaba kırışıklıklar, kaba ve pürüzlü görünüm yanı sıra pigmentasyon bozukluğuna bağlı olarak çiller, kahverengi-düz (lentigo) lekeler, guttat hipomelanoz gibi depigmente lezyonlar, ince damar genişlemeleri ve bazı kanser öncüsü lezyonlar görülebilir.

Non-melanoma Deri Kanserleri

Yaşla birlikte skuamöz hücreli ve bazal hücreli deri kanserleri görülme sıklığı artmaktadır. Bu lezyonları gelişiminde güneş (UV) ışınlarının hasarının yanı sıra hücrel immün fonksiyonlarının bozulması ve genetik faktörler rol oynamaktadır. Özellikle skuamöz hücreli kanser ve bunların öncü lezyonu olan aktinik (solar) keratozların oluşumunda kişilerin deri tipinin (açık ten) yanı sıra güneşin birikici etkilerinin mutlak rolü vardır. Kişilerin yaşam tarzı ve cilt renkleri onları güneş hasarından bir dereceye kadar koruyabilir. Güneş ışınlarının birikici etkileri deride iyi ya da kötü huylu tümörlerin oluşmasına yol açmaktadır, ancak cildimizde oluşan bütün kahverenkli oluşumlar kanser değildir. Bir kısmı yaşla ve güneş etkisi ile oluşan iyi huylu oluşumlardır. Ancak ülkemizin yılın büyük bir bölümünde güçlü güneş ışınlarına maruz kalması nedeniyle güneş ışınlarından yararlanırken korunmayı da bilmemiz gerekir. Bu değişiklikler önemli ölçüde güneş ışınlarının birikici etkisine bağlı olduğundan güneş ışınlarına karşı koruyucu önlemlerin erken yaşlardan itibaren alınması gerekmektedir. Bu amaçla giysilerle korunmanın (şapka) yanısıra, düzenli olarak güneşten koruyucu kremlerin kullanılması oldukça yararlıdır. Güneşten koruyucular güneş hasarı bulgularının şiddetini ve sonuçlarını belirgin olarak azaltır. Cilt tiplerine ve yapısına uygun koruyucular doğru zaman ve şekillerde kullanılmalıdır. Klasik kimyasal ve fiziksel koruyucular, ayrıca serbest radikal denilen hücreler için zararlı kimyasalları yakalama kapasitesi olan, E vitamini ve betakaroten gibi antioksidan eklenmiş koruyucular kullanılmalıdır. Ayrıca yerel olarak sentetik A vitamini (%0.05'lik tretinoin) içeren kremlerin kullanılması (gece yatmadan önce) güneşe bağlı zararlı etkilerin azalmasını sağlar.

Enfeksiyonlar

Yaşlılarda kişisel bakımın sağlanmasındaki güçlük, hücre yenilenme potansiyelinin ve immünolojik fonksiyonların azalması; bakteriyel, parazitik, fungal ve viral enfeksiyonların bu yaşta daha sık oluşmasına neden olur. Yaşlılarda bacaklardaki ödem, dolaşım bozuklukları, kuruluk ekzeması ve diyabet gibi hastalıklar selülit ve erizipel gibi bakteriyel enfeksiyonlara yol açabilir. Yüzeysel mantar enfeksiyonlarının görülme sıklığı 60 yaşından sonra artar. Özellikle ayak ve tırnak yerleşimli **mantar enfeksiyonlarının** sıklığı artmaktadır. Diyabetik yaşlılarda ayak parmak arası yerleşimli tinea pedis ülserine olabilir ve bakteriyel enfeksiyonlara zemin hazırlar. Zona zoster enfeksiyonunun hem görülme sıklığı, hem de şiddeti yaşlılarda artar. Postherpetik nevralji görülme sıklığı 60 yaşından sonra %40-50 gibi yüksek oranlarda görülür. Bağışıklık sistemi yetmezliği ve yara iyileşmesinin bozulmuş olması akut enfeksiyonun iyileşmesini engelleyen en önemli nedenlerdir. Antiviral tedavilerin (famsiklovir ve valasiklovir) ilk 5 gün içinde başlanması hem enfeksiyon süresinin kısalmasını ve hem de post herpetik nevralji riskinin azalmasını sağlar.

Bacak Ülserleri

Venöz ülserler (%70), arteriyel ülserler (%15) ve travma, diyabet, enfeksiyon gibi diğer nedenlere (%15) bağlı olarak gelişir.

Venöz Ülserler

Ülser bölgesinde öncül ekzematöz değişiklikler vardır. Genellikle bacak 1/3 alt kısmında gözlenir. Ülser ağrısız, sınırları keskin ve düzensizdir. Tedavide elevasyon, semptomatik yara bakımı ve epitelizan ajanlar uygulanır. Mobilize hastalarda kompresyon bandajları yararlıdır.

Ayak Sağlığı

Ayak yaşlılarda hareketliliğin devamında kritik bir öneme sahiptir. Mekanik etkilere maruz kalan bölge olarak ayaklar yaşlılarda travma, gerilme kuvvetlerinin artması, yürüme bozuklukları gibi etkilerden daha fazla etkilenir. Ayak sağlığının korunması fiziksel aktivitenin zaten azaldığı yaşlılarda hareket kabiliyetini kısıtlaması bakımından kritik öneme sahiptir. Ayak tabanı derisinin kalınlaşması, basınca maruz kalan yerlerdeki nasırlar ve tırnaklardaki kalınlaşma ve şekil bozukluğu hareket kabiliyetini daha da sınırlar. Ayrıca ortopedik bozukluklar, sistemik hastalıklar, duyu bozuklukları ayak sağlığını olumsuz yönde etkileyen durumlardır. Bu nedenle uygun ayakkabı, tırnakların düzgün olarak kesilmesi ve derideki sertliklerin (hiperkeratozun) giderilmesi için her gün ılık su ile yıkamayı takiben %10-15'lik salisilik asit içeren merhemlerin ve nemlendiricilerin kullanılması, bu bozuklukların giderilmesi için alınacak basit önlemlerdir. Yaşlılarda duyu fonksiyonlarının azalmasına, damarlardaki yetmezliğe (varisler) ve bazı sistemik hastalıklara bağlı olarak (özellikle diyabet) bacaklarda ve ayaklarda ülserler gelişebilir. Özellikle bunun öncü belirtisi olarak ayak bileklerinde kaşıntılı, ödemli ve kırmızımsı-mor renk değişikliği olduğunda hekime başvurulmalıdır.

İnsanların yaşam sürelerinin uzaması, dış görünüme verilen önemin artması ile yaşlanma sürecini yavaşlatma ve geciktirme konusu gün geçtikçe daha fazla ilgi çekmeye başlamıştır. Bu nedenle kozmetik sektörü de bu alandaki kozmetikleri üretmeye daha fazla eğilmektedirler. Deri yaşlanmasını geciktirme uygun cilt bakımı ile başlar. Cilt tipine uygun ürünlerin erken yaşlarda başlanması gerekmektedir. Ayrıca doğru beslenme, egzersiz yapmak, güneşten korunmak, antioksidan vitaminlerin kullanımı deri yaşlanmasını geciktiren yaklaşımlardır. Kişilerin arzusuna bağlı olarak deri yaşlanmasını geciktiren deri soyma işlemleri, dolgu maddesi uygulamaları, cilt yenileyici lazerlerin kullanımı ve cerrahi girişimler gibi diğer yaklaşımlar da denenebilir.

KAYNAKLAR

1. Baykal Y, Karaduman A, Bükülmez G. Yaşlı hastalarda deri sorunları. Geriatri 1999;2:156-9.
2. Chung JH, Hanft VN, Kang S. Aging and photoaging. J Am Acad Dermatol 2003;43:690-7.
3. Fenske NA, Lober CW. Skin changes of aging: pathological implications. Geriatrics 1990;45:27-35.
4. Fleischer B Jr. Pruritus in elderly: management by senior dermatologists. J Am Acad Dermatol 1993;28:603-9.
5. Hwlik NL, Fitzpatrick TB, Kligman AM, et al. Geriatric Dermatology. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, et al. (Eds). Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 5th ed. New York, McGraw-Hill, 1999, pp 1707-24.
6. Norman RA, Henderson JN. Aging: an overview. Dermatol Therapy 2003;16:181-5.
7. Norman RA. Xerosis and pruritus in the elderly: recognition and management. Dermatol Therapy 2003;16:254-59.
8. Smith DR, Sheu HM, Hsieh FS, et al. Prevalence of skin diseases among nursing home patients in southern Taiwan. Int J Dermatol 2002;41:754-59.
9. Tüzün Y, Dolar N. Fotoyaşlanma ve kronolojik yaşlanma arasındaki farklar. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 2005;1:1-6.
10. Yaar M, Gilchrist BA. Aging of skin. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, et al. (Ed). Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 5th ed. New York: McGraw-Hill, 1999, pp 1697-706.
11. Yalçın B, Tamer E, Gür Toy G, Öztaş P, Hayran M, Allı N. The prevalence of skin diseases in the elderly: analysis of 4099 geriatric patients. Int J Dermatol 2006;45:672-76.
12. Zouboulis C.C, Boschnakow A. Chronological aging and photoaging of the human sebaceous gland. Clin Exp Dermatol 2001;24: 600-7.

