

Kırılgan Yaşlı ve İkincil Koruyucu Hekimlik

THE FRAIL ELDERLY AND SECONDARY PREVENTIVE MEDICINE

Selçuk Engin

Özet

Yaşlı, özellikle önemli sağlık riskleri olan yaşlı, koruyucu hekimlikte ayrı bir önem taşır. Kırılgan yaşlı olarak tanımlayabileceğimiz bu grup, işlevsel açıdan ikincil ve üçüncül koruyucu hekimlik kapsamında ele alınır. Bu yazı, güncel bilgiler ışığında kırılgan yaşlıda sık görülen sağlık sorunlarında benimsenecek yaklaşıma katkıda bulunmayı amaçlamaktadır.

Anahtar sözcükler Kırılgan yaşlı, koruyucu hekimlik, geriatri

Summary

Elderly people, especially those prone to have serious health problems are particularly important for preventive health services. Frail elderly people predominantly constitute the target population of secondary and tertiary preventive medicine. This review aims to contribute to the proper approach to frequently encountered health problems in the frail elderly.

Key words: Frail elderly, preventive medicine, geriatrics

Ülkemizde; beklenen yaşam süresinin artması memnuniyet vericidir. Bununla birlikte, yaşlıların yaşam kalitesi konusunda yeterli veri yoktur. Yaygın sosyal güvence ve yeterli sağlık hizmeti, özellikle koruyucu sağlık hizmeti bulunmayan bir sistemde, yaşlı nüfusun yaşam kalitesini korumak ve iyileştirmek görevi hakkıyla yerine getirilebilecek midir? Tıbbi uygulama ve tedavi giderlerinin gittikçe artması da, sorunun bir diğer önemli boyutudur. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin en önemli unsuru koruyucu hekimliktir. Sağlık sorunlarının oluşmadan önlenmesi, tedaviye göre daha kolay ve ucuzdur. Yaşlı nüfusun izlenmesi, doğum öncesi ve sonrası ile çocuklukta izleme ile birlikte, koruyucu hekimliğin en önemli hedeflerinden biridir. Yaşlıların önlenabilir ya da hafifletilebilir sağlık sorunları, uygun tedbirler alınmadığında, ciddi ve süregelen sorunlara dönüşebilir. Morbidite ve mortalite açısından yüksek risk taşıyan kırılgan yaşlıların bakımı ve izlenmesi daha da önemlidir.

Kırılgan Yaşlı: Tanım, Biyolojik ve Psikososyal etmenler

Kırılganlık; organizmanın küçük zorlanmalar karşısında daha kolay kısıtlayıcı hasara uğramasına neden olan fizyo-

lojik rezerv kısıtlılığıdır. Tipik kırılgan yaşlı, kronik hastalıklara sahip ve işlevsel olarak bağımlıdır. Özellikleri arasında; kas zayıflığı ve kaybı, kilo kaybı, egzersiz toleransı düşüklüğü, düşmeler, hareket kısıtlılığı, idrar/dışkı kaçırma sayılabilir.¹

Kırılgan yaşlı şu ölçütlerden iki ya da daha fazlasını taşır: Günlük yaşam aktivitelerinden en az birini uygulayamama, son ay içinde geçirilmiş beyin kanaması, düşme öyküsü, yürümede güçlük, bunama, depresyon, yetersiz beslenme, son üç ayda bir ya da daha fazla kez hastaneye yatırılma, uzun yatak istirahati gereksinimi, idrar ve/veya dışkı kaçırma.² Kırılganlık, yaşlılara özgü bir tanım olmamakla birlikte; 85 yaş üzerinde çok daha sıktır. Kırılganlık, birçok durumun bir araya gelmesiyle oluşur, kesin tanımı yoktur. Kırılganlıkla birlikte bulunan çoğu klinik durum, sitokin aktivitesi artışı ve hormonal düzenin bozulmasıyla kendini gösteren, metabolik dengesizliğin ürünü gibi görünmektedir.³ Serum ve monosit interlökin-6 (IL-6) düzeyi artışı ile yorgunluk, işlevsel bozulma ve depresif duygudurumu arasındaki ilişki geniş toplumsal çalışmalarla göstermiştir.^{4,5} "Gerontolojist sitokini" de denen IL-6, hipotalamus-hipofiz-böbreküstü eksenini uyaran önemli bir strese yanıt olarak

¹⁾ İstanbul Büyükşehir Belediyesi Şehzadebaşı Tıp Merkezi, Aile Hekimliği Uzmanı, Dr.

artar.⁶ Kırılgenlikle ilişkili, bası yaraları gibi kısıtlayıcı durumların geç dönemlerinde, başta tümör nekrotizan faktör - α (TNF- α) olmak üzere serum sitokinleri artar.⁷ Kırılgenliğe özgü olmayan bu serum belirteçlerinin (örneğin TNF- α ve IL-6, anoreksi, aşırı zayıflama, kronik enflamasyon ve bağışıklık bozukluklarında da artmaktadır)⁸ kırılgenliğin çok erken dönemlerini saptamada ve birlikte bulunan hastalıklardan ayırmada kullanılabilmesi; birincil korumaya büyük katkı sağlayabilecektir.³

Hamerman, Fried'in yaşlanma sınıflamasındaki üç koruyucu strateji aşamasını; başarılı, rutin ve hastalıklı olarak yeniden adlandırmıştır. Yazarlara göre belirleyici faktör, genetik ve çevresel etkilere bağlı doku değişiklikleridir. Hücre yaşlanması, apoptoz, oksidatif stres ve serbest oksijen radikallerinin rol oynadığı süreçler, henüz klinik olarak kırılgenliği açıklayacak şekilde yorumlanamamışsa da; doku düzeyindeki stres cevabının araştırılması, kırılgenliğin patofizyolojisinin anlaşılması açısından önemlidir. Örneğin kalp yetersizliğinde süregelen stres, adrenalini artırmasına, beta adrenerjik reseptörlerin aşırı uyarılmasına, bu da duyarsızlaşmaya ve reseptörlerin azalmasına yol açmaktadır.^{3,9}

Toplumsal ve çevresel etkenler de, yaşlının kırılgenliğini etkiler: Mac Arthur, başarılı yaşlanma çalışması ile,¹⁰ kötü sağlık davranışları olanların enflamatuvar doku belirteçlerinin daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Aynı çalışmada, yaşlının ailesi ve arkadaşlarına yakınlığı, bir toplumsal gruba üyeliği, medeni durumu ve dini hizmet alıp almadığını sorarak; toplumsal yalıtım ile CRP, IL-6 ve fibrinojen düzeyleri artışının ilişkili olduğunu gösterilmiştir.¹⁰ Kuzey Avrupa'da yapılan bir çalışmada 75 yaş üzeri sağlıklı yaşlılarda; haftada birden az telefon görüşmesi yapma, emekli klüplerinden birine üye olmama, başkaları için dikiş dikme gibi parametreler ile işlevsel bozulma ve mortalite arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.¹¹ İş-uğraşı terapisi yaşlıların genel sağlık durumlarının iyileşmesiyle ilişkilidir. Başarının anahtarı, her yaşlı için neyin en önemli ve anlamlı olduğunu dikkate alan bireyselleştirilmiş yaklaşımdır.¹²

Kırılgen yaşlının değerlendirilmesi ve izlenmesi

Kırılgenliği önleyici girişimler 3 evrede yapılabilir:

1. Değişikliklerin sessiz döneminde (birincil strateji),
2. Klinik dönemde (ikincil strateji),
3. İstenmeyen sonuçlardan sonra (üçüncül strateji).¹³

Birincil koruyucu sağlık hizmetleri

Kapsayıcı geriyatrik değerlendirmenin yararı kırılgen gurupta daha belirgindir.¹⁴ Akut, sübaku ya da ayakta izleme, farklı dalların işbirliğini gerektirir: En küçük ekip, geriyatri uzmanı ya da pratisyen doktor ile geriyatri eğitilmiş hemşireden (NP) oluşur. Geriyatrik NP ilk başvuru kuru-

munda; anket, yeni hasta değerlendirmesi, kapsayıcı geriyatrik değerlendirme ve koruyucu sağlık etkinliklerinden sorumludur. Kapsayıcı geriyatrik değerlendirme; işlevsel ve zihinsel durum, düşme riski, kullanılan ilaçlar, depresif bulguların saptanması, beslenme, görme, işitme ve idrar tutma yetilerinin değerlendirilmesini kapsar.¹⁵ Avustralya'da, aile hekimleri, pratisyen hekimler ve yardımcı sağlık personelinin katıldığı saha çalışmaları ile yaşlıların depresyon, işlevsellik ve genel sağlık düzeylerinde iyileşme sağlanmıştır: Yazarlar, bu hizmetin bütün topluma ulaştırılması halinde, beş yılda yaşlı mortalitesinin %22 azalacağını tahmin etmişlerdir.^{16,17}

İkincil koruyucu sağlık hizmetleri

Ağrı: Yaşlıda, yaşam kalitesini değerlendirmede önemli bir ölçüttür. Kronik ağrı, yaşlıda sık görülür ve ilaç yan-etkisine bağlı olabilir. Bir yaklaşıma göre ağrı, beşinci vital bulgudur; ve ortadan kalkana kadar ağrı kesici kademeli olarak arttırılmalıdır. Yaşlılarda önerilen tedavi basamakları:

1. Parasetamol,
2. Non steroid antienflamatuvar droglar (NSAID) ya da narkotikler,
3. Antikonvülsan, antiaritmik ve antidepresanlar. Etkili olan, ancak ciddi yan-etkiler de taşıyan bu ilaçların dozu dikkatle düzenlenmelidir.¹⁸

Çok sayıda ilaç kullanımı: (Polifarmasi), hastalık sıklığının arttığı 65 yaş üzerinde yaygındır. Karın kan akımı değişimi, barsak işlevinin yavaşlaması, bu yaş grubunu ilaç etkileşimlerine ve zehirlenmeye açık hale getirir. Zihinsel işlevlerin gerilemesi de yetersiz tedavi ya da doz aşımına yol açabilir.¹⁹

Klinik endikasyonun gereğinden fazla ilaç kullanmak, en az bir gereksiz ilaç kullanmak, beş ya da daha fazla ilacın ampirik kullanımı polifarmasi olarak tanımlanır.²⁰ 2002'de ABD'de, evde yaşayan yaşlılar, günde ortalama 8.8 kalem ilaç tüketiyordu.²¹ Ülkemizde, ayakta izlenen hastaların günde 3-6, yatan hastaların ise 10-15 farklı ilaç kullandığı saptanmıştır.²²

İlaç yan etkileri: Yaşlıdaki her yeni belirti ve bulgu ilaç yan-etkisini akla getirmelidir.²⁰ Ülkemizde, huzurevindeki 1944 yaşlıyı kapsayan bir çalışmada, ilaca bağlı yan-etkilerden yakınların oranı %5.5 idi,²² ABD'de ise yaşlıların yaklaşık 1/3'ü reçeteli ve/ya da kendi aldığı ilaçların yan-etkilerinden yakınmaktaydı.¹⁵ Drog yan-etkileri, geriyatrik sendromları taklit edebilir, konfüzyon, düşme ya da idrar kaçırmaya neden olabilir. Bu durumda, doktorun yeni bir ilaç yazmasına "reçetelendirme kaskadı"; ya da "üst üste tedavi" adı verilir.²⁰

Risk faktörleri ve korunma: Yaşın 85'in üzerinde olması, önceden ilaç reaksiyonu bulunması, 7 ya da daha fazla kronik hastalığı olma, kreatin klirensinin 50 ml'den az olması, vücut kitle endeksinin düşük olması, 9 kalemin üzerinde ve/ya da günde 12 dozdan fazla ilaç kullanma yan-eti riskini artırmaktadır.²³ Bu risk faktörleri, bir bakıma fazla ilaç kullanımına bağlı hastalıkları önleme yolunu da göstermektedir: Bu amaçla geliştirilen şemaların ilkeleri; ilaca düşük dozla başlamak, azar azar artırmak (önerilen dozun önce 1/3'ü, sonra 1/2'si), her hastalığa tek ilacı, günde tek dozda uygulamaya çalışmak ve bilinen yararı ya da endikasyonu olmayan ilacı kesmektir.²⁰ Kontrolsüz ilaç kullanımına karşı bir önlem de, önerilen ilaçlarla uygulamayı karşılaştıran "kahverengi çanta testi"dir: ABD'de, genel sağlık sigortası yetkilisi hastaya, aile hekiminin yazdığı ve hastanın kendi kullandığı tüm ilaçları (bitkisel-doğal olanlar da dahil) kahverengi bir çantada toplama talimatı verir. Hastanın aile hekimine de; ilaç yan-etkileri, etkileşimleri ve yaşlılarda ilaç kullanım ilkeleri ile ilgili bilgilendirici bir belge gönderir. Doktor, hasta ve kahverengi çanta buluşturulur.¹⁵

İdrar veya dışkı kaçırma: Yaşlıların yarısından fazlası mesanesini denetleyemez. ABD'de bu sorunu olan erişkinlerin %30 ila %50'si 65 yaş üzerindedir. Bu grubun yarısından fazlası eve bağımlıdır ya da bakımevinde yaşamaktadır. Çoğu yaşlı, bunu yaşlanmanın doğal sonucu olan çözümsüz bir durum olarak gördüğünden gerçek oran istatistiklere yansımaz. İdrar ve dışkı kaçırma; toplumsal yalıtım, depresyon ve bağımlılığa yol açar, çoğu kez de, başka sağlık sorunlarıyla birlikte.

İdrar kaçırma: Stres inkontinansı, urgency, taşma inkontinansı, işlevsel inkontinans, bileşik tip olmak üzere nedeni ve kliniği farklı beş gruba ayrılır. Stres inkontinansı prostatektomili erkekler dışında hemen tamamen kadınlarda görülür, erkeklerde taşma ve detrusor kas disfonksiyonu ön plandadır. Taniya, ayrıntılı sağlık öyküsü, kaçırma öyküsü, ürolojik/jinekolojik muayene ve nörolojik perine değerlendirmesi ile varılabilir. Enflamasyon, enfeksiyon ve kanserin ayırıcı tanısında sistoskopiden yararlanılabilir. Pelvik taban egzersizlerini de içeren konservatif tedavi hastaların çoğunda yararlı olur. Biofeed-back, yardımcı cihazlar, aralıklı ve kalıcı sondanın yanı sıra, kadınlarda daha etkili olan peri-üretal kollajen madde verilmesi gibi invaziv yöntemler de uygulanabilir.²⁴⁻²⁶

Dışkı kaçırma daha nadirdir; (%1-10) ancak sorulmalı, sık ve tedavi edilebilir bir neden olan pekkik gözden kaçırılmamalıdır.²⁷

Düşme: 65 yaş üzeri yaralanmaların %40'ı, yaralanma sonucu ölümlerin de 2/3'ü kazalara bağlıdır. ABD'de her yıl 65 yaş üzeri nüfusun %30'u, 80 yaş üzerindekiilerin de

%50'si düşer.²⁸ Yurdumuzda, 1078 kişiyi inceleyen kesitsel çalışmaya göre, 50 yaşın üzerinde tekrarlayan düşme sıklığı %27, son 6 ayda düşme sıklığı 50-64 yaş arasında %2.5, 65 yaş üzerinde %4.9'dur; yaşlılarda düşme riskinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.²⁹ Başta benzodiazepinler olmak üzere sedatif hipnotik kullanımı, toplumda ve bakım kuruluşlarındaki düşmeleri kolaylaştırıcı ilk nedendir.³⁰ Bir çalışmaya göre, hastanede yatan ve düşen yaşlıların yaklaşık %50'si son 24 saat içinde bir sedatif/hipnotik ilaç kullanmıştı. Bu tip ilaçlar yaşlının düşme ve dezoryantasyon riskini artırır. Psikotropolar da düşme ile ilişkilidir.³¹

Postür al hipotansiyon gözden kaçırılmamalı; gerektiğinde, otonom sinir sistemini etkileyen antihipertansif ilaçlar değiştirilmelidir.

Kas-kemik, damar hastalıkları ve nöro-dejeneratif hastalıklar da düşme riskini artırır. Hareket, denge-yürüyüş değerlendirmesi, riskin belirlenmesinde önemlidir. Tinetti denge ve yürüyüş değerlendirmesi bu konuda değerli bir ölçüttür; denge 9, yürüyüş 7 işlem ile toplam 28 puan üzerinden değerlendirilir. 26 puan ve altı işlevsel soruna işaret eder. 19'un altındaki skor, düşme riskini 5 kat artırır.³² Riskli yaşlıya denge ve yürüyüş egzersizleri önerilmelidir. Postür, yürüyüş ve görme sorunları varsa, ev güvenliği ölçüğü uygulanarak danışmanlık verilmelidir.³³

Şeker hastalığı (DM): Büyük morbidite ve mortaliteye yol açan DM, yaşlılarda son dönem böbrek yetersizliğinin en sık nedenidir. Yaşlıların %15'inin diyabetik olduğunu bildiren çalışmalar vardır.¹⁵ Kan basıncını 130/80 mm Hg'nin altında tutmak, ACE inhibitörü vermek, erken dönem nefropatide protein alımını 0.6-0.8 g/gün ile sınırlamak nefropatiyi yavaşlatır. Hiperglisemi, özellikle HbA1c'nin %7.9'u aşması, nefropati yanında retinopati, nöropati ve kalp hastalığı riskiyle ilişkilidir. DM için ayrıntılı aile anamnezi alınmalı, AKŞ ve mümkünse oral glukoz tolerans testi istenmelidir. Yeni saptanan ya da diyabet düşünülen olgular ilgili merkezlere yönlendirilmelidir. Kronik ve stabil diyabetikleri aile hekimi izleyebilir. Serum lipidlerinin ölçümü ve gerektiğinde lipid düşürücü diyet önerilmesi de ikincil koruma kapsamındadır.

Yaşlıda saldırgan antihiperglisemik tedavi daha risklidir: Hedef-organ hasarı ve hipoglisemi riski iyi hesaplanmalıdır. Bu nedenle, diğer yaşlılarda HbA1c'nin %7'nin altında tutulması hedeflenirken, kırılmalı yaşlıda %8'in altında kalınması yeterli görülür. Fizik muayenede ayaklar değerlendirilmeli ve ayak bakımı eğitimi verilmeli, yılda en az bir kez göz muayenesi yapılmalıdır.^{10,15}

Bilişsel gerileme: Bunama; yaşam kalitesini düşürür, başka hastalık ve yaralanmalara yol açar ve sıklık açısından öncelikle ele alınması gereken sorunlardandır. Önümüzdeki

çeyrek yüzyılda bunama sıklığının gelişmiş ülkelerde %43; gelişen ülkelerde %218 artacağı tahmin edilmektedir. Buna, yaş ile geometrik artış gösterir. ABD nüfusunda, bunama sıklığı 60-64 yaşlarında %0.8 iken 75-85 yaşlarında %1.4'e ulaşmaktadır.³⁴

En sık görülen bunama formu olan Alzheimer hastalığında (AH) kortikal işlevler daha fazla bozulmuş, kişilik değişmiştir, bir çok alanda yavaş, ilerleyici, bilişsel yıkım görülür. Kısa süreli bellek bozukluğu ile başlayan amneziyi; afazi, apraksi, agnozi, planlama, düzenleme, sıralama işlevlerinden en az birinde bozulma izler. Genetik açıdan kromozomlardaki Apo e2 aleli AH sıklığını azaltır, Apo e3 alelinin varlığı ise risk faktörüdür. Eğitilmiş olma, statin ve NSAID kullanımı AH riskini azaltır. Östrojen replasmanının koruyucu etkisini gösteren çalışmalar vardır.³⁴

Multi-infarakt demans, tekrarlayıcı küçük tıkaçıcı serebrovasküler ataklardan kaynaklanır. Genellikle aterosklerotik, diyabetik, hipertansif hastalarda görülür. Başlangıç, ilerleme ve kötüleşme dönemleriyle basamaklı bir seyir izler. Bunamış hastaların yaklaşık %15'i bu iki formun bileşimidir. Bu iki formu %9 sıklıkla frontotemporal demans ve %5 ile Lewy cisimcikli demans izler. Parkinson, Huntington ve Creutzfeldt-Jakob hastalıkları daha nadir görülen nedenlerdir.³⁵

Bunama tanısında, öykü, nörolojik muayene ve laboratuvar yöntemleriyle altta başka bir neden olup olmadığı araştırılmalı; metabolik bir bozukluk, enfeksiyon, travma, normal basınçlı hidrosefali, alkol kötüye kullanımı, ilaç zehirlenmesi olmadığı gösterilmelidir. Hipotiroidi, hipoglisemi, B12 ve folat eksikliği, depresyon araştırılmalı; öncelikle kan sayımı, elektrolitler, şeker, üre, kreatinin, B12 ve folat düzeyleri, tiroid ve karaciğer işlev testleri, depresyon tarama testleri yapılmalıdır.^{15,26,35} Bunamadan korunmak için gereksiz ilaç kullanımının önlenmesi, özellikle antikolinergik ilaçların kesilmesi elzemdir. Erken tanı, tedavi şansını artırır. Kapsamlı geriyatrik muayene mini mental durum değerlendirmesini (MMDD) içermeli, sorun saptananlar nöropsikiyatriye yönlendirilmelidir. Değerlendirmede, yaş ve eğitim durumu göz önüne alınmalıdır.³⁶ Swagery'nin çalışmasında öğretim düzeyi ilkokuldan daha düşük olan yoktu.³⁶ Bu yüzden, ülkemizde, okur-yazar olmayan yaşlılarda geçerliliği-güvenilirliği yapılmış, "eğitimsizler için uygun bir MMDD"nin uygulaması daha sağlıklı olacaktır.³⁷

Depresyon: Yaşlılarda; gerek tanı ve tedavi, gerekse sonuçları açısından çok önemli bir klinik başlıktır. ABD'de yaşlıların %15'i belirgin depresif semptomlar gösterir, %1-2'si majör depresyon tanısı almıştır. Bu oran, bakımevlerinde %25'e çıkar.³⁸ Yaşlılarda depresyon sıklığının olduğundan az görünmesinde klinik görünümün yanıltıcılığı ve çalışmaların kurumlarda yürütülmemiş olması etkili olabilir.³⁹

Hollanda'da yapılan geniş bir saha çalışmasında erkeklerde minör ve majör, kadınlarda ise majör depresyon daha yüksek ölüm riskiyle ilişkili bulunmuştur.⁴⁰ Yatan hastalarda, depresyonun, işlevsel ve bilişsel bozulma ve 3 yıllık sağkaldımadaki düşüşle ilişkisi gösterilmiştir. Pek çok çalışma, hastanedeki yaşlıda, depresyon-yüksek mortalite ilişkisini göstermiştir.⁴¹

Yaşlı intiharlarının 2/3'ünden fazlasında etken depresyondur; bu grubun %75'i intiharından önceki ay içinde hekimine başvurmuştur. Yaşlıda depresyon, sıklıkla karşılıklı olumsuz etkileşim içindeki sağlık sorunları (özellikle süregelen ağrı) ile bir aradadır. Depresyon, uygun şekilde tanınıp, tedavi edildiğinde eşlik eden hastalık değişmeye de işlevsellik düzeler. Yaşlı depresyonunda bedensel belirtiler ön plandadır. Varolan bir hastalığa bağlı eklem, karın ya da baş ağrıları çok daha yoğun hissedilir. Öte yandan, depresyon terimine yabancı olan yaşlı, ruhsal değişikliklerini daha çok işlev kaybına ile ifade etmeye çalışır.³⁸

Yaşlılarda depresyon nüksü, genel topluma göre oldukça sıktır (%40-80).⁵ Yaşlı depresyonu tedaviye daha geç yanıt verir. Bunun dışında depresif hastanın tedaviye uyum zorlukları ve hastalığa, sıklıkla demansın eşlik etmesi tanı ve tedaviyi zorlaştırır. Bazı yaşlılarda psikoz depresyona eşlik edebilir.³⁹

Bazı metabolik bozukluklar duygudurum değişiklikleriyle belirti verebilir: Hipotiroidi, hipertiroidi, elektrolit dengesizlikleri araştırılmalıdır. Psikomotor gerilemenin eşlik ettiği deliryum, yaşlıda gözden kaçabilir. İleri yaş depresyonunda tedaviye direnç nedeni olabilecek B12 ve folat eksikliği de araştırılmalıdır.³⁹

Vasküler depresyon: Depresyon uzun süredir inme sekillerinden biri olarak kabul edilir; (%2-%61 sıklık) ve Hachinski iskemi skalasında bu yönüyle yer alır. MRI ile saptanan sessiz iskemik ataklar ile depresyon sıklığı ilişkili bulunmuştur: Buna, beyin ve kalpteki aterosklerotik hastalığa ikincil nöron hasarı yol açabilir, bazal ganglionlar ya da sol frontal bölgede hasar depresyona yol açabilir. Böyle olgularda; apati, bilişsel ve psikomotor gerileme belirgin, içgörü azdır. Suçluluk hezeyanı görülmez. Bu tablo demans ile karıştırılabilir.⁴²

Tedaviye başlamadan önce mutlaka genel sağlık durumu, kullanılan ilaçlar, intihar riski değerlendirilmelidir. Elektrokonvülsiyon psödodemansta hayat kurtarıcı olabilir. Psikoterapi yaşlı depresyonunda – en ağır formlar hariç- ilaçlar kadar etkilidir.⁴³ Psikososyal etmenlere bağlı depresyonda psikoterapi tek başına yeterli olabilir, uyku bozukluğu ya da aşırı kilo kaybı gibi vejetatif bulgularla seyreden daha ağır formlarda ise ilaç desteği gerekir.³⁷ Beyni etkileyen, ancak konvülsiyon oluşturmeyen transk-

ranyal magnetik uyarım, vagal sinir uyarımı, derin beyin uyarımı gibi yeni tedavi yaklaşımları deneme aşamasındadır.^{38,39}

Cinsiyet, yaşlıda hastalığın tanı, tedavi ve sonlanımını etkiler. Depresyon ve distimi, kadınlarda erkeklerden daha sıktır; bu sıklık, otuzlu yaşlar ile menopoz öncesi ve sonrasında zirveye ulaşır. Östrojen eksikliği depresif belirtileri şiddetlendirebilir. Menopoz öncesi ve sonrası depresyonda estradiol olumlu klinik sonuçlar vermiştir. Sherwin ve Gelfand'ın, her iki yumurtalığı alınmış kadınlara östrojen-androjen kombinasyonu, östrojen, androjen ve plasebo vererek çift kör yöntemle dört grup üzerinde yaptıkları izlemede; östrojen-androjen alanların depresyon endeksini anlamlı derecede düşük bulmuşlar ve tedavinin kesilmesinin endeksi arttırdığını bildirmişlerdir.⁴⁴

Kalp-Damar Hastalıkları

Hipertansiyon (HT)

65 yaşını aşanlarda, sistolik kan basıncı 160 mm Hg, diyastolik kan basıncı ise 90 mm Hg'nin altında tutulmalıdır.^{45,46} Tanı için tek ölçüm yeterli değildir. Hastanın 5 dakika istirahat etmiş olması, kolun kalp hizasında tutulması, hastanın son yarım saat içinde sigara ve kafeinli içecekler almamış olması gibi teknik ayrıntılara dikkat edilmelidir. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'ndeki bir çalışmada, 40 yaş üzeri kadınlara %41, erkeklere %29 sıklıkla HT tanısı konmuştur.⁴⁷ Yaşlılarda ağırlıklı olarak primer HT görülür, ikincil nedenler arasında renovasküler ve başta NSAID, steroid, MAO inhibitörü ve damar büzücü ilaçların yan-etkilerine bağlı HT sıktır. Diyastolik HT ile uzun yaşama az rastlanır, yaşlılarda daha çok sistolik ve sistolodiyastolik HT görülür. Beyin, kalp, damar ve böbrek komplikasyonları sistolik HT'da toplum bütününe göre 3 kat; diyastolik HT'da ise 10 kat fazladır. Başarılı HT tedavisi serebrovasküler riski %50, kardiyovasküler riski %30 oranında azaltır. Diyabetik yaşlılarda bu risk azalması daha belirgindir.⁴⁶

Kalp hastalıkları

Unstable anjina ve akut miyokard enfarktüsü öyküsü olanların aspirin ve beta bloker kullanması mortaliteyi azaltır. Sistol etkisizse, özellikle atım hacmi %40'ın altında ise ACE inhibitörü yararlıdır.²⁶

En sık görülen kronik ritm bozukluğu, atriyal fibrilasyon'dur (AF); sıklığı yaşla artar, kalp ve kalp dışı nedenlere bağlı olabilir. Özellikle inme ve sol kalple ilgili komplikasyonları mortaliteyi arttırır. Stabil, yeni başlamış ya da kronik ancak ritm sorunu olan AF'da ventrikül hızını azaltıcı, antiagregan ve gerektiğinde antikoagülan tedavi uygulanır.

Warfarin uygulananların %0.3'ünde beyin kanaması bildirilmiştir. Anti-aritmik tedavi sakıncalı ya da yararsız ise kardiyoversiyon önerilir. Pace-maker, radyo-frekansla nodal blok, sol atrial izolasyon gibi cerrahi girişimler alternatif tedavilerdir.^{48,49}

Serebral ateroskleroz

Geçici iskemik atak, vertebrobaziler sendrom, beyin kanaması; boyun ve beyin damarlardaki aterosklerozun komplikasyonlarıdır. Bunlara yukarıda değinilen depresyon ve kognitif bozukluklar da eklenebilir. Ateroskleroza yönelik genel koruyucu tedbirler burada da geçerlidir. Periyodik muayenelerde her iki karotiste üfürüm olup olmadığı kontrol edilmelidir. Beyin kanaması, 70 yaş üzerinde en sık üçüncü ölüm nedeni ve majör bir kısıtlılık nedenidir. 55 yaş üzerinde, inme riski ikiye katlanır. Erkeklerdeki risk, kadınlardan %25 daha fazladır. Yaşlanma, kalp-damar hastalığı ve hipertansiyon, beyin kanlanmasını zayıflatır. Kalbin ritm bozuklukları da bir diğer risk faktörüdür. Riski azaltmak için bu hastalıkların tedavisi, gereğinde antikoagülan ya da trombosit inhibitörleri eklenmesi, sigara içilmemesi, diyabet, obezite ve hiperlipideminin denetlenmesi gerekir. İnmenin erken döneminde doku plazminojen aktivatörü ve enerjik destekleyici tedavi mortalite ve morbiditeyi azaltır. İnme ile mücadele, vasküler demans riskini azaltır ve ileri yaş işlevselliği de artırır.⁵⁰

Sonuç

Korunması gereken ilk yaşlı grubu kırılğan yaşlılardır. Kırılğanlık, düzeltilmesi büyük toplumsal yararları olan bir sağlık sorunudur.³ Bu grupta, birincil koruyucu hekimlik, kısıtlanmaya yol açması öngörülen risk faktörlerine yönelik değişiklikleri, ikincil olan ise erken dönemde kısıtlı hale gelmeyi önlemeye yönelik çabaları kapsar.⁵¹ Sistemik hastalıkları olan, komplikasyon riski yüksek kırılğan yaşlı, daha çok ikincil ve üçüncül koruyucu hekimlik alanına girer.³ Kırılğanlığın neden ve oluşumunu açıklayacak çalışmaların ve koruyucu hekimliğin gelişmesiyle, ileride "başarılı yaşlanma" mutad hale gelebilir.⁵² Sigara kullanmama, vücut kitle indeksini düşük tutma ve egzersiz, uzun dönemdeki kısıtlanmaları sınırlar.⁵³ Doğru sağlık davranışlarının geliştirilmesi ve hastalıkların kötüleşmesinin engellenmesi için psikososyal faktörleri de dikkate alan multidisipliner koruyucu hekimlik yaklaşımı ve kapsayıcı geriyatrik değerlendirme önerilmektedir.^{54,55}

Ülkemizde, yaşlı ve özellikle riskli yaşlı popülasyonun niteliğinin belirlenmesi ve kanıta dayalı koruyucu stratejiler geliştirilmesi yararlı olacaktır.

Kaynaklar

1. **Abrams WB, Beers MH, Berkow R.** Prevention of frailty. Merck Manual of Geriatrics. 2.baskı.Merck&Co.Inc.1995.http://www.merck.com/mrkshared/mm_geriatrics/sec1/ch5.jsp adresinden 12.07.2004'de erişilmiştir.
2. **Aliberti E.** Predictive value of the instrument among older recipients of managed care. *J Am Ger Soc* 1997; 45: 614-7.
3. **Hamerman D.** Toward an understanding of frailty. *Ann Intern Med* 1999; 130(11): 945-50.
4. **Cohen HJ, Pieper CF, Harris T, Rao KM, Currie MS.** The association of plasma IL-6 levels with functional disability in community-dwelling elderly. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1997; 52 (M201): 1-8.
5. **Dentino AN, Pieper CF, Rao KM ve ark.** Association of interleukin-6 and other biologic variables with depression in older people living in the community. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47: 6-11.
6. **Sternberg EM.** Neural-immun interactions in health and disease. *J Clin Invest* 1997; 100: 2641-17.
7. **Bonnefoy M, Coulon L, Bienveu J, Boisson RC, Rys L.** Implication of cytokines in the aggravation of malnutrition and hypercatabolism in elderly patients with severe pressure sores. *Age Ageing* 1995; 24: 37-42.
8. **Holden RJ, Pakula IS.** The role of tumor necrosis factor-alpha in the pathogenesis of anorexia and bulimia nervosa, cancer cachexia and obesity. *Med Hypotheses* 1996; 47: 423-38.
9. **Ridker PM, Glynn RJ, Hennekens CH.** C-reactive protein adds to the predictive value of total and HDL cholesterol in determining risk of first myocardial infarction. *Circulation* 1998; 97: 2007-11.
10. **Loucks EB.** Social isolation may lead to poor health behaviors. AHA Scientific sessions 2003. <http://www.medscape.com/viewprogram/2770> adresinden 10.12.2003'de erişilmiştir.
11. **Avlund K, Lund R, Holstein BE, Due P, Sakari-Rantala R, Heikkinen RL.** The Impact of structural and functional characteristics of social relations as determinants of functional decline. *J Gerontol B Psych Sci Soc Sci* 2004; 59: 44-51.
12. **Clark F, Azen SP., Carlson M ve ark.** Embedding health-promoting changes into the daily lives of independent-living older adults: Long-term follow-up of occupational therapy intervention. *J Gerontol B Psych Sci Soc Sci* 2001; 56: 60-3.
13. **Fried LP.** Frailty. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology'de. Ed. Hazzard WR, Bierman EL, Blass JP, Ettinger WH Jr, Halter JB. 3. baskı. New York, McGraw Hill, 1994; 1149-55.
14. **Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, English PA, Sayre JA, Kane RL.** Effectiveness of a geriatric evaluation unit: a randomized clinical trial. *N Engl J Med* 1984; 311: 1664-70.
15. **Colenda CC, Sherman FT.** Managed Medicare: An overview for the primary care physician. *Geriatrics January* 1998; 53(1): 57-63.
16. **Llewellyn-Jones RH.** Multifaceted shared care intervention for late life depression in residential care: Randomised controlled trial. *BMJ* 1999; 319: 676-82.
17. **Kerse NM.** Improving the health behaviours of elderly people: Randomised controlled trial of a general practice education programme. *BMJ* 1999; 319: 683-7.
18. **Finucane TE.** Overview and critique of the new AGS guideline for management of persistent pain in older adults. <http://www.medscape.com/viewarticle/437463> adresinden 17.07.2002'de erişilmiştir.
19. **Akan P, Erdinçler D, Tezcan V, Beğner T.** Yaşlıda ilaç kullanımı. *Turkish Journal of Geriatrics* 1999; 2(1): 33-8.
20. **Williams CM.** Using Medications Appropriately in Older Adults. *Am Fam Physician* 2002; 66: 1917-24.
21. **Triller MT, Clause SL, Domarew C.** Analysis of medication management activities for home-dwelling patients. *Am J Health-syst Pharm* 2002; 59(23): 2356-9.
22. **Arslan Ş, Atalay A, Gökçe-Kutsal Y.** Yaşlılarda ilaç tüketimi. *Turkish Journal of Geriatrics* 2000; 3(2):56.
23. **Fouts M, Hanlon J, Pieper C, Peretto E, Feinberg J.** Identification of elderly nursing facility residents at high risk for drug-related problems. *Consult Pharm* 1997; 12: 1103-11.
24. **Griebing TL.** Axis III. Urinary incontinence in older adults. Program and abstracts of the American Association for Geriatric Psychiatry 15th Annual Meeting. February 24-27, 2002. Orlando, Florida.
25. **Couture JA, Valiquette L.** Urinary incontinence. *Ann Pharmacother* 2000; 34: 646-55.
26. **Bross MF, Tryon AF.** Preventive care of the older adult (> 65 years) Family Medicine'da. Ed: Rudy DR, Kurowski K. Giza, Egypt, Williams-Wilkins. Middle East Edition 1998; 741-50.
27. **Kamal A, Brocklehurst JC.** Special features of illnesses in old age. Geriatric Medicine'da. Ed. Carruthers GB, Netherlands,Wolfe Medical Publications 1983; 13.
28. **Steinweg KK.** The Changing Approach to Falls in the Elderly. *Am Fam Phy* 1997; 56 (7): 1815-23.
29. **Karataş GK, Maral I.** Ankara Gölbaşı ilçesinde geriyatrik popülasyonda 6 aylık dönemde düşme sıklığı ve düşme için risk faktörleri. *Geriatr* 2001; 4 (4): 152-8.
30. **Ray WA, Thapa PB, Gideon P.** Benzodiazepins and the risk of falls in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48: 682-5.
31. **Oliver D, Hopper A, Seed P.** Do hospital fall prevention programs work? A systematic review. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48: 1679-89.
32. **Tinetti M.** Performance-oriented assesment of mobility problems in elderly patients. *J Am Ger Soc* 1986; 34: 119-26.
33. **Fuller GF.** Falls in the Elderly. *Am Fam Physician* 2000; 61: 2159-68.
34. **Schneider LS.** Estrogen and Dementia: Insights From the Women's Health Initiative Memory Study. *JAMA* 2004; 291: 3005-7.
35. **Guttman R, Altman RD, Nielsen NH.** Alzheimer Disease: Report of the Council on Scientific Affairs. *Arch Fam Med* 1999; 8(4): 347-53.
36. **Santacruz KS, Swagery D.** Early diagnosis of dementia. *Am Fam Phy* 2001; 63: 703-13.
37. **Ertan T, Eker E, Güngen C ve ark.** The standardized mini mental state examination for illiterate Turkish adult population. International symposium on neurophysiological and neuropsychological assesmant of mental and behavioral disorders. Aug 28-30,1999. Bursa- Turkey.
38. **Miller MD.** Recognizing and Treating Depression in the Elderly <http://www.medscape.com/viewarticle/431387> adresinden 03.11.2004'de erişilmiştir.
39. **McDonald.** Depression in the Elderly: An Internist's Disease. Program and abstracts of the American College of Physicians.American Society of Internal Medicine Annual Session 2001; March 29-April 1, 2001. Atlanta, Georgia. MTP 043.
40. **Penninx BW, Geerling SW, Deeg DJ, van Eijk JT, van Tilburg W, Beekman AT.** Minor and major depression and the risk of death in older persons. *Arch Gen Psych* 1999; 56: 889-95.
41. **Covinsky KE, Kanana E, Chiu MH, Palmer RM, Fortinsky RH, Landefeld CS.** Depressive symptoms and 3-year mortality in older hospitalized depressed patients. *Ann Intern Med* 1999; 130: 563-9.
42. **Hachinski VC, Lassen NA, Marshall J.** Multi-infarct dementia: A cause of mental deterioration in the elderly. *Lancet* 1984; 2: 207.
43. **Elkin E, Tracie SH, Watkins JT.** National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program: General effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 971-82.
44. **Swantek SS.** Gender Differences in Geriatric Psychiatry. American Association for Geriatric Psychiatry 15th annual meeting (disclosures) February 24-27, 2002. Orlando-Florida.
45. **Abrams WB, Beers MH, Berkow R.** Recommended clinical preventive services. http://www.merck.com/mrkshared/mm_geriatrics/tables/5t1.jsp adresinden 12.07.2004'de erişilmiştir.
46. **Moser M.** Hypertension treatment and the prevention of coronary heart disease in the elderly. <http://www.aafp.org/afp/990301ap/1248.html> adresinden 1.11.2004'de erişilmiştir.
47. **Tezcan V.** Yaşlılarda hipertansiyon ve tedavisi. Geriatrik Hasta ve Sorunları'nda. Ed: Beğner T. İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp F. STE Komisyonu Yayını No: 9. İstanbul 1998; 113.
48. **Chandramouli BV, Kotler MN.** Atrial fibrillation:drug therapies for ventricular rate control and restoration of sinus rhythm. *Geriatrics* 1998; 53(6): 46-60.

49. **Chandramouli BV, Kotler MN.** Atrial fibrillation: preventing thromboembolism and choosing nondrug therapies. *Geriatrics* 1998; 53(7): 53-60.
50. **Ramirez-Lassepas M.** Stroke and the ring of the brain and the arteries. *Geriatrics* 1998; 53 (suppl1): 544-8.
51. **Bucher DM, Wagner EH.** Preventing frail health. *Clin Geriatr Med* 1992; 8: 1-17.
52. **Hazzard WR.** Ways to make "usual" and "successful" aging synonymous. *Preventive Gerontology. West J Med* 1997; 167: 223-8.
53. **Vita AJ, Terry RB, Hubert HB, Fries JF.** Aging, health risks, and cumulative disability. *N Engl J Med* 1998; 338: 1035-41.
54. **Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, English PA, Sayre JA, Kane RL.** Effectiveness of a geriatric evaluation unit: a randomized clinical trial. *N Eng J Med* 1984; 311: 1664-70.
55. **Llewellyn-Jones RH.** Multifaceted shared care intervention for late life depression in residential care: randomised controlled trial. *BMJ* 1999; 319: 676-82.

Geliş tarihi: 25.05.2004

Kabul tarihi: 11.04..2005

İletişim adresi:

Dr. Selçuk Engin

Şehzadebaşı Tıp Merkezi

Eski Belediye Sarayı yanı

Vezneciler - İSTANBUL

Tel: (0212) 455 15 50

Faks: (0212) 252 42 85

e-posta: selcukengin@fastmail.fm