



instagram.com/bilgibilekbuker



youtube.com/bilgibilekbuker

tipakademisi.com



(Kitapla Korele Ders Videoları)

Bölüm 10

Geriatri

A. Geriatriye Giriş

B. Malnutrisyon

C. Yaşla Birlikte Görülen Değişiklikler

D. Bası Yaraları

E. Sarkopeni

F. Üriner İnkontinans

G. Depresyon / Deliryum / Demans

H. Senkop / Düşme

1

Tahmini Soru Sayısı

13

Konu Sayfa Sayısı

≥ 65 yaş olan Dünya Sağlık Örgütü'ne göre herkes "yaşlı" olarak adlandırılır

- ♦ 65 - 74 yaş arası → Genç yaşlı
- ♦ 75 - 84 yaş arası → Orta yaşlı
- ♦ ≥ 85 yaş → İleri yaşlı olarak tanımlanır

İstemsiz kilo kaybı, tükenmişlik, kas güçsüzlüğü, yürümede yavaşlama, fiziksel mobilitede azalma durumlarından en az 3'ünün varlığı **kırılgan yaşlı** olarak tanımlanır

Her geriatrik hasta kapsamlı şekilde değerlendirilmeli → Bu değerlendirmede önemli ölçekler vardır

- ♦ Fonksiyonellik → Temel günlük yaşam aktiviteleri (Katz / Lawton)

► Temel günlük yaşam aktiviteleri ölçeği:

- Banyo
- Tuvalet
- Beslenme
- Dışkılama
- Giyinme
- Yürüyebilme

► Yardımcı günlük yaşam aktiviteleri ölçeği:

- Alışveriş / Para üstü verebilme
- Ev temizliği
- Telefon kullanabilme
- Çamaşırını yıkayabilme
- Yemek yapabilme
- İlaçlarını kullanabilme

- ♦ Mobilite ve düşme riski → Kalk ve yürü testi
- ♦ Duygudurum → Cornell / Tesevage depresyon ölçeği
- ♦ Nutrisyon durumu → Mini nutrisyon değerlendirme testi
- ♦ Kognitif durum → Mini mental test / Montreal bilişsel değerlendirme testi

Geriatrik yaş grubundaki hastalarda aşı takvimi

- ♦ İnfluenza aşısı → Her yıl yapılmalıdır
→ En uygun zaman Kasım ayıdır
- ♦ Herpes zoster aşısı → 50 yaş üzerinde 2-6 ay arayla 2 kez rekombinant aşı
→ 60 yaş üzerinde ise tek doz canlı aşı yapılır
- ♦ Tetanoz - Difteri - Boğmaca aşısı → 4 hafta arayla 2 doz
→ 2.dozdan 6-12 ay sonra 3.doz
→ Sonrasında 10 yılda bir rapel
- ♦ Pnömonokok aşısı → Eğer ilk aşı 65 yaştan önce yapıldıysa tek doz
→ < 65 yaşta yapıldıysa ve üzerinden 5 yıl geçtiyse 2.doz

Meningokok, H.influenza, HAV ve HBV aşısı sadece risk grubundakilere yapılır; rutin yapılmaz

Geriatrik yaş grubunda taranması gereken kronik hastalıklar

- ♦ Hipertansiyon → Kan basıncı < 120/80 mmHg olanlar 2 yılda bir
→ 120/80 - 139/89 mmHg arası olanlar yılda bir taranmalı
- ♦ Hiperlipidemi → > 35 yaşta 75 yaşına kadar 5 yılda bir lipit profil
- ♦ Osteoporoz → > 65 kadın ve >70 yaş erkeklerde en az bir kez DEXA
→ Günlük 800-1000 IU/gün D vitamini
→ Günlük 1200-1500 mg/gün kalsiyum
- ♦ Aort anevrizması → 65-75 yaş arası sigara öyküsü olanlarda bir kez USG
- ♦ Diyabetes mellitus → 40 yaş üzeri 3 yılda bir tarama yapılmalı
- ♦ Malnutrisyon → Yıllık VKİ ve mini nutrisyon testiyle tarama
- ♦ Obezite → Yıllık vücut kitle indeksi ile tarama

Geriatrik yaş grubunda taranması gereken kanserler

- ♦ Meme kanseri → > 40 yaşta yılda bir kez mamografi
- ♦ Serviks kanseri → Smear + HPV testi
- ♦ Kolon kanseri → > 50 yaş 10 yılda bir kolonoskopi / Yıllık GGK testi
- ♦ Prostat kanseri → 1-2 yılda bir PSA ve rektal muayene
- ♦ Over kanseri → Transvaginal USG + CA 125

Besin alımında azalma veya dengesiz beslenmeye bağlı gelişen klinik ➔ Malnutrisyon
Malnutrisyonu daha objektif tespit etmek için bazı parametreler vardır:

♦ **Öykü ve Fizik Muayene:**

- ☺ Öyküde sorulacak en önemli soru kilo kaybı olup olmadığıdır

♦ **Antropometrik Ölçümler:**

- ☺ Vücut ağırlığı ➔ 1 ayda ≥ 5 , 6 ayda ≥ 10 kilo kaybı malnutrisyonu destekler
- ☺ Vücut kitle indeksi ➔ WHO'ya göre VKİ $< 18,5 \text{ kg/m}^2$ olması zayıf birey demektir
- ☺ Üst kol çevresi ➔ Kilo ölçümü yapılamayan hastalarda kullanılır
- ☺ Baldır çevresi ➔ Kilo ölçümü yapılamayan hastalarda kullanılır ➔ Üst kol ölçümünde daha duyarlı
- ☺ El kavrama gücü ➔ Erken dönem malnutrisyon hakkında fikir verir
- ☺ Biyoempedans analiz ➔ Yağsız vücut kitlesini hesaplayan non-invaziv yöntemdir

♦ **Laboratuvar Testleri:**

- ☺ En sık kullanılan belirteçler ➔ Prealbumin / Albumin / Transferrin / Retinol bağlayıcı globulin
- ☺ Albumin yarı ömrü 21 gün olduğu için akut değişiklikleri yansıtmadığı için pratikte bakılmaz
- ☺ Pratikte en çok kullanılan prealbumindir

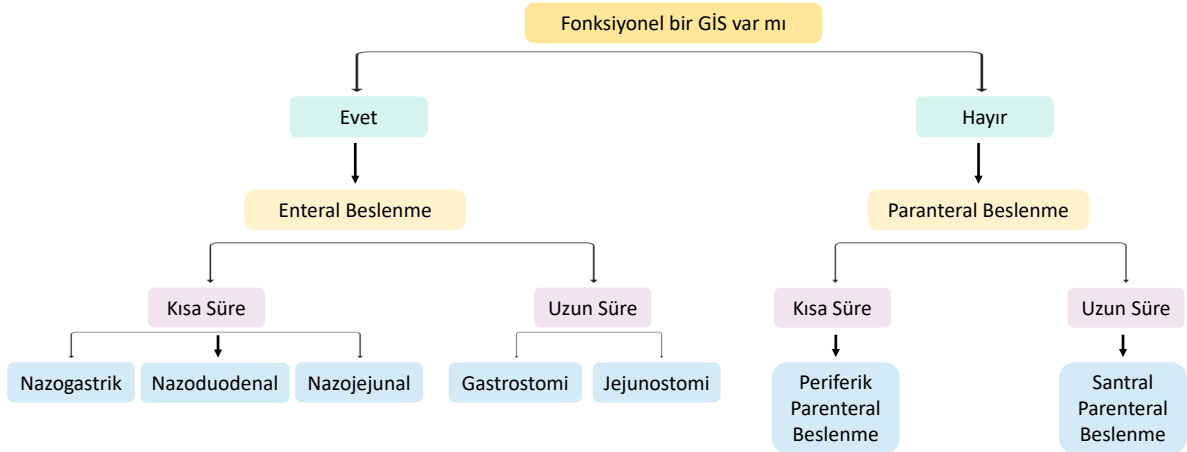
♦ **Tarama Testleri:**

- ☺ En sık mini nutrisyon testi kullanılır

Beslenmede ucuz, güvenilir ve fizyolojik olduğu için **enteral yol** tercih edilmelidir

Oral alımı olan ve normal GİS fonksiyonuna sahip kimselerde oral enteral beslenme uygulanır

Oral alımı veya normal yutma fonksiyonuna sahip olmayanlarda aşağıdaki algoritmaya göre hareket edilir



Enteral Beslenme Kontrendikasyonları

- ☺ İnatçı bulantı - kusma
- ☺ Paralitik veya mekanik ileus
- ☺ GİS kanama / Şok / Hemodinamik inst.
- ☺ Şiddetli malnutrisyon
- ☺ Ağır diyare
- ☺ Yüksek debili GİS fistülleri
- ☺ Şiddetli peritonit

Parantral Beslenme Kontrendikasyonları

- ☺ Fonksiyonel GİS'i olan hastalar
- ☺ Kısa süreli beslenme ihtiyacı
- ☺ Hemodinamik instabil hastalar
- ☺ Serebral disfonksiyonu olan hastalar
- ☺ Yaşam beklentisi olmayan hastalar

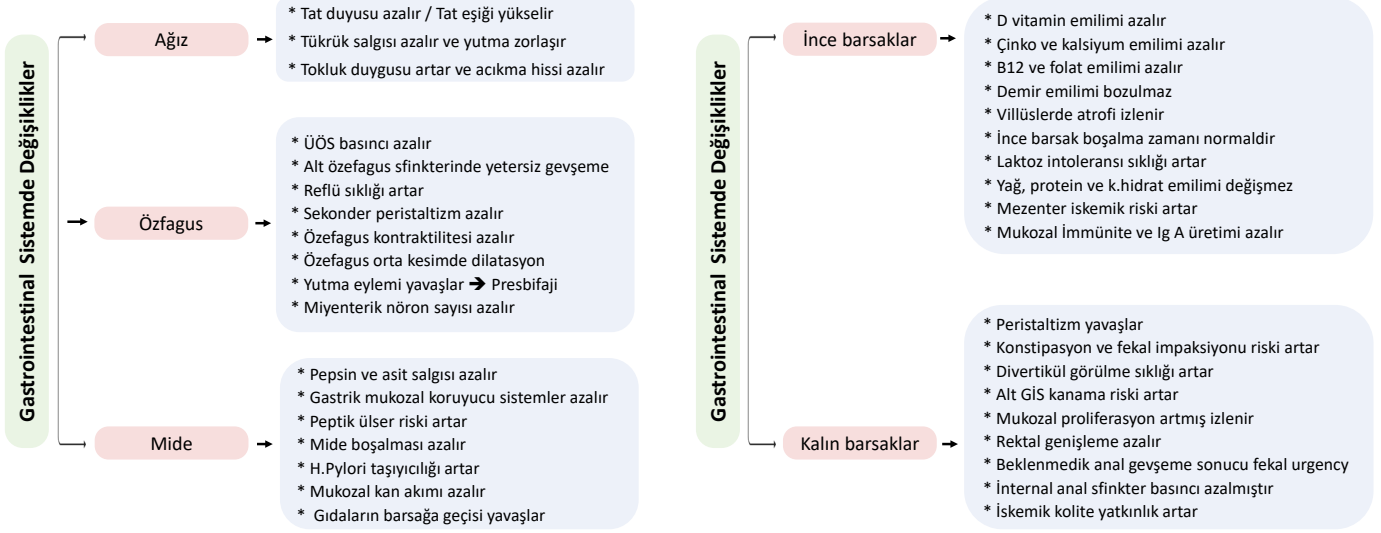
Enteral Beslenme Komplikasyonları

- ☺ Bulantı - Kusma / Diyare
- ☺ Abdominal şişkinlik ve kolik kramplar
- ☺ Aspirasyon
- ☺ Hiperglisemi
- ☺ Refeeding sendromu
- ☺ Hipo / hipernatremi
- ☺ Dehidratasyon

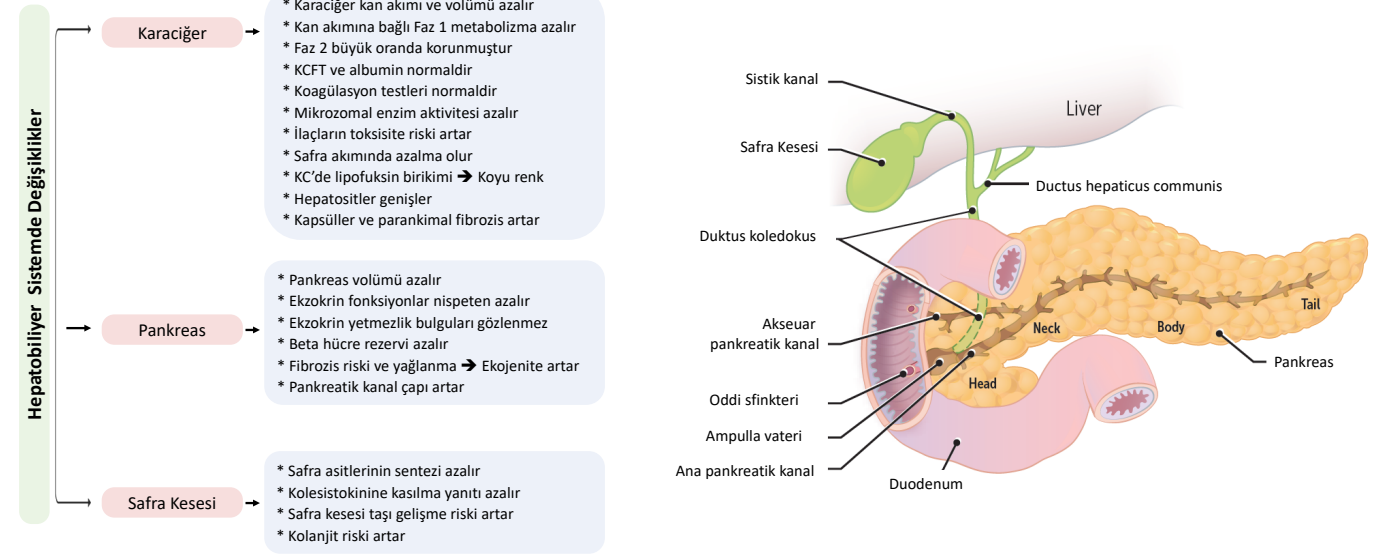
Parantral Beslenme Komplikasyonları

- ☺ Pnömotoraks / Hemotoraks / Hidrotoraks
- ☺ Duktus torasikus yaralanması
- ☺ Elektrolit imbalansı
- ☺ Hiperosmolar koma
- ☺ Hipo / hiperglisemi
- ☺ Esansiyel yağ asido eksikliği
- ☺ Kolestaz / KCFT yüksekliliği

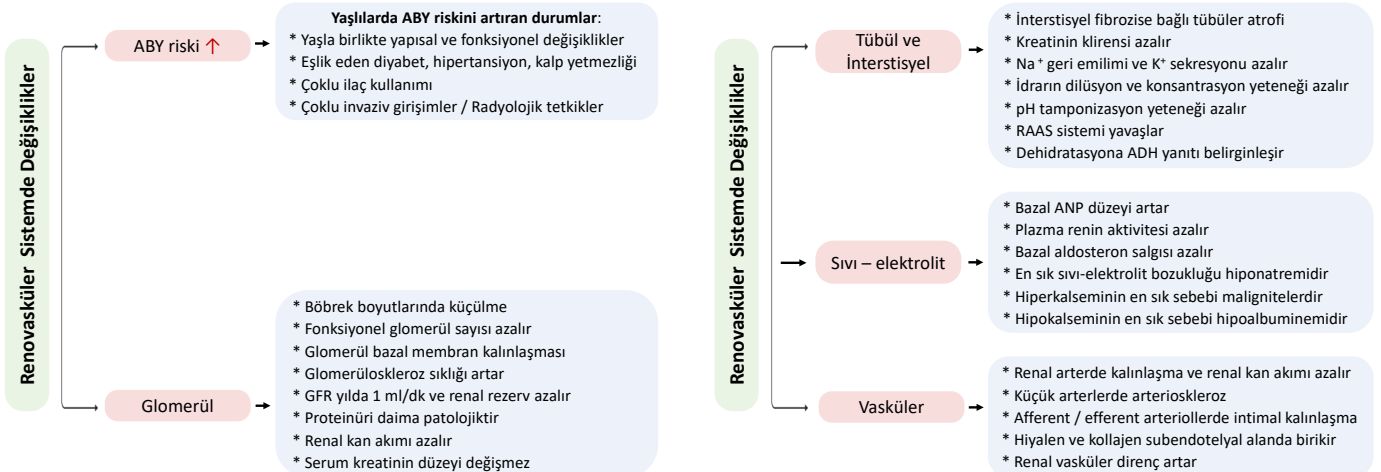
Gastrointestinal Sistem



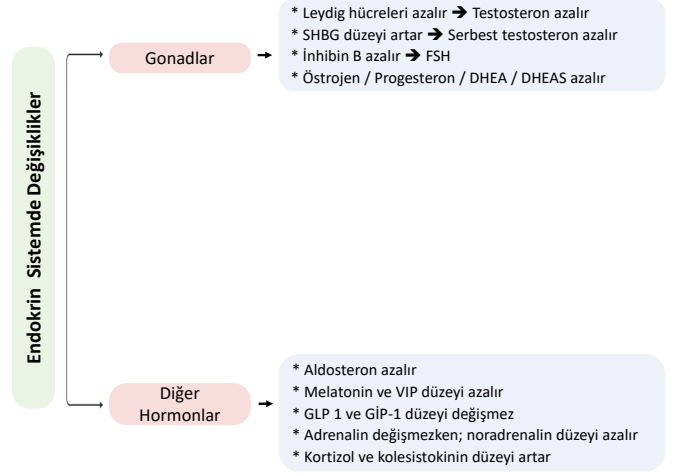
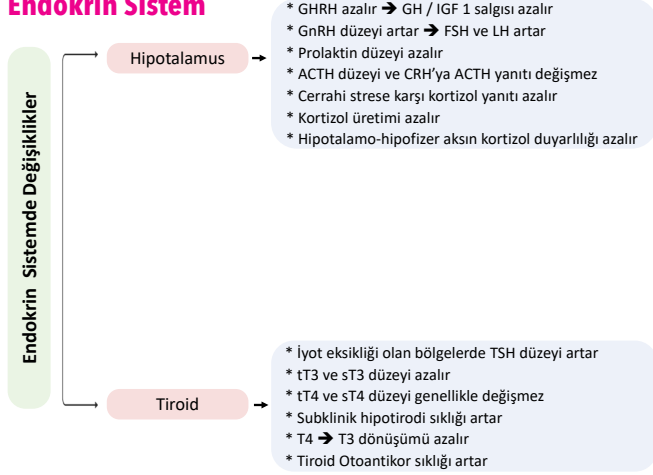
Hepatobiliyer Sistem



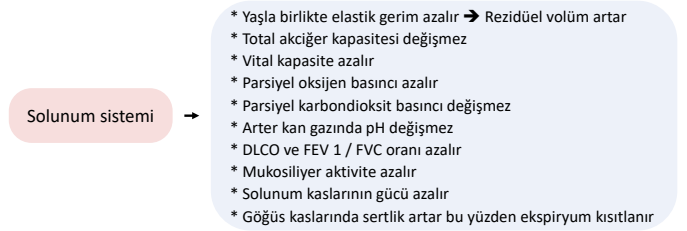
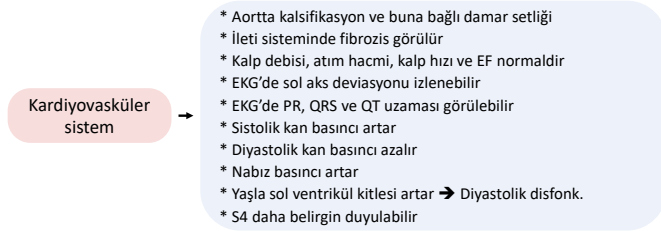
Renovasküler Sistem



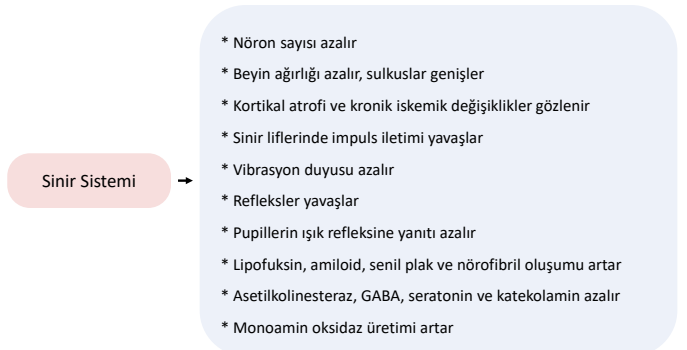
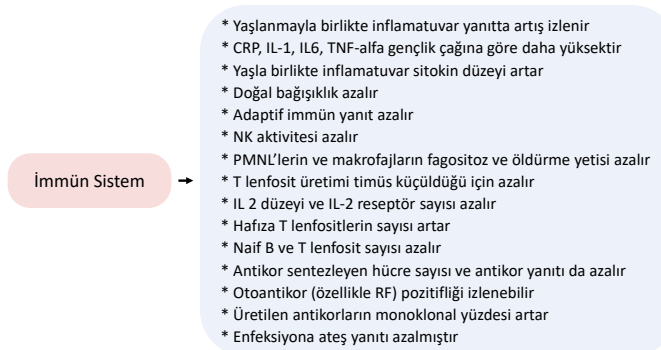
Endokrin Sistem



Kardiyovasküler ve Pulmoner Sistem



İmmün Sistem ve Nörovasküler Sistem

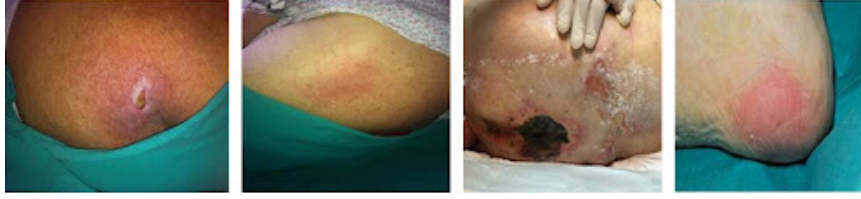


Geriatride Önemli Spot Bilgiler:

En sık hastaneye yatış sebebi **kalp yetmezliği**dir → Dilate kardiyomiopatinin en sık sebebi iskemik kalp hastalığıdır
 Hipertansiyonun en sık sebebi **renal arter stenozudur** → Medikal tedavide ilk tercih tiazid diüretikleridir
 En sık aritmi **atriyal fibrilasyondur** → Emboli gelişme genç popülasyona göre daha fazladır
 En sık görülen kalp kapak hastalığı kalsifik aort stenozudur
 En sık sıvı-elektrolit bozukluğu **hiponatremidir** → Hiponatreminin de en sık sebebi **uygunsuz ADH sendromudur**
 Hiperkalseminin en sık sebebi **primer hiperparatiroidi ve malignitelerdir**
 Hipokalseminin en sık sebebi **hipoalbuminemidir**
 Akut interstisyel nefritin en sık sebebi ilaçlardır → En sık sebep olan ilaçlar ise PPI'lardır
 İleri yaşta nefrotik sendromun en sık sebebi **membranöz glomerülonefrit**
 En sık görülen hipofiz tümörü non-fonksiyonel adenom → En sık **fonksiyonel adenom GH adenomudur**
 Tirotoksikozun en sık sebebini **toksik multinodüler guatr**dır → Tedavide ilk tercih RAİ uygulamasıdır
 Hipotroidinin en sık sebebi ise **Hashimoto tiroiditidir** → En sık tiroid malignitesi papiller kanserdir
 Üst gis kanamasının en sık sebebi **peptik ülser** → Masif alt GİS kanamasının en sık sebebi **anjiodisplazi**

Basıncı, sürtünme sonucu yumuşak doku iskemisine bağlı lokalize doku hasarına bası yarası denir. Gelişmesindeki **en önemli risk faktörü basıncı maruziyetidir**

- ♦ En sık basınca yüksek basınca maruz kalan **oksiput, sakrum** ve **topuk** kısmında izlenir
- ♦ Oturur pozisyonunda ise **iskial bölge** ve **trokanter** bölümlerinde gelişir



Bası yarası gelişmesi için önemli risk faktörleri tanımlanmıştır

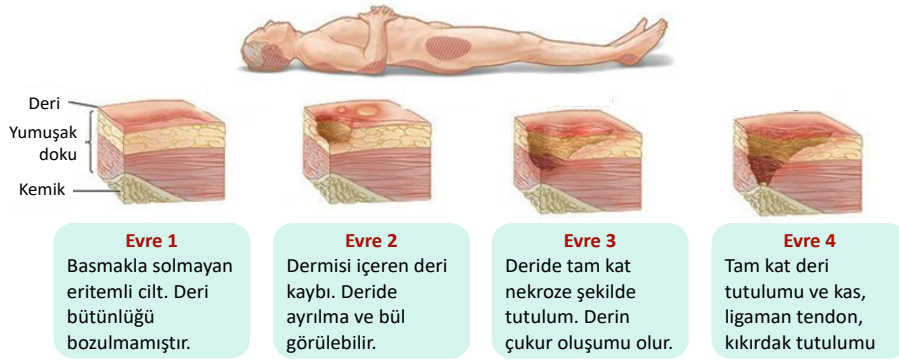
♦ İntrensek risk faktörleri

- ♦ Yaş
- ♦ İmmobilite
- ♦ Üriner ve fekal inkontinans
- ♦ Anemi
- ♦ Dehidratasyon
- ♦ Hipovolemi
- ♦ Malnutrisyon
- ♦ Kronik hastalıklar

♦ Ekstrensek risk faktörleri

- ♦ Basının süresi
- ♦ Basının şiddeti
- ♦ Sürtünme ve tahriş
- ♦ Yırtilma
- ♦ Nem (ter sebebiyle)

Bası yarası **4 aşamada** evrelendirilir:



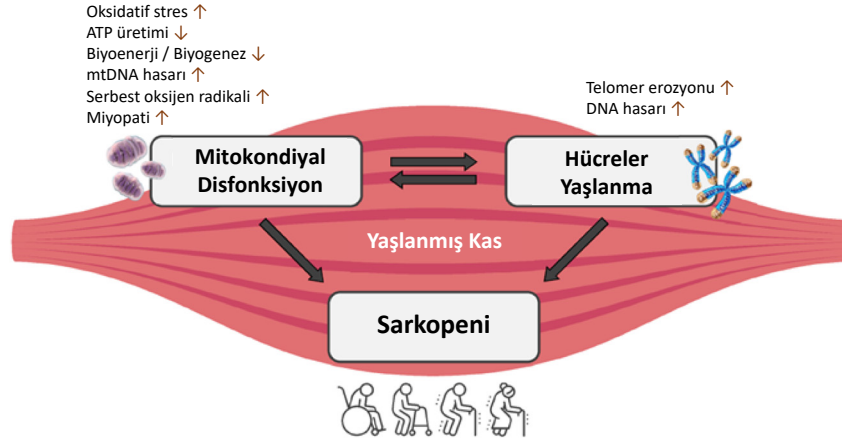
Bası yarası gelişimini önlemede aşağıdaki durumlara uyulmalıdır:

- ♦ En az 2 saatte bir pozisyon değişikliği yapılmalı ve basıncı azaltan yüzeyler kullanılmalı
- ♦ Yatak başı yükseltme 30°'den fazla olmamalıdır
- ♦ Havali yatak kullanımı önerilmelidir
- ♦ Nemi azaltmak için hasta alt bezi sık sık değiştirilmeli
- ♦ Enfeksiyon lehine bulgu varsa uygun antibiyoterapi order edilmeli
- ♦ Cildin temizliği sık sık ve tahriş etmeyecek şekilde yapılmalı
- ♦ Beslenmeye ve protein malnutrisyonuna dikkat edilmeli

Tedavinin **temel basamağı basıncı azaltmak** ve varsa nekrotik dokuları temizlemektir

- ♦ Evre 1 bası yarası genellikle spontan iyileşir → Temel önlemler yeterlidir
- ♦ Evre 2 bası yaralarında yarı geçirgen transparan örtüler kullanılır
- ♦ Evre 3 ve 4 bası yaralarında yarayı dolduran örtüler kullanılır ve nekroz debride edilir
- ♦ Yine evre 3 ve 4 bası yaralarında negatif basıncı sistemlerden de faydalanılır
- ♦ Anti-septik solüsyonlar **fibroblast inhibisyonu** yapıp yara gecikmesini geciktirir → Tercih edilmez
- ♦ Enfeksiyon düşünülen durumlarda geniş spektrumlu antibiyotik başlanır
- ♦ Eritematöz loka enfeksiyon halinde → Lokal antibiyotik → 2 hafta süreyle gümüş sülfasalazin

Yaşla birlikte kas volümünde progresif ve jeneralize kaybı ifade eder
Sarkopeni genellikle immobilité, yavaş yürüme, fiziksel dayanıklılıkta azalmayla birlikte gelir



Sarkopeni Tanı Kriterleri

- ✍ Kas gücünde azalma
- ✍ Kas kütlesinde azalma
- ✍ Fiziksel performansta azalma

1 kriter → Muhtemel tanı 2 kriter → Kesin sarkopeni 3 kriter → Ağır sarkopeni

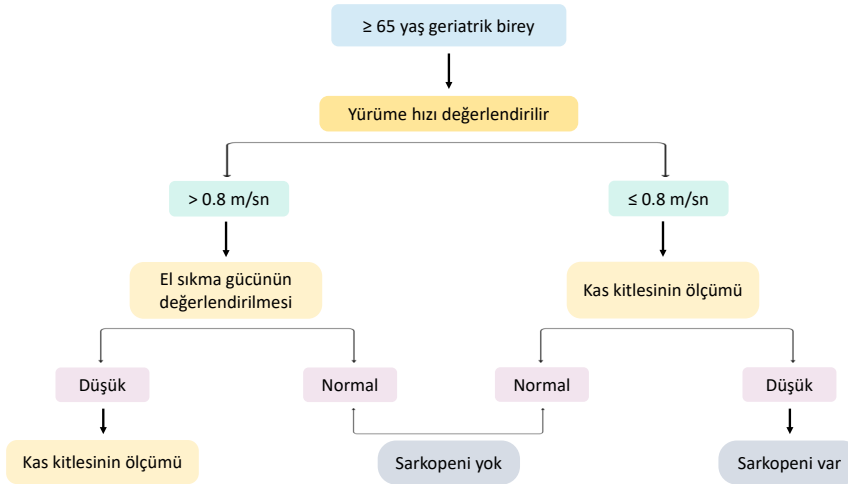
Sarkopeni **primer ve sekonder** olmak üzere 2 alt başlıkta incelenir:

Primer Sarkopeni

Yaşa bağlı gelişen sarkopeni Geriatrik yaş grubunda olmak dışında sebep yok

Sekonder Sarkopeni

Hastalık ilişkili	Organ yetmezliği, Malignensi, İnflamatuvar pato.
Aktivite ilişkili	Sedanter yaşam / İmmobilité
Nutrisyon ilişkili	Yetersiz protein alımı / Malnutrisyon / Anoreksi



Sarkopeni ön tanısında **öncelikle kas kütlesi** değerlendirilmelidir

- ◆ Bu amaçla BT / MR / DEXA kullanılabilir
- ◆ Biyoempedans analiz → Yağsız doku kitlesi ve yağın elektriksel geçirgenlik farkına dayanan yöntem
- ◆ Lomber 3. vertebranın BT'yle incelenmesi → Kas kitlesini anlamlı şekilde gösterir ve **prognozunu öngörür**
- ◆ Ultrasonografi → Quadriceps femoris kası incelenir

Sarkopeni tedavisinin en önemli basamağı **egzersiz ve fiziksel aktivite**dir

- ◆ Protein destek tedavisi → 1.2 / 1.3 g/kg/gün alım önerilir
- ◆ D vitamini ve ACE inhibitörü diğer tedavi seçenekleridir
- ◆ Eskiden verilen testosteron GH ve östrojen artık önerilmemekte

İstemsiz idrar kaçırmaya üriner inkontinans denir → Daima patolojiktir

Bazı durumlarda **inkontinans gelişme riski** belirgin şekilde artar

- ◆ Mesane kapasitesinde azalma
- ◆ Multiparite → Pelvik kaslarda gevşeme ve üretra basıncında azalma yaparak
- ◆ İdrarı istemli tutabilme yetisinde azalma
- ◆ Böbreğin konsatrasyon yetisinde azalma → Poliüri gelişmesine yol açar
- ◆ Benign prostat hiperplazisi → Rezidüel idrar hacminde artışa yol açarak

İnkontinansın sebepleri düzeltilebilir ve kalıcı olmak üzere 2 alt başlıkta incelenir

Düzeltililebilir Sebepler

D: Delirium
İ: Infection
A: Atrophic
P: Pharmacological
P: Psychological
E: Excess ürine output
R: Restricted mobility
S: Stool impaction

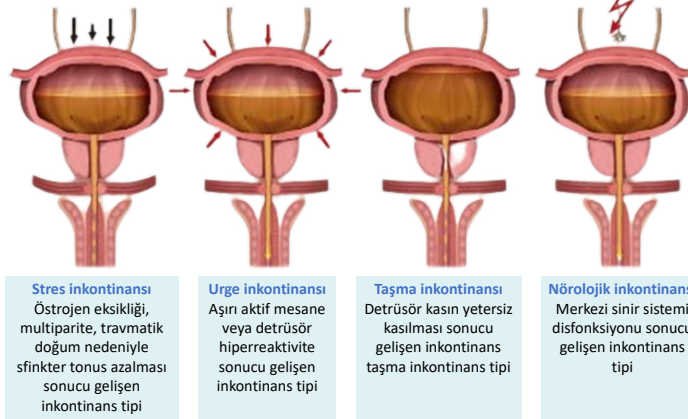
Kalıcı Sebepler

Urge (sıkışma) inkontinans
Stres inkontinans
Taşma inkontinans
Fonksiyonel inkontinans
Miks tip inkontinans

İnkontinans vakasında ilk aşamada istenmesi gereken testler:

- ◆ Detaylı öykü ve fizik muayene
- ◆ Tam idrar analizi ve idrar kültürü
- ◆ İşeme sonrası rezidü idrar tayini
- ◆ Spot idrarda elektrolit, protein/kreatinin oranı, glukoz bakılması
- ◆ Eşlik eden komorbid durumların sorgulanması
- ◆ İlaç sorgulaması (*diüretik kullanımı özellikle*)
- ◆ İşeme günlüğü oluşturulması (*ne zaman, ne kadar idrar çıkışı oluyor*)

Üriner inkontinans tanısında altın standart test **ürodinamik çalışmadır**



İnkontinans vakasında **her vakaya mutlaka şu 3 soruyu sormak** gerekir:

- 1 Son 3 ayda çok az miktarda dahi olsa idrar kaçırdınız mı?
- 2 İdrar kaçırmamanın öksürük, ağırlık kaldırma, öksürme, fiziksel aktiviteyle ilgisi var mı?
- 3 Sıkışma hissi olduğunda tualete yetişebiliyor musunuz?

Urge (sıkışma) İnkontinansı:

En sık görülen inkontinans tipi → Detrüsör hiperreaktivite (*aşırı aktif mesane*) sonucu gelişir
 Ani sıkışma hissini takiben yüksek volümlü idrar kaçırma ile karakterizedir
 Ani sıkışma hissi gece uyurken de olabilir → Noktüri görülen inkontinans tipi
 Tedavinin temelinde *mesane eğitimi* vardır
 İlk tercih edilmesi gereken ilaçlar *antikolinerjik ilaçlar*dır → Detrüsör kas inhibisyonu yapar
 Anti-kolinerjik ilaçları tolere edemeyen vakalarda beta 3 reseptör agonisti *mirabegron* verilir

Stres İnkontinansı:

Pelvik taban kaslarında ve sfinkter tonusunda azalma sonucu gelişir → Östrojen eksikliği / Travmatik doğum
 Karın için basınç artışı takiben idrar kaçırma olur
 Tedavisi esas yapılması gereken *cerrahidir* → Üreterovezikal bileşke eleve edilir
 Cerrahi dışı en efektif tedavi yöntemi pelvik taban egzersizleridir → *Kegel egzersizleri*

Taşma (Overflow) İnkontinansı:

En nadir görülen inkontinans tipidir
 Detrüsör kasta yetersiz kasılma sonucu mesanenin yeterli boşaltılamaması sonucu gelişir
 Mesane tam boşaltılamadığı için işeme sonrasında rezidü idrar kalır
 Damlama şeklinde idrar çıkışı olur → Detrüsör hipoaktivite söz konusudur
 Medikal tedavide verilebilecek 3 grup ilaç var:
 ① a-adrenerjik antagonistler → *Tamsulosin / Silodosin*
 ② 5-alfa redüktaz inhibitörleri → *Finasterid / Dutasterid*
 ③ Atonik vakalarda kolinerjik agonistler → *Betanekeol*
 Benign prosta hiperplazisine bağlı gelişen vakalarda TUR-P operasyonu uygulanır

Fonksiyonel İnkontinans:

Yapısal veya anatomik anormallik olmadan gelişen inkontinans tipidir
 Demans, deliryum gibi kognitif fonksiyonların bozulduğu durumlarda izlenir

Depresyon

Yaşlılarda en sık görülen psikiyatrik hastalık depresyondur
 Her yaş grubunda sosyalleşmeyi bozan, genel hayat kalitesini düşüren bir durumdur
 Geriatrik yaş grubunda depresyon taraması için *Yesavage Geriatrik Depresyon Skalası* kullanılır
 Hastalarda konsantrasyon kaybı, uyku bozukluğu, iştahsızlık, kilo kaybı temel kliniği oluşturur
 Ayırıcı tanıda yer alan en önemli klinik *demanstır*

Tedavi:**Selektif serotonin re-uptake inhibitörleri:**

Geriatrik yaş grubunda *depresyon varlığında ilk tercih ilaçlarıdır*
 Bu grupta fluoksetin, paroksetin, sitalopram, essitalopram, sertralin vardır
 Bu ilaçların ortak yan etkisi *uygunsuz ADH sendromudur*

Serotonin-noradrenalin re-uptake inhibitörleri:

SSRI'lara yanıt vermeyen vakalarda ikinci tercih ilaç SNRI grubu ilaçlardır
 Bu grupta *venlafaksin* ve *duloksetin* yer alır
 Hipertansiyonun eşlik ettiği depresyonda tercih edilmez → SNRI yan etkisi *hipertansiyon*

Mirtazapin / Trazodon:

Anti-depresan grubundan ilaçlardır
 İnsomnianın eşlik ettiği depresyon vakalarından iyi tercihtir

Trisiklik anti-depresanlar:

Bu grupta amitriptilin, nortriptili, imipramin vardır
 Geriatrik yaş grubunda *antikolinerjik yan etkilerden dolayı tercih edilmezler*

Akut gelişen, dikkat, yer-zaman-mekan ayrımında oryantasyon bozukluğuyla seyreden klinikdir
Dalgalanmalarla seyreder ve genellikle geçicidir
En sık yoğun bakım ünitelerinde gözlenir
Eşlik eden **demans** ve **kognitif bozukluklar** deliryum riskini en fazla artıran durumlardır

Deliryum patogenezinde 5 önemli durum vardır:

- 1 Asetilkolin azalmıştır
- 2 Dopamin artmıştır
- 3 İnflamatuvar sitokinler artmıştır
- 4 Hipotalamo-hipofizer-adrenal aks aktivasyonu artmıştır
- 5 Kan-beyin bariyerinde geçirgenlik artmıştır

Deliryum etiyojisi presipite ve predispozan edici faktörler olarak incelenir:

Predispozan faktörler

İleri yaş
Çoklu ilaç kullanımı
Kardiyak hastalıklar
Dehidratasyon
Görme-işitme sorunları
Organ yetmezliği
Erkek cinsiyet
Malnutrisyon /Hipoalbuminemi
Santral sinir sistemi hastalığı
Asosyal yaşam tarzına sahip olmak
Demans / Kognitif bozukluklar

Presipitan faktörler

Enfeksiyonlar / Ateş / Hipotermi
Elektrolit imbalansı
Hipotansiyon
Hipoksi
Konstipasyon
Uyku problemleri
Uzun süreli yatış
İlaç kullanımı
Üriner kateterizasyon / retansiyon
Cerrahi geçirmiş olmak
Fiziksel kısıtlanmış olmak

Deliryum **hiperaktif / hipoaktif / miks tip** olmak üzere 3 alt başlıkta incelenir:

Hiperaktif tip:

- ♦ Ajitasyon, halüsinasyonlar, uyuma problemleri ön plandadır
- ♦ Hekim tarafından kolay tanı konur
- ♦ En sık sebebiantikolinerjik çekilme sendromu ve ilaç intoksikasyonlarıdır

Hipoaktif tip:

- ♦ Psimotor yavaşlama görülür ve bu tipt hastalar genellikle çok fazla uyurlar
- ♦ Tanısı zor konulabildiğinden prognozu diğer tiplere göre daha kötüdür
- ♦ Hastalar genelde immobil oldukları için baskı yaraları gelişme riski artmıştır

Mikst tip:

- ♦ Hiperaktif ve hipoaktif tip özelliklerini birlikte gösterir ➡ En sık tiptir

Ayırıcı tanıda yer alan en önemli hastalık demans ve depresyondur ➡ Özellikle hipoaktif deliryum sık karışır

Özellikler	Deliryum	Depresyon	Demans
Başlangıç	Akut	Yavaş başlangıçlı	Kronik / Sinsi başlangıçlı
Seyir	Dalgalı	Kronik / Alevlenmelerle	İlerleyici
Süre	Günler (nadiren haftalar)	Haftalar hatta aylar	Yıllarca devam eder
Dikkat	Bozulmuş	Bozuk	Bozulmuş
Bilinç	Bozulmuş	Normal / Algılama bozuk	Bozulmuş
Halüsinasyon	Görülür	Gözlenmez	Nadiren
İyileşme	Genellikle reversible	Genellikle reversible	Genellikle irreversible

Deliryum tedavisinde ilk yapılması gereken altta yatan nedeni düzeltmektir

Medikal tedavide ilk tercih edilecek ilaç **haloperidol**'dür

- ♦ Oral / intravenöz / intramuskuler formları vardır
- ♦ QT uzaması yapabileceği için mümkün vertebe intravenöz verilmemeli

Parkinson hastasında gelişen deliryumda **ketiapin**, **risperidon**, **olanzapin** gibi atipik antipsikotiler verilebilir
Alkole veya ilaç çekilme sendromuna bağlı gelişen deliryumda benzodiazepinler verilebilir

Hafıza, dikkat, algılama, öğrenme ve günlük yaşam aktivitelerinden en az birinin bozulması → Demans
Demans tanısı öncesinde mutlaka **reversible sebepler dışlanmalı** ve **nöroradyolojik görüntüleme** yapılmalı
En sık tercih edilen görüntüleme şekli kranial MR'dır

MR'da hipokampüste hacimsel azalma ve temporal bölgede atrofi gözlenir
Demans primer ve sekonder olmak üzere 2 alt başlıkta incelenir:

Primer (Dejeneratif)	Sekonder
Alzheimer hastalığı	Multi-enfarkt demans
Lewy cisimcikli demans	Normal basınçlı hidrosetali
Frontotemporal demans	B12 eksikliği
Parkinson hastalığı	Wernicke-Korsakoff hastalığı
Gaucher / Nieman Pick hastalığı	Vaskülitler
Huntington hastalığı	Multiple skleroz
Wilson hastalığı	Whipple hastalığı / Enfeksiyonlar

Alzheimer Hastalığı:

Demansın **en sık sebebidir** → Kesin olarak riski artırdığı bilinen faktörler:

- ♦ İleri yaş
- ♦ Aile öyküsü
- ♦ Amiloid prekürsör protein (*erken başlangıçlı*)
- ♦ Presenilin 1 ve 2 (*erken başlangıçlı*)
- ♦ Down sendromu
- ♦ APO E₄ ilişkili demans (*geç başlangıçlı*)

Kesin tanı biyopsiyle konur → En önemli gösterge senil plaklar ve nörofibriller yumaklar görmektir

- ♦ Senil plaklar → Amiloid b proteini
- ♦ Nörofibriller yumaklar → Tau proteini içerir

Demans düşünülen bir hastada ilk yapılması gereken **mini mental test**dir

Tedavide 2 temel ilaç grubu vardır:

1 NMDA Antagonisti:

Bu grubun yegane ilacı memantin'dir
Glutamat aracı eksitator nöronları inhibe ederek etki gösterir
Tek başına ya da anti-kolinesterazlarda kombine verilebilir

2 Anti-kolinesteraz inhibitörleri:

Bu grupta galantamin, rivostigmin ve donepezil yer alır
Asetilkolinin yıkımını azaltan ilaçlardır
En sık yan etkileri ishal ve bulantı-kusmadır

Vasküler Demans:

Demansın **AH'dan sonra en sık ikinci sebebidir**
Hastaların öyküsünde genellikle SVO gibi geçirilmiş nörolojik durum vardır
Vasküler demans ani başlar ve sonrada stabilleşmesiyle diğerlerinden ayrılır

Lewy cisimcikli demans:

Parkinson bulgularıyla karakterize demans durumudur
Görsel halusinasyonlar ön planda izlenir
Nöroleptik ajanlara aşırı duyarlılık görülür
Biyopside Lewy cisimcikleri tanı koydurucu bulgudur

Frontotemporal Demans:

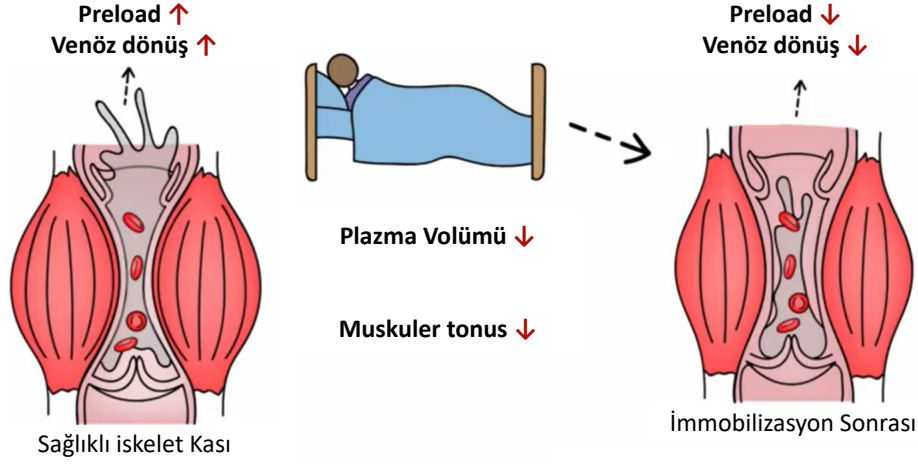
Genç yaşta başlayan demansla karakterizedir
MR'da frontotemporal bölgede atrofi ön plandadır

Normal Basınçlı Hidrosetali:

Tipik triad → Demans + Üriner inkontinans + Yürüme bozukluğudur
MR'da kortikal atrofi olmadan ventrikül genişlemesi görülür

Yatar pozisyonundan oturur pozisyona geçildiğinde ya da ayağa kalkıldığında

- ♦ Sistolik kan basıncının en az 20 mmHg
- ♦ Diyastolik kan basıncının en az 10 mmHg düşmesine ortostatik hipotansiyon denir



Risk faktörleri:

- ♦ İleri yaş
- ♦ Baroreseptör duyarlılığında azalma
- ♦ Otonom yetersizlik sendromu (Diyabetik nöropati / Amiloid nöropati)
- ♦ Diüretik / Periferik vazodilatör / Anti-aritmik / Anti-hipertansif kullanımı

Bazı durumlar ortostatik hipotansiyon gelişmesini presipite eder

- ♦ Aşırı yemek yemek
- ♦ Sıcak hava, sıcak suyla duş almak
- ♦ Hiperventilasyon
- ♦ Dehidratasyon
- ♦ Uzun süre yatar pozisyonda kalmak
- ♦ Ayakta uzun süre hareketsiz kalmak
- ♦ İkinmek
- ♦ İzometrik egzersiz
- ♦ Alkol alımı

Ortostatik hipotansiyon tedavisinde verilebilecek 5 kalem ilaç vardır:

- 1 Fludrokortizon
- 2 Eritropoetin
- 3 Mitodrin
- 4 Kafein
- 5 Desmopressin

Senkop

Kısa süreli, spontan düzelmeye geçici bilinç kaybı olarak tanımlanır

Geriatride senkop konusundan nedenleri sorgulanır:

Refleks Sendromlar

Karotis sinüs sendromu
Vazovagal senkop
Öksürük / Hapşırık
Post-miksiyon
Glossofarengeal nevralji
Akut kanama
Ağrı / Anksiyete
Post-egzersiz

Kardiyak sebepler

Kardiyak aritmiler
Kalp kapak hastalıkları
Perikard tamponadı
Aort diseksiyonu
Atriyal miksoma
Mitral darlık
Pulmoner emboli
Pulmoner hipertansiyon

Ortostatik hipo. bağlı

Yaşlanma
İlaç kullanımı
Dehidratasyon
Diyabetik nöropati
Amiloid nöropati

Geriatric yaş grubunda düşme mortalite ve morbidite riskini artıran tatsız bir durumdur
Düşmeden korunmak demek **risk faktörleri**nden kaçınmak demektir ➔ Risk faktörleri şunlardır:

- ◆ İleri yaş
- ◆ Kadın cinsiyet
- ◆ D vitamin eksikliği
- ◆ Senkop / Ortostatik hipotansiyon
- ◆ Görme ve duyma problemleri
- ◆ Vertigo gibi denge problemlerinin varlığı
- ◆ Polifarmasi
- ◆ Uygunsuz giyim
- ◆ Yalnızlık / Uygunsuz şartlarda yaşamak
- ◆ Yürüme bozuklukları
- ◆ Kronik hastalıklara bağlı sensorimotor bozukluklar
- ◆ Aritmi / Kalp kapak hastalıkları
- ◆ Eşlik eden parkinson, depresyon, inme, inkonsitnans varlığı



Düşme değerlendirilmesinde yapılması gereken test **kalk ve yürü testi**dir

Tedavinin temeli **risk faktörlerini ortadan kaldırmaktır**