

Demans Kliniğinden Takipli Hastaların Kesitsel Bir Analizi

Aynur Feyzioglu 

A Cross Sectional Analysis of Patients Followed in a Dementia Clinic

Öz

Amaç: Bu çalışmada, demans tanısı alan hastaların kesitsel analizi ile demans alt tip dağılımları, alt tipler arasındaki farklılıklar, risk faktörleri, yanlış tanılar ve tanı hassasiyetinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: 2014 ile 2018 tarihleri arasında kliniğimizde demans tanısı almış 427 hasta çalışmaya dâhil edilmiştir. Çalışma grubunun verileri, hastanemize ait arşivden ve elektronik kayıtlardan sağlanmıştır.

Bulgular: Çalışma grubunun yaş ortalaması 70 olup grubun %51'i kadınlardan %49'u erkeklerden oluşmaktadır. Hastaların %55'i Alzheimer hastalığı, %16'sı vasküler demans, %11'i mikst tip, %5'i frontotemporal demans, %3'ü Lewy cisimcikli demans, %3'ü posterior kortikal atrofi ve %7'si atipik Alzheimer tanısı almıştır. Alzheimer tipi demans tanısı almış hastaların dışındaki hasta gruplarında, hastaların, kliniğe değişen oranlarda farklı bir klinik tanı almış halde başvurdukları anlaşılmıştır. Uygulanan testler ve başvuru nörogörüntüleme yöntemleri ile hastalarda tanı konma yüzdesi (sensitivite) 90'ın üzerinde bulunmuştur.

Sonuç: Demans tanısı konulması aşamasında aceleci davranmaktan kaçınmak, gerekli testleri uygun biçimde uygulamak ve tanı konusunda kuşkuda kalınıyorsa bir üst merkeze hastaları yönlendirmek büyük önem taşımaktadır. Böylelikle hem zaman kaybı hem de gereksiz ilaç kullanımı ve tetkik istenmesinin önüne geçilecek, bu durum da ekonomik kaybı en aza indirecektir.

Anahtar kelimeler: demans, demans tipleri, Alzheimer hastalığı, tanı hassasiyeti, yanlış tanı

ABSTRACT

Objective: In this study, it was aimed to examine the distribution of dementia subtypes, differences between subtypes, risk factors, misdiagnoses, and diagnostic sensitivity by cross-sectional analysis of patients diagnosed with dementia.

Method: A total of 427 patients diagnosed with dementia in our clinic between 2014 and 2018 were included in the study. The data of the study group were obtained from the archive and electronic records of our hospital.

Results: The average age of the study group was 70 years and 51% of the group consisted of women and 49% of them were men. The patients were diagnosed with Alzheimer's disease (55%), vascular dementia (16%), mixed type dementia (11%), frontotemporal dementia (5%), Lewy body dementia (3%), posterior cortical atrophy (3%) and atypical Alzheimer's disease (7%). Patients except those diagnosed with Alzheimer's type dementia applied to the clinic with a different clinical diagnosis at varying rates. The percentage of diagnostic sensitivity in patients was determined to be over 90 with the applied tests and neuroimaging methods.

Conclusion: It is crucial to avoid acting hastily while making the diagnosis of dementia, so as to apply the necessary tests appropriately and to direct patients to a specialized tests center if there is doubt about the diagnosis. Thus, both waste of time and unnecessary use of medicines and tests will be prevented, which will minimize economic loss.

Keywords: dementia, dementia subtypes, Alzheimer's disease, diagnostic sensitivity, misdiagnosis

Received/Geliş: 22.06.2020
Accepted/Kabul: 09.09.2020
Published Online/Online yayın: 30.09.2020

Atf vermek için: Feyzioglu A. Demans kliniğinden takipli hastaların kesitsel bir analizi. İKSSTD 2020;12(3):276-9.

Aynur Feyzioglu
S.B.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Klinik Psikoloji Anabilim Dalı
İstanbul - Türkiye
✉ aynur.feyzioglu@sbu.edu.tr
ORCID: 0000-0002-3342-1325

GİRİŞ

Demans bütün dünyada yaşlanan nüfus ve yaşam beklentisinin artması ile giderek yaygınlaşan ve özellikle yaşlı nüfusun daha yoğun olduğu gelişmiş ülkelerdeki sağlık giderlerinde oldukça ciddi artışlara yol açan bir hastalıktır ⁽¹⁾. ABD’de yaklaşık demans prevalansı %1,5-2 olarak bildirilmekte ve buna yönelik sağlık harcamalarının yılda 100 milyar dolardan fazla olduğu tahmin edilmektedir ⁽¹⁻⁴⁾. Demansa neden olan hastalıkların ayırt edilmesi ve demansın erken tanısı, ülkelerin buna yönelik sağlık planlamalarını oluşturmalarında yardımcı görev görebilir. Demans sınıflamaları etioloji, oluşum mekanizmaları, tutulan anatomik bölge, kognitif ve non-kognitif semptomlar ve nöropatoloji temelinde yapılmaktadır ⁽⁵⁻¹⁰⁾. Giderek gelişen nörogörüntüleme teknikleri de demansların sınıflandırılmasına katkıda bulunmaktadır ⁽¹¹⁾.

Demans, günlük yaşam işlevlerini etkileyecek şekilde kognitif alanların birden fazlasında bozulmaya yol açan bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (DSM 5) ^(1,12). Zihinsel fonksiyonların hastalık öncesi döneme göre gerilemiş olması ve günlük yaşam işlevlerinde değişen derecelerde bozulma tanı için önemlidir. Demans sınıflamaları başlangıçta genel olarak primer dejeneratif demans ve sekonder demans ayrımı ile yapılmakta ve alt gruplar bu iki ana başlığa göre şekillenmektedir ⁽¹⁾. Demans nedenleri içerisinde primer dejeneratif demanslar oldukça büyük bir orana sahiptir ⁽¹⁾. Nörodejeneratif demanslar ise önemli oranda yaşla ilişkilidir ve 85 yaş üzeri kişilerde prevalans %20 olarak tahmin edilmektedir ^(1,5,13).

Emre tarafından önerilen mekanizma temelli demans sınıflamasında demans ayrımı, öncelikli olarak serebral kortekse etki eden nörodejeneratif demanslar (saf demans) ve diğer beyin yapılarına da etki eden demanslar (demans plus) olarak yapılmıştır ^(1,5).

Saf demans grubu içinde yer alan hastalıklar demansların önemli bir bölümünü oluşturmakta ve bu grup içinde Alzheimer Hastalığı (AH) en önemli grubu temsil etmektedir ⁽¹⁾. Bu grup içinde yer alan diğer hastalıklar ise fokal dejenerasyonlar, frontotemporal lobar dejenerasyon (FTD) ve posterior kortikal atrofi olarak sıralanabilir ⁽¹⁾.

Serebral kortikal etkilenmeye ek olarak bazal gangli-

onlar veya diğer subkortikal yapıların da etkilendiği demans tipleri (demans plus), ayırıcı tanı ve tedavi yaklaşımı bakımından daha kompleks olan hastalıklardır ⁽¹⁾. Bunlardan bazıları sıklık sırasına göre Parkinson hastalığı demansı, Lewy cisimcikli demans, progresif supranükleer palsi, kortikobazal dejenerasyon ve Huntington hastalığı olarak sayılabilir ⁽⁵⁾.

Sekonder demans grubu, demans çeşitleri içinde tedavi edilebilir özelliklere sahip olması nedeniyle çok önemli bir grubu oluşturmaktadır ⁽¹⁾. Bu hastalık veya bozukluklar ya beyni doğrudan etkilemekte ya da intrakranial içeriği değiştirerek, kognitif açıdan önemli yapılarda hasarlanmalara yol açmak suretiyle demans tablosuna neden olmaktadır ⁽¹⁾. Bu gruptan olan vasküler demans, demansın ikinci yaygın formudur ve sıklıkla da mikst demansa neden olacak şekilde AH ile birlikte görülebilir ^(1,14,15).

Demans sınıflamaları genetik ve nöropatolojik yeni bulguların ortaya çıkması ile biraz daha karmaşıklaşmıştır ⁽¹⁶⁾. Etiyolojik farklılıklar, farklı oluşum şekilleri, tutulan farklı anatomik bölgeler, ortaya çıkan çeşitli kognitif ve non-kognitif semptomlar, değişen tedavi ve rehabilitasyon yaklaşımları düşünüldüğünde, demans alt tiplerinin belirlenmesi, yeni bulgu ve sınıflamalar eşliğinde hastaların değerlendirilmesi büyük önem göstermektedir. Bu çalışma demans tanısı almış hastaları retrospektif şekilde inceleyerek; demografik özellikleri, tipler arasındaki dağılımı, risk faktörlerini, hastaların sağlık merkezlerine başvurmadan önce alınan yanlış tanıları ve tanı duyarlılığını incelemeyi amaçlamaktadır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmada, İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Demans Kliniği’nde 2014 ile 2018 tarihleri arasında takip edilen demans tanılı 427 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların 235’i NINDS-ADRDA (National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer’s Disease and Related Disorders Association) kriterlerine göre “Alzheimer tipi demans” tanısı almış hastalardı. 68 hasta “vasküler demans”, 46 hasta “mikst tip (Vasküler+Alzheimer) demans”, 23 hasta “frontotemporal demans”, 11 hasta “Lewy cisimcikli demans”, 14 hasta ‘posterior kortikal atrofi’, 30 hasta olası “atipik Alzheimer” tanı-

sına sahipti. Hastalara ait veriler arşivde yer alan hasta dosyalarından ve hastanenin elektronik kayıtlarından temin edildi.

BULGULAR

Klinik kayıtlarda demans tanısı almış hastaların, demans alt tiplerine dağılımı Tablo 1’de sunuldu. AH %55 ile en sık görülen alt tip olarak bulunurken Lewy cisimcikli demans %3 ile en az görülen alt tip oldu. Örnekleme oluşturan 427 hastanın yaş ortalaması 70 yıl olarak bulundu ve mikst tip demans yaş ortalaması en yüksek alt tip iken (77,3) atipik Alzheimer en düşük olarak saptandı (57,6). Demans alt tiplerine göre bulunan yaş ortalamaları Tablo 2’de, alt tiplerin cinsiyet dağılımları Tablo 3’te gösterildi.

Tablo 1. Klinik kayıtlarında demans tanısı almış hastaların dağılımı (n= 427).

Demans alt tipi	n
Alzheimer hastalığı	235
Vasküler demans	68
Mikst tip demans	46
Frontotemporal demans	23
Lewy cisimcikli demans	11
Posterior kortikal atrofi	14
Atipik Alzheimer	30

Tablo 2. Demans alt tipleri yaş ortalaması.

Demans alt tipi	Yaş ortalaması
Alzheimer hastalığı	76,7
Vasküler demans	73,4
Mikst tip demans	77,3
Frontotemporal demans	63,4
Lewy cisimcikli demans	72,9
Posterior kortikal atrofi	66,1
Atipik Alzheimer	57,6

Tablo 3. Demans alt tipleri cinsiyet dağılımı (n= 427).

Demans alt tipi	n (Erkek)	n (Kadın)
Alzheimer hastalığı	104	131
Vasküler demans	36	32
Mikst tip demans	25	21
Frontotemporal demans	13	10
Lewy cisimcikli demans	7	4
Posterior kortikal atrofi	8	6
Atipik Alzheimer	17	13
Toplam	210	217

Vasküler risk faktörleri yalnızca vasküler demans ve mikst tip demans grubunda diğer demans gruplarına göre yüksek bulundu. Alzheimer risk faktörü olarak kabul edilen faktörler açısından, AH tanısı almış grupta artmış risk yoktu. Daha genç yaşta ortaya çıkmış tüm demans tanılı hastaların aile öyküleri incelendiğinde, benzer hastalık öyküsü bulunan birinci ve ikinci derece yakını olan hasta kaydedilmedi. Alzheimer tipi demans tanısı almış hastaların dışındaki hasta gruplarında, hastalar kliniğe değişen oranlarda farklı bir klinik tanı almış hâlde başvurmuşlardı. Vasküler ve mikst tip demans tanısı almış hastaların yaklaşık yarısı “AH”, frontotemporal demans tanısı almış hastaların yaklaşık üçte biri “AH” ve yine üçte biri de psikiyatrik bir hastalık tanısı almış halde başvurmuşlardı. Lewy cisimcikli demans, posterior kortikal atrofi ve atipik Alzheimer tanıları almış olan hastaların çoğunluğu da kliniğe başvurduklarında henüz tanı almamışlardı. Hastaların klinik başvurularından sonra ayırıcı tanılar için kullanılan test bataryaları; MMSE (Mini Mental State Exam), MoCA (Montreal Cognitive Assessment) ve ADAS-Cog (Alzheimer’s Disease Assessment Scale-Cognitive Subscale) testinin bir varyantı olarak dizayn edilen Nöropsikolojik Test Bataryası’ydı. Bu testler ve bazı hastalarda başvurulan görüntüleme yöntemleri ile hastalarda tanı konma yüzdesi (sensitivite) 90’ın üzerinde bulundu.

TARTIŞMA

Kliniğimize başvuran hastalar açısından tipik klinik prezantasyon taşımayan ve “amnestik” tablonun gerisinde olduğu hastalarda tanı konma güçlükleri olabileceği, yanlış tanımlarla hasta takibinin sık karşılaşılan bir durum olduğu düşünülmektedir. Bu durum demans kuşkusu olan bir hastada tanıyı atlamaktan çok, kognitif bozukluğu demans tanısı koymanın mümkün olmadığı düzeydeki hastalara da demans (özellikle AH) tanısının acele davranarak konması şeklinde ortaya çıkmaktadır. Bunun dışında atipik seyirli ya da daha ender görülen demans tiplerinde de durum, ya hatalı bir psikiyatrik tanı konulması, ya da hastanın spesifik bir tanı konulmaksızın takip edilmesinin sürdürülmesi şeklinde olmaktadır.

Bu nedenle demans tanısı konulması aşamasında aceleci davranmaktan kaçınmak, gerekli testleri uygun biçimde uygulamak ve tanı konusunda şüphe de kalınıyorsa deneyimli bir üst merkeze hastaları

yönlendirmek hem zaman kaybını hem de gereksiz ilaç kullanımı ve tetkik istenmesini engelleyecektir. Dolayısı ile de bu durum ekonomik kaybı engelleyici yönde vazife görecek ve kaynakların sağlıklı kullanılmasına destek olacaktır.

Etik Kurul Onayı: Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (22.06.2020 / 329002310-929).

Çıkar Çatışması: Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Finansal Destek: Herhangi bir finansal destek yoktur.

Hasta Onamı: Retrospektif çalışmadır.

Ethics Committee Approval: Approval was obtained from the Ethics Committee of Erenköy Mental and Neurological Diseases Training and Research Hospital. (22.06.2020 / 329002310-929).

Conflict of Interest: There is no conflict of interest.

Funding: No funding.

Informed Consent: It is a retrospective study.

KAYNAKLAR

- Öztürk Ş. Demansların Klinik ve Nöropatolojik Sınıflaması. Turkish Journal of Geriatrics. 2010;13(Suppl 3):15-19. http://geriatri.dergisi.org/uploads/pdf/pdf_TJG_509.pdf
- Rice DP, Fillit HM, Max W, Knopman DS, Lloyd JR, Dutttagupta S. Prevalence, costs, and treatment of Alzheimer's disease and related dementia: A managed care perspective. Am J Manag Care. 2001;7:809-18.
- Brookmeyer R, Gray S, Kawas C. Projections of Alzheimer's disease in the United States and the public health impact of delaying disease onset. Am J Public Health. 1998;88:1337-42. <https://doi.org/10.2105/AJPH.88.9.1337>
- Cotter VT. The Burden of Dementia. Am J Manag Care. 2007;13:S193-S197.
- Emre M. Classification and diagnosis of dementia: A mechanism-based approach. Eur J Neurol. 2009 Feb;16(2):168-73. <https://doi.org/10.1111/j.1468-1331.2008.02379.x>
- Mendez MF, Cummings JL. Differential diagnosis of dementing diseases. In: Mendez MF, Cummings JL, eds. Dementia: A Clinical Approach. Philadelphia: Butterworth-Heinemann; 2003. p.51-58.
- Cummings JL, Mega MS. Dementia. In: Cummings JL, Mega MS, eds. Neuropsychiatry and Behavioral Neuroscience. New York: Oxford University Press; 2003. p. 146-164.
- Small SA, Mayeux R. Alzheimer disease and related dementias. In: Rowland LP, ed. Merritt's Neurology. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins; 2005. p. 771-80.
- Ropper AH, Brown RH. Dementia and the amnesic (Korsakoff) syndrome with comments on the neurology of intelligence and memory. In: Ropper AH, Brown RH, eds. Adams and Victor's Principles of Neurology. New York: McGraw-Hill; 2005. p. 367-84.
- Scott KR, Baret AM. Dementia syndromes: Evaluation and treatment. Expert Rev Neurother. 2007 April;7(4):407-22. <https://doi.org/10.1586/14737175.7.4.407>
- Vitali P, Migliaccio R, Agosta F, Rosen HJ, Geschwind MD. Neuroimaging in Dementia. Semin Neurol. 2008 September;28(4):467-83. <https://doi.org/10.1055/s-0028-1083695>
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, VA: Author; 2013. p. 602-43. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Hebert L, Scherr P, Bienias J, Bennett D, Evans D. Alzheimer disease in the US population: Prevalence estimates using the 2000 census. Arch Neurol. 2003;60(8):1119-22. <https://doi.org/10.1001/archneur.60.8.1119>
- Roman GC. Vascular dementia: distinguishing characteristics, treatment, and prevention. J Am Geriatr Soc. 2003;51(5 Suppl Dementia):S296-S304. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.5155.x>
- Langa KM, Foster NL, Larson EB. Mixed dementia: emerging concepts and therapeutic implications. JAMA. 2004;292:2901-8. <https://doi.org/10.1001/jama.292.23.2901>
- Viswanathan A, Rocca WA, Tzourio C. Vascular risk factors and dementia: How to move forward? Neurology. 2009 Jan 27;72(4):368-74. <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000341271.90478.8e>