EUGMS
European Union Geriatric Medicine Society
Fostering geriatric medicine across Europe

AKADEMİK GERİATRİ DERNEĞİ

INTERNATIONAL ASSOCIATION OF GERONTOLOGY AND GERIATRICS
Founded 1950

11. AKADEMİK GERİATRİ KONGRESİ

19 – 23 Nisan 2018

Bildiri Kitabı

Calista Kongre Merkezi
Antalya

AKADEMİK GERİATRİ DERNEĞİ

BİLİMSEL SEKRETERYA
Dr. Meltem Gülhan Halil
E-mail: meltemhalil@yahoo.com

Dr. Gülistan Bahat Öztürk
E-mail: gbahatozturk@yahoo.com

Dr. Aslı Tufan
E-mail: aslitufan@yahoo.com

Dr. Berrin Karadağ
E-mail: bekaradag@yahoo.com

SERENAS

ORGANİZASYON SEKRETERYASI
Serenas Uluslararası Turizm Kongre Organizasyon A.Ş.
Turan Güneş Bulvarı 5. Cadde No:13 06550 Yıldız
Çankaya – Ankara / Türkiye
Tel : 0 312 440 50 11
Fax : 0 312 441 45 62
E-mail : akademikgeriatri@serenas.com.tr

İÇİNDEKİLER

DAVET 4

KURULLAR 5

BİLİMSEL PROGRAM 7

- *19 Nisan 2018 – Perşembe* *7*
- *20 Nisan 2018 – Cuma* *8*
- *21 Nisan 2018 – Cumartesi* *9*
- *22 Nisan 2018 Pazar* *10*

SÖZEL BİLDİRİ LİSTESİ 11

KONUŞMACI ÖZETLERİ 21

SÖZEL BİLDİRİLER 77

POSTER BİLDİRİLER 135

YAZAR DİZİNİ 165

DAVET

Değerli Meslektaşlarım,

Akademik Geriatri Derneği tarafından her yıl düzenli olarak yapılan Akademik Geriatri Kongresi'nin on birincisi 19 – 23 Nisan 2018 tarihlerinde Calista Otel, Belek / Antalya'da gerçekleştirilecektir.

Ülkemizde yaşlı nüfus 2016 verilerine göre %8,3'dür ve en yaşlı grup en hızlı olarak artmaktadır. Giderek artan yaşlı nüfus ve yaşlı hastayla daha fazla karşılaşmanın doğal bir sonucu olarak Geriatri ve yaşlı sağlığı hizmetleri her basamakta tüm branşlarda çalışan hekim ve tüm sağlık çalışanları için giderek daha fazla merakla takip edilen bir konu olmaktadır.

Kongremizde, yaşlı hasta ile sık karşılaşan hekim ve sağlık ekibinin yaşlı hastanın özellikleri ve hastalıkları hakkında bilgi sahibi olması, koruyucu önlemler ve tedavi yaklaşımlarının belirlenmesi açısından önemli olacak ve ilgi çekecek konular ve yaşlı sağlığı konusundaki yeni gelişmeler gözden geçirilecektir.

Önceki yıllarda olduğu gibi demans, depresyon, deliryum, inkontinans, bası yaraları, malnütrisyon, sarkopeni, polifarmasi, düşmeler, osteoporoz, kırılganlık, antiaging gibi Geriatri biliminin temel konuları kongre programımızda yer alacak ve bu konularla ilgili kurslar ve yuvarlak masa toplantıları düzenlenecektir. Diabet, hipertansiyon, hiperlipidemi, atrial fibrilasyon, Parkinson hastalığı, osteoartrit, ağrı, enfeksiyonlar gibi yaşlıda sık görülen hastalıklara güncel yaklaşımlar, klinik ve laboratuvar güncellemeleri, geleneksel ve alternatif tıp uygulamaları konferanslarda ve uydu sempozyumlarda tartışılacaktır. Birinci basamakta, huzurevi ve bakımevinde çalışanlarının sık karşılaştığı problemler yine bu kongremizin de temel konuları arasında olacaktır.

Her yıl olduğu gibi, titizlikle hazırlamış olduğunuz klinik çalışmalar ve klinik pratiğiniz sırasında karşılaştıklarınız ilginç öğretici vakalarınız arasından özenle seçilecek olan sözlü ve poster bildirilerinizin kongremizin bilimsel içeriğine katkısı büyük olacaktır. Bu yılda bu konuda desteklerinizi ve bildirilerinizi beklemekteyiz.

Multidisipliner ve interdisipliner çalışma anlayışımıza paralel olarak farklı disiplinlerden konuşmacılar ve konularla, yaşlı sağlığına kapsamlı bir bakış sunulacaktır. Yaşlı sağlığı ile ilgilenen başta geriatristler olmak üzere, iç hastalıkları uzmanları, aile hekimleri ve uzmanları, nöroloji uzmanları, psikiyatri uzmanları, fizik tedavi uzmanları, hemşire, fizyoterapist, ergoterapist, diyetisyen ve sosyal hizmet uzmanları ile huzurevi ve bakım evi, palyatif bakım merkezi çalışanları ve yöneticilerinin kongremize katılımlarının kendileri için faydalı olacağını düşünüyoruz.

Organizasyon komitesi olarak siz değerli katılımcılarımıza kaliteli bir bilimsel program sunmanın yanında keyifli bir birliktelik sunma arzusundayız. Hepinizi kongremizde aramızda görmekten mutluluk duyacağız

Saygılarımla,

Prof. Dr. Teslime ATLI

KURULLAR

DÜZENLEME KURULU

Ülev Deniz Suna Erdinçler
Teslime Atlı
Meltem Gülhan Halil
Cemal Kızılarslanoğlu
Mehmet Akif Karan
Mustafa Cankurtaran
Fulden Saraç
Gülistan Bahat Öztürk
Zeynel Abidin Öztürk
Berrin Karadağ
Aslı Tufan Çinçin

BİLİMSEL KURUL

Dr. Fehmi Akçiçek
Dr. Sibel Akın
Dr. Sevgi Aras
Dr. Volkan Atmış
Dr. Burcu Balam Yavuz
Dr. Tanju Beğer
Dr. Ergün Bozoğlu
Dr. Mustafa Cankurtaran
Dr. Erkan Çoban
Dr. Aslı Çurgunlu
Dr. Hüseyin Doruk
Dr. Alper Döventaş
Dr. Özlem Karaarslan Cengiz
Dr. Berrin Karadağ
Dr. Yalçın Kepekçi
Dr. İlkin Naharcı
Dr. Selim Nalbant
Dr. Hilal Özkaya
Dr. Bülent Saka
Dr. Fulden Saraç
Dr. Sumru Savaş
Dr. Sevnaz Şahin
Dr. İlker Taşçı
Dr. Ender Terzioğlu
Dr. Pınar Tosun Taşar
Dr. Pemra Ünalan
Dr. Ahmet Yalçın
Dr. Hakan Yavuzer
Dr. Mehmet Yürüyen
Dr. Vildan Kandemir

ÖDÜL DEĞERLENDİRME KOMİTESİ

Ülev Deniz Suna Erdinçler
Mehmet Akif Karan
Aslı Çurgunlu
Ergün Bozoğlu
Gülistan Bahat Öztürk
İlker Taşçı
Burcu Balam Yavuz
Sevgi Aras
Dilek Aydın
Zeynel Abidin Öztürk
Aslı Tufan
M. Cemal Kızılarslanoğlu

BİLİMSEL PROGRAM

19 NİSAN 2018 – PERŞEMBE

Saat	Salon A	Salon B
	Akademik Geriatri Derneği ve KEPAN Derneği iş birliği ile Klinik Nütrisyon Kursu ***Koordinatörler:*** *Meltem Gülhan Halil, Bülent Saka, Gülistan Bahat Öztürk, Ergün Bozoğlu*	**Geriatrik Nöropsikiyatri** ***Koordinatörler:*** *Işın Baral Kulaksızoğlu, Burcu Balam Yavuz, Sevgi Aras*
13.30-14.45	**Panel 1:** ***Oturum Başkanları:*** *Deniz Suna Erdinçler, Ergün Bozoğlu* Yaşlıda Malnutrisyonu Nasıl Tanıyalım? *Ergün Bozoğlu* Sarkopeni *Zeynel Abidin Öztürk* Oral Enteral Beslenme Destek Ürünleri *Cemal Kızıarslanoğlu*	**Panel 1:** Alzheimer Hastalığına Yakından Bakış ***Oturum Başkanı:*** *Işın Baral Kulaksızoğlu* Yeni Evrelemeler Neler Getiriyor? *Burcu Balam Yavuz* Biobelirteçler *Başar Bilgiç* Davranış Belirtileri ve Psikotrop Kullanımı *Evrim Göde*
14.45-15.00	**ARA**	
15.00-16.15	**Panel 2:** ***Oturum Başkanları:*** *Bülent Saka, Gülistan Bahat Öztürk* Enteral Beslenmede Temel İlkeler *Berrin Karadağ* Kronik Hastalarda ve Kanserde Nutrisyonel Tedavi *Meltem Gülhan Halil* Evde Enteral Beslenme Takibi ve KomplikasyonlarınYönetimi *Bülent Saka*	**Panel 2:** Akut Konfüzyonel Durum ***Oturum Başkanı:*** *Ergün Bozoğlu* Tanı ve Tanı Araçları *Mustafa Kemal Kılıç* Riskli Bireylerin Tanınması ve Tedbirler *Sevgi Aras* Tedavide Yeni Yaklaşımlar *Ahmet Yalçın*
16.15-16.30	**ARA**	
16.30-17.45	**Panel 3:** ***Oturum Başkanları:*** *Meltem Gülhan Halil, Ergün Bozoğlu* Pratik Uygulamalar *Kezban Akçay* *Burcu Kelleci*	**Panel 3:** Fiziksel Hastalik Gibi Görünen Psikiyatrik Sendromlar ***Oturum Başkanı:*** *Işın Baral Kulaksızoğlu* Dispne ve Psikiyatrik Sendromlar *Işın Baral Kulaksızoğlu* Ağrı ve Psikiyatrik Nedenleri *Evrim Göde* İleri Evre Kanser Hastalarında Psikiyatrik Yaklaşım *Berker Duman*
17.45-18.00	**ARA**	
18.00-19.00	**UYDU SEMPOZYUMU** Yeni Nesil Bazal İnsülin Toujeo ***Konuşmacı:*** *Zeynep Oşar Siva* SANOFI	
19.00-19.45	**AÇILIŞ TÖRENİ**	

BİLİMSEL PROGRAM

20 NİSAN 2018 – CUMA

Saat	SALON A	SALON B	SALON C Bakım Kursu
08.30-09.45	**Panel:** Demansta Az Bilinenler ***Oturum Başkanları:*** *Mehmet Akif Karan, Teslime Atlı* **Serebral Amiloid Anjiyopati** *Mahmut Edip Gürol* **NöroDejeneratif Hastalıklarda Görüntüleme: Bugün ve Gelecekte** *Başar Bilgiç*		**Malnütrisyon** ***Oturum Başkanı:*** *Mutlu Doğanay* **Malnütrisyonu Nasıl Tanıyalım?** *Sevan Çetin* **Nütrisyon Tedavisinin Planlanması** *Cemal Kızılaslanoğlu* **Sık Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri** *Cafer Balcı*
09:45-10:10	**ARA**		
10.10-11.10	**Panel:** Yaşlıda Parenteral Nütrisyon ***Oturum Başkanları:*** *Kubilay Demiraǧ, Osman Abbasoğlu* **Parenteral Nütrisyonda Genel İlkeler** *Mutlu Doğanay* **Tamamlayıcı Parenteral Nutrisyon** *Osman Abbasoğlu* **Parental Nütrisyonda Erişim Yolları** *Fatma Tamer*	**Panel:** Koruyucu Hekimlik ***Oturum Başkanları:*** *Selim Nalbant, Hüseyin Doruk* **Kanserde Erken Tanı** *Saadettin Kılıçkap* **Yaşlıda Aşılama** *Esin Şenol*	**Sık Karşılaşılan Sorunlar 1** ***Oturum Başkanı:*** *Burcu Balam Yavuz* **Depresyon/Uyku bozukluğu** *Güneş Arık* **Davranış Bozuklukları** *Sibel Akın*
11.10-11.30	**ARA**		
11.30-12.30	**UYDU SEMPOZYUMU – NUTRICIA** **How to Treat Presure Ulcers Faster in Older Patients? Use the Power of Nutrition!** **Konuşmacı: Emanuele Cereda**		
12.30-13.30	**ÖĞLE YEMEĞİ**		
13.30-14.30	**Panel:** Düşme Oturumu ***Oturum Başkanları:*** *Ülev Deniz Suna Erdinçler, Ayşe Karan* **Nörolojik Hastalıklarda Düşme** *Figen Güney* **Osteoartrit ve Düşme** *Bekir Durmuş* **Düşme ve Egzersiz** *Nilay Şahin*	**Panel:** Her Yaşta Kalp Önemli ***Oturum Başkanları:*** *Tanju Beğer, Kenan Keven* **Kalp Yetersizliği** *Sevgi Aras* **Sık Rastlanan Aritmiler** *Dursun Aras*	**Bası Yarası** ***Oturum Başkanı:*** *Berrin Karadağ* **Risk Fktörleri ve Korunma** *Ahmet Öztürk* **Vakalarla Tedavi Yaklaşımları** *Hasan Öztin*
14.30-15.30	**UYDU SEMPOZYUMU** **Osteoporoz Tedavisinde Teriparatid** ***Moderatör:*** *Mustafa Cankurtaran* ***Konuşmacı:*** *Gülistan Bahat Öztürk*		
15.30-16.00	**ARA**		
16.00-17.00	**Panel:** Yaşlıda Bağırsak Mikrobiyotasının Önemi ***Oturum Başkanları:*** *Kerim Güler, Tufan Tükek* **Yaşlıda Disbiozis Sebepleri ve Uzun Ömür – Bağırsak Mikrobiyotası İlişkisi** *Bülent Saka* **Yeni Nesil Dizileme Yöntemi ile Bağırsak Mikrobiyotası Tayini** *Dilek Sever* **Fekal Transplantasyon ve Uygulama Alanları** *Ahmet Uygun*	**Panel:** Yaşlıda Direk Grafilerin Yorumlanması ***Oturum Başkanları:*** *Murat Varlı, Ergün Bozoğlu* **Akciğer Grafisi** *Macit Arıyürek* **Kemik ve Eklem Grafisi** *Bayram Kaymak*	**Sık Karşılaşılan Sorunlar 2** **İnkontinans/Kabızlık/Fekalit** *Hacer Doğan Varan* **İştahsızlık/Bulantı/Kusma** *Emine Sumru Savaş*
17.00-18.00	**Konferans:** Akademik Çalışma Planlama ***Oturum Başkanları:*** *Mahmut Edip Gürol, Meltem Gülhan Halil* **Arge Proje Yayın** *Özcan Erel*	**Panel:** Anti Ageing 2 ***Oturum Başkanları:*** *Berrin Karadağ, Sibel Akın* **Yaşlıda Kognitif ve Psikolojik Hazırlanma** *Sibel Çakır* **Telomer – Telomeraz** *Nedime Serakıncı*	

BİLİMSEL PROGRAM

21 NİSAN 2018 – CUMARTESİ

Saat	SALON A	SALON B	SALON C
08.30-09.45	**Panel:** Parkinson Hastalığı ***Oturum Başkanları:*** *Cenk Akbostancı, Sevgi Aras* **Parkinson Hastalığı Tanısı** *Gülay Kenangil* **Parkinson Hastalığının Tedavisi** *Cenk Akbostancı*	**Panel:** Diyabet ***Oturum Başkanları:*** *Fulden Saraç, Cemal Kızılarslanoğlu* **Farklı Diyabet Klavuzlarında Yaşlı** *Fulden Saraç* **Diyabet Yönetimi** *İlker Taşcı* **Medikal Tedavide Yenilikler** *Özgür Demir*	**Sık Karşılaşılan Sorunlar 3** ***Oturum Başkanı:*** *Murat Varlı* **Dispne** *Mehmet Yürüyen* **Ağrı** *Birkan İlhan* **Polifarmasi** *Umut Safer*
09.45-10.10	**ARA**		
10.10-11.10	**Panel:** Risk Faktörleri Yönetimi *Oturum Başkanları: Mustafa Cankurtaran, Mehmet İlkin Naharcı* **Yaşlıda Hipertansiyon Tedavisi** *Mustafa Arıcı* **Vasküler Demansta Korunma ve Tedavi** *Mahmut Edip Gürol*	**Panel:** Yaşlıda Sık Görülen Enfeksiyonlar ***Oturum Başkanları:*** *Burcu Balam Yavuz, Zeynel Abidin Öztürk* **Toplum Kökenli Pnömoni** *Ali Mert* **İdrar Yolu Enfeksiyonu** *Çağkan İnkaya* **Grip** *Fatma Nurhayat Bayazıt*	**Kronik Hastalıkların Yönetimi** ***Oturum Başkanı:*** *Sevgi Aras* **Kan Basıncı** *Ahmet Yalçın* **Kan Şekeri** *Aslı Tufan*
11.10-11.30	**ARA**		
11.30-12.30	**UYDU SEMPOZYUMU** **Diyabetik Hastada Malnütrisyon ve Sarkopenik Obezite** ***Konuşmacı:*** *Bülent Saka*		FRESENIUS KABI caring for life
12.30-13.30	**ÖĞLE YEMEĞİ**		
13.30-14.30	**Panel:** Geriatri Pratiğini Değiştiren Son Gelişmeler ***Oturum Başkanları:*** *Teslime Atlı, Alper Döventaş, Meltem Gülhan Halil, Gülistan Bahat Öztürk*		**Sıvı Eletrolit Bozuklukları** ***Oturum Başkanları:*** *İlkin Naharcı, Volkan Atmış, Özgür Kara*
14.30-15.30	**UYDU SEMPOZYUMU** ***Sarkopeni Ölçüm Yöntemleri*** ***Konuşmacı:*** *Carlo Prado* **Kılavuzlarda HMB** ***Konuşmacı:*** *Meltem Gülhan Halil*		Abbott
15.30-16.00	**ARA**		
16.00-17.00	**Panel:** İnterdisipliner Geriatrik Değerlendirme ***Oturum Başkanları:*** *Alper Döventaş, Ahmet Yalçın, Dilek Aydın* **Hemşire Gözüyle** *İmatullah Akyar* **Fizyoterapist** *Nuray Kırdı* **Ergoterapist** *Hülya Kayıhan* **Diyetisyen** *Evrim Güngör*	**Konferans:** LPZ ***Oturum Başkanı ve Konuşmacı:****Bülent Saka*	**Pratik Uygulamalar 1** ***Eğitmen:*** *İmatullah Akyar* **Pozisyon Verme** **Yara Bakımı**
17.00-17.15	**ARA**		
17.15- 18.15	**YUVARLAK MASA TOPLANTILARI**		

BİLİMSEL PROGRAM

22 NİSAN 2018 PAZAR

Saat	SALON A	SALON B	SALON C
08.30-09.45	**Panel:** Alzheimer ***Oturum Başkanları:*** *Işın Baral Kulaksızoğlu, Mustafa Cankurtaran* **Alzheimer Hastalığında Klinik Gidiş ve Seyir** *Işın Baral Kulaksızoğlu* **Alzheimer Hastalağından Korunma Mümkün Mü?** *Burcu Balam Yavuz* **Tedavide Neredeyiz ve Ne Umuyoruz?** *Barış Topçular*	**Panel:** Yaşlıda Romatolojik Sorunlar ***Oturum Başkanları:*** *Murat Turgay, Berna Göker* **Osteoartrit** *Berna Göker* **Temporal Arterit** *Berivan Bitik* **Romatoit Artrit** *Mehmet Engin Tezcan*	**Pratik Uygulamalar 2** ***Eğitmenler:*** *Nilgün Doğancı, Kezban Akçay* **Kateter Bakımı** **PEG Bakımı**
09.45-10.10	**ARA**		
10.10-11.10	**Panel:** Osteoporoz Pratiğinde Sorular ve Cevaplar ***Moderatörler:*** *Mehmet Akif Karan, Gülistan Bahat Öztürk* **Tanı, Tedavi, Takip** *Dilek Gogas Yavuz* *Savaş Öztürk*	**Panel:** Yaşlıda Cinsellik ***Oturum Başkanları:*** *Hüseyin Doruk, Özgür Kara* **Kadında Cinsellik** *Funda Güngör Uğurlucan* **Erkekte Cinsellik** *Ateş Kadıoğlu*	**Pratik Uygulamalar 3** ***Eğitmenler:*** *Kezban Akçay, Burcu Kelleci* **Feeding Tüp Takma** *Tüpten İlaç Verme*
11.10-11.30	**ARA**		
11.30-12.30	**UYDU SEMPOZYUMU** **Geriatrik ve Çoklu ilaç Kullanan Hastalarda Miyoleraksan Kullanımı, Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar ve Sirdalud'un Tedavi Protokolündeki Yeri** ***Konuşmacılar:*** *Alp Çetin ve Meltem Gülhan* SANDOZ A Novartis Division		
12.30-13.30	**ÖĞLE YEMEĞİ**		
13.30-14.45	**Panel:** Göğüs Hastalıkları ***Oturum Başkanları:*** *Mustafa Cankurtaran, Alper Döventaş* **Yaşlıda Koah Tedavisi** *Sevinç Ulaşlı* **Pulmoner Emboli** *Arzu Ertürk*	**Panel:** Gastroenteroloji ***Oturum Başkanları:*** *Ergün Bozoğlu, Zeynel Abidin Öztürk* **Yaşlılarda Konstipasyona Yaklaşım** *Tolga Buğra Konduk* **Yaşlanan Pankreas** *Abdullah Emre Yıldırım*	
14.45-15.00	**ARA**		
15.00-17.00	**KAPANIŞ VE ÖDÜL TÖRENİ**		

SÖZEL BİLDİRİ LİSTESİ

ÜROLOJİK PROBLEMLER

SS-001

ORTA-AĞIR KOMORBİDİTEYE SAHİP GERİATRİK HASTALARDA LOKAL ANESTEZİ İLE ÜRETRAL DARLIK TEDAVİSİ

İbrahim Buldu

HEMATOLOJİK VE ONKOLOJİK HASTALIKLAR

SS-002

KARACİĞER BİYOPSİ SONUÇLARIMIZ

Zeynep Tuğba Ozan, Serdar Yanık

NÖROLOJİK HASTALIKLAR

SS-003

İNME HASTALARININ MALNÜTRİSYON YÖNÜNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yusuf İnanç

FİZİKSEL AKTİVİTE

SS-004

YAŞLILARDA CİNSİYETE GÖRE FİZİKSEL AKTİVİTEYE KATILIM VE KAYGI DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Mustafa Said Erzeybek, Fatih Kaya, Oğuzhan Yüksel, Aydın Şentürk, Cezmi Yılmaz

HEMATOLOJİK VE ONKOLOJİK HASTALIKLAR

SS-005

GERİATRİK MEME KANSERİ HASTALARINDAKİ TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

Murat Sarı, Süleyman Bademler, Hasan Karanlık, Pınar Saip

ÜROLOJİK PROBLEMLER

SS-006

AŞIRI AKTİF MESANE SENDROMU YAKINMALARI NEDENİYLE ÜRODİNAMİK İNCELEME YAPILAN GERİATRİK HASTALARIN ÖZELLİKLERİ

İbrahim Buldu

ÜROLOJİK PROBLEMLER

SS-008

GERİATRİK HASTADA STRES ÜRİNER İNKONTİNANSA MİNİMAL İNVAZİV YAKLAŞIM: MESANE BOYNU ENJEKSİYONU

Ayse Veyhurda Dikmen

KAS-İSKELET SİSTEMİ HASTALIKLARI

SS-009

ROMATOİD ARTRİTLİ YAŞLI HASTALARDA UYKU KALİTESİ GÖZARDI EDİLMEMELİ

Olgun Deniz, Hasan Satış, Çağatay Çavuşoğlu, Reyhan Bilici Salman, Özkan Varan, Nuh Ataş, Süheyla Çöteli, Rana Tuna Doğrul, Hakan Babaoğlu, Ali Öncül, Hacer Doğan Varan, Muhammet Cemal Kızılarslanoğlu, Abdurrahman Tufan, Berna Göker

KARDİYOVASKÜLER SİSTEM HASTALIKLARI

SS-010

ARİTMOJENİK BİR RİSK FAKTÖRÜ OLARAK QT DİSPERSİYONU VE MASKELİ HİPERTANSİYON İLİŞKİSİ

Mert Eşme, Cafer Balcı, Serkan Asil, Bünyamin Yavuz, Rana Tuna Doğrul, Fatih Sümer, Mustafa Kemal Kılıç, Muhammed Cemal Kızılarslanoğlu, Hacer Varan, Meltem Halil, Mustafa Cankurtaran, Burcu Balam Yavuz

ÜROLOJİK PROBLEMLER

SS-011

PREMATÜR EJAKÜLASYON TAKİBİNDE ESKİ AMA GÜVENİLİR BİR KRİTER: İVEZ'İN UYGULANABİLİRLİĞİ

Ayse Veyhurda Dikmen

SÖZEL BİLDİRİ LİSTESİ

DEMANS-DEPRESYON-DELİRYUM

SS-012

HOMONİM HEMİANOPSİ İLE İZLENEN VİZÜEL VARYANT ALZHEİMER HASTALIĞI

Mert Eşme, Cafer Balcı, Pelin Ünsal, Hatice Çalışkan, Cemile Özsürekçi, Gözde Şengül Ayçiçek, Burcu Balam Yavuz, Mustafa Cankurtaran, Meltem Halil

ENDOKRİN HASTALIKLARI

SS-013

ENDOKRİNOLOJİ POLİKLİNİĞİNDE İZLENEN 70 YAŞ ÜZERİ HASTALARDA TİROİD HASTALIKLARINA BAKIŞ

Bengür Taşkıran, Güven Barış Cansu

BAKIM HİZMETLERİ UYGULAMALARI (AKUT, POST-AKUT, REHABİLİTASYON, PALYATİF, UZUN DÖNEM VE EVDEBAKIM)

SS-014

PALYATİF BAKIM MERKEZİNDE YATAN HASTALARDA BASI YARASI SIKLIĞINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN ANALİZİ

Buğu Usanma Koban, Hilal Özkaya, Işık Gönenç, Osman Ekinci

DİĞER DURUMLAR (DÜŞME VE DENGE BOZUKLUKLARI, AĞRI, UYKU BOZUKLUKLARI, UYGUNSUZ İLAÇ KULLANIMI, İLAÇ ETKİLEŞİMİ, İLAÇ YAN ETKİLERİ VB)

SS-015

65 YAŞ ÜSTÜ BİYOMAS DUMANINA MARUZ KALAN KADINLARDA SOLUNUM FONKSİYON TESTİ PARAMETRELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Baran Balcan

ENFEKSİYON HASTALIKLARI

SS-016

GERİATRİK HASTALARDA ANTİBİYOTİK YÖNETİM PROGRAMININ GEREKLİLİĞİ

Buket Ertürk Şengel

KAS-İSKELET SİSTEMİ HASTALIKLARI

SS-017

ROMATOİD ARTRİT HASTALARINDA GERİATRİK SENDROMLARIN SORGULANMASI: GERİATRİ-ROMATOLOJİ İŞBİRLİĞİ

Aslı Tufan, Zeynep Ertürk, Güzide Nevsun İnanç, Haner Direskeneli

KAS-İSKELET SİSTEMİ HASTALIKLARI

SS-019

YAŞLI KALÇA KIRIKLARINDA BİR YILLIK SAĞ KALIMA ETKİ EDEN FAKTÖRLER

Murat Gürger

DEMANS-DEPRESYON-DELİRYUM

SS-020

65 YAŞ VE ÜZERİ HASTALARDA BESLENME DURUMU İLE DUYGU DURUMU ARASINDAKİ İLİŞKİ

Seval Ay

HEMATOLOJİK VE ONKOLOJİK HASTALIKLAR

SS-021

YETMİŞ YAŞ VE ÜZERİ HASTALARDA ENDOBRONŞİAL ULTRASON (EBUS) İLE TANISAL ÖRNEKLEME: UYGULANABİLİRLİK VE KOMPLİKASYONLAR

Şehnaz Olgun Yıldızeli

SÖZEL BİLDİRİ LİSTESİ

ÜROLOJİK PROBLEMLER

SS-022

MİRABEGRONUN GERİATRİK YAŞ GRUBUNDAKİ KADINLARDA AŞIRI AKTİF MESANE SEMPTOMLARININ TEDAVİSİNDEKİ SONUÇLARI

Ayse Veyhurda Dikmen

ÜROLOJİK PROBLEMLER

SS-023

KADIN CİNSEL DİSFONKSİYONUNA DİŞİ BAKIŞI:TÜRK TOPLUMUNDA DURUM NEDİR?

Ayse Veyhurda Dikmen

ENDOKRİN HASTALIKLARI

SS-025

EGE ÜNİVERSİTESİ İÇ HASTALIKLARI POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN 65 YAŞ ÜSTÜ KRONİK TİROİDİT HASTALARININ SÜRVEYANS ANALİZİ

Fatma Özge Kayhan Koçak, Zeliha Fulden Saraç

HEMATOLOJİK VE ONKOLOJİK HASTALIKLAR

SS-026

GERİATRİK HASTALARDA MİDE KANSERİ CERRAHİSİ SONUÇLARI VE MORTALİTEYE ETKİ EDEN FAKTÖRLER

Selami Ilgaz Kayılıoğlu

ENDOKRİN HASTALIKLARI

SS-027

OSTEOPOROZ TANISINDA KALÇA VE LOMBER OMURGA T SKORLARI ARASINDAKİ UYUMUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bahattin Gökdemir, Zeliha Fulden Saraç

KAS-İSKELET SİSTEMİ HASTALIKLARI

SS-028

TÜRK POPULASYONUNDAKİ SARKOPENİK YAŞLILARDA IL-1,IL-6 GEN POLİMORFİZMİNİN RETROSPEKTİF OLARAK İNCELENMESİ

Pınar Tosun Taşar, Emine Karaman, Ömer Karaşahin, Atilla Oz, Sevnaz Şahin, Soner Duman, Afig Berdeli, Fehmi Akçiçek

DEMANS-DEPRESYON-DELİRYUM

SS-029

ALZHEİMER HASTALIĞI'NDA OKSİDATİF STRESS BELİRTECİ OLARAK İSKEMİ MODİFİYE ALBUMİN VE NON-SERULOPLAZMİN BAKIRIN YERİ

Cafer Balcı, Başak Bostankulu, Yusuf Yeşil*, Salim Neşelioğlu, Mert Eşme, Pelin Ünsal, Cemile Özsürekci, Hatice Çalışkan, Gözde Şengül Ayçiçek, Burcu Balam Yavuz, Mustafa Cankurtaran, Özcan Erel, Meltem Halil

ENFEKSİYON HASTALIKLARI

SS-030

YAŞLILARDA D VİTAMİNİ EKSİKLİĞİNİN HELİCOBACTER PYLORİ (H. PYLORİ) ENFEKSİYONU İLE İLİŞKİSİ

Deniz Mut Sürmeli, Zeki Gökhan Sürmeli, Remzi Bahşi, Tuğba Turgut, Hande Selvi Öztorun, Volkan Atmış, Murat Varlı, Sevgi Aras

DEMANS-DEPRESYON-DELİRYUM

SS-031

ALZHEİMER HASTALARINDA KLİNİK DEĞERLENDİRME VE NEUROCOM BALANCE MASTER SİSTEMİ İLE POSTURAL STABİLİTENİN ANALİZİ

Hatice Çalışkan, Ülkü Kezban Şahin, Mine Baydan, Cemile Özsürekci, Gözde Şengül Ayçiçek, Arzu Demircioğlu, Rana Tuna Doğrul, Fatih Sümer, Cafer Balcı, Mert Eşme, Pelin Ünsal, Songül Aksoy, Nuray Kırdı, Meltem Gülhan Halil, Mustafa Cankurtaran, Burcu Balam Yavuz

DİĞER DURUMLAR
(DÜŞME VE DENGE BOZUKLUKLARI, AĞRI, UYKU BOZUKLUKLARI, UYGUNSUZ İLAÇ KULLANIMI, İLAÇ ETKİLEŞİMİ, İLAÇ YAN ETKİLERİ VB)

SS-032
YAŞLI HASTALARDA UYKU SÜRESİ İLE KORONER ARTER HASTALIĞI İLİŞKİSİ

Pelin Ünsal, Mert Eşme, Cafer Balcı, Gözde Şengül Ayçiçek, Burcu Balam Yavuz, Meltem Halil, Mustafa Cankurtaran

SS-033
GERİATRİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN YAŞLILARDAKİ KİLO KAYBI SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ OLDUĞU FAKTÖRLER

Oğuz Bakkaloğlu

KAS-İSKELET SİSTEMİ HASTALIKLARI

SS-034
OSTEOARTİRİTLİ YAŞLI BİREYLERDE BİSİKLET EGZERSİZİNİN YAŞAM KALİTESİ, AĞRI, YORGUNLUK VE UYKU KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Emel Sönmezer

BAKIM HİZMETLERİ UYGULAMALARI
(AKUT, POST-AKUT, REHABİLİTASYON, PALYATİF, UZUN DÖNEM VE EVDEBAKIM)

SS-035
HUZUREVLERİNDE YAŞLILARIN MEMNUNİYET DÜZEYİNİN ÖLÇÜLMESİ

Derya Yücel, Buket Emiralioğlu

DİĞER DURUMLAR
(DÜŞME VE DENGE BOZUKLUKLARI, AĞRI, UYKU BOZUKLUKLARI, UYGUNSUZ İLAÇ KULLANIMI, İLAÇ ETKİLEŞİMİ, İLAÇ YAN ETKİLERİ VB)

SS-036
YAŞLIDA UYGUNSUZ İLAÇ KULLANIMININ DEĞERLENDİRİLMESİ:TARAMA KRİTERLERİ VE KLİNİSYEN DEĞERLENDİRMESİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Gulistan Bahat, Birkan Ilhan, Ilker Bay, Cihan Kilic, Pinar Kucukdagli, Meryem Merve Oren, Mehmet Akif Karan

SS-037
GERİATRİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN YAŞLILARDAKİ DÜŞME SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ OLDUĞU FAKTÖRLER

Bırkan Ilhan

DEMANS-DEPRESYON-DELİRYUM

SS-038
YOĞUN BAKIMDA DELİRYUM GERİATRİK HASTANIN KADERİ Mİ?

Yasemin Tekdöş Şeker, Evrim Kücür Tülübaş

DİĞER DURUMLAR
(DÜŞME VE DENGE BOZUKLUKLARI, AĞRI, UYKU BOZUKLUKLARI, UYGUNSUZ İLAÇ KULLANIMI, İLAÇ ETKİLEŞİMİ, İLAÇ YAN ETKİLERİ VB)

SS-039
HOSPİTALİZE YAŞLI HASTALARDA KIRILGANLIĞIN VE ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Uzm. Dr. Nurefşan Cihangiroğlu Ünal, Uzm. Dr. Cemile Özsürekçi, Uzm. Dr. Cafer Balcı, Doç. Dr. Burcu Balam Yavuz, Prof. Dr. Mustafa Cankurtaran, Prof. Dr. Meltem Gülhan Halil

KAS-İSKELET SİSTEMİ HASTALIKLARI

SS-040
YENİ BİR GERİATRİK SENDROM ; HİPERKİFOZİTE ? HİPERKİFOZİTE SIKLIĞININ BELİRLENMESİ VE ÜÇ YÖNTEMİN KARŞILAŞTIRILMASI

Gülçimen Soylu, Zeynel Abidin Öztürk, Yusuf Yalvaç, Funda Datlı Yakaryılmaz

DEMANS-DEPRESYON-DELİRYUM

SS-041
MİLYONDA BİR GÖRÜLEN DEMANS VAKASI: PRİON HASTALIĞI

Olgun Deniz, Süheyla Çöteli, Hacer Doğan Varan, Muhammet Cemal Kızılarslanoğlu, Berna Göker

SÖZEL BİLDİRİ LİSTESİ

BAKIM HİZMETLERİ UYGULAMALARI
(AKUT, POST-AKUT, REHABİLİTASYON, PALYATİF, UZUN DÖNEM VE EVDEBAKIM)

SS-042

HUZUREVİNDE ZİHİNSEL ENGELLİLER İÇİN ÖZEL EĞİTİM SINIFI UYGULAMASI

Derya Yücel, Büşra Binici

DİĞER DURUMLAR
(DÜŞME VE DENGE BOZUKLUKLARI, AĞRI, UYKU BOZUKLUKLARI, UYGUNSUZ İLAÇ KULLANIMI, İLAÇ ETKİLEŞİMİ, İLAÇ YAN ETKİLERİ VB)

SS-043

KIRILGANLIK VE İNFLAMASYON ARASINDAKİ İLİŞKİ

Rana Tuna Doğrul, Hacer Doğan Varan, Muhammet Cemal Kızılarslanoğlu, Mustafa Kemal Kılıç, Fatih Sümer, Güneş Arık, Özgür Kara, Meltem Halil, Mustafa Cankurtaran, Burcu Balam Yavuz

DEMANS-DEPRESYON-DELİRYUM

SS-044

MASKELİ HİPERTANSİYON KOGNİTİF FONKSİYON İLİŞKİSİ (G-MASH-COG MONITOR)

Cafer Balcı, Mert Eşme, Fatih Sümer, Serkan Asil, Bünyamin Yavuz, Rana Tuna Doğrul, Cemile Özsürekci, Hatice Çalışkan, Pelin Ünsal, Gözde Şengül Ayçiçek, Meltem Halil, Mustafa Cankurtaran, Burcu Balam Yavuz

DEMANS-DEPRESYON-DELİRYUM

SS-045

HİPERKALSEMİNİN TETİKLEDİĞİ DELİRYUM

Funda Datlı Yakaryılmaz, Zeynel Abidin Öztürk

DİĞER DURUMLAR
(DÜŞME VE DENGE BOZUKLUKLARI, AĞRI, UYKU BOZUKLUKLARI, UYGUNSUZ İLAÇ KULLANIMI, İLAÇ ETKİLEŞİMİ, İLAÇ YAN ETKİLERİ VB)

SS-046

ASIRLIK BİR YAŞLIDA LİNAGLİPTİN İKİNCİL HİPONATREMİ

Sercan Şahutoğlu, Zeliha Fulden Saraç

HEMATOLOJİK VE ONKOLOJİK HASTALIKLAR

SS-047

BİR EPİDEMİYOLOJİK ÇALIŞMA; ÇORUM İLİNDE 2013-2016 YILLARINA AİT 50 YAŞ ÜSTÜ KANSER OLGULARININ DAĞILIMI

Yılmaz Baş

KAS-İSKELET SİSTEMİ HASTALIKLARI

SS-048

65 YAŞ ÜSTÜ OSTEOPOROZ HASTALARINDA DENOSUMAB VE ZOLEDRONİK ASİT'İN YAN ETKİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Rabia Bağ Soytaş, Hakan Yavuzer, Serdar Özkök, Alper Döventaş, Deniz Suna Erdinçler

HEMATOLOJİK VE ONKOLOJİK HASTALIKLAR

SS-049

GERİATRİK HASTALARDA ANEMİ SIKLIĞI VE ANTİAGREGAN KULLANIMI İLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hatice Aksu, Rabia Bağ Soytaş, Serdar Özkök, Suna Avcı, Hakan Yavuzer, Deniz Suna Erdinçler, Alper Döventaş

KARDİYOVASKÜLER SİSTEM HASTALIKLARI

SS-050

KARDİYOPULMONER BYPASS GREFT OPERASYONU YAPILAN GERİATRİK HASTALARDA İNTRAOPERATİF POZİTİF İNOTROPLARIN YERİ:

Zinet Asuman Arslan Onuk

ENFEKSİYON HASTALIKLARI

SS-051

GERİATRİK YAŞ GRUBUNDA TOPLUM KAYNAKLI İDRAR YOLU ENFEKSİYONU ETKENLERİ VE ANTİBİYOTİK DUYARLILIKLARI

Zeynep Çizmeci

SÖZEL BİLDİRİ LİSTESİ

ENDOKRİN HASTALIKLARI

SS-052

YAŞLI DİYABETİK HASTALARDA ANTİHİPERTANSİF SEÇİMİNDE KOGNİTİF FONKSİYONLAR VE FONKSİYONELLİĞİN GÖZETİLMESİ

Remzi Bahşi, Deniz Mut Sürmeli, Tuğba Turgut, Hande Selvi Öztorun, Volkan Atmış, Ahmet Emre Yalçın, Sevgi Aras, Murat Varlı

DİĞER DURUMLAR
(DÜŞME VE DENGE BOZUKLUKLARI, AĞRI, UYKU BOZUKLUKLARI, UYGUNSUZ İLAÇ KULLANIMI, İLAÇ ETKİLEŞİMİ, İLAÇ YAN ETKİLERİ VB)

SS-053

GERİATRİK HASTALARDA MİDE VE İNCE BAĞIRSAK TRANSİT ZAMANININ VİDEO KAPSÜL ENDOSKOPİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Mustafa Tahtacı

SS-054

YAŞLI HASTALARDA ANTİKOLİNERJİK İLAÇLARIN KIRILGANLIK ÜZERİNE ETKİSİ

Hasan Oztin, Ayhan Acar, Erdim Sertoglu, Ahmet Öztürk, Ergün Bozoğlu, Galip Büyükturan, Mehmet İlkin Naharci, Hüseyin Doruk

DEMANS-DEPRESYON-DELİRYUM

SS-055

TÜRK TOPLUMUNDA YAŞLI BİREYLERDE YAŞ VE EĞİTİM DÜZEYİNE GÖRE Q MCI-TR, MMSE VE MOCA KESTİRİM DEĞERLERİNİN BELİRLENMESİ

Hacer Doğan Varan, Muhammet Cemal Kızılarslanoğlu, Cafer Balcı, Olgun Deniz, Süheyla Çöteli, Rana Tuna Doğrul, Gözde Şengül Ayçiçek, Mustafa Kemal Kılıç, Rónán O'caoimh, D. William Molloy, Meltem Halil, Mustafa Cankurtaran, Berna Göker, Burcu Balam Yavuz

FİZİKSEL AKTİVİTE

SS-056

YAŞLILARDA YAŞAM KALİTESİ-KISA ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ

Hatice Çalışkan, Gözde Şengül Ayçiçek, Cemile Özsürekci, Rana Tuna Doğrul, Cafer Balcı, Fatih Sümer, Erdem Karabulut, Meltem Gülhan Halil, Mustafa Cankurtaran, Burcu Balam Yavuz

BAKIM HİZMETLERİ UYGULAMALARI
(AKUT, POST-AKUT, REHABİLİTASYON, PALYATİF, UZUN DÖNEM VE EVDEBAKIM)

SS-057

PALYATIF BAKIM ÜNITESINDE YATAN HASTALARDA BASI YARASI VE MORTALITE ILIŞKISI

Funda Datlı Yakaryılmaz, Arif Aksak , Zeynel Abidin Öztürk

AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI

SS-058

YAŞLILARDA ÇİĞNEME KAS KALINLIĞININ, ISIRMA GÜCÜ VE YUTMA GÜÇLÜĞÜ İLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Gözde Şengül Ayçiçek, Güneş Arık, Muhammet Cemal Kızılarslanoğlu, Büşra Can, İhsan Yıkılgan, Mahmut Duymuş, Zekeriya Ülger

KARDİYOVASKÜLER SİSTEM HASTALIKLARI

SS-059

SARKOPENİDE 24 SAATLİK AMBULATUAR KAN BASINCI DEĞİŞİKLİKLERİ

Hande Selvi Öztorun, Remzi Bahşi, Tuğba Turgut, Deniz Mut Sürmeli, Volkan Atmış, Ahmet Yalçın, Sevgi Aras, Murat Varlı

BAKIM HİZMETLERİ UYGULAMALARI
(AKUT, POST-AKUT, REHABİLİTASYON, PALYATİF, UZUN DÖNEM VE EVDEBAKIM)

SS-060

YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE İLERİ YAŞ HASTALARDA ÖNLENEBİLİR VE ÖNLENEMEZ NEDENLER DAHA GENÇ HASTALARDAN FARKLI MIDIR?

Emine Aksoy, Hilal Altınöz

ENFEKSİYON HASTALIKLARI

SS-061

GERİATRİDE YATAN HASTALARIN ENFEKSİYON ÖZELLİKLERİ

Serdar Özkök, Mahir Cengiz, Rabia Bağ Soytaş, Suna Avcı, Hakan Yavuzer, Alper Döventaş, Deniz Suna Erdinçler

NÖROLOJİK HASTALIKLAR

SS-062

YAŞLILARDA OROFARENGEAL DISFAJI SIKLIĞININ SUBJEKTIF DEĞERLENDIRILMESI

Aysun Işıklar

DİĞER DURUMLAR (DÜŞME VE DENGE BOZUKLUKLARI, AĞRI, UYKU BOZUKLUKLARI, UYGUNSUZ İLAÇ KULLANIMI, İLAÇ ETKİLEŞİMİ, İLAÇ YAN ETKİLERİ VB)

SS-064

ENOKSAPARİNE BAĞLI NADİR BİR YAN ETKİ: LÖKOSİTOKLASTİK VASKÜLİT

Pelin Ünsal, Pelin Eşme, Mert Eşme, Hatice Çalışkan, Cemile Özsürekci, Gözde Şengül Ayçiçek, Cafer Balcı, Burcu Balam Yavuz, Mustafa Cankurtaran, Meltem Halil

HEMATOLOJİK VE ONKOLOJİK HASTALIKLAR

SS-065

GERİATRİK POPÜLASYONDAKİ YENİ TANI ONKOLOJİK VAKALARDA MALNUTRİSYON VE SARKOPENİ SIKLIĞI: ÇOK MERKEZLİ-KESİTSEL ÇALIŞMA

Cafer Balcı, Gülnihal Tufan, Nuriye Özdemir, Sercan Aksoy, Ömür Berna Öksüzoğlu, Nurullah Zengin, Ayşe Kars, Meltem Halil

BAKIM HİZMETLERİ UYGULAMALARI (AKUT, POST-AKUT, REHABİLİTASYON, PALYATİF, UZUN DÖNEM VE EVDEBAKIM)

SS-066

TÜRKİYE'DE HUZUREVLERİNDE VE BAKIMEVLERİNDE MALNUTRİSYON VARLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ VE FARKINDALIĞININ ARTIRILMASI

Cafer Balcı, Zekeriya Ülger, Meltem Halil, Derya Hopancı Bıçaklı, Gülistan Bahat Öztürk, Zeynel Abidin Öztürk, Fatih Sümer, Özlem Yılmaz, Sevilay Muratlı, Hülya Sungurtekin, Kubilay Demirağ, Osman Abbasoğlu, Sadık Kılıçturgay

DİĞER DURUMLAR (DÜŞME VE DENGE BOZUKLUKLARI, AĞRI, UYKU BOZUKLUKLARI, UYGUNSUZ İLAÇ KULLANIMI, İLAÇ ETKİLEŞİMİ, İLAÇ YAN ETKİLERİ VB)

SS-067

FEKAL İNKONTİNANSLI YAŞLI VEYA REPRODÜKTİF DÖNEM HASTALARDA ANAL SFİNKTER FONKSİYONUNUN KARŞILAŞTIRILMASI

Süleyman Demıryas

DEMANS-DEPRESYON-DELİRYUM

SS-069

ALZHEİMER HASTALIĞINDA YUTMA PROBLEMLERİ: PEKİ HANGİ EVREDE?

Cemile Özsürekci, Selen Serel Arslan, Numan Demir, Hatice Çalışkan, Gözde Şengül Ayçiçek, Hasan Erkan Kılıç, Ömer Faruk Yaşaroğlu, Cemal Kızılarslanoğlu, Rana Tuna Doğrul, Cafer Balcı, Fatih Sümer, Ayşe Karaduman, Burcu Balam Yavuz, Mustafa Cankurtaran, Meltem Gülhan Halil

DİĞER DURUMLAR (DÜŞME VE DENGE BOZUKLUKLARI, AĞRI, UYKU BOZUKLUKLARI, UYGUNSUZ İLAÇ KULLANIMI, İLAÇ ETKİLEŞİMİ, İLAÇ YAN ETKİLERİ VB)

SS-070

TÜRKÇE GEÇERLİLİĞİ YAPILMIŞ BİR KIRILGANLIK SKALASI: CLİNİCAL FRAİLTY SCALE

Cemile Özsürekci, Cafer Balcı, Cemal Kızılarslanoğlu, Hatice Çalışkan, Rana Tuna Doğrul, Gözde Şengül Ayçiçek, Fatih Sümer, Erdem Karabulut, Burcu Balam Yavuz, Mustafa Cankurtaran, Meltem Gülhan Halil

SS-071

ACİL SERVİSE DÜŞME NEDENİYLE BAŞVURAN 65 YAŞ ÜSTÜ HASTALARIN BİREYSEL ÖZELLİKLERİ VE BAŞVURULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Yılmaz İnanç, Hakan Hakkoymaz

SÖZEL BİLDİRİ LİSTESİ

DİĞER DURUMLAR
(DÜŞME VE DENGE BOZUKLUKLARI, AĞRI, UYKU BOZUKLUKLARI, UYGUNSUZ İLAÇ KULLANIMI, İLAÇ ETKİLEŞİMİ, İLAÇ YAN ETKİLERİ VB)

SS-072

YAŞLILARDA KIRILGANLIĞI ÖLÇMEYE YÖNELİK FRAİL ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ

Ben Azir Begüm Hymabaccus , Burcu Balam Yavuz, Rana Tuna Doğrul, Cafer Balcı, Cemile Özsürekçi, Hatice Çalışkan, Fatih Sümer, Erdem Karabulut, Meltem Halil, Mustafa Cankurtaran

KARDİYOVASKÜLER SİSTEM HASTALIKLARI

SS-073

ATRİAL FİBRİLASYONUN GERİATRİK YAŞ GRUBUNDA GENEL ÖZELLİKLERİ, FONKSİYONELLİK VE FRAİLİTE İLE İLİŞKİSİ

Meltem Koca, Burcu Balam Yavuz, Rana Tuna Doğrul, Hatice Çalışkan, Gözde Şengül Ayçiçek, Cemile Özsürekçi, Cafer Balcı, Mert Eşme, Pelin Ünsal, Meltem Halil, Mustafa Cankurtaran

KAS-İSKELET SİSTEMİ HASTALIKLARI

SS-074

İDİYOPATİK PARKİNSON HASTALIĞINDA SARKOPENİ SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ KLİNİK DURUMLAR

Firüzan Fırat Özer, Sibel Akın, Murat Gültekin

DİĞER DURUMLAR
(DÜŞME VE DENGE BOZUKLUKLARI, AĞRI, UYKU BOZUKLUKLARI, UYGUNSUZ İLAÇ KULLANIMI, İLAÇ ETKİLEŞİMİ, İLAÇ YAN ETKİLERİ VB)

SS-075

PREOPERATİF KAPSAMLI GERİATRİK DEĞERLENDİRME VE KIRILGANLIK İLE POSTOPERATİF MORBİDİTE, MORTALİTE VE DELİRYUM İLİŞKİSİ

Rana Tuna Doğrul, Ahmet Bülent Doğrul, Ali Konan, Ömür Çağlar, Fatih Sümer, Hatice Çalışkan, Muhammet Cemal Kızılarslanoğlu, Mustafa Kemal Kılıç, Cafer Balcı, Cemile Özsürekci, Gözde Şengül Ayçiçek, Meltem Halil, Mustafa Cankurtaran, Burcu Balam Yavuz

KAS-İSKELET SİSTEMİ HASTALIKLARI

SS-076

KAS KÜTLESİNİN FARKLI YÖNTEMLERLE DEĞERLENDİRİLMESİNİN KAS GÜCÜNE ETKİSİ

Gözde Şengül Ayçiçek, Cemile Özsürekçi, Hatice Çalışkan , Muhammet Cemal Kızılarslanoğlu, Rana Tuna Doğrul , Cafer Balcı , Pelin Ünsal, Mert Eşme , Burcu Balam Yavuz , Mustafa Cankurtaran, Meltem Gülhan Halil

FİZİKSEL AKTİVİTE

SS-077

İÇ HASTALIKLARI YOĞUN BAKIMINA YATAN YAŞLI HASTALARDA KIRILGANLIĞIN VE ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Himmet Durmaz, Meltem Gülhan Halil

DEMANS-DEPRESYON-DELİRYUM

SS-078

DELİRYUMU OLAN GERİATRİK HASTALARDA METABOLİK SORUNLARIN İNCELENMESİ

Çiğdem Dinçkal, Pınar Tosun Taşar, Nur Özge Akçam, Ozan Fatih Sarıkaya, Merve Gülşah Ulusoy, Sevnaz Şahin, Fehmi Akçiçek, Soner Duman

DİĞER DURUMLAR
(DÜŞME VE DENGE BOZUKLUKLARI, AĞRI, UYKU BOZUKLUKLARI, UYGUNSUZ İLAÇ KULLANIMI, İLAÇ ETKİLEŞİMİ, İLAÇ YAN ETKİLERİ VB)

SS-079

FRİED KIRILGANLIK İNDEKSİNİN TÜRK POPÜLASYONUNDA GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ

Hacer Doğan Varan, Olgun Deniz, Süheyla Çöteli, Rana Tuna Doğrul, Muhammet Cemal Kızılarslanoğlu, Berna Göker

ENDOKRİN HASTALIKLARI

SS-080

VENA CAVA SÜPERİOR SENDROMUNUN NADİR BİR NEDENİ: MULTİNODÜLER GUATR

Büşra Fırlatan, Cafer Balcı, Burcu Balam Yavuz, Mert Eşme, Cemile Özsürekci, Hatice Çalışkan, Pelin Ünsal, Gözde Şengül Ayçiçek, Ekim Gümeler, Ruhi Onur, Miyase Bayraktar, Meltem Halil, Mustafa Cankurtaran

SÖZEL BİLDİRİ LİSTESİ

ENDOKRİN HASTALIKLARI

SS-082

ESPEN 2015 MALNUTRİSYON KONSENSUS KRİTERLERİ YAŞLIDA MALNUTRİSYON TARAMASINDA NE KADAR ETKİN?

Özlem Yılmaz, Gülistan Bahat, Banu Özulu Türkmen, Cihan Kılıç, Mehmet Akif Karan

DİĞER DURUMLAR
(DÜŞME VE DENGE BOZUKLUKLARI, AĞRI, UYKU BOZUKLUKLARI, UYGUNSUZ İLAÇ KULLANIMI, İLAÇ ETKİLEŞİMİ, İLAÇ YAN ETKİLERİ VB)

SS-083

YAŞLILARDA YALNIZLIK HİSSİNİ ETKİLEYEN PARAMETRELER: YALNIZ YAŞAYANLARDA YALNIZLIK

Ali Öncül, Erhan Hocaoğlu, Çağatay Çavuşoğlu, Olgun Deniz, Rana Tuna Doğrul, Süheyla Çöteli, Muhemmet Cemal Kızılarslanoğlu, Berna Göker

SS-084

HASTANEDE YATAN YAŞLI HASTALARDA BESLENME DESTEK EKİBİ İZLEMİ

Burcu Kelleci, Cafer Balcı, Mert Eşme, Gözde Şengül Ayçiçek, Kezban Akçay, Nilgün Ölmez, Şermin Ataç, Fatma Tamer, Kutay Demirkan, Meltem Halil, Osman Abbasoğlu

AKUT BATIN

SS-085

ENDOSKOPİK RETROGRAD KOLANJİYO PANKREATOGRAFİ YAŞLI HASTALARDA ETKİLİ VE GÜVENLİ İNVAZİV TEDAVİ YÖNTEMİDİR

Fatih Karaahmet, Murat Kekilli

AKUT BATIN

SS-086

İLERİ YAŞTAKİ GERİATRİK POPÜLASYONDA ENDOSKOPİK RETROGRAD KOLANJİOPANKREATOGRAFİ BAŞARISI DAHA MI DÜŞÜKTÜR?

Buğra Tolga Konduk

DİĞER DURUMLAR
(DÜŞME VE DENGE BOZUKLUKLARI, AĞRI, UYKU BOZUKLUKLARI, UYGUNSUZ İLAÇ KULLANIMI, İLAÇ ETKİLEŞİMİ, İLAÇ YAN ETKİLERİ VB)

SS-087

İLERİ YAŞLI (≥80 YAŞ) HASTALARDA KIRILGANLIK VE UYKU KALİTESİ İLİŞKİSİ

Çağatay Çavuşoğlu, Olgun Deniz, Rana Tuna Doğrul, Süheyla Çöteli, Ali Öncül, Muhammet Cemal Kızılarslanoğlu, Berna Göker

SS-089

YAŞLI HASTALARDA KRONİK AĞRI VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Süheyla Çöteli, Olgun Deniz, Rana Tuna Doğrul, Çağatay Çavuşoğlu, Ali Öncül, Muhammet Cemal Kızılarslanoğlu, Berna Göker

SS-090

UYKU BOZUKLUĞU VE EŞLİK EDEN FAKTÖRLERİN İRDELENMESİ

Banu Özulu Türkmen

DİĞER DURUMLAR
(DÜŞME VE DENGE BOZUKLUKLARI, AĞRI, UYKU BOZUKLUKLARI, UYGUNSUZ İLAÇ KULLANIMI, İLAÇ ETKİLEŞİMİ, İLAÇ YAN ETKİLERİ VB)

SS-091

SERVİSTE YATAN HASTALARDA MALNÜTRİSYON VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Salim Serdar Eriş

HEMATOLOJİK VE ONKOLOJİK HASTALIKLAR

SS-092

MESANE RADYOTERAPİSİ UYGULANAN GERİATRİK HASTALARDA ÜRİNER ENFEKSİYON SIKLIĞI VE PROFLAKSİ GEREKSİNİMİ

Zümrüt Bahat

HEMATOLOJİK VE ONKOLOJİK HASTALIKLAR

SS-093

RAT MODELİNDE RADYOTERAPİYE BAĞLI AKUT KARDİYAK HASARIN ÖNLENMESİNDE MELATONİN'İN ETKİNLİĞİNİN ARAŞTIRILMASI

Zümrüt Bahat, Ümit Çobanoğlu, Cunay Ülkü, Nuri İhsan Kalyoncu, Süleyman Caner Karahan, Melek Nur Yavuz

SÖZEL BİLDİRİ LİSTESİ

KARDİYOVASKÜLER SİSTEM HASTALIKLARI

SS-094

AMİFOSTİN DENEYSEL AKUT KARDİYAK RADYOTOKSİSTEYİ ÖNLEYEMEZ!..

Zümrüt Bahat, Ümit Çobanoğlu, Cunay Ülkü, Nuri İhsan Kalyoncu, Süleyman Caner Karahan, Melek Nur Yavuz

DİĞER DURUMLAR
(DÜŞME VE DENGE BOZUKLUKLARI, AĞRI, UYKU BOZUKLUKLARI, UYGUNSUZ İLAÇ KULLANIMI, İLAÇ ETKİLEŞİMİ, İLAÇ YAN ETKİLERİ VB)

SS-095

ÜRİNER İNKONTİNANSTA GLUTAMİN:PROSPEKTİF,RANDOMİZE,ÇİFT KÖR,PLASEBO KONTROLLU ÇALIŞMA

Gülistan Bahat , Bırkan Ilhan, Nalan Çapan, Cihan Kılıç, Cenk Yaşa, Funda Güngör, Özlem Persil Özkan, Gökşen Ayvacıklı, Ayşe Karan, Mehmet Akif Karan

SS-096

FONKSİYONEL UZANMA TESTİ İLE DÜŞMELER YAŞLILARDA İLİŞKİLİ OLABİLİR Mİ?

Cihan Kılıç

KAS-İSKELET SİSTEMİ HASTALIKLARI

SS-097

SARC-F'NİN DÜNYA DİLLERİNDE KÜLTÜREL ADAPTASYONU VE VALİDASYONU: EUGMS SARKOPENİ ÖZEL İLGİ GRUBU ÇALIŞMASI

Gülistan Bahat, Özlem Yılmaz, Meryem Merve Ören, Pınar Küçükdağlı, Mehmet Akif Karan, Charlotte Beaudart, Jean Yves Reginster, Olivier Bruye`re

DİĞER DURUMLAR
(DÜŞME VE DENGE BOZUKLUKLARI, AĞRI, UYKU BOZUKLUKLARI, UYGUNSUZ İLAÇ KULLANIMI, İLAÇ ETKİLEŞİMİ, İLAÇ YAN ETKİLERİ VB)

SS-098

TOPLUMDA YAŞAYAN YAŞLILARDA DÜŞME VARLIĞININ BESLENME, KIRILGANLIK VE POLİFARMASİ İLE İLİŞKİSİ

Tuğba Erdogan

ENDOKRİN HASTALIKLARI

SS-099

POLİKLİNİKTE AYAKTAN BAŞVURAN YAŞLILARIN BESLENME İÇERİĞİ YETERLİ Mİ?

Özlem Yılmaz, Gülistan Bahat, Pinar Küçükdağlı, Hümeyra Özalp, Cemile Çakmakçı, Mehmet Akif Karan

İstannbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Geriatri Bd
İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Endokrinoloji Ve Metabolizma Hastalıkları Bd

KAS-İSKELET SİSTEMİ HASTALIKLARI

SS-100

SERVİSTA YATAN HASTALARDA SARKOPENİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Özlem Yılmaz

İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Geriatri Bilim Dalı

KARDİYOVASKÜLER SİSTEM HASTALIKLARI

SS-101

YAŞLILARDA YOAKLARIN UYGUNSUZ KULLANIMI: YAŞLILAR İSKEMİK İNME RİSKİ ALTINDA

Tuğba Erdoğan, Onur Erdoğan, Gülistan Bahat Öztürk, Mehmet Akif Karan

DİĞER DURUMLAR
(DÜŞME VE DENGE BOZUKLUKLARI, AĞRI, UYKU BOZUKLUKLARI, UYGUNSUZ İLAÇ KULLANIMI, İLAÇ ETKİLEŞİMİ, İLAÇ YAN ETKİLERİ VB)

SS-102

POLİFARMASİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Pınar Küçükdağlı

BAKIM HİZMETLERİ UYGULAMALARI
(AKUT, POST-AKUT, REHABİLİTASYON, PALYATİF, UZUN DÖNEM VE EVDEBAKIM)

SS-103

GERİATRİK HASTALARDA SUBKUTAN İNFÜZYONLA YAPILAN HİDRASYONUN ETKİNLİĞİNİN İNCELENMESİ

Gaye Öz Esmeray, Levent Şenduran, Alper Döventaş

11. AKADEMİK GERİATRİ KONGRESİ

2018

KONUŞMACI ÖZETLERİ

YAŞLIDA MALNÜTRİSYONU NASIL TANIYALIM?

Dr. Ergün Bozoğlu
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Geriatri Bilim Dalı, Ankara

Malnütrisyon geriatrik sendromların en önemlilerinden birisidir. Yaşlılarda sosyal izolasyon, kronik hastalıkların çokluğu, polifarmasi, duygu durum ve bilişsel değişiklikler, ekonomik zorluklar, fonksiyonel bozukluklar, kişinin yiyeceğe ulaşmasında ve sindirmesinde sorun yaratan durum ve hastalıklar, malabsorbsiyon sendromları, malignite, diş ile ilgili sorunlar yaşlı malnütrisyonu için risk faktörlerindendir. Malnütrisyon, yaşlının günlük temel ve enstrümantal yaşam aktivitelerinde bağımlılığını arttırmakta, hastaneye başvuruları ve hastanede yatış süresini uzatmakta, yaşam kalitesini azaltmakta, yoğun bakımlara yatışları ve yatış süresini artırmakta, cerrahi sonrası yara iyileşme süresini uzatmakta, kırılganlığı, kırıkları ve mortaliteyi arttırmaktadır. Bu nedenlerden dolayı yaşlıda malnütrisyonun erken dönemde saptanması ve önlenmesi oldukça önemlidir.

Beslenme taramasının amacı; daha kapsamlı beslenme değerlendirmesinin ve gerekli beslenme müdahalesinin yapılabilmesi için malnütrisyonlu bireyleri ya da malnütrisyon riski altında olanları belirlemektir. Yaşlılarda beslenme durumunun değerlendirilmesi; beslenme yetersizliği ve buna bağlı gelişebilecek hastalıkların tanımlanmasında önem taşır. Malnütrisyonun erken belirtileri, spesifik değildir ve yavaş gelişmektedir. Yaşlanma belirtileri ile karıştırılabileceğinden başlangıçta tanısı güçtür. Pek çok organda ciddi sorunlara yol açtığı gibi, hastalık durumlarında prognozu olumsuz etkiler, komplikasyon, genel morbidite ve mortalite oranlarını yükseltmektedir

Ortalama malnütrisyon oranlarına bakacak olursak; toplumda yaşayan yaşlılarda %10-20 civarında, hastanede yatanlarda %30-40 civarında, bakımevinde yaşayanlarda ise %50-60 civarında malnütrisyon veya malnütrisyon riski altında olduğu belirtilmektedir. Hastaneye başvuran ve yatan her yaşlının nütrisyon durumunun taranması ve değerlendirilmesi malnütrisyonun saptanması açısından çok önemli, Özellikle hastanede yatan hastalar arasında malnütrisyon büyük oranda atlanmakta ve tedavi edilmemektedir.

Kimleri tarayalım? Nutrisyonel Taramada Avrupa Parenteral ve Enteral Beslenme Derneği (ESPEN-European Society of Parenteral and Enteral Nutrition) tarafından; düşkün durumdaki hastalar, çoklu kronik hastalıkları olanlar, bakıma muhtaç yaşlılar, hospitalize veya bakımevlerinde yaşayan yaşlılar ve 65 yaş üzeri tüm kişilerin rutin taranması önerilmektedir.

Nelerle ve nasıl tarama ve değerlendirme yapalım? Etkili bir tarama aracı herhangi bir sağlık personeli tarafından uygulanabilmeli, nütrisyonel risk altındaki hastaların tamamını veya en azından çoğunu saptayabilecek kadar duyarlı, basit, etkili, hızlı, güvenilir, ekonomik ve kabul edilebilir olmalıdır. Ancak tüm bunları kapsayan bir ideal bir araç olmamakla birlikte, kullanılan tarama araçları oldukça fazla olup, amaca ve uygulanan birey ve hastalık koşullarına göre farklılıklar göstermektedir. Son birkaç dekat içinde bir çok malnutrisyon tarama ve değerlendirme aracı geliştirilmiş olup, bunlardan en çok kabul gören ve popüler olanlardan bazıları şunlardır:

- **MUST**: Malnutrisyon Genel Tarama Testi (Malnutrition Universal Screening Tool MUST)
- **MST**: Malnutrisyon Tarama Testi (Malnutrition Screening Tool)
- **SNAQ**: Kısa Nutrisyon Değerlendirme Sorgulaması (Short Nutritional Assessment Questionnaire)
- **NRS 2002**: Nutrisyonel Risk Taraması 2002 (Nutritional Risk Screening 2002)
- **MNA**: Mini Nutrisyonel Değerlendirme (Mini Nutritional Assessment)
- **SGD**: Subjektif Global Değerlendirme (Subjective Global Assessment)
- **GNRI**: Geriatrik Nutrisyonel Risk İndeksi (Geriatric Nutritional Risk Index)

Malnütrisyon Genel Tarama Aracı (Malnutrition Universal Screening Tool - MUST):

Avrupa'da yaygın kullanım alanı vardır ve toplum taramaları için değerini kanıtlamış bir testtir. MUST; Avrupa Parenteral ve Enteral Beslenma Derneği (ESPEN- European Society of Parenteral and Enteral Nutrition) ve İngiltere Parenteral ve Enteral Beslenme Derneği (BAPEN- British Association for Parenteral and Enteral Nutrition) tarafından önerilen 5 basamaklı bir tarama yöntemidir. Yetişkinlerde malnütrisyon, malnütrisyon riski (undernutrition) veya obeziteyi gösterir. Ayrıca bakım planı yapabilmek için de iyi bir yol göstericidir. Testin uygulaması çok kolay ve çok hızlı sonuç vermektedir. En başta toplumda yaşayan yaşlılar için geliştirilmiş, daha sonra hastaneler ve özel bakımevleri için de önerilmiştir. İngiltere'de çok yaygın olarak kullanılmaktadır.

MUST hastaların 4 basamakta değerlendirildiği bir tarama testidir. **İlk 3 basamakta** VKİ, son 3-6 aydaki kilo kaybı ve oral alımdaki azalmanın eşlik ettiği akut hastalık durumu sorgulanmakta, son kısımda ilk 3 basamakta alınan skorlar toplanmaktadır. ESPEN BKİ ve vücut ağırlık kaybı değerlendirmesi amaçlı önermektedir. Testinin negatif yönü BKİ 20 kg/m2 normal kabul etmesidir, oysa yaşlılar için BMI 22 kg/m2 nin altı malnütrisyon riski olarak değerlendirilmektedir

Malnutrisyon Tarama Aracı (Malnutrition Screening Tool - MST)

Medikal ve cerrahi tedavi nedeniyle takip edilen heterojen hasta grubunda MST testinin malnütrisyon riski bulunan hastaları %93-97 güvenilirlikle tespit edebildiğini, kolay ve hızlı uygulanabilen bir test olduğunu bildirmektedir. Bu testte hastanın nutrisyon durumunu değerlendirmek için vücut kitle indeksinin bir kriter olarak kullanılmayışı testin güvenilirliğini attıran bir faktör olarak değerlendirilebilir.

Kısa Nutrisyon Değerlendirme Sorgulaması (Short Nutritional Assessment Questionnaire - SNAQ):

Hızlı ve kolay uygulanabilen bir tarama metodudur.

- **SNAQ**: Hospitalize hastalarda
- **SNAQ^{RC}**: Bakımevinde kalanlarda
- **SNAQ^{65+}**: Toplumda yaşayan 65 yaş ve üstü hastalarda kullanılmaktadır.

Toplumda yaşayan yaşlılarda malnütrisyon tayininde üst kol çapı, istem dışı kilo kaybı (son 6 ayda ≥4 kg), iştahsızlık ve fiziksel performans bozukluğunu kullanılmıştır

Nütrisyon Risk taraması (Nutritional Risk Screening - NRS 2002)

Avrupa Parenteral ve Enteral Beslenme Derneği (ESPEN-European Society of Parenteral and Enteral Nutrition) tarafından özellikle nütrisyon değerlendirmelerinde kullanılması önerilmekte olup, 2002 yılında geliştirilmiştir ve hastanede kalan yetişkin hastalar için düzenlenmiştir. Günümüzde en yaygın kullanılan tarama ve değerlendirme yöntemidir. Hastalar beslenme yetersizliği ve hastalık şiddeti bakımından değerlendirilir. Özellikle akut durumlarda beslenme desteğinin yeterliliğini değerlendirmektedir. Dezavantajı BKİ<20.5 kg/m^2 kişiler risk grubunda kabul etmekte, halbuki yaşlılar için sınır <22 kg/m^2 dir.

Mini Nütrisyonel Değerlendirme (Mini Nutritional Assessment - MNA):

ESPEN ve Fransa Ulusal Beslenme ve Sağlık Programı (PNNS-Programme National Nutrition Santé) rehberleri tarafından yaşlılarda kullanılması önerilmektedir. Yaşlılar için en uygun değerlendirme yöntemi olarak kabul dilmektedir. Evde bakım programlarında, yaşlı bakım evlerinde ve hastanelerdeki yaşlılarda yetersiz beslenme varlığını ve riskini saptamak için kullanılmaktadır. Fiziksel ve mental durumu değerlendirmesi avantajı ile yetersiz beslenmenin erken evrede saptanmasını sağlamaktadır.

Test, tarama ve değerlendirme olmak üzere iki bileşenli bir klinisyen değerlendirmesidir. İlk kısım genel alışkanlıklar, subjektif faktörler, ağırlık ve boyu da içeren altı kısımdan oluşmaktadır. İlk kısımdan düşük skor alanlara ikinci kısımda yer alan 12 soru daha sorularak toplam skor elde edilir. Toplam skor 23.5 ve üzeri olanlarda normal nütrisyonel durum, 17 ile 23 arasında olanlarda malnütrisyon riski ve <17 olanlarda malnütrisyon var denir.

Subjektif Global Değerlendirme (Subjective Global Assessment - SGA):

30 yıldır kullanılan referans metot olup, 1987'de geliştirilmiştir. İçinde antropometrik ölçümler yanı sıra beslenme durumu ve klinik durum hakkında bilgi veren sorular içermektedir. Amerika Parenteral ve Enteral Beslenme Derneği (ASPEN-American Society for Parenteral and Enteral Nutrition) malnütrisyonun saptanmasında klinik ve biyokimyasal verilerin birlikte kullanılmasını önermiştir. Daha çok Onkolojik ve Gastro-İntestinal hastalar için geliştirilmiştir bir değerlendirme testidir. Tarama sonrası değerlendirme yapmak için kullanılmaktadır. Bu metod klinik pratikte nutrisyonel değerlendirme için önerilmekte olup, güvenilir ve ekonomik bir beslenme durum değerlendirmesidir. Kapsamlıdır, bu nedenle daha çok vakit alabilir ve sonuçta adından da anlaşılacağı üzere hekim kendi yorumu ile derecelendirme yapar.

Hastanın hikâyesi (vücut ağırlık kaybı, besin alımında değişme, gastrointestinal semptomlar ve fonksiyonel durum), fiziksel testler (kas kütlesi, subkutan yağ, sakral bölgede ve ayak bileğinde ödem, asit) ve hastanın durumunun genel değerlendirme kriterlerini içermektedir. SGA laboratuvar verilerini içermez. Bu verilerin teste eklenmesinin testin malnütrisyon saptamadaki performansını etkilemeyeceği düşünülmektedir. Vücut ağırlık indeksinin subjektif değerlendirmeyi etkileyen esas faktör olduğu bildirilmiştir.

Yaşlılar test sonucuna göre; İyi beslenmiş, Orta derecede beslenme bozukluğu, Orta-Ağır derecede beslenme bozukluğu ve Ağır derecede beslenme bozukluğu şeklinde değerlendirilmektedir. Bu yöntemde birçok parametre bir arada değerlendirilmektedir, ancak bu yöntem sayısal değerler vermemektedir.

Avantajları: Kolay uygulanabilmesi, değişik uygulayıcılar tarafından aynı sonucu vermesi, nutrisyonel durum ile ilişkili objektif parametreler ile korelasyon gösteren bir metod olması, uzun dönem bakımda beslenme düzeyindeki değişiklikler ile ilişkili komplikasyonlar için (major enfeksiyonlar, bası yaraları ve mortalite) yüksek risk taşıyan yaşlıların tanımlanmasında yararlı ve kas kaybı, yağ kütlesi, vücuttaki ödem ve ascit hakkında da bilgi vermeyi kapsamaktadır.

Dezavantajları: Subjektif bir test olması, hospitalize hastalar için dizayn edilmiş olması, yaşlılarda çok tercih edilmemesi, özel eğitim gerektirmesi, uzun sürmesi ve pratik olmamasıdır.

Geriatrik Nütrisyonel Risk İndeksi (Geriatric Nutritional Risk Index - GNRI)

Geriatrik Nütrisyonel Risk İndeksi (GNRİ) son yıllarda beslenme durumu için kullanılan yeni bir değerlendirme yöntemidir. Yapılan çalışmalarda nütrisyon durumunu belirlemede oldukça hassas ve duyarlılığının yüksek olduğu kanıtlanmıştır. Serum albumin düzeyi, mevcut kilo ve ideal kilo malnütrisyon risk tayininde kullanılmaktadır. Sıklıkla hemodiyaliz hastalarında kullanılmakta olup, düşük beslenme skoru; yaşlı hemodiyaliz hastasında düşük kognitif fonksiyonla yakından ilişkilidir. Anemi ve düşük VKİ düzeyleri yaşlı hemodiyaliz hastalarında beslenme yetersizliğinin erken ve tedavi edilebilir bulgularıdır. Ölüm, enfeksiyon ve yatak yarası değerlendirildiğinde malnütrisyon ve yüksek nütrisyonel risk arasında fark olmamasına rağmen, GNRI'nın mortalite ile daha güçlü ilişkisi olduğu bulunmuştur. MNA'nın iyi beslenemeyen hastaları tayin etmede değerli bir araç olduğu ancak mortaliteyi tahmin edemediği, GNRI ise hastalığın mortalite ve komplikasyonlarını ve nütrisyon riskli hastalarda ölüm riskini daha iyi tahmin edebildiğini göstermiştir.

Sonuç olarak:

- Herkesi kapsayacak tek bir yöntem yok
- Neyi ölçmek istediğimize iyi karar verelim,
- Hangi popülasyonu çalışmak istediğimizi bilelim,
- Sonrasında metodumuzu seçelim.

  Hangi metodu seçmeliyim:
  - Yaşlı hasta: MNA, NRS-2002
  - Hastanede tarama: NRS 2002, MNA
  - Toplum taramasında: MUST, SNAQ
  - Evde bakım: MNA, NRS-2002, MUST, SNAQ
  - Cerrahi hasta: NRS-2002, MUST
  - Hastanedeki veya toplum içindeki yaşlılar için MNA veya kısa formu MNA-SF uygulanabilir

  Taramanın amacına göre:
  - Nütrisyonel durumu tanımlama: SNAQ, NRS, NRI, MNA, MUST;
  - Nütrisyonel desteğe cevabı öngörme ise nrs-2002;
  - Sonuçları öngörme ise SGA, GNRI, MUST öncelikle tercih edilebilir ve kullanılabilir.

Kaynaklar

Bouillanne O, Morineau G, Dupont C, et al. Geriatric Nutritional Risk Index: a new index for evaluating at-risk elderly medical patients. Am J Clin Nutr 2005; 82: 777-83.

Cereda E, Pusani C, Limonta D, Vanotti A. The ability of the Geriatric Nutritional Risk Index to assess the nutritional status and predict the outcome of home-care resident elderly: a comparison with the Mini Nutritional Assessment. Br J Nutr. 2009 Aug;102(4):563-70.

de Luis D and Lopez Guzman A. Nutritional status of adult patients admitted to internal medicine departments in public hospitals in Castilla y Leon, Spain - A multi-center study. Eur J Intern Med 2006; 17:556.

Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, et al. What is subjective global assessment of nutritional status? JPEN J Parenter Enteral Nutr. 1987 Jan-Feb;11(1):8-13.

Malnutrition Advisory Group. A consistent and reliable tool for malnutrition screening. Nurs Times. 2003 Nov 18-24;99(46):26-7.

Ferguson M, Capra S, Bauer J, Banks M. Development of a valid and reliable malnutrition screening tool for adult acute hospital patients. Nutrition. 1999 Jun;15(6):458-64.

İç Hastaliklari Dergisi 2010; 17: 189-202

Isenring EA, Banks M, Ferguson M, Bauer JD. Beyond malnutrition screening: Appropriate methods to guide nutrition care for aged care residents. J Acad Nutr Diet. 2012 Mar;112(3):376-81.

Klinik Nütrisyonun Temelleri, 4.baskı, 2013

Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M; Educational and Clinical Practice Committee, European Society of Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN). ESPEN Guidelines for nutrional screening. Clin Nutr. 2003 Aug;22(4):415-21.

Kruizenga HM, de Vet HC, Van Marissing CM, et al. The SNAQ(RC), an easy traffic light system as a first step in the recognition of undernutrition in residential care. J Nutr Health Aging. 2010 Feb;14(2):83-9.

Kruizenga HM, Seidell JC, de Vet HC, et al. Development and validation of a hospital screening tool for malnutrition: the short nutritional assessment questionnaire (SNAQ) Clin Nutr. 2005 Feb;24(1):75-82.

Martinez N, Ruiz E, Inzitari M. The role of nutrition screening in the geriatric assessment. Clinical Nutrition Week 2010, 6 (2):1-7.

Todorovic V, 2011, British Association of Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN) Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) Up To Date 2018.

Uygun A, Saka M. Güncel Gastroenteroloji 2005; 9(2): 145-155

Visvanathan R. Under-nutrition in older people: A serious and growing global problem. J Postgrad Med. 2003 Oct-Dec;49(4):352-60.

Wallace JI, Schwartz RS, LaCroix AZ, et al. Involuntary weight loss in older outpatients: incidence and clinical significance. J Am Geriatr Soc 1995; 43:329.

White JV, Guenter P, Jensen G, et al. Consensus statement: Academy of Nutrition and Dietetics and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition: characteristics recommended for the identification and documentation of adult malnutrition (undernutrition). JPEN J Parenter Enteral Nutr 2012; 36:275.

Wijnhoven HA, Schilp J, et al. Development and validation of criteria for determining undernutrition in community-dwelling older men and women: The Short Nutritional Assessment Questionnaire 65+. Clin Nutr. 2012 Jun;31(3):351-8. doi: 10.1016/j.clnu.2011.10.013. Epub 2011 Nov 25.

Wilson MM, Thomas DR, Rubenstein LZ, et al. Appetite assessment: simple appetite questionnaire predicts weight loss in community-dwelling adults and nursing home residents. Am J Clin Nutr 2005; 82:1074.

Zawada ET Jr. Malnutrition in the elderly. Is it simply a matter of not eating enough? Postgrad Med 1996; 100:207.

DAVRANIŞ BELİRTİLERİ VE PSİKOTROP KULLANIMI

Dr. Evrim Göde Öğüten

Davranışsal ve psikiyatrik belirtiler, Alzheimer Hastalığı (AH)'nda oldukça sık görülen, klinik pratikte sorunlara yol açan; hastanelerde, kurumlarda ve toplumda yaşlı hastaların bakımı ile ilgili günlük iş yükünün çoğuna neden olan belirtiler kümesidir. Bilişsel olmayan semptomlar ve davranışlardan oluşan heterojen belirtiler kümesidir. Başlıca görülen davranışsal belirtiler; kişilik değişiklikleri, apati, ajitasyon-saldırganlık, disinhibisyon, irritabilite-agresyon, anormal motor davranış, uyku ve gece davranışı, yeme davranışında değişikliklerdir. Başlıca psikolojik belirtiler de; depresyon, anksiyete, öfori, düşünce ve algı bozuklukları ve misidentifikasyonlardır. AH'ye davranışsal ve psikiyatrik belirtilerin eşlik etmesi ekonomik ve sosyal yükü artıran en önemli durumlardandır. Belirtiler hastaların işlevselliğini ve yaşam kalitesini belirgin düşürürken; hastaların bakım verenleri üzerinde büyük stres oluşturur. Bu nedenlerle belirtiler ve eş tanılar için sıklıkla AH'de psikotropların kullanılması gerekmektedir. Ancak psikotrop tedavi düzenlenirken titiz ve dikkatli olunmalıdır. Örneğin yaşlıların %55'inin endikasyon olmadan, %33'ünün etkisiz dozda ve %17'sinin aynı endikasyon için çok ilaç aldığı saptanmıştır.

AH'de kullanılan başlıca psikotroplar: Antidepresanlar, antipsikotikler, anksiyolitikler, duygudurum dengeleyicileri ve nadiren stimulanlardır.

Bu konuşmada AH'de sıklıkla hangi psikotropların kullanıldığından, kullanım gereklilikleri ve kullanılmaması gereken durumlardan, psikotropların sık görülen yan etiklerinden ve tedavinin muhtemel olumsuz sonuçlarına karşı alınması gereken önlemlerden bahsedilecektir.

ENTERAL BESLENME İLKELERİ

Dr. Berrin Karadağ

Beslenme bozukluğu veya yetersizliği olan hastalarda immün sistemde, yara iyileşmesi, kas gücü ve psikolojik durumda bozukluklar daha sık görülmektedir. Beslenme bozukluğu olan hastaların uygulanan tıbbi ve cerrahi girişimlerle baş etme yetisi bozulmaktadır. Böylece hem %50'lere varan oranlarda daha fazla tedavi maliyeti, hem de ortalama 5 gün daha uzun hastane yatışı sorun olmaktadır. Enteral beslenme gastrointestinal (Gİ) sistemi fonksiyonel olan hastalarda makro ve mikro besin maddelerinin nazogastrik veya nazoenterik, gastrostomi veya jejunostomi yoluyla devamlı ya da aralıklı olarak hastaya verilmesidir. Erken başlanan enteral beslenme'nin (EB) mukozal atrofiyi azalttığı, barsağın bariyer fonksiyonunu koruduğu ve intestinal bakteriyel translokasyonu azalttığı gösterilmiştir . Parenteral beslenmeyle karşılaştırıldığında da maliyeti, septik komplikasyonları azalttığı ve hastalık seyrini iyileştirdiği gösterilmiştir.

Beslenme destek tedavisi gereken hastalara, besin öğelerinin oral veya gastrointestinal sistem (GİS) yoluyla ve genellikle girişimsel yöntemler yardımı ile verilmesine ENTERAL NÜTRİSYON (EN) denir. Eğer hastanın fonksiyon gören barsağı var, ancak nütrisyonel gereksinimlerini karşılayacak kadar besin alamıyor veya almak istemiyorsa enteral nütrisyonun farklı seçenekleri değerlendirilmelidir. Oral alımın 5-7 günden uzun bozulduğu veya bozulması beklenen hastalara beslenme desteği verilmelidir. Malnütrisyonu olan hastalarda destek daha erken verilmelidir. Enteral tüple beslenme (ETB), bilinç kaybı, yutma güçlüğü kısmi intestinal yetmezliği olan hastalarda ve bazı anorexia nervosalı hastalarda da başarıyla uygulanabilir. Majör gastrointestinal cerrahiden sonra erken başlanan ETB, infeksiyonları ve hastanede kalış süresini azaltır. ETB, operasyon sonrası oral alımı tolere edemeyen hastalarda; ciddi malnütrisyonlu ise 1-2. gün, orta derece malnütre ise 3-5. gün, normal ve kilolu hastalarda ise 7.gün başlanmalıdır. Komplike olmayan pankreatitli hastalara da ETB uygulanabilir.

Mekanik intestinal obstrüksiyon, Hipomotilite (psödoobstrüksiyon), Paralitik ileus, peritonit,Duodenum distalinde enterokutenöz fistül (debi>500ml/gün), Şiddetli diare, Üst GİK'de kanama ve Barsak istirahati zorunluluğu durumları enteral nutrisyonun kontrendike olduğu durumlardır.

Enteral beslenmede ilk tercih edilecek yöntem eğer bir kontrendikasyon yok ise oral yoldur. Dört-altı hafta gibi kısa süreli beslenmede nazogastrik tüp (NGT) ve nazoenterik tüp (NET) en sık kullanılan araçlar iken, uzun süreli beslenme için gastrostomi veya jejunostomi açılmaktadır. Enteral beslenme parenteral'e oranla daha az komplikasyonlu ve ucuzdur. TPN ile beslenen hastalarda EN geçilmesi prognozu olumlu etkiler. Gastroözofageal reflü, subakut gastroduodenal obstruksiyon, ileus ve diyare mutlak kontrendikasyon değildir, enteral beslenme yollarından uygun olanın seçilmesi ile beslenebilirler. Dört haftadan uzun enteral beslenecek hastalara PEG yerleştirilmelidir.

Malnutrisyon hastanede yatan hastalarda sık görülen bir durumdur ve enteral tüple beslenme bu hastaların tedavisinde güvenli ve etkin bir yoldur. Uygulanacak yönteme, klinisyenin bilgi, tecrübe ve imkanları doğrultusunda, tercihen bir beslenme uzmanı ile birlikte karar verilmeli ve hastalar bir ekip çalışması içinde takip edilmelidir. Komplikasyonların çoğu, dikkat edildiğinde önlenebilir niteliktedir.

DELİRYUM TANI VE TARAMASINDA KULLANILAN ARAÇLAR

Doç. Dr. Mustafa Kemal Kılıç
T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Deliryum; geçici, nöropsikiyatrik bulgularla seyreden zihinsel işlev bozukluğu olarak tanımlanmaktadır. Sıklıkla yatkın bireylerde tetikleyici etkenlere maruziyet sonucu ortaya çıkar. Akut başlangıçlı bilinç durumu değişikliği gün içerisinde dalgalanmalarla seyreder. Dikkat dağınıklığı en karakteristik bulgudur. Düşünce içeriğinde ve akışında dezorganizasyon, halüsinasyonlar ve sanrılar eşlik edebilir. Sistemik hastalıkların santral sinir sistemindeki nörotransmitter dengesi üzerine olumsuz etkileri nedeniyle hipoaktif, hiperaktif veya mikst karakterde ortaya çıkabilir. Özellikle çoklu hastalığı ve ilaç kullanımı olan hastalarda huzur evi ve yoğun bakım şartlarında deliryum görülme sıklığı daha fazladır. Altta yatan ciddi bir sağlık sorununun göstergesi olabilir ve özellikle hipoaktif tipinin mortalite ve morbidite artışıyla ilişkili olduğu bilinmektedir. İşte bu nedenle erken dönemde tanı konulup gerekli önlemlerin alınması elzemdir. Bu amaca hizmet etmek üzere çok sayıda deliryum tarama testi geliştirilmiştir. Tıbbi literatürde en fazla referans gösterilen test CAM (Confusion Assessment Method) ve türevleridir. Yoğun bakım (CAM-ICU) ve acil servis (CAM-ED, bCAM) şartlarına uyarlanmış türevleri dışında hasta yakınlarının erken dönemde deliryumu tanıması için FAM-CAM da geliştirilmiştir. Demans üzerine deliryum eklendiği durumlarda tanısal açıdan öne çıkan 4AT, sağlık personelinin psikiyatrik eğitim almaksızın uygulayabileceği Nu-DESC ve deliryum şiddetini değerlendirmek üzere geliştirilen MDAS (Memorial Delirium Assessment Scale) çok sayıdaki testten ancak birkaçıdır (Tablo-1). Bu sunumda önemli testlerin uygulamadaki avantaj ve dezavantajlarının tartışılması planlanmaktadır.

Tablo 1. Deliryum Tarama Testleri

4AT	Delirium Observation Screening (DOS)
Bedside Confusion Scale	Delirium Rating Scale Revised 1998 (DRS-98R)
Clinical Assessment of Confusion (CAC)	Delirium Symptoms Interview (DSI)
Cognitive Test for Delirium (CTD)	Delirium Diagnostic Test-Provisional (DDT-Pro)
Confusion Assessment Method (CAM)	Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)
Confusion Assessment Method-ICU version (CAM-ICU)	Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS)
3D-CAM	NEECHAM Confusion Scale
Confusion Assessment Method-ED verison (CAM-ED)	The Organic Brain Syndrome Scale
The Family Confusion Assessment Method (FAM-CAM)	Nursing Delirium Screening Scale (Nu-DESC)
Confusion Rating Scale (CRS)	Single Question in Delirium (SQiD)
Delirium Index	The Sour Seven
Delirium-O-Meter	The Veiligheids Management Systeem (VMS)
Identification and Interventions for Dementia in Elderly Africans (IDEA)	Brief Confusion Assessment Method (bCAM)

DELİRYUM TEDAVİSİNDE YENİ YAKLAŞIMLAR

Dr. Ahmet Yalçın

Deliryum, akut dikkat ve bilişsel fonksiyonlarda bozukluk olarak tanımlanan bir durum olup, geriatrik bir sendrom olarak kabul edilmektedir. Deliryum yaşlı hastalar arasında yaygın, ciddi ve genellikle ölümcül bir durumdur. Yaygın olmasına rağmen genelde atlanılmaktadır. Deliryum kişinin fonksiyonu ve yaşam kalitesi üzerinde ciddi olumsuz etkileri vardır [1]. Deliryum tedavisi önlenmesine ve semptomları azaltmaya yönelik olarak uygulanmaktadır. Hem önleme hem de semptomların tedavisi ilaç ve ilaç dışı tedaviyi içermektedir. Deliryumun önlenmesinde ve tedavisinde, sistematik derlemelerin artışı ve kılavuzların ortaya çıkması ile beraber, deliryumun önlenmesinde kanıta dayalı yaklaşımlar ön plana çıkmaktadır. 2014 yılında Amerikan Geriatri Derneği ve Amerikan Cerrahi Koleji postoperatif deliryum için klinik kılavuzlar yayınlamıştır [1].

Deliryumun önlenmesi

Çok yönlü ilaç dışı yaklaşımlar

Özellikle hastanede yatan, yoğun bakım (YB) hastası olmayan cerrahi veya medikal hastalarda etkinlikleri gösterilmiştir. Bu yaklaşımların sıklıkla kullanılanları tablo 1'de gösterilmiştir. Deliryumunaltında yatan birçok neden olduğundan dolayı önleme stratejilerinin etkili olması için multidisipliner bir takım tarafından uygulanması ve birçok yaklaşımın beraber uygulanması gerekmektedir [1]. On dört çalışmayı içeren bir meta-analizde, 65 yaş üstü hastanede yatan YB dışı hastalarda ilaç dışı tedavi yaklaşımlarının deliryum sıklığını %53 azalttığı gösterilmiştir [2]. Bu yaklaşımların maliyet etkin olduğu da gösterilmiştir [1]. 16082 hastayı içeren bir Cocharene analizinde ilaç dışı yaklaşımların deliryum insidansını azaltmada orta derecede kanıta sahip olduğunu, deliryumun şiddet ve süresini azaltmada ise etkinliklerinin çok belirgin olmadığı belirtilmiştir [3]. Deliryum önlemede hemşire veya bakım verenin eğitimi, özel geriatri birimleri, müzik terapisi ve psikoterapinin faydaları belli değildir [1]. Demansı olup hastanede yatan kişilerde ilaç dışı yaklaşımların deliryum sıklığını azaltmaktadır. Ancak, uzun dönem bakım hastalarında, son dönem hastalığı olan kişilerde ve kanser hastalarında etkileri daha sınırlıdır [1]. Geriatrik konsültasyon yaklaşımı farklı tıbbi ortamlarda denenmiştir, ancak başarısı konsültasyon önerilerini uygulayan sağlık çalışanlarına daha çok bağlıdır [1]. İlaç dışı tedavi yöntemleri çok önemlidir ancak dezavantajı önemli iş yükü ve zaman gerektirmesidir.

Tablo 1. Deliryumun önlenmesinde çok yönlü ilaç dışı yaklaşımlar

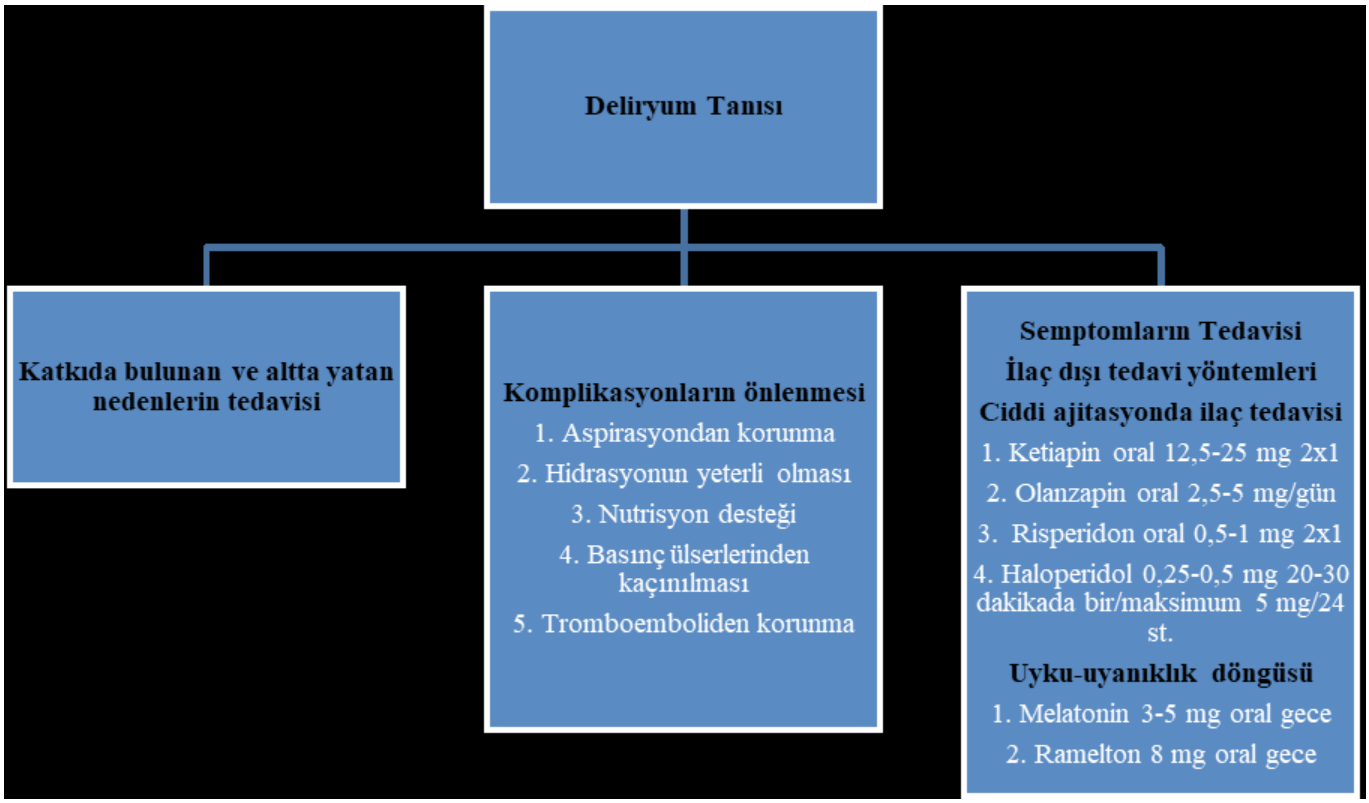
Yaklaşımlar	***Açıklama***
Oryantasyon ve terapötik aktiviteler	Yeterli aydınlanmayı sağla Saat, takvim ve bilgilendirici işaretler Sık zaman, yer ve kişi oryantasyonu Düzenli aile ve yakın ziyareti Kognitif faaliyetleri uyaran aktiviteler
Sıvı alımı	Oral alımı destekle Gerekirse i.v sıvı ver
Erken mobilizasyon	
Oral besin alımında destek	Protez dişlerin uygunluğu Genel nutrisyon kılavuzlarından yardım Diyetisyen konsültasyonu
Görme ve İşitme	Geri dönüşümlü nedenleri tedavi et Görmeye ve işitmeye yardımcı cihazların kullanımı
Enfeksiyonun Önlenmesi	Enfeksiyon kontrol protokolleri Enfeksiyonların tedavisi Gereksiz kataterizasyondan kaçın
Ağrı tedavisi	Ağrıyı düzenli sorgula ve değerlendir Tedavi ve takip et
Hipoksi kontrolü	Hipoksi bulguları için uyanık ol ve oksijen satürasyonu ölçümü
Psikoaktif ilaç protokolü	Hem ilaçları hem de ilaç sayısını değerlendir

Deliryum önlemede ilaç tedavisi

Yakın zamanda yapılan bir Cocharene analizinde YB ihtiyacı olmayan medikal veya cerrahi nedenle hastanede yatan 16 yaş üstü kişilerde anti-psikotik kullanımının deliryumu önlemede yararı gösterilememiştir. Bazı çalışmalar atipik anti-psikotik kullanımının postoperatif deliryumu önlediğini önerse de, metodolojik kısıtlılıklar kesin bir öneri önünde engel olarak durmaktadır. Meta-analizler ayrıca melatonin, melatönin reseptör agonisti rameltonun ve kolinesteraz inhibitörlerinin deliryumu önlemede kanıt düzeylerinin yetersiz olduğunu bildirmiştir [1].

Cerrahi hastalarda deliryumun önlenmesi

Farklı sedasyon veya anesteziklerin preoperatif kullanımı deliryum insidansını azaltmaktadır. Hafif kognitif bozukluğu olan kişilerde deksamedetomidin postoperatif deliryum sıklığını azaltabilmektedir. Ancak, bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Glukoz seviyelerinin sıkı takibi, preoperatif kan transfüzyonu gibi stratejiler çeşitli derecelerde yarar göstermiştir. Orta derecede kanıt göstermiştir ki anestezi derinliğinin takibi postoperatif deliryum sıklığını azaltmaktadır [1].



Şekil 1. Deliryum Tedavisi

Deliryum tedavisi

İlaç dışı yaklaşımlar

Yakın zamanda yapılan birkaç çalışma ilaç dışı yaklaşımların deliryum tedavisinde etkinliği araştırılmıştır. 143 huzurevi sakininde modifiye "Hospital Elder Life Program" kullanılarak deliryum tedavi edildiğinde hem hasta tatmin oranında artış hem de hastaneye yatış sıklığında azalma saptanmıştır [4]. Ancak, bu konuda daha fazla klinik çalışmaya ihtiyaç vardır. Başka bir çalışmada ise, postakut bakımda kalan demanslı kişilerde kognitif uyarının yatış süresini azatlığı ve yürütcü fonksiyonlarda düzelme sağladığı saptanmıştır. Ancak, deliryum süre ve şiddetine bir etkisi olmamıştır [5]. Parlak ışık tedavisi, uyku protokollerinin uygulanması, özel uzmanlaşmış geriatri odaları gibi yöntemleri uygulayan çalışmalarda farklı ve kısıtlı sonuçlara ulaşılmıştır [1].

Farmakolojik tedavi

Birçok çalışmada anti-psikotiklerin deliryum şiddetini veya süresini azalttığı gösterilememiştir. Yakın zamanlı sistematik bir derlemede oral risperidon, olanzapin, ketiapin, i.m ziprasidon ve oral/i.v/i.m haloperidolü değerlendiren bir çalışmada hospitalize yaşlı hastalarda anti-psikotiklerin deliryum tedavi veya önlemesinde etkinliğine dair yeterli kanıt bulamamıştır. Özellikle deliryum süresi, yatış süresi ve mortalite üzerine etkileri gösterilememiştir. Ek olarak, anti-psikotik tdavi sonrası bakım evine yatış riskinin artırdığını gösteren çalışmalarda mevcuttur. Palyatif bakım ortamında atipik anti-psikotikleri deliryum tedavisinde değerlendiren randomize kontrollü bir çalışmada ise oral risperidon veya haloperidol alanlarda daha yüksek deliryum semptom skorları saptanmıştır. Anti-psikotikler dışında ajanların farmakolojik tedavide kullanımı ile ilgili yeterli çalışma yoktur [5].

Anti-psikotikler tedavi ciddi ajitasyonu olan, mevcut medikal tedavinin engelleyecek kadar davranışsal semptomu olan, kendi veya diğer hastaların güvenliğini tehdit edecek kadar semptomu olan vakalara verilmelidir. Ciddi yan etkileri ve uzun dönemde kullanımlarının sakıncaları nedeniyle en son çare olarak, en düşük doz ve en kısa sürede verilmelidirler. Haloperidol intravenöz kullanımı sırasında monitarizasyon yapılmalıdır [1]. Hipoaktif deliryumda ilaç tedavisinden mümkün olduğunca kaçınılmalıdır ve benzodiyazepinler alkol ya da ilaç çekilme durumları hariç kullanılmamalıdır. Deliryum tedavisi Şekil 1'de özetlenmiştir.

Kaynaklar

1. Oh ES, Fong TG, Hshieh TT, Inouye SK. Delirium in Older Persons: Advances in Diagnosis and Treatment. JAMA. 2017;318(12):1161-74. doi:10.1001/jama.2017.12067.
2. Hshieh TT, Yue J, Oh E, Puelle M, Dowal S, Travison T et al. Effectiveness of multicomponent nonpharmacological delirium interventions: a meta-analysis. JAMA Intern Med. 2015;175(4):512-20. doi:10.1001/jamainternmed.2014.7779.
3. Siddiqi N, Harrison JK, Clegg A, Teale EA, Young J, Taylor J et al. Interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients. Cochrane Database Syst Rev. 2016;3:CD005563. doi:10.1002/14651858.CD005563.pub3.
4. Boockvar KS, Teresi JA, Inouye SK. Preliminary Data: An Adapted Hospital Elder Life Program to Prevent Delirium and Reduce Complications of Acute Illness in Long-Term Care Delivered by Certified Nursing Assistants. J Am Geriatr Soc. 2016;64(5):1108-13. doi:10.1111/jgs.14091.
5. Kolanowski A, Fick D, Litaker M, Mulhall P, Clare L, Hill N et al. Effect of Cognitively Stimulating Activities on Symptom Management of Delirium Superimposed on Dementia: A Randomized Controlled Trial. J Am Geriatr Soc. 2016;64(12):2424-32. doi:10.1111/jgs.14511.

KLİNİK NUTRİSYONDA PRATİK UYGULAMALAR

Dr. Kezban Akçay, Dr. Burcu Kelleci

Klinik nütrisyon alanında multidisipliner bir ekip ile güncel kaynaklar ve klavuzlar dikkate alınarak uygulamaların pratik hayata aktarılması oldukça önemli bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Hemşire ve eczacı nütrisyon ekibinin doktoru ve diyetisyeni ile birlikte, hastaların nütrisyonel değerlendirmesinde, tedaviye başlama, sürdürme ve sonlandırma sürecinde görev almaktadır. Bu oturumlarda dinleyicilere nütrisyon destek tedavisinin başlanmasında dikkat edilmesi gereken noktalar, enteral beslenme tüplerini tıkanma, kırılma, çatlama, bükülme, yerinden çıkma, ciltte irritasyon, enfeksiyon gibi komplikasyonlar açısından takip edilmesi ve önlenmesi, enteral beslenme yollarının bakımı ve pansumanı, parenteral nütrisyon uygulanan hastalarda damar yolu ile ilgili komplikasyonların önlenmesi, santral venöz kateterlerin bakımı ve pansumanı konusunda gerekli hemşirelik girişimlerinin aktarılması sağlanacaktır. Ayrıca nütrisyon desteği alan hastalarda ilaçların doğru şekilde uygulanması, etkileşimleri (ilaç-ilaç, ilaç-besin), geçimsizlikleri ve formülasyonların güvenilirliği ile ilgili değerlendirme ve bilgilendirme yapılacaktır. Görsel ve uygulamalı örnekler sunulacaktır.

AĞRI VE PSİKİYATRİK NEDENLERİ

Dr. Evrim Göde Öğüten

Geriatrik hasta grubunun %70-85'inde kronik ağrı yaşantısı görülür. Bu grupta ağrı sıklığı bu kadar yüksek olmasına rağmen ağrı çoğunlukla fark edilmez ya da yetersiz tedavi edilir. Psikiyatrik hastalık ve bilişsel bozukluk varlığında hastanın ağrıyı değerlendirmesi de bozulabileceğinden ağrının tanınmama riski artar. Geriatrik hastalarda ağrının değerlendirilmesindeki zorluklar: eş tanılar, ilaçlar, depresyon ve duyusal kusurlardır. Özellikle bilişsel kusurları olanlar ağrının yarattığı huzursuzluğa aşırı davranışsal tepkiler verebilirler. Ağrı ipuçları aynı zamanda da psikiyatrik durumlarda görülen belirtilerdir: Depresyon, anksiyete, izolasyon (sosyal çekilme), agresyon (çabuk sinirlenme), ajitasyon, direnç . Bu belirtilerin psikiyatrik olduğu düşünülerek verilecek psikotrop tedavileri bazen ağrı ile ilişkili belirtileri maskeleyebilir. Ağrının tanınması ve tedavisini daha da zorlaştırabilir.

Kronik ağrı hastaları maladaptif davranışlar gösterir: Tıbbi tedaviye aşırı bağlılık, sürekli yatak istirahati, kısıtlanmış yaşam stili, mecburi ev işleri ve mesleki sorumluluklar dışında fiziksel ve sosyal aktivitede bulunmama. Bu davranışlar da hastanın sosyal olarak daha da çekilmesine, işlevselliğinin ve bağımsızlığının azalmasına neden olur. Bunun yanında kronik ağrısı olanlarda narkotik ağrı kesicilerin daha sık kullanıldığı bilinmektedir. Hasta olumsuz ruh haline ilişkin olumsuz bir tutumda olabilir: Huysuzluk, ajitasyon, tartışmacılık, öfkelilik, sorumluluktan kaçma, sürekli yakınma, yorgunluk, tedirginlik gibi. Hastalar zaman zaman zordur, yanıtsızdır, tüketicidir, çaresizdir, çaresizlik yaratır.

Kronik ağrının psikiyatrik durumlar ile ilişkisi 'yumurta tavuk' ilişkisine benzetilebilir. Psikiyatrik durumlar ağrının nedeni olabilir (ağrıyı tetikleyen ya da açıklayan durum: psikojenik stresörler, psikososyal özellikler / psikopatolojik öykü, travma öyküsü gibi). Psikiyatrik durumlar ağrı ile eş zamanlı görülüyor olabilir. Son olarak da psikiyatrik durumlar ağrının sonucu (ağrı yaşantısına verilen tepki ya da ağrı sonucunda gelişmiş psikopatoloji bulgusu) olabilir.

Ağrı ile ilişkili psikiyatrik durumlar; somatizasyon/somatik belirti bozukluğu; depresyon ve anksiyete bozuklukları, kişilik özellikleri/bozuklukları, travma (fiziksel ya da cinsel istismar), uyku bozuklukları, ilaç bağımlılığı (narkotik ağrı kesiciler)dır. Örneğin ağrısı olan geriatrik hastalarda depresyon ve uyku bozuklukları daha sıktır. Kronik ağrı yaşam kalitesini bozar; ağrısı olan yaşlıların %83'ü ağrılarının günlük işlevselliklerini ve yaşam kalitelerini düşürdüğünü belirtmektedir.

Ağrılar yaşlanmanın doğal sonucu değildir. Ağrı ile gelen geriatrik hastaya multidisipliner yaklaşım önemlidir. Tedavi hedefleri: Multidisipliner tedavi ekibince izlenmesi, narkotik ve çoklu/gereksiz ilaç kullanımından sakınılması, eşlik eden psikiyatrik tanıların tedavisi, psikososyal bakımı, ağrı ya da acıyı ve ağrı davranışını arttıran psikososyal streslerle baş etmeye yardımcı olunması, hastanın genel işlevselliğinin arttırılmasına çalışılmasıdır.

MALNÜTRİSYONU NASIL TANIYALIM?

Uzm. Dyt. Sevan Çetin
Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Beslenmenin gerek yaşam döngüsünde gerekse tıpta çok önemli bir rolü bulunmaktadır. Malnütrisyon geniş kapsamlı bir terim olup, beslenmede herhangi bir dengesizliği ifade etmede kullanılırken, gelişmiş ülkeler için aşırı beslenmeyi, gelişmekte olan ülkelerde ise yetersiz beslenmeyi belirtmektedir. Hastanede yatan erişkin hastalarda malnütrisyon prevelansının %30-50 olduğu belirtilmektedir. Ancak sorunu tanımadan önce bunu risk olarak kabul edip, risk değerlendirmesinin iyi yapılması gerekmektedir.

Malnütrisyon, besinlerin yetersiz alımı sonucunda, vücut kompozisyonunda özellikle yağsız vücut kütlesinde azalmaya neden olan, vücut hücre kütlesinde azalmayla fiziksel ve mental fonksiyonlarda gerilemeye neden olan ve hastalıkların klinik sonuçlarında bozulmaya neden olan bir durumdur. Ancak yukarıda da bahseldiği üzere malnütrisyonun tanısından önce, nütrisyonel riskin valide edilmiş nütrisyonel risk tarama araçları yardımıyla belirlenmesi gerekmektedir.

European Society for Clinical Nutrition and Metabolism, diagnoz için iki kriteri: Dünya Sağlık Örgütünün (WHO) sınıflamasına göre azalmış beden kütle indeksi (BMI) <18,5 veya ağılrlık kaybı ve azalmış BKI'nin kombinasyonunu sunarken, American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN) ve Nutrition and Dietetics Academy, malnütrisyonun diyagnozunda yetersiz enerji alımı, ağırlık kaybı, kas kütesli kaybı, subkutanöz yağ kaybı, sıvı birikimi ve el kavrama gücünde azalma gibi altı kriter belirlemiş olup, en az iki tanesinin varlığının olması gerektiğini belirtmiştir.

Malnütrisyon etyolojiye dayalı olarak üç şekilde sınıflandırılmaktadır. Birincisi inflamasyonun eşlik ettiği hastalıkla ilişkili malnütrisyon, ikincisi inflamasyon olmaksızın hastalıkla ilişkili malnütrisyon ve son olarak da hastalık olmaksızın malnütrisyon veya yetersiz beslenmeyi kapsamaktadır.

İnflamasyonun eşlik ettiği hastalıkla ilgili malnütrisyon, inflamatuvar yanıtla karakterize olup, katabolik durum inflamasyon yolağıyla anoreksiyaya, azalmış besin alımına, kilo kaybı ve kas kaybına neden olmaktadır. İnflamasyonun eşlik ettiği hastalıkla ilişkili malnütrisyon, akut hastalıkla veya hasarla ilişkili ve kronik hastalıkla ilişkili malnütrisyon olarak kategorizelendirilmektedir.

Akut hastalık veya hasarla ilişkili malnütrisyon, akut hastalık, travma veya majör cerrahi prosedürler sonucu stres metabolizması aracılığıyla nütrisyonel değişimlerle karakterize olan malnütrisyondur.

İnflamasyonun eşlik ettiği kronik hastalıkla ilişkili malnütrisyon, kaşeksi kavramıyla karşımıza çıkmaktadır. Kaşeksi multifaktöriyel bir sendrom olup, hastalığın altında yatan nedene bağlı olarak vücut ağırlığı, yağ ve kas kaybı ile karakterizedir. Kalp yetmezliği, kanser, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve HIV, böbrek ve karaciğer yetmezliği gibi kronik durumlarda, sıklıkla son-dönem organ hastalıklarında oluşmaktadır. İnflamasyonun eşlik ettiği kronik hastalıkla ilişkili malnütrisyonun diyagnostik kriteri, hastalıkla birlikte eşzamanlı olarak malnütrisyonun varlığı ve inflamasyonun biyokimyasal göstergesidir.

Tablo1. Malnütrisyon tarama araçlarının karşılaştırılması (1)

Tarama Araçları	*Açıklama*	*Kullanılan Parametreler*
Malnütrisyon Tarama Aracı (MST)	Basit ve kolay	İstemsiz ağırlık kaybı İştah
Nütrisyonel Risk Tarama (NRS-2002)	Espen tarafından hastanelerde kullanılmak üzere geliştirlmiştir	İstemsiz ağırlık kaybı BMI Hastalığın ciddiyeti Yaş Bozulmuş genel durum
Malnütrisyon Universal Tarama Aracı (MUST)	Toplumda kullanılmak üzere geliştirilmiştir	İstemsiz ağırlık kaybı BMI Hastalığın ciddiyeti Besin alımı
Kısa Nütrisyonel Değerlendirme Anketi (SNAQ)	Kolay ve çabuk	İstemsiz ağırlık kaybı İştah Oral suplement kullanımı veya tüple beslenme

İnflamasyonun eşlik etmediği hastalıkla ilişkili malnütrisyon yani non-kaşektik malnütrisyonun etyolojisinde inflamasyon bulunmayıp, disfaji, malabsorpsiyon, Parkinson hastalığı gibi hastalıklarda karşımıza çıkmaktadır.

Hastalık olmaksızın gelişen malnütrisyon, gelişmekte olan ülkelerde hastalık olmaksızın açlık ve besin yokluğunda karşımıza çıkmaktadır. Sosyo-ekonomik veya psikolojiyle ilişkili malnütrisyonda yoksulluk, sosyal adaletsizlik, yetersiz bakım, matem, kendini ihmal etme gibi durumlar söz konusudur.

Malnütrisyona neden olan faktörler arasında, azalmış besin alımı, makro ve mikro nütrentlerin absorbsiyonunda azalma, azalmış veya değişmiş besin gereksinimleri ve spesifik hastalık süresince gelişen artmış enerji harcaması bulunmaktadır.

Malnütrisyon vücutta birçok sistemini etkilemektedir. Etkileri kas ve kemik, kardiyovasküler ve solunum sistemi, gastrointestinal sistem, immunite ve doku onarımı, endokrin sistem üzerine ve psikolojik sorunlar olarak görülmektedir. Bunların klinik yansıması hastanede kalış süresinde ve hastaneye yeniden başvuruda artış, yaşam kalitesinde azalma, enfeksiyonlarda artış, mortalitede ve maliyette artış olarak karşımıza çıkmaktadır.

Malnütrisyonun maliyetine baktığımızda gerek hastanede yatış süresince gerekse taburculuk sonrası, dünya genelinde oldukça yüksek sağlık ve ekonomik yükü bulunmaktadır. Nütrisyonel tarama, değerlendirme/saptama ve müdahalelerin yapılmasına karşın farkına varamama veya görmezden gelme ya da yetersiz nütrisyonel destek durumu söz konusu olabilmektedir.

Malnütrisyonlu hastaların taranması, hastanelerde sürecin bir parçası olarak rutine girmiş rehabilitasyon merkezlerinde, uzun dönem bakım merkezlerinde ve toplumda sağlık hizmetlerinde kullanımı uygun görülmüştür. Nütrisyonel taramayla, malnütrisyonlu veya risk altındaki hastaları belirlermek ve zamanında nütrisyonel müdaheleyi yapmak hedeflenmektedir. Malnütrisyon riskini belirlemek için çeşitli araçlar geliştirilmiş olup, Tablo 1'de özetlenmiştir.

Malnütrisyon riski altındaki veya malnütrisyonlu hastaların tanımlanması ve uygun hastaya uygun müdahale yöntemleri, daha iyi sağlık hizmetleri ve klinik sonuçlara yol açarak farkındalığın artmasına ve sağlık harcamalarında azalmaya yardımcı olacaktır. Bu bağlamda doktor, diyetisyen, hemşire, eczacı gibi sağlık profesyonellerini içeren Nütrisyon Üniteleri malnütrisyonun yönetimine katkı sağlamaktadır.

Kaynaklar

1. Jensen L G, Compher C, Sullivan D H, et al. Recognizing Malnutrition in Adults: Definitions and Characteristics, Screening, Assessment, and Team Approach, JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2013.
2. Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, et al.ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition, Clinical Nutrition, 2017.
3. Saunders J and Smith T. Malnutrition: Causes and consequences, Clinical Medicine, 2010
4. M I Correia, Hegazi A R, Higashiguci T, et al. Evidence-Based Recommendations for Addressing Malnutrition in Health Care: An Updated Strategy From the feedM.E. Global Study Group, JAMDA, 2014.
5. Saunders J, Smith T, Stroud M. Malnutrition and undernutrition, Medicine 2011.
6. A Sümbül and Garcia J M. Sarcopenia, Cachexia and Aging: Diagnosis, Mechanisms and Therapeutic Options – A Mini-Review, Gerontology, 2014.
7. Barker L, Gout S B and Crowe C T. Hospital Malnutrition: Prevalence, Identification and Impact on Patients and the Healthcare System, Int. J. Environ. Res. Public Health 2011.
8. Field B L and Hand R K. Differentiating Malnutrition Screening and Assessment: A Nutrition Care Process Perspective, Journal Of The Academy Of Nutrıtıon And Dıetetıcs, 2015.

SIK KARŞILAŞILAN SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Dr. Cafer Balcı

Enteral nütrisyon (EN), gastrointestinal sistemin (GIS) fonksiyonel olduğu durumlarda beslenme desteği sağlamak için tercih edilen yoldur. Parenteral beslenme ile karşılaştırıldığında, enteral beslenme, daha az ciddi komplikasyonlara yol açmakta, konakçı immün yanıtını sürdürmede veya restore etmede daha etkili olmakta ve normal fizyolojik ve metabolik süreçlerin idamesini sağlamaktadır. Ayrıca enteral beslenmenin maliyeti parenteral beslenmeden daha azdır.

Enteral beslenmeyle ilişkili komplikasyonların çoğu minor düzeyde olmakla birlikte, bazıları oldukça ciddi olabilir. Bununla birlikte, komplikasyonların insidansı ve şiddeti, hastanın klinik durumunun ve beslenme gereksinimlerinin değerlendirilmesi, besleme tüpünün dikkatli bir şekilde yerleştirilmesi, sürecin izlenmesi ve formülün uygun şekilde seçilmesi ve ilerletilmesi ile azaltılabilir. Enteral beslenme ile ilişkili komplikasyonlar gastrointestinal, mekanik ve metabolik komplikasyonlar olarak sınıflandırılabilir.

Gastrointestinal komplikasyonlar

Diare

Diare EN seyrinde oldukça sık görülmektedir. Tanımında farklı yöntemler kullanılmakla beraber, EN seyrinde diare prevelansı normal servis hastalarında %25, yoğun bakımda takip edilen hastalarda %60'lara varan değerlere ulaşmaktadır. EN sırasında görülen diarenin olası nedenleri bolus uygulama, yüksek hızda uygulama, yüksek osmalalite, yüksek hızda uygulama, bakteriyel kontaminasyon, gis enfeksiyonları, ilaçlar, malabsorbsiyon ve ürün ısısının düşük olmasıdır. Enteral tüp beslemesi sırasında klinik olarak anlamlı diyare gelişirse, enteral beslenme kesilmemeli, aşağıdaki durumlar gözden geçirilmelidir.

- Gis enfeksiyonlarını ekarte edin (Özellikle C. Difficile).
- Diareye neden olabilecek olası ilaçların varlığını değerlendirin.
- Ürünün veriliş hızını azaltın.
- Bolus tarzda beslenme yerine sürekli infüzyon şeklinde destek sağlayın.
- Ürünün bakteriyel kontaminasyon olasılığını değerlendirin.
- Malabsorbsiyon şüphesinde düşük molekül ağırlıklı ürünler kullanın.
- Diarenin devam etmesi durumunda mevcut ürün, çözülebilen lif içeren ürün ile değiştirilebilir.

Bulantı ve Kusma

EN alan hastaların yaklaşık %20'sinde bulantı ve kusma görülür. Bu hastaların büyük çoğunluğunda halihazırda bulantı ve kusma riski yüksek olan hastalıklar (örn üst gis maligniteleri) mevcuttur. Nedenleri multifaktöriyeldir, ancak gecikmiş gastrik boşalma en sık görülen problemdir. Bozulmuş gastrik boşalma için risk faktörleri, diabetes mellitus, vagotomi öyküsü, sistemik skleroderma, asit, myopati, ilaçlar gibi kronik hastalık ve durumlar ile travma, abdominal cerrahi, pankreatit gibi akut hastalıklardır. Yoğun bakım hastalarında uzamış gastrik boşalma sıklıkla görülmektedir. Bilinci açık hastada abdominal rahatsızlık ve/veya şişkinlik hissi olası işaretleridir. EN uygulanan hastada bulantı/kusma gelişmesi durumunda aşağıdakiler değerlendirilmelidir.

- İntestinal obstrüksiyonun dışlanması.
- Neden olabilecek olası ilaçların gözden geçirilmesi.
- Malignitesi bulunan veya kemoterapi alan hastalarda uygun antiemetik/analjezik tedavinin verilmesi.
- Gastrik boşalmada gecikme düşünülmesi durumunda infüzyon hızının azaltılması ve prokinetik ajan başlanması.

Konstipasyon

Kosntipasyon, EN seyrinde diareden daha az sıklıkta görülmektedir. EN ilişkili olası konstipasyon nedenleri azalmış bağırsak hareketliliği, sıvı alımının azalması, impaksiyon veya diyette lif eksikliği olabilir. EN ilişkili konstipasyon yönetiminde; intestinal obstrüksiyonun ekarte edilmesi, ürün içeriğinin gözden geçirilmesi, sıvı alımının artırılması, ürünün yoğunluğunun değiştirilerek lif içeren formüllere geçilmesi uygulanabilir. Tüm bunlara rağmen konstipasyonun devam etmesi durumunda dışkı yumuşatıcıları (laktuloz vb) ve barsak stimülanları düşünülebilir.

Aspirasyon

Orafarengeal sekresyonların, mide veya intestinal içeriğin aspirasyonu EN'nun en ciddi komplikasyonu olup, pnömoni ve sonucunda sepsise yol açabilmektedir. Pulmoner aspirasyon, kusmanın herhangi bir kanıtı olmaksızın gelişebilmektedir. Mekanik ventilasyon uygulanan yoğun bakım hastalarında sessiz mikroaspirasyonların insidansı, gözlenen büyük hacimli aspirasyonlardan çok daha yüksektir. Pulmoner aspirasyon nazogastrik tüple beslenen hastalarda

perkütan gastrostomi (PEG) ile beslenenlere oranla daha fazladır ve supin pozisyon, alt özofagus sfinkterinde bozulma, seyrek özofageal kontraksiyonlar ve tüpün kardiyadan geçmiş olması gibi faktörlerin kombinasyonu ile meydana gelebilmektedir. Aspirasyonun diğer olası risk faktörleri: nörolojik problemler, bilinç düzeyinde azalma, bozulmuş gag refleksi, postoperatif veya ilaca bağlı mide boşalmasında gecikme ve yüksek gastrointestinal reflüdür. Aspirasyon gelişiminin önlenmesi için rutin gastrik rezidü volüm bakılması önerilmemektedir. Klinik etkinliği olmamakla birlikte, etkin beslenmeyi etkilemektedir. Abdominal ağrı, bulantı, kusma, şişkinlik gibi semptomların varlığında ölçülmesi önerilir. Gastrik rezidüel volüm 500 mL'ye kadar normal kabul edilir. Yüksek riskli hastalarda aspirasyon riskini azaltmak için farklı yaklaşımlar bulunmaktadır.

- En az 30 - 45 derece olacak şekilde başın elevasyonu.
- Gastrik rezidünün ölçülerek infüzyon hızının revize edilmesi.
- Nazogastrik tüp yerine postpilorik beslenmeye geçilmesi.

Tüp ile İlişkili Komplikasyonlar

Beslenme tüpünün malpozisyona bağlı olarak kanama, pulmoner/plevral formül infüzyonu, trakeal veya GI kanal perforasyonları görülebilir. Tüplerin eğitimli personel tarafından yerleştirilmesi ve sonrasında montorize edilmesiyle bu komplikasyonlar en aza indirilmelidir. Pozisyonun değerlendirilmesi için hava vererek oskülte etmek uygun bir yöntem değildir. Beslenme tüpünün yerleştirilmesi sonrası tüpün yeri mutlaka radyolojik olarak konfirme edilmelidir. Tüpün varlığı nazofarengeal, özofageal, gastrik ve duedonal değme noktalarında nekroz, ülserasyon ve apse oluşumuna neden olabilir. Bu problemler poliüretan veya silikondan yapılmış ince lümenli (7-8 Fr, en fazla 12Fr) tüp kullanımı ile azaltılabilir. Nazofarengeal/fasyal travmalı hastalarda ve yanıklılarda transnazal tüp yerleşimi kontraendikedir. Aksine, özofageal varisleri bulunan ileri siroz vakalarında nazogastrik tüp yerleştirilebilir. 4-6 haftadan daha fazla EN desteği düşünülen vakalarda nazogastrik tüp yerine gastrostomi düşünülmelidir. Gastrostomi tüp yerleştirilmesine bağlı gelişen komplikasyonların çoğu minördür. Stoma bölgesinde, tüp disfonksiyonunu düşündürecek tarzda sızıntı, uygun olmayan stoma çapı, enfeksiyon gibi komplikasyonlar gelişebilir. Lokal yara enfeksiyonları en sık görülen komplikasyondur. Büyük çoğunluğu minör düzeyde olup, antibiyotik tedavisi ile gerilemektedir. PEG yerleştirilmesi sonrası akut kanama genellikle ciltteki bir vasküler yaralanmadan veya gastrik mukozadan kaynaklanabilir. Gecikmiş kanama, özofajit, gastrit, gastrik/duedonal ülser nedenli olabilir. Hemen her çeşit beslenme tüpünde görülebilecek olan bir diğer komplikasyon da tüp tıkanmasıdır. Tüp tıkanması çoğunlukla ürün verilmesinden sonra yetersiz yıkamaya bağlı olarak gelişmekle birlikte, diğer nedenler arasında parçalanan ve çökelti oluşturabilen ilaçların verilmesi ve tüpün kıvrılması bulunmaktadır. Tüpün tıkanma riski, tüpün çapına, hemşire bakım kalitesine, tüpün tipine ve kalma süresine bağlı olarak değişmektedir. Tıkanmanın önlenmesi için beslenmeden önce ve sonra, ya da beslenmenin herhangi bir nedenle kesintiye uğradığı durumlarda 40 mL veya daha fazla su ile tüp yıkanmalıdır. Tüpten doğru ilaç kullanımı için klinik eczacı ile işbirliği içinde olunmalıdır. Tüp ile verilmeye uygun ilaç formları kullanılmalı, ilaçlar verilmeden önce suda çözülmeli, ya da mümkünse sıvı formlar kullanılmalıdır. Ilık su, sodyum bikarbonat veya pankreatik enzim kullanılması tıkanıklığı açmakta her zaman etkin olmayabilir ve bu nedenle tüpün değiştirilmesi gerekebilir. Düşük pH protein koagülasyonuna eğilim yarattığından rutin olarak gastrik rezidüel aspirasyonundan kaçınılmalı veya minimalize edilmelidir. Tuzlu solüsyon kullanımı, tuzun tüp içerisinde kristalize olarak tıkanmaya neden olabileceğinden kullanımı önerilmemektedir.

Metabolik Komplikasyonlar

Enteral nutrisyon, parenteral nutrisyon desteğine kıyasla daha fizyolojik olmakla birlikte, tedavide sadece kalori alımına odaklanıp hastanın sıvı dengesi ihmal edildiğinde metabolik komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir. Hastalarda dehidratasyona bağlı hipernatremi, aşırı sıvı alımına bağlı olarak da hiponatremi gelişebilmektedir. Dehidratasyonun şiddetli bir formu olan "tüple beslenme sendromu" hiperosmolar bir ürünün barsaktan sıvı kaybı ile diareye, osmotik diüreze ve böbrek fonksiyonlarının bozulmasına yol açmasıdır. Bu komplikasyonlar uygun sıvı dengesi ve yeterli monitorizasyon ile önlenebilir.

Ciddi derecede malnutrisyonu bulunan veya uzun süre aç kalmış hastaların tekrar beslenmesine bağlı olarak gelişen bir diğer önemli metabolik komplikasyon "yeniden beslenme (refeeding) sendromu"dur. Riskli hastalarda yeniden beslenme sendromunu önlemek için hastaya azar azar beslemeye başlarken yaşamsal işlevlerin, sıvı dengesinin, plazma elektrolitlerinin (fosfat, magnezyum, kalsiyum, potasyum) ve renal fonksiyonun, kalp atım hızının, solunum fonksiyonlarının yakın takibi önemlidir. Sıvı yüklenmesinden kaçınmak için sıvı dengesi dikkatlice kontrol edilmelidir. Konjestif kalp yetmezliğini önlemek için başlangıçta sıvı ve sodyum kısıtlaması düşünülmelidir. Nütrisyonel desteğe başlamadan önce elektrolit ve sıvı eksiklikleri düzeltilmelidir. Başlangıçta özellikle yeniden beslenmenin ilk haftasında enerji alımı düşük tutulmalı (planlanan enerjinin %25-50 si, yaklaşık 500-1000 kcal/gün veya 10-15 kcal/kg/gün) ve hedefe ulaşıncaya dek günlük %20 gibi arttırılmalıdır. Hastanın sıvı ve elektrolit gereksinimlerini parenteral yoldan vermek gerekebilir. Özellikle aşırı kötü beslenmesi olan hastalarda ortalama haftalık kilo alımı 0,5 kg/haftayı geçmemelidir. Beslenmeye başlamadan önce vitamin desteği, tiamin desteği (parenteral veya enteral) verilmelidir.

PARENTERAL NUTRİSYONDA GENEL İLKELER

Prof.Dr. Mutlu Doğanay
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara
Ankara Numune Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Genel Cerrahi, Hepatobiliyer Cerrahi Bölümü, Klinik Nutrisyon Ünitesi

Parenteral nutrisyon (PN), enteral yolun kullanılamadığı ya da bu yol ile beslenmenin yetersiz kaldığı durumlarda hasta için gereken makro ya da mikro besin öğelerinin damar içine verilmesidir. Bu nedenle PN yapılacağı zaman venöz erişim yolu sağlanmalı ve uygun infüzyon tekniği kullanılmalıdır. Sonuçta PN endikasyonlarını, enteral yolun kullanılamadığı, protein ve enerji gereksiniminin tamamının enteral yolla verilemediği durumlar oluşturmaktadır. Gastrointestinal yetmezlikte tamamlama tedavisi (enteral nutrisyon (EN)+PN) ve barsak dinlenmesi için elektif PN, ana endikasyonları oluşturmaktadır.

PN için erişim yolları, periferik ve santral olmak üzere iki yoldan sağlanr. Periferik parenteral nutrisyon (PPN), periferik damarlar yoluyla sağlanırken, santral parenteral nutrisyon (SPN), genellikle internal juguler veya subklavien ven yoluyla sağlanır. Ek olarak, cilt altına yerleştirilen tünelli port kateterler, basilik yada sefalik ven kullanılarak yapılan cutt-down kateterler, çok tercih edilmese de kullanılabilecek femoral ven veya hemodiyaliz kateterleri SPN için kullanılabilir.

PPN endikasyonlarını 7-10 günden kısa sürecek olan PN, santral venöz katetrizasyonun kontraendike ya da olanaksız oluşu ve kateter sepsisi, bakteriyemi oluşturmaktadır. PPN, için kullanılan erişim yolu tecrübe gerektirmemektedir. Ayrıca santral yol katerizasyonu sırasında oluşabilecek komplikasyonlarla karşılaşma olasılığı olmayacaktır. Periferik yolda gelişen flebit gibi komplikasyonların erken fark edilmesi PPN'nun üstünlükleri arasında yer alır. SPN'un endikasyonlarını, 7-10 günden uzun süren parenteral nutrisyon oluşturmaktadır. Düşük hacimde, yüksek kalori verilebilmesi SPN'un en önemli üstünlüğü olarak bilinirken, PPN'da maalesef osmolarite problemi nedeniyle yeterli kalori verilememektedir. Bu nedenle PPN genellikle kısa süreli EN'u tamamlayıcı enerji yolu olarak kullanılır.

Hastaya erişim yolu belirlendikten sonra, parenteral verilecek ürün saptanmalıdır. Total parenteral nütrisyon (TPN) solüsyonları, karbohidratlat, aminoasitler, yağ, elektrolitler, mineraller ve vitaminler de dahil olmak üzere tüm besinleri kapsarlar. Bunun sonucu olarak hipertoniktirler ve osmolaliteleri serumun 3-8 katıdır. Planlama, hastanın metabolik kapasitesine ve güncel gereksinimine göre ince ayrıntılarla yapılmalıdır. TPN'de primer enerji kaynağı glukoz'dur. Azot kaynağı olarak proteinler sadece aminoasit şeklinde verilebilir. Lipidler enerji kaynağı en yüksek solüsyonlardır. Üç jenerasyon şeklinde lipidler gelişim göstermiştir. Besinler GİS'ten kısmen emilirler ve bazı besin ögelerinin emilimi (örn. eser elementler) hastaların gereksinimine göre barsakta düzenlenir. Besin ögelerini İV yolla alan hastalarda, barsaktan emilim kontrol edilemez, verilen tüm besin ögeleri metabolize edilmek veya organizmadan atılmak zorundadır. PN'da aşırı beslenme kolaylıkla gelişebilir bu durum hastanın zararınadır. Organ yetmezliği veya travmalı olgularda besin ögelerinin metabolizması sağlıklı bireylerden farklı olmaktadır.

EN'un yeterli ve tam olarak yapılabilmesi, hemodinamik instabilite, hastalığın akut fazında, travmanın ve operasyonların erken döneminde (ebb fazı-yaralanmanın ilk 8-12 saati), şok durumunda, serum laktat düzeyi>3-4 mmol/L, hipoksi (PaO_2< 50 mmHg) ve ağır asidozda (pH< 7.2; $PaCO_2$> 80 mmHg) parenteral nutrisyonun kontraendikasyonlarını oluşturur.

PN, ilk zamanlarda 3-5 şişeden oluşan çoklu şişe sistemleri ile sağlanırken, günümüzde bütün ürünlerin bir arada olduğu tekli torba sistemleri (All-in-One) ile sağlanmaktadır. Bu ürünler 2-3 odalı hazır endüstri ürünleri olabildiği gibi, hastanede yer alan dolum cihazları (compaunder) ile de sağlanabilmektedir. Hastanede yer alan dolum sistemleri ile hastaya spesifik gereksinimleri sağlayan ürün dolumları yapılabilmektedir. Her iki ürün grubunda da vitamin ve eser elementler gibi mikro besin öğelerinin, kullanımdan hemen önce karışıma ilavesi gerekmektedir. Endüstri ürünlerinde, sıvı elektrolit replasman tedavisi ayrıca planlanmalıdır.

PN komplikasyonları, mekanik, enfektif ve metabolik olmak üzere 3 ana gruba ayrılmaktadır. Mekanik komplikasyonlar genellikle kateterin yerleştirilmesi sırasında ortaya çıkan, sıklıkla kendini pnömotoraks şeklinde gösteren komplikasyondur. Enfektif komplikasyonlar çoğunlukla, katetere yada verilen sıvıların dolumu esnasındaki sterilizasyon koşullarının ihmali sonucu olmaktadır. Kateterin cilde giriş yerinin günlük pansumanı yapılmalı ve kateterin uzun süre kullanımından kaçınmak gereklidir. Metabolik komplikasyonları ise, akut dönemde hipo ya da hiperglisemi, sıvı-elektrolit bozuklukları, refeeding sendromu ve vitamin, eser element eksikliğine bağlı bulgular oluşturmaktadır. Kronik dönemde ise karaciğer yağlanması, akalküloz yada taşlı kolesistitdir. Parenteral nutrisyonun birçok komplikasyonu, hastaların sıkı izlemi ile teşhis edilerek gerekli önlemlerin alınmasını sağlar.

PARENTERAL NÜTRİSYON ERİŞİM YOLLARI

Dr. Fatma Tamer

Parenteral nütrisyon planlarken venöz girişin uygun seçimi, yerleştirilmesi ve bakımı son derece önemlidir. Bu oturumda parenteral nütrisyon erişim yolları ve bakımı ile ilgili konuşma ardından bu uygulamaları içeren bir video sunumu yapılacaktır Parenteral nütrisyon şu yollarla verilebilir.

1) Periferik Parenteral Nütrisyon
2) Santral Parenteral Nütrisyon

Periferik Parenteral Nütrisyon (PPN)

Çevresel bir damara yerleştirilen kanül yoluyla besin ögelerinin verilmesidir. İyi periferik damarları olan ve osmolaritesi düşük (≤900 mOsm/L) solüsyonlarla kısa süreli beslenme ihtiyacı olan hastalar PPN için uygun hastalardır. Ayrıca santral venöz kateterizasyonun kontrendike veya olanaksız olması, kateter enfeksiyonunun olması periferik parenteral nütrisyon endikasyonlarındandır. Bu kateterler yüksek dislokasyon ve komplikasyon riski taşıdıklarından evde parenteral nütrisyonda kullanılmamalıdır. PPN uygularken de avantaj ve riskler göz önüne alınmalı ve komplikasyonların önlenmesine yönelik önerilere uyulmalıdır.

Santral Parenteral Nütrisyon (SPN)

Ucu santral bir vende olan kateter yoluyla besin ögelerinin verilmesidir. Santral ven yolunun önerildiği durumlar.

- PN'de verilen solüsyonların osmolaritesi 900 mOsm/L nin üzerinde ise
- Yüksek kalori ve proteine ihtiyaç olduğunda
- PN 2 haftadan uzun süre kullanılacak ise.

Güvenli, başarılı ve komplikasyonsuz bir tedavi için anahtar unsurlar; kateterin uygun seçimi, usulüne uygun yerleştirme ve kateter bakımının kalitesidir.

Parenteral nütrisyon için kateter yerleştirme işlemi hiçbir zaman acil bir işlem değildir. İşlem ameliyathanede ya da uygun bir ortamda, deneyimli bir hekim tarafından elektif bir girişim olarak yapılmalıdır.

Uzamış kullanım ve ev parenteral nütrisyon (EPN) (≥3 ay) uzun süreli bir erişim yolu gerektirir. Tünelli kateterler veya tam implante portlar seçilebilir.

Komplikasyonları önleme ve bakım

Kateter takılmadan önce ve takılı bulunduğu süre boyunca el hijyenine özen gösterilmesi ve kateter manipülasyonu sırasında aseptik teknik kullanılması infeksiyona karşı etkin korunma sağlar.

Kateter bakımında temel noktalar

- El hijyeni
- Deri antisepsisi için klorheksidin/alkol kullanımı
- Çıkış yerinin günlük değerlendirilmesi
- Gereksiz uzatma seti ve stopkak kullanımından kaçınmak
- İnfüzyon yollarının bağlanma ve ayrılmasında kurallara uyulması
- Kateter kullanılmadığı zaman kapatılması

Santral venöz kateterlerin kullanımı sıkı protokollerle belirlenmeli ve kullanım eğitimli personel tarafından yapılmalıdır.

KANSERDE ERKEN TANI VE TARAMA

Dr. Saadettin Kılıçkap

Kanser, tüm dünyada kardiyovasküler sistem hastalıklarından sonra görülen en sık hastalıktır. Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Dairesi Başkanlığı'na ait verilere göre ülkemizde en sık görülen kanserler erkeklerde sırasıyla, akciğer kanseri, prostat kanseri, mesane kanseri, kolorektal kanser ve mide kanseri olarak sıralanmaktadır. Kadınlarda ise meme kanseri, tiroid kanseri, kolorektal kanser, korpus uteri kanseri ve akciğer kanseri olarak belirtilmiştir. Akciğer kanseri kadınlarda son yıllarda artış göstererek ilk 5 sıra içerisinde yerini almıştır. Kanser sıklığı yaşa bağlı olarak artmaktadır. Özellikle 35 yaş ve sonrasında kanser sıklığının yaşla birlikte arttığı görülmektedir. Erken tanı kanser hastaları için oldukça önemlidir. Erken evre tümörlerin ileri evredekilere oranla daha uzun yaşadıkları, hatta bazı hastalarda kür sağlanabildiği bilinmektedir.

Kanserden korunma üç ayrı aşamada incelenmektedir. Birincil korunma, henüz kanser oluşmadan önce olası kanser etkenleri ile temasın kesilmesi veya genetik geçişli kanserlerin önceden saptanmasıyla oluşmaktadır. İkincil korunmada ise hedef yine sağlıklı bireyler olmakla birlikte buradaki amaç asemptomatik ancak artık kanserin oluştuğu bireylerde erken tanı yöntemleri ile kanser taraması yapmaktır. Üçüncül korunmada ise hedef kitle kanserli hastalar olup amaç yaşam kalitesinin artması ve ikincil kanserlerin önlenmesidir. Ve riskli bireylerin taranması birbirinden farklıdır. Tarama testlerinin yüksek duyarlılık ve özgüllüğe sahip olmaları gerekmektedir. Tarama testleri ile yavaş seyirli ve mortalitesi düşük olan hastalıklarda daha sık tanı konabilir ve sık tanı konmasına neden olabilir.

Her kansere erken tanı amacıyla tarama testi önerilmez. Bir kanser türü için tarama testi yapılması için o kanserin ve tarama tetkikinin bazı özellikleri olması gerekir. Kanser taraması yapılacak hastalığın toplumda sık görülen bir kanser olması ve önemli bir sağlık sorunu olması gerekir. Aynı zamanda erken tanı ile mortalitenin azalıyor olması gerekir. Bununla birlikte tarama testleri ile erken tanı konabilen hastalığın da tedavi edilebiliyor olması oldukça önemlidir.

Meme kanseri

Kadınlarda en sık görülen ve en sık ölüme neden olan kanserdir. Ailesel faktörler dışında ileri yaş, erken menarş ve geç menopoz, doğum kontrol hapları ve hormon replasman tedavisi almış olmak ve radyoterapi almış olmak önemli risk faktörlerinden bazılarıdır.

Meme kanserinde erken tanı amacıyla önerilen başlıca 3 yöntem bulunmaktadır. Bunlardan ilki kendi kendine meme muayenesidir. Bu muayene yöntemi 20 yaş ve üzeri kadınlarda periyodik aralıklarla ayna karşısında meme dokusu ve aksiller bölgenin elle muayenesi tavsiye edilmektedir. Klinikte meme muayenesi ile de 20-40 yaş arasında her 3 yılda bir, 40 yaş üzerinde ise yılda bir hekim tarafından meme muayenesi yapılması önerilmektedir. Bu iki yöntemin meme kanserinde mortaliteyi arttırdığı gösterilememiş olsa da bir çok ülke özellikle meme kanseri konusunda farkındalığın artırılması açısından önemlidir. En önemli tarama tetkiki ise mamografidir. Mamografi 40 yaşın üzerindeki kadınlarda yılda bir yapılmalıdır. Meme kanserinde tarama birinci derecede akrabalarında meme kanseri öyküsü lan bireylerde ve BRCA mutasyonu olan bireylerde daha erken yaşta başlanması önerilir.

Kolorektal kanser

Kolorektal kanser için en önemli risk faktörü beslenme şeklidir. İleri yaş, kırmızı etin fazla tüketimi, sebze ve meyveden fakir diyet, obezite varlığı, aile öyküsünün varlığı, inflamatuvar barsak hastalıkları ve düşük fiziksel aktivite önemli risk faktörlerinden biridir.

Gaitada gizli kan (GGK) testi kolorektal kanser taraması için önerilen en basit yöntemdir. Yeni jenerasyon yöntemlerle yapılan (GGK) testi duyarlılığı yüksek bir testtir.

Kolon kanserlerinin yaklaşık 2/3'ü rektum ve sigmoid kolondan köken almaktadır. Bu nedenle 50 yaş ve altı her sağlıklı bireyin yıllık rektal muayene yaptırması önemlidir. Bunun dışında tüm kolonun kolonoskopik yöntemlerle görüntülenmesi kolorektal kanserlerin erken tanısı için kullanılan en güvenilir yöntemdir. Birçok uluslararası kılavuz 50 yaş ve üzeri sağlıklı bireylere yılda bir GGK testi yanı sıra 10 yılda bir kolonoskopi veya 5 yılda bir fleksibl kolonoskopi yapılmasını önermektedir.

Çift kontrastlı kolonoskopi ve bilgisayarlı tomografi ile yapılan sanal kolonoskopi günümüzde tarama amaçlı olarak bazı özel durumlar dışında nadiren kullanılmaktadır. Bu işlemlerin doku tanısı alınması için uygun olmaması en önemli dezavantajı olarak gözükmektedir.

Tablo 1. Uluslararası bazı kılavuzlar tarafından kanser tarama önerileri

	NCCN	*ACS*	*ESMO*
Meme kanseri	Kendi kendine meme muayenesi: 25 yaş üzeri düzenli olarak Klinik muayene: 25-40 yaş arası 1-3 yılda bir, 40 yaş üzeri yılda bir Mamografi: 40 yaş ve üzeri herkese yılda bir	Mamografi: 40 yaş ve üzeri herkese yılda bir	Mamografi: 50-69 yaş arası kadınlara yılda bir kez
Kolorektal kanser	50 yaş ve üzeri herkese GGT yılda bir* Kolonoskopi 10 yılda bir veya sigmoidoskopi 5 yılda bir	50 yaş ve üzeri herkese GGT yılda bir* Kolonoskopi 10 yılda bir veya sigmoidoskopi 5 yılda bir	50-74 yaş arası herkese 1-2 yılda bir GGK testi ve kolonoskopi
Prostat kanseri	45 yaş üzeri herkese başlangıç PSA ve rektal muayene, PSA düzeyi <1 ng/ml ve muayene normal ise 2-4 yılda bir, 1-3 ng/ml ise 1-2 yılda bir tekrar, daha yüksek ise biyopsi	50 yaş ve üzeri herkese yulda bir PSA ve Rektal muayene, takip sıklığı PSA düzeyine göre	Toplum tabanlı PSA taraması rutin önerilmez.
Serviks kanseri		21-30 yaş arası PAP smear testi 3 yılda bir, 30-65 yaş arası PAP smear ve HPV testi 5 yılda bir	HPV DNA testi ve PAP smear 30 yaş ve üzerinde kullanılabilir.
Akciğer kanseri	55-74 yaş arası 30 p/yıl üzeri sigara tüketimi olanlarda düşük doz spiral BT	55-74 yaş arası 30 p/yıl üzeri sigara tüketimi olanlarda düşük doz spiral BT	55-74 yaş arası 30 p/yıl üzeri sigara tüketimi olanlarda düşük doz spiral BT. Bireysel önerilmemelidir.

* DNA bazlı testler 3 yılda bir

Serviks (rahim ağzı) kanseri

Serviks kanserinin en önemli risk faktörleri arasında HPV enfeksiyonu, birden fazla cinsel partner, erken yaşta koitus, yüksek parite, düşük sosyoekonomik durum ve immunsüpresyon yer almaktadır. Güvenli cinsel hayat, sigara içilmemesi ve en önemlisi HPV aşısı ile serviks kanseri önlenebilir. HPV aşısı ile serviks kanserlerinin %90'ı önlenebilir. Kılavuzlar serviks kanseri erken tanı ve taraması amacıyla PAP Smear testi ve HPV-DNA tespiti yapılmasını önermektedir. Cinsel aktif hale geldikten sonraki 3 yılda veya en geç 21 yaşında başlanması kaydıyla yıllık PAP Smear testi yapılmalıdır. 30 yaş üzerindeki bireylerde ise HPV-DNA bakılması önerilmektedir. Her iki testin negatif olması halinde bu testlerin 3 yılda bir yapılması yeterlidir.

Prostat kanseri

Gelişmiş ülkelerde erkeklerde en sık görülen kanserdir. Erken tanı amacıyla 50 yaş üzeri her sağlıklı erkek için yılda bir kez rektal muayene yapılması önerilmektedir. Buna ek olarak şüpheli durumlarda transrektal ultrasonografi yapılmalıdır. Prostat spesifik antijen (PSA) prostat kanseri tanı ve tedaviye yanıt değerlendirilmesi amacıyla kullanılan bir tümör belirtecidir. ASCO, NCCN gibi bazı kılavuzlar prostat kanseri taraması için 50 yaş ve üzerindeki asemptomatik sağlıklı bireyler için yılda bir kez prostat muayenesi, transrektal ultrasonografi ve PSA bakılmasını önermektedir. Rektal muayene, transrektal ultrasonografi ve PSA'dan herhangi birinin şüpheli olması durumunda prostat biyopsisi yapılması önerilmektedir. Günümüzde ülkemizde prostat kanseri taraması yapılması önerilmemektedir.

Akciğer kanseri

Akciğer kanseri tüm dünyada en sık görülen ve en sık ölüme neden olan kanser türüdür. Son zamanlarda yapılan çalışmalarda 55 yaş ve üzeri ve 30 paket/yıl üzerinde sigara tüketen kişilerde yılda bir kez yapılan düşük doz spiral bilgisayarlı tomografi ile akciğer kanseri taraması yapılmasının yararlı olabileceğini göstermektedir. Ancak halen birçok kılavuz tarafından tam kabul görmemiştir.

Kaynaklar
www.kanser.gov.tr
www.nccn.org
www.esmo.org
www.cancer.org

NÖROLOJİK HASTALIKLARDA DÜŞME

Prof.Dr. Figen Güney
Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Klinik Nörofizyoloji Bilim Dalı

Düşme atakları ayakta ya da yürürken aniden ortaya çıkan saniyeler ya da dakikalar içinde tamamen düzelen bilinç kaybının olmadığı bir semptom olup bir çok nedeni vardır. Çoğu olguda düşme ataklarının nedeni kesin olarak belirlenemezken ayakta dik ve dengede durmamızı ve yürümemizi sağlayan görsel, vestibuler, duyusal, serebellar, kortikal, subkortikal sistemlerden herhangi birinde oluşan bozukluk ya da kas, iskelet ve eklem patolojileri düşme ataklarının ortaya çıkmasına neden olur (1). Etyolojisinde atonik nöbetlerden, ortostatik hipotansiyona, Tumarkin'in otolojik krizinden, Polinöropatilere, Parkinson Hastalığından, Alzheimer Hastalığına, Talamik İnfarktlara kadar geniş bir yelpazede hastalıklar yer alır.

Görme kusuru ile denge bozukluğu arasında güçlü bir ilişki gösterilmiştir. Görme keskinliği zayıf olan kimselerin düşme riski normallerden 1.7 kat yüksek olduğu saptanmıştır. Görme kusuru olan ya da derinlik algısı bozulmuş olan yaşlılarda kalça kırıkları riski artmaktadır (2).

Atonik nöbetler kas tonusunun jeneralize ya da fokal olarak ani kaybına bağlı oluşurlar. Jeneralize atonik nöbetler düşmeye neden olurlar. Atonik nöbetler 1-2 sn gibi çok kısa süreli olabileceği gibi birkaç dakika gibi uzun süreli de olabilirler. Atonik nöbetleri olan hastalarda interiktal EEG'de yaygın yavaşlama şeklinde ensefalopatik zeminde diken dalga ya da çoklu diken dalga boşalımları görülür (3).

Vestibuler ve özellikle unilateral vestibuler etkilenmelerde ortaya çıkan en önemli göstergelerden biri de yürüme ve denge bozukluğudur. Vestibuluspinal refleksler kişinin yerçekimine karşı ayakta durmasını ve uzaysal konumunu idare ettirmesini sağlayan vücudun postural tonusunu modüle eden antigravite reflekslerini yöneten postural kontrolde anahtar role sahip mekanizmalardır. Denge ve ayakta durma ile ilgili bu refleksler aynı zamanda boyun, ekstremite (tonik boyun refkesleri) ve vücut üzerindeki aşırı yük dispozisyonu ile ilişkili olan refleksle sinerjetik anlamda etkileşim içindedirler. Bu reflekslerde bozukluk, postural kontrolün ve yürümenin bozulmasına ve düşmelere yol açar (4). Tumarkin'in Otolitik Krizi olarak adlandırılan bilinç kaybı olmadan ortaya çıkan ani düşme atakları Meniere Hastalığı semptomlarından olup ilk çalışmalarda olguların %1'inde görüldüğü belirtilirken son çalışmalarda olguların %72' sinde görüldüğü belirtilmektedir.(5,6)

Somatosensoriyel reseptörler kas ve eklemlerin hareketlerinin yanında gravite hakkındaki bigiyi de taşır. Bu bilgi spinal ve vestibulospinal reflekslerin oluşumunda önemlidir. Özellikle alt ekstremitelerden gelen bilgi polinöropatilerde olduğu gibi kesintiye uğrarsa hastalarda dengesizlik ve düşme atakları ortaya çıkar. Polinöropati nedenleri arasında vitamin B1 eksikliği ile giden beriberi, niasin eksikliği ile giden pellegra, vitamin B12 eksikliği, folik asit eksikliği, vitamin E eksikliği gibi nutrisyonel nedenler yanında diyabetes mellitus, üremi gibi metabolik nedenler, küçük hücreli akciğer kanseri gibi paraneoplastik sendromlar, arsenik, kurşun, talyum, altın, platinum, N-hekzan gibi toksik nedenler, amiodaron, amitriptilin, kloramfenikol, kolşisin, dapson, difenilhidantoin, izoniyasid, lityum, vinkristin, perkesilin, metronidazol gibi ilaçlar yer alır. Ayrıca özellikle çocukluk çağında görülen sık düşmelerin nedenleri arasında Charcot-Marie-Tooth Hastalığı, Dejerin-Sottas Hastalığı, Refsum hastalığı gibi Herediter Motor Sensori Nöropatiler, Friedreich Ataksi gibi duyusal nöropatilerin ön planda olduğu herediter hastalıklar yer alır. Üst servikal vertebraların intervertebral eklemlerinden gelen bilgiler de denge bilgisinin oluşmasında önemlidir. Üst servikal dorsal köklere lokal anestezik enjekte etmenin insan ve hayvanlarda dengesizliğe ve düşmelere neden olduğu gözlenmiştir. Enjeksiyon yapılan tarafa düşme , ataksik yürüme ve Romberg testinin pozitif olduğu gözlenmektedir. Kalın çaplı liflerin harabiyeti nedeniyle derin duyusu bozulan kişiler duyusal ataksi adıyla anılan bir denge bozukluğu çekerler. Bu kişiler ayakta durur ve yürürken taban açıklığını genişletirler. Gözleri açıkken ve aydınlıkta dengelerini sürdürebilirler (7).

Serebellum hasarı tipik olarak ayakta postural salınımın artması şeklinde görülür. Serebellar hasarlı olgularda ekstremite hareketlerinde belirgin bir dekompozisyon vardır. Yürüyüşün dekompozisyonu terimi ile yürüryüş sırasında ortaya çıkan multipl ve ardışık eklem hareketlerinin bu ardışık özelliğinin kaybolması anlaşılır. Yürüyüş sırasında ayak bileği ve diz eklemi hareketlerinde dekompozisyon vardır bu da düşmeler neden olur (8).

Parkinson hastalığında postural reflekslerin bozulmasına bağlı olarak dengenin kontrolünün güçleşmesi ve düşmeler görülür. Ağır yaralanmalara yol açabilen düşmeler her yöne olabilir. Düşmeler rigiditenin ön planda olduğu Parkinson hastalarında tremorun ön planda olduğu

Parkinson hastalarına göre anlamlı olarak daha sık bulunmuştur. Düşme olan grupta diskinezi ve fluktuasyonlar da daha sıktır (9,10).

Kore, atetoz ve ballismus gibi hiperkinetik hareket bozukluklarında da istemsiz hareketler, yürümenin doğrultusunda sapmalara, dizlerde spontan flkesiyona veya bacağın yükselmesine neden olabilir. Ballistik hareketler şiddetli olduğunda düşme riski yaratır. (11).

Huntington Hastalığı hareket bozuklukları, kognitif ve davranış değişiklikleriyle karakterize otozomal dominant geçişli, kalıtsal nörodejeneratif bir hastalıktır. Hastalığın ilk yıllarında kore ön plandadır, zamanla kore azalır veya kaybolur, ve yerini parkinsonizm semptomlarına bırakır, hastalığın geç dönemlerinde tabloya sıklıkla postural dengesizlik ve düşmeler eklenir (12).

Talamik Astazi subkortikal dengesizlik teriminin eşanlamlısı olarak kullanılmış olup kas gücü normal veya minimal parezi olmasına karşılık ayakta duramama veya yürüyememe şeklinde bir klinik tablodur ve hastalar genellikle lezyonun karşı tarafına doğru yavaşça eğilip herhangi bir engelleyici, kurtarıcı harekette bulunmaksızın tıpkı "bir ağacın yere devrilmesi gibi" yere devrilirler. Bazen uygun olmayan postural yanıtlar geliştirebilirler, örneğin gövde belirgin derecede hiperekstansiyona gelir ve bunun sonucunda hasta geriye doğru düşer. Akut talamik, bazal ganglion ve orta beyin vasküler lezyonlarında tanımlanmıştır. Progresif supranükleer paralizi, multipl sistem atrofileri gibi dejeneratif hastalıkların erken döneminde de görülür (13).

Pusher Sendromu, ilk kez 1985 yılında Davie tarafından tanımlanmış olup sağ veya sol serebral hasarlanma sonrası görülen hemiparetik olmayan taraftan paretik tarafa doğru aktif olarak itilmeye yol açan postüral denge kaybıyla seyreden bir klinik tablodur. Yardımcı olunmazsa hastada paralizili tarafa doğru düşme görülür. Hastalar eğik vücut postürlerinin düzeltilmesine karşı kuvvetli bir direnç gösterirler. Düzeltilmiş postürde yana doğru kayıyormuş gibi hissettiklerini ve sağlam tarafa düşmekten korktuklarını belirtirler. Kendileri aktif olarak vücutlarını lezyonun karşı tarafına itip eğik vücut pozisyonunu aldıklarında ise rahatlarlar, eğik durmalarına rağmen düşme korkusu hissetmezler. Akut inme geçiren hastaların %55'inde görülmektedir. Bu kadar sık görülmesine karşın gözden kaçmasının nedeni 1 hafta içinde düzelmeye başlaması ve bu dönemde hastalrın yatarak muayene edilmesidir. Yapılan çalışmalarda Pusher Sendromunda lezyonun karşı tarafına doğru itilmenin nedeninin yerçekimine göre dik vücut posturu algısının değişmesi olduğu gösterilmiştir (14).

Vertebrobaziler yetmezlik de düşme nedenleri arasındadır. Vertebral arterin seyri boyunca damar içi ve damar dışı patolojiler nedeniyle sıkışması vertebrobaziler yetmezlik ya da posterior dolaşım infarktlarına yol açabilir. İntrinsik kompresyonun en sık nedeni arteriosklerozdur. Vertebral arter ekstrinsik kompresyonuna neden olarak osteofitik çıkıntılar, servikal disk hernisi, kas tendinöz anomalileri, tümörler, travmatik lezyonlar rapor edilmiştir. Şu aktivitelerden sonra da vertebrobaziler iskemi geliştiği bildirilmiştir; maniplasyon, yoga egzersizleri, jimnastik, duvar boyama, baş üzerine kaldırma, kuaförde baş yıkatırken boyun ekstansiyonu (15,16).

Subkortikal arteriosklerotik ensefalopati diğer bir deyişle Binswanger Hastalığı, Normal Basınçlı Hidrosefali, Kortikobazal dejenerasyon, frontal lob tümörlerinde frontal yürüyüş bozukluğu görülür. Frontal lob hastalıkları ve frontal-subkortikal bağlantıların etkilenmelerinde görülen alt vücut yarısı akinezisi, hipokinezi, denge bozukluğu, alt ekstremite ataksisi, ve kötü postural kontrol kombinasyonu ve buna bağlı düşmeler frontal ve subkortikal motor alanlar arası bağlantıların etkilenmesi ile açıklanmaktadır (17).

Görme ve vestibuler bilgiler postür kontrolünde önemli katkıda bulunurlarsa da beklenmeyen dıştan gelen olumsuzluklara karşı ilk savunma derin duyu ile sağlanır. Yaşlanmayla birlikte eksteroseptif, proprioseptif ve vibrasyon duyularının eşiğinin artması ve yürüme döngüsü ve denge kontrolü bozularak düşmeler ortaya çıkar (18). Yaşlılarda dikkat ve yürütücü işlevlerde bozukluk olması da düşme riskinde artmayı beraberinde getirir. Alzheimer Hastalığı başta olmak üzere demansiyel sendromlarda da kognitif fonksiyonlarda kötüleşme ile birlikte düşme riski de artmaktadır (19).

Sonuç olarak düşme bir çok hastalığın semptomu olup geniş bir perspektifle değerlendirilerek etyolojiye göre tedavisi planlanarak komplikasyonları önlenecek bir durumdur.

Kaynaklar

1. Meissner et al. The natural history of drop attacks. Neurology 1986; 36, 1029-1034.
2. Ramsey VK, Blasch BB, Akita A. Effects of mobility training on gait and balance. Journal of Visual Impairment Blindness, 2003, 97: 720-26.
3. Baraldi S, Farrell F, Benson J, Diehl B, Wehner T, Kovac S. Drop attacks, falls and atonic seizures in the video-EEG monitoring unit. Seizure 2015; 32: 4-8.
4. Lackner JR, Diziop R. Vestibular, Proprioceptive and Haptic Contributions to spatial orientation. Ann Rev Psychol 2005; 56: 115-147.
5. Janzen VD, Russel RD. Conservative management of Tumarkin's otolithic crisis. Canad. J. Otol, 1988, 17(7): 359-61.
6. Kentala E, Havia M, Pyykko I. Short-lasting drop attacks in Menire's disease. Otolaryngol Head Neck Surg 2001; 124(5): 526-30.
7. Oh SJ. Nerve Conduction In Polyneuropathies. In:Clinical Electromyography: Nerve Conduction Studies, Williams Wilkins, 2004, pp. 577-644.
8. Earhart GM, Bastian AJ. Cerebellar gait ataxia: selection and coordination of human locomotor forms. J Neurophysiol 2001; 85: 759-69.
9. Bloem BR; Grimbergen YA, Cramer M., et al. "Stops walking when talking" does not predict falls in Parkinson's disease. Ann Neurol 2000; 48: 268.
10. Rudzinska M, Marona M, Bukowczan S, Banaszkiewicz K, Mirek E, Szczudlik A. Falls in different types of Parkinson's disease. Neurol Neurochir Pol 2007; 41: 395-403.

11. Jankovic J, Nutt JG, Sudarsky L. Classification, diagnosis, and etiology of gait disorders. In: Ruzicka E, Hallet M, Jankovic J (eds). Advances in Neurology, Vol. 87. Gait Disorders. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins 2001. pp: 119-133.
12. Grimbergen YA, Knol MJ, Bloem BR, Kremer BP, Roos RA, Munneke M. Falls and gait disturbances in Huntington's disease. Mov Disorders 2008; 23 (7): 970-76.
13. Lee PH, Lee JH, Joo US. Thalamic infarct presenting with thalamic astasia. Eur J Neurol 2005; 12(4): 317-319.
14. Karnath HO, Ferber S, Dichgans J. The origin of controversive pushing: evidence for a second graviseptive system in humans. Neurology 2000; 55: 1298-1304.
15. Foye FM, Najar MP, Camme A, Stitik TP, DePrince ML, Nadler SF, Chen B. Pain, dizziness, and central nervous system blood flow in cervical extension. Vascular correlation to beauty parlor stroke syndrome and salon sink radiculopathy. Am J Phys Med Rehabil 2002; 81: 395-399.
16. Sweeney A, Doody C. Manual therapy for the cervical spine and reported adverse effects: a survey of Irish manipulative physitherapists. Man Ther 2010; 15(1): 32-6.
17. Thompson PD: Gait Disorders: Neurology in Clinical Practice. Principles of Diagnosis and Management. (Ed; Bradley WG), Fourth Ed. Philadelphia. 2004, pp. 323-336.
18. Horac FB. Postural ataxia related to somatosensory loss. In Advances of neurology, vol 87. Gait Disorders. Ed by: Rüzicka E, Hallet M, Jankovic J. , Lippincut-Williams and Wicins Philadelphia, Baltimore, NY , London, 2001, pp 173-182.
19. Sheridan PL, Solomont J, Kowall N, Hausdorff JM. Influenceof executive function on locomotor function: Divided attention increases gait variability in Alzheimer's Disease. J Am Geriatr Soc 2003; 51: 1633-37.

OSTEOARTRİT VE DÜŞME

Doç. Dr. Bekir Durmuş
VM Medicalpark Hastanesi Pendik

Yaşlı popülasyonun yaklaşık 1/3'ünde yılda ortalama bir kez düşme görülmektedir. Yaş ilerledikçe düşme sayısı daha da artmaktadır. Acil servislere başvuran hastaların %10'u düşmeye bağlı komplikasyonlar nedeniyledir. Birçok nedenden dolayı düşme yaşlı popülasyonunda en önemli disabilite nedenlerinden biri olarak kabuledilmektedir (1).

Osteoartrit (OA), özellikle büyük eklemleri etkileyen, eklemlerde progresif kıkırdak kaybı, osteofit formasyonu, sunkondral kemik sklerozu ve sinoviyal enflamasyonla karakterize bir dejenreatif eklem hastalığıdır (2). Altmışbeş yaş üzerindeki kişilerin çoğunda ve 75 yaş üzerindekilerin %80'inde radyolojik olarak OA saptanır (3). ABD'de 30 milyon civarında klinik OA hastası olduğu tahmin edilmektedir. En sık diz ekleminde tutulum görülürken, ağrılı diz OA'li hastalarda fonksiyonel bozukluklar daha fazla ortaya çıkmaktadır.

Yaşlılarda düşme, kalça kırıkları ve yumuşak doku travmaları gibi fiziksel yaralanmalara neden olduğu gibi, düşme korkusu ve depresyon gibi psikolojik sorunlarla da sonuçlanabilmektedir. Yaşlılarda düşme korkusu fonksiyonel durum ve günlük yaşam aktivitelerinde belirgin kısıtlanmaya yol açmaktadır.

OA'li hastaların %25'inden fazlasında düşme olduğu bildirilmiştir. Yine OA'li hastaların yaklaşık %50'sinde yılda ortalama bir kez düşme görülmektedir (4). Yaşlılarda düşme ile ilgili pek çok risk faktörü tanımlanmıştır. Kas güçsüzlüğü, ilaç kullanımı, kognitif bozukluklar, kardiyovasküler hastalıklar, inme, görme bozukluğu ve çevresel faktörler bunlardan bazılarıdır. OA, düşme için bir risk faktörü olarak kabul edilirken, düşme ve kırıklarla ilişkisi tam olarak açıklığa kavuşturulamamıştır.

OA direkt veya indirekt olarak düşme ile ilgili birçok bozukluğa yol açmaktadır. Ligamentöz laksite, kas güçsüzlüğü, kronik ağrı, periferik sinir yaralanmaları, karpal tünel sendromu, spinal kord basısı, radikülopatiler ve depresyon bunlardan bazılarıdır (5).

Eklem ağrısı OA'li hastalarda görülen en sık semptomdur. Ağrı eklem hareketlerinde kısıtlılığa yol açarak hastaların günlük yaşam aktivitelerini ve fonksiyonel kapasitelerini olumsuz etkiler. Eklem ağrısı ile düşme arasındaki ilişki erkek ve kadınlarda farklı gibi görünmektedir. Kadınlarda kalça ağrısının düşme riskini 3 kat artırdığı gözlenirken, erkelerde kalça ağrısının düşme ile ilişkili olmadığı tespit edilmiştir (6). Japonyada 1600 hasta ile yapılan kesitsel bir çalışmada bel ve diz ağrısı olan OA'li kadın hastalarda son bir yılda düşme ile belirgin bir ilişki tespit edilirken, aynı ilişki bel ve diz ağrılı erkeklerde tespit edilememiştir (7). Bunu destekleyen başka çalışmalar da mevcuttur. Elimizdeki veriler, kalça ve diz ağrısı olan OA'li kadınların düşme riskinin erkeklere göre daha fazla olduğu görülürken bu duruma yol açan nedenler tam olarak açıklığa kavuşturulamamıştır.

Yürüme ve denge bozuklukları da kalça ve diz OA olan hastalarda sıklıkla karşılaştığımız problemlerdendir. Kalça ve diz ağrısı olan hastalar yürürken ağrılı ekleme yük bindirmemeye dikkat ederek antaljik yürüyüş paterni gösterirler. Bu durum doğal olarak sağlam tarafa yüklenmeye ve denge bozukluğuna yol açarak düşme eğilimi yaratabilir. Diz OA'da eklem hareket açıklığındaki kısıtlanmalar veya kas güçsüzlüğü yürüme esnasında denge bozukluğuna yol açabilir. Yürüme biyomekaniği ve dengenin bozulması OA'da gösterilmiş olmasına rağmen, düşme ile ilişkisine ait bir araştırma ne yazık ki yapılmamıştır.

Sinir sıkışmaları, spinal stenoz, miyelopati gibi nörolojik sorunlar OA'da sık görülmektedir. Nörolojik bulgular arasında kas güçsüzlüğü, hipoestezi, propriyosepsiyon bozukluğu gibi duysal anormallikler ortaya çıkabilmektedir. Bu durumlarda düşme ve düşme eğilimi artmaktadır.

OA'lı hastalarda kronik eklem ağrıları, yaşam kalitesinin azalmasına ve depresyona yol açabilmektedir. Depresyon da düşme için risk faktörü olarak kabul edilmektedir (5).

Kaynaklar

1. Doré AL, Golightly YM, Mercer VS, Shi XA, Renner JB, Jordan JM, Nelson AE. Lower-Extremity Osteoarthritis and the Risk of Falls in a Community-Based Longitudinal Study of Adults With and Without Osteoarthritis. Arthritis Care & Research 67(5): 633–9, 2015.
2. Lawrence RC, Felson DT, Helmick CG et al. Estimates of theprevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States. Part II. Arthritis Rheum. 2008; 58: 26–35.
3. Di Cesare PE, Abramson SB. Osteoartrit patogenezi. Arasıl T. Kelley Romatoloji Ankara Güneş Kitabevi 2006 : 1493-1512
4. Hoops M, Rosenblatt N, Hurt C, Crenshaw J, Grabiner M. Does lower extremity osteoarthritis exacerbate risk factors for falls in older adults? Womens Health (Lond Engl) Health 2012;8:685–96.
5. NG Chin Teck, Pin Tan M. Osteoarthritis and falls in the older person. Age Ageing. 2013 Sep;42(5):561-4. Nahit ES, Silman AJ, Macfarlane GJ. The occurrence of falls among patients with a new episode of hip pain. Ann. Rheum. Dis. 1998; 57: 166–8.
6. Muraki S, Akune T, Oka H et al. Prevalence of falls and the association with knee osteoarthritis and lumbar spondylosis as well as knee and lower back pain in Japanese men and women. Arthritis Care Res. 2011; 63: 1425–31.
7. Cumming RG, Salkeld G, Thomas M, Szonyi G. Prospectivestudy of the impact of fear of falling on activities of daily living, SF-36 scores, and nursing home admission. J Gerontol A Biol. Sci. Med. Sci. 2000; 55: M299–305.

ANTİAGİNG: HORMONLAR VE VİTAMİNLER

Dr. Berrin Karadağ

Yaşlanma; genetik bir programla düzenlenen ve organizmayı, çevresel faktörlerin de etkisiyle meydana gelen yapısal ve işlevsel değişmelerle ölüme getiren olaylar toplamıdır. Yaşlanma bazıları tarafından; embriyogenezis, maturasyon, erişkinlerde zindelik periyodu ve yaşlılıktan oluşan gelişimle denk tutulmaktadır. Primer yaşlanma; Yaşlanma sürecine bağlı olarak yapı ve fonksiyonlardaki bozulmadır, hızı hücre ve dokuların yapısal ve fonksiyonel bütünlüğünün sürdürülmesi için çalışan DNA'yı, serbest radikallerden korumak gibi mekanizmaların etkinliğine bağlıdır. Sekonder yaşlanma ise, hastalıklar ve çevresel faktörlerin etkisiyle ortaya çıkan yaşlanmadır. Primer yaşlanmayı yavaşlatmak maksimal yaşam süresinde artmaya, sekonder yaşlanmayı yavaşlatmak ise ortalama yaşam süresinde artmaya sebep olmaktadır.

Medikal anlamda antiaging bir yandan yaşam tarzı değişiklikleri, koruyucu hekimlik uygulamaları, eğitim ve hijyen, modern ve alternatif tıbba ait ilaç ve yöntemlerle kişinin yaşam kalitesini ve veya ortalama yaşam süresini arttırmayı amaçlarken; bir yandan da moleküler ve genetik anlamda çalışmalarla insanın maksimum yaşam süresinin uzatılması konusunda çalışmaları hedefler. Antiaging tedavi non farmakolojik tedavi ve farmakalolik olarak ikiye ayrılır. Nonfarmaklojik tedavide Akıl-vücut bağlantısı (imagery, yoga, tai chi, hipnoz), Dokunuşun gücü (aromaterapi,masaj, şiropraksi), Ev tedavileri (müzik tedavisi, pet tedavisi, ışık tedavisi, enerji tedavisi, akupunktur, akupressure) sık uygulanan yöntemlerdir. Farmakolojik olarak ise; Konvansiyonel tıp(modern tıp) hormon tedavisi, vitamin tedavisi, koruyucu hekimlik uygulamaları gibi konuları kullanırken; Alternatif ve tamamlayıcı tıp ise kontrollü çalışmaları olmayan ancak uzun sürelerdir her bölgede farklı çeşitlilikte ve isimlerle ve endikasyonlarla verilen ilaç tedavilerini (şifalı bitkiler, karışımlar) kullanır.

Antiaging tıbbın temel köşe taşlarından birisi hormonlardır. İlerleyen yaşla sadece cildimiz yaşlanmaz, yağsız vücut kitlesi, BMD, cinsel istek, erektil fonksiyon, entellektüel kapasite ve daha pek çok değişim hormon seviyelerindeki azalma ile birlikte paralellik gösterir. Bu durum da hormon preparatlarının, bozulan hayat kalitesini yükseltmek amaçlı başlayan etik dışı kullanımlara yol açmıştır.

500000'den fazla insan üzerinde tokoferol, beta karoten, vitamin C ve E, retinol ve folik asidin etkilerini test eden en az 15 klinik çalşma yapılmış ve hiçbirinde yaşla ilişkili hastalıklar ve mortalitede istatistiksel bir azalma gözlenmemiştir ve hatta bazı çalışmalar artmış hastalık ve mortalite insidansından dolayı erken bırakılmıştır.

Biyo-özdeş hormonlar, moleküler olarak vücutta var olan hormonlarla aynıdır (östrojen, testesteron, progesteron, kortisol, dhea, estradiol ve estriol). Ancak emniyetli kullanım önerileri için çok daha geniş çaplı ve uzun süreli çalışmalara ihtiyaç vardır. Testesteron takviyesinin ABD'de ve birçok Avrupa ülkesinde etiket kullanımı sadece erkek hipogonadizmiyle ilgilidir. Ne yazık ki, kas kitlesi üzerindeki etkileri için yaygın olarak bir anabolik steroid olarak da kullanılmaktadır. Ancak; kemik ve kas üzerindeki olumlu etkileri geriatrik rehabilitasyon protokollerinde Testesteronu son derece ilginç hale getirebilir. Bilişsel ve duygudurum bozukluğu tedavisinde rolü henüz tanımlanmamıştır.

DHEA uygulaması, kas kütlesi ve gücü, ayrıca fiziksel performans parametreleri üzerinde olumlu etkilere sahiptir. DHEA takviyesi, perimenopozal ve erken postmenopozal kadınlarda menopoz semptomlarını düzeltmiştir. Çoğu çalışma, DHEA takviyesi için çok tatmin edici bir güvenlik profili göstermiştir. Göğüs ve prostat kanseri gibi hormon bağımlı tümörlerde anlamlı bir etki bildirilmemiştir. Bununla birlikte, DHEA tedavisi için en uzun çalışma süreleri 2 yılı aşmamıştır. Sonuç olarak, hormon bağımlı tümörleri (meme, prostat ve endometrium), kardiyovasküler risk veya daha uzun süreli tedaviler için mortalite açısından tedavi güvenliği hakkında veri yoktur.

Düşük doz GH tedavisinin farelerde yaşam süresini artırdığı gösterilse de, sağlıklı yaşlı insanlarda yaşlanma üzerine GH' un etkisini inceleyen meta analizde 18 çalışmanın sonuçları değerlendirilmiş ve GH tedavisinin yaşlanma belirtileri ve vücut kompozisyonu üzerine sınırlı bir etki gösterdiği gözlenmiştir. Buna karşılık yumuşak doku ödemi, karpal tünel sendromu, artralji ve bozulmuş açlık glukozu gibi yan etkilerin fazla olduğu gözlenmiştir. Bu verilere dayanarak GH antiaging bir ajan olarak tavsiye edilmemektedir.

EGZERSİZ TEDAVİSİ VE DÜŞMEDEN KORUNMA

Prof. Dr. Nilay Şahin
Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Balıkesir

Altmış beş yaş üstü kişilerde yıllık düşme sıklığı %30 iken, 80 yaş ve üzeri kişilerde bu oran %50'ye kadar yükselmektedir. Çünkü yaşlılıkla birlikte meydana gelen fiziksel, sosyal ve ruhsal değişikler düşme sıklığının artmasına yol açmaktadır. Yaşlı nüfus arttıkça düşme problemleri de artmaktadır. Özellikle bakımevinde yaşayan yaşlılarda ve hastanede yatan hastalarda düşme riski artmaktadır. Evde yaşayanların yaklaşık %30' unda, bakım evinde yaşayanların ise %50' sinde düşme şikayeti görülür.

Düşmeyi önlemeye yönelik yapılan stratejilerde mutlaka risk faktörleri tespit edilmeli ve bunlar tedavinin bir noktasında yer almalıdırlar. Çünkü bu risk faktörleri içinde en sık görülen üç neden arasında; kas güçsüzlüğü, balans problemleri ve yürüme bozuklukları yer almaktadır (1-3). Saydığımız bu nedenler için planlanan tedavi programında mutlaka fizik tedavi ve egzersiz programı yer almalıdır (4, 5).

Balans postüral dengenin devamlılığı için önemlidir. Yaşla beraber etkilenen sinir sistemi ve nöromusküler sistem değişiklikleri balans ve yürüme problemlerine de yol açmaktadır. Bu nedenle günlük yaşam aktivitelerini de çok etkileyen bu sistemler nedeniyle de kişi zorluklar yaşamakta ve düşmeye eğilimli bir hale gelmektedir. Çünkü normal günlük yaşam aktivitesi için balans ve kas gücü normal olmalıdır (5). Tabii yaşla birlikte gelişen önemli sorunlardan bir de sarkopeni. Bu durum yürüme hızı, kas gücü ve kas kitlesinin ölçümü ile değerlendirilerek tespit edilebilir (6). Bu çerçevede kas gücü ve balans performansında defisit olan bireylere özel olarak planlanmış balans ve resistif kas gücü programları geliştirilmesi düşüme riskini azaltacaktır. Düşen hastada verilecek egzersiz programı elbette bununla sınırlı olmamalıdır. Güçlendirme, balans egzersizleri yanında mutlaka endürans, koordinasyon gibi egzersizlerde programa ilave edilmelidir. Sonuç olarak frajil yaşlılarda tekli bir egzersiz programı yerine multi-komponent egzersiz programı tercih edilmeli ve tedavi yelpazesi geniş tutulmalıdır. Programın yoğunluğu, sıklığı ve şiddeti bireysel olarak ayarlanmalı ve sonuçlar fonksiyonel kapasitedeki iyilik hali ile takip edilmelidir. Takiplerde ayrıca son durum olarak yürüme kabiliyeti, balans ve kas gücü takibi de programın başarısı hakkında bize bilgi verebilir. Şimdi düşmeyi azaltmada etkili olan egzersizlere göz atalım.

Rezistif egzersizler

Genel olarak rezistif egzersizlerde (RE); egzersiz sırasında kasa metabolik kapasitesinin üzerinde bir yük uygulanmalı ve egzersize kasın yorgunluk noktasına kadar devam edilmelidir. Kas kuvveti artışı aslında kas hipertrofisi ve motor ünitlerin maksimum boşalımı ile ilgilidir.

Kas kuvvetini arttırma yöntemleri;

1. Tekrar sayısı aynı kalır, uygulanan direnç arttırılır.
2. Uygulanan direnç aynı kalır, tekrar sayısı arttırılır.
3. Uygulanan direnç ve tekrar sayısı aynı kalır, kontraksiyon hızı aşamalı olarak arttırılır.

Direnç

RE' de uygulanması gereken direnci belirlerken dikkat edilecek bazı noktalar vardır. Uygulanacak direncin belirlenmesinde genellikle kaldırılabilen maksimal ağırlık (RM) kullanılır. 1 RM kasın kaldırabildiği en yüksek ağırlıktır. Yaşlı hastada RE programı planlamasında önerilen yaklaşım şöyledir:

- Düşük yoğunluk: 1RM'nin %40'ı, 10-15 tekrar, 2-3 kez/hf
- Orta yoğunluk: 1RM'nin %40-60'ı, 8-10 tekrar, 2-3 kez/hf
- Yüksek yoğunluk: 1RM'nin >%60'ı, 6-8 tekrar, 2-3 kez/hf

Tekrar sayısı

Yüksek direnç, çoklu setler şeklinde yapılan egzersizler daha çok kuvvet artışını sağlamaktadır.

Hız

Yüksek dirençle yapılan düşük hızlı egzersizler daha fazla kuvvet kazanımı sağlamaktadır. Düşük ve orta hızlarda daha belirgin kas hipertrofisi oluşmaktadır.

Çalışma frekansları

Kullanılan dirençle ve kişinin kondisyonu ile orantılı olarak ayarlanması gereklidir. Örneğin 1 RM ile yapılan çalışmada gerekli istirahat süresi 72 saat iken, 1 RM in %60' ı ile yapılan çalışmalarda ise bu süre 24 saate kadar düşmektedir.Yapılan egzersiz türü de istirahat süresinde etkili

olmaktadır. Örneğin eksantrik egzersizlerde ilgili kasa ve etrafındaki eklem, bağ, kıkırdak dokuya daha fazla yük bindiği için dinlenme süresi daha uzun tutulmalıdır.

Düşen hastada sıklıkla önerilen program haftada üç kez, 8-12 tekrarlı olan 3 set ve 1RM' nin %20-30' u ile başlamaktır. Bu düzeyde programları içeren çalışmalarda yan etkinin de görülmediği bildirilmiştir.

Aerobik egzersizler

Yaşlanmayla birlikte kardiyorespiratuvar kapasitede azalma ve bunun sonucunda da kaslarda oksidatif metabolizma işlevinde bozukluk gelişmektedir. Kas metabolizmasında bozukluk olması da sarkopeniye ve bu da düşmede artışa neden olmaktadır. Bu nedenle düşen hastalarda egzersiz programına endürans egzersizlerinin ilave edilmesi de kaçınılmaz bir hale gelmektedir. Bu egzersizlerin yapılması kardiyorespiratuvar kapasiteyi iyileştirmesi yanında kas gücü seviyesiyle de olumlu bir korelasyona sahiptir. Yaşlarda değişken hız ve ilerleme ile yapılan yürüme egzersizleri en uygun endürans egzersizleridir. Bu programa ilk hafta 5-10dk ile başlanır ve program 15-30dk olana kadar kademeli olarak arttırılır. Yoğunluk maksimal kalp hızı ile belirlenebilir. Maksimum kalp hızı "220 - yaş" formülü ile elde edilebilir. Egzersiz şiddetini belirlemek için maksimum kalp hızı dışında, Borg ölçeğine (6-20) göre zorlanma derecesi veya MET (metabolik eşlenik) kullanılabilir. Borg ölçeğinde 12-16 arası skorlar maksimal KH'nın % 60-85'ine denk gelir. Kondisyonu düşük olan yaşlılarda başlangıç egzersiz süre ve şiddeti daha düşük tutulabilir. Endürans egzersizlerin sıklığı ise haftada üç olmalıdır.

Balans egzersizleri

Düşme hastalarının tedavisinde önemli bir yeri olan balans egzersizleri; tandem yürüyüş, topuk-parmak ucu yürüyüşü, bir hat üstünde yürüme, step, tek ayak üstünde durma, top tutma-yakalama, ağırlık transferi ve Tai-Chi' den oluşmaktadır.

Kaynaklar

1. Rubenstein LZ, Josephson KR. The epidemiology of falls and syncope. Clin Geriatr Med 2002, 18(2):141–158.
2. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention: Guideline for the prevention of falls in older persons. J Am Geriatr Soc 2001, 49(5):664–672.
3. Granacher U, Muehlbauer T, Zahner L, Gollhofer A, Kressig RW. Comparison of traditional and recent approaches in the promotion of balance and strength in older adults. Sports Med 2011, 41(5):377–400.
4. Franklin RC, Boehm J, King J, et al. A framework for the assessment of community exercise programmes: a tool to assist in modifying programmes to help reduce falls risk factors. Age Ageing 2013, 42(4):536–540.
5. Koeneman MA, Verheijden MW, Chinapaw MJ, et al. Determinants of physical activity and exercise in healthy older adults: a systematic review. Int J Behav Nutr Phys Act 2011, 8:142.
6. Muehlbauer T, Besemer C, Wehrle A, et al. Relationship between strength, power and balance performance in seniors. Gerontology 2012, 58(6):504–512.
7. Fiatarone MA, Marks EC, Ryan ND, et al. Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly men. N Engl J Med 1994; 330: 1769-1775.

YAŞLIDA BASI ÜLSERLERİ RİSK FAKTÖRLERİ VE KORUNMA

Dr. Ahmet Öztürk

Bası ülserleri özellikle hareket kısıtlılığı olan, yatağa bağımlı hastalarda görülmekle beraber yüksek oranda artmış morbidite ve mortaliteye neden olmaktadır. Özellikle yatan hastalarda ağrı, enfeksiyon riskinde artış ve hastanede yatış sürelerinin uzamasına neden olabilmektedir. Sağlık harcamalarında artış, artan bakıcı yükü ve hastaların konforunun azalması nedenli önem verilmelidir. Ayrıca geriatri perspektefinde değerlendirildiğinde ise; bası ülseri vakalarının %70'inin 70 yaş üzerinde olduğuda göz ardı edilmemelidir. Bası ülserleri ile mücadele, sağlık ekibi, hasta ve yakınları ile uyumlu ve organize çalışma ile yürütülmelidir. Özellikle yurtdışı sağlık uygulamalarında bası yarası oluşumu bir hata olarak nitelendirilmekte, taburcu edilen ve yatan hastalarda mükerrer görülmesi halinde ilgili kurum ödemelerinde sıkıntı çıkmaktadır.

Bası ülserlerini Avrupa Bası Ülseri Tavsiye Paneli (EPUAP) şu şekilde tanımlamıştır; deri ve ya altında özellikle kemik çıkıntılarının olduğu dokularda maruz kalınan uzun süreli basınçla birlikte yırtılma ve sürtünmenin de eşlik etmesi sonucunda deri kanlanmasının azalması ve bozulması ile neticelenen yumuşak doku hasarına verilen isimdir (NPUAP,1989).

Epidemiyoloji: Bası ülserlerinin görülme sıklıkları incelendiğinde en sık yoğun bakım ünitelerinde görülmekte iken, bakımevlerindeki hareketsiz hastalar (özellikle Spinal kord yaralanmaları ve ortopedik sorunları olan hastalar gibi) bunu takip eder. Evdeki hastalarda ise nispeten daha düşük sıklıkla görülmektedir (Spector, Kapp, Tucker ve Sternberg,1988). Prevalans çalışmaları ülkeler arasında farklılıklar göstermekle birlikte, yapılan çalışmalar sonucu özellikle Avrupa ülkelerinde %5-%28'e arasında farklı oranlarda veriler bilditilmiştir. EPUAP 5947 hasta bazlı yapılan pilot çalışmasında bası yarası genel prevalansı %18,1 olarak bulunmuştur (Clark, Bours ve Defloor, 2002). Amerika Bası Ülseri Ulusal Tavsiye Paneli (NPUAP) ise insidans %7 ve hastanedeki prevalansı %15 olarak bildirilmiştir (Ayello ve arkadaşları, 2001).Türkiye'de ise yapılan çalışmalarda bası ülseri prevalans oranlarını 1992 yılında 3892 hastalık grupta Pektekin ve arkadaşları %1,1, yatağa bağımlı olanlarda %6,1 olarak bulmuştur (Pektekin, Batmaz, Sönmez, Sever ve Buzlu, 1992). 2001 yılında ise Alaca ve arkadaşları omurilik hasarlı gupta %28,4 olarak bildirmişlerdir. (Alaca, Hazneci, Göktepe, Gündüz ve Kalyon 2001). Hug ve arkadaşları yatan hastalarda prevalansı %7,2 ve Karadağ ile arkadaşları ise ameliyat edilenlerde bası ülseri oranını %58,4 olarak bulmuşlardır (Hug, Ünalan, Karamehmetoğlu, Tüzün, Gürgöze ve Tüzün F 2001, Karadağ ve Gümüşkaya, 2006).

Patogenez: Hastaların dışarıdan maruz kaldıkları basıncın kılcal damarlar, venöz ve lenf sistemindeki basıncın üzerine çıkması sonrası dokuların oksijenizasyonunun bozulması ve vazokonstruksiyonu sonrası bası ülserleri oluşmaktadır. Basınç şiddeti, süresi, makaslama ve sürtünmeye ilaveten, nem, yırtılma, sürtünme, ödem, metabolik bozukluklar ve nöropatik bozukluklarda önem arz etmektedir. Kemik çıkıntılar üzerindeki deri ve cilt altı dokusu daha çok etkilenmektedir.Küçük damarların akımı esnasında ayrıca tıkanma, ödem, göllenme, kanama ve doku ölümü ortaya çıkmaktadır. Özellikle cilt altı dokuda hasar görünenden daha fazla olmaktadır. Basınç deri üzerinde kızarıklık ve ya küçük bir ülsere neden olmakta iken, derin dokularda koni şeklinde hasarlara neden olmaktadır (Bennett ve Lee 1988). En duyarlı kaslar olmakta iken, subkütanöz yağ dokusu ve dermis ise sonrasında hasar görebilen diğer yapılardır (Cooney, 1997).

Risk Faktörleri: Bası ülserleri kemik çıkıntılarının bulunduğu her bölgede gelişmektedir. Oturur pozisyonda kalçalarda, yatarken kalça ve ayak bileklerinde gelişirken, sırt üstü yatarken ise sıklıkla topuklar ve kuyruk sokumu kemiklerinde görülmektedir(Duthie, Katz ve Malone 2007). Bası ülserleri gelişiminde hastaya ait ve hastaya ait olmayan risk faktörlerinin katkısı mevcuttur. Hastaya ait olmayan risk faktörleri; basınç, makaslama etkisi, sürtünme ve nem olarak sınıflandırabiliriz. Hastaya ait olanlar ise; ileri yaş, kansızlık, kuru cilt yapısı, enfeksiyonlar, düşük tansiyon değerleri, kanlanmanın bozulması, beslenme bozukluğu, omurilik yaralanmaları, kas kitlesinde azalma, kasların şiddetli halde kasılı olması, nörolojik hadiseler(bilinç kaybı), hareketsizlik, idrar ve fekal inkontinans bozuklukları olarak sıralanabilir (Akın ve Karan, 2011).

Basınç: Bası ülserleri oluşum mekanizmaları incelendiğinde en önemli risk faktörü basınç olmaktadır. Maruz kalınan basıncın süresi önem arz etmektedir. Deri hücreleri oksijensizliğe yaklaşık olarak 2 saat kadar dayanabilmektedir. Erişkinde küçük damarlardaki basınç 32 mmHg, yaşlıda ise 25 mmHg kadar olmakta iken, hastane

yatağında yatan bir hastanın uyluk kemiğinin üstündeki tümsek ve topuklarda maruz kaldığı basınç 45-75 mmHg civarındadır. 70 mmHg değerindeki bir basınca 2 saat kadar maruz kalmak doku hasarı gelişimi için yeterli olmaktadır (Falanga, 1992).

Makaslama Etkisi: Sürtünme ile yırtılmaya makaslama etkisi denilmektedir. Özellikle yatakta belli bir pozisyonda yer çekiminin de etkisiyle eğimli olarak yatan hastalarda aşağı doğru kayarken veya yatakta yukarı çekerken, uygun olmayan dönderme ve çekmeler sürtünmeye sebebiyet vermekle birlikte basınçla birleştiğinde dokuların zıttı yönde çekilme ile birlikte bası ülserleri için risk oluşturmaktadır. Kısaca, alttaki doku kayarken derinin yerinde kalması ve ya dokuların birbirine paralel ancak zıt yönde çekilmesi olarak da nitelendirilebilinir. Bası ülserleri oluşturabilmesi için basınç etkisi ile birleşmesi gerekir, tek başına oluşturamaz (Moragas, Castells ve Sans, 1993).

Sürtünme: Kanlanma bozukluğunun beraberinde görülmediği, genelde pozisyon değiştirmelerindeki yanlışlıklara bağlı ters yönde hareket eden iki yüzeyin karşılıklı oluşturdukları kuvvet nedeniyle oluşmaktadırlar. Derinin en dış tabakasını sürüklenmesine bağlı doku kaybı meydana gelmektedir. Evre II bası yaralarına sebebiyet vermekle birlikte Evre 3 ve 4 yaralarda etkisi ise kısmi olmaktadır (Varani, Dame, Rittie, Fligiel, Kang, Fisher ve ark., 2006).

Nem: Dışkı, idrar ve terleme oluşumları sonrası oluşan nem derideki epidermis tabakasında azalan direnç neticesi yumuşayarak soyulmasına neden olmakta ve ilave basıç sonrası bası yaraları oluşumuna neden olmaktadır. Nemin katkısı diğer faktörlere oranla nispten düşüktür (Varani, Dame, Rittie, Fligiel, Kang, Fisher ve ark., 2006).

Teşhis: Bası yaraları teşhisi özellikle şeker hastalarındaki nörolojik hadiselerle(nöropati), arteryel ve venöz sistemdeki zafiyetlere bağlı ülserlerle karışabilmesiyle birlikte, kemik çıkıntılar üzerinde olması ve karakteristik görünümleri ile ayırt edilebilmektedir(Akın ve Karan 2011). Vücutta kemik çıkıntılarının bulunduğu bölgelerde en sık vücut alt yarısında görülmektedir (%95). Yatan hastalarda kuyruk sokumu kemiği üzerinde %36, topuklarda %30, iskium üzerinde %6, kemik çıkıntıları üzerinde %6 olarak oluşmaktadır. Yan yatan hastalarda kalça ve ayak bileklerinde ve oturan hastalarda kalçada daha sık görülmektedir. Tedavi açısından özellikle evreleme önem arz etmektedir (Thomas, 2006). NPUAP, en yaygın kullanılan bası yarası evreleme sistemi olmaktadır.

Evre 1, deri bütünlüğü korunmuş olup kemik dokular üzerinde lokal kızarıklıklar mevcuttur. Komşu sağlam dokuya nispeten yara olan bölgede ağrı olabilmektedir. Önemli olan erken evrede dinamik olarak yaklaşmak ve ileri evrelere ilerlemesini önlemek açısından ciddi tedbirler alınmasıdır. Uygun yaklaşımlarla geri döndürülebilme imkanı vardır (Akın ve Karan, 2011). Evre 2, epidermis ile dermiste kısmi kayıp olmakla beraber yara yatağı pembe ve kırmızı renkte olan kabuksuz, yüzeyel yaraların mevcut olduğu evredir. Ciltte büller olabilir. Geri dönüşümlü olan bu evrede morluk derin doku hasarına işaret etmektedir. Evre3, cildin tüm katmanlarında tam kat kayıp vardır. Deri altı yağ dokusunda ülsere alan görülebilmekle birlikte kemik dokusu, kas ve eklem tutulumu bu evrede görülmemektedir. Ölü doku, yara altında tünel, boşluklar olmakla birlikte yara alanında kabuklanmalara da rastlanılmaktadır. Evre 4, ciltte tam kat kayıba kemik, eklem, kas dokusunun tutulumu da eklenir, birlikte doku ölümü de görülür ve nekroz görülebilmektedir. Kemik enfeksiyonu gelişebilir. Kabuk, doku iyileşmesine bağlı görünümler, tünel ve boşluklar saptanmaktadır. Sıklıkla geri dönüşümsüz olup bir çok medikal ve sosyal problemleri de beraberinde getirir.

Önleme: Bası yaralarında tedavi, ülser olmadan başlama esasına dayanır. Önlemedeki temel prensibimiz riskli hastaların önceden belirlenmesi ve tedbirinin çok hızlı bir şekilde alınmasıdır. Hastaların bası yaraları oluşum risklerinin değerlendirilmesi özellikle sağlık personeli ve kısa bir eğitimle hasta bakımverenlerince uygulanabilir, erken teşhis ve tedavi açısından önemlidir. Risk değerlendirmesi amaçlı çeşitli ölçekler mevcuttur. Norton ölçeği, Gosnell ölçeği, Braden ölçeği, Knoll ölçeği ve Waterlow ölçekleri sıklıkla kullanılmaktadır. Daha çok hastaya bağımlı faktörlerin ele alındığı Norton ve hastaya ait olmayanların ele alındığı Braden risk skorlamaları sıklıkla pratikte kullanılmaktadır. Bu skorlamalar neticesi, 65 yaş üzeri ve yatağa bağımlı hastaların sıklıkla yüksek risk grubuna girdikleri görülebilmektedir. Norton ölçeği fiziksel ve mental durumları, aktivite derecesi, mobilite ve inkontinansı değerlendirmekte, her bir parametre için 1-4 arasında puanlama yapılıp 14 puan ve altındakilerde bası yarası gelişme riski yüksek olarak görülmektedir (Thomas,2006 NPUAP Panel, 1989) (**Tablo 1**). Duyusal algılama, nem, aktivite, mobilite, beslenme, sürtünme ve yırtılma kategorileri içeren Braden ölçeğinde düşük puanlar ülser gelişim riskinin yüksek olduğunu göstermektedir **(Tablo 2)**. Yapılan çalışmalar sonucu en yüksek geçerlilik ve güvenirlilik oranı Braden ölçeğinde bulunmuştur (Bergstrom, Braden, Laguzza ve Holman, 1987). Risk faktörlerini azaltmak için deri bakımı önem arz etmektedir. Günlük deri incelemesi (basınç ülserlerinin yaygın olduğu vücut bölgeleri olan topuklar, kuyruk sokumu, kemik çıkıntıları), ılık su ve hassas temizleyicilerinin kullanımı, inkontinans ile mücadele, uygun pozisyon, transfer ve döndürme sırasında sürtünmeyi en aza indirme, koruyucu filmler ve koruyucu pansuman, aktif ve pasif egzersizlerin yapılması gerekmektedir. Mekanik yüklenmeyi azaltmak amaçlı her iki saatte bir hastanın pozisyon değişikliğinin yapılması esastır. Destek yüzeyleri kullanmak gerekebilir; statik destek (pozisyon değiştirebiliyorsa), köpük-yastık, jel ile dolu malzemeler ve yastıklar olarak sıralanabilir. Topukların yatağa temasını direkt önlemek amaçlı yastık desteği alınabilinir. Diz altından ayak bileği etrafına kadar yastık konulmalıdır. Dinamik destek; vücut yüzeyleri üzerinde eşit basınç dağılımı sağlar. Burada bilinmesi gereken dinamik destek sistemlerinde basınç noktalarını değiştirebilen güç kaynakları mevcut iken statik sistemlerde basıncın geniş yüzeye yayılması

Tablo 1. Norton ölçeği (NPUAP,1989)

Motivasyon	*Yaş*	*Cilt*	*İlave Hastalık*	*Bedensel durum*	*Mental durum*	*Mobilite*	*Hareket yeteneği*	*İnkontinans (İdrar ve gayta kaçırma)*
Tam (4 puan)	<10 (4 puan)	Normal (4 puan)	Yok (4 puan)	İyi (4 puan)	Açık (4 puan)	Tek başına yürüyebiliyor (4 puan)	Tam (4 puan)	Yok (4 puan)
Vasat(3 puan)	<30 (3 puan)	Kuru kepekli (3 puan)	Ateş, diyabet (şeker hastalığı, kansızlık (3 puan)	Vasat (3 puan)	Apatik (Hareketleri azalmış), depresif (3 puan)	Yardım ile yürüyebiliyor (3 puan)	Kısıtlı (3 puan)	Bazen (3 puan)
Düşük (2 puan)	<60 (2) puan	Nemli (2 puan)	Kanser, aşırı zayıflık (2 puan)	Kötü (2 puan)	Anlamsız, atipik hareketler (2 puan)	Tekerlekli sandalye (2 puan)	Çok kısıtlı (2 puan)	Sadece idrar (2 puan)
Yok(1 puan)	>60 (1 puan)	Allerjik çatlaklar (1 puan)	Koma, felç (1 puan)	Çok kötü (1 puan)	Algılama yok (1 puan)	Yatağa bağımlı (1 puan)	Tam kısıtlı (1 puan)	İdrar ve gayta (1 puan)

Sonuç: <14 puan bası yarası riski yüksek olduğunu göstermekte

Tablo 2. Braden Ölçeği (Bergstrom, Braden, Laguzza ve Holman, 1987)

Duygusal Algı Basınç ya da rahatsız edici durumları algılama	**Tamamen yanıtsız** *(1 puan)* Bilinç düzeyinde değişiklik veya sedasyon nedeniyle ağrılı uyaranlara (yakalama, inleme ve çekme gibi) yanıtın olmaması veya tüm vücutta ağrıyı hissetmekle sınırlı	**Sadece ağrılı uyaranalar sınırlı yanıt** *(2 puan)* Rahatsızlığı dile getirememe, yalnızca inleme/huzursuzluk ile ifade edebilme veya vücudun yarısındaki ağrı/ rahatsızlığı hissetme	**Sözlü komutlara kısmen yanıt** *(3 puan)* Rahatsızlık veya dönme isteğini yerine getirememe ya da 1-2 ekstremitede rahatsızlık veya ağrı hissetmede sınırlılık	**Normal sözel yanıt** *(4 puan)* Sözel komutları algılama, ağrı, rahastsızlığı dile getirmede sorun yok	Puan
Nemlilik Derideki nemin derecesi	**Tamamen nemli** *(1 puan)* Ter ve ya idrarla derinin sürekli nemli olması; hasta çevrilirken, taşırken vücudu kurulanmalı	**Çok nemli** *(2 puan)* Deri sıklıkla nemli ancak her zaman değil; çarşaf her şiftte bir kez değiştirilmeli	**Ara sıra nemli** *(3 puan)* Deri ara sıra nemli; günde bir kez ekstra çarşaf değiştirmek gerekli	**Nadiren nemli** *(4 puan)* Deri genellikle kuru; rutin aralarla çarşaf değiştirilmeli	Puan
Aktivite Fiziksel faaliyet derecesi	**Yatağa bağımlı** *(1 puan)* Sürekli yatakta	**Tekerlekli sandalyeye bağımlı** (2 puan) Yürüme sınırlı/yok. Kendini kaldıramıyor ve/veya sandalyeye yardımla oturuyor.	**Aralıklı yürüyor** (*3 puan*) Gün boyunca ara sıra kısa aralarla yardımla/yardımsız yürüyor. Zamanın çoğunu yatakta/sandalyede geçiriyor.	**Sık yürüyor** (*4 puan*) Oda içinde dışında günde en az iki kez veya iki saatte bir yürüyor.	Puan
Hareket Pozisyon değiştirme derecesi	**Tamamen hareketsiz** *(1 puan)* Yardımsız pozisyon değiştiremiyor	**Çok sınırlı** *(2 puan)* Vücudunu, ekstremiteleri sınırlı olarak, bağımsız pozisyon değiştirebiliyor	**Hafif sınırlı** *(3 puan)* Vücududunun veya ekstremitelerinin pozisyonunu sık sık değiştirebiliyor	**Sınır yok** *(4 puan)* Yardım olmadan her tür pozisyonu alabiliyor	Puan
Beslenme Yiyecek alımı	**Çok zayıf** *(1 puan)* Asla yemeğin tamamını almıyor. Nadiren yemeğin yarısını yiyor. Günde iki porsiyondan az protein alıyor. Destekleyici sıvı diyet almıyor. Veya enteral(burundan hortum ile) /damardan 5 günden fazla besleniyor	**Muhtemelen yetersiz** *(2 puan)* Nadiren sunulan yemeğin tamamını yiyabiliyor, genellikle yarısını yiyor. Yalnızca günde 3 porsiyon protein alıyor.genelde verilen diyeti alıyor. Veya damardan / tüple besleniyor.	**Yeterli besleniyor** *(3 puan)* Sunulan dört porsiyon proteini alıyor. Veya beslenme ihtiyacını damardan/tüple karşılıyor.	**Mükemmel** *(4 puan)* Sunulan her yemeği alıyor.	Puan
Sürtünme ve yırtılma	**Problem** *(1 puan)* Taşınırken yardıma ihtiyacı var.Çarşafla taşınabiliyor. Spastisite(Anormal kas tonusu), kontraktür(adalenin inatçı bir şekilde kısalmasından dolayı eklemin anormal bir postür alması) ve ajitasyon sürtünmeye neden oluyor.	**Olası problem** *(2 puan)* Taşınırken az yardıma ihtiyacı var. Yatak ve sandalyede iyi pozisyon alabiliyor.	**Sorun yok** *(3 puan)* Yatakta sandalyede bağımsız hareket edebiliyor, iyi pozisyonlar alabiliyor.		Puan

15-18 puan: Düşük risk **13-14 puan**: Orta risk **10-12 puan**: Yüksek risk **6-9 puan**: Çok yüksek risk

mantığı vardır ve enerji kaynağı mevut değildir. Havalı yataklar ve silikon simitler dinamik destekler olarak sayılabilir. Ayrıca sürekli yatakta yatan hastaların başı 30 dereceden fazla yükseltilmemelidir. Hastanın pozisyonunu değiştirirken sürtünme ve/veya yırtılmayı önlemek amacıyla kaldırma aracı ya da transfer aracı (çarşaf, vb.) kullanılmalı, yatak çarşaflarının düz ve kırışıksız olmasını sağlamalıdır(Berlowitz, Ash, Brandeis, Brand, Halpern ve Moskowitz, 1996). Deri temizliğinde ise deriyi tahriş eden maddeler kullanılmamalı, sıcak su kullanmaktan ve kemik dokulara bastırmaktan uzak durulmalıdır(Schultz, Sibbald, Falanga, Ayello, Dowsett, Harding K ve ark., 2003).

Braden ölçeği sonucu, düşük riskli (15-18 puan) hastalarda azami hareketlilik artırılmalı, topuklar korunmalıdır. Hareketsiz hastalarda 2 saat aralıklarla pozisyon değiştirilmesi ve basınç azaltıcı destekler gerekmektedir. Derideki nem oranını yeterli oranda olması çatlakların engellenmesi için ayrı bir önem arz eder. İlaveten, pozisyon verilirken sürtünme, yırtılma ile dokuların hasar görmesi önlenmelidir. Hastalarda majör risk faktörleri varsa eğer ikinci basamak önlemlerine geçilmesi gerekmektedir. Orta riskli (13-14 puan) grupta ise sayılan önlemlere ilaveten köpük destekler ilave edilmeli, majör risk faktörlerinde üçüncü basamağa geçilmelidir. Yüksek riskli (10-12 puan) hastalarda tüm bu önlemlere ilaveten pozisyon değişim süreleri kısaltılıp hafif kısa vücut hareketleri ile desteklenmelidir. Rahatlatıcı yatak ve minderler tüm bahsedilen önlemlere ilaveten çok yüksek riskli (6-9 puan) hastalarda kullanılmaktadır(Akın ve Karan, 2011).

Akılda kalması gereken bir hususda ölçeklerin değerlendiremediği damar hastalıkları, düşük kan basıncı değerleri (60 mmHg'nın altındaki kan basıncı değeri), yaş, eşlik eden hastalıklar, inatçı ağrılar, infeksiyon durumları da mutlaka dikkate alınmalı ve bası ülserleri oluşumunun engellenmesi için genel tüm verilerinin değerlendirilip önlemlerin bu doğrultuda alınması unutulmamalıdır.

ÖZET OSTEOPOROZ PRATİĞİNDE SORULAR VE CEVAPLAR (GBO)

Dr. Gülistan Bahat Öztürk

Osteoporoz yaşlı hasta pratiğinde sık karşılaşılan, komplikasyonları olan kırıklar nedeniyle bağımlılık ve mortalite riskini artıran, eş zamanlı olarak hayat kalitesini düşüren bir hastalıktır. Güncel rehberler bütün 65 yaş üzerindeki kadınlarda ve 65 yaş veya 70 yaş üzerindeki erkeklerde osteoporoz taramasının yapılmasını ve osteoporoz tanı-tedavisinde yardımcı olan diğer bazal tetkiklerin yanısıra kemik mineral dansitometre tetkikinin yapılmasını önermektedir. Bu bilgiler ışığında bu oturumun içeriği geriatri polikliniğine başvuran tüm hastalarımızı ilgilendirmektedir. Oturum tamamen pratiğe yönelik ve gerçek hasta örnekleriyle ilerleyen bir oturum olacak olup, soru ve cevaplar eşliğinde osteoporoz tanı, tedavi ve takipi tüm yönleriyle tartışılacaktır.

İŞTAHSIZLIK, BULANTI, KUSMA

Uzm. Dr. Sumru Savaş

İştahsızlık

Yaşlılık anoreksisi, sağlıklı yetişkinlerde ve yeterli miktarda besin kaynağı mevcut olduğunda bile, yaşa bağlı iştah ve gıda alımında azalma olarak tanımlanır. Anoreksi/iştah azalması, yaşlılarda pek çok fizyolojik değişikliklerle ilişkilidir. Gıda alımı yaşla yavaş yavaş azalır. Aslında erken yaşta tüketimin azalması, fiziksel aktivite azalması, azalan enerji ihtiyacı, azalan enerji harcaması ve/veya yağsız vücut kütlesi kaybı nedeniyle bir dereceye kadar uygun bir yanıttır şeklinde yorumlar olsa da ileri yaşta kilo kaybı artmış morbidite ve mortalite ile ilişkilidir. Anoreksiyalı yaşlılar hastalandıklarında şiddetli anoreksiya, kas kaybı ve kırılganlık için artmış risk altındadırlar. Anoreksiya-kaşeksi sendromundaki anoreksi mekanizmaları, yaşlanmanın fizyolojik anoreksisine neden olan mekanizmalarla örtüşmektedir. Tat ve koku duyularındaki değişiklikler, yemek yeme isteğinde azalmaya neden olur ve ilerleyen yaşla ortaya çıkan gastrointestinal değişiklikler ve gastrik hormon değişiklikleri de erken doygunluk hissini ortaya çıkarır. İştah ayrıca; beraberinde olan hastalıklar, ilaçlar, demans ve duygudurum bozuklukları gibi pek çok durumdan etkilenir. Yaşlıda anoreksi taramasının amacı, kilo kaybı riski altındakileri tanımlamak, böylece kilo kaybı ortaya çıkmadan önce müdahale edebilmektir. Onaylanmış çok sayıda tarama aracı bulunmaktadır, görsel analog skala, Basitleştirilmiş Beslenme Değerlendirmesi Anketi (The Simplified Nutritional Appetite Questionnaire-SNAQ), Mini Nutrisyonel Değerlendirme anketi (The Mini Nutritional Assessment-MNA), gibi. Yaşlılık anoreksisinin kompleks bir patofizyolojiye sahip olduğu göz önüne alarak çok yönlü müdahale edilmelidir; gıda manipülasyonu, çevresel ve farmakolojik risk faktörlerinin düzeltilmesi ve altta yatan tıbbi nedenlerin tedavisi de dahil olmak üzere çoklu müdahalelerle gerçekleştirilebilir. En yaygın reçete edilen iştah uyarıcı ajanlar kanser ve AİDS'e bağlı kaşeksi için FDA tarafından onaylanmıştır.

Bulantı-Kusma

Bulantı, boğazın arka tarafında ve midede hissedilen rahatsız edici ve hoşa gitmeyen bir duygu şeklinde tanımlanmaktadır. Bazı zamanlarda tükürük salgısında artış, baş dönmesi, yutma güçlüğü, vücut ısısında değişiklikler ve çarpıntı eşlik edebilir. Kusma; mide kaslarının güçlü kasılması ile içeriğin ağıza gelmesiyle sonuçlanan bir olaydır. Pek çok neden bulantı ve kusmaya neden olabilir; ilaçlar (opiatlar, antibiyotikler, nonsteroid antieenflamatuar, kemoterapi vb.), bağırsak obstrüksiyonları, ileus gibi gastrointestinal nedenler, sıvı kaybı, elektrolit bozuklukları, karaciğer ve böbrek sorunları, enfeksiyonlar, alkol, sigara kullanımı, bazı hastalıklar ve psikolojik problemler, gibi. Bulantı-kusma merkezi santral sinir sisteminde bulunmaktadır. Beyin, mide, bağırsaklar ve bazı visseral organlardan gelen uyarılar ile tetiklenir. Ayrıca kulaktaki sorunlar da bulantı ve kusma yapabilir. Bulantı ve kusmanın patofizyolojisinde rol alan birçok nörotransmitterlere karşı geliştirilen ilaçlar da bulantı ve kusmanın önlenmesinde ve tedavisinde kullanılır.

Kaynaklar

1. Kılavuz A. Yaşlılık Anoreksisi. Ed. Savaş S. Geriatrik sendromlarda yeni ufuklar. Ege Üniversitesi Rektörlüğü Basımevi, İzmir.2018; pp 111-139.ISBN: 978-605-338-236-2.
2. Ritchie C, Yukawa M. Geriatric nutrition: Nutritional issues in older adults. Eds. Schmader KE, Seres D, Sullivan DJ, UpToDate; Topic 3016: Version 35.0. https://www.uptodate.com/contents/geriatric-nutrition-nutritional-issues-in-older-adults. Erişim tarihi 23.03.2018.
3. Wysokiński A, Sobów T, Kłoszewska I, Kostka T. (2015) Mechanisms of the anorexia of aging—a review. AGE (2015) 37: 81. DOI 10.1007/s11357-015-9821-x.
4. Yavuzşen T. Gastrointestinal Semptomlar. T. C. Sağlık Bakanlığı İzmir İl Sağlık Müdürlüğü, "Palyatif Bakım Semptom Yönetiminde Klinik Yaklaşım ". 2015; 175-183.
5. Bulut G, Uslu R, Eyigör C, Uyar M. Palyatif Bakımda Semptom Yönetimi. Turkiye Klinikleri J Anest Reanim-Special Topics 2017;10(1):25-35.

TELOMER-TELOMERAZIN KEMİK KAYBI GİBİ YAŞLANMA HASTALIKLARINDA VE GENOMİC İNSTABİLİTE İLİŞKİSİ

Prof. Dr. Nedime Serakıncı

Telomerler, kromozomların uçlarını koruyan tekrar dizileridir. Hücreler her bölündüğünde telomerler kısalırlar. Telomer uzunluğu esas olarak doğal bir enzim olan telomeraz ile korunur. Bu enzim embriyonik kök hücrelerde ve hızla bölünen hücrelerde yüksek konsantrasyonlarda bulunurken, yaşlanma ile azalır.

Telomerler kromozom stabilitesi ve hücre yaşam boyunu tayin etmede rol alırlar. Telomeraz yada terminal transferaz, projenitör ve kanser hücrelerinde telomer tekrarlarını sentezleyen bir ribonükleoprotein kompleksidir. Aktif insane telomerazında RNA bileşeni (hTR), protein katalitik altbirimi (hTERT) ve dyskerin (DKC1) isimlerinde üç ana altbirim bulunur.

Bu sunumda mezenkim kök hücreler başta olmak üzere, kök hücrelerdeki telomeraz ekspresyonu ve telomer uzunluğuna yoğunlaşacağız. Telomer sürdürülebilirliği hakkındaki farklı mekanizmaları tartışacak, mezenkim kök hücrelerdeki telomer dinamiğine değinecek ve kemik kaybı gibi yaşlanma hastalıklarında ortalama telomer uzunluğu ile bireysel kromozomlardaki telomer uzunluğunu irdeleyeceğiz.

FARKLI DİYABET KLAVUZLARINDA YAŞLI

Prof. Dr. Zeliha Fulden Saraç
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Geriatri Bilim Dalı, İzmir

Yaşlı popülasyonunda; diyabet prevalansı belirgin olarak artmaktadır. Ancak, önemli bir yaşlı grubunda; diyabet tanısı konulamamakta veya gecikmektedir. Çünkü, birçok semptom atipik ve non-spesifik olup, yaşa bağlı değişiklik olarak kabul edilebilmektedir (1). Diyabet, yaşlıda; düşmeler, azalmış yaşam kalitesi, fonksiyonel, mental değişiklikler (2), depresyon (3), kardiyovasküler ve diğer nedenlerden gelişebilen ölüm (4, 5) ile ilişkilidir. Ayrıca, geriatrik sendromlar; diyabetik yaşlılarda sık görülür.

Diyabet gibi özel klinik durumlarda; tıbbi kararlar verilirken yardımcı olacak tarzda, çeşitli kılavuzlar oluşturulmuştur. Bu kılavuzlar; literatür verileri ve uzman görüşleriyle zenginleştirilmiştir. Böylece; hastalıkla ilgili tanının konulması ve tedavinin planlamasında, pratik çözümler sağlayıcı özellikler kazandırılmıştır (6). Yaşlı diyabetikler; kanıta dayalı, kabul görmüş olan, klinik için uygun, klinik pratik içinde yer alabilen ve detaylı risk bakımını vurgulayan kılavuzlarla değerlendirilmelidir. Tüm hastalarda geriatrik sendromlar gözden geçirilmelidir. Kognitif fonksiyonlar değerlendirilmeli ve depresyon tedavi edilmelidir.

Klinik pratikte tavsiye edilen önerilerin sınıflandırılma kriterleri aşağıda verilmiştir.

Sınıf Kriterler

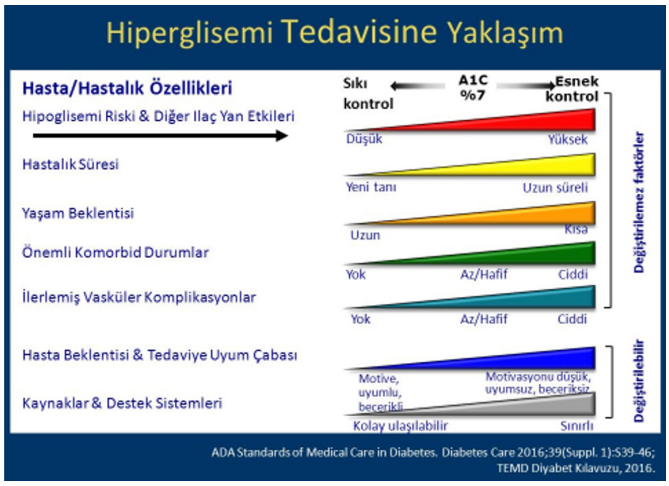
Sınıf A. Randomize Klinik Çalışmalar
- A. İyi dizayn edilmiş randomize çok merkezli çalışmalar
- B. Bu çalışmalardan oluşan Metaanalizler
- C. İyi dizayn edilmiş randomize çalışmalar
- D. Gücü yeterince iyi randomize klinik çalışmalar

Sınıf B. İyi kontrollü Kohortlar

Sınıf C. İyi dizayn edilmemiş kontrollü, kontrolsüz çalışmalar

Sınıf D. Ekspertlerin ortak görüşü, klinik deneyim

Sıklıkla, diyabet tedavisinde; optimum glisemik kontrolün oluşturulması hedeflenmiştir. Ancak, yaşlı diyabetiklerde; sıkı glisemik kontrol, kötü sonuçların gelişmesine neden olabilir. Agressif glukoz kontrolüyle; hipoglisemi ve erken kardiyovasküler ölüm gibi kötü souçlar gelişebilir. Yetişkin tip 2 diyabetiklerde yapılan; Veterans Affairs Diabetes Trial (VADT)) (ortalama yaş; 60 yıl) (7) ve Action in Diabetes and Vascular Disease: Preterax and Diamicron MR Controlled Evaluation (ADVANCE) (ortalama yaş; 66 yıl) (8) çalışmalarında; intensif glukoz kontrolüyle, mortalite üzerine bir yarar sağlanamadığı görülmüştür. Ancak, şiddetli hipoglisemi sıklığında belirgin artış olduğu gözlenmiştir. Benzer olarak, ACCORD çalışması (9); sıkı glisemik hedeflerle, tüm nedenlere bağlı mortalitede artış saptanmıştır. Yaşlı hasta popülasyonunda; hipoglisemi sıklığında belirgin artış olmuştur. Hiperglisemi tedavisine yaklaşım bireyselleştirilmiştir (Şekil 1). Hipoglisemi riski ve diğer ilaç yan etkileri açısından dikkat edilmesi önerilmiştir. Glisemik hedefler ve tedavi özellikleri; hipoglisemiden kaçınılarak düzenlenmelidir (Sınıf B). Ancak hiperglisemik semptomlardan da hasta korunmalıdır (Sınıf C). Komplikasyon taraması bireyselleştirilmeli ve belirli aralıklarla gerçekleştirilmelidir.



Şekil 1. Hiperglisemi tedavisine yaklaşım

Değerlendirilen bir çok çalışma sonrasında, Amerikan Diyabet Birliği (ADA) (10); ≥65 yaş hastalarda, glisemik hedeflerin bireyselleştirilmesi gerekliliğini önermiştir. Eğer, kognitif fonksiyon yeterli ve uzun yaşam beklentisi varsa; hemoglobin A1c (HbA1c) hedeflerini <%7.5 olarak önermiştir. Komplike medikal durumlar, bozulmuş kognitif durum ve/veya fiziksel fonksiyon durumunda; A1c hedeflerini <8.0 veya <8.5% gibi esnek düzeyler önerilmiştir. Ayrıca, hiperglisemik semptomlar veya akut komplikasyon gelişiminde sakınılması vurgulanmıştır. Amerikan Geriatrik Birliği'ne (11) göre; ≥65 yaş hastalarda A1c hedefleri genel olarak %7.5–8 civarında önerilmiştir. Eger, az komorbidite ve iyi fonksiyonel durum varsa A1c 7–7.5% civarında tavsiye edilmiştir. Kötü sağlık durumu ve sınırlı yaşam süresinde A1c 8–9% civarı tercih edilir.

Tablo 1. Çeşitli organizasyonlara göre; yaşlı diyabetiklerde önerilen glisemik hedefler

Kılavuz	*Yıl*	*Yaş*	*Öneri*	*A1c*	*Açlık kan glukozu*
American Diabetes Association (ADA) (10)	2017	≥65 yıl	Sağlık durumu Sağlıklı Orta Kötü	 <7.5% <8.05% <8.5%	 90–130 mg/dl 90–150 mg/dl 100–180 mg/dl
American Geriatrics Society (11)	2013	≥65 yıl	Kategori Genel Az komorbid durumlu Kötü sağlık durumu	 7.5–8.0% 7.0–7.5% 8.0–9.0%	
American Association of Clinical Endocrinologists (AACE) (12)	2015		Kategori "Az sağlıklı"	"düşük glisemik kontrol"	
International Diabetes Federation (13)	2017 (Update 2013)	≥70 yıl	Kategori Fonksiyonel bağımsız Fonksiyonel bağımlı Kırılgan/demans Yaşamın sonu	7.0–7.5% 7.0–8.0% 8.5% ve üzeri Semptomatik Hipeglisemiden sakın	
European Association for the Study of Diabetes (14)	2015		Beklenen yaşam süresi Yaş	A1c hedefi	
TEMD (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği) (6)	2017	≥65 yıl	- Fonksiyonel, kognitif kapasitesi normal ve yaşam beklentisi, tedaviden yararlanmayı sağlayacak ölçüde uzun -Komplikasyonları ilerlemiş, eşlik eden önemli sağlık sorunları bulunan, yaşam beklentisi kısa ve fonksiyonel ya da kognitif kapasitesi sınırlı	≤7% 7.1-8.5%	 90-210 mg/dL

Çeşitli organizasyonlara göre; yaşlı diyabetiklerde önerilen glisemik hedefler Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tüm yaşlı hastalar; medikal, fonksiyonel, mental ve sosyal özellikler açısından değerlendirilmelidir (Sınıf C).

Kardiyovasküler risk faktörleri değerlendirilerek tedavi edilmelidir. Hipertansiyon; birçok yaşlıda tedavi edilmelidir. Lipid düşürücü ve aspirin tedavisi; beklenen yaşam süresi ve yarar-zarar oranına göre değerlendirilmelidir.

Bakım evlerinde yaşayan yaşlılarda; hipoglisemi sıklığı yüksektir.

Sonuçta; yaşlı diyabetine yönelik kılavuzlar, yol göstericidir. Kanıta dayalı önerilerle, hasta merkezli, bireyselleştirilmiş tanı ve tedavi yolu oluşturan hedefler oluşturmayı amaçlar. Farklı diyabet kılavuzlarında; yaşlının, klinik ve fonksiyonel olarak heterojen özelliklere sahip olduğu farkındalığına dikkat çekilmiştir. Bu nedenle, glisemik hedefler ve tedavinin düzenlenmesi; bireysel özelliklere göre önerilmiştir.

Kaynaklar

1. Chiasson J, Josse R, Gomis M et al. Acarbose for prevention of type 2 diabetes mellitus: The STOP-NIDDM randomised trial. Lancet 2002; 359: 2072–7.
2. Kirkmam S, Briscoe V, Clark N et al. Diabetes in older adults: A consensus report. Journal of the American Geriatric Society 2012; 60: 2342–56.
3. Cahoon C. Depression in older adults. Am J Nurs 2012; 112: 22–30.
4. Zhang J, Chen X, Wang J, Liu Z, Wang X, Ren J, Sun T. Poor prognosis after surgery for intertrochanteric fracture in elderly patients with clopidogrel treatment: A cohort study. Medicine (Baltimore) 2017; 96(39): e8169.
5. Huang ES, Laiteerapong N, Liu JY, John PM, Moffet HH, Karter AJ. Rates of complications and mortality in older patients with diabetes mellitus: the diabetes and aging study. JAMA Intern Med 2014; 174(2): 251–8.
6. Diabetes mellitus ve komplikasyonlarının tanı, tedavi ve izlem kılavuzu. www.temd.org.tr/files/DIYABET2017_web.pdf.
7. Duckworth W, Abraira C, Moritz T, et al. Glucose control and vascular complications in veterans with type 2 diabetes. N Engl J Med 2009; 360(2):129–39.
8. ADVANCE Collaborative Group, Patel A, MacMahon S, et al. Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes. N Engl J Med 2008; 358(24): 2560–72.
9. Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group, Gerstein HC, Miller ME, et al. Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. N Engl J Med. 2008; 358(24): 2545–59.
10. American Diabetes Association. 11. Older adults. Diabetes Care 2017; 40 (Suppl 1): S99–S104.
11. American Geriatrics Society Expert Panel on Care of Older Adults with Diabetes Mellitus, Moreno G, Mangione CM, Kimbro L, Vaisberg E. Guidelines abstracted from the American Geriatrics Society Guidelines for improving the care of older adults with diabetes mellitus: 2013 update. J Am Geriatr Soc 2013; 61(11): 2020–6.
12. Handelsman Y, Bloomgarden ZT, Grunberger G, et al. American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology—clinical practice guidelines for developing a diabetes mellitus comprehensive care plan—2015. Endocr Pract 2015; 21(Suppl 1): 1–87.
13. Cho NH, Colagiuri S, Distiller L, et al. International diabetes federation global guideline: managing older people with type 2 diabetes. https://www.idf.org/sites/default/files/IDF-Guideline-forolder-people-T2D.pdf. Updated 2013. Accessed 01/05, 2017.
14. Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes, 2015: a patient-centered approach: update to a position statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. Diabetes Care 2015; 38(1): 140–9.

DİYABET YÖNETİMİ

Prof.Dr. İlker Taşçı
SBÜ Gülhane Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim, Ankara

Diğer yaş grupları ile karşılaştırıldığında 65 yaş ve üzeri diyabetes mellitus hastaları için yapılması gereken bazı ek uygulamaların olduğu uzun zamandan beri bilinmektedir. Bu olgularda medikal hedefleri başarırken psikolojik, fonksiyonel ve sosyal değişkenlerin göz ardı edilmemesi önemlidir.

Bu hastaların tanı, tedavi ve takibini yürüten hekimlerin, özellikle temel ve enstrümantal günlük yavaş aktivitelerinde sınırlılıkları olan bireylerde, bazı geriatrik sendromların (polifarmasi, kognitif bozukluk, üriner inkontinans, düşme, kronik ağrı vb.) olabileceğini akılda bulundurması ve gerekli taramaları yapması tedavi başarısı ve yaşam kalitesinin sürdürülmesi veya iyileştirilmesine katkı sağlar.

Diyabet komplikasyonları yaşlılarda daha kısa sürede gelişebilir. Görme kaybı ile alt ekstremitelerde kuvvetsizlik veya kronik ağrı gelişmesi gibi durumlar erişkinlere göre daha fazla sınırlılıklar yaratabilir. Komplikasyonların gelişmiş olması tedavi seçenekleri ve glisemi hedeflerini değiştirebileceğinden bunlar için yapılması gereken tarama işlemleri bireyselleştirilmelidir. Tüm yaşlı olgular depresyon açısından daha yüksek riskli bireylerdir ve diyabetes mellitus depresyon insidansını artırmaktadır. Bu amaçla tarama yapılması takibin önemli bir parçasını oluşturmalıdır.

Diyabetes mellitus olan yaşlı bireylerde kognitif kayıp, demans ve kuruma yerleştirme ihtiyacı daha fazla görülmektedir. Bu nedenle yılda bir defa hafif kognitif bozukluk ve depresyon taraması yapılması erken tanı açısından önerilmektedir. Kognitif bozukluk varlığında klinisyenler beslenme, egzersiz, glisemi, kan basıncı ve lipid hedeflerini başarmada zorluklar yaşamaktadır. Kötü glisemik kontrol ve diyabet süresi kognitif kaybın miktarını ve hızını artırmaktadır. Diğer yandan, sıkı glisemi kontrolünün beyin fonksiyonlarını korumada başarılı oluğu gösterilememiştir. Kognitif kaybın geciktirilmesi konusunda metforminin ve intranazal insülinin etkinliği üzerindeki araştırmalar devam etmektedir.

Yaşlılarda diyabetes mellitus tanı kriterleri erişkinler ile benzerdir. Bununla birlikte glisemik hedefler konusunda çarpıcı ayrılıklar mevcuttur. Amerikan Diyabet Derneği, sağlıklı ve az sayıda eşlik eden hastalığı olanlarda glikolize hemoglobin hedefini %7.5 altında, daha karmaşık olan ve daha fazla eşlik eden hastalığı olup enstrümantal yaşam aktivitelerinde kayıp ve/veya hafif-orta düzeyde kognitif kayıp olanlarda %8 altında, ileri derecede kompleks, bakımevlerinde kalan, son dönem kronik hastalıkları olan veya orta-şiddetli kognitif bozukluğu olan veya günlük temel yaşam aktivitelerinde belirgin kayıp olan bireylerde %8.5 altında olacak şekilde önermektedir. Amerikan Geriatri Derneği ise bu üç gruba sırasıyla %7-7.5, %7.5-8 ve %8-9 şeklinde alt limitler tanımlamıştır. Diğer yandan, glisemik hedeflerin gevşek tutulması önerilmekle beraber yaşlı bireylerin hipergliseminin etkilerinden de korunması önemlidir ve akılda tutulmalıdır.

Kan basıncı hedeflerinin sağlanmasının klinik önemi bilinmekle beraber, özellikle beklenen yaşam süresi kısa olanlarda antiplatelet ve lipid düşürücü tedavinin etkinliği konusunda daha kuvvetli kanıtlara ihtiyaç vardır.

Hipogliseminin önlenmesi yaşlı bireyleri için çok önemlidir. Şiddetli hipoglisemi atakları kognitif kayıp ve majör kardiyovasküler sonlanımlar açısından risk oluşturmaktadır. Diğer yandan bu olgularda daha fazla tercih edilen insülin tedavisi kognitif ve fonksiyonel kaybı olanlarda hipoglisemi açısından daha fazla risk oluşturmaktadır.

Yaşlı bireylerde hipoglisemi yan tesiri daha az olan tedavi ajanları seçilmelidir. Ek olarak aşırı tedaviden kaçınılmalı ve tam zamanında tedavinin yoğunluğu azaltılmalıdır. Metformin tedavide ilk seçenek olmalıdır. Ancak bazı girişimler öncesinde ve akut durumlarda ara verme düşünülmelidir. Tiazolidindionlar kalp yetersizliği, düşme ve kırık riski olanlarda risk oluşturabilmektedir. Sülfonilüre ve diğer sekretogoglar hipoglisemi riski taşıdıklarından dikkatle kullanılmalı ve kısa etkili olanlar tercih edilmelidir. DPP-4 inhibitörleri pahalı olmakla birlikte güvenli tedavi sağlama potansiyeline sahiptir. GLP-1 reseptör agonistleri uygulama zorluğu, maliyet, gastrointestinal sistem yan etkileri ve istem dışı anlamlı kilo kaybı yapabilmektedir. SGLT-2 inhibitörleri güvenli ve etkili görünmekle birlikte uzun dönem deneyim henüz oluşmamıştır. İnsülin tedavisi uygulaması zor ve hipoglisemi riski taşımakla birlikte çoğu hastada gerekli olabilmektedir. Bazal insülinler bu anlamda önemli avantaja sahiptir.

Yaşlı olgularda diyabetes mellitus tedavisi bireyin yaşadığı yere (ev, huzurevi vb.), engellilik boyutuna ve bakım verenlerin durumuna göre değişkenlik göstermelidir. Yaşam sonu destek planlaması yaparken mümkün olabilen tüm ilaçları kesmek ve sıkı klinik hedefler koymamak gerektiği akılda tutulmalıdır.

Kaynaklar

1. American Diabetes Association. 11. Older Adults: Standards of Medical Care in Diabetes-2018. Diabetes Care. 2018;41(Suppl 1):S119-S125.
2. American Geriatrics Society Expert Panel on Care of Older Adults with Diabetes, G. Moreno, C.M. Mangione, et al. Guidelines abstracted from the American Geriatrics Society Guidelines for Improving the Care of Older Adults with Diabetes Mellitus: 2013 update, J. Am. Geriatr. Soc. 2013; 61: 2020–2026
3. International Diabetes Federation Guideline Development Group, Global guideline for type 2 diabetes, Diabetes Res. Clin. Pract. 2014 (104): 1–52

SIK KARŞILAŞILAN SORUNLAR-3: DİSPNE

Dr. Mehmet Yürüyen
SBÜ, Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Palyatif Bakım Merkezi

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde yaşlı nüfus giderek artmaktadır. Ülkemizde yapılan son nüfus sayımında yaşlı nüfus oranı %8,3 olarak saptandı (1). Bu yüzdende, ülkemizin yaşlı toplum olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Klinik pratiğimizde kronik hastalıklı ve ileri evre onkolojik hastalığı olan yaşlı hastalarla daha sık karşılaşmaktayız. Bu hastaların bakım tedavileri hastanede, evde ve/veya hospis merkezlerinde yapılmaktadır. Bakım sürecindeki yaşlı hastalarda birçok sorun vardır. Sık karşılaşılan sorunlar içerisinde ağrı, dispne, gastrointestinal şikâyetler (bulantı-kusma, kabızlık, fekalit vs), bası yarası, beslenme bozukluğu, uyku bozukluğu ve davranış bozukluğu ön plana çıkmaktadır. Bu sunumda sık karşılaşılan sorunlar içerisinde olan 'Dispne (nefes darlığı)' üzerine odaklanacağız. Tersiyer bir merkezde yapılan bir çalışmada Hastaların yatış sırasında ifade ettikleri en sık semptomlar sırasıyla şunlardır: oral alım bozukluğu %35, genel durum bozukluğu %19, ateş %17, iştahsızlık-kilo kaybı %15, halsizlik-yorgunluk %13, nefes darlığı %12, ağrı %11, diğer gastrointestinal şikayetler (kabızlık, ishal, karın ağrısı-şişlik) %10, bulantı-kusma %9, bası yarası bakım %9, öksürük-balgam %5 ve uyku bozuklukları %1 iken diğer şikayetler %14 olarak bulunmuştur (2). Başka bir çalışmada ise akciğer kanserli hastalarda ise semptom sıklığı sırasıyla yorgunluk, nefes darlığı, iştah kaybı, ağrı ve uyuşukluk (uyku hali) şeklinde saptanmıştır (3). Altta yatan duruma bağlı olarak değişken oranlarda olsa da bakım hastasında 'dispne' önemli bir sorun olarak öne çıkmaktadır.

Kaynaklar

1. Yaşlı nüfus sayımı, Türkiye İstatistik Kurumu verileri, 2016. Erişim adresi: http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24644.
2. Yürüyen M, Tevetoğlu Özbaş I, Tekmen Y, Polat Ö, Arslan İ, Okuturlar Y. Palyatif Bakım Hastalarında Klinik Özellikler ve Prognostik Faktörler. Konuralp Tıp Dergisi 2018;10(1):74-80
3. Bulbul Y, Ozlu T, Arinc S, et al. Assessment of palliative care in lung cancer in Turkey. Med Princ Pract 2017;26(1):50-6.

KRONİK HASTALIKLARIN YÖNETİMİ: KAN BASINCI

Dr. Ahmet Yalçın

Hipertansiyon yaşla sıklığı artan, ciddi mortalite ve morbiditeye neden olan kronik bir hastalıktır. Çeşitli geniş ölçekli çalışmalar, ≥ 65 yaş üstü hipertansif kişilerde anti-hipertansif tedavinin kardiyovasküler (KV) mortalite ve morbiditeyi azalttığını göstermiştir. Çeşitli cemiyetler hipertansiyon ile ilgili kılavuzlar yayınlamaktadır. 2013 Avrupa Hipertansiyon Cemiyeti (AHC)/ Avrupa Kardiyoloji Cemiyeti'ne (AKC) ait kılavuzdaki yaşlı hipertansiyon hastaları ile ilgili öneriler tablo 1'de görülmektedir. Ancak yaşlıda hipertansiyon tedavisinde açıklığa kavuşmamış önemli noktalar mevcuttur; 1. Hangi kan basıncı seviyesinde tedaviye başlanmalıdır? 2. Kan basıncı (KB) hedefi ne olmalıdır? 3. Kırılgan yaşlılarda yüksek KB nasıl tedavi edilmelidir? [1]

Tedaviye başlama hedefi

Yaşlı popülasyonda hipertansif tedavinin faydalarını gösteren en önemli kanıt HYVET "Hypertension in the Very Elderly Trial" çalışmasından gelmektedir [3]. 2013 AHC/AKC, <80 fit yaşlılarda hipertansiyon tedavisine başlama hedefini gençlere benzer şekilde ≥140/90 mmHg olarak önermiştir. >80 hipertansiyonu olanlarda ise tedaviye başlama sistolik kan basıncı (SKB) hedefini HYVET çalışmasına uygun olarak 160 mmHg ve üstü olarak önermiştir. Ancak AHC'nin ikinci önerisini destekleyen (Tablo 1), yani SKB 140-160 mmHg olan hipertansif yaşlılarda anti-hipertansif tedavinin faydasını gösteren geniş ölçekli çalışma yoktur. Benzer şekilde 80 yaş üstü olup SKB <160 mmHg olan yaşlılarda tedavi ile ilgili büyük randomize kontrollü çalışma veya alt grup analizi yoktur. Sonuç olarak, 2013 yılı kılavuzların ışığında, yaşlılarda SKB≥ 160 mmHg veya diastolik kan basıncı (DKB) ≥99 mmHg ise, direk tedavi başlanmalıdır. SKB 140-159 mmHg ve DKB 90-99 mmHg olan yaşlılarda KV risk profiline bakılmalıdır. Her ne kadar bu hedefler 80 yaş üstü yaşlılar için uygun olsa da, özellikle yaşı 90' a yakın veya üstü kişilerde kanıt yetersizdir. Ek olarak kırılgan yaşlılar çalışmalardan dışlandığından dolayı tedavi kararı komorbiditelere ve kırılganlık şiddetine göre verilmelidir [1].

Tedavide hedef kan basıncı değerleri

2013 AHC/AKD ve Amerikan Hipertansiyon Cemiyeti kılavuzları HYVET çalışmasına göre, SKB hedefi <150 mmHg olarak önerilmiştir [3]. Ayrıca, SKB' nın 140 mmHg altına inmemesini önermektedir. Ancak daha düşük KB seviyelerinin güvenliği konusunda çok fazla öneri yoktur. Gözlemsel çalışmalarda düşük KB seviyesinin çok yaşlıda mortalite ve morbidite ile ilişkili olduğu gösterilmiştir [1]. Bir çalışmada, yürüme hızı yüksek olan yaşlılarda KB ile mortalite arasında pozitif ilişki saptanırken, yavaş yürüyenlerde herhangi bir ilişki saptanmamıştır. Hatta yürüme testini tamamlayamayanlar da KB ile mortalite ters ilişkili bulunmuştur [4]. Ayrıca Japonya'da yapılan iki çalışmada hipertansif yaşlılarda SKB 140 mmHg altına düşürmenin kesin yararı gösterilememiştir [5, 6] . Bu sonuçlar özellikle, gerçek hayat senaryolarının, klinik çalışmalardan çok farklı olduğunu göstermektedir. Kırılgan ve fiziksel fonksiyonu kötü olan yaşlılar genelde çalışmalardan dışlanmaktadır. Bu grup yaşlılarda anti-hipertansif tedaviye bağlı yan etki görülme olasılığı da daha yüksektir ve sonuçları daha kötü olabilir. Ancak şunu da unutmamak gerekir ki, yaşlıda anti-hipertansif tedavinin faydaları oldukça çabuk çıkmaktadır. Özellikle tedavinin total ve KV mortalite üzerine faydası belirgindir. Uzun dönem tedavi ile bu faydalar devam da etmektedir. Benzer faydanın demans ve kognitif fonksiyon üzerinde de olması olasıdır [1].

Yukarıda bahsi geçen Japon çalışmalarının aksine "Randomized Trial of Intensive versus Standard Blood Pressure Control" (SPRINT) çalışmasında ise KV riski yüksek anti-hipertansif kullanan hastalarda SKB 120 mmHg olarak

Tablo 1. AHC/AKC önerilerine göre yaşlıda yüksek KB tedavisi [2]

1.	SKB*≥160 mmHg olan yaşlı hipertansif yaşlılarda SKB' nı 140-150 mmHg seviyesine düşürmenin kanıt düzeyi yüksektir.
2.	<80 yaş genel durumu iyi fit yaşlı hastalarda SKB≥ 140 mmHg olduğu zaman tedaviye başlanmalı, iyi tolere edilirse hedef < 140 mmHg olmalıdır.
3.	≥80 yaş yaşlılarda SKB≥ 160 mmHg ise tedaviye başlanmalı ve hedef 140-150 mmHg arası olmalıdır.
4.	Kırılgan yaşlı hipertansiyon hastalarında tedavi kararı komorbiditelerine göre verilmeli ve tedavinin yan etkileri yakından takip edilmelidir.
5.	Hipertansif bir hasta eğer tedaviyi iyi tolere ediyorsa, 80 yaşını geçtiği zamanda tedaviye devam edilmelidir.
6.	Ana anti-hipertansif ilaç gruplarının herhangi biri yaşlı popülasyonda tercih edilebilir, özellikle İSH** olanlarda diüretikler ve Ca kanal blokerlerine öncelik verilmelidir.

*Sistolik kan basıncı,**İzole sistolik hipertansiyon

Tablo 2. Yaşlıda anti-hipertansif tedavi

SKB*≥ 140 mmHg ve/veya DKB≥ 90** **Yaş 65-79** ↓ Kırılganlık, KV risk faktörlerini ve komorbiditeleri değerlendir ↓ Farmakolojik olmayan tedaviyi unutma ve hipertansiyonu genelde fiks kombinasyonlar ile tedavi et ↓ Tedavi iyi tolere edildi ve KB*** halen kontrol edilemedi doz artır	**SKB≥ 160 mmHg ve/veya DKB≥ 99 mmHg** **Yaş ≥ 80** Kırılganlığı, KV risk faktörlerini ve komorbiditeleri değerlendir ↓ Farmakolojik olmayan tedaviyi unutma ve hipertansiyonu genelde düşük doz ve tek ilaç ile tedavi et ↓ Tedavi iyi tolere edildi ve KB halen kontrol edilemedi fiks kombinasyonları düşük dozdan başla	Özellikle SKB≤ 130 mmHg veya akut hastalık gibi durumlarda tedaviyi geçici veya kalıcı olarak kes

*sistolik kan basıncı, **diyastolik kan basıncı, ***kan basıncı

hedeflemek, 140 mmHg olarak hedeflemeye göre ölüm ve KV olay riskini daha etkin azaltmıştı. Ayrıca bu çalışmada, 75 yaş ve üstü olan grupta da benzer fayda görülmüştür. Ciddi yan etki sıklığı her iki grupta benzer olmasına karşın, hipotansif ataklar, akut böbrek hasarı, elektrolit bozuklukları ve senkop gibi yan etkilerin mutlak oranı sıkı KB kontrol grubunda daha yüksekti [7]. Özellikle SPRINT çalışmasında kan basıncı ölçüm metodu eleştirilmektedir. Buna bağlı olarak, çalışmada ki sıkı KB kontrol hedeflerinin aslında o kadar sıkı olmadığı ve aslında daha önceki çalışmaların sonuçlarını doğruladığı yönünde yorumlar yapılmıştır. Ek olarak SPRINT çalışması da ileri kırılganlığı olan, kognitif fonksiyon bozukluğu olan bakım ihtiyacı olan, huzur evi hastalarını, dekompanze kalp yetmezliği olanları, diyabetik olanları ve inmeli hastaları dışlamıştır. Bu durumlar gerçek hayatta genelde hipertansiyona eşlik etmektedir [1]. Bir diğer önemli çalışma çok yaşlı ve kırılgan popülasyonda yapılan "Blood pressure and pulse wave velocity values in the institutionalized elderly aged 80 and over" (PARTAGE) çalışmasıdır. Bu çalışmada hem hekim tarafından hem de hastanın kendisi tarafından ölçülen KB' nın total mortalite ve KV olaylar ile ters ilişkili bulunmuştur. Ek olarak en yüksek mortalite SKB≤ 130 mmHg olup iki ve daha fazla anti-hipertansif alan yaşlılarda saptanmıştır [8]. Başka bir çalışma ise anti-hipertansif tedavi alan hafif kognitif bozukluğu olan veya demansı olan kişilerde, en düşük SKB grubu (<128 mmHg) belirgin olarak daha fazla kognitif düşüş yaşamıştır. Not olarak, anti-hipertansif tedavi almadan KB seviyesi benzer olan kişilerde kognitif azalma görülmemiştir [9]. Fit yaşlı popülasyonda ise SKB yüksekliğinin tedavisi iki yıllık demans riskinde belirgin azalma sağlarken, DKB'nın aşırı düşüşü kogintif fonksiyon üzerine olumsuz etkilidir. Hipertansiyon tedavi hedefi yaşlı popülasyonda kişiselleştirilmelidir. Karar vermede en önemli kriterler fonksiyonel durum, komorbiditeler ve kırılganlık olmalıdır. Ek olarak, yan etkiler gerçek hayatta klinik çalışmalara göre daha sık görülmektedir, bu yüzden sıkı takip önemlidir. Özellikle SKB <130 mmHg olduğu zaman tedavinin azaltılması veya kesilmesi, 130-150 mmHg aralığının güvenli aralık olduğu akılda tutulmalıdır [1].

Farmakolojik olmayan tedavi ve anti-hipertansif seçimi

"Non-pharmalogical Intervetions in Elderly" (TONE) çalışması ile tuz alımının kısıtlanmasının ve kilo verilmesinin KB üzerine olumlu etkisi gösterilmiştir [10]. Ancak, TONE çalışmasının >80 yaş üstü datası azdır. Sağlıklı yaşam tarzı yaşlılarda mutlaka faydalıdır, ancak çok yaşlı veya kırılgan popülasyonda yeterli data yoktur.

Kılavuzlar genel olarak 5 ana anti-hipertansif ilaç grubunu da yaşlı popülasyon için önermekle beraber, diüretikler ve Ca kanal blokerlerini ön plana çıkarmaktadır. Bu seçimlerde 80 yaş üstü veya altı fark etmemektedir. Ek olarak, HYVET çalışmasında perindopril ve indapamid kullanıldığından dolayı ACE inhibitörleri ve tiyazid benzeri diüretiklerde yaşlıda ilk seçenek olarak değerlendirilebilir. Ayrıca ARB'lerin demans riskini azatlığını gösteren çalışmalar mevcut olmakla beraber daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır. Demans açısından faydaları düşünülürse ve hem tolerasyonlarının hem de güvenilirliklerinin yüksek olması nedeniyle yaşlılarda ilk seçenek açısından düşünülebilirler [1].

80 yaş ve üstü kişilerde yüksek KV risk olmasına rağmen özellikle kırılgan mevcutsa, kombinasyon ve yüksek tedavi yerine düşük doz tek ilaç tedavisi tercih edilmelidir. Eğer tedavi başarısız olursa, kombinasyon tedavisine geçilmelidir. Fiks kombinasyon tedaviler ilaç uyumu açısından tercih edilmelidir [3]. Kombinasyonda özellikle tiyazid diüretikleri kalça kırıklarında azalma sağladığından öncelikle düşünülmeleri uygun olabilir [11]. Tablo 2'de hipertansif yaşlıda tedavi yaklaşımı özetlenmiştir.

Kaynaklar

1. Ferri C, Ferri L, Desideri G. Management of Hypertension in the Elderly and Frail Elderly. High Blood Press Cardiovasc Prev. 2017;24(1):1-11. doi:10.1007/s40292-017-0185-4.
2. Kjeldsen SE, Stenehjem A, Os I, Van de Borne P, Burnier M, Narkiewicz K et al. Treatment of high blood pressure in elderly and octogenarians: European Society of Hypertension statement on blood pressure targets. Blood Press. 2016;25(6):333-6. doi:10.1080/08037051.2016.1236329.
3. Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, Staessen JA, Liu L, Dumitrascu D et al. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. N Engl J Med. 2008;358(18):1887-98. doi:10.1056/NEJMoa0801369.
4. Odden MC, Covinsky KE, Neuhaus JM, Mayeda ER, Peralta CA, Haan MN. The association of blood pressure and mortality differs by self-reported walking speed in older Latinos. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2012;67(9):977-83. doi:10.1093/gerona/glr245.
5. Rakugi H, Ogihara T, Goto Y, Ishii M, Group JS. Comparison of strict- and mild-blood pressure control in elderly hypertensive patients: a per-protocol analysis of JATOS. Hypertens Res. 2010;33(11):1124-8. doi:10.1038/hr.2010.144.
6. Ogihara T, Saruta T, Rakugi H, Matsuoka H, Shimamoto K, Shimada K et al. Target blood pressure for treatment of isolated systolic hypertension in the elderly: valsartan in elderly isolated systolic hypertension study. Hypertension. 2010;56(2):196-202. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.109.146035.
7. Zeidner JF, Foster MC, Blackford AL, Litzow MR, Morris LE, Strickland SA et al. Randomized multicenter phase II study of flavopiridol (alvocidib), cytarabine, and mitoxantrone (FLAM) versus cytarabine/daunorubicin (7+3) in newly diagnosed acute myeloid leukemia. Haematologica. 2015;100(9):1172-9. doi:10.3324/haematol.2015.125849.
8. Benetos A, Labat C, Rossignol P, Fay R, Rolland Y, Valbusa F et al. Treatment With Multiple Blood Pressure Medications, Achieved Blood Pressure, and Mortality in Older Nursing Home Residents: The PARTAGE Study. JAMA Intern Med. 2015;175(6):989-95. doi:10.1001/jamainternmed.2014.8012.
9. Mossello E, Pieraccioli M, Nesti N, Bulgaresi M, Lorenzi C, Caleri V et al. Effects of low blood pressure in cognitively impaired elderly patients treated with antihypertensive drugs. JAMA Intern Med. 2015;175(4):578-85. doi:10.1001/jamainternmed.2014.8164.
10. Whelton PK, Appel LJ, Espeland MA, Applegate WB, Ettinger WH, Jr., Kostis JB et al. Sodium reduction and weight loss in the treatment of hypertension in older persons: a randomized controlled trial of nonpharmacologic interventions in the elderly (TONE). TONE Collaborative Research Group. JAMA. 1998;279(11):839-46.
11. Romero-Ortuno R, Soraghan C. A Frailty Instrument for primary care for those aged 75 years or more: findings from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, a longitudinal population-based cohort study (SHARE-FI75+). BMJ Open. 2014;4(12):e006645. doi:10.1136/bmjopen-2014-006645.

KRONİK HASTALIKLARIN YÖNETİMİ KAN ŞEKERİ

Yard. Doç. Dr. Aslı Tufan Çinçin
Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bölümü

Diyabetes mellitus yaşlılarda diyabet daha fazla mortalite, azalan fonksiyonellik ve artan hastane yatışı ile ilişkilidir. Kardiyovasküler hastalıklar, periferik damar hastalıkları, göz hastalıkları, böbrek fonksiyon bozukluğu, nöropati gibi komplikasyonlar ve bunlara bağlı morbidite ve mortalite sıktır. Hiperglisemik hiperozmolar nonketotik koma ve hipoglisemi gibi acil tedavi gereken akut metabolik komplikasyonların gelişimine yaşlı bireyler daha duyarlıdır.

Yaşlılarda tip 2 dm gelişme riski daha yüksek olmasının sebebi artan insülin direnci ve yaşlanmayla pankreas adacık hücre fonksiyonlarının bozulmasıdır.

Yaşla ilişkili insülin direnci;

- adipozite
- sarkopeni
- fiziksel inaktivite ile ilişkilidir.

Klinik araştırmalardan elde edilen kanıtların az olmasından tüm yaşlı erişkinlere uygulanacak standart tedaviden bahsetmek zordur.

Tedavi için yapılan öneriler tamamen bireye göre bakılan kar/zarar oranına bağlıdır. Hipoglisemiye karşı daima hassas olunmalıdır. Eşlik eden diğer patolojilerin olup olmaması, kognitif durum ve beklenen yaşam süresi göz önüne alınmalıdır.

Kognitif fonksiyon diyabetten çeşitli şekillerde etkilenir; SVH'ye bağlı olarak, hipergliseminin direkt etkisi ile veya tedavi sırasında gelişen hipoglisemiler kognitif fonksiyonları etkiler. Diyabet tedavisi kompleks kognitif beceriler gerektirir. Kognisyon değerlendirmesi için tarama testi (mini mental test) diyabetik yaşlılarda uygulanmalı ve gerekirse daha ileri testler yapılmalıdır.

GERİATRİ PRATİĞİNİ DEĞİŞTİREN SON GELİŞMELER (GB-MH)

Dr. Gülistan Bahat Öztürk

Tıbbın diğer tüm alanlarında olduğu gibi geriatri alanında da çalışmalar artarak devam etmektedir. Bilimsel olarak nitelikli dergilerde yayınlanmaya değer bulunmuş çalışmaların güncel olarak takipi ve bu çalışmalardan yapılan çıkarımların klinik pratiğimize yansıması, nitelikli hekimlik uygulamaları için gereklidir. Bu oturumda Ocak 2017 ve Mart 2018 tarihleri arasında geriatri pratiğini değiştirebilecek son gelişmeler özetlenecektir.

HEMŞİRE GÖZÜYLE INTERDİSİPLİNER GERİATRİK DEĞERLENDİRME

Dr. Öğr. Üyesi İmatullah Akyar
Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara

Kapsamlı geriatrik değerlendirme, yaşlı bireylerin tanı ve tedavi sürecinde; koordine ve uzun süreli bir plan geliştirmek amacıyla çok boyutlu medikal, fonksiyonel, psikososyal ve çevresel değerlendirmelerin disiplinler arası ekip ile yapıldığı bir değerlendirmedir[1-3]. Kapsamlı geriatrik değerlendirme olası yan etkilere karşı risklerin değerlendirilmesi, geriatrik durumların varlığının belirlenmesi, tanılanması ve multidisipliner müdahaleler ile yaşlı bireylerde olumlu sağlık sonuçlarına yol açmaktadır. Bu yararlar risk altında olan yaşlı bireylerin bilişsel ve fonksiyonel gerilemesinin durdurulması, yaşam kalitesinin sürdürülmesi ve GYA'de bağımsızlığın sürdürülmesini de içermektedir[4].

Geriatrik değerlendirmenin altı temel ilkesi aşağıda yer almaktadır.

1) Hedef: Bağımsızlık ve iyilik halinin sürdürülmesi, geliştirilmesi
2) Odak: Fonksiyon ve performans (örn., denge, duruş, transfer)
3) Kapsam: Fiziksel, bilişsel, psikososyal ve sosyal alanlar
4) Yaklaşım: Multidisipliner
5) Etkililik: Belirlenen hedef alanlarda hızlı değerlendirme ve tarama yapabilme
6) Başarı: Yaşam kalitesinin sürdürülmesi ve iyileştirilmesi5

Başarılı bir geriatrik değerlendirme yaşlı bireyin yaşam kalitesinin sürdürülmesini sağlamakta ve bu başarı ve belirlenen hedeflere multidisipliner ve entegre bakım yaklaşımları ile ulaşılabilmektedir.

Multidisipliner ekip yaklaşımı yaşlı bireylerin bakım ve hastalık yönetiminde giderek artan öneme sahiptir. Yaşlı birey ve ailelerine destek sağlamanın yanı sıra hastalığa ve tedavi planına uyum sağlamalarına yardım etme, psikososyal danışmanlık, hasta ve aile eğitimi, taburculuk planı ve hastane sonrası bakımın planlanmasını sağlamaktadır[6]. Günümüz sağlık sisteminde kritik bir rol oynayan multidisipliner yaklaşım sağlık bakımında 1905 yılında Boston Massachusetts General Hospital (MGH)'da Ida Cannon'un hastalık ve hastanın sosyal durumu arasında bağlantı kurmanın etkili tıbbı bakım için gerekliliğini fark etmesi ile kullanılmaya başlanmıştır[6].

Muldisipliner yaklaşım tanılama (bakım gereksinimlerinin belirlenmesi gibi) ve terapötik (gereksinimleri karşılayıcı müdahalelerin uygulanması gibi) süreçler içermektedir[7.] Deschodt et al. (2013) bu sürecin üç aşamadan oluştuğunu ifade etmektedir.

1) Vaka bulma ya da tarama: Standardize tarama araçları ile geriatrik yaklaşım gereksinimi olan yüksek risk gruplarını belirleme
2) Değerlendirme: Yüksek risk grubundaki hastaların kapsamlı değerlendirme (fonksiyonel durum, bilişsel durum, beslenme durumu, tıbbi durum, sosyal durum gibi) ile gereksinimlerinin belirlenmesi ve bakım planının yapılması
3) Uygulama: Geriatrik sendrom ya da problemlerin tanımlandı ise kanıta dayalı müdahaleler ile bakımın uygulanması[7,8]

Multidisipliner yaklaşım fonksiyonel gerilemenin durdurulması, hastane yatış süresinin "rutin bakım" ile karşılaştırıldığında maliyet etkin ve kısa süreli olması, tekrarlı yatışların azalması, kurum başvurularının azalması, düşmelerin azalması ve yaşlı bireylerin sağlık algısının ve yaşam doyumunun artmasını sağlamaktadır[9]. Yaşlı bakımında multidisipliner yaklaşım rutin olarak geriatri ünitelerinde uygulanmaktadır. Bunun yanı sıra akut geriatri üniteleri (acute geriatric unit), yatan geriatrik hasta konsültasyon ekipleri (inpatient geriatric consultation teams) ve birlikte yönetim modellerinde (co-management model) uygulanmakta ve yaklaşım etkililiği ortaya konmaktadır[7].

Interdisipliner ekipte pek çok disiplin rol oynamaktadır. Interdisipliner ekip üyelerinin saygı, işbirliği ve iletişimi yaşlı birey ve ailesinin bakımında önemli rol oynamaktadır. Ekip üyeleri içinde geriatrist, hemşire, fizyoterapist, ergoterapist, diyetisyen, eczacı ve sosyal hizmet uzmanları yer almaktadır.

Ekip üyelerinin sağlığın geliştirilmesi ve güvenliğin sağlanması, değerlendirme, bakımı planlama ve koordine etme, interdisipliner ekip ile çalışma, bakım verenlerin desteklenmesi ve sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili konularda yetkin ve yeterli olmaları beklenmektedir[10.]

Geriatri hemşiresi hemşirelik süreci kapsamında yaşlı birey ve ailesinin bakım gereksinimlerini saptar ve bakımı ekip üyeleri ile birlikte gerçekleştirir. Hemşirenin ekip içinde destekleyici, iyileştirici, eğitici ve yaşamı zenginleştirici, yönetici rolleri bulunmaktadır[11]. Ayrıca hemşire doğrudan bakım, iletişim ve koordinasyonu sağlama, hizmetin sürekliliği,

kalite güvencesini sağlama, yaşlı bireyi düzenli aralıklarla değerlendirme ve gereksinimlerini saptama, yaşlı bireye ve ailesine yönelik sağlık eğitimi verme, bakım vereni destekleme gibi görevleri de yerine getirmektedir[12].

Yapılan çalışmalar interdisipliner ekip çalışmasının günümüz sağlık bakım hizmetinin vazgeçilmez bir parçası olduğunu ortaya koymaktadır. Yaşlı bireyin bakımında işbirlikçi ekip yaklaşımının desteklenmesi, interdisipliner bakımın planlanması ve yönetimi, koruyucu yaklaşımlar, taburculuk eğitimi, hasta ve ailesinin eğitimi ve tüm sağlık çalışanları arasında çalışma birliğinin desteklenmesi yararın artmasını sağlayacaktır.

Kaynaklar

1. Rubenstein, L.Z., et al., Impacts of geriatric evaluation and management programs on defined outcomes: overview of the evidence. Journal of the American Geriatrics Society, 1991. 39(S1): p. 8S-16S.
2. Gallo, J.J., Handbook of geriatric assessment. 2006: Jones & Bartlett Learning.
3. Eells, M., R.L. Kane, and R.A. Kane, Assessing older persons: Measures, meaning, and practical applications. 2004: Oxford University Press
4. Devos A, Cramm J, van Winjgaarden JDH, Bakker TEM, Mackenbach JP, Nieboer AP. Understanding implementation of comprehensive geriatric care programs: a multiple perspective approach is preferred. The International Journal of Health Planning and Management. 2017, 32, 608-636.
5. https://www.communitycatalyst.org/resources/publications/document/Brief-Geriatrics-Competent-Care.-Geriatric-Assessment_FINAL.PDF
6. Tanaka M. Multidisciplinary team approach for elderly patients. Geriatrics and Grontology International, 2003, 3, 69-72.
7. https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_245Cs_geriatric_care_in_hospitals_Synthesis.pdf
8. Deschodt M, de Casterle BD, Milisen K. Gerontological care in nursing education programmes. J Adv Nurs. 2010;66(1):139-48.
9. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4164377/
10. http://epadgec.jefferson.edu/pdfs/PHA-Multidisc-Competencies.pdf
11. Royal College of Nursing. Nursing Assessment and Older People A Royal College of Nursing Toolkit. 2004.
12. Armstrong J, Mitchell E. Comprehensive nursing assessment in the care of older people. Nursing Older People. 2008, 20, 1, 36-40.

İNTERDİSİPLİNER GERİATRİK DEĞERLENDİRME

Prof.Dr. Nuray Kırdı

Geriatrik bireylerde fizyoterapi ve rehabilitasyon değerlendirmeleri

Geriatrik değerlendirmenin prensipleri, genç hastalarla aynı olmakla birlikte, geleneksel tıbbi hikaye ve fiziksel değerlendirmenin daha detaylı olarak yapılmasıdır. Yaşla beraber fonksiyondaki değişimler, keskin farklılıklar gösterebilir. Örneğin, 65 yaşındaki bir kişi günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmek için bir veya daha fazla kişinin yardımına ihtiyaç duyarken, 80 yaşındaki bir başka kişi bu aktivitelerinin bağımsız olarak yapıyor olabilir.

Geriatrik değerlendirme araçlarının çoğunun uzun ve karmaşık olması nedeniyle yoğun klinik ortamda kullanımları çok pratik olamayabilir. Bu nedenle geriatrik değerlendirmelerde, daha az zaman alan ve fizyoterapiste ihtiyacı olan bilgiyi sağlayan objektif değerlendirme araçlarına ihtiyaç duyulur. Kapsamlı bir geriatrik değerlendirme sonunda gerçekçi hedefler belirlenebilir. Ancak yaşlı hastalarla çalışırken testleri yapabilmek için bazı değişiklikler gerekebilir, genelde testlerin 20 dakikayı geçmemesi önerilmektedir.

Eşlik eden hastalıklarının olması durumunda o hastalıklara özel olarak yapılan değerlendirmeler de kapsamlı geriatrik değerlendirmeye eklenmelidir.

Geriatrik değerlendirmenin amaçları:

- Sık görülen geriatrik bozuklukların daha iyi tanımlanması,
- Etkili bir tedavi programının planlanması,
- Tüm sağlık ve fonksiyonel çıktıların geliştirilmesi,
- Önlebilir hastalıkların azaltılması,
- Yaşam kalitesinin geliştirilmesini sağlamaktır.

Geriatrik rehabilitasyonda hedef belirleme

Fizyoterapi uygulamalarının en üst düzeydeki hedefi, kişilere fonksiyonel bağımsızlığı kazandırmaktır. Bu özellik, geriatrik bakım için hem akut bakım, hem de günden güne oluşan fonksiyon kayıpları ile ilerleyen kronik hastalıklar açısından önemlidir. Uzun dönem hedeflere ulaşılabilmesi için, fizyoterapist çeşitli kısa dönem hedefler oluşturmalıdır. Bunlar:

- Değişik eklemlerin normal eklem hareketlerinin korunması ve geliştirilmesi,
- Kasların kuvvet ve enduransın korunması ve geliştirilmesi,
- Kardiyovasküler enduransın korunması ve geliştirilmesi,
- Ayakta durabilme durumunu koruma ve geliştirme,
- Ağrının rahatlatılması.

Fizyoterapi ve rehabilitasyon değerlendirme yöntemleri

Geriatrik hastalarda kullanılan değerlendirmeler, pek çok farklı bileşen, yapı ve bakım modellerini kapsamalıdır. Geriatriklerde fizyoterapi ve rehabilitasyon değerlendirmeleri aşağıdaki parametreleri içerir:

1. Kognitif fonksiyonlar ve emosyonel durumlar,
2. Kas- iskelet sistemi (Eklem hareketi, Postür, Kas kuvveti, Esneklik),
3. Duyu ve ağrı,
4. Yorgunluk,
5. Düşme ve denge,
6. Yürüyüş,
7. Kardiyopulmoner sistem,
8. Yaşam kalitesi,
9. Çevresel değerlendirme.

Geriatrik değerlendirmenin etkinliğinin artırılabilmesi için kapsamlı bir değerlendirme yapılabilmesi ve değişik komponentleri içermesi gereklidir. Bunlar:

a. Hikaye alma,
b. Fiziksel değerlendirme,
c. Fonksiyonel durum,
d. Mental durum,
e. Emosyonel durum ve
f. Laboratuvar bulgularından oluşur.

Ayrıca, subjektif bilgiler olarak ad, yaş, cinsiyet, meslek, iletişim bilgileri, eğitim düzeyi, medeni durum, şu anki iş durumu, aile durumu/desteği, ekonomik durumu, sigara, alkol veya diğer herhangi bir bağımlılığı, sosyal etkileşim, yalnız veya birileri ile yaşama, hobileri, topluma katılımı, ana şikayeti, mevcut hastalığının hikayesi, özgeçmiş, soygeçmiş ve ilaç hikayesi kaydedilir.

Fiziksel değerlendirmelerde boy, kilo, kan basıncı, nabız, ödem, cilt bütünlüğü, solgunluk, normal eklem hareketi, kas kuvveti, duyu, koordinasyon, görme, işitme ve oral kavite (hiç dişi yok, kayıp dişler, protez) not edilir.

Beslenme durumu, günde kaç defa beslendiği, kilo kaybı, tat kaybı, tat ve kokuda azalma, çiğneme-yutma veya beslenme şekli ya da sindirimde problem, inkontinans gibi diğer problemler kaydedilir.

Kognitif fonksiyonlar için mental durum, Mini Mental Durum Testi (MMDT) gibi testlerle değerlendirilebilir.

Emosyonel durum için Geriatrik Depresyon Ölçeği gibi çeşitli testlerden yararlanılabilir. Yaşam memnuniyeti,

insanlarla etkileşimi, kaygıları, korkuları ve hisleri konusunda görüşleri kaydedilir.

Gonyometrik ölçüm, klinikte normal eklem hareketinin değerlendirilmesinde objektif olarak kullanılan bir yöntemdir.

Genel olarak yaşlılık postürü, fleksiyon postürüdür. Boy kısalmış, baş öne eğik, omuzlar düşük, dorsal kifoz artmış, üst ve alt ekstremiteler ile gövde hafif fleksiyondadır. Postür değerlendirmesinde "REEDCO Postür Puanlaması" kullanılabilir.

Kas kuvvetinin değerlendirilmesinde, dinamometre ile kullanılabilir. Kavrama ve çimdikleme yetenekleri giyinme, beslenme ve tuvalet gibi günlük yaşam aktiviteleri için gereklidir. Bunun içinkavrama ve çimdikleme kuvvetleri de ölçülür.

Esneklik, hem orta yaşlarda hem de ileri yaşlarda fiziksel uygunluğun en önemli komponentidir. Bu sebeple, otur-uzan testinin versiyonları hem orta yaş için, hem de ileri yaş için olan fiziksel uygunluk bataryalarını içerir.

Duyunun değerlendirilmesinde; yüzeyel duyu (hafif dokunma, yüzeyel ağrı, ısı), derin duyu (eklem pozisyon hissi, derin ağrı ve vibrasyon) ve kortikal duyu (iki nokta ayırımı, grafestezi, stereognozis) değerlendirilir.

Yaşlılarda kronik ağrı oldukça sık görülür ve yaşlı bireyler arasında sıklıkla engel durumu yaratır. Uygun yaşlı hastalarda ağrıyı değerlendirmek için Vizüel Analog Skalası (VAS) kullanılır.

Yaşlı bireylerde kronik ağrının görülme sıklığı yüksek olduğu için özellikle kinezyofobiyi değerlendirmek önemlidir ve Tampa Ölçeği tercih edilebilir .

Yaşlılarda yorgunluk da daha kapsamlı değerlendirilmelidir. Bunun için, Vizüel Analog Yorgunluk Ölçeği ve Çok Yönlü Yorgunluk Envanteri kullanılabilir.

Düşme ve dengenin değerlendirilmesinde, kişiye çeşitli hareketler yaptırılarak denge ve düşme durumu test edilir. Oturma, oturma dengesi, ayağa kalkma, kalkma girişimleri, ani ayakta durma dengesi, ayakta denge, gözler kapalı denge, yarı *tandem* ayakta duruş, *tandem* ayakta duruş, tek ayak üstünde durma, yukarıya uzanma, topukta durma, ileri eğilme, 360 derece dönme dengesi için özel testler uygulanabilir. Berg, Tinetti, zamanlı kalk yürü testi gibi standart ölçümler veya bilgisayarlı denge değerlendirme sistemleri kullanılabilir. Yaşlı bireylerde denge problemlerinin yanında düşmeye neden olan iç ve dış faktörlerden kaynaklanan nedenleri de sınıflamak gerekmektedir.

Yaşla ilişkili olarak denge ve yürüme paterninde görülen farklılıklar; kas-iskelet sistemi, biyomekanik ve postür ile yürüyüşün zaman ve mesafe parametrelerindeki değişikliklere bağlı olabilir. Bu nedenle, yaşlılarda mutlaka yürüyüşün değerlendirilmesi yapılmalıdır.

Kardiyopulmoner sistemin değerlendirilmesinde; fiziksel değerlendirme, semptomların değerlendirilmesi, palpasyon, oskültasyon ve solunum kas kuvvetinin değerlendirilmesi ve egzersiz testleri uygulanabilir. Altı dakikalık ve on iki dakikalık yürüyüş testleri, bisiklet ergometresi, Balke testi, Bruce protokolü, Basamak testi ve *Senior Fitness* testi gibi testler yaşlı kişilerde kardiyopulmoner sistemin değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılmaktadır.

Fonksiyonel durumu; temel öz bakım ve kişisel hijyen günlük yaşam aktiviteleri (tuvalet, beslenme, giyinme, öz bakım, fiziksel ambulasyon, banyo aktiviteleri) açısından değerlendirilir. Enstrümantal günlük yaşam aktivitelerinin de (telefon kullanımı, alışveriş, yemek hazırlama, ev işleri çamaşır, seyahat, kendi ilaçlarının sorumluluğu, para ile ilgili işleri idare edebilme durumu) değerlendirilmesi gerekir. Normal eklem hareketi, kas kuvveti ve diğer kas-iskelet sistemi parametreleri gibi temel yöntemler fizyoterapi ve rehabilitasyon değerlendirmelerinde önemli olabilir, ancak bunlar fonksiyon ile ilişkili değildir. Fonksiyonel değerlendirmede kullanılan testler:

a) Barthel İndeksi,
b Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi,
c) Kenny Kendine Bakım İndeksi,
d) PULSES Profili,
e) Günlük Yaşam Enstrümanları,
f) Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçümü,
g) Fonksiyonel Durum İndeksi,
h) Fonksiyonel Durum Anketi'dir.

Yaşam kalitesinin ölçümü, tedavi stratejilerini saptama ve tedavi etkinliğini değerlendirme açısından önemlidir. Fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi üzerine yapılan çalışma sonuçları birbiri ile uyumlu pozitif ilişki gösterme eğilimindedir. Kısa Form-36 genel ölçümler içerisinde en yaygın kullanılanıdır. Nottingham Sağlık Profili, Hastalık Etki Profili, İyilik Hali Ölçeği, Sağlık Yararlanma İndeksi gibi genel ölçümler ve Romatoid Artrit Yaşam Kalitesi Anketi, Avrupa Osteoporoz Kurumu Yaşam Kalitesi Anketi gibi özel ölçümler kullanılabilir.

Çevresel değerlendirme, yaşlı nüfus için çok önemlidir, çünkü bu grup arasında fizyolojik ve fonksiyonel birçok yaygın değişiklik meydana geldiği için evde veya huzurevinde çevresel değerlendirmeler gerekmektedir. Detaylı geriatrik değerlendirme parametrelerine ek olarak ev güvenliğinin de değerlendirilmesinin önemi büyüktür. Çevre düzenlemeyle ilgili değerlendirme ve adaptasyonlar, düşmüş veya düşme riskinde olan yaşlılar için gereklidir. Yaşlı kişi ve çevresi arasındaki etkileşim ileri yaşlarda potansiyel olarak tehlikeli hale gelir. Rehabilitasyon yaklaşımlarının amacı, çevrenin güvenli hale gelmesini sağlamaktır. Yardımcı yürüme araçları veya ev düzenlemeleri, yaşlı kişinin ihtiyacına göre belirlenerek uygulanır.

Kaynaklar

1- Keser İ, Kırdı N. Geriatrik Rehabilitasyon. Bilgili N, Kitiş N (ed). Yaşlılık ve Yaşlı Sağlığı, Vize Yayıncılık Ankara, 2017, 471-90.
2- Hill K, Murray K. Physical Activity and Falls Prevention. Morris M, Schoo A. (eds.) Optimizing Exercise and Physical Activity in Older People, Butterworth Heinemann, Edinburgh, 2004, 253-4.
3- Lan C, Lai J, Wong M, Yu M. Cardiorespiratory Function, Flexibility, and Body Composition Among Geriatric Tai Chi Chuan Practitioners. Arch Phys Med Rehabil, 1996, 77: 612-6.
4- Elliot B, Lıoyd D, Ackland T. Biomechanical and Neuromuscular Considerations in the Maintenance of an Active Lifestyle. Morris M, Schoo A. (eds.) Optimizing Exercise and Physical Activity in Older People, Butterworth Heinemann, Edinburgh, 2004, 76-92.
5- Kırdı N, Bumin G, Kayıhan H. Geriatri ve Gerontoloji. S. Arıoğul (ed.) Geriatrik Yaş Grubunda Yaşam Kalitesi ve Değerlendirmesi. Nobel Yayınları, Ankara, 2006, 245-58.
6- Rikli RE, Jones CJ. Senior Fitness Test Manual.Human Kinetics, USA 2001.
7- Akyar İ, Can F, Hazer O, Kırdı N, Kurtluk E, Özdemir L, Turhan N. "Evde Bakım ve Rehabilitasyon" Yaşlı Sağlığı Modülleri – Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2011, 430-67.
8- Abit Kocaman A, Kırdı N. E-kitap: Fizyoterapi Seminerleri 2017-2. Yaşlılarda Plantar Somato Duyusal Sistem: Stokastik Rezonans , 78-83. Pelikan Kitabevi, Ankara, 2017.
9- Kırdı N, Can F, Abit Kocaman A, Bulut Doğan Z, Ertan Ü.K, "Geriatrik Rehabilitasyon", Karaduman A, Yılmaz Tunca Ö. (ed.), Fizyoterapi ve Rehabilitasyon, Cilt:1, Hipokrat &Pelikan, Ankara 2016.

GERİATRİK HASTALARDA ROMATOİD ARTRİT

Dr. Mehmet Engin Tezcan

Romatoid Artrit (RA), eklem tutulumunun ön planda olduğu sistemik, oto-immün bir hastalıktır. Hastalığın genetik alt yapısı olan bireylerde, çevresel faktörlerin etkisi ile açığa çıktığı düşünülmektedir. Kadınlarda daha sık görülmektedir. En sık 30-55 yaş aralığındaki bireylerde gözlenmektedir. Tanıda klinik en önemli rolü oynamaktadır. Seroloji, radyoloji, akut fazların destekleyici rolü bulunmaktadır. 2010 ACR/EULAR sınıflama kriteri, tanıdan çok artriti olan hastanın, sınıflanmasına yaramaktadır. Klinik olarak simetrik, genelde küçük eklemleri tutan artrit veya sinovyal kalınlaşma ve >1 saat süren sabah tutukluluğu en önemli bulgulardır. Prognozda ilk başvuruda eklem grafiğinde erozif değişimlerin varlığı, sero-pozivite, akut faz yüksekliği ve bir yıl sonundaki fonksiyonel kısıtlılık belirleyici olmaktadır. En önemli mortalite nedeni kardiyovasküler olaylardır.

İlk semptomların, altmış yaşından sonra ortaya çıktığında geç başlangıçlı RA olarak tanımlanır. Kadınlarda daha sık görülmesine rağmen, erkeklerde görülme sıklığı geç başlangıçlı RA'da artmaktadır. Ateş başta konstitusyonel semptomların ön planda olabileceği akılda tutulmalıdır. En sık klasik, simetrik, seropozitif ve kademeli paternde açığa çıkmaktadır. Proksimal, seropozitif ve poimyaljiya romatika ile karışan formu ve RS3P tarzı klinik de gözlenebilir. Ayırıcı tanıda polimyaljika romatika ilk düşünülmelidir. Ancak kristal artropatiler,osteoartrit ve paraneoplastik artrit de akılda tutulmalıdır. En sık mortalite nedeni kardiyovasküler olaylardır.

Düşme, üriner inkontinans, kognitif disfonksiyon, depresyon ve malnütrisyon, RA tanısı olan geriatrik hastalarda toplumdan daha sık görülen geriatrik sendromlardır. Malnütrisyon ve depresyon artmış mortalite ile ilişkili bulunmuştur. Özellikle hastalık aktivitesinin artışı ile geriatrik sendromlar daha sık gözlenmektedir. Geriatrik RA hastalarında, geriatrik sendromlar mutlaka sorgulanmalıdır. Geriatrik sendromların önlenmesinde, hastalık aktivitesinin erken dönemde kontrol altına alınması önemlidir.

Tedavide, geriatrik populasyonda da DMARD grubu ilaçlar kullanılmaktadır. Geriatrik sendromlara bağlı ilaç uyumunda problem gözlenebilir. İlaç yan etkileri ve polifarmasi açısından dikkatli olunmalıdır. İlaç etkileşimleri, tedavi başlanması öncesi ve takiplerde akılda tutulmalıdır. Kardiyovasküler risk faktörlerinin tespiti ve tedavisi de önemlidir. Bu açıdan, steroid tedavisinin en düşük dozda en kısa süre kullanılması, klasik kardiyovasküler risk faktörlerinin tedavisi ve inflamasyon kontrolü önerilmektedir.

OSTEOPOROZ PRATİĞİNDE SORULAR VE CEVAPLAR (SO)

Dr. Savaş Öztürk

Kronik böbrek yetersizliği yaşla birlikte sıklığı artan bir problemdir. Osteoporozu olan bir çok yaşlı hastada değişik derecelerde böbrek fonskiyon bozuklukları mevcuttur. Kronik böbrek yetersizliğinde, böbrek fonksiyon bozukluğunun derecesine göre değişik düzeylerde kemik mineral metabolizması bozuklukları olmaktadır. Bu durum osteoproz tanı ve tedavisini komplike hale getirmektedir. Bu oturumda pratiğe yönelik ve gerçek hasta örnekleriyle, güncellenen KDIGO 2017 kılavuzu eşliğinde, soru ve cevaplar eşliğinde kronik böbrek yetersizliğinde osteoporoz tanı ve tedavisi tartışılacaktır.

YAŞLI KADINDA CİNSELLİK

Doç. Dr. Funda Güngör Uğurlucan
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

Gelişmiş toplumlarda kadınların ortalama yaşam beklentisi 80 yaş civarındadır. Orta yaştan yaşlılığa doğru ilerleyen bir kadın perimenopoz ve menopoz sorunlarıyla karşılaşmaktadır. Postmenopozal kadınların cinsellikten uzak olduğuna dair inanışların gerçek durumu yansıtmadığı çeşitli çalışmalar ile gösterilmiştir. Kadınlar ileri yaşlarda da, eğer sağlıklılarsa ve sağlıklı partnerleri varsa cinsel aktiftir.

Menopoz; son adet tarihi anlamına gelmektedir ve son adet tarihinden itibaren bir yıl boyunca hiç adet görmeyen bir kadının postmenopozal dönemde olduğu söylenir. Menopoz ile birlikte östrojen seviyeleri azaldığı gibi, yaş ile birlikte dehidroepiandrosteron ve testosteron seviyeleri de azalmaktadır.

Herhangi bir nedenle ooferektomi yapılan kadınlarda cerrahi menopoz gelişmektedir. Cerrahi menopoz sonrası görülen semptomlar doğal menopoza göre daha şiddetlidir. Ooferektomi sonrasında kadınlarda ayrıca psikolojik iyilik hali de olumsuz etkilenmektedir. Kanama veya myom nedeniyle yapılan histerektomi ise disparoniyi düzeltip cinsel fonksiyonları olumlu etkileyebilir.

Yaşlanan kadınlarda ürogenital semptomlar da görülebilir. Pelvik organ prolapsusu uterus ve/veya vaginanın normal anatomik seviyesinden aşağıya doğru fıtıklaşmasıdır. Kadınlarda oldukça sık görülmektedir. Kadınların 80 yaşına kadar pelvik organ prolapsusu veya üriner inkontinans nedeniyle opere olma olasılığı %11 civarındadır; bu hastaların da %30'u nüks prolapsus nedeniyle ikinci bir cerrahi geçirmek zorunda kalmaktadır. Pelvik organ prolapsusunun tedavisine yönelik cerrahiler vaginal veya abdominal yoldan uygulanabilir ve ön, orta ve arka kompartman prolapsuslarına yönelik yapılabilir.

Pelvik organ prolapsusu, vücut imajını olumsuz yönde etkileyerek cinsel disfonksiyona neden olabilir. Evre III-IV pelvik organ prolapsusu olan kadınlarda vücut imajı ile ilgili sorunlar (odds oranı 4.7), daha az feminen hissetme (odds oranı 4.0), daha az çekici hissetme (odds oranı 4.6) saptanmıştır. Çalışmalarda pelvik organ prolapsusu olan kadınlarda %31 oranında cinsel disfonksiyon, libidoda azalma, uyarılmada azalma, orgazmda azalma ve disparonide artış görülebilmektedir.

Üriner inkontinans kadınların %11-73'ünde görülebilen bir sorundur. Hem hayat kalitesi hem de cinsel fonksiyonlar üzerine olumsuz etkisi bulunmaktadır. Stres üriner inkontinans şikayeti olan veya üriner semptomları olan bir kadın koku veya idrar kaçırma endişesi nedeniyle cinsel ilişkiden kaçınabilir. Anksiyete, utanç ve kendine güvensizlik yaşayabilir. Üriner inkontinans cinsel fonksiyonların tüm basamaklarını olumsuz etkilemektedir.

Psikolojik faktörler de yaşlanan kadınlarda cinsel fonksiyonları etkilemektedir. Partnerlerin genel sağlık sorunları erektil disfonksiyona neden olabilir. Ayrıca vaginal atrofiye bağlı olarak disparoni görülebilir.

Yaşlı kadınlarda cinsel disfonksiyona yaklaşımda psikolojik değerlendirme, pelvik muayene ve ultrasonografi (genital değişiklikler, ağrılı noktalar, pelvik taban, vaginal pH) ve laboratuvar değerlendirmeleri (glukoz, TSH, demir, vitamin D, FSH, LH, östradiol, androjenler, seks hormon binding globülin, prolaktin) yapılmalıdır.

Tedavi seçenekleri arasında medikal tedaviler (hormon tedavisi, androjen tedavisi), pelvik taban fizyoterapisi (Kegel egzersizleri, reverse Kegel, vaginal dilatatörler) ve psikososyal tedaviler yer almaktadır.

YAŞLILARDA PULMONER EMBOLİ

Prof. Dr. Arzu Ertürk

Pulmoner tromboemboli (PE), bacak derin venleri başta olmak üzere, tüm venlerde oluşabilen trombüslerden kopan parçaların pulmoner arterleri ve/veya dallarını tıkamasıyla oluşan akut, hayatı tehdit eden bir klinik tablodur. Pulmoner embolinin yıllık ortalama insidansı yaklaşık 75-269/100.000 civarında olup 70 yaş üzerinde bu oran çok daha yüksektir. PE'nin insidansı yaşla birlikte artmaktadır. 60-74 yaş arası bireylerde 3,5/1000 iken 75 yaş ve üzerinde bu oran 3 kat daha yüksektir. İleri yaşta hareketsizliğin daha fazla olması (immobilite), tromboza yatkınlığı arttıran diğer hastalıkların varlığı ve koagülasyon potansiyelinde artış gibi faktörler ile bunların kombinasyonuna bağlı olabilir.

PE önlenebilir ve tedavi edilebilir mortalite sebeplerı arasında yer alır ve tedavi edilmediğinde %30 ölümcül bir seyir izleyebilmektedir. Mortalite artışından sorumlu risk faktörleri arasında 75 yaş üzerinde olmak, kanser öyküsü, konjestif kalp yetmezliği ve kronik obstrüktif akciğer hastalığının (KOAH) emboliye eşlik etmesi sayılabilir. Yaşlılarda eşlik eden kardiyopulmoner komorbiditeler, pulmoner emboli ile benzer yakınma ve klinik bulgularla seyreder, hastalarda azalmış bilişsel fonksiyonlara bağlı olarak semptom algısında azalma ya da ihmal nedeniyle tanı güçlükleri söz konusudur. PE tanısı, göğüs ağrısı, çarpıntı, dispne gibi yakınmalar ile akut DVT'yi düşündüren yakınmalar (alt ekstremitede daha çok baldırda olan ağrı, şişlik ve kramplar) nedeniyle başvuran hastada klinik olarak kuşkulanma ve sonrası yapılan değerlendirmeler, görüntüleme yöntemleri ile konur. Klinik yakınma ve bulgular, embolinin büyüklüğüne, lokalizasyonuna, hastanın yaşına ve kardiyopulmoner fonksiyonlarının rezervine bağlı olarak değişebilir.

Genç hastalar ile karşılaştırıldığında yaşlılarda senkop ile başvuru daha sık, plöretik tipte göğüs ağrısı ise daha az görülür. Yine fizik muayenede takipne (≥20/dk), taşikardi (>100/dk) ve akut DVT bulgularına yaşlılarda daha az görülür.

PE masif (yüksek mortalite riskli), submasif (orta mortalite riskli) ve nonmasif (düşük mortalite riskli) olarak sınıflandırılabilir. Yüksek mortalite riskli PE'de hasta şok ve hipotansiyon bulguları ile karşımıza gelir. Bu grupta kardiyopulmoner arrest ile sonuçlanabilen akut sağ ventrikül yetmezlik bulguları mevcut olup, tanının hızlı bir şekilde doğrulanması ile hasta reperfüzyon tedavisi için değerlendirilmelidir. Orta ve düşük mortalite riskli hastalarda ise kan basıncı ve hemodinamik parametreler normal olup, PE'ye ait semptom ve bulgular görülür. Bu grupta tanı stratejisinde ilk basamak klinik olasılık değerlendirilmesi ve buna göre uygun görüntüleme yöntemi seçilmesidir. Dispne, bilinç kaybı, siyanoz, hipotansiyon bulguları ile başvuran yaşlı hastada yaklaşım genç hastaya yaklaşım ile aynıdır ve ayırıcı tanı çok zordur. Hemodinamik durumu uygun ve olanak varsa multidedektör bilgisayarlı tomografi (MD-BT) anjiyografi çekilmelidir. BT anjiyografide ana pulmoner arter ve/veya dallarındaki trombüs direkt olarak izlenebilir. Hemodinamik bozukluk nedeniyle BT yapılamıyorsa yatak başı transtorasik ekokardiyografi (TTE) ilk tanı yöntemidir. PE kuşkusu olan ve hemodinamisi stabil olan geriatrik hastada klinik olasılığın değerlendirilmesi tanı stratejisinde çok önemlidir. Wells (Kanada) ve modifiye Geneva (Cenevre) skorlaması, geçerliliği kanıtlanmış, standardize edilmiş klinik skorlalama yöntemleridir. Değerlendirme sonucu düşük, orta ve yüksek olasılıklı olarak 3 grupta ya da Wells skoruna göre "PE olası" ve "PE olası değil" olarak 2 grupta değerlendirilir. Her iki skorda 75 yaş üzerindeki PE şüpheli hastalarda tanıda ilk basamak olarak kullanılabileceği vurgulanmaktadır. D-Dimer, PE'de tanıdan çok hastalığın dışlanmasında kullanılabilen fibrin yıkım ürünü olup sensitivitesi yüksek ancak spesifitesi düşüktür. D-Dimer düzeyleri testin azalmış özgüllüğü nedeniyle yaşla birlikte artar ve yaşlılarda test sonucunun negatif olma olasılığı azalır, 80 yaş üzerinde testin spesifitesi %10'lara kadar düşer. Bu nedenle son zamanlarda yaşa göre düzeltilmiş D-Dimer düzeyi kullanılması önerilmektedir. 50 yaşına kadar eski sınır değeri olan 500 mikrogram/L önerilirken >50 yaşındaki hastalarda yaşx10 mikrogram/L formülü ile sınır değer hesaplanması gereklidir.

PE şüphesi olan yaşlı hastalarda ilk olarak klinik olasılık hesaplanır, klinik olasılığı yüksek olanlarda D-Dimer yeterince sensitif ve spesifik olmadığından direkt görüntüleme yöntemlerine geçilir, düşük ve orta klinik olasıklıkta ise; D-Dimer pozitif saptandığında görüntüleme yöntemine geçilmelidir. MD-BT anjiyografi, pulmoner arter yatağındaki trombüsü segmental düzeye kadar doğrudan gösterebilir.

MD-BT anjiyografi kreatin klirensi >30 mL/dk ve kontrast allerjisi olanlarda kontrendikedir. MD-BT anjiyografi klinik olasılığı yüksek olan ve tetkik için herhangi bir

kontrendikasyon olmayan kişilerde ilk tercih olmasına rağmen, yaşlı popülasyonda böbrek yetmezliği görülme sıklığı nedeniyle kullanımı sınırlıdır

Yaşlı hastalarda MD-BT anjiyografi çekilemediği durumlarda V/P sintigrafisi çekilebilir ancak kardiyopulmoner komorbideler ve akciğer grafisindeki değişiklikler nedeniyle tanı değeri yaş arttıkça düşmektedir. Bu nedenle V/P sintigrafisinin sonuçları klinik olasılık ve alt extremite venöz renkli dopler ultrasonografisi ve kompresyon ultrasonografisi sonuçları ile birlikte yorumlanmalıdır.

PE tanısı konulan hastalarda ilk olarak hemodinamik rezerv, ek hastalıkların varlığı ve kanama riski değerlendirilmelidir. Kanama riski ise Wells kanama risk skorlaması ile değerlendirilebilir. 65 yaş üzerinde olma, gastrointestinal kanama öyküsü, inme, diabetes mellitus ve böbrek yetmezliği kanama riskini arttıran faktörlerdir.

Hipotansiyon, şok tablosu ile gelen akut sağ ventrikül yetmezliği gelişmiş hastalarda reperfüzyon tedavisi (trombolitik tedavi, cerrahi embolektomi, girişimsel tedavi) seçenekleri değerlendirilmelidir. Medikal tedavi seçeneği olan trombolitik tedavide ise en önemli sorun kanama riskidir. Genel olarak %2.1 intrakraniyal kanama riski olsa da, ileri yaş, eşlik eden hastalıklar (böbrek yetmezliği, kardiyovasküler ve nörolojik hastalıklar vb.) ve çoklu ilaç kullanımı kanama riskini daha da arttırır.

Hemodinamisi stabil hastalarda ise prognozu belirlemek için bazı faktörler kullanılmaktadır. Bunlar Pulmoner Embolizm Şiddet İndeksi (PESI) skoru, sağ ventrikül disfonksiyonunu gösteren Transtorasik ekokardiyografi, BT anjiyografi, Natriüretik peptitler (BNP, Pro-BNP), troponin I ve C'dir. PESI skoru her yaşta 1 puan artmakta, kanser, kasdiyovasküler ve kronik akciğer hastalığı olanlarda belirgin yükselmektedir. 85 puan ve altı (I,II) negatif olarak kabul edilmektedir.

Düşük, orta mortalite riskli PE de antikoagülan tedavi seçenekleri fondaparinuks, düşük moleküler ağırlıklı heparin (DMAH) veya unfraksiyone heparin, yeni oral antikoagülanlardır. Yaşlı hastalarda hangi antikoagülan ilacın seçileceği önemli bir noktadır. İdame dönemde vitamin K antagonisti (VKA) veya yeni oral antikoagülanlar verilebilir. Yaşlılar için en önemli problem, ek hastalıklarına ve bunlar için kullandıkları çoklu ilaçlara bağlı olarak farmokokinetik ve farmakodinamik etkileşimidir. Yaş ile ilişkili en önemli farmakokinetik etki böbrekler üzerinedir. Yaşlılarda böbrek yetmezliği tanısı olmayanlarda bile böbrek fonksiyonları kademeli olarak bozulmaktadır.

Tanısı doğrulanmış masif olmayan embolinin akut faz tedavisinde, antikoagülan tedavi mutlak kontrendike ise inferior vena kava filtresi uygulanabilir.

İdame tedavide genç hastalardakine benzer olarak VKA'leri kullanılabilir. Yaşlı hastalarda akut parenteral tedavi en az 5 gün verilmeli sonrasında kanama komplikasyonlarını azaltmak amacıyla başlangıçta düşük doz VKA verilerek, INR düzeyi 2.0-3.0 arasında tutulmalıdır. Yaşlı hastalarda eşlik eden hastalıklar, diyet ve polifarmasi nedeniyle VKA'nin serum düzeyi değişebilmekte, sık INR düzeyi bakılması gerekebilmektedir. Yeni oral antikoagülanların kan düzeyi takibi gerektirmemesi gibi avantajına rağmen; etkinliğinin değerlendirilememesi, yüksek maliyeti ve akut kanama durumunda spesifik antidotunun olmaması en önemli problemlerdendir. Bu ilaçlar VKA'ne alternatif ilaçlar olarak görülse de, yaşlı hastalarda kanama riski açısından böbrek rezervi (kreatin klirensi ile) değerlendirilmelidir. Yaşlı hastalarda bu ilaçların kullanımıyla ilgili daha çok çalışmaya ve klinik deneyime ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

1. Arseven O, Okumus NG, Ongen G, Müsellim B. Turkish Thoracic Society Consensus Report on Diagnosis and Treatment of Pulmonary Thromboembolism in 2015. Istanbul, 2015.
2. Tas Gülen S. Pulmonary Thromboembolism: Definition and Epidemiology. Turkiye Klinikleri J Pulm Med-Special Topics 2016; 9(1): 1-5.
3. Cefalo P, Weinberg I, Hawkins BM, Hariharan P, Okechukwu I, Parry BA, et al. A Comparison of Patients Diagnosed With Pulmonary Embolism Who Are >65 Years With Patients <65 Years. Am J Cardiol 2015; 115: 681-686.
4. Polo HF, Buzzini C, Orenti A, Punzi V, Molteni M, Primitz L, et al. Prognostic value of D-dimer in elderly patients with Pulmonary Embolism. J Thromb Thrombolysis. 2016; Oct 42(3): 386-92.
5. Douma RA, Le GG, Sohne M, Righini M, Kamphuisen PW, Perrier A, et al. Potential of an age adjusted D-dimer cut-off value to improve the exclusion of pulmonary embolism in older patients: a retrospective analysis of three large cohorts. BMJ 2010; 340: 1475-82.
6. Righini M, Le Gal G, Aujesky D, Roy PM, Sanchez O, Verschuren F, et al. Diagnosis of pulmonary embolism by multi detector CT alone or combined with venous ultrasonography of the leg: a randomised non-inferiority trial. Lancet 2008; 371: 1343–52.
7. Mos IC, Klok FA, Kroft LJ, Roos A, Dekkers OM, Huisman MV. Safety of ruling out acute pulmonary embolism by normal computed tomography inpatients with an indication for computed tomography: systematic review and meta-analysis. J Thromb Haemost 2009; 7: 1491-8.
8. Stein PD, Matta F. Treatment of unstable pulmonary embolism in the elderly and those with comorbid conditions. Am J Med 2013; 126: 304–10.

YAŞLANAN PANKREAS

Doç.Dr. Abdullah Emre Yıldırım
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı, Gaziantep

Yaşlanma hayatın bir parçasıdır. Hijyen ve sağlık hizmetlerinde genel iyileşme ile insanlığın yaşam beklentisi, hem erken yaşlarda hem de ileri yaşlarda daha fazla artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, 2011 yılında 524 milyon insanın 65 yaş ve üzerinde olduğunu ve toplam küresel nüfusun yaklaşık % 8'ine denk geldiğini bildirmiştir. Yaşlılar dünya nüfusunun en hızlı büyüyen bölümünü temsil etmekte ve yakın gelecekte yaşlı nüfusun dünya nüfusunun% 16'sına karşılık gelen 1,5 milyar geçmesi beklenmektedir (1).

Bu açıkça bir başarı olarak kabul edilebilir olsa da, sosyal güvenlik ve sağlık sistemleri için giderek artan bir yük getirir. Bu nedenle, yaşlanma sadece hedonizm ("sağlıklı yaşlanma") olarak değil, aynı zamanda yaşlanan nüfusun sağlık durumunu iyileştirirken maliyet etkin bir yaklaşım içerisinde olmayı amaçlayan kanıta dayalı bir disipline ihtiyaç duyulmasıyla da dikkat odağı haline gelmektedir. Başarılı yaşlandırmanın; hastalık ve hastalığa bağlı sakatlıkların azaltılması, yüksek bilişsel-fiziksel kapasitenin sürdürülmesi ve yaşama aktif katılım gibi üç ana bileşeni ile vardır. Temel amaç kanıta dayalı veriler rehberliğinde gerekli önlemleri alarak maliyet etkin bir biçimde başarılı yaşlanmayı sağlamak olmalıdır (2).

İnsan vücudunun tüm organ sistemleri yaşlanma sürecinden etkilenir. Yaşlanma sürecinde tipik olarak azalmış serebral fonksiyonlar, demans ve ateroskleroz görülebilir. Karaciğer, böbrek ve bağırsak gibi diğer organlarda da yaşlanmaya bağlı değişiklikler olduğu iyi bilinmektedir. Yaşlanma gastrointestinal sistemi (GİS) de belirgin biçimde etkiler (3,4). Yaşlanmayla birlikte GİS gibi metabolik olarak aktif olan organların işlevlerindeki azalma sonucunda temel besin bileşenlerinin veya yabancı maddelerin alınması, metabolizması ve atılımında meydana gelebilecek bozukluklardan dolayı organizma için kötü sonuçlar ortaya çıkabilir. Bu nedenle yaşlılar, gıda alımının azalması veya GİS'in fizyolojik kapasitesinin yaşlanmaya bağlı bozulması ile malnütrisyon riski altındadır. Gerçekten de, beslenme bozukluğu yaşlılarda kabul edilen büyük bir sorunu temsil etmektedir (5).

Temel besin maddelerinin alınması ve parçalanmasında metabolik olarak aktif bir organ olan pankreasın yaşlanma ile birlikte morfolojisi ve fonksiyonlarının değiştiği bilinmektedir. Bu değişiklikler potansiyel olarak yetersiz beslenmeye katkıda bulunarak tüm organizmayı etkileyebileceğinden, pankreası etkileyen yaşlanma süreçlerini anlamak önemlidir.

Pankreasın hacmi çocukluk döneminde artarken 20-60 yaş arasında bir platoya ulaşır ve daha sonra azalır. Pankreas parankimindeki bu azalma perfüzyonun bozulması, fibroz ve atrofi ile ilişkilidir. Bu değişikliklerin bir sonucu olarak, sağlıklı yaşlı bireylerde herhangi bir gastrointestinal hastalık olmaksızın pankreasın ekzokrin fonksiyonu bozulabilir. Pankreatik ekzokrin yetersizliğinin (PEY) fekal elastaz-1 (FE-1) ölçümü ile araştırıldığı 914 sağlıklı yaşlının bulunduğu bir araştırmada; 70 yaş üzerinde %5, 80 yaş üzerinde ise %10 orta derecede (FE-1 100-200μg /g) ve %5 şiddetli derecede (FE-1 <100μg /g) PEY bildirilmiştir (6). Bu durum sağlıklı yaşlanan insanlarda sindirim bozukluğu ve malnütrisyona yol açabilir. PEY şişkinlik, distansiyon, karın ağrısı, ishal, steatore ve kilo kaybı gibi az sayıda semptoma neden olabilir (7). Yaşlanmanın dışında pankreas perfüzyonunu bozduğu düşünülen diyabetik anjiopati, ateroskleroz, sigara ve alkol kullanımının da PEY ortaya çıkmasında diğer etkili faktörler olduğu düşünülmektedir (8).

PEY nedeni ile yağda emilen vitaminler ve eser elementlerin sindirimi bozulur. Bu durumda malnütrisyon dışında ikincil olarak özelikle D vitamini emilimindeki azalma nedeni ile osteopeni ve osteoporoz ortaya çıkabilir. Ayrıca K vitamini ile birlikte antioksidan kokteylin bileşenleri olan A ve E vitaminlerinde de azalmanın olduğu gösterilmiştir (9). Yaşlılarda D vitamininin replasmanının osteopeni ve osteoporozu düzelttiği, K vitamininin replasmanının koroner kalsifikasyonu ve miyokard enfaktüsünü engellediği, E vitaminini replasmanının veya normale döndürülmesinin koknitif fonksiyonların zayıflamasını önlediği gösterilmiştir (10,11). Cevaplanmamış soru, pankreatik fonksiyonda yaşa bağlı azalmanın kronik pankreatit tedavisindeki olduğu gibi pankreas enzim replasman tedavisini gerektirip gerektirmediğidir. Bununla ilgili temel düşünce kanıtlanmış PEY olan hastaların güncel kronik pankreatit tedavisindeki kılavuzlardan farklı düşünmemek yönündedir (8). Kanıtlanmış PEY olan yaşlı bireylerde pankreatik enzimlerin ve/veya vitaminlerin takviyesinden oluşabilecek terapötik müdahale sağlıklı yaşlanmaya pozitif katkıda bulunabilir (12).

Kaynaklar

1. NIH W. Global Health and Ageing. Washington, DC: World Health Organisation, 2011
2. Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. Gerontologist 1997; 37(4): 433-40.
3. Drozdowski L, Thomson AB. Aging and the intestine. World J Gastroenterol 2006; 12(47): 7578-84.
4. Grassi M, Petraccia L, Mennuni G, et al. Changes, functional disorders, and diseases in the gastrointestinal tract of elderly. Nutr Hosp 2011; 26(4): 659-68.
5. Tierney AJ. Undernutrition and elderly hospital patients: a review. J Adv Nurs 1996; 23(2): 228-36.
6. Rothenbacher D, Low M, Hardt PD, Klor HU, Ziegler H, Brenner H. Prevalence and determinants of exocrine pancreatic insufficiency among older adults: results of a population-based study. Scand J Gastroenterol 2005; 40(6): 697-704.
7. Talley NJ, O'Keefe EA, Zinsmeister AR, Melton LJ, 3rd. Prevalence of gastrointestinal symptoms in the elderly: a population-based study. Gastroenterology 1992; 102(3): 895-901.
8. Löhr JM, Panic N, Vujasinovic M, Verbeke CS. The ageing pancreas: A systematic review of the evidence and analysis of the consequences. J Intern Med. 2018 Feb 23. doi: 10.1111/joim.12745
9. Martinez-Moneo E, Stigliano S, Hedstrom A, et al. Deficiency of fat-soluble vitamins in chronic pancreatitis: A systematic review and meta-analysis. Pancreatology 2016; 16(6): 988-94.
10. Shea MK, O'Donnell CJ, Hoffmann U, et al. Vitamin K supplementation and progression of coronary artery calcium in older men and women. Am J Clin Nutr 2009; 89(6): 1799-807.
11. Basambombo LL, Carmichael PH, Cote S, Laurin D. Use of Vitamin E and C Supplements for the Prevention of Cognitive Decline. Ann Pharmacother 2016.
12. Löhr JM, Dominguez-Munoz E, Rosendahl J, et al. United European Gastroenterology evidence-based guidelines for the diagnosis and therapy of chronic pancreatitis (HaPanEU). United European Gastroenterol J 2017; 5(2): 153-99.

11. AKADEMİK GERİATRİ KONGRESİ

2018

SÖZEL BİLDİRİLER

ÜROLOJİK PROBLEMLER

SS-001

ORTA-AĞIR KOMORBİDİTEYE SAHİP GERİATRİK HASTALARDA LOKAL ANESTEZİ İLE ÜRETRAL DARLIK TEDAVİSİ

İbrahim Buldu

Özel Park Hayat Hastanesi, Üroloji Bölümü, Konya

Amaç: Erkekte üretra darlığı çoğunlukla geçirilmiş ürolojik girişimlerden sonra meydana gelmektedir ve tedavisinde internal üretrotomi dediğimiz endoskopi eşliğinde darlığın açılması işlemi sıklıkla uygulanmaktadır. İdrar çıkışının sağlanmasının gerektiği durumlarda bazen üretral kateter takılamamaktadır. Bu çalışma ile üretral kateter takılamayan, orta veya ağır komorbiditesi olan 65 yaş ve üstü geriatrik yaş grubunda intraüretral lokal anestezi ile internal üretrotomi uygulamasının etkinliği ve güvenilirliği araştırıldı.

Yöntem: 2015-2018 yılları arasında anterior üretral darlık nedeniyle üretral kateter takılamayan ve bu sebeple internal üretrotomi yapılan orta-ağır komorbiditesi olan geriatrik yaş grubundaki on hastanın sonuçları retrospektif olarak incelendi. Bu hastaların hipertansiyon, kalp yetmezliği, böbrek yetmezliği, diabet, kanser, kronik obstruksif akciğer hastalığı gibi komorbiditelerden en az birine sahip olduğu görüldü. 65 yaştan küçük, komorbiditesi olmayan, spinal veya genel anestezi uygulanan hastalar ise çalışmaya dahil edilmedi. Hastaların tamamına %2 lidokain ile %0.5 bupivakain karışımı intraüretral olarak uygulandı.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 75.2 (66-91 arası) yıl idi. Hastaların 3 (%30) tanesinde bir, 7 (%70) tanesinde birden çok komorbidite mevcuttu. Hastaların 4 (%40) tanesi işlem esansında antikoagülan-antiagregan tedavi almaktaydı. 6 (%60) hasta yoğun bakım ünitesinde, 3 (%30) hasta dahiliye servisinde ve 1 (%10) hasta ise acil servis başvurusunda idrar çıkışı takibi için üretral kateter takılamaması sonucunda internal üretrotomi işlemine alındı. 8 (%80) hastada darlık sebebi geçirilmiş ürolojik girişim iken 2 (%20) hastada sebep bilinmiyordu. 7 (%70) hastada darlık tek ve 3 (%30) hastada ise birden fazla sayıda idi. Hastaların tümünde ek analjezi ihtiyacı gerekmeksizin işlem başarı ile tamamlandı.

Sonuç: Komorbiditesi olan geriatrik hasta grubunda cerrahi işlem ve anestezi uygulama riskleri artmaktadır. Bu tür hastalarda üretral kateter takılması esnasında zorlayıcı yaklaşımlar üretral hasarı artırmakta ve tedaviyi komplike hale getirmektedir. Bu nedenle kateter takılması esnasında olası üretra hasarı ihtimalini en aza indirgemek için zorlayıcı yaklaşımlardan uzak durulmalıdır. Çalışmamız bu tür hastalarda lokal olarak intraüretral lidokain-bupivakain uygulaması ile internal üretrotominin diğer anestezi yöntemlerine bir alternatif olacak şekilde etkili ve güvenli olarak yapılabileceğini göstermektedir.

Anahtar kelimeler: geriatrik, üretra darlığı, lokal anestezi, internal üretrotomi

HEMATOLOJİK VE ONKOLOJİK HASTALIKLAR

SS-002

KARACİĞER BİYOPSİ SONUÇLARIMIZ

Zeynep Tuğba Ozan[1], Serdar Yanık[2]

[1]*Bozok Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ,iç Hastalıkları Anabilim Dalı, Yozgat*
[2]*Bozok Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ,patoloji Anabilim Dalı, Yozgat*

Giriş: Yaşlılığa spesifik herhangi bir karaciğer hastalığı bulunmamasına karşın, daha genç hastalara kıyasla yaşlılarda karaciğer hastalıklarının ortaya çıkışı, hastalığın seyri, kliniği ve prognozu farklılıklar gösterir. Hepatit B virüsü(HBV) prevelansı 64 ila 74 yaş arasında tüm nüfusa kıyasla üç kat artmaktadır. Kronik HBV enfeksiyonu olan hastalarda hepatoselüler karsinom riski siroz olmayan vakalarda bile daha sık görülebilmektedir. Hepatit C virüsü (HCV), ise yaşlılarda yaklaşık %75-80 oranında kronikleşebilmektedir. Biz de geriatrik populasyonda tanıda altın standart olan karaciğer biyopsi sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Materyal metod: 2013-2017 yılları arası Bozok üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi patoloji laboratuarına gelen karaciğer biyopsi spesimenleri incelendi.

Bulgular: 2013-2017 yılları arası patoloji arşivinde 65 yaş ve üzeri 27 adet karaciğer biyopsi spesimenine rastlanıldı. 65-86 yaş aralığındaki 27 vakadan 13'ü kadın ve 14'ü erkek hasta idi. Kadınların yaş ortalaması 69.46 yıl iken erkeklerin yaş ortalaması 71.21 yıl idi. Patoloji sonuçlarına göre ; en sık %48.1 oranında kronik hepatit vakasına rastlanırken %18.5 ile ikinci sıklıkta malignite, %11.1 ile üçüncü sıklıkta hem siroz hem de steatohepatit saptandı. Malignite vakalarında 4:1 oranında erkek dominansı mevcut idi; 3 erkekte malign epitelyal tümör; 1erkek ve 1 kadında ise adenokarsinom bulundu. Kronik hepatit vakalarının %54'ü hepatit B'ye bağlı iken; %15'i kronik hepatit C vakası idi. Vakalardan sadece biri yetersiz numune olarak değerlendirilmişti. 1 vakada ise tanı kist hidatik idi.

Sonuç: Anormal karaciğer fonksiyon testlerini değerlendirme,-karaciğer hasarının evresini ya da fibrozis derecesini yani prognozu belirleme, şüpheli karaciğer neoplazmını saptama, tedaviyi planlama amaçlı yapılan karaciğer biyopsisi kesin tanı yöntemidir. Her ne kadar invazif bir işlem gibi görünse de komplikasyon gelişimi minimaldir, güvenilir bir yöntemdir,hastane yatışı gerektirmez ve aynı gün içerisinde kişi taburcu edilebilir.

Anahtar kelimeler: İleri yaş; karaciğer biyopsisi

NÖROLOJİK HASTALIKLAR

SS-003

İNME HASTALARININ MALNÜTRİSYON YÖNÜNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yusuf İnanç[1]

[1]*Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Gaziantep*

Özet: İnme hem gelişmiş hemde gelişmekte olan ülkelerde sakatlık ve ölümün önde gelen nedenlerinden biridir. Hem inme hem de rehabilitasyonun akut evresinde, multidisipliner bir ekip çatısı bağlamında spesifik beslenme müdahaleleri, nörobilişsel işlevin iyileşmesini artırabilir. Yetersiz beslenme durumu, beyin hasarını şiddetlendirdiği ve olumsuz sonuçlara katkıda bulunduğu için yeterli beslenme alımını sağlamak için beslenme modifikasyonları veya spesifik terapi stratejileri ile malnutrisyonun erken tanınması ve yönetimi daha fazla ilgi görmelidir.

Amaç: Bu çalışmada nöroloji polikliniğine baş vuran daha önceden serebrovasküler hastalık geçirmiş olan 60 yaş üstü hastalarda malnütrisyon oranını belirlemeyi amaçladık.

Materyal metod: Çalışmamıza nöroloji inme polikliniğine baş vuran ve en az 6 ay önce iskemik inme geçirme hikayesi bulunan 60 yaş üstü hastalar dahil edildi.6 aydan daha kısa süre geçmiş olan hastalar dahil edilmedi.Hastaların vasküler risk faktörleri belirlenerek demoğrafik özellikleri incelendi.Malnutrisyon derecesi Mini Nutrisiyon değerlendirme ölçeğine(MNA) ölçeğine göre belirlendi.MNA ölçeğinde 1-7 arası değer malnütrisyon,8-11 malnütrisyon riski,12-14 arası değerler normal olarak kabul edildi.Hastalar hem demoğrafik özellikler hemde malnütriyon açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmamıza 92 hasta dahil edildi.48 erkek(%52.2), 44 kadın (%48.7) hastadan oluşmaktaydı.Yaş ortalaması 70di(min- max,

60-91).Vasküler risk faktörleri incelendiğinde %37 sigara, %8.7 Kalp yetmezliği, %35 Koroner arter hastalığı, %37Hiperlipidemi, %39 DM, %43.5 Hipertansiyon içeren vasküler risk faktörlerine sahipti. Tüm grubun ortalama MNA skoru 10.3 dü.(Erkeklerde bayanlarda10.8- 9.7 di).Gurubun %45.7 sinin MNA değeri normaldi.(12-14), %30.4 malnutrsyon riskine sahipti (8-11), %23.9 malnutrisyonluydu(0-7).Malnütrisyon riski ve malnütre olan grubları sağlam grubla karşılaştırdığımızda, grubun %54.3 malnutrisyon veya riskine sahipti.Bu oran sigara kullananlarda %54.3, Kalp yetmezliği olanların %75inde, koroner arter hastalığı olanların %62.6 ünde, Hiperlipidemisi olanların %58.8 inde, Diyabeti olanların %54 ünde ,Tansiyonu olanların %50 inde mevcuttu.Cinsiyet dağılımına göre erkeklerin %54.2 malnütre, Bayanların %54.6'sı malnütreydi. Yaşa göre incelendiğinde normal olan grubun ortalama yaş oranı %70.2, malnutrisyon riski olan grubun %68.9 ve malnutre grubun %71 di .

Sonuç: Çalışmamızda hastaların yarısından fazlasında 'yetersiz beslenme' olduğu ve vasküler risk faktörlerin bu oranın artışına katkıda bulunduğu izlenmiştir.İnme sonrası takipte vasküler risk faktörlerin azaltılmasına yönelik çalışmalara ek olarak bu hastalara oral nutrisyon desteği başlanması gerektiği rehberlerce önerilmektedir. Özellikle inmeli yaşlı hastaların takibinin yapıldığı bölümlerde malnütrisyon taramalarının yapılması ve malnutrisyonun farkındalığının arttırılması önem taşımaktadır.

Anahtar kelimeler: İnme,Malnütrisyon

FİZİKSEL AKTİVİTE

SS-004

YAŞLILARDA CİNSİYETE GÖRE FİZİKSEL AKTİVİTEYE KATILIM VE KAYGI DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Mustafa Said Erzeybek[1], Fatih Kaya[2], Oğuzhan Yüksel[1], Aydın Şentürk[1], Cezmi Yılmaz[1]

[1]Dumlupınar Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu
[2]Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Beden Eğitimi ve Spor Bölümü

Amaç: Bu çalışma, yaşlı bireylerin fiziksel aktiviteye katılım durumları ve kaygı durumlarının cinsiye göre değişkenliğinin incelenmesidir.

Yöntem: Çalışmanın örneklemini Kütahya'da evinde yaşayan, günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız, bilişsel yetersizliği olan, 65-75 yaş ve üstü 34 erkek, 25 kadın toplam 59 yaşlı bireyden oluşturmuştur. Yaşlılar İçin Fiziksel aktivite örneği ölçeği 16 sorudan oluşan Evet ya da Hayır seçenekli sorulardan, GKÖ (Geriatrik Kaygı Durumları) için ise 22 sorudan oluşan Katılıyorum, Katılmıyorum şeklinde İngilizceden Türkçeye uyarlanmış sorulardan oluşmaktadır. Anket sonuçları bilgisayar ortamında SPSS 20.0 istatistiksel programında analiz edilmiştir. ($p>0.05$) Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin analizlerinde frekans ve yüzde tanımlayıcı istatistiklerinden, fiziksel aktiviteye katılım ve kaygı durumlarının karşılaştırılmasında ki-kare ($\chi 2$) testinden faydalanılmıştır.

Bulgular: Yaş ortalaması 65-75 arasında olan yaşlı bireylerin %57,6'u erkek, %42,4'i ise kadın bireylerden oluşturmaktadır. Ki-kare ($\chi 2$) analizleri verilen cevapların cinsiyete göre değişmediğini göstermiştir ($p>0.05$). bu da adı gecen rahatsızlıkların kadın ve erkeklerde benzerlikler gösterdiği anlamına gelmektedir. Kadın ve erkeklerde fiziksel aktiviteyi katılımda benzer düzeyde olup, kadın ve erkeklerin geriatrik kaygı durumları arasında fark yoktur, $t(57)= -0.034$, $p>0.05$. Bundan başka kadın ve erkeklerin kaygı durumu ortalamaları her iki cinsiyet için kaygı belirtileri ve genellenmiş kaygı bozukluğunun olmadığı, bununla birlikte sadece kaygı belirtileri gösterdikleri görülmektedir.

Ölçek; > 10 geriatrik kaygı puanı "kaygı belirtileri ve genellenmiş kaygı bozukluğunu"; < 10 geriatrik kaygı puanı ise "sadece kaygı belirtilerini" göstermektedir.

Sonuç: Yaşlı bireylerin fiziksel aktiviteye katılım durumları ve kaygı durumlarının cinsiye göre değişmediği sadece kaygı belirtileri gösterdikleri görülmüştür. Fiziksel aktiviteye katılım durumları açısından erkeklerin ve kadınlar açısından çok büyük değişiklik göstermediği yaş grubu olarak genel sağlık sorunlarının linear olduğundan kaynaklandığı düşünülmektedir. Genel sağlık sorunları gündelik yaşamlarını etkilemeyen hayatlarını kendi başlarına idame eden yaşlı bireyler üzerinde anket çalışması gerçekleştirildiğinden kaygı düzeylerinin olmadığı görülmüş, bununla birlikte fiziksel aktiviteye katılım açısından ise kaygı durumlarının olumsuz olmadıklarını söyleyebiliriz.

Anahtar kelimeler: Yaşlı,Fiziksel Aktivite,Kaygı

Tablo 1. GKÖ (Geriatrik Kaygı Ölçeği)

Çoğu zaman endişe içindeyim	Katılıyorum	Katılmıyorum
Karar almakta zorlanırım	Katılıyorum	Katılmıyorum
Çoğunlukla tedirgin hissederim.	Katılıyorum	Katılmıyorum
Genellikle endişelerim yüzünden bir çok Şeyden zevk alamam.	Katılıyorum	Katılmıyorum
Ufak tefek şeyler keyfimi çok kaçırır.	Katılıyorum	Katılmıyorum
Sık sık içimde bir Şeyler pır pır eder.	Katılıyorum	Katılmıyorum
Evhamlı biri olduğumu düşünüyorum.	Katılıyorum	Katılmıyorum
Önemsiz şeyler için bile endişelenmekten kendimi alamıyorum.	Katılıyorum	Katılmıyorum
Çoğunlukla kendimi gergin hissederim.	Katılıyorum	Katılmıyorum
Aklımdan geçenler beni sık sık endişelendirir.	Katılıyorum	Katılmıyorum
Endişelerim nedeniyle mide sıkıntısı çekerim.	Katılıyorum	Katılmıyorum
Gergin bir insan olduğumu düşünüyorum.	Katılıyorum	Katılmıyorum
Her zaman en kötü şeyin olacağını beklerim.	Katılıyorum	Katılmıyorum
Çoğu zaman içimin titrediğini hissederim.	Katılıyorum	Katılmıyorum
Evhamlarımın hayatımı engellediğini düşünüyorum.	Katılıyorum	Katılmıyorum
Çoğunlukla endişelerimin baskısı altında kalır ve ne yapacağımı bilemem.	Katılıyorum	Katılmıyorum
Bazen midemde kocaman bir düğüm varmış gibi hissederim.	Katılıyorum	Katılmıyorum
Bazen midemde kocaman bir düğüm varmış gibi hissederim.	Katılıyorum	Katılmıyorum
Çok fazla endişelendiğim için bir şeylerden mahrum kalırım.	Katılıyorum	Katılmıyorum
Çoğunlukla kendimi üzgün hissederim.	Katılıyorum	Katılmıyorum
Hareket ettiğim zaman kendimi iyi hissederim	Katılıyorum	Katılmıyorum
Fiziksel aktivite kendimi iyi hissettirir	Katılıyorum	Katılmıyorum

PAR – Q – FİZİKSEL AKTİVİTEYE KATILMA ANKETİ		
Doktorunuz kalbinizle ilgili bir sorununuz olduğunu ve ancak doktor kontrolü ile fiziksel aktivite yapabileceğinizi söyledi mi?	EVET	HAYIR
Fiziksel aktivite sırasında göğsünüzde ağrı hissettiğiniz oldu mu?	EVET	HAYIR
Geçen ay fiziksel aktivite yapmadığınız durumda göğüs ağrısı hissettiniz mi?	EVET	HAYIR
Baş dönmesi veya bilinç kaybı nedeniyle dengenizi yitirdiğiniz oldu mu?	EVET	HAYIR
Fiziksel aktivitenizi değiştirecek kemik yada eklem probleminiz var mı?	EVET	HAYIR
Doktorunuz kan basıncınız veya kalbiniz için ilaç tavsiye etti mi?	EVET	HAYIR
Fiziksel aktiviteye katılmamanız için her hangi bir nedeniniz var mı?	EVET	HAYIR
Basamak çıkarken, soğuk rüzgara karşı yürürken veya herhangi bir fiziksel aktivite sırasında göğüs rahatsızlığınız oldu mu?	EVET	HAYIR
Şimdiye kadar ani düzensiz kalp atımı, çarpıntı veya buna benzer bir rahatsızlığınız oldu mu?	EVET	HAYIR
Şimdiye kadar şeker hastalığı ile ilgili rahatsızlığınız oldu mu?	EVET	HAYIR
Herhangi bir nedeni olmaksızın ani kalp çarpıntısı veya yavaş kalp atım periyodunuz oldu mu?	EVET	HAYIR
Düzenli olarak ilaç kullanıyor musunuz?	EVET	HAYIR
Doktorunuz size hiç kalp rahatsızlığınız olduğunu söyledi mi?	EVET	HAYIR
Astım gibi herhangi bir solunum probleminiz var mı veya düşük fiziksel aktivite sırasında solunum sıkışıklığı yaşadınız mı?	EVET	HAYIR
Eklem iltihabınız veya egzersizde sırt ağrılarına neden olan probleminiz var mı?	EVET	HAYIR
Kalp rahatsızlığına neden olabilecek risk faktörlerine sahip misiniz?	EVET	HAYIR

Notlar: *Çalışmamım bilim kurulu tarafından kabul edilmesi halinde Üniversiteler arası Basketbol Şampiyonası görevim nedeniyle ,kongrenize sunum günümüm özellikle 22 Nisan yada 23 nisan tarihleri için ayarlanmasını rica ederim,Saygılarımla. Dr.Mustafa Said ERZEYBEK*

HEMATOLOJİK VE ONKOLOJİK HASTALIKLAR

SS-005

GERİATRİK MEME KANSERİ HASTALARINDAKİ TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

Murat Sarı[1], Süleyman Bademler[2], Hasan Karanlık[2], Pınar Saip[1]

[1]İstanbul Üniversitesi, Onkoloji Enstitüsü Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, İstanbul
[2]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

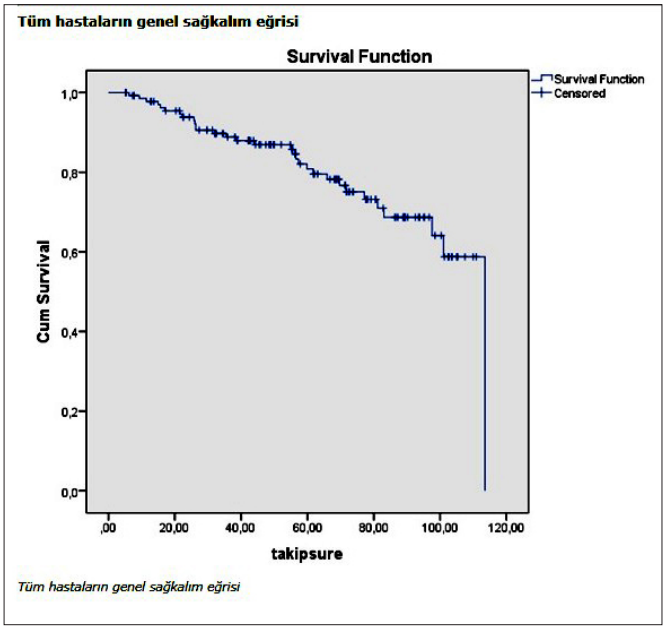
Giriş ve Amaç: Yaşlılarda meme kanseri görülme sıklığı gün geçtikçe artmakta olup; ilgili çalışmalar hala sınırlı kalmaktadır. Bu çalışmada, meme kanseri nedeniyle takip edilen 65 yaşlı ve üzeri hasta grubunun epidemiyolojik ve klinik özellikleri, tedavi yaklaşımları, tedavi yan etkileri ve yaşam sürelerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: 2007–2017 yılları arasında İ.Ü. Onkoloji Enstitüsü Cerrahi Onkoloji Ünitesinde 65 yaş ve üzeri meme kanseri nedeniyle tedavi ve takipleri yapılan 139 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Çalışmaya 139 kadın hasta dahil edildi. Hastaların medyan yaş değeri 70 idi (65-91). En sık başvuru şikayeti memede ele gelen kitleydi. En sık saptanan patoloji invaziv duktal karsinomdu. Hastaların ortalama vücut kitle indeksleri 29,25 ± 6. Tümör çapı medyan 26 mm idi (4-130). 90 hastada (%65) N0 hastalık mevcuttu. Evre 1,2,3 hastalık sırasıyla %36, %52,5 ve %11,5 idi. Tümörlerin %85'i östrojen ve/veya progesteron pozitif iken %10 üçlü negatif (15 hasta) ve %12'si ise cerbB2 aşırı ekspresyonu göstermekteydi. 107 hastaya MKC (meme koruyucu cerrahi) yapılabilirken 32 hastaya mastektomi yapıldı. 12 hastaya neoadjuvan tedavi uygulandı. 2 hastada neoadjuvan tedavi sonrası patolojik tam yanıt, 9 hastada kısmi yanıt görülürken 1 hastada tedavi sırasında progresyon görüldü ve hasta opere edildi. CerbB2 aşırı ekspresyonu gösteren hastaların hepsi adjuvan veya neoadjuvan olarak trastuzumab aldı ve tedavi sırasında kardiyotoksisite görülmedi. Adjuvan veya neoadjuvan dönemde 36 hastaya (%26) antrasiklin bazlı bir rejim uygulanırken 51 hastaya (%37) ise taksan içeren bir rejim uygulandı. 3 hasta febril nötropeni nedeniyle hospitalize edildi. Antrasiklinli veya 3 haftada bir dosetaksel içeren bir rejim alan hastalara primer G-CSF profilaksisi verildi. Kemoterapi alan hastaların %22'si tedavileri sırasında haftalık paklitaksel aldı ve bu hastaların %30'unda grad 2 nöropati görüldü. %5 hastada ise grad 3-4 periferal nöropati görüldü Dosetaksel alan hastaların %20'sinde ise grad 2-3 ishal ve alopesi görüldü İlaç doz azaltımı veya kesilmesi ile bu şikayetleri geriledi. Taksan bazlı rejim alan hastaların %40'ında tırnak değişiklikleri görüldü.. 117 hastaya (%84) adjuvan radyoterapi uygulandı ve yine 117 hastaya adjuvan hormonoterapi verildi (%93 aromataz inhibitörü ve %7 tamoksifen). Takibimiz sırasında 31 hastada (%22) ölüm gerçekleşti. Medyan yaşam süresi 56.4 aydı. Bir yıllık sağkalım oranı %97, 2 yıllık sağkalım oranı %93 ve 5 yıllık sağkalım oranı ise %80 olarak görüldü.

Sonuç: Yaşlı hastalarda meme kanseri ile ilgili çalışmalar sınırlı olmakla birlikte meme kanserindeki doğal seyir, tanı ve tedavi yaklaşımları büyük ölçüde genç yaş grubundaki kadın meme kanserine benzemektedir. Uygun hastalara neoadjuvan veya adjuvan kemoterapi uygulanabileceği görülmektedir. Bu hastalarda da beklenen ve yönetilebilen yan etkiler görülmektedir.

Anahtar kelimeler: Geriatrik hasta, Meme Kanseri, Sağkalım



Tüm hastaların genel sağkalım eğrisi

ÜROLOJİK PROBLEMLER

SS-006

AŞIRI AKTİF MESANE SENDROMU YAKINMALARI NEDENİYLE ÜRODİNAMİK İNCELEME YAPILAN GERİATRİK HASTALARIN ÖZELLİKLERİ

İbrahim Buldu[1]

[1]Özel Park Hayat Hastanesi, Üroloji Bölümü, Konya

Amaç: Aşırı Aktif Mesane (AAM) sendromu insanlarda yaşam kalitesi, uyku kalitesi ve mental sağlık üzerine olumsuz etkileri olan, yaşa paralel olarak görülme sıklığı artan bir sağlık sorunudur. Bu çalışma ile AAM nedeniyle idrar kaçırması olan ve ürodinamik inceleme

yapılan geriatrik hastaların ürodinamik ve demografik özelliklerinin ortaya konulması amaçlandı.

Yöntem: Haziran 2005 ile Mart 2009 yılları arasında ürodinamik incelemesi (sistometri ve serbest üroflow) yapılan 491 kadın hastanın kayıtları retrospektif olarak incelendi (Veriler Dr. ibrahim Buldu'ya ait ''Kliniğimizde takip edilen aşırı aktif mesaneli hastaların ürodinamik ve demografik özelliklerinin belirlenmesi'' isimli 2010 yılındaki tez çalışmasından elde edilmiştir). AAM sendromu nedeniyle değerlendirilen 64 geriatrik hasta çalışmaya dahil edildi.

Bulgular: Demografik özellikler açısından incelendiğinde ortalama yaş 72.9 yıl (66-88 arası), ortalama vücut kitle endeksi (VKİ) 28.3 kg/m2, ortalama hastalık süresi 4.3 yıl ve ortalama doğum sayısı 4.4 çocuk idi. Hastaların %71.8'inde sistosel, rektosel veya herikisi birlikte bulunurken, %65.6 hastada pelvik taban kas kuvveti azalmış veya yoktu. Hastaların 32 (%50) tanesinde provakatif stres testi pozitif olarak bulundu. 4 (%6.2) hastanın önceden idrar kaçırma cerrahisi geçirdiği görüldü. Yaşam kalitesi değerlendirme ölçeği olan ICIQ-SF puanı ortalama 14.8 puan gibi yüksek bir seviyede tespit edildi. Ürodinamik değerlendirmede sırasıyla hastaların %39'unda sadece detrusor aşırı aktivite, %28.1'inde sadece sfinkter yetersizliği, %23.4'ünde mikst tip, %3.4'ünde detrusor sfinkter dissinerjisi saptanırken %3.1'inde ise ürodinamik inceleme normal olarak değerlendirildi. Hastaların mesane kapasitesi ortalama 188.5 ml olup, %2.3'ünde ortalama 67.3 ml rezidü idrar kaldığı saptandı.

Sonuç: Yaşam kalitesini oldukça bozan bir durum olan aşırı aktif mesane sendromunun geriatrik populasyonda obezite, fazla doğum sayısı ve pelvik taban kas kuvvetinin zayıflaması ile birlikte olduğu görülmektedir. En sık görülen ürodinamik tanı ise detrusor aşırı aktivitedir. AAM'nin etkin tedavisi için düzeltilebilir nedenler olan obezite ile mücadele edilmesi, pelvik taban kas kuvvetinin artırılmasına önem verilmesi gerektiği görülmektedir.

Anahtar kelimeler: aşırı aktif mesane, geriatri, ürodinami, idrar kaçırma

ÜROLOJİK PROBLEMLER

SS-008

GERİATRİK HASTADA STRES ÜRİNER İNKONTİNANSA MİNİMAL İNVAZİV YAKLAŞIM: MESANE BOYNU ENJEKSİYONU

Ayse Veyhurda Dikmen[1]

[1]Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara

Amaç: Stres üriner inkontinans, geriatrik kadın hasta popülasyonunu etkileyen önemli bir sağlık sorunudur. Amacım, geriatrik hasta popülasyonunda, stres üriner inkontinansa neden olan primer mesane boynu yetmezliğinin minimal invaziv bir yöntem olan mesane boynu enjeksiyonu yöntemiyle tedavisinde, hastaların tedaviye yanıt oranını retrospektif olarak belirlemek ve tedavinin yaygınlaştığını sunmaktı.

Gereç-yöntem: Şubat 2014 ve aralık 2017 arasında üroloji kliniğimize, ortalama yaşları 74,2 olan 65-95 yaşları arasında 2150 kadın hasta stres üriner inkontinans semptomlarıyla başvurdu. Bunlardan 470'ine sistoskopi yapıldı. Tüm hastalar retrospektif olarak incelendi ve biyokimyasal değerlendirme, üriner sistem ultrasonografisi, ped günlüğü ve üroflovmetrik inceleme yapıldı. 2150 hastanın 53'ünde çeşitli evrelerde mesane tümörü, 64'ünde üriner sistem taş hastalığı ve 33 hastada bir jinekolojik malignite saptandı ve retrospektif incelemede dışlandılar. 671 (%33,5) hasta stres üriner inkontinans nedeniyle 1 ped/gün düzeyinde inkontinanstan muzdaripken, 1180 (%59) hastanın 2 ped/gün düzeyinde stres üriner inkontinans bulguları mevcuttu. 149 (%7,5) hasta 2 ped/günden daha fazla idrar inkontinansı tarifledi. Değerlendirilen 2000 hastanın 215'i (%10,7) daha önce stres üriner inkontinans nedeniyle en az altı ay 20mg/gün duloksetin tedavisi almıştı. Sistoskopi yapılan 470 (%23,5) hastanın 275'inde (%13,7) stres üriner inkontinans nedeni olarak primer mesane boynu yetmezliği tespit edildi. 275 hastaya (%7) lokal anestezi altında sistoskopi sırasında 1cc dekstranomer ve hyalüronik asit içeren yer kaplayıcı bir madde ile saat 4-8 hizasında mesane boynu enjeksiyonu yapıldı. Bu yöntemle geriatrik hasta popülasyonunda stres üriner inkontinansın minimal invaziv tedavisinin sağlanması amaçlanmıştı. Tüm hastalar stres üriner inkontinans semptomları ve cerrahi sonrası klinik seyir açısından en az 9 ay takip edilmişti.

Bulgular: 9 hasta girişimden fayda görmediğini belirttiğinden ve halen 2 ped/günden daha fazla inkontinans bulguları tarifllediğinden önceki medikal tedavilerine geri döndü. 275 hastanın 266'sı (%96,7) mesane boynu enjeksiyonu sonrası stres üriner inkontinans semptomlarının tamamen düzeldiğini ve ilaç kullanma ihtiyacı duymadıklarını belirtti. Bu hastaların tamamı girişim sonrası klinik durumlarından memnun olduklarını ve ped kullanmadıklarını belirttiler.

Sonuç: Bu çalışma, stres üriner inkontinansı olan ve geriatrik popülasyona dahil olan 2000 kadın hastayı kapsaması açısından ulusal veri tabanına kaynak oluşturabilecek niteliktedir. Primer mesane boynu yetmezliğine bağlı stres üriner inkontinansın tedavisinde dekstranomer ve hyalüronik asit içeren yer kaplayıcı maddelerle mesane boynu enjeksiyonu geriatrik popülasyon için çok başarılı bir minimal invaziv yöntemdir. Ofis ortamında lokal anesteziyle uygulanabilirliği ve idame medikal tedavi gerektirmemesi geriatrik popülasyon için ideal bir yaklaşım olduğunun kanıtıdır.

Anahtar kelimeler: stres inkontinans, mesane boynu, geriatrik hasta, mesane boynu enjeksiyonu, mesane boynu yetmezliği

Notlar: *geriatrik popilasyonda lokal anestezzi altında uygulanabilen, minimal invaziv bir tedavi yöntemi olan mesane boynu enjeksiyonunun uygulanabilirliğini arttırmayı hedefledim.*

KAS-İSKELET SİSTEMİ HASTALIKLARI

SS-009

ROMATOİD ARTRİTLİ YAŞLI HASTALARDA UYKU KALİTESİ GÖZARDI EDİLMEMELİ

Olgun Deniz[1], Hasan Satış[2], Çağatay Çavuşoğlu[1], Reyhan Bilici Salman[2], Özkan Varan[2], Nuh Ataş[2], Süheyla Çöteli[1], Rana Tuna Doğrul[1], Hakan Babaoğlu[2], Ali Öncül[1], Hacer Doğan Varan[1], Muhammet Cemal Kızılarslanoğlu[1], Abdurrahman Tufan[2], Berna Göker[1]

[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Geriatri Bilim Dalı

[2]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı

Amaç: Uyku bozuklukları sık görülen geriatrik sendromlardan birisidir ve rutin kapsamlı geriatrik değerlendirmenin bir parçasıdır. Kötü uyku kalitesine sahip yaşlı hastalar düşmeler, günlük temel yaşam aktivitelerinde bozulma, depresyon ve anksiyete gibi klinik durumlara daha yatkındırlar. Romatoid artrit (RA) eklemlerde ağrı ile karakterize inflamatuar bir hastalıktır ve hastaların uyku kalitesini kötü etkileyebilmektedir. Yaşlı hastalarda, genç yaş grubuna göre uyku kalitesinin daha kötü olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. RA'lı hastaların uyku kalitesinin araştırıldığı çalışma sayısı kısıtlıdır ve genellikle de genç hastalarda karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada RA tanısı olan ve olmayan yaşlı hastaların uyku kalitesini araştırmayı, uyku kalitesinin yaşam kalitesine etkisini ve hastalık aktivitesi ile ilişkisini saptamayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Geriatri ve Romatoloji Bilim Dalı polikliniklerine başvuran ve ACR (American College of Rheumatology) kriterlerine göre RA tanısı almış olan 50 hasta ve benzer yaş aralığında, infamatuar artrit tanısı olmayan 30 kontrol grubu dahil edildi. Primer uyku bozukluğu ve uyku bo-

zukluğuna yol açabilecek hastalığı (uyku apne sendromu, malignite, demans, major depresyon, psikotik bozukluk vb) olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Tüm hastalara kapsamlı geriatrik değerlendirme yapıldı. Uyku bozukluğunu değerlendirmek için Pittsburg Uyku Kalite İndeksi(PUKİ), RA hastalık aktivitesi için DAS28-CRP skoru, RA'li hastaların yaşam kalitesi için RA yaşam kalitesi ölçeği kullanıldı.

Bulgular: Medyan yaş 70 (min-mak:65-86) yıldı ve hastaların %62,5'i kadındı. Hipertansiyon, koroner arter hastalığı, osteoporoz, üriner inkontinans, depresyon ve kronik obstruktif akciğer hastalığı gibi komorbiditeler ve kapsamlı geriatrik değerlendirme parametreleri her iki grup için benzerdi. Diabetes Mellitus sıklığı kontrol grupta RA'lı hastalara kıyasla (43.3% vs. 22.0%, p=0.044) daha fazlaydı. Medyan PUKİ global skoru RA'lı hastalarda kontrol grubuna göre [9 (min-mak: 1-20) vs. 5 (min-mak: 1-13), p=0.029] daha yüksek saptandı. RA'li hastalarda DAS28-CRP skoru, PUKİ global skoru (r= 0.514, p<0.001) ve RA yaşam kalitesi ölçeği skoru (r=0.493, p<0.001) ile pozitif yönde, istatistiksel anlamlı korelasyon gösterdi. PUKİ global skoru aynı zamanda RA yaşam kalitesi ölçeği skoru (r=0.689, p<0.001), ilaç sayısı (r=0.324 p=0.022), el sıkma gücü (r=-0.370, p=0.017) ve Yesavage depresyon skoru (r= 0.417, p=0.005) ile istatistiksel anlamlı korelasyon gösterdi.

Sonuç: Çalışmamız, yaşlı RA'lı hastaların kontrol grubuna göre daha kötü uyku kalitesine sahip olduğunu göstermiştir. Aynı zamanda RA hastalık aktivitesinin hem uyku kalitesi ile hem de yaşam kalitesi ile ters ilişkili olduğu saptanmıştır. Günlük pratikte, RA'lı hastaları değerlendirirken diğer yaşlı hatalarda olduğu gibi uyku kalitesi de değerlendirilmelidir.

Anahtar kelimeler: Romatoid artrit

KARDİYOVASKÜLER SİSTEM HASTALIKLARI

SS-010

ARİTMOJENİK BİR RİSK FAKTÖRÜ OLARAK QT DİSPERSİYONU VE MASKELİ HİPERTANSİYON İLİŞKİSİ

Mert Eşme[1], Cafer Balcı[1], Serkan Asil[2], Bünyamin Yavuz[3], Rana Tuna Doğrul[4], Fatih Sümer[1], Mustafa Kemal Kılıç[5], Muhammed Cemal Kızılarslanoğlu[4], Hacer Varan[4], Meltem Halil[1], Mustafa Cankurtaran[1], Burcu Balam Yavuz[1]

[1]Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı
[2]Ankara Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği
[3]Medical Park Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği
[4]Gazi Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı
[5]Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları, Geriatri Kliniği

Giriş: Ambulatuar kan basıncı ölçümü (AKBÖ), kan basıncı yüksekliğini saptamada ve değişken seyri olan kan basıncının tanısının konmasında kullanılmaktadır. Evde ya da poliklinikte yapılan ölçümler normal sınırlardayken AKBÖ ile normal sınırların üzerinde kan basıncının saptanması maskeli hipertansiyon (MH) olarak isimlendirilir (1). Elektrokardiyografide(EKG) derivasyonlar arasında ventriküler repolarizasyon sürelerinin farklılık gösterebileceği bilinmektedir (2).12 kanallı EKG'de en uzun QT süresi ile en kısa QT süresi arasındaki fark QT dispersiyonu(QTd) olarak tanımlanır. Derivasyonlar arasındaki repolarizasyon süreleri farkının artmasının aritmi riskini arttırabileceği ortaya konulmuştur(3). Ayrıca, artan yaş ile QTd artmaktadır (4). Hipertansiyonun QTd yaptigi bilinmektedir, ancak MH ile QTd ilişkisi daha önce incelenmemiştir. Calışmamızda yaşlılarda maskeli hipertansiyonun QTd ile olan ilişkisi incelenmiştir.

Yöntem: Geriatri polikliniğine başvuran 74 normotansif hasta çalışmaya alınmıştır. AKBÖ cihazıyla MH tanısı ESC13 kılavuzuna göre konmuş, tüm hastaların EKG kaydı incelenmiştir. EKG'de atrial fibrilasyonu, sol/sağ dal bloğu, ST segment değişiklikleri olan hastalar ile QT uzaması yaptığı bilinen ilaç kullanım öyküsü olanlar ve koroner arter hastalığı olanlar çalışmadan dışlanmıştır. V1-V6 derivasyonlarında her hastanın QT mesafesi ölçülmüş, minimum-maksimum değerler belirlenmiş ve aralarındaki fark milisaniye cinsinden kaydedilmiştir. Kaydedilen QTd, MH olan ve olmayan hastalarda karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Yaş ortalaması 71,0±5,9 olan 74 hastanın 30'unda (%40) MH saptandı. MH olan ve olmayan hastalar QTd açısından karşılaştırıldığında QTd'nin MH grupta anlamli olarak daha yüksek olduğu saptandi (MH: 52(0-100), N: 40 (0-80); p: 0,025). Logistik regresyon analizi ile MH nin, QTd gelişim riskiyle ilişkili olduğu ve riski 3,4 kat arttırdığı görüldü (p:0,017; OR: 3,4; %95 CI 1,2-9,2).

Sonuç: MH ile aritmojenik bir gösterge olan QTd ilişkisinin incelendigi bu calismada MH olan hastalarda, QT mesafeleri arasında normal gruba göre anlamlı farklılıkların olduğu bulunmuştur. Yaşam süresi, kardiyak mortalite, serebrovasküler olay gibi durumlarla ilişkisi gösterilen QTd'nin, MH ile ilgisi oldukça çarpıcıdır. MH tanısı alan hastaların EKG kayıtlarında QTd varlığı araştırılmalı ve bu hastalarin aritmi acisindan risk altinda oldugu bilinmelidir.

Kaynaklar

1. Mallion J-M, et al. Predictive factors for masked hypertension within a population of controlled hypertensives. Journal of hypertension. 2006;24: 2365-2370.
2. Lepeshkin E. et al. Themeasurement of the QTinterval of the electrocardiogram Cırculation 1952: 26:378-88
3. Day CP et al. QT dispersion:an indication of arrhytmia in patients with long QT intervals. Br Heart J 1990; 63: 342-4
4. Yavuz B, et al. QT Dispersion Increases with Aging 2006; 10.1111/j.1542-474X.2006.00093.x

Anahtar kelimeler: maskeli hipertansiyon, QT dispersiyonu, aritmi

ÜROLOJİK PROBLEMLER

SS-011

PREMATÜR EJAKÜLASYON TAKİBİNDE ESKİ AMA GÜVENİLİR BİR KRİTER: İVEZ'İN UYGULANABİLİRLİĞİ

Ayse Veyhurda Dikmen[1]

[1]Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara

Amaç: Prematür ejakülasyon tedavisinde tedavi başarısının ve hasta memnuniyetinin retrospektif incelenmesinde intravajinal ejakülatuar latans zamanın (IVEZ) uygulanabilirliğinin gösterilmesi.

Gereç-yöntem: Prematür ejakülasyon, üroloji kliniğine başvuran erkek hastaların sık görülen bir sorunudur. Üroloji polikliniğimize şubat 2014 ve mayıs 2016 arasında başvuran, poliklinikte primer prematür ejakülasyon tanısı konmuş, daha önce tedavi almamış olan ve tedavi talep eden 180 erkek hastanın retrospektif olarak tedavi sonuçları incelendi. Tedavi başarısının değerlendirilmesinde ortalama intravajinal ejakülasyon zamanı (İVEZ) kullanıldı. Tedavi sonundaki ortalama İVEZ değerinde %50 artış saptanması tedavinin başarılı olduğunun göstergesi kabul edildi.

Bulgular: Üroloji polikliniğimize başvuran, yaşları 41-82 arasındaki (ortalama yaş: 57,1) tedavi başlanan ve ortalama (İVEZ) 1 dakikanın altında olan 180 erkek hasta retrospektif incelendi. Hastalara günlük tedavi ve ihtiyaç halinde ilaç alımı seçenekleri anlatıldı. Günlük tedavi isteyen ve sitalopram 20mg günde 1 kez kullanan 90 hastanın tedavi öncesi ortalama İVEZ 45-60 saniye arasındaydı. Yaşları 41-77 arasındaki bu gruptaki hastaların ortalama yaşı 57,6 olup partnerlerinin yaşı 34-68 arasında ve partner yaş ortalaması 44,1di. Bu hastalardan 12'si takipten çıkmış, kalan 78 hastanın 12 hafta sonra tamamında İVEZ 90 saniye üzerine çıkmıştı. İhtiyaç halinde ilaç alımı

seçeneğini tercih eden ve yaşları 43-89 arasında değişen 90 hasta 12 haftalık takip sürecinde dapoksetin 30 mg kullanmıştı. Bu hastaların partnerlerinin yaşı 34-62 arasında ve yaş ortalaması 42,2'ydi. Hastaların 13'ü maliyet nedeniyle tedaviyi bıraktığından retrospektif incelemede dışlandı. Dapoksetin tedavisi başlanan ve devam eden 77 hastanın tedavi öncesi İVEZ 60 saniye altında olup tedavi sonrasında hastaların tamamı İVEZ 2 dakika üzerinde olduğunu belirtmişti.

Sonuç: Prematür elakülasyon hem hastayı hem de partnerini etkileyen, ciddiyetle takip ve tedavi edilmesi gereken bir sağlık sorunudur. Her iki hasta grubunda tedaviyle İVEZ değerinde %50'lik artış saptandığından tüm hastalarda tedavi başarılıydı. Prematür ejakülasyon takibinde İVEZ halen uygulanabilir ve güvenilir bir kriterdir. Hastaların tedaviden memnun olması, mutlu bireyin mutlu cinsel yaşamla desteklendiğinin bir kanıtıdır.

Anahtar kelimeler: Prematür ejakülasyon, sitalopram, dapoksetin, İVEZ

Notlar: *Geriatrik popülasyonda prematür ejakülasyon tedavisinin takibinde kullanılan intravajinal ejakülasyon latans zamanının tedavi başarısındaki belirleyici rolünü ortaya koymayı amaçladım.*

DEMANS-DEPRESYON-DELİRYUM

SS-012

HOMONİM HEMİANOPSİ İLE İZLENEN VİZÜEL VARYANT ALZHEİMER HASTALIĞI

Mert Eşme[1], Cafer Balcı[1], Pelin Ünsal[1], Hatice Çalışkan[1], Cemile Özsürekçi[1], Gözde Şengül Ayçiçek[1], Burcu Balam Yavuz[1], Mustafa Cankurtaran[1], Meltem Halil[1]

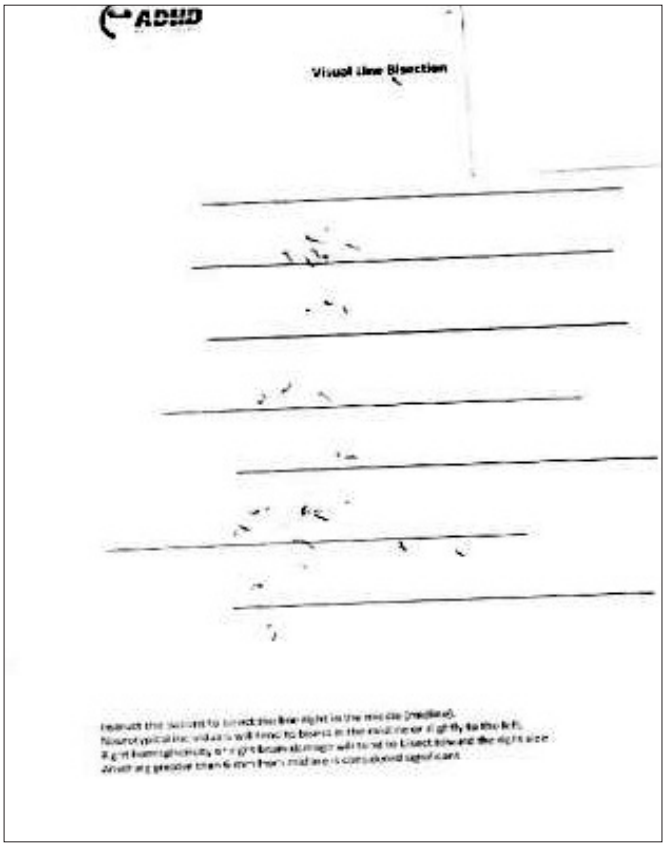
[1]Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı, Ankara

Vizüel semptomlar, posterior kortikal atrofide (PKA), Alzheimer hastalığına (AH) göre daha sık bulgulardandır. 2 yıl önce amnestik AH almış 72 yaşında erkek hasta, sol yarıyı görememe ve unutkanlığında artış şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. 2013 yılına kadar unutkanlığı olmayan hastanın o yıllarda unutkanlığı başlamış. Şikayetleri üzerine bir merkezde kranial MRG görüntülemesi yapılan hastada kortikal atrofi ile uyumlu sulkus derinliklerinde artma,periventriküler, subkortikal beyaz cevher alanlarında nonspesifik gliotik sinyal intensite değişiklikleri olduğu görülmüş. Takip eden zamanlarda hasta sol yarıyı göremediğini fark etmiş. Yapılan görme alanı testinde sol homonim hemianopsi saptanan hastanın retinal tomografisinde anlamlı bir patolojiye rastlanılmamış. Bunun üzerine vertebral karotis doppler, MR anjiyografi ve difüzyon MR tetkikleri ile incelenmiş. Anlamlı stenoza yol açmayan fibrotik plaklar dışında bulgu saptanmayan hastadan bunun üzerine 2015 yılında PET BT istenmiş. PET BT sonucuna göre serebrumda sağ parietal ve parietotemporal lobda hipometabolizma saptanmış. Zaman içerisinde görme problemi ilerleyen ve bu nedenle gündelik işlerinde bağımlı hale gelen hasta, merkezimize uykusuzluk, yakınlarını tanıyamama, evin odalarını karıştırma ile başvurdu. Donepezil 10 mg, memantin 20 mg essitalopram 10 mg kullanan hasta, yakınları tarafından ön planda görme bozukluğu şikayeti ile merkezimize getirildi.

Demans ile visuopasiyal problemlerin bir arada görüldüğü hastamızda öncelikle nadir demans sebeplerinden olan posterior kortikal atrofi tanısı düşünüldü. Ancak yapılan literatür taramalarında AH tanısı alıp, sonraki yıllarda visuopasyal problemlerin ön plana çıktığı AH varyantlarının vaka sunuları şeklinde yayınlanmış olduğu görüldü. 62 yaşında bir hastanın sunulduğu bir vaka raporunda, hastamıza tamamen uyan şikayetleri olan bir vakanın olduğu görüldü. Hemispasyal negleti olan hastalarda uygulanan bir test olan "line bisection test" adlı birbirine paralel ve alt alta sıralanmış doğru parçalarının orta noktasının seçilmesinin istendiği bir test hastamıza uygulandı. Hemipasyal negleti olan hastalarda sıkça uygulanan bu testte hastanın orta nokta olarak işaretlediği noktanın, beynin hasar olan lezyon tarafına doğru kaydığı bilinmektedir. Gerek sunulan bu vaka raporunda gerekse bizim hastamızda bu testin orta nokta olarak işaretlenen kısmının beyindeki lezyonun kontralateral kısmına kaydığı görüldü. Vizüel varyant AH için bu tipik bir bulgudur. Hastamızdan bunun üzerine istenen PET BT de sağ oksipital, sağ parietal ve sağ temporal hipometabolizma, sağ posterior singulat ve prekueusda, sağ talamusta hipometabolizma saptandı. Bulgular PKA, AH düşündürür şeklinde yorumlandı.

Sonuç olarak görme problemi ile gelen homonim hemianopsili hastalar uzun dönemde AH açısından yakın takip edilmeli, bu görme probleminin AH vizüel varyantı olabileceği ve amnestik bulguların, vizüel bulgulardan çok sonra ortaya çıkabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar kelimeler: Alzheimer hastalığı, homonim hemianopsi, görme bozukluğu, vizüel varyant



ENDOKRİN HASTALIKLARI

SS-013

ENDOKRİNOLOJİ POLİKLİNİĞİNDE İZLENEN 70 YAŞ ÜZERİ HASTALARDA TİROİD HASTALIKLARINA BAKIŞ

Bengür Taşkıran[1], Güven Barış Cansu[1]

[1]Yunus Emre Devlet Hastanesi

Amaç: Türkiye'de yaşlı nüfusun 2015 verilerine göre 2050 yılında yaklaşık 4 kat artması öngörülmektedir. İlerleyen yaşla birlikte tiroid aksında ve yapısında görülen değişiklikler, polifarmasi, iyot durumu ve hekimlerin tiroid fonksiyon testleri ile ultrason isteme alışkanlıklarındaki değişiklikler gittikçe daha çok yaşlı nüfusun endokrinoloji

polikliniklerine yönlendirilmesine neden olmaktadır. Bu çalışmada 70 yaş üzeri hastaların tiroid hastalıkları açısından değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: 2013-2018 yılları arasında Yunus Emre Devlet Hastanesi Endokrinoloji polikliniğine tiroid ve/veya tiroid dışı nedenlerle başvuran hastaların elektronik veritabanı incelendi. Tiroid hormon testleri, antikor, ultrason ve/veya sintigrafi ile tiroid hastalığı tanısı konulan 70 yaş üzeri 393 hasta (313 kadın, 80 erkek) değerlendirildi.

Bulgular: Ortalama yaş 76.3±3.13 (71-92) idi. 157 hastada yeni tanı tiroid hastalığı mevcuttu. Daha önce tiroid hastalığı olduğu bilinen 236 hastanın 120'si levotiroksin, 53'ü antitiroid tedavi almaktaydı; 63'ü ise tiroid hastalığına yönelik bir ilaç almıyordu. Tiroid otoantikorları çalışılan 196 hastanın 57'sinde anti-TPO ve 131 hastanın 44'ünde anti-tiroglobulin pozitifliği saptandı. TRAB çalışılan 20 hastanın 5'inde pozitiflik saptandı. Yeni tanı alan hastalarda ortalama TSH düzeyi 3.06±11.95 mIU/L, serbest T4 1.20±0.53 ng/dL, serbest T3 1.15±2.93 pg/mL saptandı. İşlev açısından değerlendirildiğinde 19 kişide hipotiroidi, 59 kişide hipertiroidi, 71 kişide ötiroidi saptandı. En sık gözlenen patoloji nodüler tiroid hastalığı (66 multinodüler guatr, 11 soliter toksik nodül, 33 toksik olmayan soliter nodül) idi. İki kişide biyopsi sonucu tiroid kanseri açısından kuşkulu idi ve operasyona gönderildi.

Sonuç: Yaşlı kişilerde tiroid hastalıklarına dair yapılan geniş epidemiyolojik çalışmaların çoğu sadece tiroid hormon testlerini dikkate almaktadır. Ancak tiroid hastalığı tanısını koymada ultrason, antikor, tiroid hormonlarını etkileyen diğer etkenler ve sintigrafi göz önünde bulundurulmalıdır. Çalışmamızda endokrinoloji polikliniğine başvuran 70 yaş üzeri hastalarda en sık görülen tiroid hastalığının nodüler tiroid hastalığı olduğunu saptadık. Nodüler tiroid hastalığının çoğu hipertiroidi ve MNG tablosuyla karşımıza çıkmaktadır. Bu durum zamanla otonomi kazanan nodüllerden kaynaklanıyor gözükmektedir. Genel olarak erişkinlerde özellikle iyottan zengin ülkelerde en sık hipertiroidi nedeni Graves hastalığı olmakla birlikte ülkemizde özellikle yaşlı nüfusun iyot profilaksisinden daha az faydalanmış olması nodüler tiroid hastalığını en sık neden olarak saptamamıza yol açabilir. Eşlik eden komorbiditeler, tiroid hormonlarındaki yaş ve nontiroidal hastalıkla ilişkili değişiklikler açısından bu durum gözönünde bulundurulmalıdır.

Anahtar kelimeler: tiroid hastalıkları, yaşlı, nodüler tiroid hastalığı, tiroid disfonksiyonu

BAKIM HİZMETLERİ UYGULAMALARI (AKUT, POST-AKUT, REHABİLİTASYON, PALYATİF, UZUN DÖNEM VE EVDEBAKIM)

SS-014

PALYATİF BAKIM MERKEZİNDE YATAN HASTALARDA BASI YARASI SIKLIĞINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN ANALİZİ

Buğu Usanma Koban[1], Hilal Özkaya[2], Işık Gönenç[1], Osman Ekinci[2]

[1]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği*

[2]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Merkezi*

Amaç: Palyatif bakım hastalarında en sık görülen semptom ve bulguların başında ağrı, beslenme ve sindirim bozuklukları ve bası yaraları gelmektedir. Bu çalışmada Palyatif Bakım Merkezimizde yatan hastalarda bası yarası insidansı, bası yarası evreleri ile risk faktörlerinin analizi ve diğer komorbiditeleri arasındaki ilişkinin analizi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Haydarpaşa Numune Hastanesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Servisi'ne 1 Kasım 2017 ve 28 Şubat 2018 tarihleri arasında yatmış hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların yaşları, yatış sebepleri, primer sağlık problemleri, albümin, prealbümin, hemoglobin, hematokrit ve C-reaktif protein (CRP) değerleri ile geliş NRS 2002 (Nutritional Risk Screen) değerlendirmesi sonuçları kaydedilmiştir. Hemşire hizmet kayıtlarından hastaların bası yaralarının varlığı ve evresi öğrenilerek bu veriler ile laboratuvar sonuçları ve beslenme düzeyi ilişkilendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya alınan 186 hastanın 89'u kadın (%47.8), 97'si erkek (%52.2) olup genel yaş ortalaması 72.9'dur (en küçük:19, en büyük:100). 15 hasta (%8) primer olarak ağrı palyasyonu, 123 hasta (%66) beslenme palyasyonu amacıyla yatmış; bunların 81'inde (%43.5) perkütan endoskopik gastrostomi tüpü yerleştirilmiş veya değiştirilmiştir. En sık görülen birincil tanı malignite olup (%31,1), en sık komorbidite hipertansiyon (%40.8) ve diabetes mellitustur (%18.8). Hastaların 32'sinde (%17) evre 2, 3 veya 4 bası yarası mevcuttur (sırasıyla 11, 8 ve 13 hasta). Bası yarası olan hastaların geliş CRP, albümin, hemoglobin ve hematokrit ortalamaları bası yarası olmayanlara göre düşük bulunmuştur.

Sonuç: Palyatif bakım merkezlerinde yatış endikasyonları içinde malnütrisyon ve nütrisyon ile ilgili çeşitli patolojiler önemli yer tutmaktadır. Yatan hastaların büyük çoğunluğu ileri yaşta ve malignite hastası olup hipertansiyon ve diabetes mellitus sıklıkla eşlik eder. Bu patolojiler bası yarası riskini artıran faktörlerdir. Hastaların nütrisyonunda yapılabilecek iyileştirmeler bası yarası insidansının azalmasına da katkıda bulunabilir.

Anahtar kelimeler: palyatif bakım, nütrisyon, bası yarası

DİĞER DURUMLAR (DÜŞME VE DENGE BOZUKLUKLARI, AĞRI, UYKU BOZUKLUKLARI, UYGUNSUZ İLAÇ KULLANIMI, İLAÇ ETKİLEŞİMİ, İLAÇ YAN ETKİLERİ VB)

SS-015

65 YAŞ ÜSTÜ BİYOMAS DUMANINA MARUZ KALAN KADINLARDA SOLUNUM FONKSİYON TESTİ PARAMETRELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Baran Balcan[1]

[1]*Marmara Üniversitesi Göğüs Hastalıkları*

Amaç ve Kapsam: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) oluşumunda sigara içiciliği birinci sıradaki etkenken, gelişmekte olan ve geri kalmış ülkelerde birinci sıradaki etken biyomas maruz kalmaktır.

Method: Bu çalışmada biyomasa maruz kalmış (Şekil 1), 65 yaş üzeri toplam 32 kadının solunum fonksiyon testi parametreleri değerlendirilmiştir. Çalışmanın verileri 2013-2014 yılları arasında Kars'ın Kağızman ilçesine bağlı toplam 42 köye yapılan ziyaretler neticesinde toplanmıştır. Bu hastalara yapılan solunum fonksiyon testlerinde forced vital capacity (FVC), forced expiratory volume 1 second (FEV1), and FEV1/FVC oranı değerlendirilmiştir. Bunlara ek olarak SFT değerlerindeki bozulma ile hastaların demografik verileri, ko-morbid hastalıkları ve biyomas maruziyeti arasında ilişki kurulmaya çalışıldı.

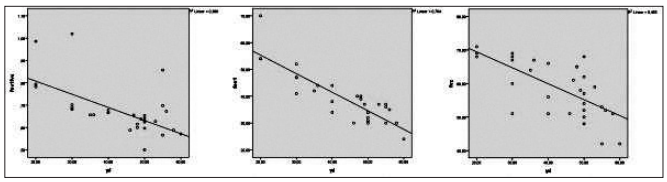
Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 71.2 ± 6.0 ve ortalama vücut kitle indeks değeri (VKI) 30.7 ± 5.5 olarak tespit edilmiştir. En çok gözlenen ko-morbit hastalık hipertansiyondu (%71.9). Obstrüksiyon (FEV1/FVC < 70%) kadınların 27 (84.3 %)'sinde, ve restriksiyon (FEV1/FVC > 70 %, FVC <80 %) da 5 (16.7 %)'inde tespit edilmiştir (Tablo 1).

Biyomas dumanına maruz kalma süresi ile solunum fonksiyon testinin tüm parametrelerinde (FEV1, FVC, FEV1/FVC) bozulmayla anlamlı bir ilişki tespit edilmişken (Şekil 2), yaş, biyomas dumanına

erken yaşlarda maruz kalma ve VKİ arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir. Tek değişkenli regresyon analizinde KOAH ile biyomas dumanına maruz kalma süresi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (OR=1.167, 95 % CI= 1.03-1.31, p=0.010), ve yaş ile biyomas dumanı ilk maruz kalma yaşına göre sabitlendiğinde bu anlamlı ilişkinin çok değişkenli modelde devam ettiği gözlenmiştir.

Sonuç: İleri yaş kadınlarda biyomas dumanına maruz kalmanın akciğer fonksiyon kapasitesinde bozulmaya sebep olduğu görülmektedir. Kadınlarda akciğer sorunlarının önlenmesi adına bu halk sağlığı sorunuyla ilgili ciddi önlemler alınmalıdır.

Anahtar kelimeler: biyomas, solunum fonksiyon testi, kronik obstrüktif akciğer hastalığı



Tablo 1.

Yaş, ±	71,2, ± 6,1
Başlama yaşı, ±	17,8 ± 3,1
VKİ, kg/m2	30.7 ± 5.5
Hipertansiyon, %	71.9
Diyabet, %	25.0
Kalp hastalığı, %	25.0
Biyomas dumanına maruz kalınan süre, yıl	43,1 ± 11.6
FEV1/FVC, %	67,1 ± 11,3
FEV1, %	39.3 ± 9,2
FVC, %	58.4 ± 8,2
Obstrüksiyon, %	84,4
Restriksiyon, %	15,6

ENFEKSİYON HASTALIKLARI

SS-016

GERİATRİK HASTALARDA ANTİBİYOTİK YÖNETİM PROGRAMININ GEREKLİLİĞİ

Buket Ertürk Şengel[1]

[1]*Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

Amaç: Antibiyotiklerin uygunsuz kullanımı dirençli bakterilerin ortaya çıkmasına, yatış süresinin uzamasına, artan maliyete ve tedavi seçeneklerinin azalmasıyla da yüksek mortaliteye sebep olmaktadır. Özellikle ileri yaştaki hastalarda ilaç ilişkili yan etkilerle sık karşılaşılmaktadır. Amacımız geriatrik hastalarda antibiyotik yönetim programının (AYP) antibiyotik kullanım ve yatış süresine olumlu etkisini göstermektir.

Gereç ve Yöntem: Hastanemizde yatarak antibiyotik alan hastalar konsulte edildiğinde enfeksiyon hastalıkları uzmanları tarafından değerlendirilmektedir. Mart-Haziran 2017 tarihlerinde 65 yaş ve üzeri yatan hastalar dahili, cerrahi ve yoğun bakımlar olarak gruplandırdı. İlaç tabelasında ≥72saat kullanılan intravenöz (IV) antibiyotik dozları, başlama endikasyonları (cerrahi/medikal profilaksi, empirik, preemptif, dökümante infeksiyon) kaydedildi. Her antibiyotik bir epizod olarak kabul edildi ve uygunluk/uygunsuzlukları modifiye Kunin ve ark. kriterlerine göre değerlendirildi. İlk 2 aylık dönemde hastalara gözlem yapıldı. İkinci 2 aylık dönemde uygunsuz kullanımlara önerilerde (uzamış cerrahi profilaksinin yada gereksiz antibiyotiğin kesilmesi, yanlış dozun düzeltilmesi, deeskalasyon/eskalasyon) bulunuldu. Çalışma sonunda dönemlerin antibiyotik kullanım günleri ve yatış süreleri karşılaştırıldı.

Bulgular: Toplamda ≥72 saat IV antibiyotik alan 65 yaş ve üstü 177 hastada 524 epizod tespit edildi (Tablo 1). Hastaların %58'i erkek, ortalama yaş 74 (SD±7,3) idi. Uygunsuz antibiyotik kullanımı gözlem ve müdahale döneminde sırasıyla %74 ve %76 olarak benzer bulundu (p 0.681). En sık uygunsuzluk nedeni; %72 oranında gereksiz tedavi ve ikinci olarak %13 oranında uzamış cerrahi profilaksi idi. Ortalama antibiyotik süreleri; sırasıyla 9.4 (SD 6.66) ve 7.6 (SD 4.18) bulundu (p 0.003). Yatış süresi gözlem döneminde ortalama 20 gün, müdahale döneminde ortalama 14.8 gün idi. (p 0.057)(Tablo 2). Hastaların infeksiyon bölgeleri, antibiyotik başlama endikasyonları ve infeksiyon etkenleri Tablo 3'te gösterilmiştir. En fazla, %25 oranında B-laktam ve B-laktamaz inhibitörleri reçetelendi. Yoğun bakımlara da gözlem ve öneri yapıldı ancak 72 saati beklemeden değerlendirmesi gereken durumlar mevcut olduğundan değerlendirmeye alınmadı.

Sonuç: Antibiyotiklerin uygunsuz kullanımı birçok sorunu da beraberinde getirmektedir. AYP ile uygunsuz kullanımın dolayısıyla da bu sorunların önüne geçmek hedeflenmektedir. Çalışmamızda gözlem ve müdahale dönemleri değerlendirildiğinde; müdahale döneminde antibiyotik kullanım ve yatış sürelerinde anlamlı düşüş gözlendi. Bu sayede dirençli bakterilerin, ilaç ilişkili yan etkilerin ve dolayısı ile maliyetin azalacağı öngörülmektedir.

Anahtar kelimeler: Antibiyotik yönetimi, İlaç direnci, Yatış süresi,

Tablo 1. Dönemlerin hasta dağılımları

	Hasta sayısı n (%)	*Antibiyotik epizodu n (%)*
Gözlem dönemi	99 (%56)	312 (%59)
Müdahale dönemi	78 (%44)	212(%41)
Toplam	177	524

Tablo 2. Müdahalenin antibiyotik kullanımı ve yatış süresine etkisi

	Tekli	*Değişkenli*	*Analiz*	*Çoklu*	*Değişkenli*	*Analiz*
	OR	CI	p	OR	CI	p
Uygunluk	1.08	0.72-1.63	0.681	1.5	0.75-2.96	0.254
Antibiyotik süresi	0.93	0.9-0.97	0.003	0.86	0.78-0.94	0.002
Yatış süresi	0.97	0.95-0.101	0.057	0.98	0.96-1.01	0.116

Tablo 3. İnfeksiyon bölgeleri/Endikasyonlar/Etkenler

	Sıklık (%)
İnfeksiyon bölgesi	
Solunum sistem	%41
İntraabdominal	%13
Üriner sistem	%10
Kan dolaşımı	%9
Profilaksi	%7
Endikasyon	
Cerrahi profilaksi	%5
Medikal profilaksi	%3
Preemptif	%46
Empirik	%18
Dökümante infeksiyon	%28
Etkenler	
P.aeruginosa	%21
E.coli	%12
Enterococcus spp	%9
K.pneumoniae	%8
A.baumaniae	%7
Candida spp	%4

Notlar: *Çalışmamız geriatrik hasta grubunda antibiyotik yönetim programının antibiyotik kullanım ve yatış süresini azalttığını göstermiştir. Antibiyotik kullanımının azalması ile dirençli mikroorganizmaların, ilaç ilişkili yan etkilerin ve dolayısıyla maliyetin azalması öngörülmektedir.*

KAS-İSKELET SİSTEMİ HASTALIKLARI

SS-017

ROMATOİD ARTRİT HASTALARINDA GERİATRİK SENDROMLARIN SORGULANMASI: GERİATRİ-ROMATOLOJİ İŞBİRLİĞİ

Aslı Tufan[1], Zeynep Ertürk[2], Güzide Nevsun İnanç[2], Haner Direskeneli[2]

[1]*Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bölümü*

[2]*Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı*

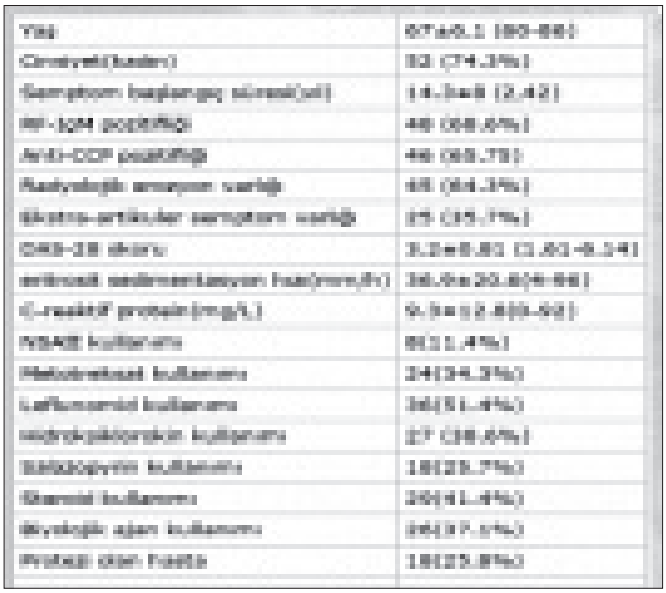
Giriş: Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme (KGD) geriatrik muayenenin temel taşlarından biri olup tüm geriatrik sendromların taranabilmesi ve tanınabilmesi için gereklidir. İleri yaşta görülen kronik hastalıklar içinde romatoid artritin (RA) çok önemli bir yeri bulunmaktadır. RA'nın çok iyi bilinen karakteristik klinik özellikleri yaşlı popülasyonda ne şekilde görülüyor, hastalığın prognozu ileri yaşta farklı mı, oluşturulan tanı kriterleri yaşlı popülasyonda ne kadar anlamlı soruları, hala net olarak cevaplanamamıştır. Aynı şekilde hastaların geriatrik sendromları ve hastalığın seyri arasında bir ilişkiyi araştıran çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışmada RA hastalarının geriatrik sendromlarını taramayı hedefledik.

Gereç-yöntem: Ocak -Temmuz 2016 tarihlerinde romatoloji polikliniğine başvuran ve RA tanısı alan 60 yaş üstü hastaların semptom başlangıç süresi, DAS 28, HAQ, erozyon varlığı, ekstra-artiküler tutulumu, laboratuar değerleri (eritrosit sedimentasyon hızı, C-reaktif protein, hemoglobin, albumin ve 25-OH-D vitamin), eşlik eden hastalıklar ve kullandığı ilaçlar kayıt edildi. Geriatrik sendromların değerlendirilmesi için geriatrist tarafından fonksiyonelliği Katz günlük yaşam aktivitesi (GYA), Lawton-Brody enstrümental GYA ve duygu durum değerlendirilmesi yapıldı. Beslenme değerlendirilmesi Mini Nütrisyon Değerlendirme - Kısa Formu (MNA-SF) ve antropometrik ölçümler ; baldır çapı, boy, kilo, beden kitle indeksi (BKİ) ve vücut kompozisyonu biyoelektrik impedans analizi ile ölçüldü. Düşme sorgulandı ve yürüme hızı 4 metrelik mesafenin olağan hızda yürütülmesiyle hesaplandı.

Bulgular: Altmış yaş üstü 70 hasta çalışmaya alındı (52 kadın, 74.3%). Ortalama yaş 67±6.1 idi. Semptom başlangıç süresi 14.3±8 yıl idi. Otuz bir hastanın DAS 28 değeri >3.2 idi.Grafide erozyon pozitifliği 45(64.3%) hastada mevcuttu. Romatolojik bulgular tablo 1 de ayrıntılı olarak verilmiştir.Geriatrik sendromlar açısından sorgulandığında son 1 yıl içinde 30% hasta düşme; 34% hasta ise düşme korkusu tarifliyordu. Otuz üç hasta (47.1%) depresif duygu durum tarifliyordu.KGD diğer öğeleri tablo 2 de mevcuttur.

Sonuç: Geriatrik sendromların bilinmesi ve sorgulanması ileri yaş RA hastalarının tedavi seçimi ve takibinde önem taşımaktadır. Bu sayede gerekli hastaların geriatristlere yönlendirilmesi sağlanabilir.

Anahtar kelimeler: Romatoid Artrit, kapsamlı geriatrik değerlendirme



KAS-İSKELET SİSTEMİ HASTALIKLARI

SS-019

YAŞLI KALÇA KIRIKLARINDA BİR YILLIK SAĞ KALIMA ETKİ EDEN FAKTÖRLER

Murat Gürger[1]

[1]Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

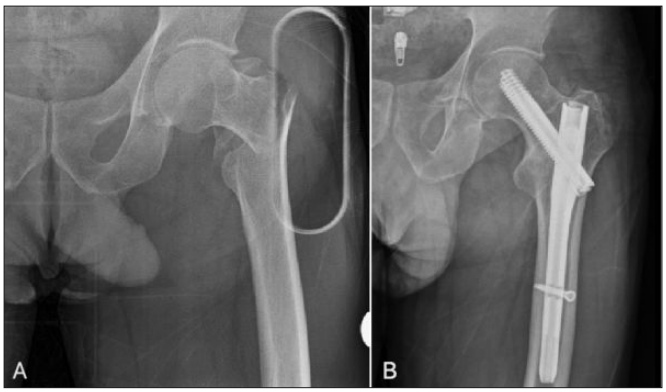
Amaç: Bu çalışmadaki amacımız, primer arthroplasti ve proksimal femoral nail (PFN) ile tedavi ettiğimiz kalça kırığı olan yaşlı hastaların bir yıllık mortalitelerine etki eden risk faktörlerini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Bir yıllık periyotta tedavi edilen 65 yaş ve üstü olan ve patolojik kırık olmayan toplam 109 kalça kırıklı hasta bu retrospektif çalışmaya dahil edildi. Hastaların 39'u (%35,8) primer artroplasti ile, 70'i (%64,2) ise PFN ile tedavi edilmişti. Hastaların yaşı (65-80 veya >80), cinsiyeti, eşlik eden ek hastalıklar ve sayısı (0, 1-2, >2), ASA skoru (1-2-3-4), kırık öncesi hastanın hareket kabiliyeti (bağımsız yürüyebilen, yardımla yürüyebilen), kırık tipi (femur boyun veya itertrokanterik), yapılan cerrahi tedavi (artroplasti veya PFN), ameliyat sonrası hastanede gelişen komplikasyon sayısı gibi mortalite ile ilişkili olabilecek değişkenler kaydedildi. Risk faktörlerinin bireylerin sağ kalım durumlarını etkileyip etkilemediğini belirlemek amacıyla Kaplan-Meier ve Log-Rank analizleri yapılmış ve analiz sonucunda sağ kalımı etkisi olduğu tespit edilen değişkenler modele dahil edilerek cox regresyon analizi uygulanmıştır.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşları 79,3 y (±7,8) olarak tespit edildi. Hastaların 55'i (%50,5) kadın, 54'ü (%49,5) erkek idi. En sık eşlik eden ek hastalıklar hipertansiyon (%45), diyabet (%16), kardiyak hastalıklar (%14) ve respiratuvar hastalıklar (%13) idi. Hastanedeki takipleri sırasında hayatlarını kaybeden hastaların %41,6'sinde en az bir komplikasyon geliştiği gözlendi. En çok karşılaşılan minor komplikasyonlar, delirium (%12,8), dekübit ülserleri (%8,3), anemi (%4,6), elektrolit bozukuluğu (%3,7) olarak tespit edildi. En çok karşılaşılan major komplikasyonların ise akut böbrek yetmezliği (%2,8), ARDS (%1,8), derin cerrahi alan enfeksiyonu (%1,8), DVT (%1,8) ve pulmoner emboli (%1,8) olduğu gözlendi. Hastaların 12'si (%11) hastanedeki takipleri sırasında 24'ü (%22) ise taburcu olduktan sonra ilk bir yıl içerisinde öldü. İlk bir yıldaki ölüm oranı erkekler için %35,1, kadınlar için ise %30,9 olarak tespit edildi. 65-80 yaş grubunda mortalite oranı %28,1 iken >80 yaş grubunda mortalite oranı %36,5 idi. Kaplan-Meier ve Log-Rank analizleri ve ardından Cox regrasyon analizi yapıldığında yetmiş iki saatten sonra ameliyata alınan, ameliyat öncesi günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yerine getiremeyen, ek hastalığı olan, ASA skoru 3-4 olan ve ameliyat sonrası hastanedeyken komplikasyon gelişen hastalarda mortalite riski yüksekti.

Sonuç: Hastanın yaşı, cinsiyeti, kırık öncesi aktivite düzeyi, eşlik eden ek hastalıkları gibi faktörler önlenebilir faktörler değildir. Ancak, erken cerrahi, postoperative komplikasyon gibi faktörler önlenebilir faktörlerdir. Bundan dolayı mortaliteyi azaltmak için yapılabilecek en önemli şey hastaları mümkün olan en erken sürede ameliyat etmek ve ameliyat sonrası gelişebilecek komplikasyonları önlemek veya gelişen komplikasyonları uygun bir şekilde tedavi etmektir.

Anahtar kelimeler: Kalça kırıkları, mortalite, risk faktörleri



DEMANS-DEPRESYON-DELİRYUM

SS-020

65 YAŞ VE ÜZERİ HASTALARDA BESLENME DURUMU İLE DUYGU DURUMU ARASINDAKİ İLİŞKİ

Seval Ay[1]

[1]Ege Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bölümü, İzmir

Giriş: Yaşlı bireylerin zihinsel sağlıkları ile beslenme durumları birbirleriyle yakından ilişkilidir. DSM V kriterlerine göre depresif duygu durumu semptomları arasında iştah azalması veya artması (iştah değişikliği) bulunmakta ve bu durum beslenme bozukluklarına neden olmaktadır. Depresyon yaşlı nüfusu etkileyen yaygın psikiyatrik bozukluklardan biridir. 65 yaş üzeri kişilerde majör depresyon yaygınlığı çeşitli çalışmalarda %l-3 olarak bildirilirken, distimi %2, klinik olarak anlamlı düzeyde depresyon belirtileri ise %8-15 oranında bildirilmektedir. Bu çalışmada; 65 yaş ve üzeri hastaların beslenme durumu ile depresif duygu durumu arasındaki ilişki incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2015 ile Ocak 2017 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi geriatri polikliniğinde; ötiroid, GFR'si > 60ml/dk olan, orta ve ileri kalp yetmezliği ile demans tanısı olmayan, toplam 172 hasta (101 kadın, 71 erkek) retrospektif olarak incelendi. Beslenme durumunu değerlendirmek için Mini Nutrisyonel Değerlendirme-Kısa Formu (MND-KF), depresyon tanımı için Yesavage Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formu (YGDÖ-KF) kullanıldı.

Bulgular: Hastalarımızın ortalama YGDÖ puanı 4.07±4.16 MND puanı 10.7±2.9 olarak saptandı. Yapılan istatistiksel analizlerde hastaların YGDÖ puanları ile MND puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı negatif korelasyon saptandı($p< 0.005$). Ancak, yaş (kadın:75.8±7.8, erkek:75.5±6.5) ve cinsiyetleri (kadın:%58.7, erkek:%41.3) açısından anlamlı fark yoktu.

Hastalar YGDÖ skoruna göre 4 gruba ayrıldığında(0-4 puan normal, 5-8 puan hafif, 9-11 puan orta, 12-15 puan şiddetli depresyon) normal ve hafif depresyonu olan hastaların MND skorunun orta ve şiddetli depresyonu olan hastaların MND skorundan istatistiksel açıdan anlamlı yüksek saptandı.

Sonuç: 65 yaş ve üzeri hastalarda; artmış depresif duygu durumunun, beslenme durumunda kötüleşme ile ilişkili olduğu görüldü. Bu nedenle; 65 yaş ve üzeri kişilerin beslenme durumu değerlendirilirken; mutlaka bireyin depresif duygu durumu da göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar kelimeler: depresyon, beslenme durumu

HEMATOLOJİK VE ONKOLOJİK HASTALIKLAR

SS-021

YETMİŞ YAŞ VE ÜZERİ HASTALARDA ENDOBRONŞİAL ULTRASON (EBUS) İLE TANISAL ÖRNEKLEME: UYGULANABİLİRLİK VE KOMPLİKASYONLAR

Şehnaz Olgun Yıldızeli[1]

[1]Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları ve Yoğun Bakım Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Endobronşial ultrason klavuzlu ince iğne aspirasyon biopsisi (EBUS-İİAB) bronkoskopi esnasında uyanık sedasyon ile lenf nodu örneklemesi sağlayan minimal invaziv bir işlemdir. İşleme bağlı komplikasyon oranı oldukça düşük olmakla beraber bu metod sayesinde hem tanı hemde malign hastalarda evreleme yapmak mümkün olmaktadır. İleri yaştaki hastalarda EBUS kullanımı ve komplikasyonu ile veri oldukça az sayıda olup bu çalışmanın amacı yetmiş yaş ve üzerindeki olgularda komplikasyon sıklığını ve ciddiyetini ortaya koymaktır.

Materyal-Metod: Çalışmaya Eylül 2016 – Ocak 2018 tarihleri arasında ünitemizde EBUS uygulanmış olan 132 hasta dahil edilmiştir. Çalışmaya katılan olgular 65 yaş altı, 65 ve 69 yaş arası ve 70 yaş ve üzeri olarak üç gruba ayrılmıştır. Tüm hastaların demografik verileri, sigara hikayeleri, medikal özgeçmişleri, boy ve kiloları kaydedilmiştir. 65 yaş ve üzerindeki gruba Barthel testi, genel yaşam kalitesi ölçeği (EQ-5D),G8 testi, subjektif global değerlendirme testi (SGA) uygulanmıştır. İşlem esnasında monitorize olan olgulara ait veriler ve kullanılan ilaçlar kaydedilmiş ve işlem sonuçları raporlanmıştır.

Bulgular: Toplam 132 hasta değerlendirilmiş olup 70 yaş ve üzerinde 39 hasta (%29,5) ve 27'si (%69)erkektir, bu grupta ortanca yaş 73 yıl ve ortalama body mass indeks (BMI) 24,8, ortanca Charlson komorbidite indeksi (CCI) 7 iken; 69 yaş ve altı grupta toplam 93 (%70,5) hasta olup 61 (%65,4) erkek, ortanca yaş 54 yıl, ortanca BMI 26,1, ortanca CCI 2 olarak bulunmuştur. (Bkz Tablo I) Altmışbeş yaş üzerindeki hastalarda performans değerlendirmesi yapıldığında genel olarak 70 yaş ve üzerindeki grubun 65-69 yaş a göre anlamlı derecede daha düşkün olduğu saptanmıştır. (Bkz Tablo II) İşlem verilerine bakıldığında 70 yaş ve üzerinde ortalama midazolam dozu 5,1 mg iken 69 yaş ve altında 6,8 mg ($p<0,001$)bulunmuştur. Yapılan örnekleme sayısı ve komplikasyonlar açısından anlamlı fark saptanmamıştır (sırasıyla $p<0,315$, $p>0,360$). (Bkz TabloIII) Gelişen komplikasyonlardan hipoksemi ve taşikardi saptanan olgularda yatış gerektirmeden izlem esnasında düzelmiştir, ateş gelişen iki olguda spot ateş tariflemiş ve tedaviye gerek duyulmamıştır.

Sonuç: Endobronşial ultrason ile bronkoskopik örnekleme hastalarda ileri yaş ve genel durumdan bağımsız olarak güvenli ve minimal invaziv bir işlemdir. İleri yaşta özellikle cerrahi örneklemer için uygun olmayan hastalarda tanı ve evreleme yöntemi olarak kullanılabilir.

Anahtar kelimeler: Endobronşial ultrason, 70 yaş, komplikasyon

Tablo I: Hastaların Demografik özellikleri

	Tüm Hastalar n:132	69 yaş ve altı n:93	70 yaş ve üstü n:39	p
Yaş, ortanca (IQR)	61 (51-71)	54 (45-62)	73 (71-76)	
Erkek, n (%)	88 (66,7)	61 (65,4)	27 (69,2)	0,686#
Sigara, paket/yıl ortalama (SD)	18,2 (9,7)	16,09 (7,5)	21,4 (11,8)	0,001*
Sigara Hikayesi				
Halen sigara içen	25 (18,9)	21(22,6)	4 (10,3)	
Eskiden sigara içen	54 (40,9)	27 (29)	27 (69,2)	<0,001#
Hiç sigara içmeyen	53 (40,2)	45 (48,4)	8 (20,5)	
BMI, kg/m² ortalama (SD)	25,7 (3,04)	26,1 (3,02)	24,8 (2,9)	0,019*
CCI, ortanca (IQR)	3 (1-6)	2 (0,5-3,5)	7 (6-8)	<0,001**
CCI, n (%)				
0-4	81 (61,4)	80 (86)	1 (2,6)	<0,001#
≥5	51 (38,6)	13 (14)	38 (97,4)	
ECOG, n (%)				
0-1	105 (79,5)	91 (97,8)	14 (35,9)	<0,001#
2-3	27 (20,5)	2 (2,2)	25 (64,1)	
ACC/AHA, n (%)				
Risk yok	115 (87,1)	91 (97,8)	24 (61,5)	
Klinik risk faktörleri	10 (7,6)	1 (1,1)	6 (15,4)	<0,001#
Aktif Kardiyak	7 (5,3)	1 (1,1)	9 (23,1)	
ASA, n (%)				
1-2	119 (90,2)	91 (97,8)	28 (71,8)	<0,001#
≥3	13 (9,8)	2 (2,2)	11 (28,2)	

*t-testi, **Mann-Whitney U testi, # Ki-Kare, IQR: interquantile range, SD: Standart Sapma, BMI: Body Mass Index, CCI: Charlson Comorbidity Index, ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group, ACC/AHA: American College of Cardiology/American Hearth Association, ASA: American Society of Anesthesiology

Tablo II: Hastalarda genel durum değerlendirmesi ve anketler

	Tüm Hastalar† n:56	65-69 yaş n:17	70 yaş ve üstü n:39	p
EQ-5D VAS ortanca (IQR)	70 (60-80)	85 (71,25-90)	60 (50-70)	<0,001*
EQ-5D ortanca (IQR)	7 (6-9)	5 (5-6)	8 (7-10)	<0,001*
Barthel ortanca (IQR)	75 (70-90)	90 (85-95)	70 (65-82,5)	<0,001*
G8 ortanca (IQR)	15 (14-16)	16 (15,25-17)	14 (13-15)	<0,001*
SGA n (%)				
A	43 (81,1)	16 (100)	27 (73)	0,023*
B	10 (18,9)	0	10 (27)	

†: 65 yaş ve üzerindeki hasta sayısını ifade eder, * Mann-Whitney U testi, # Ki Kare

Tablo III: İşleme ait veriler

	Tüm Hastalar n:132	69 yaş ve altı n:93	70 yaş ve üstü n:39	p
Midazolam, mg ortalama (SD)	6,3 (1,4)	6,8 (1,1)	5,1 (1,4)	<0,001*
Lenf Nodu, n	206	148	58	0,958*
7	105	76	29	
4R	46	30	16	
4L	28	23	5	
Diğer	27	19	8	
Örnekleme sayısı ortalama (SD)	5,4 (1,1)	5,5 (1,1)	5,3 (1,1)	0,315*
Komplikasyonlar, n(%)	6 (4,5)	3 (3,2)	3 (7,7)	0,360**
Hipoksemi	2	1	1	
Ateş	2	1	1	
Taşikardi	2	1	1	
Tanılar, n(%)				
Primer akciğer malignitesi	37 (28)	24 (25,8)	13 (33,3)	
Metastatik malignite	10 (7,6)	5 (5,4)	5 (12,8)	
Sarkoidoz	18 (13,6)	18 (19,4)	0	
Lenfoma	8 (6,1)	5 (5,4)	3 (7,7)	<0,001**
Tüberküloz	8 (6,1)	7 (7,5)	1 (2,6)	
Süpüratif Enfeksiyon	20 (15,2)	13 (14)	7 (17,9)	
Antrakoz	9 (6,8)	6 (6,5)	3 (7,7)	
Normal Lenfoid Doku	22 (16,7)	15 (16,1)	7 (17,9)	

*t-testi, **Ki Kare, SD: Standart Sapma

ÜROLOJİK PROBLEMLER

SS-022

MİRABEGRONUN GERİATRİK YAŞ GRUBUNDAKİ KADINLARDA AŞIRI AKTİF MESANE SEMPTOMLARININ TEDAVİSİNDEKİ SONUÇLARI

Ayse Veyhurda Dikmen[1]

[1]Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara

Amaç: Mirabegronun geriatrik popülasyondaki kadınlarda aşırı aktif mesane sendromu semptomları üzerindeki etkilerini retrospektif inceleme yoluyla değerlendirdik.

Materyal-metod: Agustos 2017 ve şubat 2018 arasında üroloji kliniğine başvuran aşırı aktif mesane semptomları olan 65-85 yaş aralığındaki 250 kadın hastanın 6 haftalık günde 50mg tek doz mirabegron tedavisi öncesi ve sonrasındaki semptomlarını ve tedavi sonuçlarını değerlendirdik. Hastaların işeme günlüğündeki işeme frekansı, üroflovmetride Qmax (maksimum akım hızı), PVR (post-voiding rezidü) değerleri ve günlük ped kullanım sayısı retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Hastaların tedavi öncesindeki işeme günlüğündeki ortalama işeme sayısı 11,4±2,4 olup 6 haftalık tedavi sonunda 7,1±2,1 ve tedavi öncesinde günlük ped sayısı 144 hasta için 2 ped ve üzerinde olup 106 hasta için günde 1 peddi. 6 hafta sonunda tedavi halen devam ederken 121 hasta hiç ped kullanma ihtiyacı olmadığını tariflerken 129 hasta günde 1 ped kullanmak zorunda olduklarını belirttiler. Tedavi öncesi ortalama Qmax değeri 27,5±2,4 olup tedavi sonrasında 21,2±2,8 ml/sn ölçüldü. Tedavi öncesi ortalama PVR değeri 56±4.9ml olup tedavi sonrasında 87±3,5ml saptandı.

Sonuç: Mirabegronun 50mg/gün dozunda 6 hafta düzenli kullanan hastalarda, günlük işeme frekansında ve kullanılan ped sayısında azalma olması aşırı aktif mesane semptomlarında düzelme sağlandığını göstermektedir.

Anahtar kelimeler: mirabegron, aşırı aktif mesane, işeme frekansı, kadınlar, ped sayısı

Notlar : *Ülkemizde yakın zamanda kullanıma girmiş olan mirabegronun geriatrik hasta popülasyonundaki tedavi sonuçlarını retrospektif olarak inceledim.*

ÜROLOJİK PROBLEMLER

SS-023

KADIN CİNSEL DİSFONKSİYONUNA DİŞİ BAKIŞI:TÜRK TOPLUMUNDA DURUM NEDİR?

Ayse Veyhurda Dikmen[1]

[1]Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara

Amaç: Kadın cinsel disfonksiyonu, sosyokültürel nedenlerle hekime başvurmayı zorlaştıran ancak tıbbi öyküde yeterli sorgulandığında hastanın asıl muzdarip olduğu şikayetlerin başında gelen bir sağlık sorunudur. Üroloji kliniğimize başvuran kadın hastaların, kadın cinsel disfonksiyonu açısından toplumsal veri tabanına kaynak oluşturabilecek sonuçlarını incelemeyi amaçladım.

Materyal-metod: Pelvik ağrı, disparoni, anorgazmi, tekrarlayan genital akıntı ve tekrarlayan alt üriner sistem enfeksiyonu ile Mart 2010- Aralık 2017 arasında üroloji kliniğine başvuran, geriatrik yaş grubundaki (65-77) 800 kadın hastanın retrospektif olarak bulguları incelendiğinde, temel olarak iki ana başlıkta değerlendirilebileceği düşünüldü: 440 kadın hastanın cinsel istek bozuklukları (azalmış cinsel istek, tiksinti) ve 360 kadın hastanın uyarılma bozukluklarından muzdarip olduğu saptandı. Bunlardan 230'unda tekrarlayan üriner enfeksiyon ve genital enfeksiyon bulguları mevcuttu.

Bulgular: Üroloji kliniğine başvuru nedeni kronik pelvik ağrı olan 195 kadın hastanın tamamında kadın cinsel disfonksiyonu ile uyumlu öykü ve bulgular mevcuttu. Kadın cinsel disfonksiyonu yakınmalarının geriatrik yaş grubundaki kadın hastaları büyük oranda etkileyen ancak sosyokültürel nedenlerle hekime başvurmayı geciktiren bir durum olduğu saptandı.

Sonuç: Kadın cinsel disfonksiyonu saptanan kadın hastaların ağırlıklı olarak uyarılma bozukluğu kapsamında olduğu ve etiolojik nedenleri arasında kronik pelvik ağrının araştırılması gerektiği sonucuna ulaştım.

Anahtar kelimeler: Kadın cinsel disfonksiyonu, disparoni, anorgazmi,

Notlar: *Kadın cinsel disfonksiyonunun geriatrik popülasyonda sık görülen ve ürolojinin temel konularından birini oluşturan önemli bir sağlık sorunu olduğunu belirtmeyi amaçladım.*

ENDOKRİN HASTALIKLARI

SS-025

EGE ÜNİVERSİTESİ İÇ HASTALIKLARI POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN 65 YAŞ ÜSTÜ KRONİK TİROİDİT HASTALARININ SÜRVEYANS ANALİZİ

Fatma Özge Kayhan Koçak[1], Zeliha Fulden Saraç[1]

[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı, İzmir

Amaç: Tiroid disfonksiyonu; başta kadınlar olmak üzere, 65 yaş üstü bireylerde sıklığı artmaktadır. Yaşlılarda tiroid disfonksiyonu en sık hipotroidi olarak karşımıza gelmektedir. Hipotiriodi hastalarının bir kısmı; subklinik olup tedavisiz takip edilmektedir. Kabızlık gibi hipotiroidi semptomu olan hastalarda; t4 ve t3 düzeylerinden bağımsız olarak tedavi edilmesi gerektiği bildirilmektedir. Ancak, tedavi süresince, atriyal fibrilasyon ve osteoporoz gibi komplikasyonların gelişmesi açısından da dikkat edilmelidir. Bu çalışmamızdaki amacımız; kliniğimizde takip edilen ötiroid kronik tiroidit hastalarla ilgili istatistiksel bilgilerden yararlanarak ülkemizdeki sürveyans verilerine katkıda bulunmaktır.

Gereç ve Yöntem: ocak 2015-aralık 2017 tarihleri arasında, iç hastalıkları polikliniğine başvuran kronik tiroidit hastalar retrospektif olarak incelendi. Çalışmaya; tedavi alıp almadığına bakılmaksızın, ötiroid olan hastalar alındı. Hastane kayıt sisteminde tiroid otoantikor sonucu olan ve tiroid usg ile kronik tiroidit saptanan hastalar çalışmaya kabul edildi.

Bulgular: İç hastalıkları polikliniğinde; 65 yaş üstü ve kronik tiroidit tanısıyla takip edilen ve ötiroid olarak kabul edilen, 131 hastaya ulaşıldı. Bu hastaların %11,4'ü (n=15) erkekti. Elektronik dosyadan tüm hastaların tiroid ultrasonografisine ve anti tiroperaksidaz antikor (anti-TPO) düzeyine ulaşıldı. Hastaların %32si (n=42) l-tiroksin tedavisi verilmeden takip edilmekteydi. Antikor negatif hastalara göre; antikor pozitif hastalarda (anti-tpo>35, anti-troglobulin >40) tedavi alma oranı 2 kat yüksek bulunmuştur. 75 yaş altı hastaların %72'si tedavi almakta iken; 75 yaş ve üzeri hastaların %50'si sadece tedavi almaktaydı. Hastaların %42'sinde (n=56) hipertansiyon, %36'sında (n=48) hiperlipidemi tanısı mevcuttur. Veriler değerlendirildiğinde; hastalarda hiperlipideminin olması, hipertansiyon için güçlü bir risk faktörü olduğu görüldü (p<0.0001). anti-TPO negatif olup tedavisiz takip edilen hastaların %27'sinde osteoporoz görülürken, l-tiroksin tedavisi alanların %59'unda osteoporoz saptanmıştır. Anti-TPO pozitif hastalara bakıldığında ise l-tiroksin tedavisi alanlara göre, tedavi almayanlarda daha sık osteopeni görülmüştür (%19 - %27). Anti-TPO negatif hasta grubunda tedavi almayanlarda hiç

osteopeni görülmemişken, tedavi alanların %12 oranında osteopeni görüşmüştür.

Sonuç: İleri yaştaki anti-TPO pozitifliği olan tiroidit hastalarında; l-tiroksin tedavisinin başlanma oranı yüksektir. 75 yaş ve üzeri hasta grubuna göre; 75 yaş altındaki hastalarda l-tiroksin tedavisinin kullanım oranı daha fazladır. Çalışmamızda antikor negatif olup l-tiroksin tedavisi alan grupta osteoporoz sıklığı beklenenin üzerinde çıkmıştır. L-tiroksin tedavisi alan ileri yaştaki hastalarda osteoporoz ile hipotiroidik durum arasındaki ilişkiyi araştıran daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: kronik tiroidit, yaşlı, osteoporoz

HEMATOLOJİK VE ONKOLOJİK HASTALIKLAR

SS-026

GERİATRİK HASTALARDA MİDE KANSERİ CERRAHİSİ SONUÇLARI VE MORTALİTEYE ETKİ EDEN FAKTÖRLER

Selami Ilgaz Kayılıoğlu[1]

[1]*Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Ankara*

Amaç: Çalışmanın amacı, kliniğimizde mide kanseri nedeni ile opere edilmiş 60 yaş üstü hastalardaki genel mortaliteye etki eden faktörlerin belirlenmesidir.

Gereç Yöntem: Ocak 2011- Temmuz 2016 arası mide kanseri nedeniyle opere edilmiş 60 yaş üstü 109 hastanın demografik bilgileri, uygulanan ameliyatın tipi, histopatolojik tanılar (tümör boyutu, lenf nodu durumu ve sayısı), patolojik evreler, serum albumin düzeyleri, tümör belirteçleri, tam kan sayımlarına ait bilgiler geriye dönük olarak dosyalarından temin edilmiştir. Ayrıca tüm hastaların sağkalım durumları incelenmiş ve kayıt altına alınmıştır. Bu verilerden; metastatik lenf nodu oranı (MLR), kırmızı küre dağılım genişliği platelet oranı (RPR), nötrofil-lenfosit oranı (NLR), platelet-lenfosit oranı (PLR) ve prognostik nütrisyonel indeks (PNI) değerleri hesaplanmıştır.

Bulgular: Bağımsız parametrelerin tek değişkenli analizi sonucunda; patolojik LN sayısı (p=0,001), MLR (p<0.001), metastaz varlığı (p=0,063) ve erkek cinsiyetin (p=0,066) genel mortalite (GM) üzerinde etkili olduğu saptandı. Bu sonuçların çok değişkenli Cox regresyon analizinde ise MLR (p=0,006) istatistiksel olarak anlamlı, bağımsız prognostik değer olarak saptandı.

Sonuç: Mide kanseri nedeni ile opere edilen 60 yaş üstü hastalarda; motaliteye etki eden faktörler; metastaz varlığı, patolojik lenf nodu sayısı, erkek cinsiyet olarak saptanmıştır. Metastatik lenf nodu oranı bağımsız prognostik faktör olarak belirlenmiştir.

Kaynaklar

1. Edge SB, Compton CC. The American Joint Committee on Cancer: the 7th edition of the AJCC cancer staging manual and the future of TNM. Ann Surg Oncol 2010;17(6):1471-4. (PMID: 20180029).
2. Bener A, Ayub H, Kakil R, Ibrahim W. Patterns of cancer incidence among the population of Qatar: a worldwide comparative study. Asian Pac J Cancer Prev 2008;9(1):19-24. (PMID: 18439066).
3. Zhou CJ, Chen FF, Zhuang CL et al. Feasibility of radical gastrectomy for elderly patients with gastric cancer. Eur J Surg Oncol 2016;42(2)303-11. (PMID: 26710992).
4. Wang C, Weber A, Graham DY. Age, period, and cohort effects on gasric cancer mortality. Dig Dis Sci 2015;60(2): 514-23. (PMID: 25274157).
5. Sakurai K, Muguruma K, Nagahara H et al. The outcome of surgical treatment for elderly patients with gastric carcinoma. J Surg Oncol. 2015;111(7):848-54. (PMID: 25753213).

Anahtar kelimeler: Mide Kanseri; Mortalite; Prognostik Faktör.

Notlar: *Sayın Değerlendirme Kurulu Üyeleri; Mide kanserinde tüm tedavi modalitelerine rağmen sağ kalım süreleri tatminkar olmamaktadır. Bu çalışmada Yaşlı populasyondaki mide kanserli hastaların mortalitesini ön görmeyi amaçlamaktayız.*

ENDOKRİN HASTALIKLARI

SS-027

OSTEOPOROZ TANISINDA KALÇA VE LOMBER OMURGA T SKORLARI ARASINDAKİ UYUMUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bahattin Gökdemir[1], Zeliha Fulden Saraç[1]

[1]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı, İzmir*

Giriş: Bu çalışmanın amacı 60 yaş ve üzeri kadınlarda kemik mineral yoğunluğu (KMY) ölçümlerine dayanılarak yapılan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) osteoporoz sınıflamasının, kalça ve omurga bölgeleri arasındaki tanısal uyumu değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2015 ile Ocak 2017 tarihleri arasında hastanemiz içhastalıkları polikliniğinde takip edilen ve dual x-ray enerji absorbsiyometri (DXA) kullanılarak gerçekleştirilmiş olan 69 adet kemik mineral yoğunluğu (KMY) ölçüm raporu retrospektif olarak incelendi. Çalışmaya 60 yaş ve üstü ötiroid toplam 69 kadın dahil edildi.

İki bölge (L1-L4 vertebra ve toplam femur/femur boyun) arasında DSÖ tanı kriterlerine göre 1 sınıf fark olması minör uyumsuzluk, bir bölge normalken diğerinin osteoporotik olması ise majör uyumsuzluk olarak kabul edildi.

Bulgular: L1-L4 vertebra T skoruna göre bireylerin %54,4'ü normal, %34,8'i osteopenik, %65,2'si osteporotik olarak sınıflandırılırken toplam femur değerlerine göre %21,7'si normal, %59,4'ü osteopenik, %18,8'i ise osteoporotik olarak belirlendi.

Vertebra ile toplam femur KMY değerleri arasında %36,2 uyumluluk, %52,2 minör ve %11,6 majör uyumsuzluk saptanırken vertebra ve femur boynu KMY değerleri arasında %21,7 uyumluluk, %52,2 minör ve %26,1 majör uyumsuzluk mevcuttu.

KMY uyumsuzluğu ile yaş arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve negatif korelasyon saptanırken (p<0.005) boy, kilo, vücut kitle indeksi (VKİ), TSH ve serbest T4 düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu.

Sonuç: Osteoporoz tanısına yönelik yapılan sınıflandırmada 60 yaş ve üstü kadınlarda, her 10 hastanın 6'sında DXA ile ölçülen omurga ve kalça T skorları arasında uyumsuzluk bulunmuştur. Bu oran, KMY uyumsuzluğunun araştırıldığı çalışmalara benzerlik göstermektedir. T skorları arasında uyumsuzluk olması sık karşılaşılan bir fenomen olup bu durumun altında çeşitli fizyolojik ya da patolojik faktörün bulunmasının yanı sıra DXA cihazının performans ve sonuçlarının analizi ile de ilişkili olabileceği mutlaka akılda tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler: Osteoporoz, yaşlı, kemik mineral yoğunluğu

KAS-İSKELET SİSTEMİ HASTALIKLARI

SS-028

TÜRK POPULASYONUNDAKİ SARKOPENİK YAŞLILARDA IL-1,IL-6 GEN POLİMORFİZMİNİN RETROSPEKTİF OLARAK İNCELENMESİ

Pınar Tosun Taşar[1], Emine Karaman[2], Ömer Karaşahin[3], Atilla Öz[4], Sevnaz Şahin[5], Soner Duman[6], Afig Berdeli[4], Fehmi Akçiçek[5]

[1]Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı
[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hemşirelik Fakültesi
[3]Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği
[4]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Moleküler Laboratuvarı
[5]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı
[6]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Bir geriatrik sendrom olan sarkopeni kişinin bağımlılığını, düşme sıklığını,mortaliteyi arttırmaktadır. Yaşlanmayla birlikte interlökin -1 (IL-1), interlökin-6 (IL-6) gibi proinflamatuvar sitokinlerin düzeyi artmaktadır.Yaşlı bireylerde serum IL-6 düzeyindeki artışın sarkopeniye neden olduğu gösterilmiştir .IL-6 geni insanlarda 7.kromozomun kısa kolunda lokalizedir. Literatürde 174.aa de Guaninin (G) sitozine (C) olan değişimin plazmadaki kan düzeyini değiştirdiği gösterilmiştir.Yapılan çalışmalarda GG genotipinin in vitro ve in vivo çalışmalarda IL-6 düzeyini arrtırdığı gösterilmiştir. IL-1 geni ise 2.kromozomun uzun kolunda yer almaktadır, ayrıca IL-1B ve IL-A yı içermektedir. Çalışmamızın amacı; Türk popülasyonunda sarkopenik yaşlılardaki IL-1,IL-6 gen polimorfizminin sarkopeniyle ilişkisinin incelenmesidir.

Materyal-Metod: İzmir'de mobil, malignitesi olmayan, bilişsel fonksiyonları yerinde 65 yaş ve üzeri huzurevi sakinleri çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmaya alınan huzurevi sakinlerinin;

Demografik verileri, antropometrik ölçümleri, kas gücü, fiziksel perfonmansına bakıldı.Sarkopeni taraması The European Working Group on Sarcopenia in older people adı verilen uzlaşı raporuna göre yapıldı. FFM, toplumda yaşayan 18-45 yaş arasındaki herhangi bir hastalığı olmayan ve ilaç kullanmayan kişilerle karşılaştırıldı. Vücut yüzey alanı (BSA) DuBois Formülüne göre hesaplandı. Yağsız vücut kitlesi / vücut yüzey alanı (FFM:)/BSA'ya bölündü. Kontrol grubunun normalin %25'lik alt dilimleri düşük kas kütlesi olarak kabul edildi. Bireylerden alınan 1 mL kandan 200 μL kan örneği İle IL-1 ve IL-6 gen polimorfizmi çalışıldı.

Bulgular: Çalışmamız yaş ortalamaları 76,56±7,52 yıl olan 149 huzurevi sakini arasında gerçekleştirilmiştir. Kat kitlesi için referans alından sağlıklı genç yetişkin (ortalama yaşı 34,5 ± 8 yıl, 180 kadın, ortalama yaşı 35 ± 7 yıl, 534 erkek) ortalama BSA değerleri kadınlarda 26,07 ± 2,05 kg/ m2, erkeklerde 35 ± 2,46 kg/ m2 saptandı. Referans grubundan elde edilen BSA göre BSA cut-off değerleri erkeklerde 30.46 kg/ m 2, kadınların 24. 67 kg/ m 2 olarak hesaplandı. Bu cut-off değerlere göre huzurevi sakinlerinin (%42,2)'ında sarkopeni varken, (%57,8)'unda sarkopeni tespit edilmemiştir. Yapılan istatistiksel analizde; kontrol grubunun IL-6 ve IL-1B31 polimorfizmi açısından "Hardy Weinberg" dengesinde olduğu, IL-1B511 polimorfizmi açısından ise dengede olmadığı saptanmıştır (sırasıyla; p=0.591, 0.061 and 0.022). Hasta grubunda ise popülasyonun IL-6 polimorfizmi açısından "Hardy Weinberg" dengesinde olmadığı, IL-1B31 ve IL-1B511 polimorfizmi açısından dengede olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla; p=0.012, 0.206 and 0.92). IL-6, IL-1B31 ve IL-1B511 için genotip dağılımları ve alel frekansları bakımından sarkopeni açısından istatistiksel anlamlı fark tespit edilmemiştir.

Sonuç: Çalışmamızda Türk popülasyonunda sarkopenide IL-1 ve IL-6 polimorfiminin etkisinin olmadığı gösterilmiştir

Anahtar kelimeler: sarkopeni,yaşlı,gen polimorfizmi

DEMANS-DEPRESYON-DELİRYUM

SS-029

ALZHEİMER HASTALIĞI'NDA OKSİDATİF STRESS BELİRTECİ OLARAK İSKEMİ MODİFİYE ALBUMİN VE NON-SERULOPLAZMİN BAKIRIN YERİ

Cafer Balcı[1], Başak Bostankulu[2], Yusuf Yeşil*[1], Salim Neşelioğlu[3], Mert Eşme[1], Pelin Ünsal[1], Cemile Özsürekci[1], Hatice Çalışkan[1], Gözde Şengül Ayçiçek[1], Burcu Balam Yavuz[1], Mustafa Cankurtaran[1], Özcan Erel[3], Meltem Halil[1]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı
[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[3]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Biyokimya Bilim Dalı

Amaç: Alzheimer Hastalığı ilgili yapılan çalışmalar, hastalığın patogenezinde oksidatif süreçlerin önemini göstermektedir.Non-seruloplazmin bakır, hepatositlerdeki defekte bağlı olarak serumda seviyeleri artmakta, ve sonrasında kan beyin bariyerini geçerek nöronlardaki oksidatif stress reaksiyonlarını indüklemektedir. İskemi modifiye albümin(IMA), iskeminin yol açtığı hücresel boyuttaki değişimlerin albüminin N-terminal bölgesinin kobalt, bakır ve nikel için bağlanma kapasitesini azaltması sonucu ortaya çıkmakta ve oksidatif stress varlığını göstermektedir. Bu çalışmanın amacı Alzheimer Hastalığı patogenezindeki oksidatif sürecin olası serum belirteçleri ile değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya 40 Alzheimer tipi demans ve 42 kontrol grubu toplam 82 kişi dahil edildi. Tüm katılımcıların kapsamlı geriatrik değerlendirmelerinden sonra, kognitif fonksiyonları açısından Mini Mental Durum Testi, Montreal Bilişsel Testi ve nöropsikolojik test bataryası uygulandı. Oksidatif stress belirteçleri olarak IMA, total bakır, total seruloplazmin, seruloplazmin ferroksidaz aktivitesi ve non-seruloplazmin bakır düzeyleri ölçüldü. Akut enfeksiyon tablosu bulunanlar ve karaciğer disfonksiyonu bulunanlar çalışmaya dahil edilmedi. Oksidatif belirteçlerin Alzheimer Hastalığı ve hastalığın evresi ile ilişkisi incelendi.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 77.4 ± 5.7 olup, 38'i (%46.3) kadındı. İki grup arasında hipertansiyon, diabetes mellitus, koroner arter hastalığı, hiperlipidemi varlığı, sigara ve alkol kullanımı açısından anlamlı farklılık yoktu. Serum IMA düzeyleri Alzheimer grubunda 0.46 ABSU(0.38-1.1), kontrol grubuna 0.44 ABSU(0.35-0.75) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p:0.001), ve Alzheimer grubunda hastalık evresi ilerledikçe IMA düzeyi artış göstermekteydi (Jonckheere-Terpstra, p<0.001). Non-seruloplazmin bakır düzeyi Alzheimer grubunda 5.2μmol/L(7.5-28.7), kontrol grubuna 3.2μmol/L(8.8-15.9) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti (p:0.016). Alzheimer Hastalığı'nı predikte etmede >0.47 ABSU serum IMA düzeyi (AUC:0.71, %95CI 0.6-0.82, sensitivite: %80, spesifite:%55, pozitif prediktif değer:%62, negatif prediktif değer:%67,p:0.001),>5.4 μmol/L serum non-seruloplazmin bakır düzeyi (AUC:0.65,%95CI 0.54-0.78, sensitivite:%73, spesifite:%62, pozitif prediktif değer: %65, negatif prediktif değer:%73, p:0.01) olarak anlamlı olarak bulundu.

Sonuç: Alzheimer Hastalığı patogenezindeki oksidatif stress varlığını değerlendirmek amaçlı serum IMA ve bakır metabolizması ile ilgili parametrelerinin kullanıldığı çalışmada, kontrol grubuna göre serum IMA ve non-seruloplazmin bakır düzeyleri Alzheimer Hastalığı grubunda yüksek bulunmuştur. Literatürdeki çalışmalara ek olarak serum IMA düzeyinin hastalığın evresi ilerledikçe arttığı görülmüştür. Bu sonuçlara göre Alzheimer Hastalığı'nı predikte etmede serum IMA ve non-seruloplazmin bakır düzeyi kullanılabilir.

Anahtar kelimeler: Alzheimer Hastalığı, Oksidatif Stress, Serum Belirteç

ENFEKSİYON HASTALIKLARI

SS-030

YAŞLILARDA D VİTAMİNİ EKSİKLİĞİNİN HELİCOBACTER PYLORİ (H. PYLORİ) ENFEKSİYONU İLE İLİŞKİSİ

Deniz Mut Sürmeli[1], Zeki Gökhan Sürmeli[2], Remzi Bahşi[1], Tuğba Turgut[1], Hande Selvi Öztorun[1], Volkan Atmış[3], Murat Varlı[1], Sevgi Aras[1]

[1]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İbn-i Sina Hastanesi, Geriatri Bilim Dalı
[2]Ankara Medical Park Hastanesi, Medikal Onkoloji Bölümü
[3]Bursa Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Geriatri Bölümü

Amaç: D vitamininin, cilt ve mukozal membranların korunmasında ve fagosite edilmiş organizmaların öldürülmesinde rol oynayan antimikrobiyal peptitlerin (cathelicidin, ß-defensin) salınımını vitamin D reseptörleri yoluyla uyardığı gösterilmiştir. D vitamini eksikliğinde gastrik epitelden cathelicidin ve diğer antimikrobiyal peptitlerin sentezi azalmaktadır. Bu durumun konakçının H. pylori ile enfekte olmasını kolaylaştırabileceğini, D vitamininin konakçının H.pylori enfeksiyonundan korunmasında önemli rol oynadığını düşünmekteyiz. Bu çalışmada yaşlı bireylerde D vitamini eksikliği ile H.pylori enfeksiyonu arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamıza 2010-2017 yılları arasında geriatri ünitemizde yatarak tedavi görmüş, 65 yaş ve üzeri, gastroskopi yapılarak mide doku biyopsisi alınmış ve gastroskopi öncesi veya sonrasında en fazla 3 ay içinde serum 25(OH) vitamin D düzeyi ölçülmüş olan hastalar dahil edildi. H.pylori enfeksiyonu tanısı mide dokusunun histopatolojik olarak değerlendirilmesi ile konuldu. Hastaların cinsiyet, yaş, komorbiditeleri, gastroskopi bulguları, serum 25(OH) vitamin D, hemoglobin, ferritin, vitamin B12, folik asit düzeyleri ve sedimentasyon hızları kaydedildi.

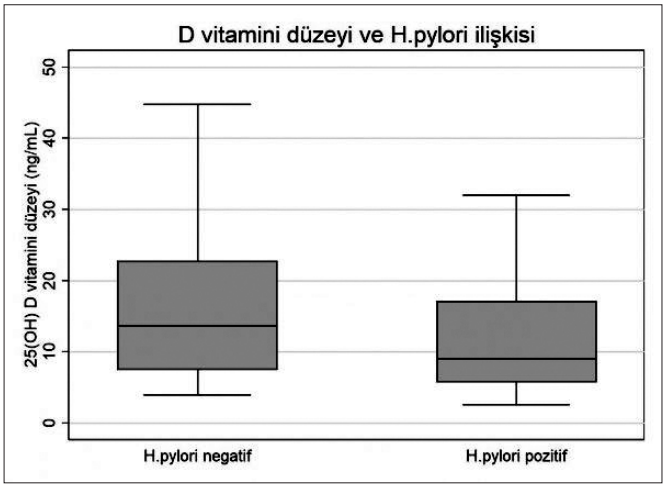
Bulgular: Gastroskopi yapılmış olan 441 hastadan, gastrik biyopsi örneği alınmamış ve/veya serum 25(OH) vitamin D düzeyi bakılmamış olan 187'si çalışma dışı bırakıldı. 152 kadın, 102 erkek toplam 254 hasta çalışmaya dahil edildi. Histopatolojik olarak 43 hastanın H.pylori tanısı mevcuttu. H.pylori pozitif (+) olan hasta grubunda median yaş 74,7 (Çeyrekler arası aralık [ÇAA] 70,1-78), H.pylori negatif (-) grupta ise 78,2 (ÇAA 72-82,4) idi. H.pylori (+) olan grupta kadın hasta oranı H.pylori (-) grubuna göre daha fazlaydı (%74,4 vs %56,9; p=0,032). Histopatolojik değerlendirmede H.pylori (+) olan grupta atrofik (n=14, p=0,002) ve non-atrofik gastritin (n=32, p<0,001) anlamlı oranda yüksek olduğu görüldü. Diğer histopatolojik bulgular yönünden gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı. H.pylori (+) olan grupta serum 25(OH) vitamin D düzeyleri anlamlı oranda düşüktü (13,6'ya karşın 9 ng/mL, p=0,008). 25(OH) vitamin D değeri 20 ng/ml'nin altında olan hasta oranı H.pylori (+) hasta grubunda daha yüksek bulundu (%86'ya karşın %67,3, p=0,014). Yaş, cinsiyet, Charlson komorbidite indeksi ve serum 25 (OH) vitamin D düzeylerinin dahil edildiği çok değişkenli lojistik regresyon analizinde serum vitamin D düzeyinin düşük olmasının (<20 ng/ml) artmış H. pylorienfeksiyonu riski ile ilişkili olduğu görüldü (Odds oranı=3,02; 95% Güven aralığı=1,19-7,69; p=0,020).

Sonuç: Çalışmamız serum 25(OH) vitamin D düzeyi düşük olan yaşlı bireylerde H.pylori enfeksiyonu varlığının anlamlı oranda yüksek olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar, H. pylorienfeksiyonunun önlenmesinde ve tedavisinde D vitaminin rolü olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar kelimeler: D vitamini, Helicobacter pylori, cathelicidin, ß-defensin, antimikrobiyal peptitler

	Tüm hastalar (n=254)		*H.Pylori* negatif (n=211)		*H.pylori* Pozitif (n=43)		*p*
Ortanca yaş, yıl (ÇAA)	77,2	(71,8-82,1)	78,2	(72-82,4)	74,7	(70,1-78)	0,011
Yaş grupları, n (%)							
65-75 yaş	101	(39,8)	78	(37)	23	(53,5)	0,044
75+	153	(60,2)	133	(63)	20	(46,5)	
Cinsiyet, n (%)							
Erkek	102	(40,2)	91	(43,1)	11	(25,6)	0,032
Kadın	152	(59,8)	120	(56,9)	32	(74,4)	
Endoskopik bulgular, n (%)							
Foveolar hiperplazi	112	(44,1)	98	(46,4)	14	(32,6)	0,095
İntestinal metaplazi	76	(29,9)	60	(28,4)	16	(37,2)	0,252
Atrofik gastrit	42	(16,5)	28	(13,3)	14	(32,6)	0,002
Non-atrofik gastrit	51	(20,1)	19	(9,0)	32	(74,4)	<0,001
Gastrik kanser	17	(6,7)	16	(7,6)	1	(2,3)	0,209
Otoimmun gastrit	13	(5,1)	13	(6,2)	0	(0,0)	0,095
Diğer*	24	(9,4)	22	(10,4)	2	(4,6)	0,238
Komorbiditeler, n (%)							
Hipertansiyon	187	(73,6)	156	(73,9)	31	(72,1)	0,803
Tip 2 Diyabet	105	(41,3)	86	(40,8)	19	(44,2)	0,677
Kronik Böbrek Hastalığı**	59	(23,2)	52	(24,6)	7	(16,3)	0,236
Koroner Arter Hastalığı	75	(29,5)	61	(28,9)	14	(32,6)	0,633
Alzheimer Hastalığı	21	(8,3)	19	(9,0)	2	(4,7)	0,544
Parkinson Hastalığı	14	(5,5)	10	(4,7)	4	(9,3)	0,266
Atrial Fibrilasyon	33	(13)	27	(12,8)	6	(14,0)	0,837
Kalp Yetmezliği	30	(11,8)	29	(13,7)	1	(2,3)	0,034
Ortanca CKI (ÇAA)	2	(1-3)	2	(1-3)	1	(0-2)	0,025
CKI grubu, n (%)							
<2	125	(49,2)	100	(47,4)	25	(58,1)	0,199

*Diğer endoskopik bulgular: peptik ülser, gluten sensitif enteropati, gastrik polipler ve Barret özofagus.
**Tahmini glomeruler filtrasyon hızı < 60 ml/dk olan hastalar
Kısaltmalar: CRP, C-reaktif protein; CKI, Charlson komorbidite indeksi; ÇAA, Çeyrekler arası aralık



DEMANS-DEPRESYON-DELİRYUM

SS-031

ALZHEİMER HASTALARINDA KLİNİK DEĞERLENDİRME VE NEUROCOM BALANCE MASTER SİSTEMİ İLE POSTURAL STABİLİTENİN ANALİZİ

Hatice Çalışkan[1], Ülkü Kezban Şahin[2], Mine Baydan[3], Cemile Özsürekci[1], Gözde Şengül Ayçiçek[1], Arzu Demircioğlu[2], Rana Tuna Doğrul[1], Fatih Sümer[1], Cafer Balcı[1], Mert Eşme[1], Pelin Ünsal[1], Songül Aksoy[3], Nuray Kırdı[2], Meltem Gülhan Halil[1], Mustafa Cankurtaran[1], Burcu Balam Yavuz[1]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı
[2]Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Geriatrik Rehabilitasyon Ünitesi
[3]Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Odyoloji Bölümü

Amaç: Toplumda yaşayan 65 yaş ve üstü kişilerin %30'u yılda en az bir kez düşmektedir. Yaşla beraber ortaya çıkan denge performansındaki azalma, düşmenin güçlü bir belirleyicisidir. Demans hastalarında yürüme ve denge bozukluklarının normal yaşlılara göre daha sık olarak ve erken evrelerde başladığı gösterilmiştir. Bu çalışmada Alzheimer hastalarında klinik testler ve posturografi ile denge değerlendirmesi ve normal yaşlılarla karşılaştırılması planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya Global detoriasyon skalasına (GDS) göre evre 4 ve evre 5 Alzheimer hastalığı olan 37 hasta ve 21 kontrol alındı. İleri evre demansı, işitme bozukluğu, ciddi artriti, yakın zamanda cerrahi öyküsü, Parkinson hastalığı, inme sekeli ve majör depresyonu olan hastalar dışlandı. Kapsamlı geriatrik değerlendirme sonrasında Berg denge skalası, zamanlı kalk ve yürü testi yapıldı. Son bir yıl içindeki düşme öyküsü ve hemogram, biyokimya, vitamin B12 düzeyleri kaydedildi. Neurocom Balance Master (USA,2011) ile düz yürüme (walk across), otur-kalk (sit to stand), adım-hızlı dönme (step quick turn), tandem yürüme (tandem walk) testleri yapıldı. İstatistiksel analizler SPSS 21.0 programı kullanılarak yapıldı.

Bulgular: Yaş ortalaması Alzheimer grubunda 76,5±5,7, kontrol grubunda 73,1±4,6'dır (p=0,018). Alzheimer grubunda 22 kadın (%59,5) kontrol grubunda 12 kadın (%57,1) bulunmaktadır. Alzheimer ve kontrol grubu arasında statik posturografi verilerinin karşılaştırılması Tablo 1'de gösterilmiştir. Tüm çalışma grubunda düşme öyküsü olanlarda düz yürüme testinde adım uzunluğu daha az (p=0,038), yürüme hızı daha yavaş (p=0,026) ve adım-hızlı dönme testinde dönme zamanı daha uzun (p=0,005) bulundu. Alzheimer hastalığı ile bağımsız olarak etkileşen faktörlerin tespiti icin cok değişkenli regresyon analizi yapıldı. Yaş, vitamin B12, düz yürüme-adım uzunluğu, düz yürüme-adım genişliği, düz yürüme hızı, otur kalk-salınım hızı, adım hızlı dönme-dönme salınımı, adım hızlı dönme-dönme zamanı ve tandem yürüme hızının denkleme alındığı regresyon analizinde düz yürüme adım uzunluğunun (OR=1,058; %95GA=1,009-1,110; p=0,021), adım hızlı dönme-dönme salınımının (OR=0,953; %95GA=0,910-0,998; p=0,041), adım hızlı dönme-dönme zamanının (OR=0,336, %95GA=0,148-,0,766; p=0,010), otur kalk-salınım hızının (OR=0,459; %95GA=0,219-0,963; p=0,04) ve tandem yürüme hızının (OR=1,14; %95GA=1,024-1,267; p=0,015) diğer parametrelerden bağımsız olarak Alzheimer ile etkileşimde olduğu tespit edildi.

Sonuç: Alzheimer hastalarında düz ve tandem yürüme hızları azalmıştır, dönme zamanı ve dönme salınımları daha yüksek bulunmuştur. Dönme zamanı ve dönme salınımı; vitamin B12 düzeyleri ve yaştan bağımsız olarak Alzheimer hasta grubunda daha yüksek bulunmuştur. Bu durum Alzheimer hastalarında artmış düşme riski ile ilişkilendirilebilir.

Anahtar kelimeler: Alzheimer, postural stabilite, denge, düşme

Tablo 1. Alzheimer ve kontrol grubunun posturografi verilerinin karşılaştırılması

	Hasta (n=37)	*Kontrol (n=21)*	*P değeri*
Adım Hızlı Dönme- salınım (derece)	69,88±16,47	57,52±18,91	0,017
Adım Hızlı Dönme-dönme zamanı (sn)	3,84 (1,60-8,4)	2,51 (1,34-6,23)	<0,001
Düz Yürüme hızı (cm/sn)	48,77±20,96	66,6±22,08	0,005
Düz Yürüme-adım genişliği (cm)	19,40±3,68	16,85±4,51	0,034
Düz Yürüme-adım uzunluğu (cm)	39,56 (17,76-87)	46,43 (87,06-104,4)	0,006
Tandem Yürüme hızı (cm/sn)	12,48±9,54	20,39±5,96	<0,001

DİĞER DURUMLAR
(DÜŞME VE DENGE BOZUKLUKLARI, AĞRI, UYKU BOZUKLUKLARI, UYGUNSUZ İLAÇ KULLANIMI, İLAÇ ETKİLEŞİMİ, İLAÇ YAN ETKİLERİ VB)

SS-032

YAŞLI HASTALARDA UYKU SÜRESİ İLE KORONER ARTER HASTALIĞI İLİŞKİSİ

Pelin Ünsal[1], Mert Eşme[1], Cafer Balcı[1], Gözde Şengül Ayçiçek[1], Burcu Balam Yavuz[1], Meltem Halil[1], Mustafa Cankurtaran[1]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı

Giriş: İnsomnia, hastanın uykuya başlamada, uykuyu sürdürmede, kaliteli uyumada güçlük çekmesi ve çok erken uyanıp, tekrar uyuyamaması sonucunda gün içi işlevselliğinde bozulma olarak tanımlanır. Yaşla insomnia sıklığı artmaktadır. Yaşlılarda yıllık insomnia insidansı %5-8'dir (Suzuki K. et al., 2017). Kadınlarda, erkeklere göre daha sık görülmektedir. Yapılan bir metaanalizde; kısa süre uyuyanlarda koroner arter hastalığı (KAH) ve buna bağlı ölüm daha sık izlenmiştir (Cappuccio, F.P.et al., 2011). Biz de bu çalışmada uyku süresi ile KAH ve KAH risk faktörleri arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada, geriatri polikliniğine başvuran hastalar retrospektif olarak incelendi. Hastalara kapsamlı geriatrik değerlendirme uygulandı. Bu değerlendirme kapsamında uykusuzluk şikayeti, uykuya başlamada güçlük ve uyku süreleri sorgulandı. Optimal uyku süresi altı saat kabul edilerek hastalar 6saatin altında uyuyan ve 6 saat ve üzerinde uyuyan hastalar olmak üzere iki gruba ayrıldı (Cappuccio, F.P.et al., 2011). İki grup klinik özellikler açısından karşılaştırıldı. İstatistiksel analizler için SPSS 15.0 programı kullanıldı.

Bulgular: Bu çalışmaya 2255 hasta dahil edildi. Hastaların 1427'si kadındı (%63,3), yaş ortalaması 72±6'idi. Tablo 1'de çalışmaya alınan hastaların uyku sürelerine göre demografik verileri, ek hastalıkları gösterildi. 6 saatten daha az uyuyan hastaların daha yaşlı olduğu (p0,005), kadın cinsiyetinin daha fazla olduğu (p<001), KAH (p=0,003), HT (p=0,049), düşme (p=0,002) ve depresyon (p=0,022) sıklığının daha fazla olduğu tespit edildi. Çok değişkenli regresyon analizinde yaş (OR:0,972; %95CI:0,96-0,99; p<0,001), kadın cinsiyet (OR:1,63; %95CI:1,34-1,97; p<0,001), HT (OR:1,34; %95CI:1,10- 1,64; p=0,004) ve KAH (OR:0,72; %95CI:0,59-0,88; p=0,001) diğer parametrelerden bağımsız olarak altı saatten az uyuma ile ilişkili bulundu.

Sonuç: Bizim çalışmamızda kadınlar ve 80 yaşından büyük hastalar daha kısa süre uyumaktadır. Altı saatten kısa uyuyanlarda da KAH sıklığı daha fazla bulunmuştur. Kısa uyku süresi ile KAH arasındaki bu ilişkiyi düşünerek, kapsamlı geriatrik değerlendirmede uyku süresinin sorgulanması önemlidir. Kısa uyku süresi ve KAH arasındaki ilişkiyi ve bu ilişkinin mekanizmasını araştıran prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Uyku süresi, Koroner arter hastalığı

Tablo 1. Hastaların temel özellikleri

	Uyku süresi <6 saat	*Uyku süresi ≥ 6 saat*	*p*
	n:744 (%33)	*n:1511(%67)*	
Yaş*	71,5 (65-98)	71 (65-108)	0,009
80 yaş üstü	107 (%14,4)	156 (%10,3)	0,005
Cinsiyet (K)	517 (%69,5)	910 (%60,2)	<0,001
KAH	237 (%31,9)	390 (%25,9)	0,003
KKY	54 (%7,3)	113 (%7,5)	0,865
DM	207 (%27,9)	413 (%17,8)	0,95
HT	509 (%68,5)	1092 (%72,5)	0,049
KOAH	52 (%7)	97 (%6,4)	0,652
Astım	33 (%4,4)	48 (%3,2)	0,149
Demans	65 (%8,7)	143 (%9,5)	0,58
Depresyon	191 (%25,7)	321 (%21,3)	0,022
Düşme	236 (%31,8)	383 (%25,3)	0,002
*Yaş, median, minimum- maksimum olarak verildi.			

SS-033

GERİATRİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN YAŞLILARDAKİ KİLO KAYBI SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ OLDUĞU FAKTÖRLER

Oğuz Bakkaloğlu[1]

[1]Dr. Ersin Arslan Eğitim Araştırma Hastanesi

Amaç: Toplumda yaşayan yaşlılarda malnutrisyon çeşitli çalışmalarda %25 - 30 sıklıkla bildirilmektedir. Malnutrisyon yaşlıda fonksiyonellikte azalma, artmış morbidite, düşmeler, kırıklar, bakım evine yerleştirilme ve mortalite gibi birçok olumsuz sonuç ile ilişkilidir. Kilo kaybı malnutrisyonun en önemli prediktörlerinden biridir. Bu çalışmada geriatri polikliniğine başvuran yaşlılarda kilo kaybı sıklığını ve ilşkili olabileceği faktörleri araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel olarak tasarlanan bu çalışmaya Ekim 2017 ve Ocak 2018 ayları arasında, geriatri polikliniğine ilk kez başvuran ve kapsamlı geriatrik değerlendirmeleri (KGD) yapılan 60 yaş ve üzeri hastalar dahil edildi. Hastaların yaş, cinsiyet bilgileri, ilaç sayıları kaydedildi. KGD'de son 3 ayda kilo kaybı ve iştahta azalma son 1 yıl içerisinde düşme öyküsü, düşme korkusu, konstipasyon, uyku sorunu, unutkanlığı olup olmadığı, işitme ve görme sorunu olup olmadığı soruldu. Depresyon taraması 'The Patient Health Questionnaire-2' (PHQ-2) ölçeği ile yapıldı. Kilo kaybı ile ilişkili faktörlerin univariate analizinde anlamlı çıkan değişkenler ile multivariate regresyon analizi yapıldı.

Bulgular: Belirtilen zaman diliminde polikliniğe başvuran 271 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. 156 kadın (81.3%), 36 erkek (18.8%) olmak üzere KGD'leri yapılan toplam 192 hasta çalışmaya dahil edildi. Ortalama yaş 76±7.6 (61-102, min-maks) idi. Son 3 ayda kilo kaybı olan 84 kişi (%48), son 3 ayda iştahta azalma olan 100 kişi (%57.1) vardı. Son bir yıl içinde en az 1 kez düşme öyküsü olan 63 kişi (%36.2), düşme korkusu olan 127 (%73), düşme ve/veya düşme korkusu olan 131 kişi (%75.3) mevcut idi. Diğer KGD komponentlerinin sıklığı şu şekilde idi: polifarmasi (≥5 ilac) 59 kisi (50.8%), konstipasyon 55 kişi (%32), uyku sorunu 113 kişi (%66.1), unutkanlık 87 kişi (%50.9), işitme sorunu103 kişi (%60.6), görme sorunu 111 kişi (%64.5). PHQ-2 ölçeği yapılan 171 kişiden 94'ünde (%64.5) depresyon riski saptandı. Kilo kaybı olan grubun yaş ortalaması kilo kaybı olmayan gruptan daha yüksek idi (sırasıyla 77.8±7.7, 74.7±7, p=0.006). Tablo 1'de gruplara göre kilo kaybi oranları ve istatistiksel anlamlılık değerleri sunulmuştur. Univariate analizin ardından yapilan regresyon analizinde kilo kaybının iştah azalması, erkek cinsiyet ve düşme veya düşme korkusu ile ilsikili olduğu saptandi (Tablo 2).

Sonuç: Bu çalışmamızda geriatri polikliniğine başvuran yaşlıların yarısında son 3 ayda kilo kaybı olduğu görüldü. Yapılan univariate analizde ileri yaş, erkek cinsiyet, iştah azalması, düşme veya düşme korkusunun varlığı kilo kaybı ile ilişkili saptanırken; regresyon analizinde iştah azalması, erkek cinsiyet ve düşme veya düşme korkusu ile bağımsız ilsikili olduğu saptandi. Polikliniğe başvuran bütün yaşlılarda kilo kaybının ve ilişkili faktörlerin taranması önem taşımaktadır

Anahtar kelimeler: kilo kaybı, iştah azalması, malnütrisyon

Grup		kilo kaybi (sayi %)	istatistiki önem (p değeri)
Cinsiyet	Kadın	64 (43.8%)	0.013
	Erkek	20 (69%)	
İştahta azalma	Var	68 (68%)	<0.001
	Yok	16 (21.3%)	
Dusme	Var	68 (52.3%)	0.025
veya korkusu	Yok	14 (32.5%)	
Konstipasyon	Var	24 (44.4%)	>0.05
	Yok	56 (47.9%)	
Üriner inkontinans	Var	48 (46.2%)	>0.05
	Yok	31 (47.7%)	
Uyku sorunu	Var	53 (47.3%)	>0.05
	Yok	27 (46.5%)	
Unutkanlık	Var	45 (52.3%)	>0.05
	Yok	35 (41.7%)	
Görme sorunu	Var	57 (52.3%)	>0.05
	Yok	23 (37.7%)	
İşitme sorunu	Var	53 (51.9%)	>0.05
	Yok	26 (38.8%)	
Muhtemel depresyon	Var	47 (50.5%)	>0.05
	Yok	33 (42.9%)	
Polifarmasi (>=5 ilaç)	Var	23 (42.5%)	>0.05
	Yok	22 (48.8%)	

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
Cinsiyet	-1.174	.521	5.077	1	.024	.309	.111	.858
Yaş	.036	.024	2.212	1	.137	1.036	.989	1.086
İştah azalması	-2.000	.371	29.090	1	.000	.135	.065	.280
Düşme veya Düşme Korkusu	-.886	.438	4.083	1	.043	.412	.175	.974
Constant	-.809	1.931	.176	1	.675	.445		

KAS-İSKELET SİSTEMİ HASTALIKLARI

SS-034

OSTEOARTİRİTLİ YAŞLI BİREYLERDE BİSİKLET EGZERSİZİNİN YAŞAM KALİTESİ, AĞRI, YORGUNLUK VE UYKU KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Emel Sönmezer[1]

[1]Başkent Üniversitesi

Amaç: Bisiklet egzersizlerinin osteoartirit (OA) tedavisinde kullanımının etkinliğine ait az sayıda çalışma bulunmasına rağmen yorgunluk ve uyku parametreleri üzerine etkilerini araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle planlanan çalışmamızda bisiklet egzersizinin OA'lı yaşlı bireylerde yaşam kalitesi, ağrı, yorgunluk ve uyku kalitesi üzerine etkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Amerika Romatizma Derneği'nin kriterlerine göre evre 2 ve 3 osteoartrit tanısı alan 65 yaş ve üzeri 77 olgu tesadüfi örneklem yöntemiyle iki gruba ayırıldı. Birinci gruba (n=37) sıcak paket, TENS, ultrason ve ev egzersiz programlarından oluşan konservatif tedavi programı, ikinci gruba (n=40) birinci gruba ek olarak bisiklet egzersizleri haftada 3 gün 4 hafta uygulandı. Egzersiz eğitimi maksimal kalp hızının %60'ı ile %80'i arasında, 5 dakika ısınma, 20-30 dk eğitim süresi, 5 dakika soğuma olarak planlandı. Hastaların aktivite ve istirahat sırasında hissettiği ağrı şiddeti Görsel Ağrı Skalası ile değerlendirildi. Yorgunluk seviyeleri Yorgunluk Şiddet Skalası ile değerlendirildi. Yaşam kalitesini belirlemek için Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi kısa formu kullanıldı. Uyku kalitesi, Pittsburgh uyku kalitesi indeksi ile değerlendirildi.

Bulgular: Tüm sonuç ölçümleri açısından tedavi öncesinde gruplar benzerdi ($p>0.05$). Konservatif tedavi grubundaki olguların; tedavi sonrasında ağrı ve yorgunluk şiddetleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldı (tüm p'ler<0.001). Yaşam kalitesinin bedensel sağlık ($p<0.001$), ruhsal sağlık ($p<0.001$), sosyal ilişkiler ($p=0.001$), çevre alanı alt parametrelerinde ($p=0.008$) ve toplam skorlarında ($p=0.003$) istatistiksel olarak anlamlı gelişme saptanırken uyku kalitesi skorunda istatistiksel olarak anlamlı farka rastlanmamıştır ($p>0.05$). Egzersiz eğitimi grubunda ise ağrı ve yorgunluk şiddetinde anlamlı iyileşme görüldü (tüm p'ler <0.001). Yaşam kalitesinin tüm alt ölçeklerinde (bedensel sağlık ($p<0.001$), ruhsal sağlık ($p<0.001$), sosyal ilişkiler ($p<0.001$), çevre alanı alt parametrelerinde ($p=0.002$) ve toplam skorlarında ($p<0.001$) istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Uyku kalitesi skorunda ise eğitim sonunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.001$). İki grup tedavi sonrasında ölçülen tüm parametreler açısından karşılaştırıldığında yalnızca uyku kalitesi skorunda istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0.001$).

Sonuç: Çalışmamızın sonuçlarına göre; osteoartiritli yaşlı bireylerde uygulanan konservatif fizyoterapi tedavisinin yorgunluk ve ağrıyı azalttığı, yaşam kalitesini arttırdığı görülmektedir. Bununla birlikte bu tedaviye bisiklet egzersizlerinin eklenmesi ile hastaların uyku kalitesi de arttırılabilir. Bu çalışmanın, kas iskelet sistemi problemi olan yaşlılarda, sık görülen, tanı ve tedavisi oldukça karmaşık olan uyku bozukluklarının iyileştirilmesinde bisiklet egzersizlerinin etkili olabileceğini göstermesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: aerobik egzersiz, uyku kalitesi, yorgunluk, ağrı, yaşam kalitesi, fizyoterapi

BAKIM HİZMETLERİ UYGULAMALARI (AKUT, POST-AKUT, REHABİLİTASYON, PALYATİF, UZUN DÖNEM VE EVDEBAKIM)

SS-035

HUZUREVLERİNDE YAŞLILARIN MEMNUNİYET DÜZEYİNİN ÖLÇÜLMESİ

Derya Yücel[1], Buket Emiralioğlu[1]

[1]Neveşalom Sefarad Sinagogları Vakfı Barınyurt Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi

Amaç: Huzurevi yaşlılarının memnuniyeti, onların değer ve beklentilerinin ne ölçüde karşılandığı konusunda bilgi vermesi ve kaliteli hizmet sunumunun en önemli göstergesi olması açısından çok önemlidir. Bu araştırmada yaşlılarımızın memnuniyet durumunu ve beklentilerini tespit etmek, geri kalan ömürlerini en iyi şekilde geçirmelerini sağlamak amaçlandı. Bu anlamda uygulanan anket sonuçları ile beraber kuruluşumuz yaşlılarının memnuniyetini arttırmaya yönelik uygun hizmet modeli geliştirilmesi planlandı

Araç ve Yöntem: 97 yaşlıya hizmet veren kuruluşumuzun 53'si huzurevi, 10'u özel bakım yaşlısı olmak üzere 63 kişiye anket uygulandı.Ankete katılan yaşlılarımızın %65''I kadın %35i erkek idi. %43'ü 86- 95 yaş, %35'i 76-85 yaş, %14'ü 55-65 yaş ve %8'i 55-65 yaş aralığındaydı. 34 yaşlımız kendi istekleri, hastane süreçleri ve özel bakım yaşlıları olmaları nedeniyle ankete katılamadı. Yapılan ankette konu başlıkları olarak kuruluşumuzun fiziksel koşulları, yaşlılarımızın beslenmesi, personel-yaşlı ile ilişkileri, gönüllü- yaşlı ilişkisi, sosyokültürel etkinliklere yönelik konu başlıkları irdelendi.

Bulgular: Kuruluşumuz fiziksel koşulları ile ilgili oda temizliği, ortak alanların temizliği, odalarda eşyaların yeterliliği, tuvalet banyo temizliği, ısınma durumu ile ilgili sorulan sorularda %94,4 memnun olduklarını görüldü. Beslenme koşulları irdelendiğinde kurum yemeklerinin lezzeti ve doyuruculuğu ile ilgili %86sının memnun ve %14'ünün memnuniyetsizliği tespit edildi. Yaşlı ile personel ilişkileri ile ilgili yönetimin ulaşılabilirliği ve yaşlı ile kurduğu iletişim, istek ve şikayet durumlarında çalışan tutumu, yaşlıya gösterilen saygı ve nezaket, hastane işlemleri ve refakat edilme memnuniyetleri sorulduğunda %96,3 oranında memnun oldukları görüldü. Kurumumuzda gönüllü olarak çalışan hanımların yaşlılarımızla ilişkilerinde ise %83 oranında memnuniyet saptandı. Sosyo kültürel etkinlikler de kurum içi etkinlik memnuniyeti %94 ve kurum dışı etkinlik programları ile ilgili memnuniyet %96 olarak tespit edildi.

Sonuç: Anket sonuçları ışığında yapılan değerlendirmeler bir yıldır kurumsal anlamda sistemsel olarak yapılan değişimlerin yaşlı memnuniyeti üzerinde olumlu etkileri gözlenmiş bu çalışmalarla isabetli bir karar alındığı kanısına varılmıştır. Ayrıca personellerimize verilen hizmet içi eğitimler ile personel davranışlarında pozitif değişimlerin yaşlılarımız tarafından algılandığı hizmet kalite standartlarımızı yükselttiği aldığımız memnuniyet düzeyi ile saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Yaşlılık, memnuniyet düzeyi, hizmet

DİĞER DURUMLAR
(DÜŞME VE DENGE BOZUKLUKLARI, AĞRI, UYKU BOZUKLUKLARI, UYGUNSUZ İLAÇ KULLANIMI, İLAÇ ETKİLEŞİMİ, İLAÇ YAN ETKİLERİ VB)

SS-036

YAŞLIDA UYGUNSUZ İLAÇ KULLANIMININ DEĞERLENDİRİLMESİ:TARAMA KRİTERLERİ VE KLİNİSYEN DEĞERLENDİRMESİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Gülistan Bahat[1], Birkan İlhan[2], İlker Bay[1], Cihan Kılıç[1], Pınar Küçükdağlı[1], Meryem Merve Ören[3], Mehmet Akif Karan[1]

[1]İstanbul Universitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı
[2]Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Geriatri Klinigi
[3]Erzurum Il Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı

Amaç: Yaşlıda uygunsuz ilaç kullanımının değerlendirilmesi için tarama kriterleri ve klinisyen değerlendirmesinin karşılaştırıldığı çalışma sayısı azdır. En yaygın kullanılan tarama kriterlerinden birisi de STOPP version 2 (v2) kriterleridir. Bu çalışmamızda yaşlı hastaların kullandıkları ilaçların uygunsuz olup olmadığını değerlendirmede STOPPv2 kriterleri ile klinisyenin hasta özelindeki değerlendirmesinin varsa farklılıklarını ortaya koymayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışma bir üniversite hastanesinin geriatri polikliniğine başvuran 60 yaş ve üzeri hastalarda yapıldı. Retrospektif, kesitsel olarak planlandı. Başvuran hastaların dosyaları randomize olarak seçilerek her hastanın ilaçları STOPPv2 kriterlerine uygun olup olmadığı belirlendi. Klinisyen şu iki soru üzerinden STOPPv2 uygunluğu ve/veya yeterliliğini değerlendirdi: 1. STOPP version2 önerileri bu hasta için uygun mu? 2. STOPPv2 kriterlerinin dışında bu hastanın kullandığı uygunsuz bir ilaç var mı? Şayet klinisyen görüşü STOPPv2 ile uyumlu değil ise gerekçeler belirtildi.

Bulgular: Çalışmaya 206 hasta dahil edildi (131 kadın, 75 erkek). Yaş ortalaması 77.5±6.6 idi. STOPP version2 kriterlerine göre uygunsuz ilaç reçete oranı %62.6 olarak saptandı (her hasta başına 0.6 adet ilaç). Klinisyenin STOPPv2 kriterlerini her hasta özelinde değerlendirmesinde bu oran %53.4 (hasta başına 0.5 adet potansiyel olarak uygunsuz ilaç) idi. STOPPv2 kriterlerine göre 83 kişide en az 1 uygunsuz ilaç kullanım kriteri mevcut idi. 83 kişiden 18'indeki; toplam uygunsuz ilaç kriterlerinin %14.7'si klinisyence kabul görmedi. Kabul görmeme nedenleri arasında: Kriterlerin 2/3'ünde STOPPv2'nin kesilme gerekliliği görüdüğü olası yan etkilerin varlığına rağmen tedavi gerekliliğinin olması; 1/3'ünde de beklenen yan etki olmaması. STOPPv2 kriterlerinin klinisyence kabul görmediği hastaların istatistiksel anlamlı olarak fonksiyonelliği daha azalmış kişiler olduğu gözlendi. Klinisyen 80 hastada (%38,8) STOPPv2 kriterlerinin saptayamadığı ekstra uygunsuz ilaç kullanımı saptadı.Tablo 1'de STOPPv2 ile klinisyen degerlendirme farkliliklari sunulmustur. STOPPv2 kriterlerince saptanmamış olan fakat klinisyenin uygunsuz gördüğü ilaçların başında vitamin-mineral takviyeleri (%22.1), antihipertansifler (%17.2) ve proton pompa inhibitörleri (%10.7) gelmekte idi.

Sonuç: STOPPv2 kriterlerinin kesilmesini önerdiği ilaçların çoğunda klinisyen de aynı görüşte idi. STOPPv2 kriterlerinin özellikle fonksiyonel olarak bağımlı hastalarda klinisyen tarafından uygun bulunmamasının nedeni muhtemelen o grupta palyasyon odaklı düşünülmesi veya hasta/aile tercihleri idi. Hastalar klinisyence değerlendirildiğinde STOPPv2 kriterlerinin saptamadığı birçok ilacın olduğu görüldü. Pratikte kapsamlı geriatrik değerlendirmenin uygunsuz ilaç kullanımını saptama ve değerlendirmede önemli bir yeri olduğu görüldü.

Anahtar kelimeler: uygunsuz ilac, STOPP, klinisyen degerlendirmesi

Tablo 1. STOPPv2 ve klinisyen değerlendirmesindeki uygunsuz ilaç kullanım oranlarının karşılaştırılması

STOPPv2 kriterleri ile değerlendirme :
Uygunsuz ilaç kullanımı olan hasta (n, %) 83 (40.3%)
Uygunsuz ilaç sayısı (n, %) 129 (62.6%)
Hasta başına düşen uygunsuz ilaç sayısı 0.6
Klinisyen değerlendirmesi:
i) Hem STOPPv2 taramasinda hem de klinisyen degerlendirmesinde saptanan uygunsuz ilac kullanim oranlari
Uygunsuz ilaç kullanımı olan hasta (n, %) 74 (35.9%)
Uygunsuz ilaç sayısı (n, %) 110 (53.4%)
Hasta başına düşen uygunsuz ilaç sayısı 0.5
ii) STOPPv2 kriterlerinin saptayamadigi fakat klinisyence belirlenen uygunsuz ilac kullanim oranlari (STOPP'a ek olarak saptananlar)
Uygunsuz ilaç kullanımı olan hasta (n, %) 80 (38.8%)
Uygunsuz ilaç sayısı (n, %) 122 (59.2%)
Hasta başına düşen uygunsuz ilaç sayısı 0.6
iii) Klinisyence belirlenen total uygunsuz ilac kullanim oranlari
Uygunsuz ilaç kullanımı olan hasta (n, %) 117 (56.8%)
Uygunsuz ilaç sayısı (n, %) 232 (112.6%)
Hasta başına düşen uygunsuz ilaç sayısı 1.1
STOPPv2'nin klinisyence kabul gormedigi hastalar ve kriterlerin orani :
Hasta sayisi (n, %) 18 (21.7%)
Kriter sayisi (n, %) 19 (14.7%)

SS-037

GERİATRİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN YAŞLILARDAKİ DÜŞME SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ OLDUĞU FAKTÖRLER

Birkan İlhan[1]

[1]Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Geriatri Kliniği

Amaç: Toplumda yaşayan yaşlılarda düşme sıklığı %32-40 arasında bildirilmektedir. 75 yaş üzerinde bu oran %40-50 civarındadır. Yaşlılarda düşmeler kırık, yatağa bağımlılık, kırılganlık, düşme korkusu vemortalitede artış gibi olumsuz sonuçlara neden olmaktadır. Düşme korkusu da yaşlıda fonksiyonel kısıtlanmaya neden olmaktadır, hayat kalitesine negative etkisi düşme ve kırıktan daha fazla olarak bildirilmiştir. Bu çalışmada geriatric polikliniğine başvuran yaşlılarda düşme ve düşme korkusu sıklığını ve ilişkili olabileceği faktörleri araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel planlanan bu calışmaya Ekim 2017 veOcak 2018 ayları arasında, geriatric polikliniğine ilk kez başvuran ve kapsamlı geriatrik değerlendirmeleri (KGD) yapılan 60 yaş ve üzeri hastalar dahil edildi. Hastaların yaş, cinsiyet bilgileri, ilaç sayıları kaydedildi. KGD'de son 1 yıl içerisinde düşme öyküsü, düşme korkusu, son 3 ayda kilo kaybı ve iştahta azalma, konstipasyon, uykusorunu, unutkanlığıolupolmadığı, işitmevegörmesorunuolupolmadığısoruldu. Depresyontaraması 'The Patient Health Questionnaire-2' (PHQ-2)ölçeği ile yapıldi. Düşme ve/veya düşme korkusu ile ilişkili faktörlerin univariate analizinde anlamlı çıkan değişkenler ile multivariate regresyon analizi yapıldı.

Bulgular: Belirtilen zaman diliminde polikliniğe başvuran 271 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. 156 kadın (81.3%), 36 erkek (18.8%) olmak üzere KGD'leri yapılan toplam 192 hasta çalışmaya dahil edildi. Ortalama yaş 76±7.6 (61-102, min-maks) idi.Son bir yıl içinde en az 1 kez düşme öyküsü olan 63 kişi (%36.2), düşme korkusu olan 127 (%73), düşme ve/veya düşme korkusu olan131 kişi (%75.3) mevcut idi. Diğer KGD komponentlerinin sıklığı şu şekilde idi: son 3 ayda iştahta azalma 100 kişi (%57.1), son 3 ayda kilo

kaybı 73 kişi (%47.7), polifarmasi (≥5 ilac) 59 kisi (50.8%), konstipasyon 55 kişi (%32), uyku sorunu 113 kişi (%66.1), unutkanlık 87 kişi (%50.9), işitme sorunu103 kişi (%60.6), görme sorunu 111 kişi (%64.5). PHQ-2 ölçeği yapılan 171 kişiden 94'ünde (%64.5) depresyon riski saptandı. Düşme ve/veya düşme korkusu olan grubun yaş ortalaması düşme ve/veya düşme korkusu olmayan gruptan daha yüksek idi (sırasıyla 77±7.4, 74±7.6, p=0.020). Tablo 1'de gruplara göre düşme ve/veya düşme korkusu oranları ve istatistiksel anlamlılık değerleri sunulmuştur. Univariate analizin ardından yapilan regresyon analizinde uriner inkontinans, gorme problemi ve ileri yasin dusme ile ilisikili oldugu saptandi (Tablo 2).

Sonuç: Çalışmamızda polikliniğe başvuran yaşlılarda düşme ve/veya düşme korkusu sıklığının oldukça yuksek olduğunu gördük. Üriner inkontinans, görme sorunu ve ileri yaş bağımsız ilişkili faktörler olarak saptandı. Polikliniğe başvuran her yaşlı hastada düşme ve düşme korkusunun sorgulanması ve ilişkili faktörlerin araştırılması önem taşıamktadır.

Anahtar kelimeler: düşme, düşme korkusu, üriner inkontinans

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1ª	Kilo kaybi	-.781	.428	3.327	1	.068	.458	.198	1.060
	Urinerinkontinans	-1.126	.414	7.392	1	.007	.324	.144	.730
	Gormesorunu	-.909	.437	4.321	1	.038	.403	.171	.949
	Isitmesorunu	-.167	.439	.145	1	.703	.846	.358	1.999
	Depresyon	-.395	.415	.904	1	.342	.674	.298	1.521
	Yas	.062	.031	3.969	1	.046	1.064	1.001	1.132
	Constant	-1.989	2.356	.713	1	.399	.137		

Tablo 1. Gruplar arası düşme ve/veya düşme korkusu oranlarının karşılaştırılması

Grup	*düşme ve/veya düşme korkusu, sayı,%*	*istatistiki önem, p değeri*
Cinsiyet		>0.05
Kadın	113 (77.4%)	
Erkek	18 (64.3%)	
İştahta azalma		>0.05
Var	77 (78.6%)	
Yok	53 (70.7%)	
Kilo kaybı		0.016
Var	60 (84.5%)	
Yok	62 (68.1%)	
Üriner inkontinans		0.022
Var	84 (80.8%)	
Yok	43 (65.2%)	
Konstipasyon		>0.05
Var	43 (78.2%)	
Yok	86 (73.5%)	
Uyku sorunu		>0.05
Var	86 (76.1%)	
Yok	42 (72.4%)	
Unutkanlık		>0.05
Var	68 (78.2%)	
Yok	60 (71.4%)	
Görme sorunu		0.014
Var	89 (80.9%)	
Yok	39 (63.9%)	
İşitme sorunu		0.029
Var	83 (80.6%)	
Yok	44 (65.7%)	
Muhtemel depresyon		0.050
Var	75 (80.6%)	
Yok	52 (67.5%)	
Polifarmasi (>=5 ilaç)		>0.05
Var	45 (56.3%)	
Yok	35 (43.8%)	

DEMANS-DEPRESYON-DELİRYUM

SS-038

YOĞUN BAKIMDA DELİRYUM GERİATRİK HASTANIN KADERİ Mİ?

Yasemin Tekdöş Şeker[1], Evrim Kücür Tülübaş[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Deliryum akut başlangıçlı, karmaşık bir nöropsikiyatrik sendrom olup hastane yatışlarının yaklaşık %10-30'sinde görülebilir (1). Kliniğimizde deliryum, The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) ve Richmond ajitasyon-sedasyon skalası (RASS) ile değerlendirilmektedir.

Materyal metod: Hastanemiz Etik kurulu onayı alındıktan sonra son iki yıl içinde kliniğimize kabul edilen 1557 olgu dosyası içinde 65 yaş üstü, 24 saatten daha uzun yatışı olan olguların dosyaları retrospektif tarandı. Demografik veriler, yatış nedenleri, taburculuk, RASS, CAM-ICU kaydedildi. İstatistiksel analiz de SPSS 16.0 programı kullanıldı.

Bulgular: 1557 olgunun 506'si 65 yaş üstü olup 36'si ilk 24 saat içinde kaybedilmiştir. Kalan 470 olgunun yaş ortalaması 77,06 ± 27,57 yıl; 240'i erkek(%51), 230'u (%49) kadın olup yatış süreleri 10,8± 15,6 gündür.470 olgunun 174'de (%37) deliryum tablosu gelişmiştir. Bu olguların 93 erkek (%54), 79 kadın (%46); yaş ortalaması 65± 21,21 yıl, yatış süreleri 22,72 ±22,5 gündür. 174 olgunun 115'i(%66) sepsis, 29'u (%17) postoperatif,24'u (%14) intraserebral hadise,6'si (%3) diğer nedenlerle kabul edilmiştir. Deliryum gelişen olguların RASS ve CAM-ICU skorların medikal tedavi öncesi ve sonrasında istatistiksel anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

48 olgu sadece lorezapam, 13'ü sadece haloperidol, 88'i sadece ketiyapin ile tedavi edilirken 1 olguda lorezapam- haloperidol, 26'sında lorezapam-ketiyapin, 40'ında haloperidol-ketiyapin kombinasyon tedavisi uygulanmıştır. 45 olgu (%26) şifa, 50'si (%29)bakım hastası olarak taburcu edilirken 79'u (%45) hayatını kaybetmiştir.

Sonuç: Geriatrik hastanın yoğun bakım sürecinde tespit edilen deliryumun tedavisinde etkin ilaç kullanımından söz edilememektedir. Yoğun bakım ünitemizde tedavide haloperidol, ketiapin, loreazapam tekli ya da kombine kullanılmaktadır. Geriatrik olgularda, deliryuma neden olabilecek tüm sebeplerin ortadan kaldırılmaya çalışılması ve de olguların gerçek yaşamdan kopmadan takip sürecine dahil edilmelerinin medikal tedaviden daha konforlu ve yararlı olacağı kanaatindeyiz.

Kaynak

1. Leslie DL ve ark. Consequences of preventing delirium in hospitalized older adults on nursing home costs. J Am Geriatr Soc 2005;53:405-9

Anahtar kelimeler: delirum,RASS,CAM-ICU,geriatrik hasta

Notlar : *Sayın Hocalarım, Yoğun bakım ünitemizde dahili,cerrahi ve travma nedeniyle geriatrik hasta takip etmekteyiz. Geriatrik hastaların takip ve tedavisinde en çok zorlandığımız deliryum tablosu ile ilgili deneyimlerimizi siz hocalarımız ile paylaşmak istedik. Saygılarımla Dr. Yasemin Tekdöş Şeker*

DİĞER DURUMLAR
(DÜŞME VE DENGE BOZUKLUKLARI, AĞRI, UYKU BOZUKLUKLARI, UYGUNSUZ İLAÇ KULLANIMI, İLAÇ ETKİLEŞİMİ, İLAÇ YAN ETKİLERİ VB)

SS-039

HOSPİTALİZE YAŞLI HASTALARDA KIRILGANLIĞIN VE ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Nurefşan Cihangiroğlu Ünal[1], Cemile Özsürekçi[2], Cafer Balcı[2], Burcu Balam Yavuz[2], Mustafa Cankurtaran[2], Meltem Gülhan Halil[2]

[1]Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Geriatri Bilim Dalı

Amaç: Kırılgan yaşlı bireyler düşmeler, yetersizlik, uzun süreli bakım ihtiyacı ve mortalite açısından artmış riske sahiptir. Kırılganlık hospitalize yaşlı hastalarda yüksek prevelansla izlenen ve genellikle tanısı atlanılan bir geriatrik sendromdur. Bu çalışmada akut sağlık sorunlarıyla hospitalize edilen yaşlı hastalarda kırılganlığın kolay uygulanabilir, pratik yöntemlerle tespit edilmesi ve kötü sağlık sonlanımları üzerine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya Mart 2017 ile Eylül 2017 arasında hastanemiz İç Hastalıkları Servisleri'ne akut sağlık kötüleşmesi nedeniyle yatışı yapılan 65 yaş ve üzeri 57 hasta dahil edildi. Hastaların kırılganlık ölçümleri Edmonton kırılganlık skalası ve KKS (klinik kırılganlık skalası) kullanılarak yapıldı. Hastalara kapsamlı geriatrik değerlendirme testleri uygulandı, BIA (bioelektrik-empedans analiz yöntemi ve el sıkma gücü ölçümü yapıldı. Hastalar yatış süresi boyunca deliryum gelişimi, düşme, yoğun bakım ihtiyacı, mortalite gibi kötü sağlık sonlanımları açısından takip edildi. Taburculuk sonrası tekrar hastaneye yatışın olup olmadığı veya mortalite durumu taburculuğundan en az 1 ay geçmiş olan hastalar için değerlendirildi. Hastalar Edmonton kırılganlık skalasına göre 'kırılgan olan' ve 'kırılgan olmayan' olmak üzere 2 gruba; KKS'na göre 'kırılgan değil', 'kırılganlık öncesi' ve 'kırılgan' hastalar olmak üzere 3 gruba ayrılarak incelendi.

Bulgular: Kapsamlı geriatrik değerlendirme sonuçları her iki ölçekle yapılan ölçümlerde de kırılganlıkla ilişkili bulundu, kırılgan hasta grubunda Yesevage-GDS(geriatrik depresyon skalası) puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu, diğer kapsamlı geriatrik test puanları belirgin olarak düşüktü ($p<0,05$). Kırılgan hasta grubunda el sıkma kuvveti ölçümlerinin kırılgan olmayan hasta grubuna göre daha düşük olduğu ve Edmonton kırılganlık skalası puanlarıyla el sıkma gücü testi değerleri arasında negatif yönde orta kuvvetli korelasyon olduğu görüldü ($p<0,05$). Kırılgan bireylerde hastane yatış süresinin kırılgan olmayan bireylere göre daha uzun olduğu tespit edildi ancak bu fark istatiksel olarak anlamlı bulunmadı. Aynı zamanda yatış süresiyle el sıkma gücü testi değerleri arasında negatif yönde zayıf kuvvette korelasyon görüldü (r:-0,217) ($p>0,05$). Taburculuk sonrası tekrar hastane başvurusu olan hastalar arasında kırılgan hasta sayısının belirgin olarak daha yüksek olduğu görüldü (%69), ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildi.

Sonuç: Kırılganlığın tespiti yaşlı sağlığı için önemlidir. Kullanılan ölçüm yönteminin kolay uygulanabilir olması klinik pratikte aranan bir özelliktir. El sıkma gücü ile kırılganlık arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ve düşük maliyeti ve pratik olması açısından özellikle hızlı karar verilmesi gereken durumlarda kırılganlık tespiti için kullanılabilir. Akut nedenlerle hospitalize edilen yaşlı hastalarda kırılganlığın etkilerini değerlendiren daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar kelimeler: Edmonton kırılganlık skalası, el sıkma gücü, kırılganlık, yatış süresi

KAS-İSKELET SİSTEMİ HASTALIKLARI

SS-040

YENİ BİR GERİATRİK SENDROM ; HİPERKİFOZİTE ? HİPERKİFOZİTE SIKLIĞININ BELİRLENMESİ VE ÜÇ YÖNTEMİN KARŞILAŞTIRILMASI

Gülçimen Soylu[1], Zeynel Abidin Öztürk[1], Yusuf Yalvaç[2], Funda Datlı Yakaryılmaz[1]

[1]Gaziantep Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Anabilim Dalı
[2]Gaziantep Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

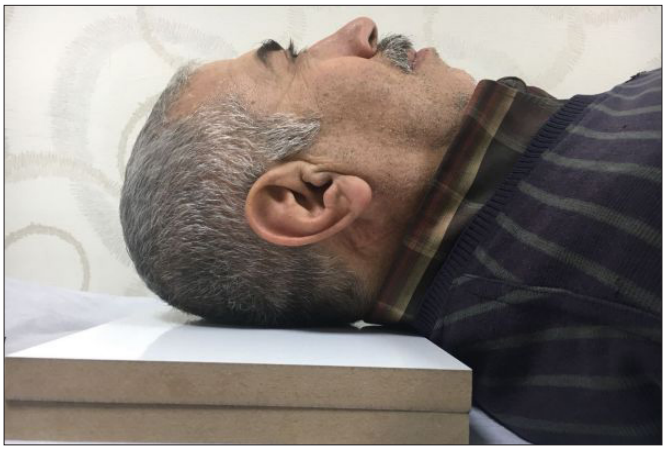
Amaç: Hiperkifozite, torakal omurganın aşırı eğriliğidir. Yaş ilişkili hiperkifozite, yeni bir geriatrik sendrom olarak tanımlanmakta ve fizyolojik yaşlanmanın bir belirteci olabileceği düşünülmektedir. Yaşlılarda prevelansı net olarak bilinmemekle birlikte %20 - %40 arasında olduğunu bildiren çalışmalar vardır. Biz bu çalışmamızda Üniversitemiz Geriatri Polikliniğine başvuran hastalarda yaş ilişkili hiperkifozite sıklığının belirlenmesini ve hiperkifozite ölçümünde kullanılan üç yöntemin karşılaştırılmasını amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya geriatri polikliniğine başvuran hastalar dahil edilmiştir. Katılımcıların kifozite değerlendirmesi Cobb açısı, Kifotik index(resim 1) ve Blok yöntemi(resim 2) olmak üzere üç ölçüm tekniği kullanılarak yapılmıştır. Cobb açısı 40° ve üzeri, kifotik index 12 ve üzeri, blok için 1 ve üzeri hiperkifozite olarak kabul edilmektedir.

Bulgular: Çalışmaya 121 kadın (%75,2) ve 40 erkek (%24,8) olmak üzere 161 kişi alındı. Katılımcıların ortalama yaşı 72,5±6,9 idi. Cobb açısına göre 44 (%41,1) hasta hiperkifotik, 63(%58,9) hasta normaldi. Kifotik index ölçümlerinde 61 (%40,1)'i hiperkifotik, 91 (%59,9)'u normaldi. Blok yöntemine baktığımızda ise 71 (%50,0) hiperkifotik, 71 (%50,0) normaldi. Cobb açısı ve kifotik index arasında korelasyon saptanırken ($rs=0.30$, p:0,002), cobb ve blok arasında korelasyon saptanması ($rs=0.15$, p:0,13). Kifotik index ve blok yöntemi arasında da korelasyon saptandı ($rs=0.32$, $p<0,001$).

Sonuç: Yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan iskelet kas sistemine ait değişikliklerden bir tanesi de hiperkifozitedir. Çalışmamız, önümüzdeki süreçte yeni bir geriatrik sendrom olarak tartışılması muhtemel bir klinik görünüm olan hiperkifozitenin üç farklı yöntemle eş zamanlı olarak değerlendirildiği ilk çalışma olması açısından önemlidir.

Anahtar kelimeler: hiperkifozite, prevelans.



Tablo 1. yaş ilişkili hiperkifozite sıklığı

ölçümler	*Hasta sayısı (n:)(oranı%)*	
	Hiperkifotik	*Normal*
cobb açısı	44 (%41,1)	63 (% 58,9)
kifotik index	61(%40,1)	91 (%59,9)
blok yöntemi	71 (%50,0)	71 (%50,0)

DEMANS-DEPRESYON-DELİRYUM

SS-041

MİLYONDA BİR GÖRÜLEN DEMANS VAKASI: PRİON HASTALIĞI

Olgun Deniz[1], Süheyla Çöteli[1], Hacer Doğan Varan[1], Muhammet Cemal Kızılarslanoğlu[1], Berna Göker[1]

[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Geriatri Bilim Dalı

Giriş: Prion hastalığı (PH) inkübasyon süresi uzun olan ve progresif seyreden nörodejeneratif bir hastalıktır. Beş çeşit insan prion hastalığı bulunmaktadır. Creutzfeldt-Jacob hastalığı(CJH) sporadik prion hastalıklarının %90'ından fazlasını oluşturmaktadır. Sıklığı yaklaşık 1/1.000.000'dir. En sık 57-62 yaş arasında görülmesine rağmen 80 yaş üzerinde vakalar da mevcuttur. PH'nın, normal formu PrPc olan konakçı hücre proteininin, anormal formunun(PrPSc) birikimi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Nadir görülen demans nedenleri arasında sayılan prion hastalığı ile takip ettiğimiz bir vakayı sunuyoruz.

Olgu: Seksen yaşında kadın hasta 2 aydır gelişen hafıza bozukluğu, uykusuzluk, halsizlik, ajitasyon, beslenmede bozulma ve çocuklarını tanıyamama şikayetleri ile dış merkezde nöroloji ve psikiyatri bölümlerine başvurmuş. Alzheimer tanısı düşünülerek antipsikotik, rivastigmin ve antidepresan tedavileri başlanmış. Yaklaşık 1 hafta sonra genel durumunda kötüleşme nedeni ile acil servise getirilmiş. BUN:250 mg/dl, kreatinin:8,54 mg/dl saptanması ve anürik olması nedeni ile hemodiyalize alınmış. Hasta, geriatri servisine tedavi planı için devir alındı. Pnömoni ve sepsis tablosunda olan hastanın tedaviler sonrasında metabolik durumu düzeldi. Ancak bilinç bulanıklığının devam etmesi ve hızlı gelişen demans öyküsü nedeni ile etiyolojiyi aydınlatmak için kranial MRG ve üremik ensefalopati ön tanısı ile EEG'si çekildi. Kranial MRG'da yaygın atrofi ve EEG'sinde CJH ile uyumlu olabilecek (periyodik jeneralize keskin ve keskin karakterli dalgalar) bulgular saptandı. Lomber ponksiyon yapılarak sekonder infeksiyöz nedenler dışlandı ve gönderilen BOS 14.3.3 proteini pozitif saptandı. Hasta CJH olarak kabul edildi. Takiplerinde myoklonus gelişen hastaya antiepileptik tedavi başlandı. İzleminde hastane kökenli sepsis nedeniyle hasta öldü.

Tartışma: CJH fatal seyreden nörodejeneratif bir hastalıktır. Sporadik, ailesel, iatrojenik ve varyant formları mevcuttur. Vakaların çoğu sporadik formdur (%85-95). Hızlı ilerleyen demans ve miyoklonus 2 kardinal bulgusudur. Asteni, iştahsızlık, uyku düzensizliği, kilo kaybı gibi prodromal semptomlara hastaların yaklaşık %25'inde rastlanmaktadır. Geç evrede hastada akinetik mutizm oluşur, bu dönemde miyokloniler kaybolabilir. Hastaların %80'i infeksiyon, kalp veya solunum yetmezliğine bağlı olarak ilk bir yılda ölmektedirler. Vakada da demans progresif bir şekilde başlamış, hasta kalp ve solunum yetmezliğine bağlı 2-3 ay içinde ölmüştür. BOS'ta normalde bulunan 14.3.3 proteinindeki artışın sporadik CJH için %96 duyarlı ve %99 özgün olduğu gösterilmiştir ve tanıyı destekleyen önemli bir laboratuar incelemesidir. EEG'de karakteristik periyodik senkron bi- veya trifazik keskin dalga kompleksleri %67-95 hastada görülmektedir. Ancak kesin tanı için biyopsi/otopsi şarttır. Sonuç olarak, ileri yaş dönemlerinde hızlı ilerleyen demansa eşlik eden miyokloni tablosunda sporadic CJH akla getirilmesi gereken bir durumdur.

Anahtar kelimeler: Demans, Miyoklonus, Creutzfeldt-Jacob hastalığı, Prion hastalığı

BAKIM HİZMETLERİ UYGULAMALARI (AKUT, POST-AKUT, REHABİLİTASYON, PALYATİF, UZUN DÖNEM VE EVDEBAKIM)

SS-042

HUZUREVİNDE ZİHİNSEL ENGELLİLER İÇİN ÖZEL EĞİTİM SINIFI UYGULAMASI

Derya Yücel[1], Büşra Binici[1]

[1]Neveşalom Sefarad Sinagogları Vakfı Barınyurt Huzurevi

Amaç: Huzurevinde kalan ileri yaştaki zihinsel engellilerin diğer normal yaşlıların yanında bu topluluğa çok daha iyi entegre olabilmelerini sağlamak için huzurevinin içinde özel eğitim sınıfının oluşturulmasıdır.

Giriş: Zihinsel engelliler toplumda önemli bir sorun teşkil etmektedir. Bu engelli grubu için özel eğitim kurumları mevcuttur. Ancak huzurevlerinde yaşamak zorunda bırakılmış ileri yaştaki zihinsel engelliler için ülkemizde bugüne kadar bir çözüm üretilememiştir. Biz çalışmamızda İstanbul Barınyurt Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezinde normal bireylerle birlikte yaşayan zihinsel engellilerin bu gruba çok daha iyi uyum sağlayabilmeleri için eğitilebilirliklerini ortaya koymayı hedefledik.

Yöntem veBulgular: Barınyurt Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi 101 kişi kapasiteli bir kurumdur. Halen kalan 86 bireyin 8'i (5'i erkek 3'ü kadın olmak üzere) özel eğitime gereksinimleri olan zihinsel engelli bireylerdi. Bu bireylerin yaş ortalamaları 60 ve yaş aralığı 43-70 idi.

Engelli bireylerin biri sınıf ortamını reddettiği ve ortamda diğer engelli bireyler ile bulunmak istemediğinden programa dahil edilmedi. Kalan 7 bireye özel eğitim sınıfında haftanın 4 günü özel eğitim öğretmeni ve psikolog desteğiyle eğitim verildi. Eğitimde kullanılan yöntem ve teknikler; model olma, basamaklandırılmış yöntem, olumlu davranış desteği, uygulamalı davranış analizi, açık anlatım yöntemi, motor beceriler, Verilen eğitimler; sosyal beceriler, bilişsel beceriler ve motor becerileri içermekteydi.

Bu çalışma 8 aralık 2015 tarihinde başlandı. Halen 2 yılı aşkın süredir devam etmektedir. Bu çalışmada bu süreç içindeki sonuçlar irdelendi.

Sonuç: Özel eğitim sınıfında bulunan 7 zihinsel engellinin engellilik düzeylerine göre aldıkları eğitimle belirli ilerlemeler (özellikle günlük yaşam becerilerinde) ilerleme kaydettikleri saptandı. Çalışmamızda ileri yaşta da olsa zihinsel engelli bireylerin sosyal hayata uyum için gerekli temel eğitimin önemli oranda verilebildiği görüldü. Standart huzurevi sisteminde ülkemizde ilk olarak yapılan bu uygulama ile normal yaşlı bireylerle engelli yaşlı bireylerin kaynaştırılabileceği ve aynı ortamda temel konularda birbirlerine yaklaştırılabileceği görüldü. Bu çalışmadaki diğer önemli sonuç ise ''Eğitim temelli rehabilitasyon''un yerini "toplum temelli eğitim ve rehabilitasyon" hizmetlerinin alması gerekliliğini ortaya koymasıdır.

Anahtar kelimeler: Huzurevi, Engelli Yaşlı, Özel Eğitim,

DİĞER DURUMLAR
(DÜŞME VE DENGE BOZUKLUKLARI, AĞRI, UYKU BOZUKLUKLARI, UYGUNSUZ İLAÇ KULLANIMI, İLAÇ ETKİLEŞİMİ, İLAÇ YAN ETKİLERİ VB)

SS-043

KIRILGANLIK VE İNFLAMASYON ARASINDAKİ İLİŞKİ

Rana Tuna Doğrul[1], Hacer Doğan Varan[1], Muhammet Cemal Kızılarslanoğlu[1], Mustafa Kemal Kılıç[1], Fatih Sümer[1], Güneş Arık[1], Özgür Kara[1], Meltem Halil[1], Mustafa Cankurtaran[1], Burcu Balam Yavuz[1]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı

Amaç: Kırılganlık; tıbbi problemler, hastaneye yatışlarla sonuçlanan fonksiyonel kayıp ve mortaliteye neden olabilen geriatrik bir sendrom olarak tanımlanır. Kırılganlık patogenezinde inflamasyonun rolü olduğu öne sürülmüştür ve şimdiye kadar altta yatan etki mekanizmasını anlamak için bir çok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada kırılganlık ve inflamasyon arasındaki ilişki incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmada kliniğimize başvuran 65 yaş üstü 817 hasta değerlendirildi. Fiziksel kırılganlık değerlendirilmesi için Freid Kriterleri kullanıldı. Hastalara ayrıntılı kapsamlı geriatrik değerlendirme uygulandı. Akut ve kronik enfeksiyon, kronik inflamatuar hastalıklar ve malignite dışlama kriteri olarak belirlendi. İnflamasyon göstergeleri olarak nötrofil, lenfosit, sedimentasyon, C-reaktif protein (CRP), albumin, ortalama trombosit hacmi (MPV) değerleri ve CRP/albumin oranı (CAO), nötrofil/lenfosit oranı (NLO) kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan hastaların yaş ortancası 73 yıl (minmaks: 65-94) ve %61,9'u kadındı (n:506). Hastaların %10,8'i kırılgan (n:88) iken %86,5'i kırılgan değildi (n:707). Kırılgan olmayan grupta CRP ortancası 0,41 mg/L (0,10-2,62), kırılgan grupta 0,49 mg/L (0,10-7,67) olarak saptandı (p:0,167). CRP/albumin oranı kırılgan grupta daha yüksek saptandı ancak bu ilişki anlamlı bulunmadı (p:0,07). Nötrofil/lenfosit oranı kırılgan olmayan grupta ortanca 2,17 (0,21-10,17), kırılgan grupta 2,41 (0,62-18,20) olarak saptandı ve iki grup arasındaki fark anlamlı bulundu (p:0,014). MPV gruplar arasında karşılaştırıldığında anlamlı bulunmaz iken (p:0,495) kırılgan grupta sedimentasyon anlamlı olarak daha yüksek saptandı (p<0,001). Multivariate analizde kırılganlık ile ilgili bağımsız ilişkili faktörler ile ilgili modeller oluşturulduğunda sedimentasyonun istatistiksel anlamlı düzeyde ilişkili olduğu görüldü (OR:1,026, %95 GA:1,005-1,047, p:0,015).

Sonuç: Kronik inflamasyonun; kas iskelet sistemi, endokrin ve hematolojik sistemler gibi diğer ara fizyolojik sistemler yoluyla doğrudan ve dolaylı olarak kırılganlığa neden olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızdaki bu bulgular ışığında kırılganlık ile inflamasyon arasında ilişki olabileceği gösterilmiştir. Bu konuda daha ayrıntılı bilgi edinmek için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Kırılganlık, İnflamasyon, Geriatrik hasta

DEMANS-DEPRESYON-DELİRYUM

SS-044

MASKELİ HİPERTANSİYON KOGNİTİF FONKSİYON İLİŞKİSİ (G-MASH-COG MONITOR)

Cafer Balcı[1], Mert Eşme[1], Fatih Sümer[1], Serkan Asil[2], Bünyamin Yavuz[3], Rana Tuna Doğrul[1], Cemile Özsürekci[1], Hatice Çalışkan[1], Pelin Ünsal[1], Gözde Şengül Ayçiçek[1], Meltem Halil[1], Mustafa Cankurtaran[1], Burcu Balam Yavuz[1]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı
[2]Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği
[3]Ankara Medical Park Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği

Amaç: Maskeli hipertansiyon, ofis/klinik ölçümlerdeki kan basıncın normal sınırlarda olup, diğer ölçümlerin yüksek seyretmesi olarak tanımlanmakta ve kardiyovasküler hastalık gelişimi için yüksek risk taşımaktadır. Maskeli hipertansiyonun kognitif fonksiyonlarda azalma ile ilişkili olduğu gösterilmesine (1) rağmen uzun dönemdeki etkilerine dair yeterli bilgi bulunmamaktadır. Bu çalışmada maskeli hipertansiyon kontrolünün kognitif fonksiyon üzerindeki etkisi araştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya 30 maskeli hipertansiyon, 31 kontrol grubu olarak toplam 62 kişi dahil edildi. İndex çalışmada maskeli hipertansiyon tespit edilenlere kan basıncı kontrolü amaçlı, yaşam tarzı değişikliği ve/veya antihipertansif tedavi önerilmiş olup 1 yıllık takip sonunda tüm katılımcılara ambulatuar kan basıncı monitorizasyonu(AKBM) uygulandı. Kognitif fonksiyonların değerlendirilmesi amaçlı Mini Mental Durum Testi(MMSE), Montreal Bilişsel Değerlendirme Testi(MOCA), Hızlı Hafif Kongitif Bozukluk Testi (QMCI) ve nöropiskiyatrik test bataryası uygulandı. Bazal ve 1 yıllık takip sonundaki ölçümler karşılaştırıldı. Takipte aşikar hipertansif olanlar çalışmaya dahil edilmedi.

Bulgular: Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 72.3 ± 5.1 olup, 36'sı (%59) kadındı. AKBM ölçümlerinde kontrol grubundaki kan basıncı ortalamalarındaki değişim anlamlı değilken, maskeli hipertansiyon kolunda bazale göre 1 yıllık takip sonundaki ortalama değişim, tüm gün sistolik kan basıncında 6.1 ± 9.4 mmHg, tüm gün diastolik kan basıncında 2.8 ± 5.5 mmHg olarak hesaplandı(sırasıyla p : 0.001; p : 0.01). Kognitif fonksiyonlar açısından maskeli hipertansiflerde, MMSE ve MOCA daki değişim istatistiksel olarak anlamlı değilken, QMCI daki artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu(bazal QMCI: 41.6 ± 11.8 ; 1. yıl sonunda: 45.7 ± 14.5 ; p:0.004).

Sonuç: Hipertansiyon ile kognitif fonksiyon arasındaki longitudinal ilişki iyi bilinmesine rağmen, maskeli hipertansiyonu olanlarda bu ilişki incelenmemiştir. Geriatrik popülasyonda maskeli hipertansiyona yönelik tedaviyle birlikte kognitif fonksiyonlarda iyileşmenin gösterildiği bu çalışma sonucunda, geriatrik bireylerde klinik pratikte maskeli hipertansiyon varlığı açısından dikkatli olunmalı ve kognitif fonksiyonlar ile ilişkisi göz önünde bulundurularak kontrol altına alınmalıdır.

Kaynak

1. Esme, M., Yavuz, B. B., Yavuz, B., Asil, S., Tuna Dogrul, R., Sumer, F., ... & Balci, C. (2017). Masked Hypertension is Associated With Cognitive Decline in Geriatric Age–Geriatric MASked Hypertension and Cognition (G-MASH-cog) Study. The Journals of Gerontology: Series A, 73(2), 248-254.

Anahtar kelimeler: Maskeli hipertansiyon, demans

DEMANS-DEPRESYON-DELİRYUM

SS-045

HİPERKALSEMİNİN TETİKLEDİĞİ DELİRYUM

Funda Datlı Yakaryılmaz[1], Zeynel Abidin Öztürk[1]

[1]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Şahinbey Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş: Deliryum; fiziksel veya fizyopatolojik nedenlerle başta bilinç ve yönelim bozukluğu ile kendini belli eden, daha sonra davranış bozukluğunun ortaya çıktığı, genellikle geçici ve geri dönebilir bir beyin işlev bozukluğu sendromu olarak tanımlanmaktadır. Pnömoni, kanser, üriner enfeksiyon, elektrolit imbalansı (hipo-hipernatremi, hipo-hiperkalsemi, hipo-hipermagnezemi), dehidratasyon, konjestif kalp yetmezliği, üremi ve inme; en sık deliryum yapan tıbbi hastalıklar olarak bildirilmiştir. Deliryumun iyi bilinen bir etiyolojilerinden biriside; hiperkalsemidir. Hiperkalsemik deliryum gelişen primer hiperparatiroidizm tanılı bir olguyu sunuyoruz.

Olgu: 68 yaşında erkek hasta 4 aydır hafta önce başlayan halsizlik, yorgunluk, karın ağrısı, iştahsızlık ve kilo kaybı şikayetleri ile geriatri polikliniğine başvurdu. Hasta yakınlarından alınan öyküde; yaygın ağrı, sanrısal düşünceler, görsel halüsinasyon, aralıklı konfüzyon ve ajitasyon ataklarının da olduğu öğrenildi. Fizik muayenede hasta bilinçli, uyanık, koopere, kişi ve yer oryantasyonu tam ancak zaman oryantasyonu tam değildi. Deliryum değerlendirmesi için Deliryum Değerlendirme Ölçeği (DDÖ) kullanıldı ve DDÖ 13 (deliryum > 11/30) saptandı. Değerlendirme esnasında; hasta dikkatsizdi, üç madde hatırlama testinde bozulma saptandı. Laboratuvar testlerinde; wbc: 10.8 10^3/μL, hb: 15.7 g/dL, plt: 288 10^3/μL, kreatinin 1.4 mg / dL, sodyum 131 mmol/L, potasyum: 3.1 mmol/L, magnesyum 1.53 mg/dL, fosfor 2.5 mg/dL, albumin 3.9 gr/dL, kalsiyum 15.9 mg / dL, paratiroid hormon (PTH) serum düzeyi: 278 pg/mL ve 25-hidroksivitamin D: 30.38 ng/mL saptandı. Deliryuma bağlı ajitasyon ve halüsinasyonların kontrol altına alınması için haloperidol 1 mg/6 saatte bir intravenöz (ıv) olarak verildi. Hiperkalsemi tedavisinde; kalsiyum düzeyinde hızlı düşüşü sağlamak için serum fizyolojik, zolendronik asit ve deksametazon kullanıdı. Tedavinin ilk 48 saatinde, hastanın serum kalsiyum düzeyinde gerileme saptandı. DDÖ skoru 0/30'a geriledi, halüsinasyon ve ajitasyon bulguları ortadan kalktı. Takip eden yedi gün içinde, hastanın zihinsel durumunda iyileşme devam etti. Serum kalsiyum düzeyi kontrol altına alındıktan sonra görsel halüsinasyon veya ajitasyon bulgusu tekrar gözlenmedi.

Tartışma: Yaşlılarda hiperkalseminin en önemli sebepleri hiperparatiroidizm, malignite ve uzun süren immobilizasyonlardır. Hiperkalsemiye bağlı nöropsikiatrik semptomlar başlangıçta, konsantrasyon güçlüğü ve uyku süresinin artışı şeklindedir. Hiperkalsemi derecesi arttıkca, depresyon, deliryum, konfuzyon ve sonrasında koma gelişebilir. Sunmuş olduğumuz hastamızında; akut başlangıçlı dikkat azalması, bilişsel ya da algılama bozukluklarının dalgalı seyri deliryumun ana özelliklerini oluşturmaktadır. Yaşlı hastalarda deliryum nedeni multifaktöriyeldir bu nedenle deliryuma neden olabilecek patolojiler tek tek ekarte edilmelidir.

Anahtar kelimeler: deliryum, hiperkalsemi

(DÜŞME VE DENGE BOZUKLUKLARI, AĞRI, UYKU BOZUKLUKLARI, UYGUNSUZ İLAÇ KULLANIMI, İLAÇ ETKİLEŞİMİ, İLAÇ YAN ETKİLERİ VB)

SS-046

ASIRLIK BİR YAŞLIDA LİNAGLİPTİN İKİNCİL HİPONATREMİ

Sercan Şahutoğlu[1], Zeliha Fulden Saraç[1]

[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Geriatri Bilim Dalı

Amaç: Yaşla birlikte fonksiyon gören nefron sayısında ve renal kan akımında görülen azalma nedeniyle su ekresyonu azalır ve idrarı dilüe etme fonksiyonu bozulur. Artan volüm yükü nedeniyle hiponatremi gelişme riski artar. Ayrıca antidiüretik hormonun uygunsuz salınımına bağlı uygunsuz antidüretik hormon salınımı sendromu diğer bir hiponatremi nedenidir. Diyabetik hastalarda güvenilirlikleri nedeniyle oral antidiyabetik ajanlardan dipeptidil peptidaz-4 inhibitörleri sıklıkla tercih edilmektedir. Özellikle renal doz ayarı gerektirmemesi nedeniyle linagliptinin kullanımı giderek artmaktadır. Amacımız 101 yaşında linagliptin kullanımı olan ve hiponatremi gelişen bir vaka ile ileri yaş vakalarda linagliptin kullanımı sırasında gelişebilecek hiponatremiye dikkat çekmektir.

Olgu: 101 yaşında kadın hasta 2 aydır var olan yürümede güçlük, yaygın eklem ağrıları, kan şeker regülasyonu amacıyla servise yatırıldı. Fizik muayenesinde sağ akciğer bazalde minimal raller, sağ omuz ekleminde krepitasyon ve kısıtlılık, diğer eklem bölgelerinde de krepitasyon mevcuttu. Diğer fizik muayene bulguları olağandı. Özgeçmişinde diabetes mellitus ve hipertansiyon mevcuttu. Hasta indapamid, insülin glarjin, nateglinid kullanmaktaydı. Labaratuarında; üre:83 mg/dl, kreatinin 1,35 mg/dl, Na: 135 mEq/L, K: 4.5 mEq/L, HbA1c %7,3'tü. Diğer labaratuar bulguları olağandı. Sağ akciğer bazalde duyulan ral nedeniyle çekilen PA akciğer grafisinde parankimde infiltrasyon saptanmadı. HbA1c %7, 3 olan hastanın kullanmakta olduğu lantus ve nateglinid kesilerek linagliptin günde tek doz başlandı. Yapılan değişiklikler sonrası hastanın takipte sodyum değeri tedrici olarak azalarak 118 mEq/L'ye geriledi. Övolemik olarak değerlendirilen hastada ön planda uygunsuz antidüretik hormon salınımı sendromu düşünüldü. Linagliptin kullanmaya başladıktan sonra ara ara geçmişte olan astım benzeri nefes darlığı atağının tekrarladığını, halsizleştiğini belirten hastada linagliptin, indapamid kesildi ve sıvı kısıtlaması yapıldı. Takipte sodyum değeri normale dönen, aktif yakınması kalmayan hasta antidiyabetik olarak nateglinid ile taburcu edildi.

Tartışma: Uygunsuz antidiüretik hormon salınımı sendromunun etyolojisinde ilaçlardan ön planda kemoterapötikler, psikotrop ajanlar, antidepresanlar rol oynamaktadır. Akciğer patolojilerinden pnömoninin uygunsuz antidiüretik hormon salınımına yol açtığı, daha nadiren astım, akut akciğer yetmezliği ve pnömotoraksa ikincil de gelişebildiği bilinmektedir. Hastamızda linagliptin kullanımından iki gün sonra gelişen halsizlik, nefes darlığı, bronkospazm mevcuttu. Linagliptin kullanımıyla literatürde çok nadiren astım gelişimi olabileceği belirtilmiştir. Astım benzeri atak görülen, takipte hiponatremi gelişen hastamızda gelişen hiponatreminin linagliptin ikincil yan etkiler sonucunda ortaya çıktığı kanaatindeyiz. Bu konuda ileri çalışmalar yapılmalıdır. Biz bu vaka ile çok ileri yaş bir vakada olası bir ilaç yan etkisine dikkat çekmek istedik.

Anahtar kelimeler: yaşlı, linagliptin, hiponatremi

HEMATOLOJİK VE ONKOLOJİK HASTALIKLAR

SS-047

BİR EPİDEMİYOLOJİK ÇALIŞMA; ÇORUM İLİNDE 2013-2016 YILLARINA AİT 50 YAŞ ÜSTÜ KANSER OLGULARININ DAĞILIMI

Yılmaz Baş[1]

[1]Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, Çorum

Amaç: Bu çalışma, üniversite hastanesi patoloji bölümü arşivi ve İl Sağlık Müdürlüğü Kanser Birimi kayıtlarına dayanarak, 50 yaş üstü kanser olgularının sıklığını, organ, yaş, cinsiyete göre dağılımını ve tedavilerini araştırmayı amaçlamıştır.

Gereç ve Yöntemler: 01.01.2013-31.12.2016 tarihleri arasında 50 yaş üstü toplam 3945 kanser olgusu retrospektif olarak incelendi. Histolojik tipleri, tedavileri, yaş ve cinsiyet bilgileri patoloji raporlarından, hastane kayıt sistemi ve il kanser merkezi verilerinden temin edildi.

Bulgular: 50-107 yaş aralığındaki olguların %38.7'i kadın (n=1525), %61.3'ü erkekti (n=2420). En sık kanser vakaları 60-69 yaş aralığında (n=1319) yer almaktaydı. Her iki cinste ilk on kanser deri (n=525, %13.7), akciğer (n=495, %12.6), kolorektal (n=385, %9.8), prostat (n=354, %9.0), mide (n=340, %8.6), meme (n=260, %6.6), mesane (n=252, %6.4), pankreas (n=163, %4.1), hematopoetik (n=138, %3.5) ve primeri belirsiz (n=131, %3.33)'di (Tablo 1). Kadınlarda meme (n=260, %16,8), deri (n=241, %15.6), kolorektal (n=168 %10,9), mide (n=105, %6.8), korpus uteri (n=99, %6.4), tiroit (n=95 %6.1), akciğer (n=69 %4.5), primeri belirsiz (n=62 %4.0), hematopoetik (n=58 %3.8) ve pankreas (n=50 %3.2); erkeklerde akciğer (n=426 %17.8), prostat (n=354, %14.8), deri (n=301, %12.6), mide (n=235 %9.2), mesane (n=221 %9.2), kolorektal (n=217, %9.1), pankreas (n=113 %4.7), hematopoetik (n=80 %3.3), primeri belirsiz (n=69 %2.9) ve karaciğer (n=48, %2.0) kanserleri ilk on sırada izlendi. Cerrahi tedavi (n=2044) %52.0, kemoterapi (n=552) %14.0, radyoterapi (n=78) %2, diğer tedaviler (n=91) %2.3 hastada uygulandı. %28.4'ü (n=1122) tedavi almamıştı. %1.6'nın (n=62) aldığı tedavi belirsizdi. Hastaların (n=1888) %48 vefat etmişti.

Sonuç: Ortalama yaşam süresinin uzaması ile birlikte ileri yaşta kanser görülme sıklığında da artış görülmektedir. Radyasyon onkolojisinin açılması, medikal onkoloji, girişimsel radyolojinin ve cerrahi birimlerin daha da geliştirilmesi kanser tanı ve tedavi aşamalarının düzenlenmesinde, mortalite oranlarının azalmasında önemli sonuçlar doğuracağı gibi, ekonomik kayıpları da azaltacağını göstermektedir. Özellikle ileri yaştaki kanserli hastalara yönelik yeni klinik ve bakım ünitelerinin geliştirilmesi uygun olacaktır. Ayrıca kanser kayıt merkezlerinin geliştirilmesi, aktif kayıt sistemi ve tüm sağlık kuruluşlarının tek çatı altında birleştirilmesiyle ülkemizde de daha sağlıklı verilere ulaşılacağı anlaşılmaktadır. Sonuç olarak erken tanı yöntemlerinin geliştirilmesi ile birlikte yöresel kanser risk faktörlerinin belirlenmesi, kanser kayıt sisteminin oluşturulması, kanserden korunmada geliştirilecek projeler için temel oluşturacaktır.

Anahtar kelimeler: Kanser, histoloji, yaş, cins, Çorum

Sıra	Lokalizasyon (tanı kodu)	Total		Erkek		Kadın	
		n	%	n	%	n	%
1	Deri (C44)	542	13.7	301	12.6	241	15.6
2	Akciğerler (C33-34)	495	12.6	426	17.8	69	4.5
3	Kolorektum (C18-21)	385	9.8	217	9.1	168	10.9
4	Prostat (C61)	354	9.0	354	14.8		
5	Mide (C16)	340	8.6	235	9.8	105	6.8
6	Meme (C50)	260	6.6			260	16.8
7	Mesane (C67)	252	6.4	221	9.2	31	2.0
8	Pankreas (C25)	163	4.1	113	4.7	50	3.2
9	Hematopoetik (C81-88-95)	138	3.5	80	3.3	58	3.8
10	Perimeri belirsiz (C26, 39, 48, 76-80)	131	3.3	69	2.9	62	4.0
11	Tiroit (C73)	126	3.2	31	1.3	95	6.1
12	Korpus uteri (C54)	99	2.5			99	6.4
13	Beyin (C70-72)	87	2.2	44	1.8	43	2.9
14	Böbrek (C64-66)	80	2.0	40	1.7	40	2.6
15	Karaciğer (C22)	70	1.8	48	2.0	22	1.4
16	Non-Hodgkin Lenfoma (C82-85, C96)	63	1.6	40	1.7	23	1.5
17	Larinks (C32)	45	1.1	43	1.8	2	0.1
18	Safra Kesesi (C23-24)	42	1.1	23	1.0	19	1.2
19	Over (C56)	40	1.0			40	2.6
20	Malign Melanoma (C43)	27	0.7	14	0.6	13	0.8
21	Ağız içi (dudak dahil) C00-09)	27	0.7	16	0.7	11	0.7
22	Özefagus (C15)	25	0.6	4	0.2	21	1.4
23	Serviks uteri (C53)	24	0.6			24	1.6
24	İnce Barsak (C17)	19	0.5	8	0.3	11	0.7
25	Yumuşak doku (C47-49)	19	0.5	15	0.6	4	0.3
26	Kalp Mediasten Plevra (C38)	18	0.5	11	0.5	7	0.5
27	Hipofiz (C75.1)	13	0.3	9	0.4	4	0.3
28	Nazofarinks (C11)	12	0.3	10	0.4	2	0.1
29	Hodgkin Lenfoma (C81)	10	0.3	8	0.3	2	0.1
30	Retroperiton (C48)	9	0.2	3	0.1	6	0.4
31	Kaposi (C46)	7	0.2	5	0.2	2	0.1
32	Tükrük bezi (C07-08)	7	0.2	4	0.2	3	0.2
33	Vulva-vagen (C51, C52)	6	0.2			6	0.4
34	Kemik (C40-41)	5	0.1	3	0.1	2	0.1
35	Göz ve ekleri (C69)	2	0.05	2	0.1	0	
36	Üreter (C68)	2	0.05	1	0.04	1	0.07
37	Timus (C37)	1	0.03	1	0.04		
Total n (%)		3945	100.0	2399	60.8	1546	39.2

KAS-İSKELET SİSTEMİ HASTALIKLARI

SS-048

65 YAŞ ÜSTÜ OSTEOPOROZ HASTALARINDA DENOSUMAB VE ZOLEDRONİK ASİT'İN YAN ETKİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Rabia Bağ Soytaş[1], Hakan Yavuzer[1], Serdar Özkök[1], Alper Döventaş[1], Deniz Suna Erdinçler[1]

[1]İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Osteoporoz; düşük kemik kitle ve mikromimarisinde bozuklukla giden, frajilite ve kırık riskinde artışla karakterize bir hastalıktır. Tedavide primer amaç, kırıkların önlenmesidir. Bifosfonatlar, vertebra, kalça ve vertebra dışı kırık riskini azaltmak için etkinliği kanıtlanmış, ilk basamak ilaçlardır. Bu gruptan zoledronik asit, yılda bir kez intravenöz uygulanarak kullanım kolaylığı sağladığı için, geriatrik hastalarda sık tercih edilmektedir. Denosumab ise; osteoporotik kırık riski yüksek ve diğer tedavilere yanıt vermemiş olan postmenopozal kadın ve erkeklerde, altı ayda bir subkutan uygulanan, anabolik bir ajandır. Biz de polikliniğimizden takipli, osteoporoz tedavisi alan hastalarda, zoledronik asit ve denosumab kullanım oranları ile iki ilacın yan etkilerini karşılaştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel ve retrospektif olan çalışmamızda son 2 yılda başvuranların dosyaları taranarak; osteoporoz tanısıyla zoledronik asit ve denosumab almış olanlar belirlendi. Klinik ve demografik verileri, tedavi başlangıcı, 6. ay ve 1. yıl laboratuvar değerleri ile ilaç yan etkileri kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya zoledronik asit ve denosumab almış 240 hastadan 171'i (15 erkek, 156 kadın) dâhil edildi. 69 hastanın 23'ü takibe gelmediği; 32'sinin kontrol, 14'ünün ise başlangıç GFR değeri olmadığı için değerlendirmeye alınmadı. Hastaların demografik ve laboratuvar değerleri Tablo 1'de gösterildi. Denosumab alanlar daha yaşlı, üre ve kreatinin değerleri daha yüksek, GFR'leri ise daha düşüktü. Her iki grupta kronik hastalık sayıları arasında anlamlı fark görülmezken; denosumab alanların kullandığı ilaç sayısının (7,47 ± 3,20) daha fazla olduğu tespit edildi (p=0,030). Yan etki açısından değerlendirildiğinde hipokalsemi, denosumab verilenlerin 1'inde (%1,29) görülürken; zoledronik asit verilenlerde rastlanmadı. Denosumab alanların 4'ünde (%5,19), zoledronik asit alanların ise 2'sinde (%2,12) 1 aylık takipte akut böbrek yetmezliği gelişti. Bu hastalarda başlangıç GFR değerlerinin de düşük olması, akut böbrek yetersizliğinin osteoporoz tedavisinde kullandığımız ajanlardan bağımsız olabileceğini düşündürdü. Zoledronik asit alanların 2'sinde (%2,12) grip benzeri semptomlar görülürken; denosumab alanlarda gözlenmedi. Ayrıca zoledronik asit alanların 1'inde (%1,06) tedavi sonrası çene osteonekrozu olmaksızın, 6 dişinde kendiliğinden dökülme; denosumab alanların 1'inde (%1,29) ise ischium pubiste bilateral spontan fraktür tespit edildi.

Sonuç: Osteoporoz tedavisinde sık kullanılan denosumab ve zoledronik asit karşılaştırıldığında, denosumabın daha ileri yaşta, daha çok ilaç kullanan, kreatinin klirensi daha düşük ve renal yetersizlik açısından daha duyarlı hastalarda tercih edildiği; yan etki açısından iki grup arasında anlamlı fark olmadığı; gelişen yan etkilerin ise literatürde belirtilenden daha az olduğu; kullanılacak ajanın seçiminde komorbidite yanı sıra, çoklu ilaç kullanımı ve nadir yan etkilerin akılda tutulması gerektiği kanısına varıldı.

Anahtar kelimeler: osteoporoz, zoledronik asit, denosumab, yan etki

Tablo 1. Grupların demografik ve laboratuvar verileri

	Denosumab (n=77)	*Zoledronik asit (n=94)*	*p değeri*	*Tüm gruplar (n=171)*
Yaş (yıl)	81,96 ± 7,7	77,37 ± 8,05	<0,001	79,43 ± 8,23
Cinsiyet (K/E)	75/2	81/13	<0,001	156/15
Üre (mg/dl)	53,35 ± 28,06	38,08 ± 12,25	<0,001	44,95 ± 22,18
Üre 6. Ay (mg/dl)	46,82 ± 20,52	37,64 ± 11,25	0,003	41,78 ± 16,66
Üre 1. yıl (mg/dl)	51,83 ± 23,70	39,78 ± 14,42	0,016	43,86 ± 18,80
Kreatinin (mg/dl)	1,03 ± 0,34	0,76 ± 0,20	<0,001	0,89 ± 0,30
Kreatinin 6. Ay (mg/dl)	1,02 ± 0,38	0,81 ± 0,21	0,001	0,90 ± 0,32
Kreatinin 1. Yıl (mg/dl)	1,12 ± 0,49	0,82 ± 0,21	0,001	0,92 ± 0,36
Kalsiyum (mg/dl)	9,45 ± 0,43	9,47 ± 0,73	0,849	9,46 ± 0,61
Kalsiyum 6. ay (mg/dl)	9,35 ± 0,61	9,54 ± 0,53	0,106	9,45 ± 0,57
Kalsiyum 1. yıl (mg/dl)	9,34 ± 0,53	9,52 ± 0,53	0,220	9,46 ± 0,53
D vitamini (ng/ml)	35,65 ± 16,08	36,58 ± 22,10	0,760	36,16 ± 19,56
D vitamini 6. Ay (ng/ml)	39,58 ± 16,40	38,16 ± 13,33	0,653	38,84 ± 14,81
D vitamini 1. yıl (ng/ml)	34,37 ± 9,98	37,93 ± 13,80	0,326	36,70 ± 12,63
GFR tedavi öncesi (ml/min/1.73m2)	61,21 ± 21,83	84,97 ± 23,98	<0,001	74,27 ± 25,85
GFR tedavi sonrası (ml/min/1.73m2)	62,50 ± 23,68	83,14 ± 29,63	<0,001	73,86 ± 28,90
Hastalık sayısı	2,91 ± 1,32	2,68 ± 1,34	0,291	2,79 ± 1,33
İlaç sayısı	7,47 ± 3,20	6,35 ± 2,98	0,030	6,86 ± 3,12

Tablo 2. Tedavi ile ilişkili gözlenen yan etkiler

	Denosumab (n: 77)	*Zoledronik asit (n:94)*
Hipokalsemi	1 (%1,29)	0 (%0)
Akut böbrek yetmezliği	4 (%5,19)	2 (%2,12)
Grip benzeri semptomlar	0 (%0)	2 (%2,12)
Diğer	1 (İschium pubiste bilateral spontan fraktür) (%1,29)	1 (6 dişinde kendiliğinden dökülme) (%1,06)

HEMATOLOJİK VE ONKOLOJİK HASTALIKLAR

SS-049

GERİATRİK HASTALARDA ANEMİ SIKLIĞI VE ANTİAGREGAN KULLANIMI İLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hatice Aksu[1], Rabia Bağ Soytaş[1], Serdar Özkök[1], Suna Avcı[1], Hakan Yavuzer[1], Deniz Suna Erdinçler[1], Alper Döventaş[1]

[1]İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı

Amaç: Anemi, yaşlı popülasyonda oldukça sık rastlanan bir problem olup, önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Uygun şekilde tanı konulup, tedavi planlanmadığı takdirde, yaşam kalitesinde azalma, mobilite ve fonksiyonellikte bozulma, kognitif fonksiyonlarda kötüleşme gibi sorunlara yol açmaktadır. Bu bildiride Geriatri polikliniğine başvuran 65 yaş ve üstü hastalarda, anemi sıklığı ile anemiye katkıda bulunan faktörlerin belirlenmesi, bunların antiagregan kullanımı ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Çalışma kesitsel ve retrospektif olarak planlandı. Geriatri polikliniğine son 5 yılda başvuran hastaların dosyaları taranarak, anemi saptanan hastaların klinik ve demografik verileri, anemi tipleri ve anemi ile ilişkili faktörler değerlendirildi. İstatistiksel değerlendirmelerde ikili grup karşılaştırmalarında Student's t, Mann Whitney U veya Ki Kare testi; üçlü karşılaştırmalarda ise Tek Yönlü Anova testi kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya yaşları 65 ile 97 arasında değişen (ortalama 78.82±7.5 yıl) toplam 207 hasta (72 erkek, 135 kadın) dâhil edildi. Hastaların 92'si (%44.4) en az bir antiagregan, 26'sı (%12.6) ise antikoagülan ilaç kullanıyordu. Asetil salisilik asit (%38.8) en sık kullanılan antiagregan iken, warfarin (%5.3) en sık kullanılan antikoagülandı. Hipertansiyon, diyabetes mellitus ve hiperlipidemi en sık görülen komorbiditelerdi. Hastaların 70'inde (%33.8) en az 4 komorbidite saptandı. Anemi saptanan 207 hastanın 106'sına (%51.2) demir eksikliği anemisi, 27'sine (%13.0) megaloblastik anemi, 49'una (%23.7) kronik hastalık anemisi teşhisi konurken; 25 hastada (%12.1) anemi etyolojisi tanımlanamamıştı (Tablo 1). Yaş arttıkça hemoglobin seviyesinde azalma olduğu gözlendi (r=-0.208, p=0.003). Antiagregan ilaç kullanımı sıklığı, anemi etiyolojisi tanımlanmamış grupta daha yüksekti (p<0.001).

Sonuç: Geriatrik hastalarda antiagregan ve antikoagülan ilaç kullanımı oldukça sıktır. Özellikle ileri yaşta etyolojisi aydınlatılamayan anemilerde, antiagregan ve antikoagülan ilaç kullanımının temel risk faktörü olabileceği hatırlanmalıdır.

Anahtar kelimeler: geriatri, anemi, antiagregan, antikoagülan

Tablo 1. Anemi sıklığı, hastaların demografik özellikleri ve kullandıkları ilaçlarla ilişkisi

Değişken	*Demir Eksikliği N=106 (%51.2)*	*Megaloblastik (N=27) (%13)*	*Kronik Hastalık (N=49) (%23.7)*	*Tanımlanmamış (N=25) (%12.1)*	*P Değeri*
Yaş (yıl)	78.61±7.3	79.78±6.7	78.10±8.4	80.08±7.5	0.647
Cinsiyet - Erkek - Kadın	27 (25.5) 79 (74.5)	14 (51.9) 13 (48.1)	21 (42.9) 28 (57.1)	10 (40) 15 (60)	0.026
Antiagregan - Evet - Hayır	38 (35.8) 68 (64.2)	7 (25.9) 20 (74.1)	29 (59.1) 20 (40.9)	18 (72) 7 (18)	0.001
Antikoagülan - Evet - Hayır	17 (16) 89 (84)	4 (14.8) 23 (85.2)	4 (8.2) 45 (91.8)	3 (12) 22 (88)	0.601
Komorbidite≥4 - Evet - Hayır	35 (33) 71 (67)	10 (37) 17 (63)	14 (28.6) 35 (71.4)	11 (44) 14 (56)	0.590
İlaç sayısı ≥4 - Evet - Hayır	87 (84) 19 (16)	26 (96.3) 1 (3.7)	39 (79.6) 10 (10.4)	20 (80) 5 (20)	0.259

KARDİYOVASKÜLER SİSTEM HASTALIKLARI

SS-050

KARDİYOPULMONER BYPASS GREFT OPERASYONU YAPILAN GERİATRİK HASTALARDA İNTRAOPERATİF POZİTİF İNOTROPLARIN YERİ:

Zinet Asuman Arslan Onuk[1]

[1]S.B. Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı

Giriş: Koroner arter hastalığı dünyada ölümlerin başında gelmektedir. Ortalama yaşam beklentisinin artması ve kardiyovasküler hastalıkların ilerleyen yaşla birlikte daha yüksek insidansı nedeniyle, günümüzde giderek artan sayıda yaşlı hastaya kalp cerrahisi uygulanmaktadır. Ancak ileri yaş, fizyolojik rezerv kapasitesinde azalma ve diabetes mellitus, böbrek yetmezliği, serebrovasküler hastalıklar ve kronik akciğer hastalıkları gibi önemli komorbiteler ile ilişkilidir.

Biz bu çalışmada 65 yaş üstü hastalarda by pass edilen damar sayısıyla pozitif inotrop ilaç kullanımı ve yandaş hastalıkların sıklığı arasındaki ilişkiyi karşılaştırdık.

Materyal Metod: Koroner arter cerrahisi geçirecek geriatrik hastalarda 65-88 yaş arası 42 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar baypasslanan damar sayısına göre ikiye ayrıldı. Grup I'de ise baypasslanan damar sayısı, üç ve üzeriydi. Grup II'deki hastalarda baypasslanan damar sayısı iki ve iki'nin altındaydı. Hemodinamik takip için radial arter kanülasyonu yapıldı. Tüm olgular anestezi indüksiyonu sırasında %100 O2 ile solutularak 5-7 mg/kg tiyopental, 5- mcg/kg fentanil ve 0,6 mg/kg rokuronyum bromidle entübe edildi. İdamede desfluran %5-6, O2%50+kuru hava%50, rokuronyum bromid ve fentanil kullanıldı. Sağ internal juguler venden 3 lümenli santral kateter uygulanarak cerrahi süresince rektal vücut ısısı ve idrar çıkışı takip edildi.

Bulgular: Hastaların %76 erkek (n=32), %24'ü kadın (n=10) ve yaş ortalamaları grup 1'de 69,3±1,1, grup 2'de 72,3±7,2 bulundu. İki grup arasında yandaş hastalıklardan diyabetes mellitus, hipertansiyon, kronik obstrüktif akciğer hastalıkları açısından fark yoktu. Grup 1 ve Grup 2 arasında pozitif inotrop ilaç kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. (p=0,047). Operasyon süresi, anestezi süresi ve pompa süresi gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (p=0,001).

İstatistiksel veriler Fisher'in kikare analizi ile değerlendirilmiştir.

Sonuç: Geriatrik hastalarda anastomoz yapılan damar sayısı arttıkça dopamin, dobutamin gibi pozitif inotropların kullanımı artmaktadır. Hastalarda diyabetes mellitus ve hipertansiyon gibi yandaş hastalıklarının olması dopamin ve dobutamin kullanım sıklığını attırmamaktadır.

Kaynaklar

1. Imbad Ahmed, Chad M House and William B Nelson. Predictors of inotrope use in patients undergoing concomitant coronary artery bypass graft and aortic valve replacement surgeries at separation from cardiopulmonary bypass. Journal of Cardiothoracic Surgery 2009,4:24
2. Priebe HJ. The aged cardiovascular risk patient. Br J Anaesth 2000;85:763-78.

Anahtar kelimeler: açık kalp cerrahisi, koroner arter bypas greft, geriatrik hasta, pozitif inotrop ilaçlar

Tablo 1. Hastaların demografik ve peroperatif özellikleri

	Grup 1(n=20) ortalama±Sd	Grup 2(n=22) ortalama±Sd	p
yaş	69,3±1,1	72,3±7,2	>0,05
BMI	27,5±3,9	28,9±4,1	>0,05
Ejekfrak	56,7±8,0	54,6±8,8	>0,05
Operstür	183,8±28,5	124,1±40,1	0,001*
Aneststür	219,2±32,1	154,5±40,5	0,001*
Krosklemps	33,8±9,7	31,5±15,9	>0,05
Pompastür	72,6±15,6	53,3±14,2	0,001*

BMI:Body Mass Indeks, EF: Ejeksiyon Fraksiyonu, Operstür:Operasyon Süresi, Aneststür:Anestezi Süresi, Krosklemps: Krosklemp süresi, Pompastür:Pompa süresi .*p<0.05 anlamlı

Tablo 2. Preoperatif ve peroperatif değişkenler

	Grup 1 (n=20)		Grup 2 (n=22)		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	p
Kadın	5	25	13	52	0,857
Sigara	8	40	7	28	0,537
HT	15	75	13	52	0,087
DM	10	50	8	32	0,995
İnotrop Kullanımı	19	95	17	68	0,047*
KOAH	2	13,6	0	0	0,233
Anastomoz yapılan damar sayısı					
4	3	15	-	-	-
3	17	85	-	-	-
2	-		13	%59	-
1	-		9	%40	-

Gruplar: Grup 1: 65yaş üstündeki CABG yapılan hastalarda iki damardan fazla anastomoz yapılan hastalar, Grup 2: 65yaş üstündeki CABG yapılan hastalarda iki ve iki damardan az damar anastomozu yapılan hastalar, HT:Hipertansiyon,DM:Diabetes Mellitus, KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı,*p<0,05 anlamlı

ENFEKSİYON HASTALIKLARI

SS-051

GERİATRİK YAŞ GRUBUNDA TOPLUM KAYNAKLI İDRAR YOLU ENFEKSİYONU ETKENLERİ VE ANTİBİYOTİK DUYARLILIKLARI

Zeynep Çizmeci[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Laboratuvarı, İstanbul

Amaç: İdrar yolu enfeksiyonu (İYE) 65 yaş üzerinde hem erkek hem de kadınlarda en sık görülen bakteriyel enfeksiyonlar arasında olup, görülme sıklığı %2.9-34 arasında değişmektedir. İlerleyen yaş ile birlikte enfeksiyon gelişimini kolaylaştıran başlıca konak faktörleri nedeniyle İYE'e yatkınlık artmaktadır. İYE şikayetleriyle başvuran hastalara anamnez, fizik muayene ve idrar analiziyle tanı konulmakta ve çoğunlukla kültür yapılmaksızın ampirik antibiyotik tedavisi başlanmaktadır. Geriatrik hastalarda İYE'nin klinik belirtileri genel-

likle atipik olduğundan tanı konulmasının zorluğu yanında, artan antibiyotik direnci nedeniyle toplum kaynaklı enfeksiyonların tedavisi de günümüzde önemli bir problem haline gelmiştir. Çalışmamızda, uygun ampirik antibiyotik tedavi yaklaşımlarının oluşturulabilmesi için hastanemize başvuran toplumdan kazanılmış İYE'li geriatrik hastalardan izole edilen üropatojenlerin ve tedavide tercih edilen antibiyotiklere karşı direnç oranlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Ocak 2017- Ocak 2018 tarihleri arasında Üroloji polikliniklerine başvuran 65 yaş üzeri hastalardan kabul edilen 2225 idrar kültürü retrospektif olarak değerlendirildi. İzolatların identifikasyonu ve antibiyotik duyarlılık testi için Phoenix BD (Becton Dickinson, ABD) otomatize sistem kullanıldı.

Bulgular: İdrar kültürlerinin %61.4'ünde (n:1367) üreme saptanmadı ve %15.8'inde (n:352) kontaminasyon tespit edildi. Yaş ortalaması 72.2±6.7 olan üreme saptanan 506 (%22.7) hastanın idrar kültüründen 523 etken izole edildi. İdrar kültürlerinin 17'inde (%3.6) iki etken izole edildi. Geriatrik yaş grubu hastalarda toplum kökenli İYE'da Gram negatif bakteriler %84.9, Gram pozitif bakteriler %14.1, Candida türleri ise %1 oranında saptandı (Tablo 1). Her iki cinste de tüm etkenler içinde en sık E.coli (%53.3) izole edildi. E.coli izolatlarında GSBL oranı %43.4 (n:121) olarak bulundu. Karbapenem grubu antibiyotiklere direnç saptanmaz iken, en düşük direnç oranı amikasine (%1.1) bulundu. Ampirik tedavide sıklıkla tercih edilen antibiyotikler olan fosfomisine %3.9, nitrofurantoine %11.5, gentamisine %30.1, trimetoprimsülfametoksazole %52, amoksisilin-klavulanik aside %56.6, siprofloksasine %61.6 oranında direnç saptandı (Tablo 2).

Sonuç: Çalışmamızda geriatrik yaş grubunda toplum kaynaklı İYE'nin en sık nedeni E.coli olmak üzere Gram negatif bakteriler olarak saptanmış olup, ampirik antibiyotik tedavisinde sıklıkla tercih edilen antibiyotiklere karşı saptanan yüksek direnç oranları dikkat çekicidir. Geriatrik hastalarda gelişen İYE'nin ampirik tedavisinde düşük direnç oranları ve toksisitesi nedeniyle fosfomisin ve nitrofurantoinin tercih edilebileceği görülmüştür. Geriatrik hastalarda hem İYE'nin atipik bulgularla ortaya çıkabilmesi hem de yaşla birlikte polimikrobiyal İYE'nin artması nedeniyle bu yaş grubunun idrar kültürlerinin dikkatli değerlendirilmesi ve seçilecek antimikrobiyal tedavinin antibiyotik duyarlılık test sonuçlarına göre planlanması uygun olacaktır.

Anahtar kelimeler: Geriatrik hasta, idrar yolu enfeksiyonu, E.coli, antibiyotik direnci

Tablo 1. Toplum kaynaklı idrar yolu enfeksiyon etkeni olarak izole edilen 523 üropatojenin dağılımı

Gram-Negatif Etkenler	*n (%)*	*Gram-Pozitif Etkenler*	*n (%)*	*Candida Türleri*	*n (%)*
Escherichia coli	279 (%63)	*Enterococcus faecalis*	58 (%78.4)	*Candida albicans*	4
Klebsiella pneumoniae	72 (16.2)	*Staphylococcus aureus*	6 (%8.1)	*Candida glabrata*	1
Pseudomonas aeruginosa	51 (%11.5)	*S. epidermidis*	4 (%5.4)		
Enterobacter spp.	17 (%3.8)	*Enterococcus faecium*	3 (%0.7)		
Klebsiella oxytoca	8 (%1.8)	*Streptococcus agalactiae*	3(%0.7)		
Proteus spp.	7 (%1.6)				
Citrobacter spp.	4 (%0.9)				
Morganella morganii	3 (%0.7)				
Serratia marcescens	2 (%0.45)				
Salmonella spp	1 (%0.2)				
Toplam	444 (%84.9)	Toplam	74 (%14.1)	Toplam	5 (%1)

Tablo 2. Toplum kaynaklı idrar yolu enfeksiyonlarından izole edilen üropatojen Gram negatif bakterilerin antibiyotik direnç oranları

	E.coli (n: 279)	*Klebsiella spp.(n: 80)*	*Enterobacter spp (n:17)*	*Diğer G(-) Basil (n: 17)*	*P.aeruginosa (n: 51)*
Ampisilin	213 (%76.3)	-	-	15 (%94.1)	-
AMC	158 (%56.6)	48 (%60)	-	9 (%52.9)	-
Gentamisin	84 (%30.1)	19 (%23.7)	3 (%17.6)	3 (%17.6)	5 (%9.8)
Amikasin	3 (%1.1)	2 (%2.5)	1 (%5.9)	0 (%0)	1 (%2)
Sefuroksim	179 (%64.2	58 (%72.5)	-	9 (%52.9)	-
Sefepim	125 (%44.8)	39 (%48.7)	2 (%11.8)	1 (%5.9)	2 (%4)
Seftazidim	131 (%47)	39 (%48.7)	9 (%52.9)	5 (%29.4)	29 (%56.9)
Ertapenem	0 (%0)	5 (%6.2)	2 (%11.8)	0 (%0)	-
Imipenem	0 (%0)	4 (%5)	1 (%5.9)	2 (%11.8)	2 (%4)
Meropenem	0 (%0)	3 (%3.7)	1 (%5.9)	0 (%0)	3 (%5.9)
Levofloksasin	173 (%62)	21 (%26.2)	1 (%5.9)	3 (%17.6)	8 (%15.7)
Siprofloksasin	172 (%61.6)	26 (%32.5)	2 (%11.8)	5 (%29.4)	9 (%17.6)
Fosfomisin	11 (%3.9)	32 (%40)	4 (%23.5)	6 (%35.3)	-
SXT	145 (%52)	38 (%47.5)	3 (%17.6)	3 (%17.6)	-
Nitrofurantoin	32 (%11.5)	52 (%65)	13 (%76.5)	10 (%58.8)	-

Tablo 3. Toplum kaynaklı idrar yolu enfeksiyonlarından izole edilen üropatojen Gram pozitif bakterilerin antibiyotik direnç oranları

	S. aureus (n: 6)	*S. epidermidis (n: 4)*	*Enterococcus spp (n:61)*	*S. agalactiae (n:3)*
Penisilin G	5 (%83.3)	4 (%100)	3 (%4.9)	0 (%0)
Ampisilin	-	-	3 (%4.9)	0 (%0)
AMC	1 (%16.6)	2 (%50)	-	0 (%0)
Gentamisin	1 (%16.6)	0 (%0)	-	0 (%0)
CN-120	-	-	7 (%11.5)	-
Levofloksasin	1 (%16.6)	2 (%50)	34 (%55.7)	0 (%0)
Siprofloksasin	1 (%16.6)	2 (%50)	38 (%62.3)	0 (%0)
SXT	1 (%16.6)	3 (%75)	-	-
Nitrofurantoin	0 (%0)	0 (%0)	4 (%6.5)	0 (%0)
Fosfomisin	-	-	3 (%4.9)	-
Vankomisin	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)
Teikoplanin	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)
Linezolid	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)

ENDOKRİN HASTALIKLARI

SS-052

YAŞLI DİYABETİK HASTALARDA ANTİHİPERTANSİF SEÇİMİNDE KOGNİTİF FONKSİYONLAR VE FONKSİYONELLİĞİN GÖZETİLMESİ

Remzi Bahşi[1], Deniz Mut Sürmeli[1], Tuğba Turgut[1], Hande Selvi Öztorun[1], Volkan Atmış[2], Ahmet Emre Yalçın[3], Sevgi Aras[1], Murat Varlı[1]

[1]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi Geriatri Bilim Dalı
[2]Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Geriatri Bilim Dalı
[3]Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Geriatri Bilim Dalı

Amaç: Diyabetes Mellitus (DM) toplumda giderek yaygınlaşan bir sağlık sorunudur. İleri yaştaki DM hastalarına sıklıkla hipertansiyon da eşlik etmektedir. DM hastalarında antihipertansif seçiminde koroner arter hastalığı, proteinüri gibi komorbid durumlar gözetilmektedir. Son yıllarda yapılan araştırmalarda kan basıncı kontrolünde hedefler belirlenirken hastanın yaşı ve fonksiyonel durumunun gözetilmesinin önemi vurgulanmaktadır. Biz de bu çalışmamızda yaşlı diyabetiklerde antihipertansif seçimine geriatrik perspektiften bakmayı amaçladık.

Gereç ve yöntem: Polikliniğimize başvurmuş olan DM hastalarının dosyaları retrospektif olarak incelendi ve 453 hasta çalışmaya dâhil edildi. İstatistiksel analizler SPSS 20 istatistik programı kullanılarak yapıldı. Hastalar kullandıkları antihipertansif ilaçlara göre gruplara ayrıldı ve gruplar mini mental test (MMT), geriatrik depresyon skoru (GDS), el sıkma gücü ve yürüme hızı aritmetik ortalama değerleri açısından independent-T testi ile karşılaştırıldı. Risk analizi lojistik regresyon analizi ile yapıldı. $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmamıza dâhil edilen 453 diyabetik hastanın (311 kadın, 142 erkek) yaş ortalaması 73.12 ± 6.18 idi (Tablo 1). Vakalardan ACE inhibitörü ve beta bloker kullananların bu ilaçları kullanmayanlara göre MMT skor ortalamalarının daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 2). ACE inhibitörü kullanmayanların kullananlara göre 4.12; beta bloker kullanmayanların kullananlara göre 4.38 kat daha fazla kognitif bozukluk riskinin olduğu saptandı (Tablo 3). Kalsiyum kanal blokeri kullananların kullanmayanlara göre yürüme hızının daha yüksek olduğu gözlendi (Tablo 2).

Sonuç: Çalışmamızda beta bloker ve ACE inhibitörü kullananların MMT skorlarının bu ilaçları kullanmayanlara göre daha yüksek olması bu ilaçların geriatrik diyabetik hastalarda daha ön planda tercih edilebileceğini düşündürmektedir. Bu grup ilaçların kardiyak olumlu etkileri MMT skorlarının daha iyi olmasına katkıda bulunmuş olabilir. Kognitif olumlu etkileri olduğunu saptasak da bu ilaçları tüm diyabetiklerde ilk tercih olarak önermek için yeterli kanıtımız bulunmamaktadır, bununla birlikte kardiyovasküler hastalığı olan ve/veya demansı olan diyabetiklerde antihipertansif seçiminde ACE inhibitörü ve beta blokerlerin diğer antihipertansiflere tercih edilmesi gerektiğini düşünmekteyiz. Ayrıca Angiotensin reseptör blokerleri (ARB) kullananların MMT üzerinde olumlu etkisinin saptanamamış olmasından dolayı yaşlı diyabetiklerde proteinüri, kardiyovasküler hastalık durumlarında ACE inhibitörü kullanımının tercih edilmesi gerektiği sonucuna vardık. Bunlara ek olarak çalışmamızda kalsiyum kanal blokeri kullananların kullanmayanlara göre yürüme hızının daha yüksek olduğu saptandı. Bu bulguya dayanarak, komorbidite ve yan etki açısından diğer ilaçların kullanılmasının elzem olmadığı durumlarda kalsiyum kanal blokeri kullanılmasının hastanın fonksiyonelliğinin korunmasına yardımcı olabileceği sonucuna vardık.

Anahtar kelimeler: Diyabetes mellitus, antihipertansif, mini mental test, kognitif, yürüme hızı

Tablo 1. Vakaların Yaş, Geriatrik Test Skorları ve Laboratuvar Değerlerinin Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması

	Aritmetik Ortalama ± Standart Sapma (n) (Toplam)	*Aritmetik Ortalama ± Standart Sapma (n) (Kadınlar)*	*Aritmetik Ortalama ± Standart Sapma (n) (Erkekler)*	*P değeri*
Yaş	73.12 ± 6.18 (453)	73.38 ± 6.37 (311)	72.54 ± 5.71 (142)	0.161
Mini Mental Test	24.52 ± 4.63 (453)	23.93 ± 4.75 (311)	25.80 ± 4.08 (142)	0.000*
Geriatrik Depresyon Skoru	3.56 ± 3.09 (272)	3.89 ± 3.15 (200)	2.68 ± 2.73 (72)	0.002*
Mini Nutrisyonel Değerlendirme Testi	12.82 ± 0.87 (453)	12.78 ± 0.80 (311)	12.90 ± 1.01 (142)	0.163
El sıkma gücü, kg	22.77 ± 8.24 (453)	18.75 ± 4.57 (311)	31.60 ± 7.59 (142)	0.000*
Yürüme hızı, m/sn	0.65 ± 0.13 (419)	0.63 ± 0.14 (286)	0.71 ± 0.12 (133)	0.000*
Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri	5.76 ± 0.93 (301)	5.77 ± 0.89 (206)	5.74 ± 1.01 (95)	0.801
Lawton Enstrumental Yaşam Aktiviteleri	7.21 ± 1.80 (296)	7.19 ± 1.85 (201)	7.24 ± 1.69 (95)	0.848
Hba1c, %	7.76 ± 1.76 (447)	7.73 ± 1.76 (307)	7.81 ± 1.75 (140)	0.671
LDL Kolesterol, mg/dl	117.26 ± 38.03 (439)	121.37 ± 38.58 (301)	108.31 ± 35.31 (138)	0.001*
HDL Kolesterol, mg/dl	49.12 ± 15.48 (434)	51.77 ± 16.55 (298)	43.33 ± 10.80 (136)	0.000*
Total Kolesterol, mg/dl	197.60 ± 47.19 (433)	204.11 ± 47.55 (297)	183.39 ± 43.27 (136)	0.000*
Trigliserid, mg/dl	168.47 ± 83.50 (437)	171.85 ± 85.94 (300)	161.09 ± 77.67 (137)	0.212

Tablo 2. Vakaların Kullandıkları Antihipertansif İlaç Gruplarına Göre Geriatrik Test Skorlarının Aritmetik Ortalamalarının Karşılaştırılması

		Mini Mental Test ± Standart Sapma (n)	*Geriatrik Depresyon Skoru ± Standart Sapma (n)*	*El sıkma gücü ± Standart Sapma (n)*	*Yürüme hızı ± Standart Sapma (n)*
ACE İnhibitörü	Kulllanmayanlar	24.27 ± 4.72 (362)	3.64 ± 3.22 (218)	22.64 ± 8.35 (362)	0.65 ± 0.13 (333)
	Kullananlar	25.49 ± 4.11 (91)	3.27 ± 2.52 (54)	23.30 ± 7.82 (91)	0.65 ± 0.14 (86)
	P değeri	0.025*	0.372	0.496	0.844
Angiotensin Reseptör Blokeri	Kulllanmayanlar	24.73 ± 4.70 (243)	3.42 ± 3.00 (155)	23.13 ± 8.34 (243)	0.65 ± 0.14 (226)
	Kullananlar	24.27 ± 4.54 (210)	3.76 ± 3.21 (117)	22.37 ± 8.12 (210)	0.65 ± 0.13 (193)
	P değeri	0.292	0.378	0.328	0.874
Kalsiyum Kanal Blokeri	Kulllanmayanlar	24.56 ± 4.58 (290)	3.77 ± 3.14 (162)	22.78 ± 8.18 (290)	0.66 ± 0.14 (267)
	Kullananlar	24.44 ± 4.72 (163)	3.26 ± 3.00 (110)	22.76 ± 8.38 (163)	0.63 ± 0.13 (152)
	P değeri	0.796	0.179	0.983	0.034*
Beta Bloker	Kulllanmayanlar	24.07 ± 4.73 (287)	3.61 ± 3.08 (172)	22.76 ± 8.21 (287)	0.65 ± 0.13 (273)
	Kullananlar	25.30 ± 4.35 (166)	3.49 ± 3.12 (100)	22.79 ± 8.31 (166)	0.65 ± 0.14 (146)
	P değeri	0.006*	0.746	0.972	0.637
Diüretik	Kulllanmayanlar	24.80 ± 4.66 (253)	3.40 ± 2.97 (159)	23.28 ± 8.58 (253)	0.66 ± 0.14 (235)
	Kullananlar	24.16 ± 4.57 (200)	3.79 ± 3.24 (113)	22.13 ± 7.76 (200)	0.64 ± 0.13 (184)
	P değeri	0.144	0.309	0.137	0.088
Alfa Bloker	Kulllanmayanlar	24.44 ± 4.64 (434)	3.59 ± 3.10 (259)	22.70 ± 8.22 (434)	0.65 ± 0.14 (400)
	Kullananlar	26.31 ± 3.91 (19)	3.00 ± 2.79 (13)	24.41 ± 8.83 (19)	0.68 ± 0.09 (19)
	P değeri	0.085	0.497	0.379	0.383

Tablo 3. Vakaların Kognitif Bozukluk Risk Faktörleri Açısından İncelenmesi

Faktörler	*Odds Oranı*	*95%Güven Aralığı*	*P değeri*
ACE inhibitörü	4.124	0.196-0.971	0.042*
Beta bloker	4.380	0.280-0.959	0.036*
Yaş	5.750	1.010-1.106	0.016*
Geriatrik Depresyon Skoru	2.248	0.979-1.169	0.134
Hba1c	0.003	0.848-1.169	0.958
LDL Kolesterol	0.086	0.994-1.008	0.770

DİĞER DURUMLAR
(DÜŞME VE DENGE BOZUKLUKLARI, AĞRI, UYKU BOZUKLUKLARI, UYGUNSUZ İLAÇ KULLANIMI, İLAÇ ETKİLEŞİMİ, İLAÇ YAN ETKİLERİ VB)

SS-053

GERİATRİK HASTALARDA MİDE VE İNCE BAĞIRSAK TRANSİT ZAMANININ VİDEO KAPSÜL ENDOSKOPİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Mustafa Tahtacı[1]

[1]*Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

Amaç: Video Kapsül endoskopi (VKE) ince bağırsak mukozasını incelemek için kullanılan non-invaziv kablosuz endoskopik değerlendirme yöntemidir. VKE esas olarak ince bağırsakta organik patolojileri bulmak üzere tasarlanmış olmasına rağmen, mide ve ince bağırsak transit zamanının ölçümü için kullanılabilir. Geriatrik yaş grubunda mide boşalma kusuru düşünülerek prokinetik ilaçlar oldukça sık reçete edilmektedir. Çalışmada geriatrik yaş grubundaki hastalarda mide ve ince bağırsak transit zamanının VKE ile değerlendirilmesi ve genç hasta grubuyla karşılaştırılması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endoskopi Ünitesinde 2009-2018 tarihleri arasında kapsül endoskopi (PillCam, Given Imaging, Yoqneam, İsrail) yapılan hastaların prospektif olarak toplanan verileri değerlendirildi. Hastalar 65 yaş üzeri (Grup 1) ve altı (Grup 2) olmak üzere 2 gruba ayrıldı. Her kapsül endoskopi verisi, gastrik transit zamanı (GTZ) ve ince bağırsak transit zamanı (İBTZ) için analiz edildi. GTZ ilk gastrik görüntüsünün ilk duodenum görüntüsüne kadar geçen süre olarak tanımlandı. İBTZ ilk duodenal görüntüden ilk çekal görüntü elde edilene kadar geçen süre olarak tanımlandı. GTZ ve İBTZ dakika olarak kaydedildi. Grupların demografik ve transit zamanları karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya toplam 65 yaş üzeri 59 ve 65 yaş altı 113 olmak üzere toplam 172 hasta alındı. Grup 1 ve Grup 2 olguların ortalama yaşı sırasıyla 71.84±5.27 ve 42.96±5.27 olarak bulundu. Gruplar arasında cinsiyet, kilo ve boy açısından anlamlı farklılık saptanmadı (P=0.516, P=0.685, P=0.530). Grup 1 ve grup 2 için ortalama GTZ sırasıyla 20.78±3.05, 30.70±3.11, P=0.024 olarak saptandı. Grup 1 ve grup 2 için ortalama İBTZ sırasıyla 297.14±13.02, 249.98±7.84, P=0.001 olarak saptandı.

Sonuç: Çalışmada geriatrik yaş grubunda GTZ gençlere kıyasla kısa bulunurken, İBTZ uzun olarak saptandı. Geriatrik yaş grubundaki hastalarda, ileri tetkik yapılmadan mide boşalma kusuru tanısı çok sık konulmaktadır. Bu hasta grubunda prokinetik ilaçlar, yan etkilerine rağmen yaygın olarak reçete edilmektedir. Çalışmada saptanan bulgular geriatrik yaş grubunda gastrik boşalma kusuru olduğu düşünülerek reçete edilen prokinetik ilaçların gereksiz kullanımını önleme konusunda destekleyici olabilir.

Anahtar kelimeler: video kapsül endoskopi, motilite, geriatrik değerlendirme

SS-054

YAŞLI HASTALARDA ANTİKOLİNERJİK İLAÇLARIN KIRILGANLIK ÜZERİNE ETKİSİ

Hasan Öztin[1], **Ayhan Acar**[2], **Erdim Sertoğlu**[2], **Ahmet Öztürk**[2], **Ergün Bozoğlu**[2], **Galip Büyükturan**[3], **Mehmet İlkin Naharci**[2], **Hüseyin Doruk**[2]

[1]*S.B.Ü Erzurum Bölge Eğtim ve Araştırma Hastanesi*
[2]*S.B.Ü Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi*
[3]*Ankara T.S.K Özel Bakım Merkezi*

Amaç: Kırılganlık fonksiyonel kapasitede azalma ve multiple sistemin kümülatif azalmasından dolayı adaptif kapasitede azalma ile karakterize geriatrik bir sendromdur. (1) Patofizyolojisinde endokrinolojik ve immün sistem değişiklikleri sorumlu tutulmuştur. Yaşlı hastalarda çok ilaç kullanımına bağlı antikolinerjik etkili ilaç kullanımı artmaktadır. Toplumdaki yaşlıların %48 i antikolinerjik etkili bir ilaç kullandıkları saptanmıştır. (2) Biz bu çalışmamızda antikolinerjik etkili ilaçların kullanımı kırılganlık gelişiminde ilişkisinin olup olmadığını araştırdık.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma Mart 2017-Ekim 2017 tarihleri arasında geriatri polikliniğine başvuran hastalarda prospektif olarak planlanmış bir çalışmadır. Çalışmaya 65 yaş üzerinde 205 yaşlı hasta dahil edildi. Hastaların 117 (%57) kişi bayan 88 (%43) kişi erkek idi. Hastaların yaş ortalaması 75,49±6,6 idi. Çalışmaya demans tanısı olan, yatağa bağımlı olan hastalar, malignite tanısı olanlar, deliryum tanısı olanlar, son 6 ayda majör cerrahi geçirenler, serebrovasküler olay geçirenler, alt ekstremitede yürümeye engel kırık hikayesi olan hastalar çalışmaya alınmadı. Hastalar Fried kriterlerine göre gruplara ayrıldı. (3). Hastaların son 1 yılda 4,5 kilogram dan fazla kilo kayıpları, el sıkma kuvvetleri, tükenmişlik durumları, 4,5 metre yürüme hızları ve fiziksel aktiviteleri değerlendirildi. 3 puan ve üzerinde puan alanlar kırılgan olarak değerlendirildi.

Hastaların son bir yıldır kullanmakta oldukları ilaçlardan antikolinerjik yük hesaplaması yapıldı. Antikolinerjik ilaç yükleri taboladaki 0 ile 3 puan arasında değerler verilerek toplam antikolinerjik yükleri saptandı. (4)

Bulgular: Çalışmaya alınan 205 hastadan 48 (%22,9) hasta kırılganlık olarak değerlendirildi 78(%38) hasta prefrail 80 (%39) hasta nonfrail oldukları saptandı. Her iki grupta en az bir yıldır kullandıkları ilaçları üzerinden hesaplanan antikolinerjik ilaç yükleri hesaplandı. Kırılgan olan grupta antikolinerjik yükün anlamlı derecede fazla olduğu saptandı. (p<0,05). Antikolinerjik yükün kırılganlık kriterleri üzerindeki etkisine bakıldığında yürüme hızı kırılgan grupta anlamlı fark saptandı.(tablo)

Sonuç: Antikolinerjik ilaçlar çok fazla bilinen ağız kuruluğu, idrar retansiyonu, kabızlık, ileus, görme bulanıklığı, deliryum, kognitif bozulma gibi yan etkilere sahiptir. (5) Yaşlı hastalarda kullanımı kognitif bozulmalara, uyku bozukluklarına neden olmaktadır. Antikolinerjik ilaç kullanımı özellikle yürüme hızı üzerinde etkili olarak kırılganlık gelişiminde bir risk faktörü olabileceğini gösterdi. Bizde bu çalışmada antikolinerjik etkili ilaç kullanımının kırılganlık için bir risk faktörü olabileceğini saptadık.

Anahtar kelimeler: kırılganlık,antikolinerjik etki, yaşlılar

Tablo 1. Kırılganlık parametreleri üzerine antikolinerjik yükün etkisi

Parametreler	*AKY= 0 (n=136)*	*AKY >1 (n= 69)*	*p*
Kilo kaybı	0 (0-2)	0 (0-1.5)	0.796
El sıkma kuvveti	14 (10-20)	14 (10-20)	0.407
Yürüme Hızı	4.14 (3.40-4.95)	4.96 (4.00-6.00)	0.001
Tükenmişlik	0 (0-1)	0 (0-1)	0 (0-1)
Egzersiz (hayır/evet)	58 / 78	34 / 35	0.226

DEMANS-DEPRESYON-DELİRYUM

SS-055

TÜRK TOPLUMUNDA YAŞLI BİREYLERDE YAŞ VE EĞİTİM DÜZEYİNE GÖRE Q MCI-TR, MMSE VE MOCA KESTİRİM DEĞERLERİNİN BELİRLENMESİ

Hacer Doğan Varan[1], Muhammet Cemal Kızılarslanoğlu[2], Cafer Balcı[1], Olgun Deniz[2], Süheyla Çöteli[2], Rana Tuna Doğrul[2], Gözde Şengül Ayçiçek[1], Mustafa Kemal Kılıç[1], Rónán O'caoimh[3], D. William Molloy[3], Meltem Halil[1], Mustafa Cankurtaran[1], Berna Göker[2], Burcu Balam Yavuz[1]

[1]Hacettepe Üniversitesi Geriatri Bilim Dalı
[2]Gazi Üniversitesi Geriatri Bilim Dalı
[3]College Cork Üniversitesi Gerontoloji ve Rehabilitasyon Merkezi

Amaç: Tarama testleri, çalışmalarda ve klinik pratikte kognitif bozukluğun erken dönemde tanınmasında sıklıkla kullanılmaktadır. Türk toplumunda geçerliği olup sıklıkla kullanılan tarama testlerinden olan Mini-mental test (MMT) ve Montreal Kognitif Değerlendirme (MOCA)'nın farklı hasta grupları için kestirim değerlerini belirleme çalışmaları yapılmış olup Türk popülasyonunda geçerli olan, hafif kognitif bozukluğu tanımada üstünlüğü gösterilmiş olan Hızlı Hafif Kognitif Değerlendirme-TR (QMCI-TR)'nin kestirim değerleri belirlenmemiştir. Bu çalışmanın amacı Türk toplumunda, yaşlı popülasyonda, yaş ve eğitim düzeylerine göre QMCI-TR, MMT ve MOCA'nın kognitif bozukluk taramasındaki tanısal değerleri ve kestirim değerlerinin belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya geriatri polikliniğine başvuran 60 yaş ve üzeri hastalar dahil edildi. Hastalara her üç testin uygulanması konusunda deneyim sahibi olan ve uygulayicilar arasi uyum test edilmis olan geriatristler tarafından, testler ardışık olarak farklı sıralarda uygulandı. Majör depresyonu olan hastalar dışlandı. Demans hastaları NINCDS- ADRDA ve DSM-V tanı kriterlerine göre daha önce tanı almış hastalar arasından seçildi. Amnestik hafif kognitif bozukluk (HKB) tanısında Petersen kriterleri kullanıldı. Normal kognisyon, HKB ve Alzheimer hastalığı (AD) tanılarında her üç tarama testi için eğitim ve yaşa göre kestirim değerleri belirlendi. SPSS 18.0 ve MedCalc programları istatistiksel analiz için kullanıldı.

Bulgular: Toplam 321 (normal; n=133,MCI; n=88,AD; n=100) hasta dahil edildi. Median (min-max) yaş 75 (60-98) yıldı. Hastaların %25,1'i lise ve üzeri, %65'i'ü ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahipti. Hastaların %51,1'i 75 yaş ve üzeri bireylerdi. Genel popülasyon, 75 yaş üstü ve eğitim düzeyine göre kestirim değerleri ve testlerin normal,HKB ve AD ayırmadaki AUC sensitivite ve spesifiteleri belirlendiğinde ve karşılaştırıldığında; Genel yaşlı popülasyonda HKB ile AD ayrımında QMCI-TR, MOCA'ya üstün bulundu (AUC sırası ile 0,833; 0,759 p=0.004). Benzer şekilde lise ve üstü eğitim seviyesine sahip bireylerde HKB ile AD ayırımında (AUC sırası ile 0,918; 0,752 p=0.04) QMCI-TR MOCA'ya üstün bulundu. Ayrıca genel yaşlı popülasyon ve 75 yaş üstü bireylerde normal kognisyonu, diğer durumlardan ayırmada QMCI-TR ve MMT, MOCA'ya üstün bulunmuştur (Genel popülasyon için QMCI-TR, MOCA ve MMT AUC sırası ile 0,823; 0,787;0,830, MMSE–MOCA p=0.029; QMCI TR- MOCA p=0.043) 75 yaş ve üzeri bireylerde; QMCI-TR MOCA ve MMT AUC sırası ile 0,813; 0,747;0,827, MMSE –MOCA p=0.034; QMCI TR-MOCA P=0.049).

Sonuç: Bu çalışma Türk toplumunda her 3 kognitif tarama testinin yaşlı popülasyonda tanısal değerini ve kestirim değerlerini kıyaslamalı olarak gösteren ilk çalışmadır. Türk toplumunda, genel yaşlı popülasyon için ve ek olarak lise ve üzeri eğitim seviyesine sahip yaşlılarda; HKB ile AD ayrımında, QMCI-TR daha duyarlı olması sebebi ile MOCA'ya tercih edilebilir.

Anahtar kelimeler: Mini mental test, MOCA, QMCI-TR, kestirim değeri

FİZİKSEL AKTİVİTE

SS-056

YAŞLILARDA YAŞAM KALİTESİ-KISA ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ

Hatice Çalışkan[1], Gözde Şengül Ayçiçek[1], Cemile Özsürekci[1], Rana Tuna Doğrul[1], Cafer Balcı[1], Fatih Sümer[2], Erdem Karabulut[3], Meltem Gülhan Halil[1], Mustafa Cankurtaran[1], Burcu Balam Yavuz[1]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı
[2]Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Geriatri Bölümü
[3]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı

Amaç: Yaşlanma ile beraber gelişen fiziksel ve kognitif fonksiyonlarda azalma, kronik metabolik hastalıklar ve yalnızlık duygusal problemlere ve yaşam kalitesinde azalmaya yol açmaktadır. Yaşlılarda yaşam kalitesini ölçmeye yönelik geçerlik ve güvenirliği gösterilmiş çok az skala bulunmaktadır ve bunların pratikte uygulaması sırasında güçlüklerle karşılaşılmaktadır. Bu çalışmanın amacı klinik pratikte kolaylıkla uygulanabilecek, yaşlılara özel geliştirilmiş Yaşlılarda Yaşam Kalitesi-Kısa (Older People Quality of Life-Brief) ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenirliğinin değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya 65 yaş ve üzerinde, akıcı bir şekilde Türkçe konuşabilen 168 kişi alındı. Tüm hastalara kapsamlı geriatrik değerlendirme uygulandı. Aktif kanseri, son bir ay içinde cerrahi veya hastaneye yatış öyküsü, akut enfeksiyonu, immobilitesi ve aktif hastalığı olanlar dışlandı. 13 sorudan oluşan yaşlılarda yaşam kalitesi-kısa formunun (YYK-Kısa) Türkçe çevirisi yapıldıktan sonra uzman doktorlardan oluşan bir grup tarafından çevirisi gözden geçirildi. Anketin orjinalini bilmeyen bir akademisyen tarafından tekrar İngilizceye çevrildi. Böylece ''Forward-bacward translation'' metodu ile dil validasyonu yapılmış oldu. Tüm katılımcılara YYK-Kısa'nın yanı sıra Türkçe geçerlik ve güvenirliği gösterilmis olan CASP-19 ölçeği uygulandı. Test-retest uyumunu değerlendirmek için 30 hastaya ilk anket uygulandıktan 7-10 gün sonra tekrar YYK-Kısa ölçeği uygulandı. Hastalar ölçeği kendileri doldurduklari için uygulayıcılar arası uyum bakılmadı.

Bulgular: Çalışma populasyonunun yaş ortalaması 73,3±5,9'du. Katılımcıların %64,9'u kadın, %35,1'i erkekti. Ölçeğin geçerliğini test etmek için iç tutarlılık analizi ve CASP-19 ile korelasyon analizi yapıldı. YYK-Kısa ölçeğinin iç tutarlılığı yüksek bulundu (Cronbach alfa=0,867). Test-retest güvenirliği için bakılan sınıflararası korelasyon katsayısının (ICC) %80'den büyük olması mükemmel uyumu göstermektedir (ICC=0,98, Güven Aralığı (GA)=0,96-0,99). YYK-Kısa testi ve CASP-19 ölçeği arasinda güçlü korelasyon tespit edildi (r=0,763, p<0,001).

Sonuç: Yaşlılarda Yaşam Kalitesi-Kısa ölçeği, yaşam kalitesini ölçen diğer testlere göre daha kısa ve basit olması ile klinik kullanımda daha üstündür. Yaşlılarda Yaşam Kalitesi-Kısa ölçeğinin Türkçe versiyonu, Türkiye'de yaşayan 65 yaş ve üstü kişilerde yüksek geçerlilik-güvenirliğe sahiptir ve yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla kullanılabilecek bir ölçektir.

Anahtar kelimeler: yaşam kalitesi, yaşlılarda, geçerlik, güvenirlik

BAKIM HİZMETLERİ UYGULAMALARI
(AKUT, POST-AKUT, REHABİLİTASYON, PALYATİF, UZUN DÖNEM VE EVDEBAKIM)

SS-057

PALYATİF BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN HASTALARDA BASI YARASI VE MORTALİTE İLİŞKİSİ

Funda Datlı Yakaryılmaz[1], Arif Aksak[2], Zeynel Abidin Öztürk[1]

[1]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı
[2]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Amaç: Geriatrik popülasyonda; bası yaraları önemli morbidite ve mortaliteye neden olabilen, gerekli ve uygun tedbirler alındığı taktirde önlenebilir sendromlardan bir tanesidir. Geriatrik hasta popülasyonu komorbid hastalıklar nedeniyle bası yaraları sık görülür. Ayrıca palyatif bakım ünitelerinde yatan hastalarda yatış süresini uzatan önemli mortalite nedenleri arasında yer almaktadır. Bu çalışmada palyatif bakım ünitesinde yatan hastalardaki bası yaralarının yatış süresi ve taburculuk durumu üzerine olan ektisini incelemeyi amaçladık.

Yöntem: Palyatif bakım ünitesinde yatan 121 hasta çalışmaya dahil edildi. Bası yarası sınıflandırmasında Amerika'daki Ulusal Bası Yarası Danışma Heyetinin (NPUAP) sınıflaması kullanıldı. Hastaların laboratuar verileri, yatış süreleri ve taburculuk durumları hastane kayıtlarından elde edildi. Tüm hastalara ayrıntılı geriatrik testler uygulandı.

Bulgular: Palyatif bakım ünitesinde yatan 121 hastanın 15 (%12,4)'i erkek, 19(%15,7)'u kadın toplam 34(%28,1)'ünde bası yara mevcuttu ve bası yarası olanların yaş ortalamalası 71,8± 4,5'di. Tüm hastalar değerlendirildiğinde bası yarası ile yatış süresi ve mortalite arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 1). Bası yaralarının, laboratuar verileri ve geriatrik testler ile ilişkisi Tablo 2'de belirtilmiştir.

Sonuç: Yaşlılarda; ilerleyen yaşla birlikte oratoya çıkan kronik hastalıklar ve fonksiyonel yetersizliğe daha sık rastlamaktadır. Özellikle palyatif bakımın ünitelerinde fonksiyonel yetersizliği ön planda olan yaşlı hastalarda, bası yaraları sık karşılaşılan problemler arasında yer alır ayrıca mortalite ve morbidite üzerine de etkilidir. Yapmış olduğumuz çalışmayla; bası yarası olan hastaların yatış sürelerinin daha uzun ve mortalitelerinin daha yüksek olduğunu göstermekteyiz.

Anahtar kelimeler: basi yarasi, mortalite, yatiş süresi

Tablo 1. Bası yarası olan hastaların taburculuk durumu

		Taburculuk durumu	*Taburculuk durumu*	*Taburculuk durumu*	
		Ev	*Yoğun Bakım Ünitesi*	*Eksitus*	*Total*
Bası Yarası	Var	7 (%53,8)	0 (%0)	6 (%46,2)	13 (%100)
	Yok	88 (%81,5)	5 (%4,6)	15 (%13,9)	108 (%100)
	Total	95 (%78,5)	5 (%4,1)	21 (%17,4)	121 (%100)

Tablo 2. Bası yaralarının yatış süreleri, laboratuar verileri ve geriatrik testler ile ilişkisi

	bası yarası var	*bası yarası yok*	*p*
Yatış süresi	48,46± 30,86	16,22± 19,45	0,000*
Yatış albumin düzeyi	2,58± 0,54	3,27± 0,59	0,000*
Yatış hemoglobin düzeyi	11,53± 1,40	12,44± 8,57	0,706
Yatış CRP düzeyi	98,71± 77,18	55,72± 60,43	0,021*
Yatış WBC düzeyi	9,21± 4,18	9,33± 4,07	0,922
Ağrı	3,38± 3,50	4,35± 3,44	0,346
Polifarmasi	4,92± 2,66	4,19± 2,87	0,381
Günlük temel yaşam aktiviteleri	2,46± 2,98	7,90± 4,26	0,000*
Enstrümental günlük temel yaşam aktiviteleri ı	0,62± 0,96	2,99± 2,21	0,000*
Mini mental test	17,46± 6,24	24,60± 4,48	0,000*
Yesevage depresyon sklas	5,00± 3,02	3,76± 3,41	0,217

AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI

SS-058

YAŞLILARDA ÇİĞNEME KAS KALINLIĞININ, ISIRMA GÜCÜ VE YUTMA GÜÇLÜĞÜ İLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Gözde Şengül Ayçiçek[1], Güneş Arık[1], Muhammet Cemal Kızılarslanoğlu[1], Büşra Can[1], İhsan Yıkılgan[2], Mahmut Duymuş[3], Zekeriya Ülger[1]

[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı, Ankara, Türkiye
[2]Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
[3]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı

Amaç: Yaşlanma ile diş kayıpları, diş eti problemleri, çiğneme kaslarında güç kaybı, tükürük miktarında azalma, yutma refleksi ve özofagus peristaltik hareketlerinde azalma meydana gelmekte ve bu durum çiğneme, yutma ve beslenme problemlerine yol açmaktadır (1,2). Biz bu çalışmamızda çiğneme kas kalınlığı, ısırma gücü ve yutma güçlüğü arasındaki ilişkinin incelenmesini amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya 47'si yaşlı, 11'i genç olmak üzere toplam 58 hasta alındı. Yapılan kapsamlı geriatrik değerlendirme sonrasında, ultrason aracılığıyla çiğneme kasları, basınca duyarlı bir sensör ile ısırma gücü değerlendirildi. Yutma güçlüğü varlığı yeme değerlendirme aracı (EAT-10) testi ile belirlendi.

Bulgular: Katılımcıların %48,3'ü kadın ve ortanca yaş değeri 71 yıldı (min-maks: 21-85). Vücut kitle indeksi ortanca değeri 27,3 kg/m2 (min-maks: 18,35-38,5) saptandı. Hipertansiyon sıklığı %44,8, diabetes mellitus sıklığı %24,1, koroner arter hastalığı sıklığı ise %29,3 olarak tespit edildi. Bilateral masseter kas kalınlığı ve ısırma gücü skorları yaşlılarda genç hastalara göre, protezi olanlarda protezi olmayanlara göre daha düşük bulundu (sırasıyla $p<0,001$, $p<0,05$) (Tablo 1,2). Bilateral masseter kas kalınlıklarının mini-nutrisyonel değerlendirme kısa formu (MNA-SF) ile pozitif yönde (sağ r:0,466, p=0,001/ sol r:0,385 p=0,01), EAT 10 testi ile negatif yönde (sağ r:-0,366, p=0,007/ sol r-0,436 p=0,001) korele olduğu görüldü. Yutma güçlüğü olanlarda sol masseter kasının, olmayanlara göre [7,8 mm (min-maks: 2,6-12,9) e karşın 9 mm (min-maks:5,2-16,8) p=0,04], malnütrisyonu olan hastalarda ise sağ masseter kasının, olmayanlara göre daha ince olduğu tespit edildi [7,8 mm (min-maks:5,4-9,9) e karşın 9 mm (min-maks:4,4-13,3) (p=0,04)].

Sonuç: Yaşlanma ile özellikle masseter kas kalınlığında meydana gelen incelme malnütrisyonun ve yutma güçlüğünün habercisi olabilir. Protezi olan yaşlı hastalarda çiğneme fonksiyonlarının protezi olmayanlara göre daha fazla etkilenebileceği akılda tutulmalıdır.

Kaynaklar

1. Ohara Y, Hirano H, Watanabe Y, et al. Masseter muscle tension and chewing ability in older persons. Geriatr Gerontol Int. 2013;13(2):372-377.
2. Holm-Pedersen P, Schultz-Larsen K, Christiansen N, Avlund K. Tooth loss and subsequent disability and mortality in old age. J Am Geriatr Soc. 2008;56(3):429-435

**Tablolardaki değerler ortanca (min-maks) olarak belirtilmiştir. N:newton*

Anahtar kelimeler: ısırma gücü, masseter kas kalınlığı

Tablo 1. Genç ve yaşlı hastalarda masseter kalınlıkları ve ısırma gücü

	Yaşlı	*Genç*	*p değeri*
Sağ masseter (mm)	8,4(3,3-13,3)	11,3(6,4-14)	<0,001
Sol masseter (mm)	7,9(2,6-13,4)	11,3(7,5-16,8)	<0,001
Isırma gücü, sağ (N)	38(13-106)	180(60-270)	<0,001
Isırma gücü, sol (N)	32,5(11-120)	177(110-265)	<0,001

Tablo 2. Protezi olan ve olmayan hastalarda masseter kalınlıkları ve ısırma gücü

	Protezi olan hastalar	*Protezi olmayan hastalar*	*p değeri*
Sağ masseter (mm)	8,5(3,30-13,30)	10,35(6,40-14)	0,03
Sol masseter (mm)	7,8(2,6-13,4)	11,3(7,5-16,8)	<0,001
Isırma gücü, sağ (N)	36(13-106)	130(35-270)	<0,001
Isırma gücü, sol (N)	31(11-110)	140(30-265)	<0,001

KARDİYOVASKÜLER SİSTEM HASTALIKLARI

SS-059

SARKOPENİDE 24 SAATLİK AMBULATUAR KAN BASINCI DEĞİŞİKLİKLERİ

Hande Selvi Öztorun[1], Remzi Bahşi[1], Tuğba Turgut[1], Deniz Mut Sürmeli[1], Volkan Atmış[2], Ahmet Yalçın[3], Sevgi Aras[1], Murat Varlı[1]

[1]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi Geriatri Bilim Dalı
[2]Bursa Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[3]Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Sarkopeni yaşlılarda iskelet kası kitlesinde ve kas gücünde azalmayı tanımlamak için kullanılır. Azalmış kas kitlesi, yaşlılarda pek çok ko-morbiditeye neden olmaktadır. Kan basıncı (KB) genel popülasyonda vücut boyutuyla doğrudan ve nedensel olarak ilişkilidir. Kas kütlesinin KB'nı belirleyen önemli bir faktör olup olmadığı belirsizliğini korumaktadır. Çeşitli çalışmalar özellikle sarkopenik obezite bulunan hastalar sadece obez veya sarkopeni hastalarından daha yüksek hipertansiyon riskine sahip olduğunu göstermiştir.(1) Yine bir çalışmada kan basıncı sarkopeniyle anlamlı ilişkili faktörlerden biri olarak bulunmuştur.(2)Yaşlılardavücut kompozisyonunun kan basıncı üzerine etkileri bilinmektedir. (1) Çalışmamızın amacı; sarkopenik yaşlılarda 24 saatlik ambulatuvar kan basıncı değişikliklerinin, sarkopenikolmayanlara göre farklılık gösterip göstermediğini incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya geriatri kliniğine başvuran yaşları 63 ve 94 arasında olan 52 hasta dahil edildi. Hastaların demografik verileri ve laboratuvar değerleri kaydedildi. Kan basıncı ölçümleri 24 saatlik ambulatuvar kan basıncı ölçüm cihazı ile yapıldı. Sarkopeni tanısı "European Working Group on Sarcopenia of Older People" çalışma grubunun kriterlerine göre kas kitlesinde azalma ile beraber kas gücü ve/veya kas fonksiyonunda azalma değerlendirilerek konuldu. Kas gücünün ölçülmesi el sıkma testi, kas performansı 4 metre yürüme testi, iskelet kası kitlesi biyoelektriksel impedans analizi (BİA) ile değerlendirildi. İstatistiksel değerlendirme (SPSS) programı kullanılarak yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya alınan yaş ortalaması 78,22± 6,80 olan, 16 sarkopenik, 34 sarkopenik olmayan hastaların klinik özellikleri Tablo-1'de gösterilmiştir. Sarkopenik olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında gündüz sistolik kan basınçları sarkopenik olan grupta, olmayan gruba göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Veriler Tablo- 2de özetlenmiştir. Kas kütlesi (el sıkma gücü ve yürüme hızı dahil olmadan, sadece BİA ile değerlendirilen kas hacmi) ile ambulatuvar kan basıncı verilerinin pearlson korelasyon analizi ile değerlendirilmesinde kas kütlesi ile kan basıncı değişimi arasında istatiksel anlamlı ve negatif korelasyon bulundu. (r değeri: -0,360; p değeri: 0,021) Çalışmanın en önemli kısıtlılığı sarkopenik hasta sayısının az olmasıdır.

Sonuç: Sarkopenik yaşlılarda antihipertansif tedavi verilirken özellikle sistolik kan basıncında düşmelerin olabileceği göz önüne alınmalı ve tedaviye düşük dozlarda başlanıp kan basıncı yakın monitorize edilerek doz titrasyonu yapılmalıdır.

Kaynaklar

1. Han K, Park YM, Kwon HS, Ko SH, Lee SH, Yim HW, et al. Sarcopenia as a determinant of blood pressure in older Koreans: findings from the Korea National Health and Nutrition Examination Surveys (KNHANES) 2008-2010. PloS one. 2014;9(1):e86902.
2. Bae EJ, Kim YH. Factors Affecting Sarcopenia in Korean Adults by Age Groups. Osong public health and research perspectives. 2017;8(3):169-78

Anahtar kelimeler: yaşlı, sarkopeni, 24 saatlik ambulatuar kan basıncı takibi

Tablo 1. Hastaların genel verileri ve sarkopenik olan- olmayan gruplar arasında karşılaştırmları

	Sarkopenik olmayan grup Aritmetik ortalama ± standart sapma n: 34	*Sarkopenik olan grup Aritmetik ortalama ± standart sapma n: 16*	*P Değeri*
Yaş	76,8824±7,11279	81,0625±5,20857	,041
Kullanılan İlaç Sayısı	6,53±2,351	7,19±3,291	,422
Katz Günlük Temel Yaşam Aktivitesi Skoru	4,9355±1,87857	3,7692±2,35067	,089
Lawton- Brody Günlük Enstrümental Yaşam Aktivitesi Skoru	11,4839±5,31583	9,7692±6,27367	,360
Mini Mental Test	21,5758±5,70652	20,1250±7,38354	,453
Mini Nutrisyonel Değerlendirme	10,9516±1,63480	10,6000±1,77639	,566
Geriatrik Depresyon Skalası	5,6875±3,59603	7,2143±6,79568	,323
Boy (cm)	158,2059±8,96045	155,5625±11,34883	,377
Kilo (kg)	70,7706±12,10596	56,8750±12,01923	,000
Vucüt Kitle İndeksi	28,5103±4,92890	24,3756±4,75259	,007
El Sıkma	20,9618±9,18632	14,7625±5,67531	,017
Yürüme Hızı	,6103±,27253	,4673±,24461	,095
Kas Kütlesi	9,8967±1,26050	7,4826±1,25023	,000
Hemoglobin	11,8059±2,25992	11,8125±2,16021	,992
Kreatinin	1,1126±,42556	1,0375±,37251	,548
T.Protein	7,0935±1,00861	6,8431±,50342	,357
Albumin	3,8821±,51000	3,7700±,46275	,460
Sedimentasyon hızı	37,6129±26,97737	33,3333±21,29945	,594
CRP	20,8273±33,24463	24,4287±32,34745	,721
Vit D	19,4121±16,61434	21,0137±13,5661	,738

Tablo 2. Sarkopenik Olan- Olmayan Grupların Ambulatuar Kan Basıncı Sonuçlarının Karşılaştırılması

	Sarkopenik olmayan grup Aritmetik ortalama ± standart sapma n: 34	*Sarkopenik olan grup Aritmetik ortalama ± standart sapma n: 16*	*p değeri*
Sistolik kan basıncı ortalama değerleri	128,6765±17,02355	119,8750±13,16498	,074
sistolik kan basıncı gündüz değerleri	128,8235±15,97625	119,4375±13,68682	*,049
sistolik kan basıncı gece değerleri	127,2647±20,94916	119,2500±13,56220	,169
diyastolik kan basıncı ortalama değerleri	73,6765±9,45715	70,6250±7,39256	,262
diyastolik kan basıncı gündüz değerleri	71,2941±11,06874	68,3750±8,70153	,359
Ortalama Arter Basıncı	98,9118±12,05132	93,2500±8,94054	,101

BAKIM HİZMETLERİ UYGULAMALARI
(AKUT, POST-AKUT, REHABİLİTASYON, PALYATİF, UZUN DÖNEM VE EVDEBAKIM)

SS-060

YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE İLERİ YAŞ HASTALARDA ÖNLENEBİLİR VE ÖNLENEMEZ NEDENLER DAHA GENÇ HASTALARDAN FARKLI MIDIR?

Emine Aksoy[1], Hilal Altınöz[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Giriş: Gelişen tıp ile ileri yaşlarda yoğun bakım ünitesi talebi artmıştır. İleri yaş (>85) ve daha genç hastalarda Yoğun Bakım Ünitesi (YBÜ) mortalitesinde, ileri yaş grubunda önlenebilir nedenlerin daha az olacağı düşünülür.

Amaç: Çalışmada bu düşüncenin ne derece doğru olduğunu araştırmak için YBÜ de gerçekleşen mortalite olgularında yaş gruplarında YBÜ'ne kabul ve mortalite nedenleri karşılaştırıldı.

Yöntem: Geriye dönük gözlemsel kesitsel çalışma 2016-2017 yılında eğitim hastanesi yoğun bakım ünitesinde yapıldı. Çalışmaya YBÜ'de ölen her hasta alındı. Hastaların yaşına göre 85 yaş ve üstü ileri yaş grubu olarak gruplandı. Diğer yaş grupları da kontrol grubu olarak değerlendirildi. Hastaların hastane bilgi yönetim sisteminden demografik özellikleri, yatış günü, ek hastalıkları, YBÜ kabul nedenleri, olası mortalite nedenleri sistemden kayıt edildi. Her iki yaş grubunda kayıt edilen nedenler karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışma döneminde 661 ölüm kayıt edildi. İleri yaş N=86 (%13) ve kontrol grubu N=575 (%87) idi. Kadın cinsiyet, hipertansiyon ve kalp yetmezliği, nörolojik hastalıklar ileri yaş grubunda anlamlı yüksek iken malignite, akciğer parankim hastalıkları ileri yaş olmayan kontrol grubunda fazla idi (Tablo1). Ölüm nedenlerinde malignite kontrol grubunda, nörolojik nedenler ileri yaş grubunda anlamlı fazla iken diğer ölüm nedenleri benzerdi.

Sonuç: Yaşlı hastaların yoğun bakım mortalitelerinde düşük oranda paya sahip olup tedavi edilebilir nedenlerin çoğunlukta olduğu ancak tedavi olasılığı düşük ileri evre hastalıkların daha genç yaş grubunda olması hekimlerin beklentilerinde önyargılı davrandığı sonucuna varılabilir.

Anahtar kelimeler: Yoğun Bakım Ünitesi, İleri Yaş

TABLO 1. Yoğun bakımda ölen hastaların cinsiyet, ek hastalık ve yoğun bakım ünitesine yatış nedenleri

	GRUP				
	<85 yaş		>=85 yaş		
	N	%	N	%	P
CİNSİYET					
Kadın	183	31.8	51	59.3	<0.001
Erkek	392	68.2	35	40.7	
EK HASTALIK					
KOAH	221	38.4	37	43.0	0.42
Diabetes mellitus	13	2.3	1	1.2	0.51
Hipertansiyon	118	20.5	34	39.5	**0.001**
Koroner arter hastalığı	62	10.8	9	10.5	0.93
Atrial fibrilasyon	30	5.2	5	5.8	0.82
Konjestif kalp yetmezliği	54	9.4	15	17.4	**0.023**
IPF	33	5.7	1	1.2	0.07
Bronşektazi	9	1.6	0	0.0	0.24
Tüberküloz sekeli	17	3.0	0	0.0	0.11
Akciğer Parankim hastalığı	59	10.3	1	1.2	**0.006**
Alzheimer hastalığı	17	3.0	10	11.6	**<0.001**
Akciğer Kanseri	124	21.6	5	5.8	**0.001**
Malignite	31	5.4	2	2.3	0.22
Kronik böbrek yetmezliği	19	3.3	7	8.1	**0.031**
YBÜ YATIŞ NEDENİ					
Pnömoni	270	47.0	46	53.5	0.26
Emboli	7	1.2	1	1.2	0.97
IPF	33	5.7	1	1.2	0.07
MOF ve Malignite	149	25.9	6	7.0	**<0.001**
Sepsis MOF	258	44.9	41	47.7	0.63
Kardiyak nedenler	103	17.9	18	20.9	0.50
Nörolojik hastalıklar	52	9.0	15	17.4	**0.016**
KOAH	75	13.0	10	11.6	0.72
ARDS	13	2.3	3	3.5	0.49
Pnömotoraks	12	2.1	0	0.0	0.18
Plevral effüzyon	26	4.5	2	2.3	0.35

ARDS, Akut Respiratuar Distres Sendromu; IPF, İdiyopatik Pulmoner Fibrozis; KOAH, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı; MOF, Çoklu Organ Yetmezliği; YBÜ, Yoğun Bakım Ünitesi.

ENFEKSİYON HASTALIKLARI

SS-061

GERİATRİDE YATAN HASTALARIN ENFEKSİYON ÖZELLİKLERİ

Serdar Özkök[1], Mahir Cengiz[2], Rabia Bağ Soytaş[1], Suna Avcı[1], Hakan Yavuzer[1], Alper Döventaş[1], Deniz Suna Erdinçler[1]

[1]İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı
[2]İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Amaç: Yaşlanmayla immün zayıflama, fizyolojik bozulma ve komorbiditeyle birlikte, enfeksiyonlara yatkınlık gözlenir. Yaşlılarda enfeksiyonlar çoğu zaman atipik bulgularla seyreder. İyi dökümente edilmiş ciddi enfeksiyonlarda bile %30 oranında ateş görülmeyebilir. Geriatrik enfeksiyonların erken tanı ve tedavisi; morbidite ve mortalitenin azaltılması için önemlidir. Biz de, yatarak tedavi gören yaşlılardaki enfeksiyon sıklığını, özelliklerini, ateş varlığını, enfeksiyonun yaş ve ek hastalıklarla ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya 2017 yılında kliniğimizde yatarak tedavi görmüş, 65 yaş ve üzeri 188 hasta dâhil edildi. Hastaların dosyaları incelenerek; demografik özellikleri, varsa enfeksiyon odakları,

ateş, yatış ve zirve akut faz reaktanı değerleri, kültürler ve üremeleri, kullanılan antibiyotikler, yatış süreleri ve ek hastalıkları belirlendi.

Bulgular: 2017'de tekrarlayan yatışlarla beraber, 188 hastanın toplamda 200 yatışı olmuştu. Yaş ortalaması 80±7.9 ve %58'i kadın hastaydı. Tüm yatışların %53.5'inde (n=107) enfeksiyon tespit edilirken; 70 hastada (%65.4) yatış sırasında enfeksiyon mevcuttu. En sık rastlanan enfeksiyonlar idrar yolu (%31), solunum yolu (%24), cilt ve yumuşak doku enfeksiyonlarıydı (%5.5) (Tablo 1). Tüm enfeksiyonların %44.9'unda tabloya ateş eşlik etmiş olup; bunların %89.5'inde ateş ilk 48 saatten sonra saptanmıştı. Yaş ilerledikçe enfeksiyon sıklığında artış olduğu gözlendi (p=0.006). Yaşla ateş görülme sıklığı arasında ilişki yoktu (p=0.89).

Enfeksiyonu olanların yatış sırasında ilk lökosit ortalamaları 7815±3625 ve zirve lökosit değerleri 11209±5794'tü. Yine enfeksiyonu olanların ortalama geliş CRP'si 44.17±55.91; ortalama zirve CRP'si ise 98.56±87.86 idi. Hastaların ortalama geliş ESR'si 44.54±27.59; ortalama zirve ESR'si ise 68.40±30.55 saptandı. Hastaların zirve lökosit, zirve CRP ve geliş ESR değerlerindeki yüksekliğin yatış sürelerinde uzama ile ilişkili olduğu gözlendi (Sırasıyla p 0.008, 0.000, 0.000). Enfeksiyon saptananların yatış süreleri daha uzundu (p=0.000). Enfeksiyonu olan ve olmayanların komorbidite dağılımları tablo 2'de belirtildi. Enfeksiyonu olanlardaki ortalama komorbidite sayısı (4.37±1.74) ile olmayanlardaki (4.17±1.85) arasında anlamlı fark yoktu (p=0.38).

Enfeksiyonu olan hastaların kültürlerinin %61.4'ünde üreme gözlendi. En çok üreme idrar, kan ve balgam örneklerinde gerçekleşmişti (Sırasıyla %71.4, %36.5, %15.9). En çok üretilen etkenler idrarda E.coli (%39.1), kanda MRKNS ve S. hominis (%17.3) ve balgamda P. aeruginosa (%40) idi. Tedavide kullanılan antibiyotikler tablo 3'te belirtildi.

Sonuç: Yaşlı hastalarda hastanede yatışların başlıca sebeplerinden biri enfeksiyonlardır. Yatış gerektiren enfeksiyonların başında ise idrar yolu enfeksiyonları gelmektedir. Enfeksiyon varlığının yatış süresini uzattığı göz önüne alındığında; ateş, tipik klinik ve laboratuvar bulguları olmasa dahi, enfeksiyonların daima akla getirilmesi gerektiği sonucuna vardık.

Anahtar kelimeler: enfeksiyon, ateş, kültür, akut faz reaktanı, antibiyotik

Tablo 1. Geriatrik hastalarda enfeksiyon hastalıklarının sıklığı ve ateşin enfeksiyonlara eşlik etme oranı

Enfeksiyonlar	*n (%)*	*Ateş Sıklığı, n (%)*
Üriner Sistem Enfeksiyonu	62 (%31)	27 (%43.5)
Solunum Yolu Enfeksiyonları	48 (%24)	23 (%47.9)
Cilt ve Yumuşak Doku Enfeksiyonları	11 (%5.5)	5 (%45.4)
Bakteremi	10 (%5)	9 (%90)
Akut Gastroenterit	4 (%2)	4 (%100)
Kateter İlişkili Enfeksiyonlar	3 (%1.5)	3 (%100)
Diğer (Akut kolanjit, diş absesi, akut menenjit, 4'ünde odak belirlenemedi)	7 (%3.5)	3 (%42.8)

Tablo 2. Geriatrik enfeksiyonlara eşlik eden kronik hastalıkların dağılımı

Hastalık	*Enfeksiyonu Olanlar (n=107), n (%)*	*Enfeksiyonu Olmayanlar (n=93), n (%)*
Hipertansiyon (HT)	92 (%86)	76 (%81.7)
Diabetes Mellitus (DM)	49 (%45.8)	51 (%54.8)
Kardiyovasküler Hastalıklar (KVH)	34 (%31.8)	26 (%27.9)
Nörolojik Hastalıklar (SVH, Parkinson Has. ve diğerleri)	29 (%27.1)	20 (%21.5)
Alzheimer Hastalığı	27 (%25.2)	14 (%15)
Astım ve KOAH	23 (%21.5)	14 (%15)
Tiroid Hastalıkları (Hipo/ Hipertiroidizm)	22 (%20.6)	18 (%19.3)
Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY)	21 (%19.6)	15 (%16.1)
Malinite	16 (%15)	8 (%8.6)
Kalp Yetmezliği	16 (%15)	10 (%10.7)
Benign Prostat Hiperplazisi (BPH)	13 (%12.1)	12 (%12.9)

Tablo 2. Geriatrik enfeksiyonlarda kullanılan antibiyotiklerin dağılımı

Antibiyotik	*n (%)*
Piperasilin-tazobaktam	48 (%44.9)
3. kuşak sefalosporinler	43 (%40.2)
Karbapenemler	35 (%32.7)
Glikopeptitler	26 (%24.3)
Kinolonlar	23 (%21.5)
Fosfomisin	16 (%15)
Makrolidler	9 (%8.4)
Aminoglikozidler	8 (%7.5)
Antifungaller	8 (%7.5)
Aminopenisilinler	7 (%6.5)
Linezolid	4 (%3.7)
Daptomisin	3 (%2.8)
2. kuşak sefalosporinler	2 (%1.9)
Diğer	13 (%12.1)

NÖROLOJİK HASTALIKLAR

SS-062

YAŞLILARDA OROFARENGEAL DISFAJI SIKLIĞININ SUBJEKTIF DEĞERLENDIRILMESI

Aysun Işıklar[1]

[1]Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Ağızdan alınan gıdanın mideye geçişinin mekanik olarak engellenmesi, kas güçsüzlüğü veya koordinasyon bozukluğu olarak tanımlanabilen orofarengeal disfaji (OD) yaşlanmayla sıklığı artan genelde göz ardı edilen bir geriatrik sendromdur. Çalışmamızın hedefi toplumda yaşayan yaşlı hastalarda OD sıklığını tespit etmektir.

Yöntem: 60-98 yaş arası, malignite veya serebrovasküler hastalık öyküsü olmayan ayaktan rutin kontrol için polikliniğe başvuran 151 olguya EAT-10 anket soruları yüz yüze görüşülerek soruldu. Verilen cevaplar 0-hiç, 1-neredeyse hiç, 2-biraz, 3-çok, 4-şiddetli olarak değerlendirildi. EAT-10 skoru disfaji eşik değeri için 2 ayrı eşik değer (3 veya 15) kullanıldı. Aynı zamanda olguların yaş, cinsiyet, ek hastalıkları not edildi.

Bulgular: Toplumda yaşayan 60-98 yaş, (ortalama 71,79±6,21) arasındaki olguların %7,3 (n=11) de toplam skor 3 ve üzeri saptandı. %1,3 (n=2)'de EAT-10 toplam skoru 15'ti.

Sonuç: Yaşlanmanın disfaji için yeterli bir neden olamayabileceği görüldü. Ancak disfajinin yaşlılarda aspirasyon, dehidratasyon, pnömoni, malnütrisyon ve fonksiyonellikte kötüleşmeye neden olabileceği için bu konuda hekim farkındalığının arttırılması özellikle tedavi açısından önem arz etmekte.

Anahtar kelimeler: Anahtar kelimeler: geriatrik popülasyon, EAT-10, disfaji,tarama testi, semptom

DİĞER DURUMLAR (DÜŞME VE DENGE BOZUKLUKLARI, AĞRI, UYKU BOZUKLUKLARI, UYGUNSUZ İLAÇ KULLANIMI, İLAÇ ETKİLEŞİMİ, İLAÇ YAN ETKİLERİ VB)

SS-064

ENOKSAPARİNE BAĞLI NADİR BİR YAN ETKİ: LÖKOSİTOKLASTİK VASKÜLİT

Pelin Ünsal[1], Pelin Eşme[2], Mert Eşme[1], Hatice Çalışkan[1], Cemile Özsürekci[1], Gözde Şengül Ayçiçek[1], Cafer Balcı[1], Burcu Balam Yavuz[1], Mustafa Cankurtaran[1], Meltem Halil[1]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı
[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı

Giriş: Düşük molekül ağırlıklı heparin, tromboembolik hastalıkların profilaksisi ve tedavisinde kullanılır. Enoksaparinin en sık yan etkisi hemorajidir. Kutanöz komplikasyonları; hematom, ekimoz, eritematöz plak, nodül, cilt nekrozu, kontakt dermatit ve ürtikerdir. Cilt lezyonları sıklıkla enjeksiyon bölgesinde görülür. Biz de, enoksaparine bağlı ortaya çıktığını düşündüğümüz lökositoklasitik vaskülitli bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu sunumu: 81 yaşında erkek hasta, nefes darlığı ve öksürük şikayeti ile acil servise başvurdu. Fizik muayenesinde sağ akciğer bazalinde ral duyuldu. Respiratuvar alkoluzu, D-dimer yüksekliği saptanan hastaya çekilen akciğer perfüzyon sintigrafisinde sağ akciğerde perfüzyon kayıpları izlendi. Hastaya pulmoner emboli tanısı konularak, enoksaparin (60 mg, sc, 12 saatte bir) başlandı. Enoksaparin tedavisinin onuncu gününde, bilateral ayak dorsumlarından başlayarak alt ekstremiteyi simetrik tutan ve gluteaya ilerleyen, basmakla solmayan, palpable olmayan, yer yer konflue olma eğiliminde, kırmızı, mor peteşial makül ve yamalar izlendi. (Figur 1) Laboratuvar tetkiklerinde hemoglobin:10.6gr/dl lökosit:11.1x103/ml trombosit:429 x103/ml kreatinin:2.07 mg/dL BUN:23.64 mg/dL glomerüler filtrasyon hızı:28.96 ml/dk/1.73m2 GGT:101U/L ALP:115U/L sedimentasyon:129 mm/saat CRP:22 mg/dL izlendi. Hastadan 4 mm'lik iki adet punch biyopsi alındı. Patoloji sonucu lökositoklastik vaskülit ile uyumlu geldi. Etyolojiye yönelik gönderilen hepatit markerları negatif, ANA, ANCA, RF, C3, C4, kriyoglobulin, anti-dsDNA normal sınırlarda izlendi. Hastanın enoksaparin tedavisi kesildi, tedaviye varfarin ve 32 mg metilprednizolon eklendi. Tedavi değişikliği sonrasında hastanın döküntüleri gerilemeye başladı.

Tartışma: Heparine bağlı cilt lezyonları %0-2 oranında görülmektedir. Lökositoklastik vaskülit, enoksaparile nadir bildirilen adverse ilaç reaksiyonudur. FDA'da 1999 – 2015 yılları arasında enoksaparin ile kutanöz vasküliti olan 8 vaka bildirilmiştir. Cilt lezyonlarının patogenezi tam olarak anlaşılamasa da; patogenezde lokalize heparine bağlı trombosit agregasyonu veya tip III aşırı duyarlılık reaksiyonu ile indüklenen vaskülitin rol oynayabileceği düşünülmüştür. Lökositoklastik vaskülit etyolojisinde ilaçlar, viral, bakteriyel, fungal enfeksiyonlar, solid tümörler, konnektif doku hastalıkları düşünülmelidir. İlaçlar vaskülitik deri lezyonlarının %10'undan sorumludur. Bizim vakamızın ayırıcı tanısında da enfeksiyonlar, henoch schönlein purpura, ürtikeryal vaskülit, heparine bağlı trombositopenin peteşisi, meningokoksemi ve hipokomplomentemik vaskülit düşünülmelidir. Yaşlı hastalarda polifarmasi ve ilaç yan etkileri daha sık görülebildiğinden klinisyenler nadir görülen yan etkiler açısından dikkatli olmalıdır.

Anahtar kelimeler: Enoksaparin, lökositoklastik vaskülit

HEMATOLOJİK VE ONKOLOJİK HASTALIKLAR

SS-065

GERİATRİK POPÜLASYONDAKİ YENİ TANI ONKOLOJİK VAKALARDA MALNUTRİSYON VE SARKOPENİ SIKLIĞI: ÇOK MERKEZLİ-KESİTSEL ÇALIŞMA

Cafer Balcı[1], Gülnihal Tufan[2], Nuriye Özdemir[3], Sercan Aksoy[4], Ömür Berna Öksüzoğlu[2], Nurullah Zengin[3], Ayşe Kars[4], Meltem Halil[1]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı
[2]Dr. Anabilim Dalurrahman Yurtarslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Medikal Onkoloji Kliniği
[3]Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Medikal Onkoloji Kliniği
[4]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Medikal Onkoloji Bilim Dalı

Amaç: Yeni tanı almış kanserli hastaların klinik yönetiminde, tanı anında bile yüksek oranda görülme riski bulunan hastalık ilişkili malnutrisyon ve sarkopeni varlığı göz ardı edilerek, tıbbi tedaviye odaklanılmaktadır. Hem malnutrisyon, hem de sarkopeni kanserli vakalarda sık görülmekte, kanser tedavisi ile ilişkili toksisite, yaşam kalitesinde azalma ve mortalite riskinde artma ile ilişkilidir. Çalışmanın amacı geriatrik yaş grubunda yeni tanı almış kanser olgularında malnutrisyon ve sarkopeni sıklığının araştırılmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Ankara'da 3 farklı merkezde yürütülen çalışmada, medikal onkoloji polikliniklerine başvuran yeni tanı almış toplam 80 geriatrik kanserli hasta dahil edildi. 22 farklı kanser tanısının konulmuş olduğu çalışmada katılımcıların herhangi bir kemoterapi ya da radyoterapi almadan önceki klinik bilgileri, antropometrik ölçümleri, biyokimyasal değerleri kaydedildi. Beslenme durumlarını değerlendirmek amaçlı "Malnutrition Universal Screening Tool" (MUST) ve "Scored Patient-Generated SGA" (PG-SGA) tarama yöntemleri kullanıldı. Vücut kompozisyonu bioelektrik impedans analiz yöntemiyle değerlendirildi. Sarkopeni tanısında EWGSOP tanı kriterleri kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 71.9 ± 5.3, vücut kitle indeksi (VKİ) ortalaması 26.9 ± 5.6 olup, 48'i (%60) erkekti. Katılımcıların 21'inde (%26.3) düşük kas kütlesi, 52'sinde (%65) düşük kas kuvveti, 60'ında (%75) düşük yürüme hızı tespit edildi. Çalışmaya katılan kişilerin diğer özellikleri Tablo 1'de detaylandırılmıştır. PG-SGA ve MUST a göre hastaların tanı anında malnutrisyon oranları sırasıyla %56.3 ve %63.8 olarak tespit edildi. Her iki tarama yönteminin skorları arasında mükemmel düzeyde korelasyon mevcuttu ($r = 0.81$, $p < 0.001$). Katılımcıların 18'i (%22.5) tanı anında sarkopenikti.

Sonuç: Çalışmamızın bulgularına göre, yeni tanı almış geriatrik kanserli vakaların beşte birinde sarkopeni, yarısından fazlasında ise malnutrisyon mevcuttur. Normal VKİ değerlerine rağmen kanser hastalarında malnutrisyon ve sarkopeninin nispeten yüksek olduğu gerçeği çarpıcıdır. Kanser tedavisinden önce ya da tedavi sırasında zamanında yapılan nutrisyonel müdahalelerinin, kemoterapi veya radyoterapinin sitotoksik etkilerini ve komplikasyonlarını azaltmada faydalı olduğu aşikardır. Kanser tedavisine başlamadan önce, yetersiz beslenen hastaları tanımlamak için erken nutrisyonel durum taramasının onkoloji rutin klinik uygulamasına dahil edilmesi esastır.

Anahtar kelimeler: Malnutrisyon, Sarkopeni, Geriatrik, Onkoloji

	PG-SGA		MUST		
	Normal (n = 35)	Malnutrisyon (n = 45)	Normal (n = 29)	Malnutrisyon (n = 51)	Toplam (n = 80)
Yaş	72.5 ± 5.5	71.5 ± 5.1	71.7 ± 5.7	72 ± 5	71.9 ± 5.2
Cinsiyet (Kadın)	18 (%51.4)	14 (%31.1)	18 (%62.1)	14 (%27.5)*	32 (%40)
Kilo (kg)	75.3 ± 12.9	64.2 ± 12.1*	76.9 ± 15.9	64.5 ± 9.4*	69 ± 13.5
Boy (cm)	160.1 ± 9.4	160.2 ± 10.2	158.3 ± 9.5	161.8 ± 9.9	160.5 ± 9.8
VKİ (kg/m²)	29.3 ± 5.5	25 ± 4.8*	30.7 ± 6.4	24.8 ± 3.6*	26.9 ± 5.5
Albumin (g/dL)	4.1 (3.3 - 4.6)	3.8 (1.8 – 4.4)*	4.1 (3.4 - 4.6)	3.8 (1.8- 4.5)*	4 (1.8-4.6)
Prealbumin (mg/dL)	22.8 ± 5.3	17.8 ± 6.7 *	23.3 ± 4.3	18.1 ± 6.9*	20 ± 6.5
Crp (mg/dL)	0.9 (0.1 - 7.8)	1.7 (0.2 – 21.7)*	0.8 (0.1 – 7.8)	1.6 (0.1 – 21.7)*	1.2 (0.1 – 21.7)
Düşük Kas Kütlesi (FFMI)	4 (%11.4)	17 (%37.8)*	2 (%6.9)	19 (%37.3)*	21 (%26.3)
Düşük El Kavrama Kuvveti	21 (%60)	31 (%68.9)	18 (%62.1)	34 (%66.7)	52 (%65)
Düşük Yürüme Hızı	23 (%65.7)	37 (%82.2)	22 (%75.9)	38 (%74.5)	60 (%75)
Sarkopeni	3 (%8.6)	15 (%33.3)*	2 (%6.9)	16 (%31.4)*	18 (%22.5)
Toplam Skor	6 (2-8)	15 (7-36)*	0 (0-2)	2 (1-6)*	1.5 (0-6)┼ 10.5 (2-36)¥

VKİ = Vücut Kitle İndeksi, Crp = C reaktif protein, FFMI = Fat free mass index, ┼ Total MUST skoru, ¥ Total PG-SGA skoru, * $p < 0.05$

BAKIM HİZMETLERİ UYGULAMALARI
(AKUT, POST-AKUT, REHABİLİTASYON, PALYATİF, UZUN DÖNEM VE EVDEBAKIM)

SS-066

TÜRKİYE'DE HUZUREVLERİNDE VE BAKIMEVLERİNDE MALNUTRİSYON VARLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ VE FARKINDALIĞININ ARTIRILMASI

Cafer Balcı[1], Zekeriya Ülger[2], Meltem Halil[1], Derya Hopancı Bıçaklı[3], Gülistan Bahat Öztürk[4], Zeynel Abidin Öztürk[5], Fatih Sümer[1], Özlem Yılmaz[4], Sevilay Muratlı[4], Hülya Sungurtekin[6], Kubilay Demirağ[7], Osman Abbasoğlu[8], Sadık Kılıçturgay[9]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı
[2]Ankara Özel Çankaya Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği
[3]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Medikal Onkoloji Bilim Dalı
[4]İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı
[5]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı
[6]Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı
[7]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı
[8]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı
[9]Bursa Medikal Park Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

Amaç: Malnutrisyon ve sarkopeni geriatrik popülasyonda sık görülmektedir. Tanı ve tedavi süreçlerindeki gecikmeye bağlı olarak yaşlılarda, fonksiyonellikte azalma, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık, düşme, bası yarası ve infeksiyon gibi ciddi komplikasyonlara neden olmakta ve mortalite riskini artırmaktadır. Projenin amacı, huzurevleri ve bakımevlerinde yaşayan kişilerin malnutrisyon ve sarkopeni sıklığının değerlendirilmesi ve bakım veren personelinin malnutrisyon ve sarkopeni konularında farkındalığının artırılmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Türkiye genelinde 12 il ve 21 farklı huzurevi ve bakımevinde çalışma gerçekleştirilmiştir. Toplam 1306 kişinin dahil edildiği çalışmada, katılımcıların kapsamlı geriatrik değerlendirmesi, nutrisyonel durumun değerlendirilmesi amaçlı antropometrik ölçümleri ve Mini Nutrisyonel Değerlendirme Testi (MNA), yutma fonksiyonlarının değerlendirilmesi amaçlı EAT-10 testi gerçekleştirilmiştir. Sarkopeni tanısında baldır çevresi ve el kavrama gücü parametreleri kullanılmıştır. Ölçümler ve değerlendirmeler öncesinde kurum personelinin malnutrisyon ve sarkopeni farkındalığını artırmaya yönelik eğitim toplantıları gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilenlerin yaş ortalaması 78.6 ± 8.5, katılımcıların %50.2'si kadındı. Huzurevi sakinlerinin 62'si (%4.7) şiddetli düzeyde iştah kaybı tariflerken, 252'si (%19.3) orta düzeyde iştah kaybı tarifledi. Medyan total MNA skoru 21 (3-30) olup, huzurevi sakinlerinin 268'sinde (%20.5) malnutrisyon, 620'sinde (%47.5) malnutrisyon riski tespit edildi. Kadınlarda (%25.8), erkeklere (%15.2) göre malnutrisyon sıklığı daha fazlaydı ($p < 0.001$). Temel günlük yaşam ve enstrümental günlük yaşam aktivite skorları, MiniMental Test Skoru, EAT-10 skoru ve antropometrik ölçümler (boy, kilo, vücut kitle indeksi, üst orta kol çevresi, belçevresi ve baldır çevresi) ile malnutrisyon varlığı arasında anlamlı bir ilişki mevcuttu ($p < 0.001$). Huzurevi sakinleri arasında sarkopeni sıklığı erkelerde %10, kadınlarda %14 olarak tespit edildi.

Sonuç: Türkiye genelinde çok merkezli, geniş katılımcılı gerçekleştirilen çalışma sonucunda her beş huzurevi sakinin birinde malnutrisyon, her iki huzurevi sakinin birisin de ise malnutrisyon riski tespit edilmiştir. Malnutrisyonun önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olduğu göz önünde bulundurulduğunda, huzurevleri ve bakımevlerindeki sakinlerin olası yetersiz beslenme durumlarını tespit etmek, önlemek ve yönetmek için standardize tarama programlarının kullanılması, bireylerin kapsamlı değerlendirmelerinin gerçekleştirilmesi ve kurum personelinin eğitiminin artırılması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Malnutrisyon, Sarkopeni, Huzurevi, Bakımevi

DİĞER DURUMLAR
(DÜŞME VE DENGE BOZUKLUKLARI, AĞRI, UYKU BOZUKLUKLARI, UYGUNSUZ İLAÇ KULLANIMI, İLAÇ ETKİLEŞİMİ, İLAÇ YAN ETKİLERİ VB)

SS-067

FEKAL İNKONTİNANSLI YAŞLI VEYA REPRODÜKTİF DÖNEM HASTALARDA ANAL SFİNKTER FONKSİYONUNUN KARŞILAŞTIRILMASI

Süleyman Demiryas[1]

[1]İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Amaç: Fekal inkontinans(FI) gaz, sıvı veya katı dışkıyı kontrol edememe durumudur, sosyal ve hijyenik bir sorun olup yaşam kalitesini önemli ölçüde etkiler. FI sebepleri arasında dışkının karakteristik özellikleri, anal sfinkter disfonksiyonları, sistemik hastalıklar ya da nörolojik hastalıklar olabilir. Yaşlılarda huzurevine yatışların ikinci en sık sebebi FI'dir. Genel popülasyonda FI prevalansı %0.5-1.5 iken;65 yaş üstü hastalarda FI prevalansı toplumda %15, hastanede yatanlarda %18-33, evde sağlık hizmeti alanlarda %38, huzurevinde yaşayanlarda %33-70'tir.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2012-Ocak 2018 tarihleri arasında anorektal manometri (ARM) uyguladığımız hastaların dosyaları retrospektif olarak tarandı. FI şikâyetleri olan toplam 60 hasta, 60 yaş üstü (Yaşlı grup, GY)(n=20 hasta) ve 21-50 yaş arası (Reprodüktif grup, GR)(n=40) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Hastaların demografik bulguları, Wexner inkontinans skalaları (WİS) ve ARM bulguları değerlendirildi. ARM'de "Medical Measurement Sytems(MMS)", Solar GI havalı sistemi kullanıldı. Enflamatuvar barsak hastalığı, diabetes mellitüsü, tiroid hastalığı, romatolojik hastalığı, kardiyak hastalığı, hematolojik hastalığı, nörolojik hastalığı, hidroadenitis süpürativası, veneryal hastalığı, kolorektal cerrahi öyküsü, pelvik radyoterapi öyküsü, vertebra ya da kranial operasyon öyküsü, proktolojik cerrahi öyküsü, bilinen anal sfinkter defekti öyküsü, konjenital hastalık öyküsü, mental retardasyonu, demansı olan hastalar çalışma dışında bırakıldı. Gruplar kendi arasında, grup içerisinde ve normal değerlerle IBM SPSS Version 21 istatistik sistemi kullanılarak karşılaştırıldı ve $p<0.05$ değeri anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Yaş, GY'de 66,8±5,61 yıl, GR'de 40,88±9,07 yıldı. Vücut kütle indeksi(BMI) GY'de 27,49±3,11 kg/m^2, GR'de 27,71±4,85 kg/m^2 idi($p=0,852$). Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde gruplar arasında fark saptanmadı (Tablo 1). Her iki gruptada en sık şikayet katı FI idi (Tablo 1). WİS değerlendirildiğinde GY'de 11,85±4,77, GR'de 9,73±4,76 idi ($p=0,111$). ARM'de maksimal anal dinlenim basıncı, maksimal sıkma basıncı, ıkınma basıncı, minumum ıkınma basıncı, öksürük eylemi dinlenim basıncı ve rektoanal inhibitör refleks rahatlaması GY'de anlamlı derecede düşük saptandı (Tablo 2).

Sonuç: Dışkının istemli kontrolünün kaybedilmesi en ızdıraplı durumlardan biridir. FI prevalansı yaşlılarda daha yüksektir. Literatürde 45 yaşındaki kadınlarda görülme sıklığının aynı yaş grubundaki erkeklerden sekiz kat fazla olduğu belirtilmiştir. Vajinal doğumdan sonra geçici ya da daimi FI insidansı %3 veya daha fazla olabilir, çünkü obstetrik faktörlerin anal sfinkter fonksiyonlarını etkilemesi söz konusudur. Çalışmamızda FI'lı hastalarda yaşlanmayla WİS skorlarında anlamlı değişme olmazken, manometrik bulgularda anlamlı azalma mevcuttur. Bu nedenle FI şikayeti mevcut hastalarda ARM, hem tanıda hem de tedavinin takibinde vazgeçilemez bir araçtır.

Anahtar kelimeler: Fekal inkontinans, yaş, cinsiyet, vücut kütle indeksi, wexner inkontinans skalası, anorektal manometre

		GY Say(%)	GR Say(%)	P değeri
Cinsiyet	Kadın	15 (36,59)	26 (63,41)	0,58
	Erkek	5 (26,32)	14 (73,68)	
Şikayet	Gaz inkontinans	2 (18,18)	9 (81,82)	0,159
	Sıvı inkontinans	1 (14,29)	6 (85,71)	
	Katı inkontinans	15 (46,88)	17 (53,13)	
	Urgency	2 (20)	8 (80)	

	GY(ort±SS)	GR(ort±SS)	P değeri
Maksimal anal dinlenim basıncı (mmHg)	35,5 ± 16,32	57,35 ± 26,22	<0,001**
Sıkma basınç artışı (mmHg)	38,35 ± 24,96	46,53 ± 20,03	0,064
Maksimal sıkma Basıncı (mmHg)	82,1 ± 60,1	114,28 ± 73,07	0,043**
Ikınma basıncı (mmHg)	35,1 ± 17,14	45,73 ± 19,65	0,034**
Minumum ıkınma basıncı (mmHg)	15,8 ± 16,3	35,8 ± 52,59	0,007**
Maksimal istemli sıkma süresi (sn)	35,25 ± 16	34,33 ± 9,25	0,838
Öksürük Eylemi Dinlenim Basıncı (mmHg)	35,85 ± 19,28	55,38 ± 27,61	0,002**
RAIR rahatlama (%)	39,3 ± 26,78	53,45 ± 22,18	0,034**
İlk his (ml)	96,5 ± 32,66	87,5 ± 39,67	0,217
Defekasyon arzusu (ml)	170,5 ± 101,85	164,25 ± 82,18	0,857
Tolere edilebilir maksimal volüm (ml)	226,5 ± 90,81	223,75 ± 88,34	0,857

DEMANS-DEPRESYON-DELİRYUM

SS-069

ALZHEİMER HASTALIĞINDA YUTMA PROBLEMLERİ: PEKİ HANGİ EVREDE?

Cemile Özsürekci[1], Selen Serel Arslan[2], Numan Demir[2], Hatice Çalışkan[1], Gözde Şengül Ayçiçek[1], Hasan Erkan Kılıç[2], Ömer Faruk Yaşaroğlu[2], Cemal Kızılarslanoğlu[3], Rana Tuna Doğrul[1], Cafer Balcı[1], Fatih Sümer[1], Ayşe Karaduman[2], Burcu Balam Yavuz[1], Mustafa Cankurtaran[1], Meltem Gülhan Halil[1]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı
[2]Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü
[3]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı

Giriş: Alzheimer hastalığı(AH), hafıza kaybı ön planda olmak üzere yönetici işlevlerde ve motor fonksiyonlarda ilerleyici ve geri dönüşsüz bozulma ile karakterizedir. Yutma bozukluğu AH'da önemli bir bulgu olarak karşımıza çıkar ve genellikle kognitif ve motor fonksiyonların iyice bozulduğu ileri evrede beklenmektedir. Hastaların birçoğunda, klasik yutma bozukluğu semptomlarının hasta ve yakınları tarafından fark edilmemesi nedeni ile sorun erken dönemde fark edilmeyebilir. Yutma bozukluğu olan hastalarda %45 aspirasyon pnömonisi ve %50 pnömoniye bağlı mortalite görülmektedir. Ciddi mortalite ve morbiditeye sebep olan yutma bozukluğu durumu, klinikte medikal, kognitif, sosyal, psikolojik olarak değerlendirilen AH da mutlaka değerlendirilmelidir.

Materyal&Metod: Çalışmamıza geriatri polikliniğine ayaktan başvuran ³65 yaş Alzheimer hastaları dahil edilmiştir. Çalışmaya alınan hastalar, kapsamlı geriatrik değerlendirme ve CDR değerlendirmes-

ine göre erken evre, orta evre ve ileri evre AH olarak gruplanmıştır. Çalışmaya katılan tüm hastalar için sarkopeni değerlendirilmesi Avrupa Sarkopeni Çalışma Grubu'nun (EWGSOP) tanımlamalarına dayanılarak yapılmıştır. Bu kriterlere göre, kas kütlesi ölçümü için biyoempedans analizi(BİA), el kavrama kuvveti, 6 metre yürüme hızı testi uygulandı ve hastalar sarkopeni gruplarına ayrıldı. Hastaların yutma bozukluğu yeme değerlendirme aracı Türkçe versiyonu(T-EAT-10) ile değerlendirildi. Yutma bozukluğu kesin tanısı videofloroskopi(VF) çalışması ile değerlendirildi ve sonrasında fonksiyonel oral alım skalası(FOİS) puanı verildi.

Sonuçlar: Çalışmamıza 76 AH dahil edildi, ortalaması yaş 79± 6 idi. Hasta grubunun %43,4'sı erkek, %56,6'ü kadın idi. 26 hastada hafif demans (CDR1), 31 hastada orta derecede demans (CDR2) ve 19 hastada şiddetli demans (CDR3) vardı. CDR evrelerine göre değerlendirildiğinde hasta grupları arasında aspirasyon varlığı açısından anlamlı bir fark yoktu(p: 0.74). Her üç grupta VFSS ile ilişkili penetrasyon-aspirasyon skalası (PAS) skorları sıvı, viskoz ve katı gıdalar için benzerdi (sırasıyla p: 0.36, p:0.38 p:0.38).Sarkopeni prevalansı CDR evrelerine göre gruplar arasında benzerdi ve sarkopeni durumuna göre aspirasyon oranları benzerdi(p>0.05).

T-EAT-10 ve FOİS skalası puanları ise hastaların aspirasyon durumları ile ilişkili olup, aspirasyon olan ve olmayan hastalar arasında anlamlı fark vardır (sırasıyla p<0.001, p<0.001).

Tartışma: AH'da sadece ilerleyen evrelerde değil, hastalığın henüz erken safhalarında da yutma bozuklukları ve aspirasyonlar görülebilir. Aspirasyonların büyük çoğunluğunun sessiz aspirasyon şeklinde olması ve kliniğe yansımaması nedeni ile bu durum gözden kaçabilir. Çalışmamızda AH'da aspirasyon riskinin, hastalığın evresinden bağımsız olduğu ve hastalık evresinden ziyade hastaların kırılganlık düzeyi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu nedenle; her evrede ve gerekirse her hasta başvurusunda aspirasyon durumu en azından T-EAT-10 ile sorgulanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Alzheimer hastalığı, Yutma bozuklukları, Disfaji, Sarkopeni

DİĞER DURUMLAR
(DÜŞME VE DENGE BOZUKLUKLARI, AĞRI, UYKU BOZUKLUKLARI, UYGUNSUZ İLAÇ KULLANIMI, İLAÇ ETKİLEŞİMİ, İLAÇ YAN ETKİLERİ VB)

SS-070

TÜRKÇE GEÇERLİLİĞİ YAPILMIŞ BİR KIRILGANLIK SKALASI: CLİNİCAL FRAİLTY SCALE

Cemile Özsürekci[1], Cafer Balcı[1], Cemal Kızılarslanoğlu[2], Hatice Çalışkan[1], Rana Tuna Doğrul[1], Gözde Şengül Ayçiçek[1], Fatih Sümer[1], Erdem Karabulut[3], Burcu Balam Yavuz[1], Mustafa Cankurtaran[1], Meltem Gülhan Halil[1]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı
[2]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı
[3]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Bilim Dalı

Amaç: Kırılganlık (Frailty) ömür boyu birçok fizyolojik sisteminde kümülatif düşüşün sonucunda gelişen azalmış fiziksel aktivite, yürüme hızının azalması, kilo kaybı, kas gücü kaybı ve tükenmişlik gibi bileşenlerle tanımlanan bir geriatrik sendromdur. Kırılgan yaşlılar stres faktörlerine maruz kaldıklarında artmış mortalite, morbite ve sağlık harcamaları ile karşılaşmaları nedeniyle bu konu giderek önem kazanmaktadır. Kırılganlık multifaktöryel bir klinik durum olduğu için ölçülmesi oldukça zordur. Kapsamlı geriatrik değerlendirme kırılganlık belirlenmesinde altın standart olarak benimsenmektedir fakat bu değerlendirme uzun zaman almaktadır. Geriatri kliniklerde kırılganlığı saptamak için uygulanması kolay ve güvenilir birçok metod geliştirilmiştir. Kırılganlık tanısı konulmasında 27 civarında tarama testi kullanılmaktadır Kırılganlık tarama testlerinden olan 9 basamaklı Klinik kırılganlık skalası (CFS) hem ayaktan başvuran hastalar hem de yatan hastalar için kullanılan, mortalite ve morbidite belirlenmesi için çok etkili bir kırılganlık tarama testidir. Çalışmadaki amacımız çabuk uygulanan ve etkili bir tarama testi olan CFS'nin Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirlik araştırmasının yapılmasıdır.

Gereç&Yöntem: Çalışmamıza geriatrik polikliniğine ayaktan başvuran hastalar dahil edildi. Çalışmaya alınan hastalar, kapsamlı geriatrik değerlendirme ve fizik muayene yapılarak geriatri uzman doktorlari tarafindan kirilgan olup olmadiği değerlendirilmiştir. 2 bir geriatri uzmanı ayrı bir odada her hastaya CFS ve en sık kullanılan kırılganlık değerlendirme testi olan Fried kırılganlık testi uygulamıştır. Ayrıca 2. Doktor, her hastayı 2 hafta sonra yeniden değerlendirerek CFS testin tekrarı(re-test) yapılmıştır. 3. bir geriatri uzmanı ise hakemler arası(inter-rater) geçerlilik değerlendirmek için 17 hastaya CFS uygulamıştır.

Sonuçlar: Toplam 84 hasta çalışmamıza dahil edildi ve hastaların ortalama yaşı 75.1±6.3 idi. Hastaların %61 kadın ve %39'u erkekti. CFS ve kapsamlı geriatrik değerlendirme sonucu kırılganlık belirten doktor uyumu iyi düzeyde idi(Cohen's kappa 0.80,p <0.001). CFS ve Fried kırılganlık testinin uyumu orta düzeyde idi (Cohen's kappa 0,514 p <0,001).CFS inter-rater ve re-test geçerliliği çok yüksek düzeyde idi. (sırasıyla kappa 0.811, p <0.001 ve 0.899, p <0.001).

Tartışma: Dünyanın dört bir yanındaki artan yaşam beklentisi ile birlikte, Gelişmekte olan Türkiye'de yaşlı nüfustaki artış kaçınılmazdır. Yaşlı nüfus artışı ile kırılganlık daha sık karşımıza çıkacaktır. Kırılganlığı saptamak ve klinik pratikte kırılganlık düzeyini belirlemek için daha etkili yöntemler geliştirmeliyiz. Çalışmamızda CFS kırılganlık testinin, Türk toplumunda yaşlılar için hızlı, güvenilir ve geçerli bir kırılganlık tarama aracı olduğu gösterilmiştir.

Anahtar kelimeler: Kırılganlık, Yaşlılık, Clinical Frailty Scale, Kırılganlık Tarama Testi

SS-071

ACİL SERVİSE DÜŞME NEDENİYLE BAŞVURAN 65 YAŞ ÜSTÜ HASTALARIN BİREYSEL ÖZELLİKLERİ VE BAŞVURULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Yılmaz İnanç[1], Hakan Hakkoymaz[2]

[1]Kahramanmaraş Sütçüimam Üniversitesi Nöroloji
[2]Kahramanmaraş Sütçüimam Üniversitesi Acil Tıp

Giriş: Yaşlı nüfusun artması, yaşlıların sorunlarını daha iyi algılamayı gerekli kılmıştır. Yaşlıların çoğunda birden fazla sağlık sorununa sıklıkla rastlanmakta ve buna bağlı olarak sağlık kurumlarına daha sık başvuru yapılmaktadır. Yaşlı hastalarda, tüm sağlık kurumlarına başvuru gibi acil servislerine de başvuru oldukça fazladır. Bu çalışmada amacımız, 65 ve üstü yaştaki travma nedeniyle acil servise başvuran hastalarda etyolojik nedenleri araştırmak ve takip sürecinde klinik sonlanım durumları ve bu süreçte acil sağlık hizmetinin önemini vurgulamaktır.

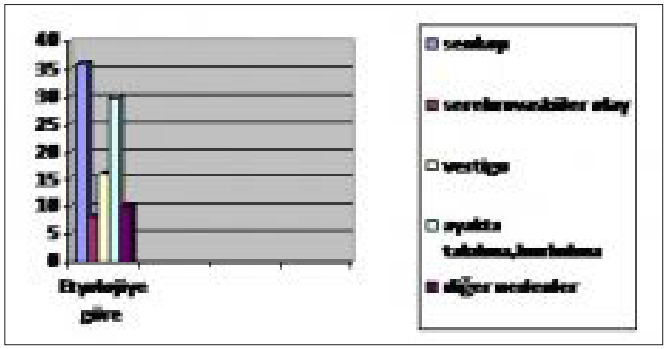
Materyal metod: Ocak 2018-mart 2018 tarihleri arasında acil servise başvuran 65 yaş ve üstü 50 hasta çalışmaya alındı. Veri tabanına kaydedilmiş olan hasta bilgileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaş, cinsiyet, anamnez ve fizik muayene bilgileri, travma etyolojileri, Glaskow koma skalası, yaralanma bölgeleri, klinik sonlanma durumları elde edildi.

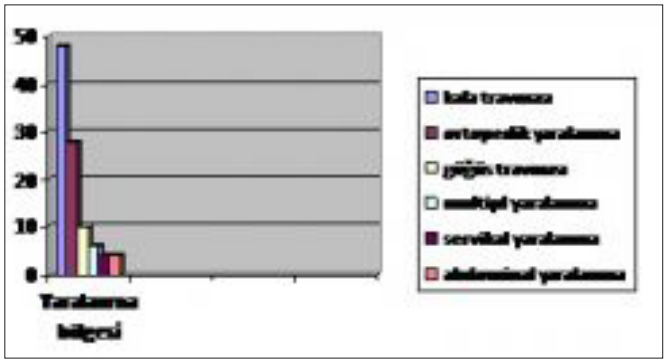
Bulgular: 65 yaş ve üstünde olan 50 hasta (22 kadın, 28 erkek) çalışmaya alındı. Hastaların yaş ortalaması 75,62±8 yıl idi. Ortalama Glaskow koma skalası 14 idi. Etyolojiye göre 18(%36) hastada senkop,4(%8) hastada serebrovasküler olay, 8(%16) hastada vertigo, 15(%30) hastada ayakta takılma, burkulma, 5(%10) hastada diğer nedenler mevcuttu. Yaralanma bölgesine göre 24 (%48) hastada kafa travması, 14 (%28) hastada ortopedik yaralanma, 5 (%10) hastada göğüs travması, 3(%6) hastada multipl yaralanma, 2 (%4) hastada servikal yaralanma, 2(%4) hastada abdominal yaralanma mevcuttu.

Acil serviste yapılan tetkik ve tedavi sonrası 33 hasta (%66) taburcu edildi.10 (%20) hasta servise,7 (%14) hasta yoğun bakıma yatırıldı.

Sonuç: Son yıllarda yaşlı nüfüsün hızla artmakta olduğu ülkemizde özellikle yaşlanmanın getirdiği fizyolojik değişikliklerin etkisiyle acil servislere başvuran geriatrik travma sıklığı da giderek artmaktadır. Bu yaralanmalar yaşlı kişilerde ciddi hastalıklara ve ölümlere neden olabilir. Çalışmamızda en sık etyoloji, senkop ve fizyolojik değişikliklerin etkisiyle görülebilen ayakta takılma,burkulma idi. En sık yaralanma bölgesi ise kafa travması,ikinci sıklıkta ortopedik yaralanma olarak saptandı. Yaşlı bireylerin acil serviste erken tanı ve takibi önem arz etmektedir. Ayrıca neden olan problemlere yönelik, bakıcılara ve aile bireylerine iyi bir eğitim ve gerekli bilgiler verilerek önemli derecede önlenebileceği düşüncesindeyiz.

Anahtar kelimeler: Yaşlı hasta,düşme,etyolojik nedenler,klinik sonuç.





DİĞER DURUMLAR
(DÜŞME VE DENGE BOZUKLUKLARI, AĞRI, UYKU BOZUKLUKLARI, UYGUNSUZ İLAÇ KULLANIMI, İLAÇ ETKİLEŞİMİ, İLAÇ YAN ETKİLERİ VB)

SS-072

YAŞLILARDA KIRILGANLIĞI ÖLÇMEYE YÖNELİK FRAİL ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ

Ben Azir Begüm Hymabaccus[1], Burcu Balam Yavuz[1], Rana Tuna Doğrul[1], Cafer Balcı[1], Cemile Özsürekçi[1], Hatice Çalışkan[1], Fatih Sümer[1], Erdem Karabulut[2], Meltem Halil[1], Mustafa Cankurtaran[1]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı
[2]Hacettepe Üniversitesi Bioistatistik Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Kırılganlık ömür boyu birçok fizyolojik sistemde kümülatif düşüşün sonucunda gelişen azalmış fiziksel aktivite, yürüme hızının azalması, kilo kaybı, kas gücü kaybı ve tükenmişlik gibi bileşenlerle tanımlanan, morbidite ve mortalite ile ilişkili olan bir geriatrik sendromdur. Klinikte kırılganlığı tespit etmek için pratik ve Türkçe geçerlik ve güvenirliği test edilmiş ölçeklere ihtiyaç vardır. Bu çalışmanın amacı Morley ve arkadaşları tarafından geliştirilen, uygulaması pratik olan, 5 maddeden oluşan (yorgunluk, direnç, mobilite, kilo kaybı ve mevcut hastalıklar) FRAİL ölçeğinin geriatrik Türk toplumunda kırılganlığı göstermede etkili, geçerli ve güvenilir bir tarama ölçeği olup olmadığını saptamaktır.

Metod: Geriatri polikliniğine başvuran 65 yaş ve üzeri 85 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Akut hastalığı olan ve ileri evre demansı olan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Hastalara kapsamlı geriatrik değerlendirmenin yanı sıra FRAİL ölçeği, Fried indeksi, FİND ölçeği, Kalk ve yürü testi, handgrip dinamometresi uygulanmıştır. Laboratuvar sonuçları, idrar inkontinansı, düşme sayısı, yaşadıkları ortam, sigara ve alkol kullanımı, aşılama durumu, kullandıkları ilaç sayısı ve son bir yılda hastane yatış sayısı verileri kaydedilmiştir.

Bulgular: FRAİL ölçeği; Türkçe geçerliği olan FİND ölçeği ve Fried indeksi ile yüksek korelasyon göstermiştir (korelasyon katsayısı sırasıyla 0.956 ve 0.934). Ayrıca FRAIL ölçeğinin günlük yaşam aktiviteleri, enstrumental günlük yaşam aktiviteleri, Mini-mental durum değerlendirme testi, Yesavage geriatrik depresyon skalası, Mini nutrisyonel değerlendirme-kısa form, saat çizme testi, handgrip kavrama kuvveti ve kalk yürü testi ile ilişkili olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bağımsız uygulayıcılar arası uyum ve test-tekrar test uyumu %100 (tam uyum, Cronbach alfa Coefficient 1.00) olarak saptanmıştır. FRAİL Ölçeği ile saptanan kırılganlık kadın cinsiyeti, hastanın yaşı, kilo kaybı, hastalık sayısı, kullanılan ilaç sayısı, düşme sayısı, idrar inkontinansı, ve son 1 yıldaki hastane yatış sayısı ile ilişkili bulunmuştur.

Sonuç: Bu çalışmada FRAİL ölçeğinin kırılganlığı göstermede güvenilir ve geçerli bir ölçek olduğu kanıtlanmıştır. Türk yaşlı popülasyonunda güvenle kullanılabilir.

Anahtar kelimeler: frailite, FRAIL ölçeği, geçerlik, güvenirlik

KARDİYOVASKÜLER SİSTEM HASTALIKLARI

SS-073

ATRİAL FİBRİLASYONUN GERİATRİK YAŞ GRUBUNDA GENEL ÖZELLİKLERİ, FONKSİYONELLİK VE FRAİLİTE İLE İLİŞKİSİ

Meltem Koca[1], Burcu Balam Yavuz[1], Rana Tuna Doğrul[1], Hatice Çalışkan[1], Gözde Şengül Ayçiçek[1], Cemile Özsürekçi[1], Cafer Balcı[1], Mert Eşme[1], Pelin Ünsal[1], Meltem Halil[1], Mustafa Cankurtaran[1]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Atrial fibrilasyon(AF) geriatrik yaş grubunda en sık görülen kardiyak aritmidir ve iskemik inme, kalp yetersizliği, demans gelişimi ve yaşam kalitesinde kötüleşme gibi komplikasyonlara neden olmaktadır. AF ve komplikasyonlarının sıklığı yaşla birlikte artmaktadır. Frailite organizmanın homeostatik rezervlerinde azalmayla karakterize, çeşitli stresörlere karşı hassasiyetin arttığı ve düşmeler, disabilite, bakım ihtiyacı ve mortalite dahil kötü klinik sonlanımların riskini arttıran bir geriatrik sendromdur. AF'un demans gelişimi ve yaşam kalitesinde kötüleşme ile ilişkili oluşu ve frailite ile ilişkisi gösterilmiş hastalıklardan olan serebrovasküler olay ve kalp yetersizliği riskini arttırması ve ortak patogenetik mekanizmalar AF'da frailitenin artmış olabileceği hipotezinin çıkış noktasıdır. Bu çalışmada geriatrik yaş grubunda AF'un genel özelliklerinin, fonksiyonellik ve frailite ile olan ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Metod: Bu amaçla 1 Ocak 2017 ile 30 Haziran 2017 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Hastanesi Geriatri polikliniğine başvuran 65 yaş ve üzeri 64'ü AF, 59'u ise normal sinüs ritmi olan toplam 123 hasta dahil edildi. Tüm hastalara kapsamlı geriatrik değerlendirmeye (KGD) ek olarak Fried ve FRAIL ölçekleri uygulandı. AF olan hastalara ek olarak CHA2DS2VASc, HAS-BLED skorları ve EHRA AF'de

semptom şiddeti skorlaması uygulandı. Yaşam kalitesinin ölçülmesi için Yaşlıda Yaşam Kalitesi-kısa (YYK-kısa) ölçeği uygulandı.

Bulgular: Hastaların genel özellikleri yaş ve eğitim düzeyi dışında AF ve kontrol grubunda benzerdi. AF grubu yaş ortalaması kontrol grubuna göre yüksekti (p=0,002). AF grubunda kronik hastalık sayısı ve toplam ilaç sayısı kontrol grubu ile karşılaştırıldığında daha yüksek bulundu (p <0,001). AF grubunda Lawton-Brody enstrümental günlük yaşam aktiviteleri (EGYA) skoru daha düşük (p=0,024), son bir yılda düşme sayısı daha yüksek (p=0,016), 4,57 m (15 fit) mesafeyi yürüme zamanı daha uzun (p=0,020) bulundu. AF grubunda Fried ölçeği ve FRAIL skalası ile belirlenen frailite sıklığı daha sık görülse de bu istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Ancak, EHRA skoru ile FRAIL skalasına göre dinç-prefrail-frail olma durumu arasında anlamlı ilişki olduğu saptandı (Goodman ve Kruskal Gamma katsayısı=0,39; p=0,020). YYK-kısa ölçeği skorları iki grup arasında benzerdi. Geriatrik yaş grubunda AFnin genel özellikleriyle ilgili analizlerde hastaların yaş ortalaması 75,31±5,67 idi. Klinik AF tiplerinden en sık görüleni kalıcı (long standing persistent) AF (%70,3) idi. Hastaların %64,1'i semptomatikti. CHA2DS2VASc skoruna göre tüm hastaların yüksek inme riskine sahip olduğu, HAS-BLED skoruna göre %43,7 hastanın kanama riski yüksek saptandı.

Sonuç: Bu çalışmada sonucunda AF'un frailite ile ilişkili olan yürüme hızı ve EGYA ile ilişkili olduğu, AF semptom ciddiyetini gösteren EHRA skoru ile de frailitenin ilişkili olduğu saptanmıştır. AF hastalarında frailite ve komponentlerinin varlığı mutlaka araştırılmalıdır.

Anahtar kelimeler: frailite, FRAIL skalası, atrial fibrilasyon, EHRA semptom skoru, kapsamlı geriatrik değerlendirme, yaşlıda yaşam kalitesi

KAS-İSKELET SİSTEMİ HASTALIKLARI

SS-074

İDİYOPATİK PARKİNSON HASTALIĞINDA SARKOPENİ SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ KLİNİK DURUMLAR

Firüzan Fırat Özer[1], Sibel Akın[2], Murat Gültekin[3]

[1]Erciyes Üniversitesi, Geriatri Bilim Dalı
[2]Erciyes Üniversitesi, Geriatri Bilim Dalı
[3]Erciyes Üniversitesi, Nöroloji Anabilim Dalı

Amaç: İdiyopatik Parkinson Hastalığında (İPH) sarkopeninin sıklığını ve hastalığın şiddeti ile ilişkisini araştırmak. Sarkopeni varlığının İPH hastalarında günlük yaşam aktiviteleri ve mobilite üzerine etkisini belirlemek.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya İPH tanısı ile takip edilen 60 yaş ve üzeri 66 hasta (27K/39E) dahil edildi. Antropometrik ölçümleri yapıldı. Hastaların kullanmakta oldukları ilaçlar ve ek hastalıkları değerlendirmeye alındı. Son bir yıl içerisideki düşmeleri kaydedildi. Parkinson hastalığının şiddeti Hoehn ve Yahr evrelemesi ile belirlendi (6). Hastalar İPH evresine göre postüral dengesizlik baz alınarak ileri (Evre 3:4:5) ve erken evre (1:1.5:2:2.5) olmak üzere gruplandırıldı. Günlük levodopa toplam dozu 400mg altı ve 400mg ve üzeri olarak hesaplandı. Bir dinamometre kullanılarak el sıkma gücü ve biyoelektrik-empedans analiz yöntemi (BİA) ile vücut kompozisyonu değerlendirildi. Yağlı kitle endeksi (FMI) ve yağsız kitle indeksi (FFMI) hesaplandı. Fonksiyonel durum değerlendirmesinde Katz'ın günlük yaşam aktivite skoru ile Lawton enstrümental günlük yaşam aktivite skoru kullanıldı (16,17). Mobilite, zamanlı kalk ve yürü testi (TUG) ile değerlendirildi. Sarkopeni tanımı için Yaşlılarda Sarkopeni Avrupa Çalışma Grubu (EWGSOP) tarafından yapılan tanımlamaya göre Türkiye için geçerli cut-offdeğerler değerlendirmeye alındı: Dört metre yürüme hızı<0.8sn/m, baldır çevresi <33cm, el pençe kuvveti kadın ve erkek sırasıyla <22kg ve <32kg olarak belirlendi.

Bulgular: Hastaların ortalama yaş ve beden kitle indeksi (BKİ) sırasıyla 67,9±5,93 (60-86) ve 30.13±5.04 idi. Sarkopeni hastaların %16,7'sinde (n=11) gözlendi. Sarkopeni sıklığı kadınlarda %33,3 (n=9) erkeklerde %5.1 (n=2) idi (p=0,005). Sarkopeninin bileşenleri olan baldır çevresi, yürüme hızı ve el pençe kuvvetinin her üçü de kadınlarda erkeklere göre daha düşüktü (sırasıyla p=0,011, p=0,005, p=0,024). Diskinezi sıklığı kadınlarda %48,1(n=13), erkeklerde %10,3 (n=4) idi (p=0,001). Sarkopenik kadınlarda diskinezi sıklığı sarkopenik olmayanlara göre yüksekti. Sarkopenik kadınların sarkopenik olmayanlara göre BKİ, FMI ve FFMI daha düşüktü (Sırasıyla p<0,001, p<0,001, p<0,001). Sarkopenik kadınlarda TUG test süresi daha uzundu (p=0,045). Tek değişkenli regresyon analizinde kadınlarda düşük BKİ, FMI, FFMI ve diskinezi varlığı ile sarkopeni arasında anlamlı ilişki bulundu (Sırasıyla Rölatif risk(OR) :0,972 (Güven aralığı(CI): 0,947-0,997), OR:0,568(CI:0,370-0,872), OR:0,303(CI:0,103-0,745), OR:20,80(CI:2,043-211,792)). Çok değişkenli regresyon analizinde kadınlarda BKİ ve sarkopeni ilişkili bulundu, OR:0,574(CI:0,365-0,901).

Sonuç: Sarkopeni sıklığının kadınlarda daha yüksek gözlenmesi levodopa tedavisi ile ilişkili diskinezi gibi istenmeyen yan etkilerin kadınlarda daha sık görülmesi ile ilişkili olabilir. Yüksek BKİ ve hem FMI'in hem de FFMI'in yüksek olması sarkopeniye karşı koruyucu görünmektedir.

Anahtar kelimeler: İdiyopatik Parkinson Hastalığı; Sarkopeni;Beden kitle indeksi

Tablo 1: Kadın ve erkek İPH hastalarında sarkopeni ve ilgili klinik durumlar

Değişkenler	Toplam n=66 (%100)	Kadın n=27(%40,9)	Erkek n=39(%59,1)	p
Yaş yıl	67,92±5,93	67,74±4,99	68,05±6,56	0,836
BKİ kg/m²	30,13±5,04	32,60±5.45	28,42±3,98	0,001
Sarkopeni				
Var	11(16,7)	9(33,3)	2(5,1)	0,005
Yok	55(83,3)	18(66,7)	37(94,9)	
Baldır çevresi				
<33cm	12(18,2)	9(33,3)	3(7,7)	0,011
≥33cm	54(81,8)	18(66,7)	36(92,3)	
Yürüme hızı				
<0,8sn/m	51(77,3)	25(96,2)	26(66,7)	0,005
≥0,8sn/m	14(21,2)	1(3,8)	13(33,3)	
El pençe kuvveti				
K<22kg/E<32kg	32(48,5)	18(66,7)	14(35,9)	0,024
K≥22kg/E≥32kg	34(51,5)	9(33,3)	25(64,1)	
Parkinson evresi				
İleri evre	36(54,5)	17(63,0)	19(48,7)	0,318
Erken evre	30(45,5)	10(37,0)	20(51,3)	
Levodopa dozu				
≥400mg	35(53,0)	14(51,9)	21(53,8)	0,873
<400mg	31(47,0)	13(48,1)	18(46,2)	
Diskinezi				
Var	17(25,8)	13 (48,1)	4(10,3)	0,001
Yok	49(74,2)	14(51,9)	35(89,7)	
Düşme				
Var	34(51,5)	13 (48,1)	21 (53,8)	0,803
Yok	32(48,5)	14 (51,9)	18(46,2)	
Polifarmasi				
Var	38(57,6)	19(70,4)	19(48,7)	0,128
Yok	28(42,4)	8(29,6)	20(51,3)	
ADL				
Bağımlı	8(12,1)	6(22,2)	2(5,1)	0,045
Bağımsız	58(87,9)	21(77,8)	37(94,9)	
IADL				
Bağımlı	30(45,5)	12(44,4)	18(46,2)	0,891
Bağımsız	36(54,5)	15(55,6)	21(53,8)	
CCI	3,45±1,44	3,48±1,56	3,43±1,51	0,901
TUG testi sn	15,32(11,47-17,02)	15,68(14,38-17,00)	14,38(10,40-17,08)	0,109

n(%), ortalama±standart sapma, ortanca(25'-75'), p<0.005, BKİ:Beden kitle indeksi, ADL:Günlük yaşam aktiviteleri, IADL:Enstrumental günlük yaşam aktiviteleri, CCI:Charlson komorbidite indeksi,TUG:Zamanlı kalk ve yürü testi

Tablo 2: Sarkopenik olan ve olmayan kadın hastalar arasındaki klinik farklar

Değişkenler	Total	Kadın		
	n=27(%100)	Sarkopeni...var n=9(%33,3)	Sarkopeni yok n=16(%66,7)	p
Yaş yıl	67,74±4,99	65,22±4,91	69,00±4,66	0,063
BKİ kg/m²	32,60±5,45	27,28±5,70	35,25±4,08	<0,001
Evre Erken İleri	10(37,0) 17(63,0)	1(11,1) 8(88,9)	9(50,0) 9(50,0)	0,057
Lenfödem <400mg ≥400mg	13(48,1) 14(51,9)	3(33,3) 6(66,7)	10(55,6) 8(44,4)	0,420
Diskinezi Var Yok	13(48,1) 14(51,9)	8(88,9) 1(11,1)	5(27,8) 13(72,2)	0,004
Düşme Var yok	13(48,1) 14(51,9)	6(66,7) 3(33,3)	7(38,9) 11(61,1)	0,171
ADL Bağımlı Bağımsız	6(22,2) 21(77,8)	4(44,4) 5(55,6)	2(11,1) 16(88,9)	0,073
IADL Bağımlı Bağımsız	12(44,4) 15(55,6)	6(66,7) 3(33,3)	6(33,3) 12(66,7)	0,109
FMİ kg/m²	15,08±5,77	11,31±2,80	16,81±5,00	<0,001
FFMİ kg/m²	17,34±2,10	15,45±1,39	18,34±1,68	<0,001
TUG testi sn	16,44±4,06	19,14±5,55	15,19±2,55	0,045

n(%), ortalama±standart sapma, BKİ:Beden kitle indeksi, ADL:Günlük yaşam aktiviteleri, IADL:Enstrumental günlük yaşam aktiviteleri, FMİ:Yağlı kitle endeksi, FFMİ :Yağsız kitle indeksi, TUG:Zamanlı kalk ve yürü testi

Tablo 3: IFH kadın hastalarda sarkopeni ile ilişkili tek değişkenli ve çok değişkenli regresyon analiz sonuçları

Değişkenler	Univariate		Multivariate	
	Beta(%95 CI)	p	Beta(%95 CI)	p
Yaş yıl	0,817(0,651-1,024)	0,080		
BKİ kg/m²	0,972(0,947-0,997)	0,029	0,574(0,365-0,901)	0,016
Evre Erken İleri	1 8(0,822-77,815)	0,073		
Lenfödem <400mg ≥400mg	1 2,5(0,471-13,265)	0,282		
Diskinezi Yok Var	1 20,80(2,043-211,792)	0,010		
Düşme Yok Var	1 3,14(0,586-16,845)	0,181		
ADL Bağımsız Bağımlı	1 6,40(0,891-45,992)	0,073		
IADL Bağımsız Bağımlı	1 4,00(0,733-21,838)	0,109		
FMİkg/m²	0,568(0,370-0,872)	0,01		
FFMİ kg/m²	0,303(0,103-0,745)	0,009		

Rölatif risk (Confidence interval), p<0,005, BKİ:Beden kitle indeksi, ADL:Günlük yaşam aktiviteleri, IADL:Enstrumental

DİĞER DURUMLAR
(DÜŞME VE DENGE BOZUKLUKLARI, AĞRI, UYKU BOZUKLUKLARI, UYGUNSUZ İLAÇ KULLANIMI, İLAÇ ETKİLEŞİMİ, İLAÇ YAN ETKİLERİ VB)

SS-075

PREOPERATİF KAPSAMLI GERİATRİK DEĞERLENDİRME VE KIRILGANLIK İLE POSTOPERATİF MORBİDİTE, MORTALİTE VE DELİRYUM İLİŞKİSİ

Rana Tuna Doğrul[1], Ahmet Bülent Doğrul[2], Ali Konan[2], Ömür Çağlar[3], Fatih Sümer[1], Hatice Çalışkan[1], Muhammet Cemal Kızılarslanoğlu[1], Mustafa Kemal Kılıç[1], Cafer Balcı[1], Cemile Özsürekci[1], Gözde Şengül Ayçiçek[1], Meltem Halil[1], Mustafa Cankurtaran[1], Burcu Balam Yavuz[1]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı
[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı
[3]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Amaç: Yaşlı hastalarda cerrahi riskin değerlendirilmesi ve olası postoperatif komplikasyonların önlenmesi özellik arz etse de kapsamlı geriatrik değerlendirmenin (KGD) preoperatif değerlendirmenin bir parçası olması konusundaki kanıtlar sınırlıdır. Geriatrik sendromların postoperatif komplikasyonlara etkileri yeterince araştırılmamıştır. Bu çalışmada preoperatif KGD ve kırılganlık değerlendirmesinin postoperatif morbidite, mortalite ve deliryum ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Genel cerrahi ve ortopedi bölümlerinde elektif operasyon planlanan 108 geriatrik hasta değerlendirildi. Hastalara KGD kapsamında Katz Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA), Lawton-Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri (EGYA), saat çizme testi, Mini-Nutisyonel Testi (MNT), Mini-Mental testi (MMT), Yesavage Geriatrik Depresyon Skalası (GDS) uygulandı. Fiziksel kırılganlık Freid Kriterleri ile değerlendirildi. Postoperatif morbidite ve mortalite riskini belirlemek için Psysiologic Severity Score (PSS), Operatif Severity Score (OSS), National Confidential Enquiry into Patient Outcome of Death, American Society of Anesthesiologists (ASA), United Provident Association (BUPA) skorları ve Charlson komorbidite indeksi; deliryum tespiti için Confusion Assesment Method (CAM) ve Assesment test for delirium (4AT) uygulandı.

Bulgular: Hastaların yaş ortancası 71 yıl (min-maks:65-84), %63'ü kadındı (n:68). Hastaların %25'i kırılgan (n:25), %39,8'i (n:43) kırılganlık öncesi idi.. Hastalarda %0,9 mortalite, %28,7 morbidite geliştiği görüldü. Morbidite gelişmeyen ve gelişen gruplar karşılaştırıldığında morbidite gelişenlerde EGYA (p:0,032), MNT (p:0,01) ve MMT (p:0,026) skorlarının anlamlı olarak düşük olduğu görüldü. Cerrahi skorlamalarına bakıldığında morbidite gelişen grupta PSS (p:0,005), OSS (p:0,015) ve Charlson komorbidite indeksi (p:0,029) anlamlı olarak yüksek bulundu. Morbidite gelişen hastaların daha kırılgan olduğu görüldü (p<0,001). Hastaların %3,7'sinde (n:4) deliryum gelişti. Deliryum gelişen hastalar daha yaşlı (p:0,039), tümü kırılgan, %50'sinde demans mevcuttu. Deliryum gelişen hastaların EGYA (p:0,049) ve MMT skorunun (p:0,004) daha düşük olduğu ve PSS (p:0,005) daha yüksek olduğu görüldü. Çok değişkenli analiz incelenmesi sonucunda kırılganlık (OR:23,695 %95 GA: 6,912-81,231 p<0,001), OSS (OR:1,118 %95 GA:1,021-1,224 p:0,016) ve preoperatif sistolik kan basıncının (OR:0,937 %95 GA:0,879-0,999 p:0,048) postoperatif morbiditede bağımsız ilişkili faktörler olduğu saptandı. Postoperatif deliryum için yapılan çok değişkenli analiz modelinde demans (OR:46,048 %95 GA:2,988-709,629 p:0,006) ve PSS'nun (OR:1,386 %95 GA:1,025-1,874 p:0,034) bağımsız ilişkili faktörler olduğu gösterildi.

Sonuç: Çalışmamızda preoperatif dönemde yapılan KGD ve kırılganlıkdeğerlendirmesinin postoperatif morbidite ve deliryumu ön gördüğü gösterilmiştir. KGD preoperatif değerlendirmenin bir parçası olmalıdır.

Anahtar kelimeler: Kapsamlı geriatrik değerlendirme, Kırılganlık, Postoperatif morbidite, Deliryum

KAS-İSKELET SİSTEMİ HASTALIKLARI

SS-076

KAS KÜTLESİNİN FARKLI YÖNTEMLERLE DEĞERLENDİRİLMESİNİN KAS GÜCÜNE ETKİSİ

Gözde Şengül Ayçiçek[1], Cemile Özsürekçi[1], Hatice Çalışkan[1], Muhammet Cemal Kızılarslanoğlu[2], Rana Tuna Doğrul[1], Cafer Balcı[1], Pelin Ünsal[1], Mert Eşme[1], Burcu Balam Yavuz[1], Mustafa Cankurtaran[1], Meltem Gülhan Halil[1]

[1]Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı, Ankara, Türkiye
[2]Gazi Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı

Amaç: Sarkopeni sıklığı yaşın ilerlemesiyle artmaktadır. Sarkopeni kırılganlık, mobilitede bozulma, dizabilite, güç kaybı, yaşam kalitesinde azalma ve ölüm riskinde artışla ilişkilidir (1,2). Bu çalışmada, sarkopeni tanısında ön plana çıkan ve fonksiyonelliği daha çok etkileyen kas gücünün, kas kütlesi ölçümlerinden hangisi ile daha korele olduğunun değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya geriatri polikliniğine başvuran toplam 136 hasta alındı. Yapılan kapsamlı geriatrik değerlendirme sonrasında, bioelektrik impedans analizi (BİA) yöntemiyle yağsız kas kitle indeksi (FFMI) ve faz açısı, ultrason aracılığıyla ise alt ekstremite kaslarından gastrokinemius kasının kalınlığı ölçülerek kaydedildi. Antropometrik ölçümler olarak kol çevresi, baldır çevresi ve vücut kitle indeksi (VKİ) ölçüldü. Altı metre yürüme hızları ve el kavrama güçleri

(HGS) de ölçülerek sarkopeni tanısı EWSGOP tanı kriterlerine göre konuldu. ROC analizi yapılarak kestirim değerleri, sensitivite (Sens), spesifite (Spes), negatif prediktif değer (NPV) ve pozitif prediktif değer (PPV) tespit edildi.

Bulgular: Hastaların %65,4'ü kadın, ortanca yaş değerleri 74 (min-maks:64-93) yıldı. Diabetes mellitus sıklığı %36, hipertansiyon sıklığı %70 olarak tespit edildi. HGS düşüklüğünü öngörmede gastrokinemius kalınlığı için en iyi kestirim değer kadınlarda ≤12,8 mm saptandı (AUC:0,631, spes: %93,3, sens: %39,7, NPV: %44,4, PPV: %92,0, p=0,01). Sarkopeniyi öngörmede gastrokinemius kalınlığının en iyi kestirim değeri kadınlarda ≤12,3 mm (AUC: 0,899, spes:92,75, sens:78,95, NPV:94,0, PPV:75,0) ve erkeklerde ≤14,8 mm (AUC: 0,872, spes:72,4, sens:87,5, NPV:91,3, PPV:63,6) olarak tespit edildi (p<0,05). Sarkopenisi olan ve olmayan kadın hastalar karşılaştırıldığında, sarkopenisi olanlarda olmayanlara göre gastrokinemius kalınlığının HGS düşüklüğünü öngörmede daha güçlü olduğu görüldü (sırasıyla, AUC: 941'e karşın AUC: 0,482, p<0,05). ROC analizleri karşılaştırıldığında kas kitlesini ve yürüme hızını öngörmede gastrokinemius kasının diğer antropometrik ölçümler (baldır çevresi, kol çevresi ve VKİ) kadar başarılı olduğu görüldü (p>0,05).

Sonuç: Bu çalışmada, gastrokinemius kas kalınlığının, hem kas gücünü hem sarkopeniyi hem de yürüme hızını anlamlı olarak öngörebildiği tespit edilmiştir. İleri çalışmalarla desteklendiğinde pratik, güvenilir ve non-invaziv bir yöntem olan ultrasonun gelecekte sarkopeni tanısında önemli bir yere sahip olacağı düşünülebilir.

Kaynaklar

1. Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, Boirie Y, Cederholm T, Landi F, et al. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. Age Ageing. 2010;39(4):412-23.
2. Visser M, Schaap LA. Consequences of sarcopenia. Clin Geriatr Med.2011;27(3):387-99.

Anahtar kelimeler: kas gücü,kas kitlesi,sarkopeni

FİZİKSEL AKTİVİTE

SS-077

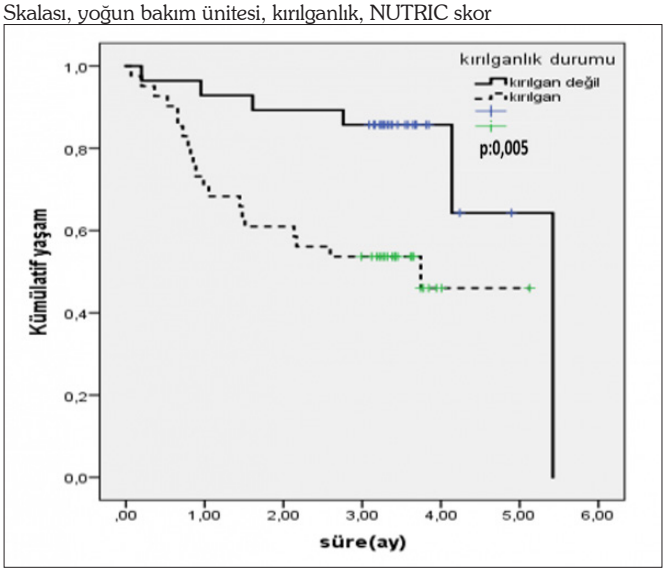
İÇ HASTALIKLARI YOĞUN BAKIMINA YATAN YAŞLI HASTALARDA KIRILGANLIĞIN VE ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Himmet Durmaz[1], Meltem Gülhan Halil[2]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
[2]2hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

Kırılganlık, günlük yaşamında başkasına bağımlılık ve/veya ölüm riskini arttıran azalmış fiziksel fonksiyon, dayanıklılık ve azalmış kuvvetle karakterize, birçok faktörün etkili olduğu tıbbi bir sendromdur. Sıklığı yatan hastalarda %27-%80 arasındadır. Farkedilmesi halinde iyileştirilebilir bir durumdur.Yoğun bakım yatışı olan kırılgan yaşlılarda artmış mortalite, morbidite, düşme riski artar. Kısıtlı sayıda yatağa sahip olan yoğun bakımlarda kırılganlığın belirlenmesi önemlidir. Bu çalışmada yoğun bakıma yatırılan ≥65 yaş hastalarda kırılganlık tespit edilerek kötü sağlık sonlanımları üzerine etkisi araştırıldı. Çalışmaya 38'i kadın 31'i erkek toplam 69 hasta alındı.Hasta yakınları ile görüşülerek hastanın yoğun bakım yatışı öncesi klinik durumu baz alınarak klinik kırılganlık skalası(KKS) ve Edmonton kırılganlık skalası(EKS) uygulandı."Akut Fizyolojik ve Kronik Sağlık Değerlendirme-2 (APACHE-2)" skoru, yatış "Ardışık Organ Yetmezlik Değerlendirme (SOFA)" skoru, yatış "Glaskow Koma Skalası (GKS), mekanik ventilasyon(İMV ve NİMV) ihtiyacı ve süreleri, "Yoğun bakım hastası beslenme risk (NUTRIC)" skor, yoğun bakım ve hastane mortalitesi hesaplandı. Taburcu olduktan sonra 1. ay, 2. ay, 3. ayda hasta yakınlarıyla telefonla görüşülerek KKS tekrar uygulandı ve mortalite, yeniden yoğun bakım yatışı sorgulandı. Her 2 skalaya göre hastalar 'kırılgan değil' ve 'kırılgan' olarak 2 gruba ayrıldı. Kırılganlık sıklığı KKS'ye göre %59,4 EKS'ye göre %60,8 saptandı. EKS ve KKS puanı pozitif yönde yüksek korelasyon gösterdi(r:0,867 p<0,001). Kırılganlık sıklığının yaş ile arttığı belirlendi.Kırılgan grupta yaş ortalaması anlamlı derecede yüksekti.EKS'ye göre kırılgan olan grupta son 1 yılda hastane yatış oranı, kullanılan ilaç sayısı, komorbidite sayısı anlamlı olarak daha yüksek tespit edildi.KKS'ye göre kırılgan grupta yoğun bakım ünitesi (YBÜ) yatış süresi ve bası yarası kırılgan grupta anlamlı düzeyde yüksek saptandı.Taburculuk sonrası mortalite oranı KKS'ye göre kırılgan olan grupta anlamlı olarak daha yüksekti (Tablo 1). Yatış KKS puanı ile taburculuk sonrası ilk 3 aylık dönemdeki KKS puanları kıyaslandığında KKS puanında anlamlı artış saptandı (p<0.05).NUTRIC skora göre yüksek malnütrisyon riskine sahip hasta sayısı KKS'ye göre kırılgan olan grupta anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Yüksek malnütrisyon riskli olanlarda düşük olanlara göre daha fazla İMV ihtiyacı, bası yarası ve mortalite (YBÜ, hastane, taburculuk sonrası) gözlendi (Tablo 2) (p<0.05). Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde NUTRIC skor (risk oranı 2,01 %95 GA 1,1-3,5 p:0,016) YBÜ mortalitesiyle bağımsız köreleydi. Mortaliteye yönelik yapılan çok değişkenli regresyon analizinde NUTRIC skor ve yatış sırasında bası yarası gelişmesi, taburculuk sonrası 30. gün, 60. gün ve 90.gündeki mortalite riskinde artışla ilişkiliydi. Kaplan Mayer yaşam analizinde, KKS'ye göre kırılgan olan hastalar, kırılgan olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha kısa yaşam süresine sahipti (Şekil 1).

Anahtar kelimeler: Klinik Kırılganlık Skalası, Edmonton Kırılganlık Skalası, yoğun bakım ünitesi, kırılganlık, NUTRIC skor



Tablo 1. KKS'ye göre 'kırılgan değil' ve 'kırılgan' hasta grupların hastane yatışından itibaren mortalitelerinin karşılaştırılması

	Kırılgan Değil(n:28)	*Kırılgan(n:41)*	*p değeri*
Taburculuk sonrası 1. ayda mortalite	3 (%10,7)	17 (%41,5)	0,006
Taburculuk sonrası 2. ayda mortalite	4 (%14,3)	19 (%46,3)	0,006
Taburculuk sonrası 3. ayda mortalite	6 (%21,4)	20 (%48,8)	0,021

Tablo 2. NUTRIC skor değerlendirmesine göre malnütrisyon risk gruplarının çalışma sonlanım noktaları açısından karşılaştırılması

	Düşük Malnütrsiyon Riski(n:29)	Yüksek malnütrisyon Riski(n:40)	p değeri
NIMV ihtiyacı	17(%58,6)	20 (%50)	0,478
İMV ihtiyacı	5 (%17,2)	23 (%57,5)	0,001
Deliryum	3 (%10,3)	7 (%17,5)	0,502
Bası yarası	4 (%13,7)	15 (%37,5)	0,030
YBÜ mortalitesi	0 (%0)	11 (%27,5)	0,002
Hastane mortalitesi	0 (%0)	15(%37,5)	<0,001
Taburculuk sonrası 1.ayda mortalite	1 (%3,4)	19 (%47,5)	<0,001
Taburculuk sonrası 2.ayda mortalite	2 (%6,9)	21 (%52,5)	<0,001
Taburculuk sonrası 3.ayda mortalite	3 (%10,3)	23 (%57,5)	<0,001

Notlar: *Kırılganlığın yoğun bakımlarda kullanılan prognostik ölçeklerle birlikte önemli gözükmektedir. Ayrıca yoğun bakım hastaları için geliştirilen yeni bir malnütrisyon risk skorlama ölçeği olan NUTRIC skor mortaliteyi tahmin etmede kullanılabilir.*

DEMANS-DEPRESYON-DELİRYUM

SS-078

DELİRYUMU OLAN GERİATRİK HASTALARDA METABOLİK SORUNLARIN İNCELENMESİ

Çiğdem Dinçkal[1], Pınar Tosun Taşar[2], Nur Özge Akçam[3], Ozan Fatih Sarıkaya[1], Merve Gülşah Ulusoy[4], Sevnaz Şahin[5], Fehmi Akçiçek[5], Soner Duman[1]

[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı,geriatri Bilim Dalı
[3]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
[4]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı
[5]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı,geriatri Bilim Dalı

Amaç: Yaşlılıkta sık olarak karşımıza çıkan deliryum geriatrik acillerden bir tanesidir. Yaşlı hastalarda deliryum morbidite ve mortaliteyi artırır. Deliryum için risk faktörleri presipite edici ve predispozan faktörler olmak üzere ikiye ayrılır. Çalışmamızda üniversitemizde Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi (KLP) Bilim Dalınca deliryum ön tanısı ile değerlendirilmiş geriatrik hastalarda deliryumu presipite edebilecek laboratuvar bulgularının incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: 2005-2013 tarihleri içerisinde KLP'ye yönlendirilmiş 65 yaş üzeri 1465 hastanın dosyaları retrospektif olarak tarandı, sağ kalım bilgisine ve laboratuar verilerine ulaşılan tüm hastalar çalışmaya dahil edildi. İlk aşamada DSM-IV (Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision Criteria)'e göre deliryum tanısı konmuş olan hastaların demografik verileri, başvuru şekli, kişinin yattığı klinik belirlendi. Hastaların metabolik olarak değerlendirilmesi için hemoglobin, lökosit, hematokrit, sodyum, potasyum, kalsiyum, albumin, sedimentasyon, CRP, üre, kreatinin, glukoz, vitamin B12 ve TSH değerleri SPSS 20'ye kaydedildi. Sayısal değişkenlere ait tanımlayıcı sonuçlar için ortalama ± standart sapma, kategorik değişkenlerde sıklık ve yüzdelikleri verildi.

Bulgular: Sağ kalım bilgilerine ulaşılan toplam 1146 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar esas olarak deliryum tanısı olan (n: 285) ve deliryum tanısı olmayan (n: 861) olmak üzere ikiye ayrıldı. Deliryum sıklığı %25. 5 saptandı. Mortalite açısından karşılaştırıldığında, deliryumu olan grupta birinci, ikinci, üçüncü, dördüncü ve beşinci yıllarda mortalitenin deliryumu olmayan gruba oranla daha yüksek olduğu görüldü (p<0,0001). Albumin, sodyum, potasyum, kalsiyum, kreatinin, açlık kan şekeri ve CRP değerleri deliryum tanısı olan ve olmayan hastalarda ortalama ve yüzdelik değerleri açısından karşılaştırıldı. Deliryum tanısı olan hastalarda tanımlanan metabolik sorunlar içerisinde sadece potasyum metabolizma bozukluklarının ve üreminin mortalitede etkili olduğu bulundu (p<0.001). Deliryumu olan hastaların %63'ünde anemi, %33'ünde lökositoz, %28'inde hiponatremi, %52'sinin serum kreatininde yükseklik, %90'ında CRP'de yükseklik, %60'ında hipoalbuminemi, %54'ünde hipokalsemi, %38'sinde hiperglisemi görüldü.

Sonuç/Tartışma: Çalışmamızda deliryum tanısı olan ve olmayan hastalar karşılaştırıldığında hiponatremi, hipopotasemi, hipoalbuminemi, hipokalsemi, böbrek işlevlerinde bozukluk, hiperglisemi, enfeksiyon, anemi gibi metabolik durumların deliryum için hızlandırıcı faktörler arasında olduğu görüldü. Deliryum tanısında psikiyatri-geriatri işbirliği ve etiyolojide önemli metabolik sorunların doğru laboratuvar testleri ile araştırılmasının hayat kurtarıcı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Yaşlılarda deliryum, mortalite, biyokimyasal bulgular

DİĞER DURUMLAR
(DÜŞME VE DENGE BOZUKLUKLARI, AĞRI, UYKU BOZUKLUKLARI, UYGUNSUZ İLAÇ KULLANIMI, İLAÇ ETKİLEŞİMİ, İLAÇ YAN ETKİLERİ VB)

SS-079

FRİED KIRILGANLIK İNDEKSİNİN TÜRK POPÜLASYONUNDA GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ

Hacer Doğan Varan[1], Olgun Deniz[1], Süheyla Çöteli[1], Rana Tuna Doğrul[1], Muhammet Cemal Kızılarslanoğlu[1], Berna Göker[1]

[1]Gazi Üniversitesi Geriatri Bilim Dalı

Amaç: Bu çalışmada Fried kırılganlık indeksinin yaşlı Türk popülasyonunda geçerlik ve güvenirliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmaya geriatri polikliniğine başvuran 65 yaş ve üzeri, 450 hasta dahil edildi. Fried kırılganlık indeksi (FFI) Türkçeye çevrildi. Hastaların antropometrik ölçümleri, kapsamlı geriatrik değerlendirmesi ve sarkopeni değerlendirmesi yapıldı. Ölçek geçerliği için FFI sonuçları ile geriatri alanında tecrübeli uzman klinisyenlerin kapsamlı klinik değerlendirmesi ile yaptığı kırılganlık sonuçlarının uyumu değerlendirildi. Klinisyenler arasında iyi düzeyde uyum mevcut olması sebebi ile (kappa: 0,61; p<0,001) tecrübeli klinisyenin kırılganlık değerlendirmesi altın standart kabul edildi. Güvenirlik değerlendirilmesi için 35 hastada klinisyenler arası ve klinisyen içi uyum değerlendirildi.

FFI değerlendirmesinde, el kavrama gücü beklenen değerleri, cinsiyet ve vücut kitle indeksine (VKI) göre belirlenmektedir. Ancak toplumlar arasında el kavrama gücü değerleri cinsiyet ve VKI göre benzer sonuçlar vermeyebilir. Bu nedenle bu çalışmada BIA ile iskelet kas kitlesi indeksi (SMI) değerlendirilerek, hastalarda daha önce Türk toplumunda beklenen SMI değerlerine göre kadın ve erkek hastalar için beklenen el kavrama gücü kestirim değerleri tespit edildi. Sonuç olarak yaşlı Türk popülasyonuna göre modifiye FFI oluşturuldu. Türk popülasyonu için uyarlanan el kavrama gücü kestirim değerlerinin kullanıldığı modifiye FFI ile orijinal FFI uyum açsısından birbiri ile ve uzman klinisyen kararı ile karşılaştırıldı.

Bulgular: Uzman klinisyen değerlendirmesinde, hastalar kırılgan veya kırılgan değil olarak kategorize edildiğinde, FFI ile mükemmel düzeyde uyumlu olduğu gözlendi. (kappa 0,84; p<0,001). Güçlü, kırılganlık öncesi ve kırılgan olarak kategorize edildiğinde ise iyi düzeyde uyum saptandı (kappa 0,67; p<0,001). Güvenilirlik değerlendirmesinde klinisyenler arası uyum ve klinisyenin kendi içerisinde

uyumu iyi düzeyde saptandı (sırası ile kappa: 0,67; kappa 0,73, p<0,001). Yaşlı Türk popülasyonunda düşük kas kitle indeksini en iyi ön gördüren el kavrama gücü kestirim değerleri kadınlar için ≤13,6 kg (AUC: 0,841; 95%CI: 0,791-0,883; Sensitivite: 79,31; Spesifite: 74,57; p<0,001) erkekler için ≤27,7 kg (AUC: 0,779; 95%CI: 0,708-0,840; Sensitivite: 79,55; Spesifite: 64,46; p<0,001) olarak saptandı. Bu değerlerle yeniden puanlanan FFI (modifiye FFI), orijinal FFI ile iyi düzeyde uyuma sahipti (kappa: 0,70, p<0,001). Tecrübeli klinisyen ile Türk popülasyon değerlerinin baz alındığı modifiye FFI arasında iyi düzeyde uyum saptandı (kappa: 0,73; p<0,001).

Sonuç: Fried kırılganlık indeksi Türk popülasyonunda geçerli ve güvenilir bir ölçektir. Türk popülasyonunda düşük kas kitle indeksini en iyi ön gördüren kestirim değerlerinin, bu çalışmada kadınlar için ≤13,6 kg ve erkekler için ≤27,7 kg olduğu saptanmıştır. Modifiye FFI yaşlı Türk hastalarda kırılganlık değerlendirilmesinde güvenli bir şekilde kullanılabilir.

Anahtar kelimeler: Fried, kırılganlık, Türk, validasyon

ENDOKRİN HASTALIKLARI

SS-080

VENA CAVA SÜPERİOR SENDROMUNUN NADİR BİR NEDENİ: MULTİNODÜLER GUATR

Büşra Fırlatan[1], Cafer Balcı[2], Burcu Balam Yavuz[2], Mert Eşme[2], Cemile Özsürekci[2], Hatice Çalışkan[2], Pelin Ünsal[2], Gözde Şengül Ayçiçek[2], Ekim Gümeler[3], Ruhi Onur[3], Miyase Bayraktar[4], Meltem Halil[2], Mustafa Cankurtaran[2]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı
[3]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı
[4]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Endokrinoloji ve Metabolizma Bilim Dalı

Giriş: Vena Cava Süperior Sendromu (VCSS); ilk olarak 1757 yılında William Hunter tarafından tanımlanmış olup, vena cava süperiordaki obstrüksiyon sonucu oluşan semptomlar grubudur. Altta yatan etiyolojiye bağlı olarak prezentasyon akut veya kronik olabilir. Bu vakada, Vena Cava Süperior Sendromu ile prezente olan multinodüler guatr olgusu sunulmuştur.

Vaka: Bilinen hipertansiyon, tip 2 diabetes mellitus, hipertiroidi ve benign prostat hipertrofisi tanıları olan 65 yaşında erkek hasta, 2 aydır devam eden yüzde kızarıklık, şişlik ve nefes darlığı şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Nefes darlığına eşlik eden kuru öksürük ve seste çatalanma şikayetleri mevcuttu. Hastanın hipertirodisine yönelik 10 yıldır propiltiourasil 2x50 mg tedavisi ile izlenmekteydi. Fizik muayenesinde yüzde, boyunda ve üst ekstremitede belirgin ödem, konjuktivalarda hiperemi saptandı. Laboratuvar incelenmesinde tam kan sayımı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normaldi. Bakılan tiroid fonksiyon testinde TSH: 0.348 uIU/mL (N: 0.38-5.33 uIU/mL), serbest T4 15.14 pmol/L (N: 7.86-14.41 pmol/L) olarak saptandı. Fizik muayenesi VCSS ile uyumlu olan hastanın akciğer grafisinde üst mediastende trakeanın daralmasına neden olan bir kitle görüldü. Bunun üzerine çekilen boyun ve toraks bilgisayarlı tomografisinde; solda daha belirgin olmak üzere bilateral brakiosefalik vene bası yapan, sol aksiller ve pektoral bölgede kollateral damarların gelişmesine neden olan retrosternal uzanımlı multinodüler guatr saptandı. T1-2 vertebra düzeyinde belirgin trakea basısı izlendi (Şekil-1). Mediastinal yapılara olan bası nedeniyle hastaya total tiroidektomi yapıldı. Sternotomi gereksinimi olmadı. Cerrahi materyal 365 gram ağırlığındaydı ve histopatolojik incelemesi multinodüler guatr ile uyumlu olarak sonuçlandı. Cerrahi sonrası, süperior vena cava sendromuna bağlı semptom ve bulgularda belirgin gerileme izlendi.

Sonuç: VCSS genellikle küçük hücreli dışı akciğer kanseri (%22-57), küçük hücreli akciğer kanseri (%10-39) ve lenfoma (%1-27) gibi malign nedenlere sekonder olarak görülür. VCSS'e yol açan benign nedenler ise santral venöz kateterler, kalp pili, fibröz mediastinit, retrosternal guatr, tüberküloz lenfanjiti, Behçet sendromu, radyasyon fibrozu ve primer SVC trombozudur.

Retrosternal guatr, trakea ve özofagus basısına bağlı olarak; genellikle nefes darlığı, boğulma hissi, uyku problemleri, ses kısıklığı ve disfaji ile prezente olur. Nadiren mediastene uzanan guatr bilateral brakiosefalik venlere bası yaparak VCSS'e neden olabilir. Retrosternal guatrın yaklaşık %3-15'i malign olabilmektedir, ancak tehlikeli lokalizasyonu nedeniyle iğne aspirasyon biyopsisinden kaçınılmalıdır. Çoğunlukla cerrahi en uygun tedavi şeklidir. Retrosternal guatrların çoğu servikal yaklaşımla çıkarılabilirken, bazen sternotomi veya torakotomi gerekebilir. Cerrahi riski yüksek hasta grubunda, radyoaktif iyot ile ablasyon, düşünülebilir.

Anahtar kelimeler: Vena Cava Süperior Sendromu, Multinodüler Guatr

ENDOKRİN HASTALIKLARI

SS-082

ESPEN 2015 MALNUTRİSYON KONSENSUS KRİTERLERİ YAŞLIDA MALNUTRİSYON TARAMASINDA NE KADAR ETKİN?

Özlem Yılmaz[1], Gülistan Bahat[1], Banu Özulu Türkmen[1], Cihan Kılıç[1], Mehmet Akif Karan[1]

[1]İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Geriatri Bilim Dalı

Giriş: Geriatrik popülasyonda malnutrisyon yaygın bir sorundur. Mortalite ve morbidite ile ilişkilidir.Yaygınlığı ve prognoza olan negatif katkıları nedeniyle malnutrisyonun erken dönemde saptanabilmesi için tarama önemlidir. Yaşlılarda tarama için altın standart olarak kullanılan test ''Mini Nutrisyonel Değerlendirme''(MNA)'dir. 2015 yılında yayınlanan ESPEN konsensüs raporunda malnutrisyon taraması için yeni kriterler önerilmiştir. Çalışmamızda Geriatri Polikliniğimize ayaktan başvuran yaşlılarda ESPEN 2015 tanı kriterlerinin altın

standart olan MNA ile karşılaştırıldığında malnutrisyon tanısındaki başarısının saptanması amaçlandı.

Metot: Kasım 2015 ile Ocak 2018 tarihleri arasında MNA ve ESPEN kritelerine göre malnutrisyon taraması yapılmış, ayrıca kilo kaybı varsa bunun istemli olup olmadığı sorgulanmış hastalar prospektif olarak çalışmaya dahil edildi. El kavrama gücü ölçümü ile hastaların yaş, cinsiyet, boy bilgileri kaydedildi. ESPEN kriterlerine göre malnutrisyon vücut kitle indeksi(VKİ)'nin <18.5 kg/m2 olmasıdır. Ancak istemsiz kilo kaybına eşlik eden yağsız vücut kitle indeksinin (kadın için <15 kg/m2 iken erkek için <17 kg/m2) düşük olması veya VKİ'nin <70 yaş için <20 kg/m2, >70 yaş için <22 kg/m2 olması da bu kriterlere göre malnutrisyon olduğu anlamına gelmektedir. MNA kısa formu için <7 puan, uzun formu içinse <17 puan malnutrisyon için eşik değer kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya alınan 438 yaşlının %34,5'ü erkek, %65,5'i kadındı. Yaş ortalaması 75,0±6,2 (65-97) idi. VKİ ortalaması ise 29,4±5,4 saptandı. MNA'ya (altın standart) göre ESPEN kriterlerinin sensitivitesi %64,3, spesifitesi %80,4 bulundu. ESPEN kriterlerinin pozitif prediktif değer %9,8, negatif prediktif değer %98,6 bulundu. MNA testine göre malnutre olan gruplarda el kavrama gücü ortalaması istatistiksel olarak anlamlı olarak daha düşük saptandı(p=0,004). ESPEN kriterlere göre ise malnutre olanlarda el kavrama gücü ortalaması anlamlı olarak farklı değildi(p=0,26). MNA testine göre malnutre olanlarda VKİ ortalaması istatistiksel olarak anlamlı daha düşük saptandı(p<0,001). ESPEN kriterlerine göre ise malnutre olanlarda VKİ ortalaması istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük bulundu(p<0,001).

Sonuç: ESPEN 2015 kriterlerinin sensitivite ve pozitif prediktif değerinin düşük olması malnutrisyon taramasında bu kriterlerin kullanılmasının uygun olmayabileceğini düşündürmektedir. Öte yandan ESPEN 2015 kriterleri malnutre olmayan yaşlı hastaların saptanmasında oldukça başarılıdır.

Anahtar kelimeler: Yaşlıda malnutrisyon taraması MNA ESPEN 2015 konsensus kriterleri

DİĞER DURUMLAR
(DÜŞME VE DENGE BOZUKLUKLARI, AĞRI, UYKU BOZUKLUKLARI, UYGUNSUZ İLAÇ KULLANIMI, İLAÇ ETKİLEŞİMİ, İLAÇ YAN ETKİLERİ VB)

SS-083

YAŞLILARDA YALNIZLIK HİSSİNİ ETKİLEYEN PARAMETRELER: YALNIZ YAŞAYANLARDA YALNIZLIK

Ali Öncül[1], Erhan Hocaoğlu[2], Çağatay Çavuşoğlu[1], Olgun Deniz[1], Rana Tuna Doğrul[1], Süheyla Çöteli[1], Muhemmet Cemal Kızılarslanoğlu[1], Berna Göker[1]

[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı
[2]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Yaşlanmayla birlikte eşlerin ölümü, çocukların evden ayrılması ve kent yaşamının getirdiği sosyoekonomik değişkenler yalnızlığı daha hissedilir bir sorun haline getirmiştir. Yalnızlık hissini artıran nedenlerin belirlenmesi ve farkındalığı yaşlı bireylerde önemlidir. Yalnız yaşayan yaşlılarda yalnızlık hissi, eşiyle ya da yakınıyla birlikte yaşayanlarla karşılaştırılması toplumun yalnızlık algısına bakışını ortaya koyacak ve sosyal açıdan yapılabilecek desteklerin belirlenmesinde yol gösterici olacaktır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmaya 172 yaşlı hasta dahil edildi. Hastaların kapsamlı geriatrik değerlendirilmesiyle beraber [Katz günlük temel yaşam aktiviteleri (GTYA), Lawton Brody enstrümental günlük yaşam aktiviteleri (EGYA), Mini-nutrisyonel değerlendirme (MNA-SF), Mini-mental test (MMT) ve Yesavage geriatrik depresyon skalası (GDS)], UCLA-yalnızlık skalası (UCLA-LS) kullanılarak yalnızlık hissi derecesi belirlendi. Aynı zamanda hastaların sosyodemografik özellikleri kaydedildi.

Bulgular: Hastaların yaş ortancası 72 (min-maks:64-87) yıldı. Kadın hastaların oranı %62,8 (108 kişi) ve yalnız yaşayan hastaların oranı %22,7 idi. UCLA-LS skoru gruplar arasında karşılaştırıldığında; kiminle yaşadığı, medeni hali ve öğrenim durumu açısından fark olmadığı görüldü (p>0,05). Yalnız yaşayanlar ile yalnız yaşamayanlar arasında UCLA-LS skoru ortancası benzerdi (p>0,05). Yaşlı kadınlarda UCLA-LS skoru ortancası yaşlı erkeklere göre daha yüksekti (31'e karşın 27, p=0,005). UCLA-LS skoru; GTYA (r=-0,203, p=0,008), EGYA (r=-0,242, p=0,001), MMT (r=-0,252, p=0,001), GDS (r=0,514, p<0,001) ve MNA-SF (r=-0,195, p=0,010) skorlarıyla istatistiksel anlamlı düzeyde koreleydi. UCLA-LS skoru ile bağımsız ilişkili parametreler lineer regresyon analiz modelinde incelendiğinde; MMT (β=-0,757; %95GA: -1,456 - -0,059; p=0,034) ve GDS (β=1,695; %95GA: 1,195-2,195; p<0,001) skorları bağımsız ilişkili parametreler olarak tespit edildi.

Sonuç: Bu çalışmada yaşlı hastalarda yalnızlık hissinin kadınlarda daha fazla olabileceği ve kapsamlı geriatrik değerlendirme parametreleri kötüleştikçe yalnızlık hissinin artabileceği gösterilmiştir. Aynı zamanda kognitif fonksiyonların ve duygu durumunun yalnızlık hissi ile bağımsız ilişkili parametreler olabileceği tespit edilmiştir.

Anahtar kelimeler: yalnızlık, yaşlı, yalnız yaşayan

SS-084

HASTANEDE YATAN YAŞLI HASTALARDA BESLENME DESTEK EKİBİ İZLEMİ

Burcu Kelleci[1], Cafer Balcı[2], Mert Eşme[2], Gözde Şengül Ayçiçek[2], Kezban Akçay[3], Nilgün Ölmez[3], Şermin Ataç[3], Fatma Tamer[3], Kutay Demirkan[1], Meltem Halil[2], Osman Abbasoğlu[4]

[1]Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Klinik Eczacılık Anabilim Dalı, Ankara
[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı, Ankara
[3]Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Erişkin Beslenme Destek Birimi
[4]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Giriş/Amaç: Malnütrisyon, hastanede yatan yaşlı hastalarda sık görülen, hastanede kalış süresinin uzamasına, morbidite ve mortalitede artışa neden olabilen ciddi bir sorundur. Hastalar için malnütrisyonun derecesi, hastaların klinik koşulları, nütrisyonel destek tedavisinin uygulama yolu, şekli ve uygulama zamanı gibi pek çok faktör uygun beslenme destek tedavisinin sağlanmasında rol oynamaktadır.

Bu çalışmanın amacı beslenme destek ekibi (BDE) tarafından hastanede yatan yaşlı hastalara beslenme destek tedavisinin nasıl sağlandığının tespit edilmesidir.

Gereç ve yöntem: Çalışmaya 2017 yılı boyunca bir üniversite hastanesine yatan ve BDE tarafından takip edilen 65 yaş ve üstü hastalar dahil edilmiştir. Hastalara ait veriler (demografik, ilgili laboratuvar bulguları, komorbiditeler gibi) BDE tarafından prospektif olarak kaydedilmiştir. Veriler hastalar izlemden çıktıktan sonra retrospektif olarak analiz edilmiştir. Analizler SPSS versiyon 23 kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Çalışma boyunca takip edilen 640 hastanın 254'ü dahil olma kriterlerini sağlamıştır. Hastaların %59,8'i erkek ve yaş ortalama ± standart sapmasının 76,8±7,7 olduğu tespit edilmiştir. Bunlardan 65'i (%25,6) enteral nütrisyon (EN), 172'si (%76,7) parenteral nütrisyon (PN) ve 17'si (%6,6) EN+PN tedavisi almıştır. EN ve PN tedavisi alan hastalara ait bilgiler Tablo 1 ve 2'de verilmiştir. Hastaneye yatıştan itibaren hastaların BDE'ye danışılma süresinin ortancası 1 gün (0-30 gün) olarak tespit edilmiştir.

EN destek tedavisi alan 65 hastanın 43'ünde (%66,2), PN destek tedavisi alan 172 hastanın 51'inde (%29,7) beslenme hedeflerine ulaşılmıştır. EN tedavisi alan hastalarda hedef doza ulaşılan hastaların yaşları ulaşılamayanlara göre biraz yüksek (78,20±7,53 ve 74,90±7,73) bulunmuştur (p=0,058).

EN tedavisi alan hastalarda hedef doza ulaşma ile vücut ağırlığının (p=0,003), enfeksiyon varlığının (p=0,04), planlanan hedef doz (p=0,008), gastrointestinal komplikasyonlarının (p=0,02) etkili değişkenler olduğu tespit edilmiştir.

PN tedavisine bakıldığında hedef doza ulaşılmış olan 57 hasta için BDE tarafından ortalama izlem süresinin 17,14±13,79 gün, hedef doza ulaşılamamış 132 hasta için ise 12,43±12,29 gün olduğu tespit edilmiştir. BDE'ye danışılan 22 hastanın (%31) serviste femoral erişim yolu ile beslenmeye başlandığı tespit edilmiştir.

Hedef doza ulaşma ile cinsiyet (p=0,04), alınması planlanan toplam kalorinin (p=0,000), alınması planlanan toplam proteinin (p=0,000) ve konjestif kalp yetmezliğinin (p=0,01) etkili değişkenler olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç: Bulgulara göre yaşlı hastaların önemli bir bölümünde nütrisyonel hedeflere ulaşılamamaktadır. Hastaların doğru ve güvenli beslenme destek tedavisine ulaşabilmesi için hastaneye yatış sonrası en kısa sürede BDE tarafından değerlendirilerek uygun tedavinin, uygun erişim yolu ile hastaya ulaştırılması ve devamında da uygun bakım ile komplikasyonların azaltılması ve hedef dozlara ulaşılması büyük önem taşımaktadır.

Anahtar kelimeler: Beslenme destek ekibi, Malnütrisyon, Klinik nütrisyon, Geriatri

Tablo 1. EN tedavisine ait bilgiler

EN tedavisine ait bilgiler	*n (%)*
En fazla hastanın bulunduğu servis	İç hastalıkları servisleri (n=44, %53,6)
En fazla tercih edilen erişim yolu	Gastrostomi (n=41, %50)
Beslenme desteğine ihtiyaç sebebi	Yutma bozukluğu (n=44, %53,6)
EN tedavisine bağlı gelişen komplikasyonlar	
Komplikasyon yok	66 (80,5)
Gastrostomi tüpünün çıkması	2 (2,4)
Ostomi enfeksiyonu	2 (2,4)
Beslenme tüpünün tıkanması	2 (2,4)
Beslenme tüpünün çıkması	14 (17,1)
Regürjitasyon	4 (4,9)
Aspirasyon pnömonisi	2 (2,4)
Kusma	2 (2,4)
Diyare	8 (9,8)
Konstipasyon	1 (1,2)
Distansiyon	2 (2,4)

Tablo 2. PN tedavisine ait bilgiler

PN tedavisine ait bilgiler	*n (%)*
En fazla hastanın bulunduğu servis	Cerrahi servisler (n=81, %42,9)
En fazla tercih edilen erişim yolu	Periferal erişim yolu (n=118, %62,4)
Beslenme desteğine ihtiyaç sebebi	Gastrointestinal sorunlar (n=79, %41,8)
PN tedavisine bağlı gelişen komplikasyonlar	
Herhangi bir komplikasyon yok	149 (78,8)
Erişim yolu komplikasyonları	11 (5,8)
Metabolik komplikasyonlar	29 (15,3)
Hiperglisemi	0 (0,0)
Refeeding sendromu	0 (0,0)

AKUT BATIN

SS-085

ENDOSKOPİK RETROGRAD KOLANJİYO PANKREATOGRAFİ YAŞLI HASTALARDA ETKİLİ VE GÜVENLİ İNVAZİV TEDAVİ YÖNTEMİDİR

Fatih Karaahmet[1], Murat Kekilli[1]

[1]*Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenetroloji Kliniği*

Amaç: Hepatobiliyer sistem hastalıklarının tanı ve tedavisinde endoskopik retrograd kolanjiyo pankreatografi (ERCP) günümüzde deneyimler artarak kullanılmaktadır. Yaşlılarda ERCP'nin güvenilirliğini değerlendiren az çalışma vardır. Yaşam beklentisi günümüzde yükselmekte olup, yaşlılarda ERCP'ye olan talebin artmasına neden olmaktadır. Bu çalışmadaki amaç 65 yaş üzeri hastalarda ERCP'nin başarısını, genç hastalar ile endikasyonlarını ve komplikasyonları arasındaki farkları belirlemektir.

Yöntem: Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji ERCP ünitesinde, Ocak 2016 ile Aralık 2017 tarihleri arasında yapılan ERCP işlemleri geriye yönelik tarandı. Kapsamlı veri (yaş, ERCP endikasyonu, komplikasyon) kayıtlarına sahip hastalar çalışmaya dahil edildi. Tedavi amaçlı birden fazla ERCP yapılan hastalar belirlenerek ilk ERCP işlemleri çalışmaya alındı.

Bulgular: Toplam 827 ERCP yapılan hasta çalışmaya alındı. Toplam 425(%52.4) hasta 65 yaş üzerinde idi. 193 (%23.3) hasta 65-74 yaş arasında, 167 (%20.2) hasta 75-84 yaş arasında ve 65 (%7.9) hasta 85-95 yaş arasında idi. ERCP hastalarının yaş ve cinsiyet dağılım verileri Tabloda 1'de verilmiştir. Tüm yaş guruplarında koledok taşı en sık ERCP yapılma nedeni olup yaş guruplarına göre ERCP endikasyonları Tablo 2'de verilmiştir. ERCP kompliksyonları olarak değerlendirildiğinde kanama ve perforasyon arasında tüm guruplarda istatistiksel anlam olmayıp, 85-95 yaş gurubunda post-ERCP pankreatit oranı diğer yaş guruplarına göre anlamlı olarak düşük bulundu (p<0,01).

Sonuç: Yaşlı hastalarda teşhis ve tedavi başarısı ve komplikasyon oranları açısından ERCP sonuçları genç yaştaki hastalarla benzer olup, ERCP yaşlılarda etkili ve emniyetli invaziv yöntemdir.

Anahtar kelimeler: ERCP, yaşlı hastalar, komplikayonlar

Tablo 1. ERCP hastalarının yaş ve cinsiyet dağılımı

Yaş	*Hasta sayısı (%) (Toplam hasta 827)*	*Cinsiyet kadın (%) (Toplam kadın 509)*
15-64	402 (%48.6)	241 (%59.9)
65-74	193 (%23.3)	119 (%61.6)
75-84	167 (%20.2)	105 (%62.8)
85-95	65 (%7.9)	44 (%67.6)

Tablo 2. Yaş guruplarına göre ERCP endikasyonları

Endikasyon	*15-64 Yaş*	*65-74 Yaş*	*75-84 Yaş*	*85-95 Yaş*
Koledokolitiazis	284 (%70.6)	133 (%68.9)	129 (%77.2)	53 (%81.53)
Sarılık etiyoloji	75 (%18.6)	35 (%18.1)	26 (15.6)	9 (%13.97)
Malignite	5 (%1.24)	9 (%4.6)	4 (%2.4)	1(%1.5)
Akut biliyer pankreatit	31 (%7.7)	9 (%4.6)	8 (%4.8)	2 (%3)
Kronik Pankreatit	7 (%1.86)	7 (%3.8)	0	0

Tablo 3. Yaş guruplarına göre ERCP komplikasyonları

Post ERCP Komplikasyon	*15-64 Yaş*	*65-74 Yaş*	*75-84 Yaş*	*85-95 Yaş*	*P*
Yok	349 (%86.8)	162 (%83.9)	142 (%85.7)	62 (%95.3)	>0,05
Pankreatit	51 (%12.6)	28 (%14.5)	24 (%14.3)	3 (%4.7)	<0,01
Kanama	1 (%0.3)	0	0	0	>0,05
Perforasyon	1 (%0.3)	1 (%0.6)	0	0	>0,05

AKUT BATIN

SS-086

İLERİ YAŞTAKİ GERİATRİK POPÜLASYONDA ENDOSKOPİK RETROGRAD KOLANJİOPANKREATOGRAFİ BAŞARISI DAHA MI DÜŞÜKTÜR?

Buğra Tolga Konduk[1]

[1]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı

Amaç: Endoskopik retrograd kolanjiopankreatografinin (ERKP) ileri geriatrik yaş gurubundaki kullanımı ile ilgili bilgiler sınırlıdır. Bu çalışmanın amacı, ERKP'nin seksen yaş üzeri ve seksen yaşın altındaki, iki farklı geriatrik hasta gurubundaki klinik özellikleri ve başarısının karşılaştırılmasıdır.

Gereç ve Yöntem: 65 yaş üzerinde olan ve ilk kez ERKP yapılan 1044 hasta bu çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, tıbbi öyküleri, ERKP endikasyonları, teknik başarı oranları, son klinik tanıları ve komplikasyonlara ait veriler analiz edildi. Tüm hastaların 284'ünü seksen yaş üzeri, 760'ını seksen yaş altı hastalar oluşturdu.

Bulgular: Seksen yaş üstü ve seksen yaş altı olarak belirlenen iki gurupta, yaş ortalamaları sırasıyla 83.99±3.85 ve 71.50±4.27 olarak tespit edildi. Her iki gurupta da eşlik eden kronik hastalıklar benzer oranlarda bulundu (%96.6 ve %96.5). Her iki gurupta da ERKP'nin en sık endikasyonu safra yolu taşlarıydı (Tablo 1). Teknik başarı veya işlem sırasında kanülasyona ait başarısızlık oranları açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktu (Tablo 2, p> 0,05). Süre açısından karşılaştırıldığında ERKP işleminin toplam süresinin seksen yaş altı gurupta, seksen yaş üstü hasta gurubundakilere göre daha kısa olduğu bulundu (p = 0.004). Her iki geriatrik guruba ait toplam komplikasyon oranları benzerdi (p > 0.177). Komplikasyonlar açısından değerlendirildiğinde, her iki geriatrik gurupta görülen en sık komplikasyon post-ERKP pankreatit olarak tespit edildi.

Sonuç: ERKP, deneyimli endoskopistler tarafından uygulanması halinde, naiv papillası olan seksen yaş üstü veya seksen yaş altı gurubundaki geriatrik hastalarda da başarılı ve etkin bir işlemdir.

Anahtar kelimeler: ERKP, seksen yaş üstü, ERKP başarısı, ERKP komplikasyonları, ERKP güvenliği, geriatrik ERKP, geriatrik bilier hastalıklar

Tablo 1: Son tanı ve ERKP'nin sonuçları

	Yaş< 80 n=760	Yaş> 80 n=284	p
Son tanı			
Normal ERKP	101 (13.3%)	16 (5.7%)	<0.001
Koledok taşı	354 (46.6%)	156 (54.9%)	0.018
Malign bilier darlık	141 (18.6%)	67 (23.6%)	0.073
Benign bilier darlık	21 (2.8%)	8 (2.8%)	0.968
Dilate koledok(sebebi belirsiz)	43 (5.7%)	8 (2.8%)	0.057
Safra kaçağı	12 (1.6%)	2 (0.7%)	0.273
Başarısız ERKP	53 (7%)	19 (6.7%)	0.864
*Anatomik sebepler	14 (1.8%)	3 (1.1%)	0.370
*Diğerleri	19 (2.5%)	5 (1.8%)	0.425
Sonuçlar			
Teknik başarı	707 (93%)	265 (93.3%)	0.829
Başarısız kanülasyon	53 (7%)	19 (6.7%)	0.864
Kanülasyon süresi (dakika) Median (minimum-maksimum)	3 (1-45)	3 (1-45)	0.410
İşlemin toplam süresi (dakika) Median (minimum-maksimum)	15 (1-75)	16(2-70)	0.004
Sedatif ilaç (propofol mg)	89 ± 9.7	70.5 ± 7.21	0.031
Periampuller Divertikül	85 (11.2%)	49 (17.3%)	0.009

*Anatomik sebepler :Mirizzi sendromu ,koledokoduodenal fistül, koledokobulber fistül, bulbusa ektopik bilier açılım

*Diğerleri: Fasciola hepatica, karaciğer kisti, pancreatik litiazis

Tablo 2 Terapötik girişimler ve ERKP işlemlerinin detayları

	Yaş< 80 n=760	Yaş> 80 n=284	p
Koledoktan taş çıkarılması	309 (40.6%)	125 (44%)	0.418
Balon ile koledok süpürülmesi	331(43.5%)	141 (49.6%)	0.217
ve/veya basket ile taş çıkarılması	33 (4.34%)	28 (9.8%)	0.021
Stent	172 (22.6%)	89(31.3%)	0.004
Obstrüktif malignensiler	87(11.4%)	48(16.9%)	0.608
Benign stenoz	15(1.9%)	4(1.4%)	0.213
Başarısız taş çıkarılması	45(5.9%)	31(10.9%)	0.144
Sfinkterotomi			
Klasik (Standart sfinkterotomi)	462 (60.8%)	167 (58.8%)	0.309
İğne uçlu sfinkterotom	21 (2.8%)	10 (3.5%)	0.519
Kombine	39 (5.1%)	24 (8.5%)	0.045
Papiller balon dilatasyonu	68 (8.9%)	46 (16.1%)	0.001

DİĞER DURUMLAR
(DÜŞME VE DENGE BOZUKLUKLARI, AĞRI, UYKU BOZUKLUKLARI, UYGUNSUZ İLAÇ KULLANIMI, İLAÇ ETKİLEŞİMİ, İLAÇ YAN ETKİLERİ VB)

SS-087

İLERİ YAŞLI (≥80 YAŞ) HASTALARDA KIRILGANLIK VE UYKU KALİTESİ İLİŞKİSİ

Çağatay Çavuşoğlu[1], Olgun Deniz[1], Rana Tuna Doğrul[1], Süheyla Çöteli[1], Ali Öncül[1], Muhammet Cemal Kızılarslanoğlu[1], Berna Göker[1]

[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı

Giriş: Uyku bozuklukları yaşla beraber artan ve çoğu zaman yaşlı hastalarda ayrıntılı sorgulanmadıkça atlanan ama hastaları mental, psikolojik ve fiziksel olarak etkileyen önemli bir sorundur. Diğer taraftan kırılganlık yaşlı hastaları sadece fiziksel yönden değil sosyal, kognitif ve duydu durum yönünden de etkileyebilmektedir. Kırılganlığın uyku kalitesiyle ilgili olabileceğine dair kanıtlar yetersizdir. Biz bu çalışmada ileri yaşlı hastalarda kırılganlık ile uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemeye çalıştık.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada 80 yaş ve üstü 50 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların kapsamlı geriatrik değerlendirilmesiyle beraber (Katz günlük temel yaşam aktiviteleri, Lawton Brody enstrümental günlük yaşam aktiviteleri, Mini-nutrisyonel değerlendirme, Mini-mental test ve Yesavage geriatrik depresyon skalası), Fried kriterleri kullanılarak kırılganlık derecesi belirlendi. Hastaların uyku kalitesini belirlemek için Pittsburg uyku kalite indeksi kullanıldı.

Bulgular: Hastaların yaş ortancası 84 (min-maks: 80-91) yıldı. Kadın hastaların oranı %50 idi. Hastalar kırılgan (n=15, %30) ve kırılgan olmayan (n=35, %70) olarak iki gruba ayrıldı. Yaş, ilaç sayıları, komorbiditeler (hipertansiyon, diyabetes mellitus, koroner arter hastalığı ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı, depresyon) ve kapsamlı geriatrik değerlendirme test skorları açısından gruplar arasında fark yoktu (p>0,05). Kırılgan hastalarda kadın cinsiyet oranı kırılgan olmayanlara göre daha fazlaydı (%73 ile %40, p=0,031). Kırılgan hastalarda Pittsburg uyku kalite indeksi ortancası [11 (min-maks: 3-17)] kırılgan olmayan hastalara [6 (min-maks: 1-19)] göre daha yüksekti (p=0,018). Pittsburg uyku kalite indeksi, yaş ve cinsiyete göre düzeltilmiş çok değişkenli analiz modelinde kırılganlık ile bağımsız ilişkili olduğu tespit edildi (OR: 1,197; %95GA: 1,019-1,405; p=0,028).

Sonuç: Bu çalışmada ileri yaşlı, kırılgan hastalarda uyku kalitesinin kırılgan olmayan hastalara göre daha kötü olabileceği gösterilmiştir. Günlük geriatri pratiğimizde kırılgan yaşlılar değerlendirilirken uyku kalitelerinin de göz ardı edilmemesi gerekmektedir. Bu konuda daha geniş kapsamlı, prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Uyku, Kırılganlık, ileri yaşlı

SS-089

YAŞLI HASTALARDA KRONİK AĞRI VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Süheyla Çöteli[1], Olgun Deniz[1], Rana Tuna Doğrul[1], Çağatay Çavuşoğlu[1], Ali Öncül[1], Muhammet Cemal Kızılarslanoğlu[1], Berna Göker[1]

[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Geriatri Bilim Dalı

Giriş: Kronik ağrı yaşlı hastalarda en çok bildirilen semptomlardan olup günlük yaşam aktivitelerinde ve sosyal yaşantılarında olumsuz yönde etkiler yapabilmektedir. Ülkemizde kronik ağrının yaşlı hastalar üzerinde etkisini ve tedavi başarısını inceleyen yeterli çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada yaşlı hastalarda kronik ağrı tiplerini, şiddetini, yaşam kalitesine etkisini, kapsamlı geriatrik değerlendirme parametreleriyle ilişkisini ve yönetiminde izlenen yolları göstermek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmaya geriatri polikliniğimize başvuran toplam 92 hasta alınmıştır. Hastalara kapsamlı geriatrik değerlendirme yapılmıştır. Ağrı şiddetini değerlendirmek için McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu (MAÖ), Wong-Baker Ağrı Değerlendirme Ölçeği (WBAÖ) ve Görsel Analog Skala (VAS) kullanılmıştır. Yaşam kalitesi değerlendirmesi EQ-5D-3L Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği (EQ5D) ve Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (NGYA) ile yapılmıştır.

Bulgular: Hastaların yaş ortancası 71 (min-maks: 65-87) yıldı ve %56,5 kadındı. Hastaların %63'ünde kronik ağrı ve %7,6'sında akut ağrı olduğu tespit edildi. Kronik ağrısı olan hastaların en sık yakındıkları ağrı lokalizasyonları %72,4'ünde diz, %56,9'unda bel ve %41,4'ünde sırt bölgesiydi. Kronik ağrısı olan hastaların %65,5'inde WBAÖ'ye göre şiddetli ağrısı olduğu tespit edildi. Kronik ağrısı olan hastalarda Katz günlük temel yaşam aktivitesi, mini-mental test, Yesavage geriatrik depresyon skalası (GDS), EQ5D ölçeği, NGYA indeksi ve alt bölümleri olan duygusal, uyku, sosyal izolasyon, fiziksel aktivite ve enerji skorları kronik ağrısı olmayanlara göre daha kötüydü (tüm parametreler için p<0,05). MAÖ skoru ile saat çizme testi (r=-0,317), GDS (r=0,387), EQ5D (r=0,487), NGYA toplam (r=0,555) ve duygusal reaksiyon (r=0,464), uyku (r=0,453), sosyal izolasyon (r=0,331), fiziksel aktivite (r=0,377) ve enerji (r=0,377) alt bölüm skorları arasında kronik ağrısı olan hastalarda anlamlı korelasyon mevcuttu (tüm parametreler için p<0,05). En sık başvurulan tedavi yöntemleri arasında %93,1 ile farmakoterapi, %47,4 ile fizik tedavi ve %12,1 ile bitkisel tedavi yer alırken farmakoterapi alan hastalar içerisinde %67,3 ile parasetamol ve %63,5 ile non-steroid antiinflamatuar (NSAİ) ilaçlar ilk sırada gelmekteydi. Farmakoterapi alan hastaların %79'unda yeterli yanıt alınırken hastaların yarısı en iyi yanıt aldıkları ilacın NSAİ ilaçlar olduğunu belirtti.

Sonuç: Bu çalışmada geriatri pratiğimizde en sık karşımıza çıkan semptomlardan biri olan kronik ağrının; yaşlı hastalarda yaşam aktivitelerini, kognitif ve duygusal durumlarını, fonksiyonel durumlarını, uyku ve sosyal yaşantılarını etkileyen önemli bir sorun olduğu gözlenmiştir. Tedavisinde daha çok NSAİ ilaç kullanımının tercih edilmiş olması bu hasta grubu için ciddi yan etkiler oluşturabilecek bir ilaç grubunun azaltılması için gerekli önlemlerin alınması gerekliliği gözler önüne sermektedir.

Anahtar kelimeler: Kronik ağrı, analjezik tedavi, yaşam kalitesi

SS-090

UYKU BOZUKLUĞU VE EŞLİK EDEN FAKTÖRLERİN İRDELENMESİ

Banu Özulu Türkmen[1]

[1]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı

Giriş: Uyku; bilincin geçici olarak kaybolması ve çevresel faktörlere azalmış yanıt ve sterotipik EEG değişiklikleri ile karakterize, organik faaliyetlerin özellikle sinir duyusunun ve istemli kas hareketlerinin azalmasıyla ortaya çıkan normal, geçici, periyodik ve psikofizyolojik bir durumdur.Insomni, 2017 Amerika Uyku Tıbbı Akademisi'nin 2017 kılavuzuna göre uykuyu başlatmada, sürdürmede, uyku kalitesinde yeterli düzeyde uyuma fırsatı olmasına rağmen meydana gelen ve günlük aktivitelerde bozulma ile sonuçlanan subjektif zorluk olarak tanımlanmaktadır. İnsomnia semptomları genel erişkin popülasyonun %33-50sinde, ≥65 yaş ise %50-70 gibi yüksek oranda görülmektedir. Yaşlılarda insomni, sağlık ilişkili yaşam kalitesinde olumsuz sonuçlar, düşme, kaza sıklığında, morbidite ve mortalitede, ilaç kullanımında,psikiyatrik sorunların gelişme riskinde artış ile ilişkili bulunmuştur. Çalışmamızda geriatri polikliniğimizden takipli hastalarımızda uyku sorunu sıklığını ve ilişkili olabileceğini düşündüğümüz faktörleri irdelemeyi amaçladık

Materyal ve metod: İTF Geriatri polikliniğinden takipli 295 hasta hastanın dosya verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Uyku prob-

lemi ile yaş, cinsiyet, polifarmasi,düşme, kırılganlık, huzursuz bacak sendromu ile ilişkisi değerlendirildi.

Sonuçlar: Değerlendirilen 295 hastanın 99'u erkek, 196'ı kadındı. Hastaların yaş ortalaması 75.6 idi. Uyku problemi saptanan hastaların yüzdesi 47.8 olarak tespit edildi.Yapılan bivariate analizlerde insomni ile yaş, polifarmasi, huzursuz bacak arasında anlamlı ilişki saptanırken, düşme ve kırılganlıkla ile ilişkisi gözlenmedi ve her iki cinsiyet arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı. Yapılan regresyon analizlerinde de uyku bozukluğu ile yaş, polifarmasi, huzursuz bacak arasındaki ilişki bağımsız olarak saptandı.

Tartışma: Yaşlılarda uyku bozukluğu, yaşam kalitesini önemli düzeyde etkileyen bir sağlık sorunudur ve sorgulanması gerekmektedir. Uyku bozukluğu şikayeti ile başvuran hastalarda huzursuz bacak sendromu ve polifarmasi gibi önemli geriatrik sendrom birliktelikleri göz önününde bulundurulmalıdır.

Anahtar kelimeler: yaşlı hasta, uyku bozuklukları,geriatrik sendrom

DİĞER DURUMLAR
(DÜŞME VE DENGE BOZUKLUKLARI, AĞRI, UYKU BOZUKLUKLARI, UYGUNSUZ İLAÇ KULLANIMI, İLAÇ ETKİLEŞİMİ, İLAÇ YAN ETKİLERİ VB)

SS-091

SERVİSTE YATAN HASTALARDA MALNÜTRİSYON VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Salim Serdar Eriş[1]

[1]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi

Giriş: Malnütrisyonu olan hastalar daha sık hastaneye yatmakta, hastaneye yattığında daha uzun süre kalmakta, daha fazla komplikasyonla karşılaşmakta (daha sık enfeksiyon, bası yarası vs) ve mortaliteleri daha fazla olmaktadır.Malnütrisyonun erken teşhisi, yeterli ve nitelikli tedavisiyle, komplikasyonlar önlenebilmekte, iyileşme hızlanmaktadır. Bu çalışmada hastaların servise yatışı ve taburculukları sırasındaki malnütrisyon ve ilişkili faktörleri incelemeyi amaçladık.

Metot: Nisan 2017- Aralık 2017 tarihleri arasında prospektif olarak İstanbul Tıp Fakültesi Genel Dahiliye ve Geriatri servisinde takip edilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar değerlendirmeye alınmıştır.Hastalar yatıştan itibaren ilk 48 saat içinde bioimpedans analiz, NRS2002,MNA,SNAQ ile değerlendirilmişlerdir. Servisten taburcu edildikleri gün de aynı ölçümler hastalara yapılmıştır. Sonuçlar SPSS ile analiz edilmiştir.

Sonuçlar: Serviste yatan hastalarda malnütrisyon ve ilişkili faktörlerin değerlendirmesinde çalışmaya alınan hastaların yaş ortalaması 62.3±17.6 (20-92) idi. Yaş ortalaması erkeklerde 61.7±17.1(20-86), kadınlarda 62.9±18.2(21-92) olarak saptandı. Hastaneye internasyonda NRS2002 değerlendirmesi yapılan 141 hastanın 100 tanesi (%70) ≥3 puan alarak malnütrisyon açısından riskli olarak değerlendirilirken externasyonları sırasında NRS2002 değerlendirmesi yapılan 72 hastanın 23 tanesi (%32) ≥ 3 puan alarak malnütrisyon açısından riskli olarak değerlendirildi. Hastaneye yatış ve çıkış arasındaki NRS2002 puanları(NRS2002 puanı yatışta ortalama 3.3±1.3 çıkışta ise 1.8±1.2 idi) arasında anlamlı bir farklılık istatistiksel olarak p<0.001 düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Hastaneye yatış ve çıkış arasındaki SNAQ puanları(SNAQ puanı yatışta ortalama 13.4±3.7, çıkışta ise 15.5± 2.7 idi) arasındaki fark istatistiksel olarak p<0.001 düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Hastaneye yatış ve çıkış arasındaki MNA puanları (MNA yatışta ortalama puan 6.7±3.2, çıkışta ise 7.3±3.2 idi) arasındaki fark istatistiksel olarak (p=0.13) anlamlı bulunmamıştır. Servise yatan hastalarda MNA'nın hem SF(r=-0.69) hem de LF(r=-0.64) puanları NRS2002 puanları ile orta derecede ileri düzeyde anlamlı bulundu(p<0.001). Hastaneye yatış ve çıkış arasındaki BİA kas analizinde (yatışta ortalama 47±9.2, çıkışta ise 44.8±7.4 idi) arasındaki fark istatistiksel olarak p=0.02 düzeyinde anlamlı bulunmuştur.

Tartişma: Mevcut olan bu durum kişilerin hastalık halinin gerilemesine ve beslenme açısından yeterli kalori desteğinin verilmesinin malnütrisyonun düzelmesinde ve malnütrisyon değerlendirme ölçeklerinde anlamlı düzelme değerlerine ulaşmamızda faydalı olabileceği düşünüldü. BİA kas analizinde yatış ve taburculukta bakılan değerlendirmelerde anlamlı olumlu bir artış sağlandığı istatistiksel olarak saptandı. Bu durumun halihazırda hastaların malnütrisyon ölçeklerinde de saptanan düzelmenin yansıması olarak düşünülebilir.Malnütrisyonu düzelen hastaların BİA kas analizlerinde artış gerçekleşmiştir.

Anahtar kelimeler: Malnütrisyon,MNA,NRS2002,SNAQ

HEMATOLOJİK VE ONKOLOJİK HASTALIKLAR

SS-092

MESANE RADYOTERAPİSİ UYGULANAN GERİATRİK HASTALARDA ÜRİNER ENFEKSİYON SIKLIĞI VE PROFLAKSİ GEREKSİNİMİ

Zümrüt Bahat[1]

[1]Karadeniz Teknik Üniversitesi

Giriş ve Amaç: Mesane kanseri yaş ile sıklığı artan, geriatrik popülasyonda daha sık görülen bir malignensidir. Tümöral kitlenin, cerrahi girişimin ve radyoterapinin mukozal defansı bozarak üriner enfeksiyonlara eğilim oluşturacağı öngörülebilir bir durumdur. Üriner enfeksiyonlar açısından riskli gruplara antibakteriyel proflaksi pek çok durumda önerilebilmektedir. Ancak güncel uluslar arası kılavuzlarda hastaların üriner enfeksiyonlar açısından rutin değerlendirilmesi önerilmemekte ve radyasyon onkolojisi pratiğinde de üriner enfeksiyona yönelik proflaktik antibiyotik kullanılmamaktadır. Bu çalışmada bölümümüzde mesane kanseri nedeniyle radyoterapi uygulanan hastaların verileri retrospektif olarak değerlendirilerek üriner enfeksiyon sıklığı araştırılmıştır.

Bulgular: Bölümümüzde 6 ardışık yıl süresince mesane kanseri nedeniyle 114 hastaya radyoterapi uygulanmıştı. Hastaların %77'si küratif radyoterapi almıştı. Hastaların 85'i (%74) 65 yaş ve üstündeydi ve geriatrik hastalar olarak değerlendirildiler. Geriatrik hastaların %9'u evre-1, %46'sı evre-2, %29'u evre-3 ve %16'sı evre-4 hastalığa sahipti. Bu olguların %79'una küratif radyoterapi uygulanmıştı ve 38 olguya (%41) radyoterapi uygulanırken üriner enfeksiyon tanısı konmuştu. Olguların 4'ünde aynı mikroorganizma kan kültüründe de üremiş ve ürosepsis tanısı almıştı. Geriatrik hastaların 13'ü (%15)'i kadın olup bu hastaların 6'sı üriner enfeksiyon tanısı almıştı. İdrar kültürlerinde 10 hastada E.coli, 6 hastada enterococ, 2'şer hastada candida, citrobacter, staphilococ, 1'er hastada acinetobacter, citrobacter, klebsiella, pseudomonas, stenotrophomonas üremiş olup, hastaların üçünde çoklu üreme vardı. 13 hastaya kültür yapılmaksızın sistit belirtileri ve idrar tahlili sonuçları ile tanı konmuştu. 64 yaş ve altında ise 29 olgunun %70'ine küratif radyoterapi uygulanmıştı. Olguların %9'u evre-1, %13'ü evre-2, %17'si evre-3 ve %61'i evre-4 mesane kanseri idi. Hastaların 8'i (%27) üriner enfeksiyon tanısı almıştı. Bu grupta bir hasta kadındı ve üriner enfeksiyon geçirmemişti. Bu grupta ürosepsis saptanmayıp, idrar kültürlerinde 4 hastada E.coli, 1'er hastada staphilococ ve enterococ üremiş olup, olguların ikisine sistit belirtileri ve idrar tahlili sonucuna göre üriner enfeksiyon tanısı konmuştu.

Sonuç: Mesane kanseri nedeniyle radyoterapi uygulanan hastalarda üriner enfeksiyon genel popülasyona oranla sıktır. Geriatrik yaş grubunda bu daha da belirgindir. Ayrıca geriatrik yaş grubunda, daha erken evre hastalığa sahip olsalar bile E.coli dışı atipik, seyirli mikroor-

ganzimalar ile ürosepsis gibi komplike enfeksiyonlar ve kültürde çoklu üremeler daha sıktır. Verilerimiz bu hasta grubunda asemptomatik hastaların da üriner enfeksiyon açısından rutin değerlendirmesinin gerekli olduğunu ve antibakteriyel proflaksi uygulamasının faydalı olabileceğini düşündürmüştür.

Anahtar kelimeler: Mesane kanseri, Radyoterapi, Üriner enfeksiyon

HEMATOLOJİK VE ONKOLOJİK HASTALIKLAR

SS-093

RAT MODELİNDE RADYOTERAPİYE BAĞLI AKUT KARDİYAK HASARIN ÖNLENMESİNDE MELATONİN'İN ETKİNLİĞİNİN ARAŞTIRILMASI

Zümrüt Bahat[1], Ümit Çobanoğlu[2], Cunay Ülkü[3], Nuri İhsan Kalyoncu[3], Süleyman Caner Karahan[4], Melek Nur Yavuz[1]

[1]Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı
[2]Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı
[3]Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Farmakoloji Anabilim Dalı
[4]Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Kanser sıklığının yaş ile artar ve kansere bağlı ölümlerin %70'den fazlası 65 yaş ve üstünde gerçekleşir. Geniş cerrahi rezeksiyonlar ve ağır kemoterapi rejimleri daha komplike ve ölümcül seyredebildiğinden, yaşlı hastalar "medikal inoperable" tanımı altında daha az yoğun kemoterapi eşiliğinde radyoterapi seçeneğine yönlendirilmektedir. Melatonin güçlü bir antioksidan ve serbest radikal temizleyicidir. Kemoterapiye bağlı kardiyotoksisiteden kalbi koruduğuna dair mevcuttur. Radyoterapiye bağlı kardiyak hasarın önlenmesinde melatonin etkinliğini araştıran çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada melatonin'in radyasyona bağlı kardiyak hasarın önlenmesinde etkin olup olmayacağı rat modelinde araştırılmıştır.

Materyal ve Metod: Sprague-Dawley cinsi ratlar ile her biri 6'şar denek içeren 4 grup oluşturuldu. Kontrol grubuna simülasyon uygulandıktan sonra %0.9 NaCl intraperitoneal olarak verildi, ışınlanmadı. Radyoterapi grubunda simülasyon ve intraperitoneal %0.9 NaCl uygulamasından 30 dakika sonra rat kalpleri, Co 60 teleterapi cihazı ile 80 cm mesafeden ve 2 cm derinlikte 20 Gy dozunda tek seansta ışınlandı. "Radyoterapi + Melatonin" grubuna, simülasyon sonrasında, 10 mg/kg melatonin intraperitoneal olarak uygulandı ve 30 dakika sonra aynı şekilde ışınlandı. Melatonin grubuna simülasyon sonrasında 10 mg/kg melatonin uygulandı ancak ışınlanmadı. Uygulamalardan 24 saat sonra Langendorff perfüze sıçan kalbi metoduyla istirahatte ve isoproterenol stimülasyonu sonrası kalp hızları, sistolik ve diyastolik basınçlar ölçülerek miyokard fonksiyonları değerlendirildi. Kalbin perikard ve miyokardı içeren bir yarısı ışık mikroskopisi ile değerlendirildi. Miyokard ayrıca elektron mikroskobisi ile de değerlendirildi. Miyokardiyal oksidatif hasar için malondialdehid düzeyleri ölçüldü.

Sonuçlar: Işınlanmamış ratların perikardlarında anlamlı inflamatuvar yanıt yoktu. Radyasyona maruz kalan tüm perikardiyal örneklerde ışık mikroskopisi ile yaygın inflamasyon odakları saptandı. Radyoterapi grubu ile "Radyoterapi + Melatonin" grubu arasında, akut radyasyon perikarditi varlığı ve yaygınlığı yönünden farklılık saptanmadı ($p > 0,05$). Radyoterapi uygulanan gruplar ile uygulanmayan gruplar karşılaştırıldığında, ışınlanan ratlarda perikardiyal inflamasyon varlığı ve yaygınlığında belirgin artış mevcuttu ($p<0,05$). Miyokard yapı ve fonksiyonları tüm gruplarda benzer ve normaldi.

Tartışma: Kardiyak radyoterapinin akut evrede miyokardiyal yapı ve fonksiyonları etkilemediği fakat radyasyona bağlı akut perikarditin sık görüldüğü, radyoterapi öncesi melatonin uygulanmasının kalbi akut radyasyon perikarditinden korumadığı sonucuna varıldı. Yaşlılarda radyoterapi daha sık tercih edilmekte, kalbi içeren radyoterapi uygulamalarında hem eşlik eden hastalıklar hem de azalmış kardiyak rezerv nedeniyle radyasyona bağlı kardiyak hasar daha ciddi bir risk oluşturmaktadır. Konstrüktif perikarditin öncüsü olan akut radyasyon perikarditini önleyecek yeni ajanlara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Radyoterapi, kardiyotoksisite, melatonin

KARDİYOVASKÜLER SİSTEM HASTALIKLARI

SS-094

AMİFOSTİN DENEYSEL AKUT KARDİYAK RADYOTOKSİSTEYİ ÖNLEYEMEZ!..

Zümrüt Bahat[1], Ümit Çobanoğlu[2], Cunay Ülkü[3], Nuri İhsan Kalyoncu[3], Süleyman Caner Karahan[4], Melek Nur Yavuz[1]

[1]Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı
[2]Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı
[3]Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Farmakoloji Anabilim Dalı
[4]Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya Anabilim Dalı

Amaç: Akciğer kanseri, meme kanseri, özofagus kanseri gibi kalbin radyoterapi alanına girdiği malignensilerin sıklığının yaşla arttığı bilinmektedir. Yaşlı hastalarda radyoterapi ilişkili doku zedelenmesi daha sık görülebilmekte ve daha ağır seyredebilmektedir. Amifostin güncel kılavuzlarda kullanımı önerilen üç radyoprotektif ajandan biridir ve baş boyun radyoterapisinde rutin kullanımdadır. Ancak kardiyak radyotoksisite üzerine amifostin'in etkinliğini araştıran çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada radyoterapiye bağlı akut kardiyak hasara karşı amifostin'in koruyucu etkisi olup olmadığı deneysel rat modelinde araştırılmıştır.

Materyal ve metod: Çalışmaya Sprague-Dawley cinsi 24 rat alındı Eşit sayıda denekler içeren Kontrol grubu, Radyoterapi grubu, "Radyoterapi + Amifostin" grubu ve Amifostin grubu oluşturuldu. Tüm gruplara simulasyon yapıldı. Radyoterapi alan gruplarda ratların kalbi Co 60 teleterapi cihazı ile 80 cm uzaklıktan ve 2 cm derinlikte total 20 Gy tek seansta ışınlandı. Radyoterapiden 30 dk önce kontrol grubuna ve radyoterapi grubuna %0.9 NaCl, "Radyoterapi + Amifostin" ve Amifostin grubuna ise 200 mg/kg amifostin eşit volümlerde ve intraperitoneal yoldan uygulandı. Denekler girişimlerden 24 saat sonra sakrifiye edilerek perikardiyumdaki histopatolojik değişiklikler ışık mikroskopisi ile araştırıldı. Miyokardiyumdaki histopatolojik değişiklikler ise ışık ve elektron mikroskopisi ile histopatolojik olarak değerlendirildi. Ayrıca miyokardiyal oksidatif hasar doku malon-dialdehid seviyesi ölçülerek ve miyokard fonksiyonları ise Langendorff perfüze rat kalbi metodu kullanılarak incelendi.

Sonuçlar: Perikardın ışık mikroskobik incelemesinde radyoterapi uygulanan tüm ratlarda %50 ve üstünde fokal inflamasyon odakları saptandı. Radyoterapi grubu ile "Radyoterapi + Amifostin" grubu arasında perikardiyal inflamatuar cevap yönünden bir fark yoktu ($p>0.05$). Radyoterapi uygulanmayan gruplarda anlamlı perikardiyal inflamasyona rastlanmadı. Radyoterapi uygulanan tüm gruplarda perikardiyal inflamasyonun uygulanmayan gruplara oranla anlamlı düzeyde arttığı gözlemlendi ($p<0.05$). Miyokardiyal yapı ve fonksiyonlar tüm gruplarda korunmuş ve benzer özellikteydi.

Yorum: Konvansiyonel radyoterapiye bağlı en sık görülen kardiyak hasar olan akut perikardit radyoterapi uygulanan tüm ratlarda saptanmıştır. Standart radyoprotektif olarak kabul edilen amifostin uygulamasının akut dönemde perikardiyal inflamasyon üzerine olumlu etkisi saptanmamıştır. Perikardiyal inflamasyon konstriktif perikarditin öncüsüdür. Başta kardiyak radyoterapiye daha sık maruz kalan ve radyoterapi hasarına erişkin populasyondan daha duyarlı geriatrik hasta grubunda kullanılmak üzere kardiyak radyotoksisiteden koruyucu diğer ajanların araştırılması gereklidir.

Anahtar kelimeler: Kardiyak radyotoksiste, Amifostin, Rat

DİĞER DURUMLAR
(DÜŞME VE DENGE BOZUKLUKLARI, AĞRI, UYKU BOZUKLUKLARI, UYGUNSUZ İLAÇ KULLANIMI, İLAÇ ETKİLEŞİMİ, İLAÇ YAN ETKİLERİ VB)

SS-095

ÜRİNER İNKONTİNANSTA GLUTAMİN:PROSPEKTİF,RANDOMİZE,ÇİFT KÖR,PLASEBO KONTROLLU ÇALIŞMA

Gülistan Bahat[2], Birkan İlhan[1], Nalan Çapan[4], Cihan Kılıç[2], Cenk Yaşa[5], Funda Güngör[5], Özlem Persil Özkan[3], Gökşen Ayvacıklı[5], Ayşe Karan[4], Mehmet Akif Karan[2]

[1]Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Geriatri Kliniği
[2]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Geriatri Bilim Dalı
[3]İstanbul Arel Ünv. Beslenme ve Diyetetik Bölümü
[4]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı
[5]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ürojinekoloji Bilim Dalı

Amaç: Üriner inkontinans (Üİ) sık karşılaşılan geriatrik sendromlardandır. Pelvik taban kas gücünde azalma Üİ nedenlerinden birisidir. Sarkopeni tedavisinde egzersize eklenen protein desteğinin faydalı olduğu bilinmektedir. Bu çalışmada Üİ olan kadınlarda Kegel egzersizlerine ilave olarak glutamin replasmanının vajinal kas gücü ve klinik parametreler üzerine etkisini incelemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya Ocak 2015-Ocak 2018 tarihleri arasında,bir üniversite hastanesinin ürojinekoloji polikliniğine başvuran 40 yaş ve üzeri, Üİ olan kadınlar alındı. Orta/ileri evre demanslılar, kas gücü ölçümüne koopere olamayanlar, malnutre veya malnutrisyon riskinde olanlar, kontrolsüz diyabetli olan veya insülin kullananlar ve onam vermeyenler çalışmaya alınmadı. Digital olarak (0-5 puan: 0=kasılma yok; 5 çok güçlü kasabiliyor)ve perinemetre ile vajinal kas gücü, 24 saatlik ped testi yapıldı. Vajinal kas gücü<2 olanlar çalışmaya alınmadı. Olgular randomize edilerek ve çift kör olarak, Kegel egzersiz ve kullanmakta oldukları üriner antikolinerjik ile birlikte bir gruba Glutamin 30 gr/gün; diğer gruba ise plasebo verildi.Hastalar besin desteğini 3 ay süreyle kullandıktan sonra bütün ölçümler tekrarlandı. Çalışma boyunca aylık telefonla aranarak veya hastanın gelmesi istenerek Kegel egzersizi ve ürün kullanımına uyum sorgulandı. İlk ve 3. aylardaki ölçümler Paired sample T-test veya Wilcoxon ile karşılaştırıldı. Her grupta 0 ve 3. aydaki ölçümler arasındaki fark hesaplandı; farkların gruplar arası karşılaştırmasında Mann-Whitney-u testi kullanıldı. (Clinical Trials protokol ID: 2014/1203)

Bulgular: Çalışmaya alınan 61 hastadan 3 ay boyunca egzersiz ve ürün kullanımına uyan ve tüm ölçümleri yapılmış olan Glutamin kolunda 11, plasebo kolunda 18 hasta mevcuttu. Yaş ortalaması 58.2±6.6 idi. Beden kitle indexi ortalaması 32.9±4.8 idi. Gruplar arası yaş farkı yoktu (glutamin 59±3.8, plasebo 57.8±7.9 yaş,p>0.05). Glutamin kolunda 3.aydaki vajinal kas gücü ortalama değeri başvurudaki değere göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksekti (sırasıyla 2.9±0.7 ve 4±0.9, p=0.014). Glutamin kolunda başvurudaki ve 3.aydaki perinemetre değeri arasında anlamlı fark saptanmadı (sırasıyla 27.4±8.3 ve 31.2±8.9; p>0.05), 24 saatlik ped testinde ped ağırlığı ortalamasında fark saptanmadı. Plasebo kolunda vajinal kas gücü, 24 saatlik ped ağılığında ve perinemetre değerlerindebaşlangıca göre anlamlı iyileşme mevcut idi (p değerleri sırasıyla: 0.005, 0.002, 0.011). Her iki kolda 0 ve 3. aydaki ölçümler arasındaki fark alınıp plasebo ve glutamin kolu arasında kıyaslandığında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (p>0.05).

Sonuç: Üİ olan kadınlarda Kegel egzersizi ile diyete eklenen glutamin replasmanının plaseboya kıyasla ek fayda sağlamadığı görüldü. Çalışmamız, glutamin replasmanının protein-enerji malnütrisyonu olmayan olgularda pelvik kas sarkopenisinin tedavisinde ek katkı sağlamadığını düşündürmektedir.

Anahtar kelimeler: üriner inkontinans, protein, glutamin

SS-096

FONKSİYONEL UZANMA TESTİ İLE DÜŞMELER YAŞLILARDA İLİŞKİLİ OLABİLİR Mİ?

Cihan Kılıç[1]

[1]İstanbul Tıp Fakültesi Geriatri Bilim Dalı

Giriş: Fonksiyonel uzanma testi(FUT), denge durumu ve düşme riskinin belirlenmesi amacıyla geliştirilmiş uygulanması kolay basit bir testtir. Yapılan çalışmalarda yaşlılarda FUT'nin <20 cm olmasının düşme ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada amacımız toplumdan başvuran yaşlılarda düşmeler ile FUT ve diğer faktörler arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktır.

Metot: İstanbul Tıp Fakültesi Geriatri BD polikliniğine Ekim 2016 – Temmuz 2017 arasında tarihleri arasında başvuran hastalardan FUT yapılan, düşmeleri sorgulanan hastaların yaş, cinsiyet bilgileri kaydedildi. Olağan yürüme hızı, el kavrama gücü bakıldı. İstatistiksel analizleri yapıldı.

Bulgular: Ekim 2016 – Temmuz 2017 arasında 203 (63'ü %31 erkek) 65 yaş ve üstü yaşlı değerlendirilmiştir. Yaş ortalaması 74,4±6,8 (65-92) idi. Yaşlıların %43,3'ü (88) 1 yıl içinde en az 1 kere düşmüşlerdi. Erkeklerin %38,1'i(n=24) düşerken bu oran kadınlarda %45,7(n=45) idi. Yaşlıların fonksiyonel uzanma mesafesi 27,4±6,5 cm(13-44), erkeklerde 29,1±6,9 cm(13-42), kadınlarda 26,7±6,8(14-44) idi. Düşen yaşlıların fonksiyonel uzanma mesafesi 26,3±6,9 cm(14-44) idi. Düşmeyen yaşlıların fonksiyonel uzanma mesafesi 28,3±6,1 cm(13-41) idi. Düşen yaşlılar ile düşmeyen yaşlılar arasındaki fonksiyonel uzanma mesafesi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi (p=0,03). Düşen yaşlılar ile düşmeyen yaşlılar arasındaki el kavrama güçleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi (p=0,02). Düşen yaşlılar ile düşmeyen yaşlılar arasındaki olağan yürüme hızları (OYH) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi (p=0,003). Düşen yaşlılar ile düşmeyen yaşlılar arasında kadın ve erkek cinsiyet arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,31) iken iki grup arasındaki yaş farkı istatistiksel olarak anlamlı idi (p=0,03). Düşme üzerine etkili faktörler, lojistik regresyon analizi ile araştırıldı (bağımlı değişken: son 1 yıl içinde düşme, bağımsız değişkenler: yaş, cinsiyet, OYH, el kavrama gücü, fonksiyonel uzanma). Regresyon analizinde, fonksiyonel uzanma testi düşme ile anlamlı ilişkili değildi, OYH düşme ile ilişkili tek faktör olarak öne çıktı (p=0.018; OR=0.384) .

Sonuç: Yaşlılarımızın yarıya yakını 1 yıl içinde en az bir kez düşmüş olup fonksiyonel uzanma testi ve düşmeler ilişkili bulunmuştur. Düşmeler ile bağımsız ilişkili olabilecek faktörlere bakıldığında ise FUT anlamlı değil iken en ilişkili olabilecek faktör yavaş yürüme olarak bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: Yaşlı, Düşme, Fonksiyonel Uzanma Testi, Olağan Yürüme Hızı

KAS-İSKELET SİSTEMİ HASTALIKLARI

SS-097

SARC-F'NİN DÜNYA DİLLERİNDE KÜLTÜREL ADAPTASYONU VE VALİDASYONU: EUGMS SARKOPENİ ÖZEL İLGİ GRUBU ÇALIŞMASI

Gülistan Bahat[1], Özlem Yılmaz[1], Meryem Merve Ören[2], Pınar Küçükdağlı[1], Mehmet Akif Karan[1], Charlotte Beaudart[3], Jean Yves Reginster[3], Olivier Bruye`re[4]

[1]İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Geriatri Bilim Dalı
[2]İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
[3]Lie`ge Üniversitesi Halk Sağlığı Epidemiyoloji ve Sağlık Ekonomisi Bölümü
[4]Lie`ge Üniversitesi Epidemiyoloji ve Geriatrik Rehabilitasyon Bölümü

Amaç: Sarkopeni yaşlanmaya bağlı iskelet kası kütle ve fonksiyonunda gerileme olup fonksiyonel kötüleşme, düşmeler, kırıklar, kırılganlık ve mortalite ilişkili bir geriatrik sendromdur. Sarkopeninin tanınması, erken dönemde terapötik yaklaşımlarla, sebep olacağı olumsuz sağlık sonuçlarının azaltılmasını sağlayabilir. Global olarak nüfusun yaşlanması nedeniyle, sarkopeninin erken tanınması bir halk sağlığı önceliği haline gelmiştir. Sarkopeninin verimli tarama araçlarıyla taranması gereklidir. SARC-F uygulaması çok pratik olan, aynı zamanda sarkopeni ilişkili olumsuz sonuçlarını predikte ettiği kanıtlanmış bir tarama aracıdır. Bu nedenle günlük pratikte sarkopeniyi değerlendirmek için kullanılabilecek en iyi araçlardan biridir. SARC-F İngilizce oluşturulmuştur. Dünya genelinde çok sayıda farklı dil olması nedeniyle, SARC-F'nin değişik dillere adaptasyonu ve validasyonu önemlidir. Bu amaçla EUGMS Sarkopeni Özel İlgi Grubu bir çalışma grubu oluşturmuştur. Çalışma grubu Türkiye ve Belçika ekipleri tarafından koordine edilmektedir. Bu çalışmada, SARC-F'nin farklı dünya dillerindeki kültürel adaptasyonu - validasyonu çalışması ve Türkçe SARC-F validasyonu sonuçlarının sunulması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: EUGMS Sarkopeni Özel İlgi Grubu tarafından, Türkiye ve Belçika ekiplerinin koordinatör olduğu çalışma grubu oluşturulmuştur. İki ekip uygun metodolojiyi belirlemek üzere ayrı ayrı çalıştıktan sonra, telekonferanslar ve e-mail yoluyla çalışarak ortak konsensusun sağlandığı metodolojiyi geliştirmişlerdir. Takiben farklı Avrupa dillerinin dahil edilmesi için, EUGMS-Sarkopeni SIG ve EAMA üyeleri akademisyenlere çalışmaya davet etmek üzere e-mail ile ulaşılmıştır.

Bulgular: Çalışma Ağustos 2016'da başlamıştır ve toplamda 17 farklı dil dahil edilmiştir -Türkçe, Fransızca, Lehçe, Flemenkçe, İspanyolca, Katalanca, İtalyanca, Çekçe, İbranice, Almanca, Norvecçe, Portekizce, Farsça, Yunanca, Sırpça, Litvanya dili, Brezilya dili. Türkçe SARC-F çalışmasında testin kültürel adaptasyonu sonrasında 207 hasta ile klinik validasyon yapılmıştır. SARC-F testinin sensitivitesi EWGSOP, FNIH, IWGS ve SSCW sarkopeni tanımlamalarıyla sırasıyla %25, %31.6, %50 ve %40; spesifistesi %81.4, %82.4, %81.8 ve %81.7 saptanmıştır. Testinin pozitif prediktif değeri %5.1-%15.4 negatif prediktif değeri %92.3-%98.2 arasında saptanmıştır.

Sonuç: Toplamda 17 farklı dünya dilinde SARC-F validasyonu sağlanmaktadır. Türkçe SARC-F'nin psikometrik performansı orijinal SARC-F ile uyumludur: SARC-F tarama testi bütün sarkopeni tanımlamalarında düşük sensitivite ancak yüksek düzeyde spesifisite göstermiştir. Buna göre SARC-F, sarkopeninin olmadığı olguları tanımada üstün bir test iken, sarkopeni olan olguların saptanmasında daha az başarılıdır.

Anahtar kelimeler: Sarkopeni Tarama SARC F Validasyon Kültürel Adaptasyon

DİĞER DURUMLAR
(DÜŞME VE DENGE BOZUKLUKLARI, AĞRI, UYKU BOZUKLUKLARI, UYGUNSUZ İLAÇ KULLANIMI, İLAÇ ETKİLEŞİMİ, İLAÇ YAN ETKİLERİ VB)

SS-098

TOPLUMDA YAŞAYAN YAŞLILARDA DÜŞME VARLIĞININ BESLENME, KIRILGANLIK VE POLİFARMASİ İLE İLİŞKİSİ

Tuğba Erdogan[1]

[1]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Geriatri Anabilim Dalı

Amaç: Düşmeler, yaşlı popülasyonda sıklıkla karşımıza çıkan tıbbi ve ekonomik sonuçları açısından önemli bir sağlık problemidir. Yüksek mortalite ve morbiditenin yanısıra, uzun süreli immobilizasyon ve buna bağlı komplikasyonlara neden olmaktadır. Düşmeye bağlı gelişen yaralanma ve kırıkların yanısıra kişide gelişen düşme korkusu; ambulasyonu olumsuz yönde etkileyerek fonksiyonel kayıp, bağımsızlıkta azalma, depresyon ve sosyal izolasyona neden olabilir. Riskli bireyleri tanımlamak ve önleyici tedbirleri almak için düşme ile ilişkili faktörlerin belirlenmesi gereklidir. Bu çalışmada yaşlı hastalarda düşme ile ilişkili faktörleri araştırmayı amaçladık.

Metod: Geriatri polikliniğine başvuran, yaşları 60-99 olan yaşlılar çalışma kapsamına alındı. Yaş, cinsiyet, son 1 yıl içinde düşme varlığı, kullandığı ilaç sayısı ve polifarmasi varlığı sorgulandı. Kırılganlık frail skalası ile belirlendi. Malnutrisyonu değerlendirmek için MNA-sf testi uygulandı.

Bulgular: Geriatri polikliniğine başvuran 300 hasta çalışmaya dahil edildi. hastaların %66'sı kadındı ve yaş ortalaması 75,6 ± 6.8 idi. Düşme prevalansı %39 (117) saptandı. yapılan bivariate analizlerde kırılganlık, ilaç sayısı, polifarmasi varlığı ve mna-sf skoru düşme ile ilşkili bulundu. Regresyon analiz modellerinde düşme ile bağımsız ilişkili faktör kırılganlık olarak bulundu.

Sonuç: Çalışmamızın sonuçları, düşmenin bağımsız olarak kırılganlık ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Yaşlı hastalarla ilgilenen klinisyenler özellikle kırılgan yaşlılarda düşmeleri rutin olarak sorgulamalı, düşme riskini değerlendirmeli ve altta yatan değiştirilebilir risk faktörleri varsa düzeltmelidir.

Anahtar kelimeler: düşme, kırılganlık, polifarmasi

ENDOKRİN HASTALIKLARI

SS-099

POLİKLİNİKTE AYAKTAN BAŞVURAN YAŞLILARIN BESLENME İÇERİĞİ YETERLİ Mİ?

Özlem Yılmaz[1], Gülistan Bahat[1], Pinar Küçükdağlı[1], Hümeyra Özalp[1], Cemile Çakmakçı[2], Mehmet Akif Karan[1]

[1]İstannbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Geriatri Bilim Dalı
[2]İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı

Giriş: Yaşlılık döneminde yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması; yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde ve morbiditelerden korunmada önemlidir. Bu amaçla özellikle yeterli protein, kalsiyum ve lif alımının sağlanması, günlük kalori ihtiyacının karşılanması, yeterli sıvı tüketiminin sağlanması ile sarkopeninin engellenmesi ve ideal kilonun korunması hedeflenmelidir. Çalışmamızda İstanbul Tıp Fakültesi Geriatri Polikliniği'ne başvuran hastalarda 24 saatlik besin tüketim kaydı ile beslenme durumunun analiz edilmesi amaçlanmıştır.

Gereç Yöntem: Ocak- Mart 2018 tarihleri arasında İstanbul Tıp Fakültesi Geriatri Polikliniği'ne başvuran daha önce beslenme ile ilgili eğitim almamış ve oral nutrisyon desteği kullanmayan, çalışma-

ya katılmayı kabul eden hastalar dahil edildi. Hastaların polikliniğe geldikleri gün hatırlama yöntemi ile bir gün önce 24 saat boyunca tükettikleri tüm besinler kaydedildi. Bebis versiyon 8 kullanılarak besin tüketim kayıtları incelenerek makro ve mikro besin öğeleri analiz yapıldı. SPSS ile verilerin istatistik analizleri yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya katılmayı kabul eden 103 hasta dahil edildi. 78 tanesi kadın, 24 tanesi erkekti. Hastaların yaş ortalaması 74,5±6,4 (62-88) idi. Kilo ortalaması 70,9±11,7 (40-105) olup boy ortalaması 1,57±0,09 (1,35-1,80) saptandı. Ortalama kalori alımı 1337 kcal/gün(441-3643), ortalama protein alımı 52.1 g/gün(11.4-145.8) ortalama karbonhidrat alımı 46.4g/gün(57.9-519.9) bulundu. Ortalama lif alımı 20 g/gün(5.1-46.8) saptandı. Bu söz konusu besinlerin alımı genel olarak yetersiz iken ortalama sofra tuzu alımı 7 g/gün(2.6-16.9) olup olup günlük önerilen miktara yakın saptanmıştır(Tablo 1).

Sonuç: Çalışmamızda polikliniğe başvuran hastalarımız biraz yetersiz de olsa ortalama günlük enerji ihtiyacını karşılayabildiğini, protein alımının yeterli olmadığını, yaşlı populasyonda sık görülen osteomalazi etyolojisinde önemli rol oynayan kalsiyum alımının yetersiz olduğunu saptadık. 24 saatlik besin tüketim kaydı verilerinin kognisyonu yeterli ve fonksiyonel olarak bağımsız hasta grubunda daha doğru değerlendirilebilir olduğu bir gerçektir. Ancak polikliniğe başvuran hasta profili sonuçları, toplum taramasında anlamlı bir örnek teşkil edeceğinden yeterli ve dengeli beslenme açısından yapılacak girişim ve önlemler için kaynak niteliğindedir.

Anahtar kelimeler: toplumdan başvuran yaşlı beslenme özellikleri günlük kalori alımı günlük kalsiyum alımı

Yaşlıların diyetindeki makro ve mikro besin özellikleri

	n	Minimum	Maximum	Ortalama	Std. Deviasyon
Enerji (kkal)	102	441,5	3643,5	1337,6	505,54
Protein %	102	8	40	16,2	4,3
Protein (g)	102	11,4	145,8	52,1	20,3
Yağ %	102	22	57	36,8	8,3
Yağ (g)	102	12,9	103,9	54,4	20,8
Karbonhidrat %	102	24	65	46,4	9,7
Karbonhidrat (g)	102	57,9	519,9	152,4	74,0
D vitamini (mcg)	102	0	30,2	1,9	3,6
Lif (g)	102	5,1	46,8	20,0	8,3
Alkol (g)	102	0	125,1	1,6	12,4
Kafein (mg)	102	0	130,0	38,9	33,8
Sofra tuzu (g)	102	2,6	16,9	7,0	3,0
B12 (mcg)	102	0,1	40,2	3,7	4,6
Sodyum (mg)	102	1130,2	7528,5	3124,8	1384,5
Potasyum (mg)	102	507,8	4282,6	2085,8	807,3
Kalsiyum (mg)	102	195,1	1706,6	715,6	281,2

KAS-İSKELET SİSTEMİ HASTALIKLARI

SS-100

SERVİSTA YATAN HASTALARDA SARKOPENİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Özlem Yılmaz[1]

[1]İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Geriatri Bilim Dalı

Giriş: Akut bir hastalık nedeniyle hastaneye yatırılan hastalarda gerek akut hastalığın kendisi gerekse daha önceki mevcut kronik hastalıklar, hastaneye yatıştaki akut hastalığın sebep olduğu fiziksel aktivitede azalma ve beslenme, iştah azalması sorunları nedeniyle sarkopeni gelişebileceği bilinmektedir. Bu sebeple kliniğimize yatırılan hastalarda sarkopeni ve ilişkili faktörleri ortaya koymayı çalışmamızda amaçladık.

Gereç Yöntem: Nisan 2017- Aralık 2017 tarihleri arasında prospektif olarak İstanbul Tıp Fakültesi Genel Dahiliye ve Geriatri servisine yatırılıp çalışmaya katılmayı kabul eden hastalarla çalışma yapılmıştır. Hastalar yatıştan itibaren ilk 48 saat içinde bioimpedans analiz(BİA), olağan yürüme hızı(OYH) ve el kavrama gücü ile değerlendirilmişlerdir. Yaş, boy, cinsiyet verileri de kaydedilmiştir. Servisten taburcu edildikleri gün de BİA, OYH ve el kavrama gücü ölçümler hastalara yinelenmiştir. Sonuçlar SPSS ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya Nisan 2017- Aralık 2017 tarihleri arasında İstanbul Tıp Fakültesi Genel Dahiliye ve Geriatri servisine kabul edilen toplam 143 hasta dahil edilmiştir. İstatistik analizlerde çalışmaya alınan hastaların yaş ortalaması 62.3±17.6 (20-92) idi. Yaş ortalaması erkeklerde 61.7±17.1(20-86), kadınlarda 62.9±18.2(21-92) olarak saptandı. Hastaneye yatış ve çıkış arasındaki el kavrama gücü (yatışta ortalama 21.8±11.4, çıkışta ise 23.9± 10.4 idi) arasında anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığı yapılan Non-Parametrik Wilcoxon Testi sonucunda ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.001$). Hastaneye yatış ve çıkış arasındaki BİA kas analizinde (yatışta ortalama 47±9.2, çıkışta ise 44.8±7.4 idi) ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p=0.02$). El kavrama gücü ile BİA kas analizinde yatış ve taburculukta bakılan değerlendirmelerde taburculukta anlamlı olumlu bir korelasyon olduğu istatistiksel olarak saptandı. Bu durum akut hastalığı düzelen hastaların kas kitlesinde artış olmasa da kas fonksiyonunda düzelme olabildiğine işaret etmektedir (Tablo 1).

Sonuç: Çalışmamızda servise akut bir hastalık nedeniyle yatırılan hastaların yatış öncesinde mevcut olan sarkopenilerinin yatış sonrasında da devam ettiği görülmüş olup hastaların el kavrama gücü ve olağan yürüme hızı ile öngörülen kas fonksiyonun çıkışta daha iyi olduğu saptanmıştır. Bu durum akut hastalığın düzelmesi ile kas kitlesinde değişme olmaksızın da kas fonksiyonunun iyileşebildiğini bize göstermektedir.

Anahtar kelimeler: Servista yatan hastalar Sarkopeni Olağan yürüme hızı El kavrama gücü BİA

Tablo 1

	Yatıştaki ölçüm	Çıkıştaki ölçüm	Anlamlılık (p değeri)
BİA kas	47±9,2	44,8±7,4	0.02
El kavrama gücü	21.8±11,4	23,9±, 10,4	<0,001
Olağan yürüme hızı	6,3±3,39	5,7±2,7	0,04

SS-101

YAŞLILARDA YOAKLARIN UYGUNSUZ KULLANIMI: YAŞLILAR İSKEMİK İNME RİSKİ ALTINDA

Tuğba Erdoğan[1], Onur Erdoğan[2], Gülistan Bahat Öztürk[1], Mehmet Akif Karan[1]

[1]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı
[2]İstinye Devlet Hastanesi Kardiyoloji Bölümü

Amaç: Atrial fibrilasyonu (AF) olan hastalarda inme ve tromboembolinin önlenebilmesi için antikoagülan tedavi oldukça önemlidir. Son yıllarda yeni oral antikoagülanlar (YOAK) intrakranial kanamaya daha az sebep olması nedeniyle ön plana çıkmıştır. Yaşlılarda YOAK'lar çok sık kullanılmaktadır. YOAK'larda böbrek yetersizliği, yaş veya kiloya göre doz ayarlaması gerekmektedir. Her ilacın olduğu gibi YOAK'ların yüksek dozda kullanımında yan etki, yetersiz dozda kullanımında ise tromboz riski artmaktadır. Klinisyenler, güncel kılavuzlara ek olarak hastanın klinik düşkünlük-kırılganlık ve düşme riskini göz önüne alarak tedavi dozlarında modifikasyon yapabilir. Türkiyede yapılan bir çalışmada AF ve/veya venöz tromboemboli nedeniyle YOAK kullanmakta olan hastaların yaklaşık yarısına yakınında yetersiz dozda YOAK kullanıldığı dökümente edilmiştir. Amacımız AF nedeniyle YOAK reçetelenmiş yaşlılarda yetersiz YOAK kullanımının önemli bir problem olup olmadığının saptaması, bu durumun yaşlıların mevcut hastalıkları, demografik verileri, CHADSVASC ve HASBLED skoru, kırılganlık, düşme/düşme korkusu ile ilişkili olup olmadığının saptanmasıdır.

METOD: Geriatri polikliniğine ve/veya Kardiyoloji polikliniğine Mart 2017-Mart 2018 tarihleri arasında başvuran, yaşları 60-99 olan Atrial Fibrilasyonu olan ve halihazırda YOAK kullanan hastalar çalışmaya dahil edildi. Demografik, klinik verileri not edildi. Her hastaya düşme, düşme korkusu varlığı soruldu. FRAİL skalası ile kırılganlık değerlendirmesi yapıldı.

Bulgular: 250 hastanın %64.8'i kadındı ve yaş ortalaması 75,5 ± 7.1 idi. Hipertansiyon en sık görülen komorbidite (%72) olarak bulundu. YOAK'ların kullanılma yüzdeleri Dabigatran (%22.4), Rivaroksaban (%56.8), Apiksaban (%20.8) idi. Hastaların %36.1'i kılavuz önerilerine göre olması gerekenden düşük dozda YOAK kullanıyordu. Düşük doz YOAK kullanımı ile bivariate analizlerde yaş, cinsiyet, HT, KKY, DM, SVO, Vasküler hastalık, CHADS VASC skoru, HASBLED skoru, düşme/ düşme korkusu ve kırılganlık ilişkisine bakıldı. Bakılan parametrelerden SVO ve kilo ile ilişkili bulundu. SVO geçiren hastalarda YOAK uygun kullanımı anlamlı olarak daha yüksekti. Toplamda 244 hasta içinde >= 70 yaş olan hasta sayısı 197 iken, <70 yaş olan hasta sayısı 47 idi. >=70 yaş olgularda uygunsuz ilaç kullanımı %39.08 iken, <70 yaş olgularda uygunsuz ilaç kullanımı anlamlı olarak daha az idi. Yapılan Regresyon analizlerinde yaş anlamlılık sınırında idi (0.56).

Sonuç: Çalışmamız klinik uygulamada kılavuz önerilerinin aksine sadece yaş faktörü göz önüne alınarak doz azaltımı yapıldığını göstermektedir. Yaşlı hastalarda iskemik SVO riski daha yüksek olduğu halde kanama korkusu ile uygunsuz düşük doz ilaç kullanımının yaygın olduğu ve bu durumun düşme/düşme korkusu ve kırılganlık ile ilişkili olmadığı gözlendi. Yaşlı hastalar kanama korkusu nedeniyle iskemik inme riski ile karşı karşıya bırakılmamalıdır. AF tedavisi ile ilgilenen hekimler bu durumu göz önünde bulundurmalıdır.

Anahtar kelimeler: Atrial fibrilasyon, yeni oral antikoagülan, inme, uygunsuz ilaç kullanımı

SS-102

POLİFARMASİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Pınar Küçükdağlı[1]

[1]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları/geriatri Bilimdalı

Giriş-amaç: Polifarmasi 'çoklu ilaç kullanımı' anlamına gelmektedir. Polifarmasi tanımıyla ilgili bir görüş birliği olmamakla beraber dört ya da daha fazla ilaç kullanımı olarak tanımlanabilmektedir. İlaç tedavisini optimize etmek yaşlı hastaya yaklaşımda en önemli basamaklardan biridir. Yaşlanma ile komorbiditelerin artışı, multipl reçete, reçete kaskadı, ilaç yan etkileri ve etkileşimleri konusunda hekimlerin bilgi yetersizliği, kognitif problemler, fonksiyonellikte azalma, huzurevinde yaşama gibi faktörler polifarmasi etyolojisinde yer almaktadır. Çalışmamızda geriatri polikliniğine başvuran hastalarda polifarmasi ile ilişkili faktörleri incelemeyi amaçladık.

Gereç-yöntem: 2013-2016 yılları arasında Geriatri polikliniğine başvuran 300 hasta randomize olarak çalışmaya dahil edildi. Hastalar; ilaç sayısı, son bir yıldaki düşme sayısı, günlük yaşam aktiviteleri (GYA) ve enstrumental günlük yaşam aktiviteleri (EGYA), üriner inkontinans ve konstipasyon varlığı, Mini Nutrisyonel Değerlendirme ile sorgulanan malnutrisyon varlığı, kırılganlık açısından sorgulandı. Kırılganlık FRAIL skalasında 3 ve üzeri puan olarak; polifarmasi ise 4 veya daha fazla ilaç kullanımı olarak tanımlandı.

Bulgular: Çalışma grubuna dahil edilen hastalarda %66'sı kadın, %34'ü erkek; yaş ortalaması 75,6±6.8 idi. Polifarmasi sıklığı 82.7% saptandı. Polifarmasi; kırılganlık varlığı, üriner inkontinans, düşme varlığı ve malnutrisyon ile ilişkili bulundu. Regresyon analizlerinde ise üriner inkontinans (p=0.022) ve malnutrisyon (p=0.028) ile bağımsız ilişkili saptandı.

Sonuç: Polifarmasi geriatri pratiğinde sık karşılaşılan, birçok komorbidite ve mortalitede artışa yol açan önemli bir faktördür. Çalışmamızda polifarmasi; malnutrisyon ve üriner inkontinans ile bağımsız ilişkili saptanmıştır. Bu faktörler yaşlı hastanın yaşam kalitesinin belirgin azalmasına, hastane yatış sıklığı ve süresinde uzamaya, bağımlılığa yol açabilmektedir. Polifarmasinin sebep ve sonuçları dikkatli incelenmeli, kapsamlı değerlendirme ile ilaç sayısının mümkün olduğunca azaltımı hedeflenmelidir.

Anahtar kelimeler: polifarmasi, malnutrisyon, üriner inkontinans

(AKUT, POST-AKUT, REHABİLİTASYON, PALYATİF, UZUN DÖNEM VE EVDEBAKIM)

SS-103

GERİATRİK HASTALARDA SUBKUTAN İNFÜZYONLA YAPILAN HİDRASYONUN ETKİNLİĞİNİN İNCELENMESİ

Gaye Öz Esmeray[1], Levent Şenduran[2], Alper Döventaş[3]

[1]A-dora, Bakım Ünitesi,
[2]Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü;
[3]İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı.

Giriş ve Amaç: Dehidratasyon bireylerde morbidite ve mortalite oranları yüksek olan sorunlardan biridir. Geriatrik hastalarda damar yolu bulma güçlükleri, bulunan damarların kırılganlığı, hastanın damar yolunu kendisinin çekmesi, meydana gelen infiltrasyon ve flebitler nedeni ile hem hasta hem de hemşireler için intravenöz infüzyonla tedaviyi güçleştirmektedir. Diğer yandan intravenöz tedavi, hem kalifiye eleman ve ekip gerekliliği; hem de maliyeti açısından ciddi yük ve zorluklar ortaya çıkarmaktadır. Geriatrik hastalarda dehidratasyon sorununun yaygınlığı, daha uygun, yöntem arayışlarını da beraberinde getirmiştir. Bu yöntemlerden biri Hypodermoclysisdir (HDC). Subkutan yolla sıvı verme, yani subkutan infüzyon anlamına gelen HDC uygulaması giderek yaşlanan nüfusun en önemli problemlerinden biri olan dehidratasyonun yönetiminde etkili olabilecek bir uygulamadır. Araştırma hafif ve orta dehidratasyonu olan geriatrik hastalarda subkutan infüzyon uygulamasının etkinliğini incelenmek amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metot: Deneysel ve randomize kontrollü olarak yürütülen araştırma İstanbul'da özel bir geriatrik bakım ünitesinde yapıldı. Örneklem kriterlerine uyan 30 geriatrik hasta ile çalışıldı. Deney ve kontrol uygulamaları aynı hasta üzerinde gerçekleştirildi. Gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden ve vasisinden onam alınan hastalar ile çalışıldı. Araştırmaya başlamadan önce Etik Kurul onayı alındı Kontrol uygulamalarında hastalar önce üç ardışık IV infüzyon ile hidrate edildi. Deney uygulamalarda ise üç ardışık SC infüzyon uygulaması yapıldı. Tüm uygulamalar araştırmacı tarafından yapıldı. Uygulamanın yan etkilerinin değerlendirilmesi kurumun bağlı olduğu Aile Hekimliğinde çalışan bir hemşire tarafından yapıldı. Verilerde, tanımlayıcı istatistiksel metotların yanı sıra, Shapiro Wilks testi, Wilcoxon İşaretli Sıralar testi, Friedman testi, ve McNemar testi kullandı.

Bulgular: IV yolla infüzyon uygulamalarında uygulama alanında kızarıklık, kanama ve ajitasyon görülme oranı SC infüzyon uygulamasına göre anlamlı düzeyde daha fazla olduğu ($p<0,01$) saptandı. SC infüzyon uygulamalarında birinci uygulamada çok düşük oranda ödem geliştiği; ikinci ve üçüncü uygulamada ise hiç oluşmadığı görüldü. Hastaların idrar ph ve dansite, kan basıncı, solunum, nabız ve kilo değişimlerinin her iki yöntemde de benzer olduğu; infüzyon yöntemine göre kullanılan intraket sayıları, kataterlerin kalış süreleri ve kataterlerin takılış süreleri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlendi ($p=0,001$).

Sonuç: Yan etki oranları, sarf malzeme miktarı, maliyet, kateter takılış ve kateterin kalış süresi açısından değerlendirildiğinde HDC in IV infüzyona göre daha kastanın kabulü, enfeksiyon riski uygulama süresi ve kullanılan malzeme yönünden daha avantajlı olduğu; bu nedenle parenteral olarak desteklenmesi gereken hafif ve orta dehidratasyonlu geriatrik hastalarda, subkutan infüzyon uygulamasının (HDC) kullanılabilir bir yöntem olduğu sonucuna varıldı.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik, Hipodermokliz, Subkutan Hidrasyon, Subkutan İnfüzyon

11. AKADEMİK GERİATRİ KONGRESİ

2018

POSTER BİLDİRİLER

AKUT BATIN

PS-01

AKUT KARIN TABLOSU İLE PREZENTE OLAN DİAFRAGMATİK KOLON HERNİASYONU

Süheyla Çöteli[1], Olgun Deniz[1], Hacer Doğan Varan[1], Rana Tuna Doğrul[1], Muhammet Cemal Kızılarslanoğlu[1], Berna Göker[1]

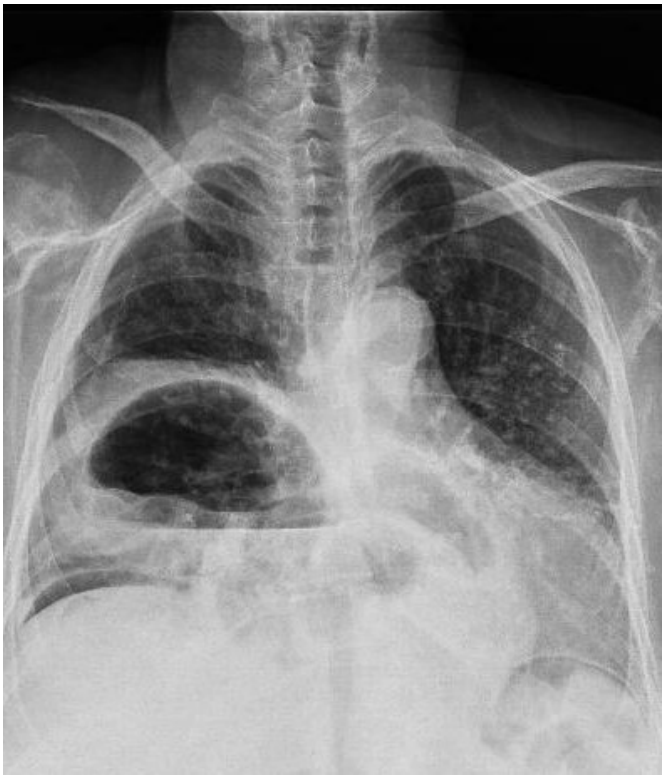
[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Geriatri Bilim Dalı

Giriş: Akut karın tablosu intraabdominal organ kaynaklı ani başlayan ve acil müdahale gerektiren klinik bir durumdur. Etiyolojisinde en sık karşılaşılan tablolar arasında akut apandisit, kolesistit, ince barsak obstrüksiyonları, pankreatit ve nefrolitiyazis gibi nedenler yer almaktadır. Kolon herniasyonuna bağlı gelişen akut karın tabloları daha çok inguinal ve insizyonel defektler neticesinde gelişmektedir. Yaşlı hastalarda görülen diafragmatik herniasyonlar arasında en sık görüleni hiatal hernilerdir ve sıklıkla özefagus ve midenin herniasyonu ile oluşur. Kolonun diafragmatik herniasyonu ise çok nadir görülen bir durumdur. Bu vakada akut karın tablosu ile başvuran yaşlı bir kadın hastada kolon obstrüksiyonu ve perforasyonu ile sonuçlanan diafragmatik herniasyon olgusu sunulmuştur.

Olgu: Yetmiş üç yaşında kadın hasta geriatri polikliniğe sağ üst kadran ağrısı, bulantı ve kusma yakınması ile başvurdu. Son zamanlarda artış gösteren iştahsızlığı ve kilo kaybı mevcuttu. Pemfigus vulgaris tanısı dışında bilinen kronik sistemik hastalık öyküsü olmayan hastanın fizik muayenesinde rebound ve defansı mevcuttu. Çekilen direkt karın ve akciğer grafilerinde (Resim-1) sağ hemitoraksta hava sıvı seviyelenmesi gösteren barsak ansları ve enflamatuar parametrelerde artış izlenmesi üzerine (CRP: 378 mg/lt, sedim: 61 mm/st, lökosit: 14,540/mcl, nötrofil: 13,400/mcl) üzerine akut batın ön tanısı ile acil servise yönlendirildi. Üst abdominal tomografisi "*Diafragmatik hiatus düzeyindeki geniş defektten midenin önemli ölçüde ve diafragma sağ anterior kesimindeki defektten transvers kolon segmentlerinin torakal kaviteye herniye olduğu dikkati çekmiştir. Bu düzeyde kolon lümeni belirgin distansiyon göstermekte olup en geniş çapı 13 cm'ye ulaşmakta, içerisinde hava sıvı seviyelenmesi izlenmektedir. Herni kesesi içerisinde torakal kavitede serbest sıvı saptanmış olup perforasyon dışlanamaz."*olarak raporlandı (Resim-2). Genel cerrahi ve göğüs cerrahisi tarafından operasyona alındı. Operasyon sırasında sağ diafram anteriorda yaklaşık 7–8 cm'lik defektten omentum ve kolonun herniye olduğu ve bu alanda kolonun perfore olduğu gözlendi. Perfore kolon ansı rezeke edilerek anastamoz yapıldı. Nekroze izlenen omental alan eksize edilerek torakal alanda mevcut olan apse boşaltıldı. Takibinde kliniği düzelen ve laboratuar bulguları gerileyen hasta taburcu edildi.

Tartışma: Akut karın ile gelen yaşlı hastalarda, nadir görülen ve ciddi sonuçlar doğurabilecek bir tablo olan kolonun diafragmatik herniasyonu ayırıcı tanılarımız arasında bulundurulmalıdır.

Anahtar kelimeler: Akut karın, kolon diafragmatik herniasyonu



KAS-İSKELET SİSTEMİ HASTALIKLARI

PS-02

SARKOPENİK, OBEZ VE SARKOPENİK OBEZ YAŞLILARDA YAŞAM KALİTESİ VE DÜŞME RİSKİ

Zeynel Abidin Öztürk[1], İbrahim Halil Türkbeyler[2], Azer Abiyev[3], Seval Kul[4], Bahadır Edizer[3], Funda Datlı Yakaryılmaz[1], Gülçimen Soylu[1]

[1]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Geriatri Bilim Dalı
[2]Gaziantep Dr. Ersin Arslan Eğitim Ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları-Geriatri
[3]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[4]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı

Amaç: Sarkopeni, obezite ve sarkopenik obezite, yaşlanma sürecinin önemli sağlık sorunlarına neden olabilen durumlarıdır (1). Bu çalışma ile yaşlanma sürecinde görülebilen vücut yapısındaki değişiklikler ile yaşam kalitesi ve düşme riski arasındaki ilişkiyi araştırmak amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya 65 yaş ve üzeri toplam 423 kişi (ortalama yaş = 71 + 6, %56 kadın) dahil edildi. Yaşlılarda Sarkopeni Avrupa Çalışma Grubu kriterlerine göre sarkopeni tanısı konuldu. Vücut yapısı parametreleri biyoelektrik impedans analizörü ile ölçüldü. Obesite, vücut kütle indeksi (VKİ) ≥ 30,0 kg/m2 olarak tanımlandı. Yaşam kalitesini belirlemek için tüm hastalara kısa form yaşam kalitesi anketi (SF-36) uygulandı. Hastalarda düşme riskini tesbit etmek için Tinetti Denge-Yürüme Testi ve Zamanlı Kalk-Yürü Testi kullanıldı. Tüm hastalar için kapsamlı geriatrik değerlendirme yapıldı (Tablo1).

Bulgular: Sarkopenik, obez ve sarkopenik obez hastaların prevalansı sırasıyla %14, %35 ve %11 olarak saptandı. En düşük yürüme hızı ve el kavrama gücü değerleri sarkopenik obez yaşlılarda görüldü (sırasıyla 0,6 ± 0,3 m/s ve 19,7 ± 9,8 kg). Sarkopenik obez ve obez hastalar, düşme riski açısından en riskli grup idi (Tablo 1). Obez ve sarkopenik obez hastalarda SF-36 sağlık ilişkili yaşam kalitesi indeksi sonuçları diğer hastalara göre daha kötü idi (Tablo 2). VKİ, düzenli kulanılan ilaç sayısı, toplam vucut yağ oranı ve Geriatrik Depresyon Skalası sonuçları ile SF-36 yaşam kalitesi skorları arasında negatif korelasyon tespit edildi.

Sonuç: Sarkopeni ve obezite yaşlılarda sık görülen, multifaktöryel, global bir sağlık sorunudur. Çalışmamız sonuçlarında sarkopeni, obezite ve sarkopenik obezite, yaşlı hastalarda yüksek düşme riski ve azalmış sağlık yaşam kalitesi gibi birçok olumsuz sağlık sonuçları ile ilişkili bulunmuştur. Sarkopeni, obezite ve/veya sarkopenik obezite ile birlikte yaşlı hastalarda artmış düşme riski, azalmış yaşam kalitesi ile sonuçlanarak düşmelere, hastaneye yatışla sonuçlanan, uzun dönem bakım gerektiren, tedavi maliyetlerinin arttığı bir sürece neden olabilmektedir. Geriatrik populasyonda sağlıklı, dengeli beslenme ve uygun fiziksel egzersizler ile sarkopeni ve obeziteden korunmak için toplumsal tarama ve tedavi planlamaları yapılmalıdır.

Kaynaklar

1. Beaudart, C., Zaaria, M., Pasleau, F., et al. (2017). Health Outcomes of Sarcopenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS One, 17; 12 (1): e0169548.

Anahtar kelimeler: Sarkopeni, Sarkopenik Obezite, Yaşam Kalitesi, Düşme Riski

Tablo 1. Hastaların demografif-antropometrik ve kapsamlı geriatrik değerlendirme sonuçları

	Toplam: 423	*Sarkopenik ve Obez Olmayan (n: 169)*	*Sarkopenik (n: 61)*	*Sarkopenik Obez Olmayan (n: 148)*	*Sarkopenik Obez (n: 45)*	*P*
Yaş		72,7±5,94	73,3±7,21	70,1±4,51	72,2±7,48	0,001
Cinsiyet (Erkek)		92 (54,4 %)	40 (65,6 %)	36 (24,3 %)	15 (33,3 %)	0,001
	Okur-yazar değil/İlköğretim	130 (76,9 %)	44 (72,1 %)	131 (88,5 %)	40 (88,9 %)	
Eğitim Düzeyi	Ortaöğretim	12 (7,1 %)	5 (8,2 %)	4 (2,7 %)	4 (8,9 %)	0,047
	Lise ve Üzeri	27 (16 %)	12 (19,7 %)	13 (8,8 %)	1 (2,2 %)	
Medeni Durum	Evli	127 (75,1 %)	49 (80,3 %)	105 (70,9 %)	26 (57,8 %)	0,056
	Diğer	42 (24,9 %)	12 (19,7 %)	43 (29,1 %)	19 (42,2 %)	
Vucut Kitle İndeksi		25,7±2,69	25,4±2,99	35,0±4,26	33,5±3,46	0,001
Baldır Çevresi (cm)		35,4±7,37	34,2±5,18	41,1±6,86	39,1±5,16	<0,001
Bel Çevresi (cm)		98,8±11,45	96,5±11,05	113,5±10,7	112,04±8,34	<0,001
Kalça Çevresi (cm)		105,9±8,72	102,9±8,72	121,3±9,60	118,7±10,03	<0,001
Orta Kol Çevresi (cm)		29,09±3,43	27,5±3,29	33,4±3,64	32,24±3,09	<0,001
Yürüme Hızı (m/s)		0,91±0,44	0,70±0,29	0,78±0,36	0,68±0,35	<0,001
El Sıkma Gücü (kg)		27,1±10,82	22,4±9,20	25,3±12,38	19,7±9,81	<0,001
Barthel GYA (/100 puan)		77,5±32,11	75,1±31,63	67,4±31,77	56,8±27,42	<0,001
Lawton EGYA (/8 puan)		5,81±1,64	5,32±1,89	5,64±1,47	5,34±1,62	0,129
MMSE (/30 puan)		20,9±6,28	24,8±4,77	24,7±4,65	23,7±4,75	0,685
GDS-SF (/15 puan)		4,21±4,24	5,01±4,40	5,03±4,53	5,86±3,34	0,120
MNA-SF (/14 puan)		11,4±2,64	11,3±2,10	12,2±1,95	12,1±2,04	0,080
Düzenli Kullanılan İlaç Sayısı		3,7±2,81	3,4±3,32	4,1±2,61	4,4±2,98	0,177
Tinetti Denge Testi		22,4±5,92	22,9±4,73	22,0±4,69	22,4±4,69	0,561
Kalk ve Yürü Testi		10,6±5,72	12,7±5,57	11,6±5,45	14,9±7,16	<0,001

Tablo 1. Hastaların yaşam kalitesi parametrelerine göre karşılaştırılması

	Toplam (n: 423)	*Sarkopenik ve Obez Değil (n: 169)*	*Sarkopenik (n: 61)*	*Sarkopenik Obez Değil (n: 148)*	*Sarkopenik Obez (n: 45)*	*P*
Fiziksel Fonksiyon	57,0 + 31,41	64,6 + 29,06	63,4+29,92	45,4 +30,70	58,9 + 33,58	<0,001
Fiziksel Rol Güçlüğü	27,2+23,29	29,4+23,41	29,6+22,13	23,12+23,74	29,68 +21,49	0,070
Ağrı	57,3+27,64	61,9+25,64	61,9+27,76	50,2+28,37	57,9+28,02	0,001
Genel Sağlık Durumu	49,6+19,6	52,1+18,83	50,8+21,4	47,5+20,2	45,2+16,9	0,087
Canlılık	50,2+20,17	54,4+19,12	50,1+21,16	47,2+19,95	44,3+20,88	0,004
Sosyal İşlevsellik	66,5+27,97	70,0+25,0	75,2+28,75	59,9+27,87	63,7+32,9	0,001
Emosyonel Rol Güçlüğü	34,4+21,9	36,7+21,3	34,8+21,7	31,1+23,0	36,1+20,0	0,149
Ruhsal Sağlık	58,9+17,59	62,4+16,21	60,5+16,67	54,6+19,14	58,5+15,38	0,001

DİĞER DURUMLAR
(DÜŞME VE DENGE BOZUKLUKLARI, AĞRI, UYKU BOZUKLUKLARI, UYGUNSUZ İLAÇ KULLANIMI, İLAÇ ETKİLEŞİMİ, İLAÇ YAN ETKİLERİ VB)

PS-03

DENGE DÜZEYLERİ BENZER OLAN GERİATRİK BİREYLERDE BİLİŞSEL DÜZEYİN DÜŞME ENDİŞE SEVİYESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Elif Sena Ülger[1], Dudu Kübra Yıldırım[2], Saliha Gürdal[2]

[1]Beykent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Fizyoterapi Ve Rehabilitasyon Bölümü
[2]İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizyoterapi Ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Düşme, geriatrik bireylerde en çok görülen morbidite ve mortalite sebepleri arasında yer almaktadır. Bu bireylerde karşılaşılan düşmeler sonucu genellikle düşme korkusu oluşmaktadır. Düşme endişesi olarak tanımlanan düşme korkusu, aktiviteden kaçınma veya aktivite azalmasına neden olmaktadır. Yüzde 35–55'inde düşme korkusu görülen geriatrik bireylerde çeşitli kişisel (yaşla ilişkili değişiklikler, alt ekstremite güçsüzlüğü, yürüme ve denge problemleri, akut veya kronik hastalıklar, medikasyon, görme problemleri vb.) ve çevresel (ayakkabı seçimi, zayıf aydınlatma, banyoda güvenli olmayan eşyaların kullanımı vb.) faktörler düşme riskini artırmaktadır. Yürüyüş ve denge bozuklukları ise bu faktörlerin başında gelmektedir. Son araştırmalar geriatrik bireylerde yürüyüş ve denge düzenlenmesinde bilişsel fonksiyonların da anahtar rol oynadığını göstermektedir. Çalışmamızın amacı denge düzeyleri benzer olan geriatrik bireylerde, bilişsel düzeyin düşme endişe seviyesi üzerine etkisinin olup olmadığını araştırmaktır.

Gereç-Yöntem: Çalışmamıza İstanbul ilinde yaşayan, sözlü iletişim kurabilen, yürümeye engel olacak ortopedik ve nörolojik bir problemi olmayan, bağımsız mobilize olabilen, 55–80 yaş arası geriatrik bireyler dahil edildi. Katılımcılar kendi içerisinde 65 yaş altı ve 65 yaş üstü olarak ikiye ayrıldı. Veriler katılımcılar ile birebir görüşülerek toplandı. Demografik bilgiler önceden oluşturulmuş bir forma kaydedildi. Denge yeteneğinin değerlendirilmesi için Tinetti Denge ve Yürüme Değerlendirilmesi (TDYD), düşme endişesinin değerlendirilmesi için Uluslararası Düşme Etkinlik Skalası (UDES) ve bilişsel düzeyin değerlendirilmesi için Standardize Mini Mental Test (SMMT) kullanıldı. İstatistiksel analiz için SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 20,0 versiyonu kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğunun tespiti için Shapiro-Wilk Analizi, değerlendirme parametrelerinin birbirleriyle olan ilişkilerinin değerlendirmesinde ise Spearman Korelasyon Analizi kullanıldı.

Bulgular: Araştırmaya toplam 71 (36 kadın, 35 erkek) birey dahil edildi. Kadınların yaş ortalaması 62,47±6,61 yıl ve erkeklerin yaş ortalaması 60,71±5,05 yıl idi. Katılımcıların TDYD değerleri 26–28 arası tespit edildi (ort 27,82±0,516). 65 yaş altı bireylerde bilişsel düzey ve düşme endişesi arasında anlamlı bir ilişki (r=-0,320, p=0,014) bulunurken, 65 yaş üstü bireylerde bilişsel düzey ve düşme endişesi arasında anlamlı bir ilişki (r=0,088, p=0,774) bulunmadı (Tablo 1).

Sonuç: Bilişsel düzey ile düşme endişesi arasında yalnızca 65 yaş altı bireylerde anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu ilişkiye göre bilişsel düzey azaldıkça düşme endişesi artmaktadır. 65 yaş üstü bireylerde bilişsel düzey ve düşme endişesi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Bunun sebebi olarak bu bireylerde daha fazla görülen komorbiditeler ya da katılımcı sayısının az olması gösterilebilir. Çalışmamıza daha fazla katılımcı dahil edilerek ve kovaryanslar hesaplanarak devam edilecektir.

Anahtar kelimeler: Denge, Bilişsel Düzey, Düşme Endişesi

Tablo 1. Parametrelerin korelasyon dağılımları

YAŞ GRUBU		*UDES*	*UDES*
<65 yaş	SMMT	r=-0,320	p= 0,014*
>65 yaş	SMMT	r= 0,088	p= 0,774

HEMATOLOJİK VE ONKOLOJİK HASTALIKLAR

PS-04

GERİATRİ PRATİĞİNDE NADİR GÖRÜLEN KAPOSİ SARKOMU OLGUSU

Rabia Bağ Soytaş[1], Ayşe Gül Satman Durmaz[1], Serdar Özkök[1], Alper Döventaş[1]

[1]İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı

Giriş: Kaposi sarkomu klinik ve epidemiyolojik özelliklerine göre; epidemik veya AIDS ile ilişkili, immün sistemi baskılananlarda görülen, klasik ve endemik (Afrika tipi) olmak üzere 4 temel tip altında incelenmektedir. Klasik tip, prognozu en iyi olandır ve 40–70 yaş, sıklıkla Akdeniz ve Yahudi kökenli erkeklerde görülmektedir. Biz de 91 yaşındaki kadın hastamızda gelişen, klasik tip Kaposi sarkomu'nun, atipik prezentasyonunu vurgulamak istedik.

Olgu: 91 yaş kadın hasta; 6 ay önce her iki alt ekstremitede küçük, eritemli, ağrılı yaralar şeklinde başlayıp büyüyen lezyonlar ve yeni gelişen ateş şikayeti ile başvurdu. Özgeçmiş ve soy geçmişinde özellik yoktu.

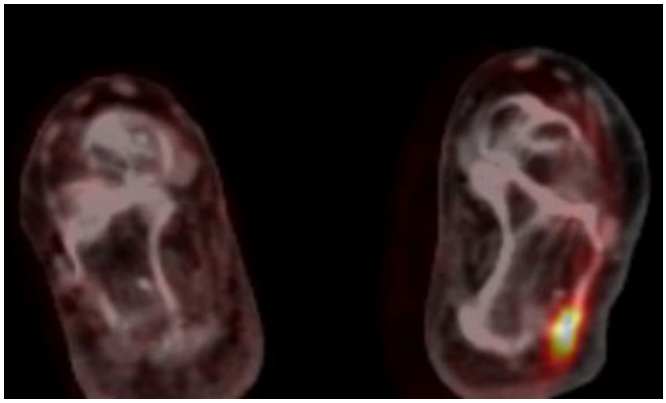
Muayenede ateş 38°C, tansiyon ve nabız normaldi. Sağ ayak medialinde 2, sol ayak lateralinde 1 adet net sınırlı, çevresi hafif eritemli, zemini sarı, kuru fibrin örtüsü ile kaplı, 2–3 cm'lik, yüzeyel, ülsere, ağrılı lezyonlar mevcuttu (Resim 1). Laboratuar tetkiklerinde nötrofilik lökositozu, akut faz yüksekliği tespit edildi (Tablo1). Derin doku yara kültüründe *Providencia rettgeri*üremesi ile piperasilin-tazobaktam ve teikoplanin başlandı. Alt ekstremite doppler USG'de arteryel akımlar yaşa bağlı azalmıştı. Anti-HIV antikor testi negatifti. Batın USG ve akciğer grafisinde özellik saptanmadı. Periferik yaymada %10 çomak, %55 parçalı, %5 monosit, %25 lenfosit, %5 eozinofil, trombositler yeterli ve eritrositler normokrom normositer olarak kaydedildi. Romatolojik belirteçleri negatifti. Vaskülit ön tanısıyla yapılan cilt biyopsisinde bazı damar lümen ve duvarlarında fibrinoid madde, belirgin damar proliferasyonu, nötrofil, polimorf ve nüve kırıntılarıyla karaterize; morfolojik olarak öncelikle vasküler patolojiye (trombüs?) sekonder gelişmiş vaskülopati tablosu düşünüldü. Ancak fokal bir alanda izlenen düzensiz damar yapılanması nedeniyle Kaposi sarkomu açısından immunhistokimyasal olarak uygulanan HHV-8 ile endotelde pozitiflik saptanması üzerine, "Lenfangiom benzeri Kaposi sarkomu" tanısı kondu.

Sistemik tutulum açısından hastaya çekilen PET-CT de; sağ ayak medial plantar yüzeyi ve sol ayak lateral ve posterior topukta bilinen malign lezyonlara ait fokal FDG birikimleri görüldü (SUV-max: 9,6) (Resim 2)

"Lokal ileri klasik tip Kaposi sarkomu" kabul edilen hastaya radyoterapi (RT) planlandı.

Sonuç: Klasik Kaposi sarkomu nadir karşılaşılan bir durumdur ve çoğunlukla ileri yaş erkeklerde, alt ekstremite distallerine yerleşen, ağrısız, kırmızı-mor makül ve yamalar şeklinde başlayıp; ilerleyen evrelerde nodüller, vejetatif kitleler şeklinde görülür. Hastamız ise, ileri yaşta kadın, lezyonların görünümü atipik ve ağrılı; diğer sık görülen kaposi etyolojilerinin (Diyabet, malignite, HIV, immünsupresyona sebep olan hastalık vb.) bulunmayışı ile farklılık gösteren, oldukça nadir bir olguydu. Bu durum, lokal ileri evre olsa dahi RT'ye iyi yanıt vermesiyle bilinen, tüm kaposilerin < %5'ini teşkil eden "Lenfangiom tipi klasik Kaposi sarkomu"nun, dirençli yaralarda akla getirilmesi gereğini ortaya koymaktadır.

Anahtar kelimeler: geriatri, atipik, klasik tip, kaposi sarkom



Tablo 1. Laboratuvar Tetkikleri

WBC	12,500 mm^3
NEU	7900 mm^3
HB/HCT	8,3/27,2 g/dl
PLT	439,000 mm^3
CRP	97 mg/L
ÜRE/KREATİNİN	32/1,01 mg/dl
GLUKOZ	84 mg/dl
SODYUM/POTASYUM/KALSİYUM	139/4,8/8,5 mmol/L
ALBUMİN	3,1 g/dl
AST/ALT	20/15 IU/L
FERRİTİN	74 ng/ml
SEDİM	51 mm
HbA1C	%5,8
IG G/M/A	1081/49/426 mg/dl
HBS AG	NEGATİF
ANTİ HBS	POZİTİF
ANTİ HCV	NEGATİF
ANTİ HIV	NEGATİF
C-ANCA/P-ANCA/MPO-ANCA/PR3-ANCA	NEGATİF
RF	NEGATİF

HASTALIKLARIN ATİPİK PREZANTASYONLARI

PS-05

KABIZLIK GÖZ ARDI EDİLMEMESİ GEREKEN BİR GERİATRİK SENDROMDUR

Ragibe Gülşah Dilaver[1], Mustafa Kemal Kılıç[2], Fatih Karaahmet[3], Murat Kekilli[3]

[1]T. C. Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim Ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği
[2]T. C. Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Geriatri Polikliniği
[3]T. C. Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği

Giriş: Alzheimer Hastalığı yaşlılarda sıklıkla bakım ihtiyacı doğuran ve komplikasyonlarla seyreden bir demans türüdür. Bu hastalar çeşitli nedenlerle kabızlığa yatkındır ve şikayetlerini dile getirme gücünden yoksundur. Demanslı bir olguda görülen nadir bir kabızlık komplikasyonunu sunuyoruz.

Olgu sunumu: 87 yaşında bir kadın hasta 2 aydır süregelen gıda alımında azalma, halsizlik, karında gerginlik ve kabızlık nedeniyle yakınları tarafından getirildi. Hastanın 2 yıldır demans tanısıyla davranışsal semptomlara yönelik ketiapin 1x25 mg ve risperidon 1x1 mg almakta olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde vücut sıcaklığının 36,7°C, kan basıncının 110/70 mmHg ve nabzının 80 atım/dk olduğu tespit edildi. Hasta koopere ve oryante değildi. Batında sol alt kadranda distansiyon haricinde patolojik bulgu yoktu. Perianal inspeksiyonla vajinadan gaita çıkışı tespit edildi. Rektal muayenede rektum ön duvarı yırtığına bağlı rektovajinal fistül varlığı gösterildi. Laboratuar tetkikleri ılımlı lökositoz (12800/mm^3) dışında normal sınırlardaydı. Yatarak direkt batın grafisi doğaldı. Parenteral hidrasyon tedavisi verilen hastanın genel durumunun iyileşmesini müteakiben hasta kolostomi açılarak taburcu edildi.

Tartışma: Yaşlılarda anorektal fizyolojideki değişikliklere bağlı intestinal perforasyon riski gençlere kıyasla yüksektir. Demansa bağlı olarak defekasyon ihtiyacı göz ardı edilebilir. Ayrıca immobilite ve polifarmasi kronik kabızlık riskini artırabilir. Demansa bağlı davranışsal semptomlar nedeniyle sedatif, hipnotik ve anti-psikotik ilaçlara sıklıkla ihtiyaç duyulmaktadır ve bu ilaçların yan etkisi olarak kronik kabızlık gelişebilmektedir. Olguda iki farklı anti-psikotik verildiği görülmektedir. FDA (Food and Drug Administration) demansta davranışsal semptomlara yönelik anti-psikotik kullanımından kaçınılması gerektiğini bildirmektedir. Bu nedenle semptomları kontrol altına alan en düşük doz hedeflenmelidir. Anoreksi, disfaji ve kolinesteraz inhibitörlerine bağlı malnutrisyon nedeniyle de kabızlık gelişebilir. Kabızlık göz ardı edilmesi halinde sterkoral ülserlere, perforasyona ve nadir bir komplikasyon olarak rektovajinal fistüle sebep olabilmektedir. Ayrıca öyküde perforasyon riskini artırması nedeniyle lavman uygulaması sorgulanmalıdır. Hikayenin yaşlı suistimali ve ihmali açısından derinleştirilmesi gerekebilir.

Sonuç: Kabızlığa bağlı komplikasyonların önlenmesi için hastanın bakımını üstlenen kişilerin erken dönemde sağlık kurumuna başvurması sağlanmalıdır ve bu kişiler erken belirtiler açısından bilgilendirilmelidir. Özellikle yatağa bağlı hastalarda kabızlığın önlenmesi ve tedavisi açısından hekimlerin de uyanık olması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: kabızlık, demans, fistül

Notlar: *Sayın kongre bilim kurulu üyeleri, Alzheimer Hastalığı'nda nadir bir komplikasyon olan rektovajinal fistüllü bir vakayı sunuyoruz. Yaşlı bakımıyla ilgilenen hekimler ve yardımcı sağlık personeli açısından dikkate değer bir olgu olduğu kanaatindeyiz. Yazarlar adına, Doç. Dr. Mustafa Kemal Kılıç*

BAKIM HİZMETLERİ UYGULAMALARI
(AKUT, POST-AKUT, REHABİLİTASYON, PALYATİF, UZUN DÖNEM VE EVDEBAKIM)

PS-06

EVDE BAKIM HASTALARINA BAKIMVERENLERİN TÜKENMİŞLİK DURUMU VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Özlem Suvak[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Evde bakım vermek, kronik hastalık veya engellilik durumundan dolayı bireye bir yakını tarafından yardım ve destek sağlanmasıdır (1). Bakımveren, hastanın fiziksel ve psikolojik ihtiyacını karşılayan kişidir ve bakım verenlerin %90'ı ücretsiz bakan bir akraba ya da resmi olmayan bakıcılardır. Bu kişiler haftada ortalama 40 saat bakım sağlamaktadır. Yapılan çalışmalarda bakımverenlerin %39'u ciddi tükenmişlik ve %19'u orta düzey tükenmişlik içindedir (2). İlk kez 1974 yılında Herbert Freudenberger tarafından "başarısız olma, yıpranma, enerji ve gücün azalması veya tatmin edilemeyen istekler sonucunda bireyin iç kaynaklarında meydana gelen tükenme durumu" şeklinde tanımlanmıştır (3). Çalışmanın amacı, bakımverenlerin başlıca sıkıntıları, şikayetleri, eşlik eden kronik hastalıkları ve bunların demografik veriler ile analiz edilmesi, bakımverenlerin tükenmişlik durumu varlığını ve etkileyen faktörleri belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın evrenini hastanemiz Evde Sağlık biriminde takip edilen 400 hasta oluşturmaktadır. Araştırmada herhangi bir dışlanma kriteri yoktur ve tipi tanımlayıcı, analitik, prospektif çalışma olarak planlanmıştır. Veriler bakımverenler ile görüşülerek toplanacaktır. Hastaların demografik verilerini (Hastaya ait veriler olarak yaş, hastalıkları, bağımlılık durumu; bakım verene ait veriler olarak yaş, cinsiyet, yakınlık derecesi, eğitim durumu, sigara kullanımı, alkol kullanımı, psikolojik tedavi alma durumu, düzenli kullanılan ilaçlar, evde temizlik için yardımcı bulunma durumu, hastanın gelir durumu, bakım verme ücreti alma durumu, engelli yardımı alma durumu) içeren bir form ile Maslach tükenmişlik ölçeği kullanılacaktır. Araştırma için Hastanemiz Etik Kurulundan onay alınmıştır.

Bulgular: Araştırma yürütme aşamasındadır.

Sonuç: Yaşlı ve bakıma muhtaç hastaların bakım yükü tüm dünyada olduğu gibi Türkiye 'de de giderek artmaktadır. Türkiye' de daha çok gönüllü bir aile bireyi tarafından verilmekte ve genellikle maddi bir getiri olmadan yapmaktadır. Evde sağlık hizmeti alan hastalara bakımverenler, genelde sağlık sistemi ve toplum tarafından göz ardı edilmekte ve bakım yüküne bağlı olarak tükenmişlik ve sonuçlarına maruz kalmaktadır. Dünyada olduğu gibi ülkemizde de kaliteli bakım verilebilmesi için bakım alanlara olduğu gibi, geri planda kalan bakımveren kişilerin de sorun ve ihtiyaçlarına eğilinmesi gerektiğini düşünüyoruz.

Kaynaklar

1. Lauren G. Collins, Kristine Swartz. Caregiver Care. Am Fam Physician.2011 Jun 1; 83 (11): 1309–1317.
2. Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D, Dion S, Lachs MS. Caregiver burden: a clinical review. JAMA.2014 Mar 12; 311 (10): 1052–60.
3. Maslach C, Jackson SE. Manual of Maslach Burnout Inventory. İkinci baskı, California, Consulting Psychologists Press, 1981, s. 1–17

Anahtar kelimeler: Evde bakım, bakımveren, tükenmişlik

ENFEKSİYON HASTALIKLARI

PS-07

NADİR BİR NEDENİ BİLİNMEYEN ATEŞ OLGUSU: TÜBERKÜLOZ BEYİN ABSESİ

Rabia Bağ Soytaş[1], Nur Banu İnci[1], Yeşim Öztürk Bakar[2], Serdar Özkök[1], Alper Döventaş[1]

[1]İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı
[2]İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

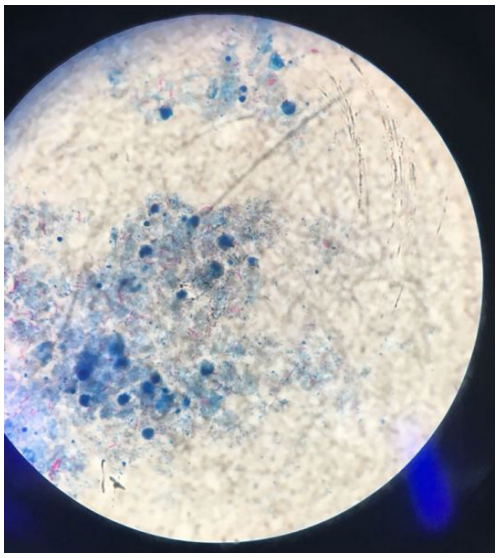
Giriş: Tüberküloz (TB), önemli morbidite ve mortalite nedenlerindendir. TB yükü %4 iken, Türkiye öncelikli 18 ülkeden biridir. 2013'de 9 milyon yeni vaka ve 1,5 milyon TB nedenli ölüm bildirilmiştir. Santral sinir sistemi (SSS) TB ise en kötü seyirli ve nadir (%2) formudur. Genellikle TB menenjit veya tüberkülom şeklinde ortaya çıkar. Ateş ve kolestaz enzim yüksekliği ile başvuran olgumuzdaki atipik TB beyin absesini vurgulamak istedik.

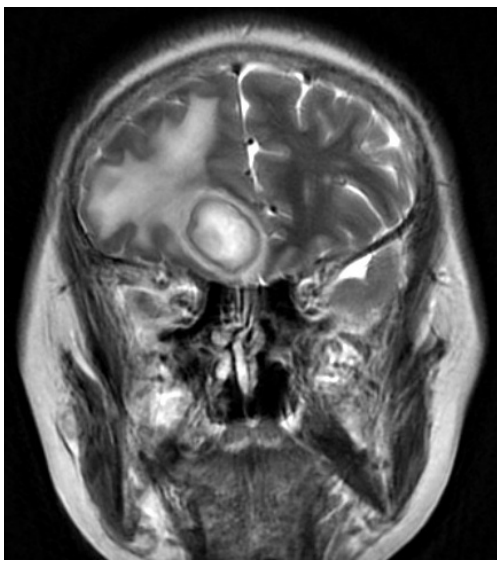
Olgu: 61 yaşında kadın hasta, iki haftadır ateş, bulantı, halsizlik, karın ağrısı, gece terlemesi, 7 kg kaybı ve kaşıntı şikâyetiyle başvurdu. Öyküsünde ve soy geçmişinde kedi besleme dışında özellik yoktu. Dış merkezde akut faz yüksekliği nedeniyle 14 gün 750 mg oral siprofloksasin; sonrasında 4 gün 2 gr iv seftriakson kullanılmıştı. Muayenede 4 saat ara ile üşüme ve titremesiz 39–40 °C bulan, 10–15 dakikada parasetamol ile düşen ateşleri mevcuttu. Laboratuvar tetkikleri Tablo 1'de gösterildi. TORCH, Rose-Bengal, CMV-pcr, galaktomannan negatif; PPD anerjikti. TEE'de endokardit saptanmadı. Kolestaz ve malignite açısından batın USG'de pankreas başı ve korpus anteriorunda 33 ve 35 mm'lik, hipo-anekoik lenfadenopatiler (LAP) ile grade 2 hepatosteatoz (176 mm); üst batın MR'da ise bu lezyonların koledoğa bası yapan kistik kitlesel lezyonlar (Nekroze LAP?) olduğu görüldü. Büyüğü 25 mm retroperitoneal, paraaortik LAP'lar mevcuttu. Toraks BT'de mediastende, en büyüğü 26 mm, subkarinal pake oluşturan LAP saptandı. PET/CT'de mediastendeki LAP'larda suv-max: 8,3, bilateral supraklavikuler suv-max: 4,8, intraabdominal suv-max: 7,2; pankreastaki septalı lezyonlarda suvmax: 11; karaciğer segment 1'de belirgin olmak üzere büyük bir kısmını tutan, BT karşılığı seçilemeyen, diffüz-yoğun suv-max: 20,6; sağ frontal bölgede ise medialden

orta hatta oturan, 3,3 cm çapa ulaşan, etrafında geniş ödematöz alan içeren, kistik kitlesel suv-max: 8,3 lezyon görüldü. Kontrastlı kranial MR'de lezyon abse ile uyumluydu (Resim 1). Abse drene edildi. Drenaj materyalinde polimikrobiyal enfeksiyon saptandı ve materyal arb+ boyandı (Resim 2). Hastaya milier TB ve TB beyin absesi tanıları ile dörtlü anti-TB tedavi başlandı. Tedavi sonrasında kolestaz enzimleri, akut faz ve ateşi geriledi. Takip sürecinde çıkan kan ve idrar kültürlerinde de TB üremesi gerçekleşti.

Sonuç: TB'nin endemik olduğu ülkelerde bile nadiren ortaya çıkan TB beyin apsesi, genellikle pulmoner veya SSS tüberkülozu tedavisi sırasında saptanır. Bizim hastamız ise immün supresyona sebep olan bir hastalığı ve bilinen TB öyküsü olmadan, ateş ve kolestaz enzim yüksekliği ile başvurmuştu. Balgamda arb negatif iken, beyin abse materyalinde arb + saptandı. Herhangi bir nörolojik semptomu olmadan beyin absesinin ateşle prezente olması farklılık göstermekteydi. Hastamızın anti-TB tedaviye çok iyi yanıt vermesi, nedeni bilinmeyen ateş ile başvuran geriatrik hastalarda, TB öyküsü, nörolojik, sistemik veya akciğer semptomları olmasa dahi, TB'nin akla getirilmesinin önemini ortaya koymaktadır.

Anahtar kelimeler: tüberküloz, beyin absesi, ateş





Tablo 1. Laboratuvar tetkikleri

LÖKOSİT/NÖTROFİL/LENFOSİT	12,9/9,9/1,5 mm^3
HEMOGLOBULİN/HEMOTOKRİT/MCV	11 gr/dl/ %33/86 fl
TROMBOSİT	300,000 mm3
SEDİMENTASYON	80 mm
C-REAKTİF PROTEİN	263 mg/L
FİBRİNOJEN	575 mg/dl
FERRİTİN	1050 ng/ml
VİTAMİN B12/FOLİK ASİT	1239/4,9 ng/ml
ÜRE/KREATİNİN	26/0,54 mg/dl
ÜRİK ASİT	4,2 mg/dl
SODYUM/POTASYUM/KALSİYUM	138/4,7/8,1 mg/dl
TOTAL PROTEİN/ALBUMİN	5,8/2,6 gr/dl
B2 MİKROGLOBÜLİN	6230 ng/ml
AST/ALT/LDH	292/105/317 IU/L
ALP/GGT	730/582 IU/L
TOTAL/DİREK BİLİRUBİN	6,9/6,2 mg/dl
HbA1C	%7,7
IG G/M/A	1219/78/349 mg/dl
HBS AG	NEGATİF
ANTİ HCV	NEGATİF
ANTİ HIV	NEGATİF
C-ANCA/P-ANCA	NEGATİF
KRİYOGLOBULİN/KRİYOFİBRİNOJEN	NEGATİF
CA 125/CA 19–9/CA15–3/AFP/CEA	72/260/47 U/ml/3,7/1,6 ng/ml
ROSE BENGAL	NEGATİF
TOXOPLAZMA/RUBELLA/EBV/CMV IG M	NEGATİF
CMV PCR, GALAKTOMANNAN ANTİJEN	NEGATİF

DİĞER DURUMLAR
(DÜŞME VE DENGE BOZUKLUKLARI, AĞRI, UYKU BOZUKLUKLARI, UYGUNSUZ İLAÇ KULLANIMI, İLAÇ ETKİLEŞİMİ, İLAÇ YAN ETKİLERİ VB)

PS-08

DISSEMINATION OF THE RELIABILITY STUDY IN FIVE LANGUAGES OF THE TRANSLATION OF THE PAIN BEHAVIOURAL SCALE ALGOPLUS®

Gise`le Pickering[1], Fiammetta Monacelli[2], Juan Manuel Pe´rez-castejon Garrote[3], Hirondina Guarda[4], Luis Batalha[5], Stephen Gibson[6], Sumru Savas[7], Patrizio Odetti[2], Federica Gandolfo[2], Elisa Pastorino[2], Maria Jose´ Carrilho Mugeiro[9], Isabel Pereira Dias[9], Aslı Kılavuz[7], Nicolas Macian[1], The Doloplus Team[10], Bruno Pereira[11]

[1]Centre De Pharmacologie Clinique, Chu Clermont-Ferrand, Clermont-ferrand, France
[2]Dımı Internal Medicine And Medical Specialties, University Of Genoa, Genoa, Italy
[3]Hss Isabel Roig Centres Blauclinic, Barcelona, Spain
[4]Hospital Nossa Senhora Da Arrabida, Brejos De Azeitao, Portugal
[5]Nursing School Of Coimbra, Portugal
[6]Melbourne Hospital, Melbourne, Australia
[7]Section Of Geriatrics, Department Of Internal Medicine, School Of Medicine, Ege University, Izmir, Turkey
[8]Dımı Internal Medicine And Medical Specialties, University Of Genoa, Genoa, Italy
[9]Hospital Center Cova Da Beira, Epe, Covilha, Portugal
[10]Hospital Metz, Thionville, France
[11]Direction Recherche Clinique, Biostatistiques, Chu, Clermont-ferrand, France

Background: Acute pain is frequent and underestimated in older persons, especially when these suffer from cognitive impairment.

Algoplus® is a behavioral scale for acute pain evaluation which is validated in French for older persons with communication disorders. We present the validation by an international expert team of the Algoplus® scale in 5 languages, English, Spanish, Italian, Portuguese and Turkish.

Material and Methods: This is a multicentre, multinational study of the translated version of the Algoplus® scale in five languages. A total of 181 elderly consecutive patients have been included across five countries (Spain, Australia, Italy, Portugal, and Turkey). Test-retest and inter-rater reliabilities have been determined by weighted kappa coefficient for each item and internal consistency by Kuder-Richardson-20 (KD).

Results: Regarding test-retest reliability, the kappa coefficient for the 5 items ranged from 0,68 to 0,84. For inter-rater reliability, kappa values ranged from 0,64 to 0,82. Internal consistency was KD > 0,6. Satisfaction was good to excellent for all teams. Results show that reliability tests are good to excellent for all items of Algoplus®.

Conclusions: This study provides evidence that Algoplus® is an acceptable, reproducible, reliable and easy to use the tool. It brings a unique opportunity to include the translated Algoplus® scale in the daily assessment of elderly persons with communication disorders in many countries, especially Turkey. Perspective: This article presents the validation of the translation of a behavioral scale, Algoplus®, in several languages. Algoplus® is the first scale validated for acute pain evaluation in older patients with communication disorders and could help clinicians worldwide for pain management in this vulnerable and frail population. PS: Presented at 9th Congress of the European Pain Federation (EFIC). Vienna, Austria and 2nd International Izmir Elderly Symposium 2018.

Anahtar kelimeler: older person, cognitive impairment, acute pain, communication disorder, frail

PS-09

YAŞLI SAĞLIĞINI ETKİLEYEN EN ÖNEMLİ FAKTÖRLERDEN OLAN MALNÜTRİSYON'UN YENİ ESPEN KRİTERLERİ İLE SAPTANMASI

Merve Yılmaz[2], Sumru Savaş[1], Fulden Saraç[1], Fehmi Akçiçek[1]

[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı

Amaç: Kabul edilen altın standart olmamakla birlikte, yaşlılarda malnütrisyon tarama ve değerlendirmesinde MNA ve MNA-SF en çok kullanılan testtir. Ayrıca 2015 yılında ESPEN malnütrisyon tanısı için yeni kriterler belirlemiştir. Biz de bu çalışmamızda İç hastalıkları kliniğinde yatmış, 60 yaş üstü 52 hastamızın verilerini retrospektif olarak tarayarak malnütrisyon prevelansını yeni ESPEN kriterleri ile belirlemeyi amaçladık.

Materyal/Metod: İç hastalıkları kliniğine yatışı yapılmış 60 yaş üstü 52 hasta retrospektif olarak taranarak, beslenme durumunun değerlendirmesi kapsamında; boy, kilo, BKİ, baldır çevresi (BÇ) ölçümleri, biyoimpedans yöntemi kullanılarak ölçülen vücut yağ kütlesi (FM), yağsız vücut kütlesi (FFM) değerleri, MNA-SF testi sonuçları kaydedilmiştir. FFM miktarı boyun karesi ile bölünerek FFMI hesaplanmıştır. MNA-SF ile malnütrisyon riski taşıyan hastalar, yeni ESPEN kriterlerine göre tekrar değerlendirilerek; 1. BKİ <18,5 kg/m^2 olanlar veya 2. istemsiz olarak %10'dan fazla veya son 3 ayda > %5 kilo kaybı ile birlikte yaş <70 için BKİ <20 kg/m^2, ≥70 yaş için BKİ <22 kg/m^2 veya FFMI <15 kg/m^2 kadınlarda ve erkeklerde <17 kg/m^2 olanlar malnütrisyonlu olarak kabul edilmiştir. Albümin, hs-CRP ve total protein değerleri hastane sisteminden kaydedilmiştir. Elde edilen veriler SPSS 15 programı ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Değerlendirmeye alınan 52 hastanın 30'u (%58) kadın, 22'si (%42) erkektir. Hastalara ait ortalama yaş, vücut ağırlığı, BKİ, FM, FFM, BÇ değerleri sırasıyla 72,4 ± 8,2 (yıl), 67,6 ± 15,0 (kg), 25,4 ± 5,7) (kg/m^2), 19,7 ± 11,5 (kg), 49,2 ± 10,9 (kg), 32,8 ± 4,6 (cm) olarak bulunmuştur. Biyokimyasal değerler açısından albümin, CRP, total protein ortalamaları sırasıyla 3,7 ± 0,5 (gr/dL), 2,3 ± 3,1 (mg/dL), 7,4 ± 6,1 (gr/dL) idi. Hastaların MNA-SF ile %30,8'i (n=16) malnütrisyonlu, %59,6'sı (n=31) ise malnütrisyon riski altında bulunmuştu. Yeni ESPEN kriterleri ile değerlendirmesi ile hastaların malnütrisyon oranı %40,3 (n=21) olarak bulunmuştur. Hastalarımızda %36,5 oranında BKI değeri <22 kg/m^2, %30,8 oranında BÇ< 31 cm'dir. Yeni ESPEN kriterleri ile malnütrisyon tanısı alan hastaların BÇ, BKI ve albümin değerleri anlamlı olarak düşük bulunmuştur (p<0,005).

Sonuç: Yeni ESPEN kriterleri malnütrisyon riski altındaki hastaların tekrar değerlendirilmesini önermektedir. Buna göre yatan hastalarımız MNA-SF ile %30,8 oranında (n=16) malnütrisyonlu iken, ESPEN kriterleri ile hastaların %40,3 gibi yüksek bir oranda malnütrisyonlu olduğu görülmektedir. MNA-SF ile %59,6 oranında malnütrisyon riski altında olan hastaların ESPEN kriterleri ile değerlendirilmesi sonucu %16'sı malnütrisyon tanısı almıştır. Yeni kriterlerin yaş açısından ayrı BKİ kesme değerleri içermesi yaşlı hastalarda özellikle malnütrisyon risk ve tanısı açısından ayırım yapılarak beslenme desteğine ihtiyacı olan hastaların gözden kaçmaması adına önemlidir ve kullanımı önerilir.

Anahtar kelimeler: Malnütrisyon, yaşlı, ESPEN

DİĞER DURUMLAR
(DÜŞME VE DENGE BOZUKLUKLARI, AĞRI, UYKU BOZUKLUKLARI, UYGUNSUZ İLAÇ KULLANIMI, İLAÇ ETKİLEŞİMİ, İLAÇ YAN ETKİLERİ VB)

PS-10

AİLE HEKİMLERİNİN GERİATRİK HASTAYA YAKLAŞIMI

Esra Saydam Karabıyık[1], Zeynel Abidin Öztürk[1], Mustafa Tanrıverdi[2], Cihat Yılmazer[2], Bekir Karabıyık[2]

[1]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi
[2]Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü

Amaç: Nüfusumuzun değişen yaş özellikleri göz önünde bulundurularak, ileriye yönelik sağlık hedeflerimizin ve ihtiyaçlarımızın belirlenmesinde yaşlı sağlığına gereken önem verilmelidir. Geriatrik hasta tıbbi, sosyal, psikolojik ve etik öğeleri içeren tamamlayıcı yaklaşımı gerektirir. Geriatrik hastalarda, koruyucu hekim uygulamalasının büyük önemi vardır. Çalışmamızda birinci basamak sağlık hizmetinde görevli hekimlerde geriatrik hasta değerlendirilmesinde farkındalığı ve konuyla ilgili bilincin oluşmasını hedefledik.

Yöntem: Çalışmamıza Mayıs 2017 ile Ağustos 2017 tarihleri arasında Gaziantep İl merkezinde çalışan, gönüllü 214 Aile Hekimi katılmıştır. Katılımcılardan kendi demografik durumları ve geriatrik hastalara yaklaşımları ile ilgili bir anket formu doldurmaları istenmiştir. Elde edilen veriler SPSS 22,0 istatiksel veri programı değerlendirilmiştir.

Bulgular: Katılan 214 kişi, 24–65 yaş (medyan yaş 41) aralığında olup, kişiler 50 yaş altı ve üzeri olarak 2 gruba ayrılmıştır. 50 yaş ve üzeri hekimler %52,3 tür. Katılan hekimlerin %69 u erkektir. Demografik özelliklerinde göre; 165 i evli, 42 si bekar, 7 si de duldur. %70,5 İnin çocuğu vardır. Beraberinde 65 yaş ve üstü birey ile birlikte yaşayan kişi sayısı 33 tür, bu kişilerin %57,6 sı Geriatri bölümünün olduğu bir merkeze hasta yönlendirmektedir.

Sonuçlar: Çalışmamıza göre; 50 yaş üzeri hekimler Geriatri bölümünün olduğu bir merkeze daha fazla hasta yönlendirmekte, aşılamada daha duyarlı olmakta, alkol sigara kullanımını daha fazla sorgulanmakta, geriatrik hasta grubuna tedavi uygulamanın yaşam kalitesini ve süresini artırmakta olduğunu düşünmektedir. 50 yaş altı hekimler ise beslenme desteğine daha fazla önem vermektedir. Koruyucu hekimlik uygulamalarının birçoğunda (aşılama, beslenme des-

teği, kronik hastalık sorgulama, bakım veren sağlığı) kadın hekimler erkek hekimlere oranla daha duyarlı ve istekli bulunmuştur. Çocuğu olan ve evli hekimlerin aşılamada daha duyarlı olduğu, görülmüştür. Tablo 1 de medeni durumun aşılama ve Geriatri bölümüne hasta yönlendirme üzerine etkileri yüzde (%) verilerek gösterilmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği 'Sağlıklı Yaşlanma' hedefinin, Türkiye için de gerçekleşebilmesi yaşlı sağlığına birinci basamak sağlık hizmetinde gereken önemin verilmesi ve bu konudaki çalışmaların artırılarak devam ettirilmesi ile mümkün olabilecektir.

Kaynak

1. Arpacı F. Farklı boyutlarıylaYaşlılık. TÜED. 2008:15–24.
2. ÇİFTÇİLİ, S., YEĞEN, B. Ç. (2011). Aile Hekimleri için Yaşlı sağlığına Bütüncül Yaklaşım. İSTANBUL: Deomed yayıncılık. Bölüm 1,1.
3. Şenol Y, Akdeniz M. Yaşlılık ve koruyucu tıp. GeroFam 2010; 1 (1): 49–68.

Anahtar kelimeler: Geriatrik Hasta, Aile Hekimi

Tablo 1. Medeni durumun aşılama ve Geriatri bölümüne hasta yönlendirme üzerine etkileri

Medeni Durum	*Değerlendirme Kriterleri*	*Yüzde (%)*
Evli	- Aşılama	78,2
	- Geriatri bölümüne hasta yönlendirme	44,8
Bekar	- Aşılama	61,9
	- Geriatri bölümüne hasta yönlendirme	33,3
Dul	- Aşılama	57,1
	- Geriatri bölümüne hasta yönlendirme	56,9

PS-11

BİRİNCİ BASAMAK TEDAVİDE, GERİATRİ EĞİTİMİNİN KLİNİK UYGULAMAYA YANSIMASI

Esra Saydam Karabıyık[1], Zeynel Abidin Öztürk[1], Mustafa Tanrıverdi[2], Cihat Yılmazer[2], Bekir Karabıyık[2]

[1]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi
[2]Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü

Amaç: Günümüzde, teknolojinin de gelişmesi ile birlikte yaşam beklentisi giderek artmakta ve yaşanabilecek sağlıklı yılların süresinin ve kalitesinin nasıl artırılabileceği önemli bir konu haline gelmektedir. Bu da 'kaliteli yaşlanma' yı gündeme getirmektedir. 65 yaş üzeri hastaların tanısı, tedavisi, kişilerin sağlığının korunması, toplumdan soyutlanmadan yaşamlarını sürdürmeleri, koruyucu hekimlik uygulamalarının ve çok yönlü değerlendirmenin multidisipliner bir şekilde gerçekleşebilmesi için birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan hekimlerimizin eğitimi çok önemlidir. Çalışmamız ile aile hekimlerinin aldığı Geriatri eğitiminin önemini vurgulamak istemekteyiz.

Yöntem: Çalışmaya Mayıs 2017 ile Ağustos 2017 tarihleri arasında Gaziantep İl merkezinde çalışan, gönüllü 214 Aile Hekimi katılmıştır. Katılımcılardan, kendi demografik durumları ve geriatrik hastalara yaklaşımları ile ilgili bir anket formu doldurmaları istenmiştir. Elde edilen veriler SPSS 22,0 istatiksel veri programı değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmamıza katılan 214 kişi, 24–65 yaş (medyan yaş 41) aralığında olup, < 50 yaş altı katılımcı sayısı 102'dir. Katılan hekimlerin %69 u erkektir. Geriatri eğitimi alanların oranı %31 di. < 50 yaş altı hekimlerin %62,6 sının geriatri eğitimini aldığı görülmüştür. Geriatri eğitiminin klinik uygulamaya yansıması Tablo-1 de görülmektedir (*<0,05).

Sonuçlar: Çalışmamıza göre geriatri eğitimi almış olmanın, polifarmasinin sorgulanması ve özellikle ilaç azaltmada etkili olduğu görülmüştür. Yine geriatri eğitimi; geriatrik sendromları sorgulamada, geriatri bölümünün olduğu bir merkeze hasta yönlendirmede daha etkilidir.

Kaynaklar

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2015). World report on ageing and health. p. : 23–26.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2015). World report on ageing and health. Chapter 3.
3. Arpacı F. Farklı boyutlarıylaYaşlılık. TÜED. 2008:15–24.
4. Duyar İ. Yaşlanma, yaşlılık ve antrapoloji: Mas R, Işık AT, Karan MA, Beğer T, Akman Ş, Ünal T. Geriatri. Ankara: TGV; 2008:919–924.

Anahtar kelimeler: Geriatri Eğitimi, Aile Hekimi

Tablo 1. Geriatri eğitiminin klinik uygulamaya yansıması (*p<0,05)

Aile Hekimlerinde Geriatri Eğitimi	*Alan Yüzde (%)*	*Almayan Yüzde (%)*	*p değeri*
Polifarmasi sorgulama	82,1	73,5	0,114
Polifarmasi nedeni ile ilaç azaltma	79,1	62,6	0,011*
Geriatri bölümü bulunan merkeze yönlendirme	53,7	38,1	0,023*

KARDİYOVASKÜLER SİSTEM HASTALIKLARI

PS-12

GERİATRİDE ÖNEMLİ BİR MORTALİTE SEBEBİ: ABDOMİNAL AORT ANEVRİZMASI OLGU SUNUMU

Yasemin Gül Aydemir[1], Rümeysa Doğru[2]

[1]Tekirdağ Malkara İlçe Devlet Hastanesi, iç Hastalıkları Kliniği
[2]Tekirdağ Malkara İlçe Devlet Hastanesi, Radyoloji Kliniği

Abdominal aort anevrizması 60 yaşın üzerindeki popülasyonda %4–11 sıklıkla görülen, tedavisi çoğunlukla cerrahi olarak yapılan ve tedavisinin zamanında yapılmadığı durumlarda yüksek oranlarda mortaliteye neden olan bir patolojidir. Karın ağrısı ile birlikte fizik muayenede pulsatil kitle saptanması abdominal aort anevrizmasi ve rüptürü şüphesini uyandırmalıdır. Abdominal aort anevrizmasında rüptür riskinin anevrizma çapı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir Anevrizmanın doğal seyri progresif büyüme ve sonuç olarak da rüptür oluğundan tanı bir an önce konmalıdır. Kontrastlı torakoabdominal bilgisayarlı tomografi son zamanlarda tanıda sıklıkla kullanılan bir yöntemdir. Bu çalışmada, şiddetli karın ağrısı ve nefes almada zorluk nedeniyle ile acil servisimize başvuran ve abdominal aort anevrizması rüptürü saptanan bir geriatri olgu temelinde acil servislerde hızlı tanı konulmasında ultrasonografi ve tomografinin önemini sunmayı amaçladık.

Anahtar kelimeler: Abdominal aort anevrizmasi, geriatri, mortalite

Tablo 1. Hastanın kliniğimize başvuru anındaki laboratuvar parametreleri

LAB	*KLİNİĞİMİZE BAŞVURU ANI*
HGB g/dL	5
HCT %	16,09
MCV fL	93,8
Lökosit	19630
Nötrofil	13820
NEUT %	70,4
Trombosit	479000
INR	1,05
Kreatinin mg/dL	2,11
AST U/L	22
ALT U/L	20
Total Bilirubin mg/dL	0,5
Direkt Bilirubin mg/dL	0,21
Potasyum mmol/L	5,8
GGT U/L	30
Amilaz U/L	29
Lipaz U/L	28
Sodyum mmol/L	137
Üre mg/dL	146
Kalsiyum mg/dL	8,6
Glukoz (AKŞ) mg/dL	127
CRP mg/L	78,58

ENDOKRİN HASTALIKLARI

PS-13

ALZHEİMER HASTALIĞINDA MİKSÖDEM KOMANIN ÖNEMİ: OLGU SUNUMU

Yasemin Gül Aydemir[1]

[1]*Tekirdağ Malkara İlçe Devlet Hastanesi, iç Hastalıkları Kliniği*

İlerleyen yaşla beraber tiroid hastalığı sıklığında artış meydana gelmektedir. Hipotiroidizm genel popülasyonda yaygın bir durumdur ve yaşlanma ile sıklığı artmaktadır. Hipotiroidizm, özgül olmayan semptom ve bulgularla seyredebilir, özellikle yaşlılarda diğer klinik durumlarla karıştırılabilir. Miksödem koması, uzun süre tedavisiz kalmış ve hayatı tehdit edici hipotiroidinin nadir rastlanan ağır bir formudur. Bu tabloya dekompanse hipotiroidi demek daha doğru olabilir. Tedavisiz hipotiroidili hastalarda araya giren bir infeksiyon veya ek bir hastalık bu tabloya yol açar. Miksödem koması, hipotiroidinin en ciddi komplikasyonudur. Demans, yaşlı sağlığını ve yaşam kalitesini belirgin olarak etkileyen en önemli sağlık problemlerinden biridir. Alzheimer hastalığı, 65 yaş üzeri demansların en sık sebebidir. Unutkanlık, kısa hafızada bozukluk, konsantrasyonda azalma Alzheimer hastalığının bulgularıdır ve bu gibi bilişsel bozukluk semptomlarıyla gelen yaşlı hastada akla öncelikle Alzheimer hastalığı gelmektedir. Ancak Alzheimer tanısı kognitif bozukluk yapan diğer (metabolik durumlar ve demans gibi) sebeplerin dışlanması ile konur. Bu yazıda, yakınları tarafından dile getirilen son zamanlarda yorgunlukta artış ve uykuya meyil yakınmaları nedeniyle dahiliye polikliniğine getirilen ve miksödem koması tespit edilen Alzheimer tipi demans tedavisi alan bir yaşlı hasta sunulmaktadır. Hipotiroidizm, sebep olduğu unutkanlık, konsantrasyonda azalma gibi zihinsel işlevlere ilişkin semptom ve bulguları ile özellikle yaşlılarda Alzheimer ve diğer bilişsel bozukluklarla karışabilir. Bu nedenle yaşlı hastalarda bilişsel fonksiyonların düzeyi ve tiroid fonksiyon testleri mutlaka değerlendirilmelidir.

Anahtar kelimeler: Alzheimer hastalığı, hipotiroidi, miksödem koması, yaşlılık

Tablo 1. Hastanın kliniğimize başvuru anındaki laboratuvar parametreleri

LAB	*KLİNİĞİMİZE BAŞVURU ANI*
HGB g/dL	14,5
HCT %	43,87
MCV fL	85,7
Lökosit	8410
Nötrofil	5540
Trombosit	238000
Vitamin B12 pg/mL	242
Ferritin ng/mL	59,8
Serbest T4 ng/dL	0,05
Serbest T3 pg/mL	1,36
TSH uIU/mL	123,3
Anti TG IU/mL	>2262
Anti TPO IU/mL	117,9
Folik asit ng/mL	6,58
Magnezyum mg/dL	1,9
25-hidroksi vitamin D ng/mL	5,55
Sedim 60 dk. mm/s	27
INR	1,09
Kreatinin mg/dL	1,48
Albumin g/dL	3,7
AST U/L	27
ALT U/L	31
Total Bilirubin mg/dL	0,6
Direkt Bilirubin mg/dL	0,16
Potasyum mmol/L	5,2
CK U/L	332
LDH U/L	502
ALP U/L	113
GGT U/L	17
Amilaz U/L	61
Kolesterol mg/dL	372
HDL Kolesterol mg/dL	56
LDL Kolesterol mg/dL	290
Trigliserit mg/dL	132
ASO IU/mL	1
RF IU/mL	21
Lipaz U/L	37
Sodyum mmol/L	136
Demir ug/dL	74
Fosfor mg/dL	3,5
Üre mg/dL	48
Ürik asit mg/dL	6,5
Kalsiyum mg/dL	9,6
Glukoz (AKŞ) mg/dL	89
CRP mg/L	1,04
Total IGE IU/mL	9
HbA1C %	5,09

FİZİKSEL AKTİVİTE

PS-14

GERİARTRİK BİREYLERDE AKTİVİTE-ROL KATILIMLARININ YAŞAM KALİTESİ VE YAŞAM MEMNUNİYETİ ÜZERİNE ETKİSİ

Ayşe Göktaş[1], Hüseyin Kudret[2], İrem Kar[3], Murat Varlı[4]

[1]Ankara Üniversitesi Kızılcahamam Meslek Yüksek Okulu
[2]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı
[3]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Bioistatistik Anabilim Dalı
[4]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Geriatri Bilim Dalı

Amaç: Geriatrik Bireylerde Aktivite-Rol Katılımlarının Yaşam Kalitesi ve Yaşam Memnuniyeti Üzerine etkisini incelemektir.

Gereç ve yöntem: Çalışmaya alınan bireyler, Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi Geriatri Bilim Dalında yatan bireylerdir. Çalışmaya katılan bireyler 65 yaş ve üzeri iletişim kurulabilir ve gönüllü olan bireylerdir. 70 birey üzerinde yapılan araştırmada Aktivite-Rol katılım düzeyleri İnsan Aktivite Rol Tarama Aracı (İARMTA) ile, yaşam kaliteleri SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve yaşam memnuniyetleri, Yaşam Memnuniyeti Değerlendirme Ölçeği kullanılarak belirlenmiştir. Yapılan araştırmada demografik bilgi anketi ile bireylere ait bilgiler yüz yüze görüşme tekniğiyle toplandı. Çalışma Helsinki Bildirgesine göre yapıldı. Ankara Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan alınan etik onayı ile çalışma yapılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 77,43±7,26 yıl ve %42,9'u kadın, %57,1'ü erkektir. Ruhsal Sağlık ile İletişim Etkileşim Becerileri arasında (r=0,140), Ruhsal Sağlık ile Süreç Becerileri (r=0,269), Ağrı ile İletişim Etkileşim Becerileri (r=0,146), Ağrı ile Süreç Becerileri (r=0,206) arasında korelasyon bulunmamıştır. Cinsiyete göre SF puanları incelendiğinde Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Rol Güçlüğü, Ruhsal Sağlık, Sosyal İşlevsellik açısından erkeklerin puanı kadınlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p<0,05). İnsan-Aktivite-Rol skorları ile SF 36 Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeğinin Fiziksel Fonksiyon (p<0,05), Fiziksel Rol Güçlüğü, Enerji/Canlılık/Vitalite (p< 0,05), Ruhsal Sağlık (p< 0,05), Sosyal İşlevsellik (p< 0,05), Ağrı (p< 0,05) ve Genel Sağlık Algısı (p< 0,05) alanı skorları arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Cinsiyete göre İnsan Aktivite Rol Tarama Aracı (İARMTA) puanları karşılaştırıldığında Aktive Rol Paterni, Motor Beceriler kompenentlerinde erkeklerin puanı kadınlara göre anlamlı derecede yüksek (p<0,05), Aktive-Rol için Motivasyon, İletişim ve Etkileşim Becerileri, Süreç Becerileri, Çevre ile ilgili alanlardaki puanlarda ise fark bulunmamıştır (p>0,05).

Sonuç: Geriatrik bireylerin aktivite-Rol katılımları artarken, yaşam kalitesi alanlarından fiziksel fonksiyon, enerji/Canlılık/Vitalite, Ruhsal Sağlık, Sosyal İşlevsellik, Ağrı ve Genel Sağlık Algısı skorlarında artış olmaktadır. Geriatrik bireylerde Aktivite-Rol katılımı, yaşam kalitesi ve yaşam memnuniyetini pozitif yönde etkilemektedir.

Anahtar kelimeler: yaşlı, yaşam kalitesi, aktivite-rol, yaşam memnuniyeti

ENDOKRİN HASTALIKLARI

PS-15

YAŞLILIK VE OBEZİTE

İbrahim Halil Türkbeyler[1], Zeynel Abidin Öztürk[2], Azer Abiyev[3]

[1]Gaziantep Dr. Ersin Arslan Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları-Geriatri
[2]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Geriatri Bilim Dalı
[3]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Amaç: Yaşlanma insanoğlu için doğum ile başlayan, hayatı boyunca devam eden ve ölüm ile noktalanan bir süreçtir. Son yüzyılda beklenen yaşam süresi ve dünya nüfusu belirgin bir şekilde artmaya başlamıştır. Geriatrik bireylerde obezite sıklığı oldukça yüksek olup pek çok hastalıkla olan ilişkisinin yanı sıra yaşlılarda yaşam kalitesinde azalmaya ve yeti yitimine yol açabilmekedir (1). Bu çalışmanın amacı geriatrik obez ve obez olmayan hastaların Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme Ölçütleri ve Pittsburgh Uyku Kalite İndekslerinin karşılaştırılmasıdır.

Yöntem: Çalışmaya çeşitli sebeplerle Geriatri Polikliniği'ne başvuran 39 normal kilolu, 41 obezitesi olan hasta dahil edildi. Hastalara, Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme açısından, Günlük Temel Yaşam Aktiviteleri, Enstrumental Günlük Yaşam Aktiviteleri, Tinetti Denge ve Yürüme Testi, Zamanlı Kalk ve Yürü Testi, Mini Mental Test, Yürüme Hızı, El Sıkma Gücü, Mini Nutrisyonel Test, Yesavage Geriatrik Depresyon Testi ve Pittsburgh Uyku Kalite İndeksleri uygulanmıştır.

Bulgular: Hastaların genel özellikleri, Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme ve Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi test sonuçları Tablo 1'de verilmiştir.

Sonuç: Obezite, her yaş grubunda, gelişmiş ve gelişmekte olan tüm ülkelerde görülebilen küresel bir problem olarak morbiditiye, fonksiyonel sakatlıklara ve hatta erken ölümlere sebep olabilmektedir (1). Çalışmamız sonuçlarında obez yaşlı hastaların yürüme hızlarında, kas fonksiyonlarında, günlük yaşam aktivitelerinde, denge ve yürüme testinde, duygudurumlarında ve uyku kalitelerinde normal kilolu hastalara göre bozulmalar tespit edilmiştir. Yaşlı hastalar, yaşam kalitelerini arttırabilmek için, tedavi ve takipleri sırasında obezite açısından da değerlendirilmelidirler.

Kaynaklar

1. Amarya S, Singh K, Sabharwal M. Health consequences of obesity in the elderly. Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics 5:3, 63–67, 2014.

Anahtar kelimeler: Yaşlılık, Obezite

Tablo 1. Hastaların genel özellikleri ve test sonuçları

	Normal Kilolu (n=39)	*Obez (n=41)*	*P*
Yaş	71,18 ±6,02	71,54 ±5,80	P>0,05
Cinsiyet (E/K)	20/19	21/20	P>0,05
Bel Çevresi (cm)	97,57±9,84	108,92±8,60	P=0,001
Orta Kol Çevresi (cm)	29,57±2,31	33,00±3,30	P=0,001
Vucut Kitle İndeksi (kg/m^2)	26,11±2,59	33,49±3,42	P=0,001
Yürüme Hızı (m/sn)	0,88±0,37	0,62±0,33	P=0,002
El Sıkma Gücü (kg)	26,18±10,45	18,26±10,43	P=0,001
Günlük Temel Yaşam Aktiviteleri (/27 puan)	17,62±4,50	21,58 ± 5,22	P>0,05
Enstrumental Günlük Yaşam Aktiviteleri (/17 puan)	6,42 ± 1,26	5,68 ± 1,36	P=0,015
Tinetti Denge ve Yürüme Testi	23,18±4,15	20,43±4,41	P=0,006
Zamanlı Kalk ve Yürü Testi (s)	10,35±4,83	13,24±5,28	P=0,014
Mini Mental Test (/30 puan)	24,84±4,73	24,80±4,51	P>0,05
Yesavage Geriatrik Depresyon Testi (/15 puan)	2,89±0,51	4,68±0,65	P=0,035
Mini Nutrisyonel Test (/14 puan)	11,42±2,45	11,05±2,75	P>0,05
Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (/21 puan)	4,74±2,35	7,24±3,92	P=0,001

HEMATOLOJİK VE ONKOLOJİK HASTALIKLAR

PS-16

PİPERASİLİN-TAZOBAKTAM İLE GELİŞEN İMMUN HEMOLİTİK ANEMİ: OLGU SUNUMU

Serdar Özkök[1], Nergis Serin[1], Rabia Bağ Soytaş[1], Deniz Suna Erdinçler[1]

[1]İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı

Giriş: İlaç ilişkili immun hemolitik anemi nadir görülür (1:1,000,000) ve ilaç tedavisini takiben hemoglobin düşüşü ile karakterizedir. Yüzden fazla ilacın direkt antiglobin testini pozitifleştirdiği (direkt coombs pozitifliği) ve/veya hemolitik anemiye neden olduğu bilinmektedir. Biz de perianal abse nedeniyle piperasilin-tazobaktam tedavisi verilen ve tedavi sırasında hemolitik anemi geliştiği gözlenen hasta üzerinden ilaç ilişkili immun hemolitik anemilere değinmek istedik.

Olgu: Hashimato ensefalopatisi tanısı ile yüksek doz steroid tedavisi uygulanan 67 yaşındaki erkek hastada, tedavi altında perianal abse gelişmesi üzerine abse drene edilerek, siprofloksasin ve metronidazol tedavisi başlandı. Ardından steroid tedavisi kademeli olarak kesildi. Abse kültüründe siprofloksasin dirençli E. coli üremesi olması nedeniyle piperasilin-tazobaktam tedavisine geçildi. Tedavinin 5. gününde, piperasilin tazobaktam uygulaması sonrası hastada üşüme-titreme, bulantı ve takibinde ciltte sarılık gelişti. Kan basıncı: 160/100 mmHg, nabız: 120/dk, ateş: 37,2°C idi. Biyokimya tetkikinde indirekt hakimiyetinde hiperbilirubinemi, LDH ve AST yüksekliği mevcuttu. CRP yüksekliği de olan hastanın haptoglobin değeri normaldi. Periferik yaymada şistosit görülmedi; polikromazi ve 1–2 adet sferosit mevcuttu. Direkt coombs pozitifliği ile takibinde hemoglobin değerinde düşme ve retikülositoz saptandı. İdrarda hemosiderin pozitifti. Kanama bulgusu ve daha önceden bilinen hemotolojik hastalığı olmayan hastada 'piperasilin tazobaktam ilişkili akut intravasküler hemoliz' düşünüldü ve antibiyoterapisi kesilerek hidrasyon tedavisi başlandı. Kontrol pelvik MR'da abse odağı yoktu ve hemokültürlerinde üreme olmadı. Piperasilin-tazobaktam tedavisi kesildikten sonra anemisi düzelmeye başlayan, transfüzyon ihtiyacı olmayan ve hemoliz parametreleri gerileyen hasta poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi. Piperasilin-tazobaktam tedavisi öncesi ve tedavi kesildikten sonraki laboratuvar değerleri tabloda görülmektedir.

Sonuç: Penisilin ve türevleri ile tedavi edilen hastalarda yeni gelişen anemi, hemoglobinüri ve periferik kanda hemoliz bulgularının görülmesi durumunda, ilaç ilişkili immun hemolitik anemiden şüphelenilmelidir ve tanı direkt coombs testi ile doğrulanmalıdır. Piperasilin, sefotetan ve seftriakson'dan sonra ilaç ilişkili hemolitik anemiye en sık yol açan ilaçtır. Hastanın laboratuvar incelemelerinde hemoglobinüri olması ve direkt coombs testinin IgG (-), C3 (+) olması, gelişen immun hemolitik anemi mekanizmasının; piperasilin-tazobaktamın ilaca-spesifik olarak gelişen antikorlara bağlanıp antijen-antikor kompleksi oluşturması ve oluşan immun kompleksin, nonspesifik olarak eritrositlere bağlanması ile eritrosit yüzeyinde kompleman aktivasyonunu tetikleyerek, intravasküler hemolize yol açması ile ilişkili olduğunu düşündürmektedir. İlaç ilişkili immun hemolitik anemi olgularının daha fazla raporlanması bu reaksiyonların mekanizmasının daha iyi anlaşılmasını sağlayacaktır.

Anahtar kelimeler: piperasilin-tazobaktam, hemolitik anemi, direkt coombs testi

Tablo 1. Laboratuvar Tetkikleri

	1. gün	*5. gün*	*6. gün (Tedavi Kesildikten Sonra)*	*Referans Değeri*
Hb	12,5	10,3	9,5	13–16 g/dl
Hct	34,7	30,6	27,6	%42–52
LDH	249	1061	637	<250 IU/L
Total bilirubin	0,85	8,23	2,11	0,2–1,2 mg/dl
İndirekt bilirubin	0,6	5,34	1,5	<1 mg/dl
ALT	13	37,4	34	<40 IU/L
AST	21,8	122	72	<41 IU/L
Haptoglobin	Test edilmedi	Test edilmedi	59	30–200 mg/dl
Retikülosit Yapım İndeksi	Test edilmedi	2,3	3,1	1–2
Direkt Coombs Testi	IgG (-), C3 (-)	IgG (-), C3 (+)		Negatif, Negatif
İdrarda hemosiderin	Test edilmedi	Eser pozitif	Test edilmedi	Negatif
Kreatinin	0,85	0,95	0,92	0,7–1,2 mg/dl
CRP	4,9	65,5	90	<0,5 mg/L
Potasyum	3,5	3,9	3,9	3,5–5,1 mmol/L
İdrar dipstick eritrosit	Negatif	++	Test edilmedi	Negatif
İdrar sedimenti	Nadir yassı epitel	Nadir eritrosit	Test edilmedi	

KARDİYOVASKÜLER SİSTEM HASTALIKLARI

PS-17

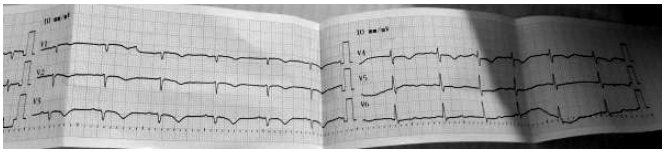
ALZHEIMER HASTALIĞINDA GİZLİ TEHLİKE: KALP: OLGU SUNUMU

Yasemin Gül Aydemir[1]

[1]Tekirdağ Malkara İlçe Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

Alzheimer Hastalığı (AH), orta ve ileri yaşlarda ortaya çıkan ilerleyici demans ile karakterli bir beyin hastalığıdır ve özel bölgelerde sinir hücreleri kaybı, nöritik plaklar, nörofibriller değişikliklerin varlığı patolojik karakteristikleridir ve kesin tanı ancak bu yolla konulabilir. Hastalığın klinik tanısı için gereken kriterler kabaca sinsi başlangıç, bellekte ve diğer kognitif fonksiyonlarda ilerleyici bozulmayı içerirler. Yaşlı bireylerde sık karşılaşılan diğer bir sağlık sorunu da kalp damar hastalıklarıdır. Kalp damar hastalıkları sistemik etkileri nedeniyle demansa yol açabilmekte veya mevcut demans tablosunu kötüleştirebilmektedir. Kalp damar hastalıklarının önlenmesi, tedavi edilmesi ve tedavi seçimi birincil kalp damar hastalığı kadar demans prognozunu da etkilemektedir. Olgumuzda göğüs ağrısı şikayetiyle yakınları tarafından ambulans ile acil servisimize getirilen Alzheimer tanılı 87 yaşında bir kadın hastada tespit edilen akut koroner sendrom sunulmuş ve Alzheimer hastalığı olan yaşlılarda gizli tehlike olan kalp hastalığının öneminin vurgulanması amaçlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Akut koroner sendrom, Alzheimer hastalığı, yaşlılık



Tablo 1. Hastanın kliniğimize başvuru anındaki laboratuvar parametreleri

LAB	*KLİNİĞİMİZE BAŞVURU ANI*
HGB g/dL	11,9
HCT %	36,55
MCV fL	78,7
Lökosit	12370
Nötrofil	7160
Trombosit	240000
Serbest T4 ng/dL	0,64
Serbest T3 pg/mL	2,39
TSH uIU/mL	4,254
Troponin I A2 ng/mL	0,53
Sedim 60 dk. mm/s	40
Kreatinin mg/dL	0,97
Albumin g/dL	3,7
AST U/L	17
ALT U/L	10
Total Bilirubin mg/dL	0,5
Direkt Bilirubin mg/dL	0,16
Potasyum mmol/L	3,9
CK U/L	51
ALP U/L	216
GGT U/L	16
Amilaz U/L	30
Lipaz U/L	30
Sodyum mmol/L	143
Klor mmol/L	109
Fosfor mg/dL	3,1
Üre mg/dL	21
Kalsiyum mg/dL	8,5
Glukoz (AKŞ) mg/dL	127
CRP mg/L	8,81
HbA1C %	6,14
Trigliserit mg/dL	120

HASTALIKLARIN ATİPİK PREZANTASYONLARI

PS-18

KARIN AĞRISININ NADİR BİR NEDENİ: MESANE HERNİASYONU

Çağatay Çavuşoğlu[1], Olgun Deniz[1], Süheyla Çöteli[1], Rana Tuna Doğrul[1], Muhammet Cemal Kızılarslanoğlu[1], Berna Göker[1]

[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı

Giriş: Mesanenin inguinal kanala herniasyonu sık olmayan ve cerrahi müdahele gerektiren bir patolojidir (1). Artmış intraabdominal basınç ve abdominal duvarda gevşekliğin bir arada bulunmasıyla mesane herniasyonu görülebilir. Daha çok yaşlı hastalarda görülen ve çoğu zaman tanısı atlanabilen bir hastalıktır (1, 2). İnguinoskrotal

mesane herniasyonları üriner sistem enfeksiyonları, obstrüktif üropati, mesane nekrozu gibi ciddi komplikasyonlara zemin oluşturabilir. Biz de bu vakada abdominopelvik tomografi bulguları ile bir mesane herniasyonu vakasını sunmayı amaçladık.

Olgu: Altmış yedi yaşında erkek hasta bir yıldır olan karın ağrısı, kabızlık ve bulantı şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu. Hastada komorbidite olarak hipertansiyon mevcuttu. Daha önce dış merkezde yapılan abdomen ultrasonografisinde hepatotsteatoz, safra kesesinde polip mevcuttu. Hastanın bir yıl önce yapılan endoskopisinde eroziv gastrit, kolonoskopisinde de internal hemoroid ve çekumda 1 cm çapında eroziv lezyon vardı. Verilen tedavilerden fayda görmeyen hasta servisimize yatırıldı. Muayenesinde sağ alt kadranda hassasiyet ve defansı bulunması üzerine hastaya divertikülit ön tanısıyla acil abdominopelvik tomografi çekildi. Tomografisinde mesane duvar yapısı belirginleşmiş ve özellikle sağ anteriolateral bölgede lümene doğru protrite olan ve yaklaşık olarak 33 mm kalınlığa erişen düzensiz konturlu duvar kalınlaşması izlenmiştir (Şekil 1). Bu bölgeden sağ ingiunal bölgeye doğru herniasyon izlendi. Yapılan ürolojik değerlendirme ve sistoskopik incelemelerde mesane kaynaklı malign bir hastalık tespit edilmedi. Bunun üzerine genel cerrahiye danışılan hasta ingüinal herni nedeniyle opere edildi.

Tartışma: Elli yaş üstü, karın ağrısı ile gelen özellikle obez hastalarda ve ürolojik şikayetler de mevcutsa mesane herniasyonu akla gelmelidir (3). Kesin tanının abdomino-pelvik tomografi ile konduğu unutulmamalıdır ve nadir bir neden de olsa operasyon gerektiren bir durum olduğu akılda tutulmalıdır.

Kaynaklar

1. Karatzas A, Christodoulidis G, Spyridakis M, Stravaras C, Aravantinos E, Melekos M. A giant inguinoscrotal bladder hernia as a cause of chronic renal failure: A rare case. Int J of Surgery Case Reports 2013; 4:345–47.
2. Wagner AA, Arcand P, Bamberger MH. Acute renal failure resulting from huge inguinal bladder hernia. Urology 2004; 64 (July (1)): 156–7.
3. Oruc MT, Akbulut Z, Ozozan O, Coskun F. Urological findings in inguinal hernias: a case report and review of the literature. Hernia 2004; 8 (February (1)): 76–9.

Anahtar kelimeler: Karın Ağrısı, Mesane Herniasyonu,

ENDOKRİN HASTALIKLARI

PS-19

YAŞLI BİR HASTADA ATEŞİN GİZLEDİĞİ...

Tolga Taymaz[1], Tamer Köymen[2]

[1]Amerikan Hastanesi Acil Servisi
[2]Amerikan Hastanesi İç Hastalıkları Bölümü

Giriş: Özellikle acil servislerde aşırı yoğunluk yüzünden hekimler sadece hastayı oraya getiren esas sebep üzerine odaklanabilirler. Ancak ideal olan, her hastanın sistemik muayenesinin etraflıca yapılmasıdır. Söz konusu yaşlı hasta ise, bu kural daha da önem kazanmaktadır.

Olgu: 76 yaşında kadın hasta, acil servise ateş ve öksürük yakınmasıyla getirildi. Ateşinin 2–3 gündür hafifçe hissedilmeye başladığı, son 20 saatte ise belirgin hale geldiği yakınları tarafından ifade edildi. Özgeçmişinde karaciğer ve meme maliniteleri ve çene nekrozu bulunuyordu. Geldiğinde genel durumu orta, rengi soluk, koopere ancak konuşmaya isteksizdi. Kan basıncı: 165/75 mmHg, nabız: 105/dakika/ritmik, ateş: 38,9 derece idi. Farinks hafif hiperemik, dil kuru, solunum seslerinde hafif kabalaşma vardı, ancak solunum sayı ve derinliği normal sınırlardaydı, dispne yoktu. Batın muayenesi ve nörolojik muayenede bir özellik saptanmadı. Hastanın kullandığı ilaçlar; Lapatinib 250 mg, sitalopram, lansoprazol, alprazolam, asetil salisilik asid, enoksaparine ve son 4 günde amoksisilin-klavulanik asit idi. Hastanın intravenoz damar yolundan parasetamol uygulaması başlandı, ateşinin gerilemesi ile birlikte genel durumda düzelme görülmeye başlandı. Ancak kan basıncı düşmeye başladı. Bu esnada kan sonuçları geldi. Lokosit sayısı: 8,26 (4,1–11,0), nötrofil oranı: %77, Hemoglobin: 14,1, platelet sayısı: 206,000 idi. C reaktif protein (CRP): 88,7, AST, ALT, GGT, ALP, Ure, Kreatinin, bilirubinler ve laktat normal sınırlardaydı. Prokalsitonin: 0,52 (sistemik enfeksiyon riski: 0,5–2,0), sodyum (Na): 119, potasyum (K): 3,2 idi. Bunun üzerine hiponatremisi ile ilgili tedavisi başlayan hastanın plazma ve idrar osmalariteleri de bakıldı, bunlar normal sınırlarda görüldü ancak yapılan ACTH uyarı testinde sürrenal yetmezliği bulguları saptandı. Akciğer grafisinde de alt solunum yolu enfeksiyonu lehine bulguları olan hasta interne edildi. Hastanın sıvı replasmanı, kortikosteroid tedavisi ve antibiyoterapisi başlandı, ateşi, genel durumu, kan basıncı ve elektrolit değerleri hızlı bir şekilde düzelme yoluna girdi, CRP değeri yatışını takip eden süreçte önce 160'a çıktı ancak daha sonra anlamlı şekilde geriledi. 3 günlük hospitalizasyondan sonra genel durumu iyi bir şekilde taburcu edildi.

Tartışma: Yaşlı hastada klasik belirti ve bulgulara güvenmek yanıltıcı olabilir. Yakınmalar ortaya çıkmadan veya fark edilmeden önce tablolar hızla ilerleyebilir. Ayrıca çok farklı şekillerde karşımıza gelebilir ve atipik prezantasyonlar sıktır. Komorbiditeler ve bunlarla birlikte kullanılan ilaçların fazlalığı problemi daha karmaşık bir hale getirebilir. Bu yüzden yaşlı hastada, zamanın kısıtlı olduğu şartlarda olsak bile sistemik değerlendirmeyi ihmal etmemek ve laboratuarı geniş ölçüde kullanmaktan kaçınmamak gerekir.

Anahtar kelimeler: ateş, hiponatremi, sürrenal yetersizlik, yaşlı, elektrolit dengesizliği

AKUT BATIN

PS-20

DUYARLI BİR MİDE...

Tolga Taymaz[1], Çağrı Bilgiç[2]

[1]Amerikan Hastanesi Acil Servisi
[2]Amerikan Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü

Giriş: Bazen hastalar, uzun süre aynı semptomla çeşitli sağlık kurumlarına başvurabilirler. Ancak uzun süren bu tip yakınmalarda, medikal tedavilerle geçici rahatlanma sağlansa da etyoloji tam olarak açığa kavuşturulmadan rahat etmemek gerekir. Bu da birçok zaman görüntüleme yöntemlerinin yardımıyla sağlanır. Ancak özellikle yaşlılar, geçmişte fazla tıbbi problem de yaşamışlarsa, tetkikten uzak durmak isteyebilirler

Olgu: 77 yaşında bayan hasta acil servisimize, birkaç saat önce balık yedikten sonra başlayan ve bu süre içinde yavaş yavaş artan mide ağrısı yakınmasıyla geldi. Öyküsünde midesinin çok duyarlı olduğunu, yıllardır böyle ağrılar çektiğini, kusmakla bu ağrıların rahatladığını, çeşitli doktorlara gittiğini ve çok çeşitli ilaçlar kullandığını belirtti, ayrıca derin ven trombozu ve pulmoner emboli geçirdiğini söyledi. Genel durumu iyi ve koopere idi. Baş boyun muayenesinde bir özellik yoktu, solunum sesleri doğal, solunum derinliği hafif artmıştı, solunum sayısı dakikada 26 idi, dispne yoktu. Batında defans ve rebound alınmadı, ama epigastrium çok hassastı. Rektal tuşeyi reddettiği için yapılamadı. Kan basıncı: 160/95 mmHg, nabız: 82/dakika ve ritmik, ateş: 36 derece idi. Hemoglobin, beyaz küre, platelet sayıları, CRP, ALT, AST, GGT, kreatinin ve amilaz normal seviyelerde, lipaz hafif artmıştı (106). EKG'de patoloji görülmedi. Akciğer grafisi ve ayakta direkt batın grafisi çekildi, şüpheli görüntüler üzerine tomografi yapılmasına karar verildi, fakat hasta daha önce de görüntülemelerin istendiğini, buna gerek olmadığını, verilen ilaçlarla bir süre sonra rahatladığını ifade etti. Ancak uygulanan proton pompa inhibitörleri ve spazmolitik tedaviden yarar görmedi. Yemek istedi ama bulantısı olunca yiyemedi ve bunun üzerine IV kontrastlı batın ve toraks tomografisini kabul etti. Çekilen tomografide kalp arkasında mikst tip hiatal herni izlendi, midenin sıvı ile distandü olduğu görüldü. Nasogastrik sonda takıldı, hasta biraz daha rahatladığını ifade etti. Bunun dışında 6,5x5 cm'lik retrosternal guatr trakeayı sağa itmişti, Hasta, genel cerrahi tarafından interne edildi.

Tartışma: Hiatal herni (HH), gastroözafagial bileşke ve diafragmatik hiatusun normalde olması gereken anatomik ilişkisini kaybetmesiyle diyafragmadaki özofageal hiatustan, karın içi organların toraksa geçişidir. 4 türü vardır: Tip 1 HH, kayıcı tipte olarak adlandırılır proksimal kardia mediastene geçmiştir, HH'lerin %80–90'ı bu türdedir. Tip 2 HH; Paraözafagial veya Rolling herni'de mide fundusu ve periton toraks içine geçer, Tip 3: Tip 1 ve 2'nin bir arada olmasıyla görülür ve karma (mikst) herni olarak adlandırılır, Tip 4 HH'de ise diğer karın içi organlar da mediastene geçer. Olgumuzda yakınmalar uzun süredir var olmakla beraber, hastanın geçici iyiliklere razı olup görüntülemeyi reddetmesi, zaman içinde karma hernisinin dev boyutlara gelmesine yol açmıştı. Bize başvurduğunda da görüntüleme hastanın isteğiyle ertelense idi, morbidite artışı veya mortal bir tablo söz konusu olabilirdi.

Anahtar kelimeler: herni, hiatal herni, mide ağrısı, ilaca dayanıklı ağrı

KAS-İSKELET SİSTEMİ HASTALIKLARI

PS-21

YAŞ İLİŞKİLİ HİPERKİFOZİTE VE DEPRESYON ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

Gülçimen Soylu[1], Yusuf Yalvaç[2], Funda Datlı Yakaryılmaz[1], Zeynel Abidin Öztürk[1]

[1]Gaziantep Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Anabilim Dalı
[2]Gaziantep Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Amaç: Hiperkifozite, sıklıkla yaşlıları etkiler ve morbidite ve mortaliteyle yakından ilişkilidir. Depresyon, yaşlı popülasyonda sık görülen önemli bir sağlık sorunudur. Depresyon ve fiziksel hastalık arasındaki ilişki belirgindir, bu ilişki yaşlıların ve yakınlarının yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkiler yapmaktadır. Bu çalışmanın amacı; hiperkifozite ile depresyon arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Yöntem: Çalışmaya üniversitesimiz geriatri polikliniğine başvuran 142 katılımcı alındı. Blok yöntemi ile kifoz derecesi ölçüldü. Blok yöntemi için katılımcıların bir radyoloji masasına supin pozisyonda uzanmaları söylendi. Katılımcıların başlarını nötral poziyonda tutabilmeleri için 1,7 cm kalınlığında bloklar başlarının altına yerleştirildi (başları hiperextansiyon ya da hiperflexiyonda olmayacak şekilde). Kullanılan blok sayısı 1 ve üzerinde ise hiperkifozite olarak kabul edildi. Depresyon tanısında Yesavage Depresyon Skalası kullanıldı. Skalada 5 ve üzerinde puan alanlar depresyonda kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya toplam 142 birey katıldı. Hastaların ortalama yaşları 72,1±6,9 idi. Katılımcıların 36'sı erkek (%25,3), 106'sı ise bayan idi (%74,6). Katılımcılarımızın 71'i hiperkifotik, 71'i normaldi. Hiperkifotik bireylerde, yesavage depresyon ölçeğine göre depresyon sıklığı anlamlı olarak daha yüksekti (p: 0,03).

Sonuç: Hiperkifozitesi olan hastaların Yesavage depresyon skalası istatistiksel olarak anlamlı yüksekti. Bu hiperkifoziteye bağlı fonksiyonel kısıtlanma ve ağrının bir sonucu olabilir.

Anahtar kelimeler: hiperkifozite, depresyon.

HASTALIKLARIN ATİPİK PREZANTASYONLARI

PS-22

YAŞLI HASTADA PROFİLAKTİK DOZ ENOKSAPARİN TEDAVİSİ İLE GELİŞEN MAJOR EKSTREMİTE HEMATOMU

Rana Tuna Doğrul[1], Hacer Doğan Varan[1], Süheyla Çöteli[1], Olgun Deniz[1], Çağatay Çavuşoğlu[1], Ali Öncül[1], Muhammet Cemal Kızılarslanoğlu[1], Berna Göker[1]

[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı

Giriş: Cilt altında gelişen hematomlar sıklıkla travma sonrasında görülür. Eşlik eden komorbid hastalıklar (akut ve kronik böbrek hastalığı, hematolojik hastalıklar gibi), enfeksiyon, trombosit disfonksiyonuna neden olan ilaçlar hematom oluşumu için predispozan faktörlerdir. Bu olgu sunumunda kliniğimizde takip ettiğimiz hızlı ve ciddi kompartman sendromuna neden olan bir yaşlı hasta sunulmuştur.

Olgu: 84 yaşında kadın hasta uyku hali, oral alım bozukluğu nedeniyle Geriatri Servisi'ne kabul edildi. Hastanın öyküsünden hipertansiyon, kronik böbrek hastalığı, normal basınçlı hidrosefali (ventrikuloperitoneal şant), demans, parkinson hastalığı, romatoid artrit tanılarıyla takipte olduğu öğrenildi. Hasta bu nedenle nifedipin, indapamid, doksazosin, sülfasalazin, pantoprazol, asetilsalisilik asit, levadopa, ketiyapin, memantin tedavilerini almaktaydı. Alkol alım öyküsü olmayan hastanın 45 paket/yıl sigara kullanım öyküsü vardı. Yapılan

tetkikler sonucunda aspirasyon pnömonisi ve akut böbrek yetmezliği tanısı konularak hastaya medikal tedavi başlandı. Hastanın takibinde bilateral el dorsumlarında travma olmaksızın hematom gelişti. Çekilen direkt grafide kırık, hematom içinde hava izlenmedi. Gönderilen tetkiklerde Hb: 7,5 g/dL, lökosit: 3590/mcL, platelet: 135000/mcL, hemostaz parametreleri normal saptandı. Yapılan periferik yayma hipokrom mikrositer eritrositler dışında anormal hücre izlenmedi. Sol el dorsumundaki hematomda hızlı ilerleme olması üzerine ortopedi bölümünce değerlendirildi ve acil yatak başı debridman planlandı. Yatak başı işlemde cilt bütünlüğü tekrar sağlanamaması nedeniyle hasta acil operasyona alındı. Operasyonda hematom debridmanı yapılarak primer kapatıldı. Debridman materyalinden gönderilen yaymada lökosit izlenmezken silme eritrositler görüldü, kültürlerde üreme olmadı. Primer kapatılma sonrasında yeterli iyileşme sağlanamaması nedeniyle reoperasyon planlandı. Ancak sonrasında tekrarlayan enfeksiyonlar nedeniyle hastanın operasyona uygunluğu sağlanamadı. İzleminde solunum yetmezliği, septik şok gelişen hasta entübe edildi. Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesi'nde devir edilen hasta takipte exitus oldu.

Tartişma: Yaşlı hastalarda cilt altı kanamaların en sık nedenleri arasında yaşlılığa bağlı ciltte meydana gelen fizyolojik frajilite artışı, kullanılan antiagregan ve antikoagülan ilaçlar, böbrek ve karaciğer yetmezlikleri sayılabilir. Bizim vakamızda bu kadar ciddi bir kanama ile karşılaşması nedeniyle olası sekonder nedenlerin araştırılmasında patolojik bir sonuç tespit edilememiştir. Sonuç olarak yaşlı hastalarda kullanılan antiagreganlar veya antikoagülanlar beklenmedik ani kanama sorunlarına neden olabileceği bir kez daha vurgulanmıştır.

Anahtar kelimeler: Geriatrik hasta, Major ekstremite hematomu

HASTALIKLARIN ATİPİK PREZANTASYONLARI

PS-23

74 YAŞINDA ÇÖLYAK KRİZİ İLE BAŞVURAN BİR ÇÖLYAK VAKASI

Hande Selvi Öztorun[1], Tuğba Turgut[1], Deniz Mut Sürmeli[1], Remzi Bahşi[1], Murat Varlı[1], Sevgi Aras[1]

[1]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi Geriatri Bilim Dalı

Giriş: Çölyak hastalığı genellikle genç erişkinleri etkileyen bir hastalıktır. Son yıllarda tanı yöntemlerinde olan gelişmeler ve duodenal biyopsinin hızlı ve çabukça yapılabilmesi nedeniyle daha çok tanı alan bu hastalığın herhangi bir yaşta başlayabileceği görülmüştür. Yaşlılarda çölyak hastalığının semptomları genellikle belirsizdir ve tanı sıklıkla gecikir veya gözden kaçırılır. Bazen de çocukluk çağında görülen tablolar gibi yaşlı hastalar da çölyak krizi tablosu ile gelebilir. Burada çölyak krizi ile polikliniğimize başvuran 72 yaşında bir hasta vaka olarak sunulmuştur.

Vaka: 74 yaşında kadın hasta polikliniğimize son 2 yıldır olan ancak son 1 haftadır şiddetlenen ishal ve karın şişliği şikayeti ile başvurdu. Daha önce pek çok defa çeşitli sağlık birimlerine başvurmuş ancak hipokalsemi ve hipoalbumineminin sebebi bulunamamış. Hastaya aralıklı pek çok defa albumin infüzyonu yapılmış. Sürekli kullanmakta olduğu ilaç yoktu. Özgeçmişte meme kanseri, avasküler nekroz vardı. Günde 7–8 defa olan kronik kalın barsak tipi non sekratuar ishal tariflemekteydi. Muayenede; ateş 37,6°C, nabız: 101, kan basıncı 98/54 mmHg, hasta düşkün görünümde idi, bilateral orta zona kadar solunum sesleri azalmıştı. Batın batında distandü, masif asit var idi. Sol kolda lenfödem mevcut idi. PTÖ: ++++/++++ olarak tespit edildi. Hastanın yapılan tetkik sonuçları Tablo-1'de özetlenmiştir. Hasta ileri tetkik ve tedavi için servise yatırıldı. Elektrolit ve nutrisyonel destek verildi. Asit etyoloji için yapılan diğer tetkikler negatif olarak saptandı. Kalp yetmezliği veya herhangi bir malignite tespit edilmedi. Gayta mikroskopisinde eritrosit, lökosit görülmedi. Parazit testleri negatif olarak geldi. C. Difficile negatifti ve gayta kültüründe anlamlı patojen yoktu. Yapılan endoskopi-kolonoskopi sonucu: Mide fundus, korpus ve antrum hiperemik izlendi. Doudenum biyopsisi alındı. Kolonoskopide görülen tüm alanlarda gross patoloji izlenmedi. Biyopsi sonucu: diffüz intraepitelyal lenfosit artışı gösteren duodenum mukozası olarak geldi. Hasta; ciddi klinik şüphe ve pozitif biyopsi sonucu olması nedeni ile çölyak hastalığı ve masif asit ve diyare nedeni ile çölyak krizi olarak kabul edildi. Gluten kısıtlı diyet ile gayta sayısı ve miktarı geriledi. Albumin değerleri yükselme eğilimine girdi. Diyet tedavisinden ciddi fayda gördü. Klinik tabloda belirgin iyileşme sağlandı.

Sonuç: Yaşlıda elektrolit dengesizlikleri, hipoalbuminemi, demir eksikliği anemisi, vitamin eksikleri, nedeni belli olmayan aseptik nekroz durumlarında, asit etyolojisi araştırılırken, kronik diyare etyolojisi araştırılırken çölyak hastalığı mutlaka akla getirilmelidir. Her ne kadar yaşlılarda genç erişkinlerden daha nadir görülse de daha sessiz klinik tablolara yol açarak yaşamı tehdit eden kriz durumlarına neden olabileceği düşünülmeli ve ileri tetkikler yapılmalıdır. Hastaların yaklaşık %9'unda otoantikorların negatif saptanabileceği de bildirilmiştir. Glutensiz diyet tedavi edicidir.

Anahtar kelimeler: yaşlı, çölyak hastalığı, çölyak krizi

Tablo 1. Hasta Tetkik Sonuçları

	Hastanın sonucu	*Birimi*	*Referans Degerler*
Kan Üre Azotu (BUN)	23	mg/dL	8–23
Kreatinin	0,52	mg/dL	0,5–0,9
Sodyum (Na)	141	mEq/L	136–145
Potasyum (K)	* 3,2	mEq/L	3,5–5,1
Klor (Cl)	107	mEq/L	98–108
Kalsiyum (Ca)	* 6,2	mg/dL	8,6–10,2
Fosfor (P)	* 2,1	mg/dL	2,7–4,5
Magnezyum (Mg)	* 1,12	mg/dL	1,6–2,6
Total Protein	* 5,6	g/dL	6,6–8,7
Albümin	* 1,8	g/dL	3,5–5,2
Alanin Aminotransferaz (ALT)	* 42	U/L	< 34
Aspartat Aminotransferaz (AST)	41	U/L	< 41
Gama Glutamil Transferaz (GGT)	* 49	U/L	5–36
Laktat Dehidrojenaz (LDH)	* 263	U/L	125–220
Alkalen Fosfataz (ALP)	* 304	U/L	35–104
Demir (Fe)	32	µg/dL	28–170
TDBK (Total Demir Baglama Kapasitesi)	* 103	µg/dL	261–478
Transferrin Saturasyonu	31	(%)	13–45
Ferritin	240	ng/mL	11–307
Sedimantasyon	* 27	mm/saat	0–25
Lökosit (WBC)	6,5	x10^9/L	4,5–11
Trombosit (PLT)	240	x10^9/L	150–400
Hemoglobin (Hb)	* 8,8	g/dL	11,7–16,1
Hematokrit	* 28,7	%	35–47
Ortalama Eritrosit Hacmi (MCV)	98,2	fL	81–102
B12 Vitamini	322,4	pg/mL	191–663
Folik Asit	5,19	ng/mL	4,60–18,70
CRP	4,4	mg/L	0,0–3,0
25-Hidroksi Vitamin D	10	µg/L	Kıs 10–60 Yaz 20–120
Anti Endomysium Ig G Antikoru (IFA)	Negatif		
Anti Endomysium Ig A Antikoru (IFA)	Negatif		
Anti Gliadin Antikor IgA	5,0	U/mL	0–12
Anti Doku Transglutaminaz IgG (EIA)	3,0	U/mL	0–10
Anti Doku Transglutaminaz IgA (EIA)	1,6	U/mL	0–10
Anti Gliadin Antikor IgG	2,7	U/mL	0–12

KAS-İSKELET SİSTEMİ HASTALIKLARI

PS-24

YAŞ İLİŞKİLİ HİPERKİFOZİTE İLE KAS KÜTLESİ VE KAS FONKSİYONU ARASINDAKİ İLİŞKİNİN SAPTANMASI

Gülçimen Soylu[1], Yusuf Yalvaç[2], Funda Datlı Yakaryılmaz[1], Zeynel Abidin Öztürk[1]

[1]Gaziantep Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı
[2]Gaziantep Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Amaç: Hiperkifozite prevalansı yaşlı bireylerde artmakta ancak henüz yaş ve vertebral fraktür dışındaki risk faktörleri net olarak belirlenememiştir. Daha önceki çalışmalarda paraspinal kas kompozisyonu, spinal extensör kas güçsüzlüğü, bozulmuş alt extremite fiziksel fonksiyonu ile ilişkilendirilmiştir. Bu çalışmadaki amaç, yaşlanmayla birlikte kaslarda görülen yapısal ve fonksiyonel gerileme ile hiperkifozite arasındaki ilişkinin saptanmasıdır.

Yöntem: Çalışmaya ocak 2017 ile ocak 2018 tarihleri arasında üniversitesimiz geriatri polikliniğine başvuran 142 katılımcı alındı. Blok yöntemi ile kifoz derecesi ölçüldü. Blok yöntemi için katılımcıların bir radyoloji masasına supin pozisyonda uzanmaları söylendi. Katılımcıların başlarını nötral poziyonda tutabilmeleri için 1,7 cm kalınlığında bloklar başlarının altına yerleştirildi (başları hiperextansiyon ya da hiperflexiyonda olmayacak şekilde). Kullanılan blok sayısı 1 ve üzerinde ise hiperkifozite olarak kabul edildi.

Bulgular: Katılımcılarımızın 71'i hiperkifotik, 71'i normaldi. Hastaların ortalama yaşları 72,1±6,9 idi. Katılımcıların 36'sı erkek (%25,3), 106'sı ise bayan idi (%74,6). Hastaların yürüme hızı değerlendirildiğinde hiperkifotik grupta anlamlı olarak düşük saptandı ($p<0,001$). Her iki grup arasında SMM ve SMMI arasında anlamlı fark yoktu (p: 0,260 ve p: 0,733). Yine el gücü değerlendirmesinde de istatistiksel yönden anlamlı bir fark yoktu (0,157).

Sonuç: Hiperkifozite sağlık, yaşam kalitesi ve fiziksel fonksiyon üzerine olumsuz etkileri olmasına rağmen sağlık çalışanları tarafından yeterince önemsenmemektedir. Henüz standart bir tedavisi yoktur, egzersiz temelli tedaviler ön plandadır. Kas güçlendirme egzersizleri dışında yeni tedavi modalitelerine ihtiyaç vardır. Yaşla birlikte sarkopeni insidansı artmakta ve myostatin inh/flavonoidler gibi ilaçlar araştırılmaktadır. Bunlar kas gücünü artırarak postur ilişkili ilerleyici kifoz için umut verici olabilir.

Kaynaklar

1. Katzman et al. Kyphosis and paraspinal muscle composition in older men: a cross-sectional study for the osteoporotic fractures in men (MrOS) research group. BMC Musculoskeletal Disorders 2014, 15:19
2. Katzman et al. Physical Function in Older Men With Hyperkyphosis. Journals of Gerontology: MEDICAL SCIENCES, 2015, 635–640 doi: 10,1093/gerona/glu213.

Anahtar kelimeler: hiperkifozite, kas kütlesi, kas fonksiyonu.

Tablo1. Hasta tetkik sonuçları

	Normal grup	Hiperkifotik grup	p değeri
Baldır çevresi (cm)	45,8±15,6	47,3±13,4	0,35
Bel çevresi (cm)	101,0±19,2	105,0±17,0	0,20
Kalça çevresi (cm)	96,8 ±28,5	103,9±22,3	0,11
Kol çevresi (cm)	30,6±5,8	29,9±4,5	0,47
Yürüme hızı (m/s)	0,71±0,2	0,56±0,2	0,00
SMM (kg)	27,3±4,6	26,4±4,2	0,26
SMMI (kg/m2)	10,7±1,5	10,8±1,6	0,73
El gücü (kg)	25,5±12,8	22,2±13,8	0,15

DEMANS-DEPRESYON-DELİRYUM

PS-25

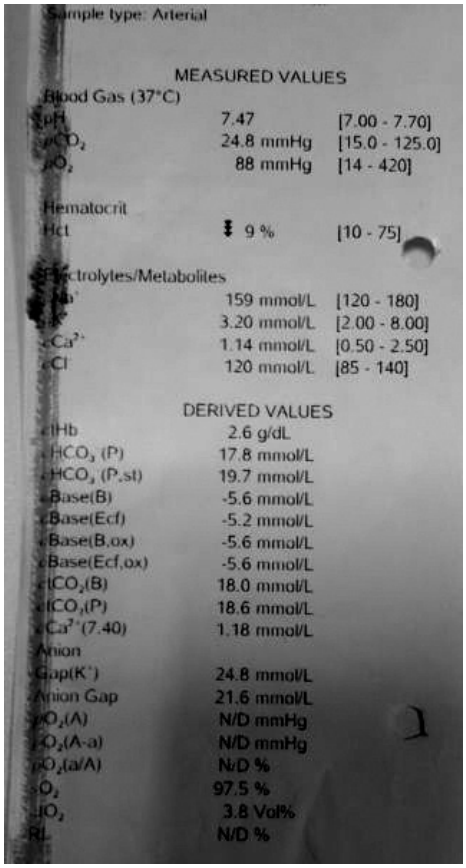
ALZHEİMER HASTALIĞINDA ASPİRASYON PNÖMONİSİ: OLGU SUNUMU VE LİTERATÜR GÜNCELLEMESİ

Yasemin Gül Aydemir[1]

[1]Tekirdağ Malkara İlçe Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

Aspirasyon, orofarengeal veya gastrik içeriğin larenks ve alt solunum yollarına geçişine denir. Aspirasyon sonucunda başlıca iki pulmoner sendrom ortaya çıkar. Bunlardan birincisi aspirasyon pnömonitisidir (Mendelson sendromu) ve steril gastrik içeriğin aspirasyonu ile oluşan akut kimyasal hasarı tanımlar. İkincisi, enfeksiyon etkenleriyle kolonize olmuş orofarengieal sekresyonun aspirasyonu ile oluşan ve infeksiyöz bir tablo olan aspirasyon pnömonisidir. Aspirasyon pnömonisinde yaş önemli bir risk faktörüdür. Yaşlılarda yutma ve öksürük refleksinin bozukluğuna bağlı olarak aspirasyon riskinin arttığı düşünülmektedir. Yaşlı hastalarda, nöromusküler hastalıklar ve disfaji aspirasyona neden olan diğer risk faktörleridir. Alzheimer hastalığı; bilişsel işlevlerde ve günlük yaşam etkinliklerini sürdürme becerilerinde azalma, davranışsal değişimler ve psikiyatrik belirtiler ile karakterize, progresif nörodejeneratif bir hastalıktır. Alzheimer hastalığının oluşumunda yaşlanmanın önemli bir risk faktörü olduğu ve 65 yaş sonrasında hastalığın görülme sıklığının her beş yılda bir iki katına çıktığı bildirilmiştir. Olgumuzda nefes darlığı şikayetiyle acil servise getirilen Alzheimer tanılı 73 yaşında bir erkek hastada tespit edilen aspirasyon pnömonisi sunulmuş ve Alzheimer hastalığı olan yaşlılarda aspirasyon pnömonisinin öneminin vurgulanması amaçlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Aspirasyon pnömonisi, yaşlılık, Alzheimer hastalığı



Tablo 1. Günlük laboratuvar bulguları

	1. gün	*2. gün*	*3. gün*	*4. gün*	*5. gün*	*6. gün*
Kreatinin mg/dL	0,9	0,8	0,91	0,84	0,92	0,82
ALT U/L	37	26	14	14	13	23
AST U/L	45	20	16	13	16	32
Üre mg/dL	81	97	84	68	67	63
GGT U/L	40	29	21	26	44	63
Albumin g/dL	-	-	1,9	2,4	-	2,6
Kalsiyum mg/dL	7,1	6,7	7,1	6,7	6,9	7,3
Sodyum mmol/L	151	151	158	156	156	153
Klor mmol/L	116	115	122	120	118	114
Potasyum mmol/L	4,1	3,1	3,7	3,7	3,5	4,1
CRP mg/L	84,83	87,34	89,18	76,17	78,74	77,53
HGB g/dL	11,7	9,2	9,6	10	9,8	9,7
MCV fL	91,6	91	88,2	87,6	87,9	90
WBC/mm3	20240	15160	11130	13250	11740	11450
NEUT/mm3	18030	13370	9850	-	10210	9900
NEUT %	89,1	88,2	88,5	-	87	86,4
PLT/mm^3	338000	273000	304000	292000	316000	299000
Troponin I A2	-	0,02	0,03	0,04	0,03	0,04
Sedimentasyon mm/s	-	120	103	68	56	-

HEMATOLOJİK VE ONKOLOJİK HASTALIKLAR

PS-26

KAN ŞEKERİ REGÜLASYONUNUN ÖLÜMCÜL DÜŞMANI: PANKREAS KANSERİ

Hüseyin Yağcı[1], Mustafa Kemal Kılıç[2], Fatih Karaahmet[3], Murat Kekilli[3]

[1]T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği
[2]T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Geriatri Polikliniği
[3]T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği

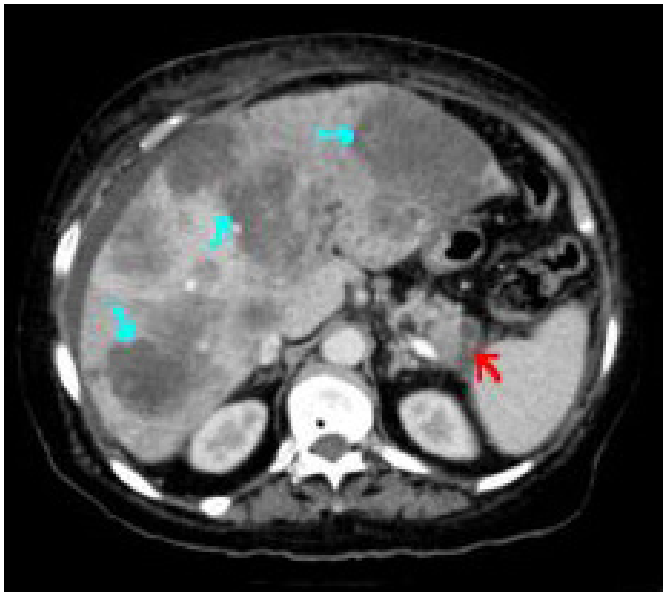
Giriş: Pankreas kanseri sıklığı 50 yaşından itibaren lineer olarak artmaktadır. Nadir görülen bir kanser olmakla beraber kanser ölümlerinde 4. sıradadır. Kan şekeri regülasyonu bozulan geriatrik bir olgudaki pankreas kanseri tanı sürecini sunuyoruz.

Olgu sunumu: Seksen yaşında bir kadın hasta baş dönmesi şikayetiyle Geriatri Polikliniği'ne başvurdu. Baş hareketleriyle ve ani ayağa kalkışlarla tetiklenen hareket hissi olduğu öğrenildi. Uzun zamandır diyabet ve hipertansiyon ile takipli olup lizinopril 1x10 mg, asetilsalisilik asit 1x100 mg, indapamid 1x1,5 mg, metformin 2x1000 mg kullandığı; 2 ay önce mevcut tedavisine insülin glarjin 1x18Ü eklendiği öğrenildi. Hikayesinden 3 ay önce eşinin ölümüyle beraber iştahsızlık ve uykuya dalma güçlüğü şikayetlerinin başladığı öğrenildi. Üç ay önce 86 kg iken 74 kg'ya gerilediği bildirildi. Alkol kullanımı olmayan hastanın, 8 paket. yıl sigara içtiği ancak 20 yıldır içmediği, katarakt ve retina dekolmanı operasyonu geçirdiği, bilinen alerjik hastalığı olmadığı kaydedildi. Soygeçmişi özellik arz etmeyen hastanın fizik muayenesinde kan basıncının yatarken, otururken ve ayakta 110/80 mmHg ve nabzının 80 atım/dk olduğu saptandı. Sol karotis üzerinde üfürüm duyulan hastanın karaciğer alt kenarının kot altında 1 cm kadar uzandığı hissedildi, Traube açıktı. Vücut ağırlığı 68 kg ve boyu 150 cm olan hastanın beden kitle indeksi 30,2 kg/m^2 olarak hesaplandı. Tablo-1'de geriatrik değerlendirme testleri görülmektedir.

Tetkik sonuçlarını göstermeye gelmeyen hastanın yakınlarından yaklaşık 1,5 ay sonra hastaya pankreas adeno kanseri teşhisi konulduğu bilgisi tarafımıza ulaştırıldı. Karında ani şişlik gelişen hastanın abdominal BT'sinde pankreas kuyruk kesiminde 24 mm çapında nekrotik komponentler içeren nodüler lezyonu olduğu, karaciğer sağ lobunun vertikal olarak 18 cm olduğu, 7 ve 8 cm'lik iki büyük odak dışında çok sayıda metastaz izlenimi veren odakların saptandığı raporlandı (Şekil-1). Assite ek olarak toraks BT'sinde plevral efüzyonu olduğu saptandı. Tablo-2'de laboratuar parametreleri görülmektedir.

Tartışma: Hızlı kilo kaybı ve şeker regülasyonunda bozulma bu olguda da görüldüğü üzere bir çok farklı etiyolojiyle açıklanabilir. Hastanın eşinin ölümüyle birlikte depresyona girmesi gerek diyet gerekse ilaç uyumunu olumsuz etkilemiş olabilir, iştah ve kilo kaybına da neden olabilir. Kan şekeri regülasyonu bozulduğunda akla en sık gelen enfeksiyonlar, tedavi/diyet uyumsuzluğu, insülin antikorları, lipoatrofi/lipohipertrofi gibi nedenlere ek olarak yaşlı hastalarda pankreas kanseri de akla getirilmelidir. Tanıyı geciktiren bir diğer etken de tümörün kuyruk yerleşimli olmasıdır ki bu durum pankreas kanserlerinin ancak %5–10'unu teşkil etmektedir. Diyabet ve pankreas kanserinin neden-sonuç ilişkisi tartışmalıdır. Diyabetin uzun vadede pankreas kanserine yol açabileceğine dair kanıtlar da olmakla beraber ileri yaşta akut olarak bozulan glisemik kontrolde öncelikle araya giren neoplastik bir süreç ihtimali akla getirilmelidir.

Anahtar kelimeler: glisemik kontrol, neoplastik süreç, insülin antikorları, depresyon, pankreas adenokarsinomu



Tablo 1. Çok yönlü geriatrik değerlendirme testleri

Katz Günlük Temel Yaşam Aktiviteleri Testi	6/6
Lawton-Brody Enstrumental Günlük Yaşam Aktiviteleri Testi	12/17
Mini Nutrisyonel Değerlendirme Testi	7/14
Yesavege Geriatrik Depresyon Ölçeği	2/15
Mini Mental Durum Değerlendirme	26
Zamanlamalı Kalk ve Yürü Testi (sn)	18
Saat Çizme Testi	6/6
Study of Osteoporotic Fractures Kırılganlık İndeksi	Prefrail

Tablo 2. Başvuru ve kanser tanısı arasında laboratuar parametrelerinin değişimi

Biyokimya	*06,11,2017*	*12,12,2017*
Glukoz, mg/dl	127	111
Üre, mg/dl	25	58
Kreatinin, mg/dl	0,73	1,32
Ürik asit, mg/dl	8,1	9,7
Albumin, g/dl	4,2	3
Protein, g/dl	7,1	5,9
Kolesterol, mg/dl	190	148
Trigliserid, mg/dl	152	197
LDL, mg/dl	125	89
HDL, mg/dl	35	19
ALP, U/L	244	478
GGT, U/L	550	984
ALT, U/L	27	56
AST, U/L	39	119
Na, mmol/L	137	138
K, mmol/L	4	5
Ca, mg/dl	9,7	9,1
P, mg/dl	3,4	-
Hemogram	06,11,2017	12,12,2017
Hb, g/dl	14,8	15,7
MCV, fL	82,1	81,1
WBC, /mm^3	13000	21300
PLT, /mm^3	326000	297000

KAS-İSKELET SİSTEMİ HASTALIKLARI

PS-27

YAŞ İLİŞKİLİ HİPERKİFOZİTE İLE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN SAPTANMASI

Gülçimen Soylu[1], Yusuf Yalvaç[2], Funda Datlı Yakaryılmaz[1], Zeynel Abidin Öztürk[1]

[1]Gaziantep Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Anabilim Dalı
[2]Gaziantep Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Amaç: Yaşlı kişilerde tedavinin temel amaçlarından biri yaşam kalitesini iyileştirmektir. Yaşam kalitesini bozan risk faktörlerinden bir tanesi de hiperkifozite olarak ortaya çıkmaktadır. Hiperkifotik kadınlarda, daha fazla fiziksel zorluk, hayatlarına daha zor adaptasyon, genel korkularının daha büyük olduğu gözlemlenmiştir. Biz bu çalışmamızda hiperkifozite ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesini amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya geriatri polikliniğine başvuran toplam 97 kişi alınmıştır. Bireylerin kifozitesi tanıda altın standart olan cobb açısı hesaplanarak ölçülmüştür. Cobb açısı, bireylerin ayakta çekilen lateral grafileri üzerinden iki klinisyen tarafından kör olarak hesaplama yapılmış ve $\geq$40° hiperkifozite kabul edilmiştir. Hastaların yaşam kalitesi değerlendirmek için SF-36 yaşam kalitesi değerlendirme ölçeği uygulanmıştır. Bu ölçekte; fiziksel sağlık (fiziksel fonksiyon, fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, ağrı ve genel sağlık algısı) ve mental sağlık (canlılık, sosyal işlevsellik, emosyonel rol kısıtlılıkları, mental sağlık) olarak iki ana gruba ayrılmakta ve sağlıkla ilgili 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır. Ölçeğin her sorusunun şıklarına 0 ile 100 arası puan verilmekte ve en sonunda grupların kendi arasında ortalaması alınmaktadır. Yüksek puanlar sağlıkta daha iyi bir düzeyi işaret ederken, düşük puanlar sağlıktaki bozulmayı göstermektedir.

Bulgular: SF-36 formundaki parametreleri Cobb açısıyla kifozite ölçümü yapılan bireyler ile beraber değerlendirmeye aldık. Katılımcıların ortalama yaşı 72,1±6,9 idi. Hastaların %22,6'sı erkek, %77,4'ü kadındı. Cobb açısına göre 44 (%41,1) hasta hiperkifotik, 63 (%58,9) hasta normaldi. Cobb açısı ile tespit edilen sağlam ve hiperkifotik hastaların yaşam kalitesinde değerlendirilen parametrelerinde istatiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. (Tablo 1). ECV (Enerji, canlılık, vitabilite), RS (ruh sağlığı), Sİ (sosyal işlevlik) ve Ağrıda hiperkifotik grubun skorları daha düşüktü ancak istatiksel olarak anlamlı değildi.

Sonuç: Çalışmamız literatürde yaş ilişkili hiferkifozite ve sağlık yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi ilk ortaya koyan çalışma olması açısından oldukça önemlidir. Hiperkifozitesi bulunan ve bulunmayan hastalarda sağlık yaşam kalitesi yönünden fark olmamakla birlikte daha büyük ve kırılgan hasta gruplarında çalışmaların yapılması önemlidir.

Kaynaklar

1. Tamir Ailon et al. Progressive Spinal Kyphosis in the Aging Population. Neurosurgery 77: S164-S172, 2015 DOI: 10,1227/NEU. 0000000000000944.
2. Gail A. Greendale et al. Yoga decreases kyphosis in senior women and men with adult onset hyperkyphosis: results of a randomized controlled trial. J Am Geriatr Soc.2009 September; 57 (9): 1569–1579. doi: 10,1111/j. 1532–5415,2009,02391. x.

Anahtar kelimeler: hiperkifozite, yaşam kalitesi

Tablo 1. Cobb açısına göre sağlam ve hiperkifotik hastaların yaşam kalitesi ortalama puanları.

SF-36 yaşam kalitesi	*Normal grup*	*hiperkifotik grup*	*Genel ortalama*	*p değeri*
FF	85,7	85,0	85,2	0,852
FRG	100,0	100,0	100,0	.
ERG	100,0	100,0	100,0	.
ECV	47,1	41,0	43,8	0,323
RS	55,4	46,0	49,8	0,119
Sİ	60,7	51,3	55,1	0,412
AĞRI	51,0	45,0	47,0	0,645
GSA	39,2	40,0	39,7	0,884

BAKIM HİZMETLERİ UYGULAMALARI
(AKUT, POST-AKUT, REHABİLİTASYON, PALYATİF, UZUN DÖNEM VE EVDEBAKIM)

PS-28

PALYATİF BAKIM ÜNİTESİNDE TAKİP EDİLEN HASTALARDA BASI YARASI SIKLIĞI

Arif Aksak[2], Funda Datlı Yakaryılmaz[1], Zeynel Abidin Öztürk[1]

[1]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı
[2]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Bası yaraları; morbidite ve mortaliteye neden olabilen, erken tedbirler alındığı takdirde önlenebilir geriatrik sendromlardan biridir. Geriatrik hasta populasyonu; yaşa bağlı fizolojik değişikliklerin yanı sıra artmış komorbid hastalıklar nedeni ile bası yaralarının sık görüldüğü grubu oluşturmaktadır. Gelişen bası ülserlerinin %70'i 65 yaş ve üzerindedir. Hastanede yatanlarda insidans %3–30 arasındayken evde bakımı yapılanlarda %4–15'tir. Bu çalışmada palyatif bakım ünitesinde yatan hastalarda bası yaralarının diğer geriatrik sendromlar ile ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Materyal-metod: Palyatif bakım ünitesinde yatan 121 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların 70 (%57,9)'i kadın, 51 (%42,1)'i erkekti ve yaş ortalamaları 75,4± 0,9 du. Hastaların 34 (%28,1)'ünde bası yarası mevcuttu. Bası yarası sınıflandırmasında Amerika'daki Ulusal Bası Yarası Danışma Heyetinin (NPUAP) sınıflaması kullanıldı. Çalışmaya alınan tüm hastalara ayrıntılı geriatrik testler uygulandı.

Bulgular: Yatan hastalar değerlendirildiğinde; günlük yaşam aktiviteleri, enstrümental günlük yaşam aktiviteleri ve minimental test skorları bası ülseri olanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptandı (p<0,05) (Tablo 1).

Sonuç: Yaşlı hastalarda; yaşa bağlı değişiklikler, sosyal faktörler, hastalıklar gibi pek çok potansiyel sebebe bağlı olarak fonksiyonel yetersizliğe daha sık rastlamaktadır. Özellikle palyatif bakımın ünitelerinde fonksiyonel yetersizliği ön planda olan yaşlı hastalarda, bası yaraları sık karşılaşılan problemler arasında yer almaktadır. Yaptığımız çalışmada fonksiyonel yönden yetersizliği bulunan geriatrik hastalarda bası yaralarının daha sık olduğunu saptandık.

Anahtar kelimeler: BASI YARASI

Tablo 1. Bası Yarası ve Kapsamlı Geriatrik Testler

	Bası yarası	*Bası yarası*	
	VAR	*YOK*	*P*
GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTESİ	4,62± 4,24	8,09± 4,02	0,000*
ENSTRÜMENTAL GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ	1,59±1,95	3,09±2,20	0,001*
MİNİ MENTAL TEST	21,24±6,54	24,21±5,04	0,009*
YESAVEGA DEPRESYON SKALASI	4,62±3,29	3,90±3,47	0,300

PS-29

PALYATİF BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN HASTALARDA BESLENME DURUM DEĞERLENDİRMESİ

Arif Aksak[1], Funda Datlı Yakaryılmaz[2], Zeynel Abidin Öztürk[2]

[1]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı

Giriş: Geriatrik populasyonda; kronik hastalıklar, fiziksel yetersizlik, çiğneme problemleri, sosyal izolasyon ve polifarmasi gibi nedenlere bağlı olarak malnütrisyon sık görülür. Ayrıca malnütrisyon; geriatrik popülasyonda artmış morbidite ve mortaliteyle ilişkilidir. Malnütrisyonun hastanede yatış süresinde uzama, hastaneye başvuru sıklığında artış, enfeksiyon sıklığında artış, kötü yara iyileşmesi, ağrı ve fonksiyonel yetersizlik ile ilişkili olduğu yapılan birçok çalışmada gösterilmiştir. Bu çalışmamızda malnütrisyon ile diğer geriatrik sendromlar arasındaki ilişkinin incelenmesi hedeflendi.

Materyal metod: Çalışmaya palyatif bakım ünitesinde yatan 121 hasta dahil edildi. Hastaların 70 (%57,9)'i kadın, 51 (%42,1)'i erkekti ve yaş ortalamaları 75,4± 0,9'du. Nutrisyonel değerlendirme için hastalara Mini Nütrisyonel Değerlendirme (MNA-SF) kısa formu uygulandı. MNA-SF puanlamasında; normal beslenme (11–14 arası), malnütrisyon riski altında (7–11 arasında) veya malnütre kabul edildi. Çalışmaya alınan tüm hastalara ayrıntılı geriatrik testler uygulandı.

Bulgular: Palyatif bakım ünitesinde yatan malnütrisyonu olan hastalar değerlendirildiğinde; günlük yaşam aktiviteleri, enstrümental günlük yaşam aktiviteleri, yesevage geriatrik depresyon skalası, minimental test skorları, vizuel analog skalası (VAS) ve albumin düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı düşük saptandı (p<0,05). Ancak nutrisyonel durum ile yatış süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Tablo 1).

Tartışma: Yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte geriatrik sendromlarla daha sık karşılaşmaktayız. Bunlar arasında malnütrisyon; birçok kronik hastalığa eşlik etmesi, mortalite ve morbiditeye neden olması açısından önemli bir geriatrik sendromdur. Geriatrik hasta; psikolojik, sosyoekonomik, ailesel ve toplum sağlığı açılarından farklı bir yaş grubudur; fonksiyonel kapasitede azalmalar ve kayıpların yanı sıra beslenme yetersizliği de sıklıkla eşlik etmektedir. Çalışmamızda malnütrisyonu olan hastalarda yapılan kapsamlı geriatrik testlerde de yetersizlikler saptanmıştır. Bu nedenle tüm 65 yaş üzeri tüm hastalarda beslenme durumunun değerlendirme oldukça önemlidir.

Anahtar kelimeler: BESLENME, GERİATRİ

Tablo 1. Cobb açısına göre sağlam ve hiperkifotik hastaların yaşam kalitesi ortalama puanları.

	MNA-SF	*MNA-SF*	*MNA-SF*	
	Malnütre	*Riskli*	*Normal*	*P*
Günlük Yaşam Aktivitesi	4,89± 3,58	9,85± 3,75	12,62± 1,98	0,000*
Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri	1,66± 1,61	4,03±2,13	5,00± 2,12	0,000*
Mini Mental Test	21,73± 6,09	25,68± 4,01	26,69± 1,97	0,000*
Yesavege Depresyon Skalası	4,99± 3,56	3,53± 2,67	0,54± 0,87	0,000*
VAS	4,59± 3,41	4,18± 3,16	2,00± 3,34	0,039*
Yatış Süresi	23,96± 24,24	18, 59± 18,00	23,62± 32,41	0,541
Albümin Seviyesi	3,02± 0,60	3,39± 0,62	3,59± 0,43	0,001*

BAKIM HİZMETLERİ UYGULAMALARI
(AKUT, POST-AKUT, REHABİLİTASYON, PALYATİF, UZUN DÖNEM VE EVDEBAKIM)

PS-30

PALYATİF BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN HASTALARA AİT DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Funda Datlı Yakaryılmaz[1], Arif Aksak[2], Mehmet Aksoy[2], Zeynel Abidin Öztürk[1]

[1]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı
[2]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Palyatif bakım (PB); hayatı tehdit eden hastalıklarda, hastalığın erken aşamasından itibaren yaşam süresini uzatmaya yönelik yaklaşımlardır. Hastalığın yol açtığı semptomlar, ağrı ve strese yönelik yaklaşımlarla birlikte destek verilmesini kapsar. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de artan yaşam süresine bağlı olarak kronik hastalıkların görülme sıklığı artmaktadır. Bu sebeple bu hastalarda PB ihtiyacı da gün geçtikçe artış göstermektedir. Bu çalışmamızın amacı palyatif bakım merkezimize yatan hastaların klinik ve demogafik özelliklerini sunmaktır.

Yöntem: Bu çalışma son altı ay içerisinde Şahinbey Eğitim Araştırm Hastanesi palyatif bakım merkezine (PBM) kabul edilen hastaların retrospesifik olarak incelendiği bir çalışmadır. PBM merkezimize 6 aylık süre boyunca yatan hastaların demografik özellikleri, komorbid durumları, yatış süreleri hastane kayıtlarından elde edildi.

Bulgular: Çalısmaya 121 hasta dahil edildi. Hastaların 70 (%57,9)'i kadın, 51 (%42,1)'i erkekti ve yaş ortalamaları 75,4± 0,9 du. Hastaların ortalama yatış süresi 22,4 ± 2,1. gündü. En sık eşlik eden 3 komorbidite; kronik hastalıklar (dm-ht-kah) (%51,2), malignntte (%26,4) ve demans (%15,7) olarak saptandı. En sık oral alım bozukluğu (%28,9), genel durum bozukluğu (%23,1) ve ağrı (%20 ,7) şikayetleri ile yatış yapıldı. Hastaların tanılarına göre yatış süresi Tablo 1'de, yatış süresini etkileyen faktörler Tablo 2'de paylaşılmıştır.

Tartışma: Tum dünya da olduğu gibi ülkemizde de palyatif bakım ihtiyacı olan hasta sayısı giderek artmaktadır. Bu çalışmamızda palyatif bakım ünitesine yatan hastaların demografik özellikleri, yatış süreleri, komorbid hastalıkları ve yatış nedenlerine iliskin faktörleri inceledik. Özellikle geriatrik hastalarda kronik hastalıkların mevcudiyeti palyatif bakım ihtiyacını ve süresini artıran bir faktör olarak görülmektedir.

Anahtar kelimeler: palyatif bakim ünitesi

Tablo 1. Yatış tanısına göre hastaların yatış süresi

	n	*Yatış süresi*
Oral alım bozukluğu	36	26,06± 29,46
Genel durum bozukluğu	28	20,96± 19,80
Enfeksiyon	11	18,91± 15,31
Ağrı	25	20,12± 23,33
Bası yarası	5	36,20± 20,68
Nefes darlığı/öksürük/balgam	16	18,44± 20,68
Total	121	22,41± 23,61

Tablo 2. Yatış süresini etkileyen faktörler

	Yatış süresi	*p*
Yaş	75,40±10,06	0,114
Günlük temel yaşam aktiviteleri	7,12± 4,53	0,000*
Enstrümental günlük temel yaşam aktiviteleri	2,66 ± 2,23	0,001*
Mini mental test	23,37± 5,63	0,062
Yesevage depresyon sklası	4,10± 3,42	0,000*
Mini nutrisyon testi	1,50± 0,68	0,000*
Ağrı	4,20± 3,40	0,010*
Polifarmasi	2,85± 1,34	0,520
Yatış albumin düzeyi	3,19± 0,62	0,041*
Yatış hemoglobin düzeyi	11,61± 2,25	0,000*
Yatış CRP düzeyi	60,41± 63,53	0,414

DİĞER DURUMLAR
(DÜŞME VE DENGE BOZUKLUKLARI, AĞRI, UYKU BOZUKLUKLARI, UYGUNSUZ İLAÇ KULLANIMI, İLAÇ ETKİLEŞİMİ, İLAÇ YAN ETKİLERİ VB)

PS-31

GERİATRİK POPÜLASYONDA DÜŞME VE METABOLİK SENDROM ARASINDAKİ İLİŞKİ

Funda Datlı Yakaryılmaz[1], Gülçimen Soylu[1], Zeynel Abidin Öztürk[1]

[1]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı

Amaç: Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilen metabolik sendrom, tüm yaş gruplarını etkilemekle birlikte epidemiyolojik veriler metabolik sendrom sıklığının yaşla birlikte artış gösterdiğini ortaya koymaktadır. Yaşlı bireylerde artan yaşla ortaya çıkan birçok komorbid hastalık ve ilaç kullanımı dengeyi etkileyebilmektedir. Çalışmanın amacı, geriatrik populasyonda dengenin değerlendirilmesi ve denge bozukluğunun metabolik sendrom ile ilişkisinin araştırılmasıdır.

Yöntem: Geriatri polikliniğine başvuran 351 hasta çalışmaya alınmıştır. Metabolik sendrom için farklı tanı kriterleri olarak; insülin direncini de içeren 1999-Dünya Sağlık Örgütü Metabolik sendrom tanı kriterleriyle, insülin direncini içermeyen fakat daha sıkı metabolik eşik değerler hedefleyen 2001-NCEP ATP III tanı kriterleri kullanıldı. Tüm bireylere dengeyi ve yürümeyi değerlendirmek için Tinetti Denge ve Yürüme Skoru (TDYS), Süreli Kalk uygulandı.

Bulgular: Çalışmaya alınan hastaların 182 (%51,85)'si kadın, 169 (%48,15)'i erkek ve yaş ortalaması 71,52± 5,63 olarak saptandı. Değerlendirmeye alınan metabolik sendrom tanısı olan ve olmayan hastaların düşme riskilerinde anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 1).

Sonuç: Yaşlılarda; mevcut kronik hastalıkların ve çoklu ilaç kullanımının denge bozukluğu için risk faktörü oluşturduğu bilinmektedir. Çalışmamızda metabolik sendromu olan ve olmayan yaşlı bireyler arasında düşme açısından fark saptamadık. Bu çalışmamızda; yaşlanmayla bireylerde dengenin bozulduğunu, yaşam kalitesinin ve fonksiyonelliğin azaldığını belirledik ancak eşlik eden kronik hastalıkların fonksiyonellik üzerine ne derece etkin olduğunun araştırılmasına yönelik geniş ölçekli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: metabolik sendrom, düşme

Tablo 1. Metabolik sendrom ve düşme riski arasındaki ilişki

		Metabolik sendrom var	*Metabolik sendrom yok*	*P*
Düşme riski	DÜŞÜK	116 (%58,6)	95 (%62,1)	0,111
	ORTA	48 (%24,2)	24 (%15,7)	0,107
	YÜKSEK	34 (%17,2)	34 (%22,2)	0,857
	TOPLAM	198 (%100)	153 (%100)	

ENFEKSİYON HASTALIKLARI

PS-32

KORONER ANJİOGRAFİ SONRASI ORTAYA ÇIKAN BRUSELLOZ VAKASI

Remzi Bahşi[1], Deniz Mut Sürmeli[1], Tuğba Turgut[1], Hande Selvi Öztorun[1], Sevgi Aras[1], Murat Varlı[1]

[1]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi Geriatri Bilim Dalı

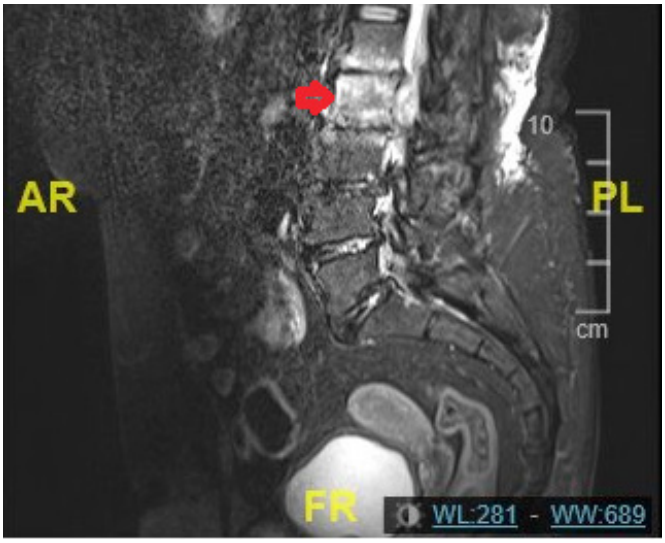
Brucella spp. ülkemizde sık rastlanan, taze peynir gibi süt ürünleri ile bulaşan kronik bir enfeksiyöz ajandır. Sırt ağrısı, kalça ağrısı, ateş gibi belirgin şikayetlerle başvuru olabileceği gibi bazen halsizlik gibi müphem semptomlar da olabilir. Biz bu olgumuzda daha önce semptomları olmayıp koroner anjiografi yapılması sonrası semptomatik olan bir bruselloz vakasından bahsedeceğiz.

Olgu: Hipertansiyon ve Diyabetes mellitus dışında hastalığı olmayan, Şırnak'ta yaşayan 69 yaşında kadın hastaya efor anjinası nedeniyle koroner anjiografi yapılıyor. Koronerlerinde anlamlı darlık saptanmayan hastanın anjiografiden 2–3 gün sonra başlayan sırt, kalça ağrısı ve bunlara eşlik eden ateşlenme şikayetleri oluyor. Başvurduğu merkezlerde çeşitli antibiyotik tedavileri reçete edilen hasta mevcut şikayetlerine eklenen yürümede zorlanma ve kilo kaybı nedeniyle merkezimize başvuruyor. Hastanın başvurusunda kan basıncı 100/60 mmHg, nabzı 90/dk, vücut ısısı 38,2oC olarak ölçüldü. Laboratuvar verilerinden lökosit 5,5x109/L, nötrofil 3,3x109/L, trombosit 367x109/L, hemoglobin 9,9 g/dl, serum demiri 28 mcg/dl, ferritin 452 ng/ml, transferin saturasyonu %10 olarak saptandı. Böbrek ve karaciğer fonksiyon testlerinde anormal bulgu olmayan hastanın CRP'si 80 mg/l, sedimentasyonu 79 mm/sa olarak saptandı. Tam idrar tetkiki ve akciğer grafisinde patolojik bulgu olmayan hastanın ateş etyolojisi açısından yapılan transtorasik ekokardiyografisinde infektif endkoardit lehine patoloji saptanmadı. Malignite ve romatolojik hastalık açısından bakılan tümör markerları ve immünolojik parametreleri (Rf, anti-CCP, ANA, ANCA ve immünblot) referans değer aralıklarında saptandı.

Direk grafide ve sakroiliak MR'da sağda sakroileit saptanan hastanın taze peynir tüketim öyküsü olması nedeniyle gönderilen brucella aglutinasyon testi 1/320 titrede pozitif geldi. Ateşli dönemde alınan dört ayrı kan kültüründe brucella spp. üredi. Doksisiklin 2x100 mg, rifampisin 1x600 mg, streptomisin 1*1 gr tedavisi başlanan hastanın sırt ağrısı nedeniyle çekilen lomber MR'ında L1-L3 vertebra korpusları arasında spondilodiskitle uyumlu görünüm saptandı (Resim 1). Doksisiklin ve rifampisin tedavisi 3 ay, streptomisin tedavisi 3 hafta olacak şekilde planlandı. Tedavi sonrası şikayetleri gerileyen, mobilizasyonu sağlanan hastanın anemi ve inflamatuar markerlarının normal referans aralığa gerilediği gözlendi (Hb 13 g/dl, CRP 2,3 mg/l, sedimentasyon 32 mm/sa).

Sonuç: Brusellozis ülkemizde sık görülen kronik bir enfeksiyöz ajandır. Müphem şikayetleri olan hastalarda tanısal gecikme komplikasyonların gelişmesine neden olabilir. Bizim vakamızda daha önceden aşikar şikayetleri olmayan hastanın koroner anjiografi sonrası şikayetlerinin belirginleşmesi hastalığın tanı almasını geciktirmiştir. Sonuç olarak açıklanamayan ateşi olan ve/veya sırt, kalça ağrısı tarifleyen hastalarda bruselloz ihtimali her zaman akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar kelimeler: Bruselloz, brucella spp.



DİĞER DURUMLAR
(DÜŞME VE DENGE BOZUKLUKLARI, AĞRI, UYKU BOZUKLUKLARI, UYGUNSUZ İLAÇ KULLANIMI, İLAÇ ETKİLEŞİMİ, İLAÇ YAN ETKİLERİ VB)

PS-33

METABOLİK SENDROM TANISI OLAN YAŞLILARIN UYKU KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Funda Datlı Yakaryılmaz[1], Gülçimen Soylu[1], Yusuf Yalvaç[2], Azer Abiyev[2], İbrahim Halil Türkbeyler[1], Zeynel Abidin Öztürk[1]

[1]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı
[2]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Amaç: Metabolik sendrom, insülin direnciyle başlayan abdominal obezite, glukoz intoleransı veya diabetes mellitus, dislipidemi, hipertansiyon ve koroner arter hastalığı (KAH) gibi sistemik bozuklukların birbirine eklendiği kardiyometabolik risk faktörleri demetidir. Metabolik sendrom prevalansı erişkinlerde ortalama %22 olarak bildirilmektedir ancak prevalans yaş ile artmaktadır. Uyku, biyolojik ritmin önemli bir parçasıdır ve biyolojik döngünün sağlıklı olarak tamamlanabilmesini sağlar. İlerleyen yaş, uykunun yapısında belirli değişikliklere yol açar. Yaşlanmayla birlikte uykunun yapısında meydana gelen değişikliklerin yanı sıra, uyku hijyeninin bozulması, hastalıkların ve kullanılan ilaçların artması ve özgül uyku bozuklukları yaşlılarda uyku kalitesini etkileyen unsurlardır. Yakın dönemde yapılan birçok araştırma uyku kalitesine etki edebilecek birçok etkenin olduğunu ortaya koymuştur. Bu çalışmanın amacı; 65 yaş üzeri metabolik sendrom tanısı konulanlarda uyku kalitesini araştırmaktır.

Yöntem: Geriatri polikliniğine başvuran, 191 hasta çalışmaya alınmıştır. Metabolik sendrom için farklı tanı kriterleri olarak; insülin direncini de içeren 1999-Dünya Sağlık Örgütü Metabolik sendrom tanı kriterleriyle, insülin direncini içermeyen fakat daha sıkı metabolik eşik değerler hedefleyen 2001-NCEP ATP III tanı kriterleri kullanıldı. Uyku kalitesinin değerlendirilmesi: Uyku kalitesinin değerlendirilmesi için Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya alınan hastaların 102 (%53,4)'si kadın, 89 (%46,6)'i erkek ve yaş ortalaması 71,52± 5,63 olarak saptandı. Değerlendirmeye alınan metabolik sendrom tanısı olan 121 hastanın 78 (%64,5)'inde uyku kalitesinde bozulma saptanırken metabolik sendrom tanısı konulmayan 70 hastanın 45 (%64,3)'inde uyku kalitesinde bozulma saptandı (Tablo 1). Uyku bozukluğu saptanan hastaların kapsamlı geriatrik test değerlendirmeleri Tablo 2'de sunulmuştur. PUKİ kullanılan hastaların 123 (%64,4)'ünde uyku kalitesi düşük sap-

tandı. Ancak metabolik sendrom ve uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı.

Tartışma: Uyku problemlerinin yaşla beraber artmaktadır ve bu durum yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Ayrıca kötü yaşam kalitesine bağlı olarak, uyku problemleri özellikle yaşlılarda mortalite açısından bir risk faktörüdür ve uyku problemleriyle erken ölüm arasında güçlü bir bağ mevcuttur. Günlük pratiğimizde; yaşlı ve uyku bozukluğu olan hastalarda öncelikle altta yatan hastalıkları ve uyku bozukluğuna neden olan etkenler ayrıntılı bir şekilde irdelenip düzeltilebilir sorunlar düzeltilmelidir. Yapmış olduğumuz çalışmada; metabolik sendrom tanısı konulan ve konulmayan hastaların uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamıştır. Bu durum yaşlı hastalarda metabolik sendrom dışında altta yatan farklı hastalıkların bulunmasına ve çoklu ilaç kullanımına bağlı olabilir.

Anahtar kelimeler: metabolik senrom, uyku bozukluğu

Tablo 1. Metabolik sendrom ve uyku bozukuluğu değerlendirilmesi

	Metabolik Sendrom Var	*Metabolik Sendrom yok*	*Toplam*
Uyku bozukluğu var	78 (%64,5)	45 (%64,3)	123 (%64,4)
Uyku bozukluğu yok	43 (%35,5)	25 (%35,7)	68 (%35,6)
Toplam	121 (%100)	70 (%100)	171 (%100)

Tablo 2. Uyku bozukluğu olan hastaların kapsamlı geriatrik değerlendirmesi

	Uyku Bozukluğu Yok	*uyku Bozukluğu Var*	*p*
Günlük yaşam aktiviteleri	76,14+ 14,9	72,07+ 18,93	0,189
Enstrümental günlük yaşam aktiviteleri	5,60+1,83	5,72+2,10	0,738
Mini mental test	24,40+6,76	24,94+5,56	0,605
Yesevage geriatrik değerlendirme testi	3,28+4,32	6,04+4,15	<0,01*
Mini mutrisyonel değerlendirme	11,31+2,68	10,70+2,95	0,118

DİĞER DURUMLAR
(DÜŞME VE DENGE BOZUKLUKLARI, AĞRI, UYKU BOZUKLUKLARI, UYGUNSUZ İLAÇ KULLANIMI, İLAÇ ETKİLEŞİMİ, İLAÇ YAN ETKİLERİ VB)

PS-34

METABOLİK SENDROMA SAHİP YAŞLILARDA YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Funda Datlı Yakaryılmaz[1], Gülçimen Soylu[1], Azer Abiyev[2], Yusuf Yalvaç[2], İbrahim Halil Türkbeyler[1], Zeynel Abidin Öztüek[1]

[1]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı
[2]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Amaç: Metabolik sendrom, insülin direnciyle başlayan abdominal obezite, glukoz intoleransı veya diabetes mellitus, dislipidemi, hipertansiyon ve koroner arter hastalığı gibi sistemik bozuklukların birbirine eklendiği kardiyometabolik risk faktörleri demetidir. Metabolik sendrom prevalansı erişkinlerde ortalama %22 olarak bildirilmektedir. Özellikle ilerleyen yaşla birlikte artan kronik hastalıklar yaşam kalitesini etkileyen önemli faktörlerden biridir. Hastaların büyük kısmı kronik rahatsızlıklarının getirdiği ağrı, yorgunluk ve depresif semptomlarla birlikte fiziksel aktivitelerini gerçekleştirmede güçlük, sosyal yaşamlarında kısıtlılıklar yaşamaktadırlar. Hastalık süresi uzadıkça kronik hastalığa sahip olmanın getirdiği sınırlılıkları daha uzun süre yaşamak zorunda kalırlar ve bu durum yasam kalitelerinin daha çok bozulmasına neden olur. Bu çalışmanın amacı; 65 yaş üzeri metabolik sendrom tanısı konulanlarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesidir.

Yöntem: Geriatri polikliniğine başvuran 349 hasta çalışmaya dahil edildi. Metabolik sendrom için tanı kriterleri olarak; insülin direncini de içeren 1999-Dünya Sağlık Örgütü Metabolik sendrom tanı kriterleriyle, insülin direncini içermeyen fakat daha sıkı metabolik eşik değerler hedefleyen 2001-NCEP ATP III tanı kriterleri kullanıldı. Yaşam kalitesi değerlendirilmesinde geniş açılı ölçüm sağlayan Kısa Form 36 (SF 36) kullanıldu. Ölçek 36 maddeden oluşur ve ölçekteki parametreler 8 başlık altında toplanmaktadır.

Bulgular: Çalışmaya alınan 349 hastanın 291'ine metabolik sendrom tanısı konuldu. Hastaların 182 (%62,5)'i kadın, 109 (%37,7)'i erkek ve yaş ortalaması 72,00± 6,63 olarak saptandı. Metabolik sendrom tanılı hastaların kapsamlı geriatrik değerlendirmesi tablo 1'de sunulmuştur. Hastalarda SF 36 ile yaşam kalitesi değerlendirildi. Yaptığımız çalışmada; değerlendirmeye alınan metabolik sendrom tanılı hastalarda SF-36 yaşam kalite ölçeğinin; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, enerji/canlılık/vitalite, ağrı ve genel sağlık algısı alt gruplarından daha düşük puan almalarına rağmen istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları ve sosyal işlevsellik metabolik sendrom tanısı olanlarda olmayanlara göre daha yüksek saptandı. Mental sağlık alt grunda ise her iki grupta sonuçlar benzerdi (Tablo2).

Tartışma: Yaşam kalitesi birçok değişkene bağlı, karmaşık bir kavramdır ve en önemli belirleyicilerden biri kişinin genel sağlık durumudur. İlerleyen yaşla birlikte artan kronik hastalıklar kişinin genel sağlığını etkileyerek yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Yapmış olduğumuz çalışmada; geriatrik popülasyonda kronik hastalıklara sık rastlanıyor olması nedeniyle metabolik sendrom tanısı konulan ve konulmayanların yaşam kalitelerinde anlamlı farklılık saptanmadığını düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: metabolik sendrom, yaşam kalitesi

Tablo 1. Metabolik sendrom tanılı hastaların kapsamlı geriatrik değerlendirmesi

	Metabolik sendrom Var	*Metabolik sendrom Yok*	*p*
Günlük yaşam aktiviteleri	63,53+ 20,67	66,31+ 19,35	0,135
Enstrümental günlük yaşam aktiviteleri	4,96+1,84	5,11+1,81	0,373
Mini mental test	24,24+4,96	24,51+5,73	0,498
Yesevage geriatrik değerlendirme testi	5,03+4,34	5,08+4,84	0,913
Mini mutrisyonel değerlendirme	11,57+2,32	11,52+2,67	0,118

Tablo 2. Metabolik sendrom ile yaşam kalitesinin değerlendirilmesi

	Metabolik Sendrom	*Metabolik Sendrom*	
SF-36	*var*	*yok*	*p*
Fiziksel Fonksiyon	55,33± 30,79	58,96± 31,40	0,284
Fiziksel Rol Güçlüğü	26,77± 23,38	27,48± 23,31	0,780
Enerji/Canlılık/Vitabilite	48,36± 19,70	51,45± 20,06	0,152
Ruhsal Sağlık	58,42± 17,79	58,89± 17,06	0,801
Sosyal İşlevsellik	67,99± 27,08	64,98± 27,57	0,308
Ağrı	56,60± 27,63	57,63± 27,29	0,729
Genel Sağlık Algısı	47,72± 20,19	51,58± 18,76	0,069
Emosyonel Rol Güçlüğü	34,76± 22,20	33,60± 22,03	0,629

DİĞER DURUMLAR
(DÜŞME VE DENGE BOZUKLUKLARI, AĞRI, UYKU BOZUKLUKLARI, UYGUNSUZ İLAÇ KULLANIMI, İLAÇ ETKİLEŞİMİ, İLAÇ YAN ETKİLERİ VB)

PS-35

METOTREKSAT TEDAVİSİNE BAĞLI PANSİTOPENİLİ BİR OLGU ÜZERİNDEN HASTAYLA İLETİŞİMİN ÖNEMİ

Yavuz Güneş[1], Mustafa Kemal Kılıç[2], Ayşe Işık[3], Nesibe Karahan Yeşil[4], Fatih Karaahmet[5], Murat Kekilli[5]

[1]T. C. Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği
[2]T. C. Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Geriatri Polikliniği
[3]T. C. Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Hematoloji Polikliniği
[4]T. C. Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Polikliniği
[5]T. C. Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği

Giriş: Yaşlılarda çoklu veya uygunsuz ilaç kullanımına sık rastlanmaktadır. İlaç etkileşimleri ve yan etkiler nedeniyle morbidite ve mortalite görülebilir. Bu olguda uygunsuz ilaç kullanan bir hastada pansitopeni sürecini sunuyoruz.

Olgu sunumu: Yetmiş üç yaşında bir kadın 1 aydır başlayan iştahsızlıkla beraber safra ve gıda içerikli kusma nedeniyle Geriatri polikliniğine başvurdu. Epigastrik ve inguinal ağrısı olan hasta hematemez, melena ya da ishal tariflemedi. Altı yıldır bilinen Romatoid Artrit nedeniyle metotreksat 10 mg/hafta, sülfasalazin 1x500 mg ve osteoporoz için ibandronik asit 150 mg/ay ile kalsiyum-D vitamini kombinasyonu 1x1 kullandığı öğrenildi. İki haftadır bu ilaçlarını şiddetli bulantı nedeniyle alamadığı ifade edildi. Bir aydır evden dışarı çıkamayacak kadar halsiz olduğu ve odadan odaya geçerken dahi nefes darlığı çektiği bildirildi. Sigara-alkol kullanımı olmayan hastanın cerrahi geçirmediği, allerjisinin olmadığı, kız kardeşinde diyabet dışında soygeçmişinin özellik arz etmediği öğrenildi. İşitme sorunu yaşayan hastanın cihaz kullanmadığı görüldü. Fizik muayenede kalp hızı: 80/dk ve kan basıncı 90/60 mmHg saptandı. İleri derecede kifozu olan hastanın her iki akciğer bazalinde ince ralleri mevcuttu. Mitral odakta sistolik vasıfta 3/6 şiddetinde üfürüm duyuldu. Elleri ve ayakları soğuktu, fakat nabızların açık olduğu görüldü. Bilateral birinci metakarpofalangeal eklemlerde subluksasyonu vardı. Tablo-1'de laboratuar tetkikleri görülen hasta bisitopeni etiyolojisi açısından hastaneye yatırıldı. Üç ay önceki tetkiklerinde hemogram parametrelerinin tamamen normal olduğu hastane kayıtlarından anlaşıldı. Enterococcus faecium'a bağlı üriner enfeksiyon nedeniyle seftriakson 1x2 gr başlandı. İki ünite eritrosit süspansiyonu verildi. Hasta servisteki takiplerde pansitopenik oldu. Kan kültüründe üreme olmadı. Abdomen USG'de hepatosplenomegali olmadığı görüldü. Nefes darlığı olan hastanın toraks BT'sinde her iki akciğer bazalinde bal peteği görünümü ve en derin yerinde 1 cm'ye ulaşan plevral effüzyon olduğu görüldü. Hastanın metotreksat tedavisini folik asit almadan kullandığı öğrenildi. B12 ve folat replasmanı birlikte başlandı. İzlemde günler içerisinde replasman tedavisine dramatik yanıt alındı (Tablo-2). Hastanın tedaviye prednisolon ve kolşisinle devam etmesi Romatoloji tarafından önerildi.

Tartışma: Yaşlı hastalar multimorbidite nedeniyle polifarmasi ve uygunsuz ilaç kullanımına gençlere göre daha sık maruz kalmaktadırlar. Uygunsuz ilaç kavramı hem gereksiz kullanımı, hem de endike olduğu halde başlanmayan ilaçları kapsamaktadır. START/STOPP kriterlerinin 2015'teki güncellemesinde de belirtildiği üzere metotreksat kullanan hastalarda folik asit replasmanı önerilmektedir. Olguda da görüldüğü üzere ihmal edilmesi ciddi pansitopeniye ve buna bağlı komplikasyonlara zemin hazırlayabilir. Bu nedenle yaşlı hastalara ilaçlarının yazılı olarak tarif edilmesi ve yakın aralıklarla ilaç uyumunun denetlenmesi hayati öneme haizdir.

Anahtar kelimeler: polifarmasi, yan etki, pansitopeni, romatoid artrit

Tablo 1. Başvuru gününde bakılan hemogram haricindeki laboratuar tetkikleri

Parametreler	25,12,2017
Glukoz, mg/dl	164
Üre, mg/dl	40
Kreatinin, mg/dl	0,65
Ürik asit, mg/dl	8,4
Albumin, g/dl	3,5
Protein, g/dl	6
ALP, U/L	35
GGT, U/L	8
ALT, U/L	12
AST, U/L	57
Amilaz, U/L	56
Lipaz, U/L	64
Na, mmol/L	130
K, mmol/L	4
Ca, mg/dl	7,9
P, mg/dl	3,3
Sedimentasyon, mm/saat	62
CRP, mg/L	16,5
TSH, mIU/L	2,66
D vitamini, µg/L	15,8
Vitamin B12, ng/L	126,4
Demir, µg/dl	185
Toplam serum demir bağlama kapasitesi, µg/dl	199
Ferritin, µg/dl	346
Folat, µg/L	0,7

Tablo 2. Başvuru gününden itibaren hemogram parametrelerinin değişimi

Hemogram	*25,12,2017*	*29,12,2017*	*30,12,2017*	*31,12,2017*	*02,01,2018*	*03,01,2018*	*05,01,2018*	*18,01,2018*
Hb, g/dl	5,6	7,8	7,4	9,6	8,8	9,2	9,3	12,9
MCV, fL	103,7	94	97	93,4	98,2	98,6	104,5	99,1
WBC, 103/mm^3	4,74	1,03	1,43	2,58	2,48	2,91	3,6	5,87
PLT, 103/mm^3	48	34	45	100	92	143	157	253

HASTALIKLARIN ATİPİK PREZANTASYONLARI

PS-36

HİPERAMİLAZEMİNİN NADİR BİR NEDENİ: MAKROAMİLAZEMİLİ BİR VAKA

Selin Aktürk Esen[1]

[1]Bursa Gürsu Cüneyt Yıldız Devlet Hastanesi

Giriş: Amilaz; başlıca pankreas ve tükürük bezinden salgılanan bir enzimdir. Tükürük bezi inflamasyonu ya da travması, mezenter infarktı, perfore peptik ülser, ektopik gebelik rüptürü, pulmoner hastalıklar gibi durumlarda hiperamilazemi görülür. Bu yazımızda; karın ağrısı, bulantı ve kusma ile başvuran bir hastada nadir bir hiperamilazemi nedeni olarak karşımıza çıkan makroamilazemi vakası anlatılmıştır.

Olgu sunumu: 68 yaşında kadın hasta, altı aydır devam eden karın ağrısı, son bir haftadır giderek artan bulantı kusma şikâyeti ile acil servise başvurdu. Karın ağrısı epigastrik bölge ve sağ üst kadranda, yemeklerle ilişkisiz ve sırta yayılan vasıftaydı. Hastanın fiziki muayenesi normaldi. Özgeçmişinde ve soy geçmişinde özellik yoktu. Tam kan sayımı, ESR, CRP değeri ve karaciğer fonksiyon testleri normal sınırlardaydı. Amilaz: 838 U/L tespit edildi ancak serum lipaz seviyesi 16 U/L olup normal düzeydeydi. Abdominal bilgisayarlı tomografi ve

üst gastrointestinal endoskopide patolojik bir bulgu tespit edilmedi. Tükürük bezi değerlendirmesi amacıyla submandibuler ve parotis bezi ultrasonografisi yapıldı. Normal olarak değerlendirildi. Fraksiyone amilaz klirensi (amilaz klirensinin kreatinin klirensine oranı) %0,11 (normal değeri %3–5) bulundu. Bu durum, amilazın böbrek itrahının zayıf olduğunu düşündürdü ve makroamilazemi lehine yorumlandı. Destek tedavi ile yatışının 6. gününde şikayetleri gerilemesine rağmen amilaz değerlerinde gerileme olmadı. Hasta gastroenteroloji polikliniğ takibi önerilerek taburcu edildi. 2 ay sonraki değerlendirilmesinde karın ağrısı yoktu. Fizik muayenesi normaldi fakat amilaz değeri 750 U/L olup yüksek seyretmekteydi.

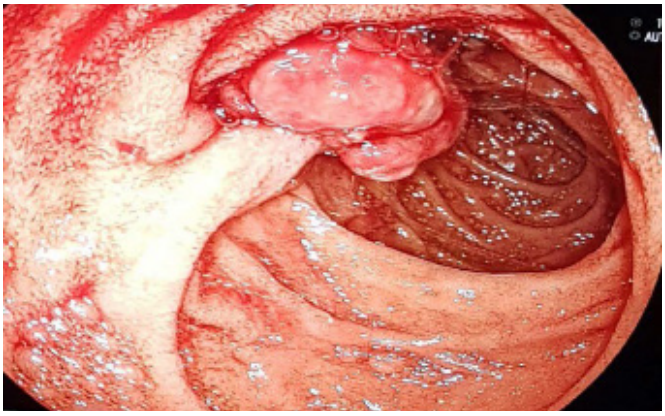
Tartışma: Makroamilaz, klinik ve laboratuar olarak sağlıklı bireylerde en sık bildirilen ilk makroenzimdir. Amilazın IgG veya IgA ile oluşturduğu kompleks sonucu meydana gelir. Bu kompleks amilaz molekülünden 4 kat daha büyüktür. Normal amilazın %20–25'i renal glomerülden filtre edilirken, bu makromolekül böbrek glomerulusla-rından geçemez. Genel populasyonda prevelansı %1, hiperamilazemili kişilerde ise %10 civarındadır. Tedavi gerektirmez. Kantitatif amilaz ölçüm yöntemleriyle, makroamilaz ve amilazın ayrımı mümkün değildir. Serum lipaz tayini ve amilaz/kreatinin klirensi oranı makroamilazemi tanısında yol göstericidir. Akut pankreatitte fraksiyone amilaz klirensi artmış beklenir ancak makroamilazemide fraksiyone amilaz klirensi düşük tespit edilir. Fraksiyone amilaz klirensinin %1'in altında olması ise makroamilazemiyi yüksek oranda destekler. Bizim hastamızda yüksek amilaz değerine rağmen lipaz değerinin normal olması, fraksiyone amilaz klirensinin azalmış olması, görüntüleme yöntemlerinde pankreasın normal olması, amilaz yüksekliğine neden olacak başka bir sebep olmaması, hastada makroamilazemiyi düşündürmüş ve hastaya ek tetkik yapılmamıştır. Sonuç olarak makroamilazeminin amilaz yüksekliğinde akla getirilmesi, hastada gereksiz testlerin yapılmasının ve gereksiz tedavisinin önüne geçebilir.

Anahtar kelimeler: makroamilazemi, hiperamilazemi, pankreatit

duodenum ikinci kısımda parlak renkli polipoid bir lezyon saptandı. Polipoid lezyon eksize edilerek kanama kontrolü yapıldı. Takibinde hemoglobin düşüşü saptanmayan hasta oral demir tedavisiyle taburcu edildi. Üç hafta sonra kontrole gelen hastanın hgb değeri 11 gr/dl saptandı. Eksize edilen polipoid lezyonun patolojik tanısı pyojenik granülom olarak saptandı.

Tartışma: Pyojenik granülomun etiyolojik faktörleri olarak enfeksiyon, mekanik tahriş ve hormonlar gösterilmiş olsa da, bu tümörün gelişmesinin altında yatan mekanizmalara ilişkin tartışmalar devam etmektedir. Gastrointestinal pyojenik granülom reaktif olarak kabul edilen benign lezyonlardır (örn. minör travma). Pyojenik granülom, oldukça nadir olmasına rağmen gastrointestinal sistemde de görülebilir. Sonuç olarak gastrointesnal kanama şikayetiyle başvuran hastaların ayırıcı tanısında nadir olarak gastrointesinal bölgede saptanan pyojenik granülom akla gelmelidir.

Anahtar kelimeler: pyojenik granülom, gastrointestinal kanama



HASTALIKLARIN ATİPİK PREZANTASYONLARI

PS-37

NADİR BİR GASTROİNTESTİNAL KANAMA NEDENİ DUODENUM YERLEŞİMLİ PYOJENİK GRANÜLOM VAKASI

İrfan Esen[1], Mustafa Akar[1], Sercan Avul[1], Ebru Demir[1], Nizameddin Koca[1], Mustafa Ahmet Hünük[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş: Pyojenik granülom, polipoid kırmızı renkli lobüler kılcal hemanjiyomudur. Lezyon deride, özellikle de dudaklarda, yüzlerde ve parmaklarda ve ayrıca ağız boşluğunun ve dilinin mukozal yüzeyinde bulunur. Burada, endometriyal mukozal rezeksiyonla başarıyla tedavi edilen, melena şikayetiyle başvuran 70 yaşında erkek hastada duodenumdaki piyojenik granülom olgusunu sunuyoruz.

Vaka: 70 yaşında erkek hasta 2 gündür var olan hasta siyah renkli dışkılama şikayeti olması üzerine acil servise başvurdu. Yapılan fiziki muayenesinde genel durumu orta, şuuru açık, oryante kooperasyonu tamdı. Tansiyon 90/60 mmHg, nabız dakika sayısı 106/dk idi. Sistemik muayenesinde özellik yoktu. Rektal tuşede melana ile uyumlu gayta bulaşı saptanması üzerine hasta üst gastrointestinal kanama tanısıyla yatırıldı. Özgeçmişinde koroner arter hastalığı ve kronik böbrek yetmezliği vardı. Yapılan tetkiklerde hemoglobin: 8,6 gr/dl, lökosit: 9160/mm*3* ve trombosit: 226000/mm*3*, üre: 89 mg/dl, kreatinin: 2,1 mg/dl olarak saptanan hasta klinik izleme alındı. Oral alımı kesilen hastaya, 2 ünite eritrosit süspansiyonu, 8 mg/saat pantaprazol infüzyonu verildi, vital bulgu ve hemogram takibi yapıldı. Vital bulguları ve hemogramı stabilleşen hastaya gastroskopi yapıldı. Gastroskopide

KAS-İSKELET SİSTEMİ HASTALIKLARI

PS-38

SAĞLIKLI ERİŞKİNLERDE (18–90 YAŞ) VİTAMİN D DÜZEYLERİ

Zeynel Abidin Öztürk[1], Mehmet Göl[2], İbrahim Halil Türkbeyler[3]

[1]Gaiantep Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları-Geriatri Bilim Dalı
[2]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı
[3]Gaziantep Dr. ersin Arslan Eğitim Ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları-Geriatri

Amaç: D vitamini eksikliği dünya çapında yaygın bir sağlık problemidir. D vitamini eksikliği ile sık gözlenen kanser türleri, otoimmün hastalıklar, kardiyovasküler hastalıklar, kas-iskelet sistemi hastalıkları ve enfeksiyon hastalıkları arasında ilişki bulunmuştur (1). Bu araştırmanın amacı 18–90 yaş arası sağlıklı olan bireylerde 25 (OH) Vit D eksikliği prevalansını incelemektir.

Yöntem: Bu araştırmaya, İç Hastalıkları ve Geriatri Polikliği'ne müracaat eden herhangi bir kronik hastalığı olmayan sağlıklı bireyler alındı. Serum 25 (OH) vit D ELISA metodu ile ölçüldü. Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneğinin yayınladığı Metabolik Kemik Hastalıkları Tanı ve Tedavi Kılavuzuna göre serum 25 (OH) vit D konsantrasyonuna göre 4 kategoride değerlendirildi: serum 25 (OH) D < 10 ng/ml ise ciddi vit D eksikliği, <20 ng/ml ise vit D eksikliği, < 30 ng/ml arasında ise vit D yetersizliği ve > 30 ng/ml ise normal olarak değerlendirildi (2).

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 1161 hastanın ortalama yaşı 43,60 ± 15,90 idi (18–90 yıl). 798'i erkek (%68,7), 363'ü (%31,3) kadındı. Tüm bireylerin 25 (OH) D serum düzeyi ortalaması 16,61 ±6,90 ng/mL idi. Kadınlarda D vit düzeyi erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı daha düşüktü (17,23 ±6,55, 15,24±7,40 ng/mL,

sırasıyla; P: 0,001). Geriatrik populasyonda D vit düzeyleri daha düşük tespit edilmesine rağmen bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (16,23±7,22, 16,67±6,83, sırasıyla, p: 0,437). D vit düzeyleri < 30-< 20-< 10 ng/ml olarak sınıflandırıldığında katılımcıların %94,92'sinin vit D düzeyi 30'un altında, %75,54 'ünün 20' nin altında, %12,92 'sinin ise vit D düzeyi 10 ng/ml altında idi.

Sonuç: D vitamini eksikliği hem erişkin hem de yaşlılarda yaygın bir sağlık sorunudur. Hastaların %75'inde D vitamini düzeyleri eksiklik düzeyinde normalin altında bulunmuştur. D vitamini kadınlarda anlamlı olarak daha düşük düzeydedir. D vitamini eksikliği açısından erişkin ve yaşlı populasyonun taranması ve tedavi protokollerinin planlanması açısından kılavuzların geliştirilmesine ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

1. Holick MF. Sunlight and vitamin D for bone health and prevention of autoimmune diseases, cancers, and cardiovascular disease. Am J Clin Nutr 2004; 80:1678–1688.
2. Sozen T, Gogas Yavuz D ve ark. Metabolik Kemik Hastalıkları Tanı Ve Tedavi Kılavuzu. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 1. Baskı. İstanbul: Galenos yayınevi, 2012:19–27.

Anahtar kelimeler: D Vitamini Eksikliği

HASTALIKLARIN ATİPİK PREZANTASYONLARI

PS-39

CHARLES BONNET SENDROMU: GÖRSEL VE İŞİTSEL HALÜSİNASYONU OLAN İKİ OLGU

Deniz Mut Sürmeli[1], Remzi Bahşi[1], Tuğba Turgut[1], Hande Selvi Öztorun[1], Sevgi Aras[1], Murat Varlı[1]

[1]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İbn-i Sina Hastanesi, Geriatri Bilim Dalı

Amaç: Charles Bonnet Sendromu (CBS) görme alanının/keskinliğinin kaybı ile ortaya çıkan, herhangi bir nöropsikiyatrik bozukluğun eşlik etmediği, görsel halüsinasyonlar ile giden bir sendromdur. Genellikle insan veya hayvan imajları görülür. Bu sendromun işitme azlığı olanlarda görülen, 'auditory CBS' denilen işitsel halüsinasyonların duyulduğu bir tipi de tanımlanmıştır. Burada görsel ve işitsel halüsinasyonları olan iki olgu sunulmaktadır.

Gereç ve yöntem: Bay T, 85 yaşında, 2 yıl önce eşini kaybetmiş, yalnız yaşayan, okur yazar, bilinen hipertansiyon (HT) tanısı olan bir erkek olup polikliniğimize son 1 yıldır inek, boğa, kedi, köpek gibi çeşitli hayvanları insan vücudunun kafaları şeklinde görme şikayeti ile başvurdu. Bu görüntülerin gerçekte olmadığını bildiğini ve kendisini korkutmadığını belirtiyordu.

Bayan Ö, 84 yaşında, 8 yıl önce eşini kaybetmiş, yalnız yaşayan, okur yazar, bilinen HT tanısı olan bir kadın olup polikliniğimize son 2 yıldır olan ancak 3 aydır artan kulağında sürekli konuşan ve ilahiler söyleyen sesler duyma şikayeti ile başvurdu. Sesin çok anlaşılır olduğunu ancak kadın veya erkeğe mi ait olduğunu bilemediğini söylüyordu. Bu seslerin kulağında olduğunu, gerçekte yanında kimse olmadığını ve bu durumun onu korkutmadığını belirtiyordu.

Her iki hastanın da soy geçmiş ve özgeçmişinde herhangi bir psikiyatrik hastalık yoktu.

Bulgular: Her iki hastanın da hemogram, böbrek, karaciğer, tiroid fonksiyon testleri normaldi. Nörolojik muayeneleri normaldi. Muayenede bay T'nin görme kaybı olduğu ve bayan Ö'nün ise işitme azlığı olduğu fark edildi. Bay T, geriatrik depresyon ölçeğinden 1/15, mini mental durum testinden (MMSE) 25/30 puan aldı. Saat çizme testini ise göremediği için yapamayacağını belirtti. Hastanın yapılan kranial MR görüntülemesi ise serebral, serebellar atrofi ile uyumluydu. Bayan Ö, geriatrik depresyon ölçeğinden 2/15, MMSE'den 28/30 puan aldı. Saat çizme testi başarılıydı.

Sonuç: Bay T'ye göz muayenesi sonucu bilateral senil makula dejenerasyonu tanısı kondu. Bayan Ö'de odyometri testinde bilateral sensörinöral tip işitme kaybı saptandı, işitme cihazı önerildi.

Bilişsel yetileri normal iken ileri derecede görme veya işitme bozukluğu olanlarda görülen bu halüsinasyonların patofizyolojisi hala açıklanamamıştır. Görme ya da işitme yolağındaki herhangi bir kesintinin spontan nöral aktiviteye yol açtığı sanılmaktadır. Etkin tedavi görme/işitme bozukluğunun düzeltilmesidir ancak bu her zaman mümkün olamamaktadır, bu nedenle halüsinasyonlar yıllarca sürebilmektedir. Halüsinasyonların birçok nedeni vardır, özellikle yaşlıda akla ilk demans gelmektedir. CBS hekimlerce çok sık atlanmakta ve hastalara yanlış tanı konarak SSRI ya da antipsikotik gibi ilaçlar başlanıp birçok yan etkinin ortaya çıkmasına neden olunmaktadır.

Her iki hastaya da hastalık hakkında bilgi verildi. Bayan Ö işitme cihazı kullanmayı reddetti. Bay T'nin tanı sonrası 6. ayda hala şikayetlerinin devam ettiği öğrenildi. Her iki hastanın da takibi devam etmektedir.

Anahtar kelimeler: görsel halüsinasyon, işitsel halüsinasyon, Charles Bonnet Sendromu, görmede bozukluk, işitme azlığı

DEMANS-DEPRESYON-DELİRYUM

PS-40

GERİATRİK HASTALARDA MALNUTRİSYON, DEPRESYON SIKLIĞI VE MALNUTRİSYON-DEPRESYON İLİŞKİSİ

İbrahim Halil Türkbeyler[1], Zeynel Abidin Öztürk[2], Azer Abiyev[3]

[1]Gaziantep Dr. Ersin Arslan Eğitim Ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Geriatri
[2]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları-Geriatri Bilim Dalı
[3]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Amaç: Yirminci yüzyılda bilim, teknoloji ve sağlık alanındaki gelişmelere paralel olarak beklenen yaşam süresi ve dünya nüfusu belirgin bir şekilde artmaya başlamıştır. Dünyaya paralel olarak benzer gelişmeler ülkemizde de görülmektedir. Malnütrisyon ve depresyon yaşlılarda çok sık karşılaşılan önemli geriatrik sendromlardandır (1–3). Bu çalışmanın amacı Geriatri Polikliniği'ne başvuran yaşlı hastalardaki depresyon-malnutrisyon sıklığının saptanması ve depresyonla malnutrisyon arasındaki ilişkinin araştırılmasıdır.

Yöntem: Ocak 2015-Aralık 2015 tarihinde kesitsel bir çalışma ile Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Geriatri Polikliniğine başvuran 520 hasta Mini Nütrisyonel Değerlendirme (MNA-SF) ve Yesavage Geriatrik Depresyon (YGD) Testi ile tarandı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 520 hastanın ortalama yaşı 71,8 ± 5,8 idi (65–91 yıl). 235'i erkek (%45,2), 285'i (%54,8) kadındı (K/E: 1,21). %2,1 hastanın Vucut Kitle İndeksi (VKİ) <18,5 kg/m2, %17,5 hastanın VKİ'si 20 ile 24,99 kg/m2 arasında, %37,1 hastanın VKİ'si 25,00–29,99 kg/m2 arasında, %43,3 hastada ise ≥30,00 kg/m2 idi. MNA-SF sonuçlarına göre 37 hastada (%7,1) malnutrisyon, 318 hastada (%61,2) malnutrisyon riski saptanırken, 165 hastada ise (%31,7) normal nutrisyonel durum tespit edilmiştir. YGD testine göre hastaların 237'sinde (%45,6) depresyon olabileceği tespit edildi. Malnutrisyon ve malnutrisyon riski sıklığı depresyon semptomları olan hastalarda 49,3 %iken, depresyon semptomları olmayan hastalarda 30 %idi (p<0,001). BMI'i 20 nin altında olan hasta sıklığı depresyon semptomları olan hastalarda 3 %iken, depresyon semptomları olmayan hastalarda ise 0,7 %idi (p=0,018). Malnutrisyon ve malnutrisyon riski olan hastaların sadece 2,9 %'si düşük kilolu, 33,7 %'si obez iken, malnutrisyon riski olmayan hastaların ise 1,6 %'sı düşük kilolu, 48,8 %'i obez idi (p=0,009).

Sonuç: Geriatri Polikliniği'mize çeşitli nedenlerle ayaktan başvuran hastalarda malnutrisyon ve depresyonun yaygın olduğu tespit edil-

miştir. Ayrıca malnutrisyonu olan ve düşük VKİ'ne sahip olanlarda depresyon riskinin arttığı tespit edimiştir. Geriatrik hastaların malnutrisyon ve depresyon açısından dikkatle değerlendirilmesi ve uygun tedavilerin başlanması, populasyonun daha sağlıklı yaşanmasına katkıda bulunacaktır.

Kaynaklar

1. Situation of Elderly People in Turkey and National Action Plan on Ageing. General Directorate of Social Sectors and Coordination; The Repuclic of Turkey: 2007.[Accessed: 10,2,2014].
2. Van Wayenburg CA, van de Laar FA, van WC, et al. Nutritional deficiency in general practice: a systematic review. Eur J Clin Nutr. 2005; 1 (Suppl 59): S81–87.
3. Swarnalatha N. Prevalence of depression among the rural elderly in Chittoor district, Andhra Pradesh. J Clin Diagn Res 2013; 7:1356–60.

Anahtar kelimeler: Malnutrisyon, Depresyon

KAS-İSKELET SİSTEMİ HASTALIKLARI

PS-41

GERİATRİK SARKOPENİK HASTALARDA-NÖTROFİL LENFOSİT ORANI

Zeynel Abidin Öztürk[1], İbrahim Halil Türkbeyler[2], Azer Abiyev[3], Seval Kul[4]

[1]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları-Geriatri Bilim Dalı
[2]Gaziantep Dr. Ersin Arslan Eğitim Ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları-Geriatri
[3]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[4]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Bioistatistik Anabilim Dalı

Amaç: Sarkopeni, kas gücü ve kuvvetinin kaybı ile karakterize, fiziksel bağımlılık, düşme, kötü yaşam kalitesi ve mortalite gibi olumsuz sonuçlara neden olabilen bir geriatrik sendromdur. Sarkopeni gelişiminde; inflamasyon, oksidatif stres, hormonal değişiklikler, immobilite, ve kötü nütrisyonel durum gibi çok sayıda faktörün rolü vardır. Yaşlılık döneminde artmış olan intramusküler ve visseral yağ dokusudan salınan proinflamatuar sitokinlerin inflamasyon temelinde sarkopeni gelişmesinde önemli bir yeri vardır (1,2). Bu çalışmanın amacı; nötrofil lenfosit oranı (NLO), ile inflamasyonun patogenezinde önemli bir yeri olan sarkopeni arasındaki ilişkinin araştırılmasıdır.

Yöntem: Çalışma İç Hastalıkları ve Geriatri Polikliniği'ne başvuran 419 hasta ile yapıldı. Vucut kompozisyon parametrelerini belirlemek için bioelektrik impedans analiz (Tanita SA165 A-0950U-3) cihazı kullanıldı. Sarkopeni tanısında Yaşlılarda Sarkopeni Avrupa Çalışma Grubu (EWGSOP) uzlaşı raporu kriterleri kullanıldı.

Bulgular: Hastaların 105'i sarkopenik, 314'ü ise sarkopenik değildi. Hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Sarkopenik hastalarda NLO'ı sarkopenik olmayan hastalara göre istatistiksel anlamlı daha yüksekti ($p<0,05$) (Tablo 1). NLO ile vucut yağ oranı arasında pozitif, yağdan korunmuş kas kütlesi arasında ise negatif korelasyon tespit edilmiştir.

Sonuç: Bu çalışma sarkopenik yaşlı hastalarda NLO ile ilgili yapılan ilk araştırmadır. Geriatrik hastalarda yüksek NLO artmış sarkopeni riski ile ilişkili bulunurken, NLO; vucut yağ oranı ile pozitif korelasyon, yağdan korunmuş kas kütlesi ile negatif korelasyon göstermiştir. NLO, basit, ucuz, kolay ulaşılabilen bir test olarak sarkopenik yaşlı hastaların tanı ve/veya takiplerinde yardımcı bir tetkik olabilir.

Kaynaklar

1. Jensen GL. Inflammation: roles in aging and sarcopenia. J Parenter Enteral Nutr. 2008; 32:656–659.
2. Beasley LE, Koster A, Newman AB, et al; the Health ABC Study. Inflammation and race and gender differences in computerized tomography-measured adipose depots. Obesity. 2009; 17:1062–1069.

Anahtar kelimeler: Sarkopeni, Nötrofil Lenfosit Oranı

Tablo 1. Sarkopenik ve sarkopenik olmayan hastaların genel özellikleri laboratuar sonuçları

		Sarkopenik (n=105)	*Sarkopenik değil (n=314)*	*P*
Yaş		72,8 ± 7,3	71,44 ± 5,45	P>0,05
Cinsiyet	Kadın	54 (0,51)	51 (0,49)	P>0,05
	Erkek	145 (0,46)	169 (0,54)	
Yaşadığı Ortam	Yalnız	15 (0,14)	38 (0,12)	P>0,05
	Eşi ile	74 (0,7)	229 (0,73)	
	Diğer	16 (0,15)	47 (0,15)	
Medeni Hali	Evli	74 (0,7)	229 (0,73)	P>0,05
	Diğer	31 (0,3)	85 (0,27)	
Sigara	Evet	23 (0,22)	51 (0,16)	P>0,05
	Hayır	82 (0,78)	263 (0,84)	
Egzersiz	Evet	13 (0,12)	65 (0,21)	P>0,05
	Hayır	92 (0,88)	249 (0,79)	
WBC (/mm3)		8695±1681	7807±1147	0,001*
PLT (/mm3)		284774±61345	265569±49855	0,045*
ESR (mm/h)		26,40±9,78	20,41±7,25	0,004*
CRP (mg/dl)		5,46±1,78	4,15±1,24	0,020*
NLO		2,52±1,30	2,21±0,93	0,013*

Tablo 2. NLR ile Vucut Yağ Oranı ve Yağsız Kas Kütlesi Arasındaki İlişki

		Vücut Yağ Oranı	*Yağsız Kas Kütlesi*
NLO	r	0,339**	.-. 755**
	p	.001	.000

PS-42

RADİKÜLOPATİ İLE LUMBAL İNTERVERTEBRAL DİSK BOZUKLUĞU TANILI DÜŞME HİKAYESİ OLAN YAŞLI BİREYDE KARE ADIM EGZERSİZLERİNİN DENGE, DÜŞME KORKUSU VE KOGNİTİF FONKSİYONLAR ÜZERİNE ETKİSİ: VAKA SUNUMU

Ayşe Abit Kocaman[1], Nuray Kırdı[2], Songül Aksoy[3], Burcu Balam Yavuz[4]

[1]Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü
[2]Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü
[3]Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Odyoloji Bölümü, Prof. Dr.
[4]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı

Vaka Takdimi: Radikulopati ile lumbosakral intervertebral disk bozuklukları tanısı olan ve 71 yaşındaki erkek hastamız son 1 yılda 4 kez düşme hikayesi, denge bozukluğu ve yürümede güçlük şikayetleri ile geriatri polikliniğine başvurmuştur. Hastamız zaman zaman belinde ağrı şikayetini ve ağrıya eşlik eden yorgunluk hissini tarif etmiştir. Alt ekstremitesinde ise uyuşukluk ve duyu kaybı tarif etmemektedir. Özgeçmişi sorgulandığında hipertansinyon saptanmış, soygeçmişinde ise herhangi bir özellik saptanmamıştır. Lokomotor sistem muayenesinde alt yönde belirgin kısıtlılık ve ağrılı olduğu saptanmıştır. Hastamızın radikülopatinin eşlik ettiği lomber disk herniasyonu açısından lomber manyetik rezonans görüntelem yöntemi sonuçları ekstremite eklem hareket açıklıkları tam ve ağrısızdı. Bel eklem hareket açıklığı ise fleksiyon incelendiğinde L3-4,L5-S1 düzeyinde bulging foraminal protrüzyonlara bağlı nöral foraminal daralmalar saptanmıştır. Etkilenen sol alt ekstremitesinde sol ayak, ayak bileği çevresinde şişlik ısı artışı ve renk değişikliği gibi vazomotor değişiklikler saptanmamıştır. Hastamız düşme sonrası düşmekten korktuğu için aktivitelerini azalttığını belirtmiştir. Hastamız için dengenin geliştirilmesi, düşmeye yönelik egzersiz programı için fizyoterapiste danışılmıştır.

Hastamızın denge değerlendirmesi Berg Denge Ölçeği(BDÖ) ile, düşme korkusu Tinetti Düşme Etkinlik Ölçeği(TDEÖ) ile, kognitif fonksiyonlar ise Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği(MBDÖ) ile değerlendirilmiştir. Değerlendirmeler sonrasında 6 hafta boyunca hafta 3 kez kare adım egzersiz eğitimine alınmıştır. Kare adım egzersiz eğitimi step egzersizlerini 40 eşit parçaya ayrılmış 2,5x1,0m ince minder üzerinde en az 200 adımı içermektedir. Kare adım egzersizleri zorluk derecesi giderek artan öne, arkaya, yanlara, diyagonal yönleri içeren, küçük, temel, düzenli ve ileri seviyelerden oluşan egzersiz eğitimidir. Hastamıza step eğitim seviyesi eğitime başlamadan gösterilmiştir ve hastamız eğitim seviyesini 2 kez doğru yaptığında bir sonraki seviyeye geçilmiştir. Egzersiz programı ısınma ve soğuma periyodu içermemektedir.

Tedavi sonrası değerlendirmelerimiz yapıldığında denge, düşme korkusu ve kognitif fonksiyonlar üzerinde önemli gelişmeler kaydedilmiştir (Tablo 1).

Sonuç: Düşmeler, yaşlılarda tıbbi ve ekonomik sonuçları açısından büyük bir halk sağlığı olarak karşımıza çıkmaktadır. Düşmelere neden olan sorunların saptanması ve giderilmesi öncelikler arasındadır. Kare adım egzersiz eğitimi denge, düşme korkusu, kognitif fonksiyonlar üzerine etkilidir. Kare adım egzersizleri rehabilitasyon sürecinde kullanabileceğimiz etkili bir egzersiz tedavi yöntemidir.

Anahtar Kelimeler: kare adım egzersizleri, yaşlanma, denge

Tablo1. Kare adım egzersiz eğitiminin denge, düşme korkusu, kognitif fonksiyonlar üzerine etkisi

	Tedavi Öncesi	*Tedavi Sonrası*
BDÖ	38	47
TDEÖ	75	40
MBDÖ	21	27

11. AKADEMİK GERİATRİ KONGRESİ

2018

YAZAR DİZİNİ

A

Abbasoğlu, Osman 115, 124
Abiyev, Azer 138, 147, 157, 158, 161, 162
Acar, Ayhan 108
Akar, Mustafa 160
Akçam, Nur Özge 122
Akçay, Kezban 32, 124
Akçiçek, Fehmi 92, 122, 143
Akın, Sibel 119
Aksak, Arif 110, 155, 156
Aksoy, Emine 112
Aksoy, Mehmet 156
Aksoy, Sercan 114
Aksoy, Songül 94, 162
Aksu, Hatice 104
Akyar, İmatullah 65
Altınöz, Hilal 112
Aras, Sevgi 93, 107, 111, 151, 157, 161
Arık, Güneş 101, 110
Arslan, Selen Serel 116
Asil, Serkan 83, 101
Ataç, Şermin 124
Ataş, Nuh 82
Atmış, Volkan 93, 107, 111
Avcı, Suna 104, 112
Avul, Sercan 160
Ayçiçek, Gözde Şengül 84, 92, 94, 101, 109, 110, 114, 116, 117, 118, 120, 123, 124
Aydemir, Yasemin Gül 144, 145, 148, 152
Ay, Seval 88
Ayvacıklı, Gökşen 130

B

Babaoğlu, Hakan 82
Bademler, Süleyman 81
Bahat, Gülistan 97, 123, 130, 131
Bahat, Zümrüt 128, 129
Bahşi, Remzi 93, 107, 111, 151, 157, 161
Bakar, Yeşim Öztürk 141
Bakkaloğlu, Oğuz 95
Balcan, Baran 85
Balcı, Cafer 36, 83, 84, 92, 94, 99, 101, 109, 114, 115, 116, 117, 118, 120, 123, 124
Baş, Yılmaz 103
Batalha, Luis 142
Baydan, Mine 94
Bay, İlker 97
Bayraktar, Miyase 123
Beaudart, Charlotte 131
Berdeli, Afig 92
Bıçaklı, Derya Hopancı 115
Bilgiç, Çağrı 150
Binici, Büşra 100
Bostankulu, Başak 92
Bozoğlu, Ergün 23, 108
Bruye`re, Olivier 131
Buldu, İbrahim 79, 81
Büyükturan, Galip 108

C

Can, Büşra 110
Cankurtaran, Mustafa 83, 84, 92, 94, 99, 101, 109, 114, 116, 117, 118, 120, 123
Cansu, Güven Barış 84
Cengiz, Mahir 112

Ç

Çağlar, Ömür 120
Çakmakçı, Cemile 131
Çalışkan, Hatice 84, 92, 94, 101, 109, 114, 116, 117, 118, 120, 123
Çapan, Nalan 130
Çavuşoğlu, Çağatay 82, 124, 127, 148, 150
Çetin, Sevan 34
Çinçin, Aslı Tufan 63
Çizmeci, Zeynep 105
Çobanoğlu, Ümit 129
Çöteli, Süheyla 82, 100, 109, 122, 124, 127, 137, 148, 150

D

Demirağ, Kubilay 115
Demircioğlu, Arzu 94
Demir, Ebru 160
Demirkan, Kutay 124
Demir, Numan 116
Demiryas, Süleyman 116
Deniz, Olgun 82, 100, 109, 122, 124, 127, 137, 148, 150
Dias, Isabel Pereira 142
Dikmen, Ayse Veyhurda 82, 83, 90
Dilaver, Ragibe Gülşah 140
Dinçkal, Çiğdem 122
Direskeneli, Haner 87
Doğanay, Mutlu 38
Doğrul, Ahmet Bülent 120
Doğrul, Rana Tuna 82, 83, 94, 101, 109, 116, 117, 118, 120, 122, 124, 127, 137, 148, 150
Doğru, Rümeysa 144
Doruk, Hüseyin 108
Döventaş, Alper 103, 104, 112, 134, 139, 141
Duman, Soner 92, 122
Durmaz, Ayşe Gül Satman 139
Durmaz, Himmet 121
Durmuş, Bekir 45
Duymuş, Mahmut 110

E

Edizer, Bahadır 138
Ekinci, Osman 85
Emiralioğlu, Buket 96
Erdinçler, Deniz Suna 103, 104, 112, 147
Erdogan, Tuğba 131
Erdoğan, Onur 133
Erdoğan, Tuğba 133
Erel, Özcan 92
Eriş, Salim Serdar 128
Ertürk, Arzu 73
Ertürk, Zeynep 87
Erzeybek, Mustafa Said 80
Esen, İrfan 160
Esen, Selin Aktürk 159
Esmeray, Gaye Öz 134
Eşme, Mert 83, 84, 92, 94, 101, 114, 118, 120, 123, 124
Eşme, Pelin 114

F

Fırlatan, Büşra 123

G

Gandolfo, Federica 142
Garrote, Juan Manuel Pe´rez-castejon 142
Gibson, Stephen 142
Gökdemir, Bahattin 91
Göker, Berna 82, 100, 109, 122, 124, 127, 137, 148, 150
Göktaş, Ayşe 146
Göl, Mehmet 160
Gönenç, Işık 85
Guarda, Hirondina 142
Gültekin, Murat 119
Gümeler, Ekim 123
Güneş, Yavuz 159
Güney, Figen 42
Güngör, Funda 130
Gürdal, Saliha 139
Gürger, Murat 88

H

Hakkoymaz, Hakan 117
Halil, Meltem 83, 84, 92, 94, 101, 109, 114, 115, 118, 120, 123, 124
Halil, Meltem Gülhan 94, 99, 109, 116, 117, 120, 121
Hocaoğlu, Erhan 124
Hünük, Mustafa Ahmet 160
Hymabaccus, Ben Azir Begüm 118

I

Işık, Ayşe 159
Işıklar, Aysun 113

İ

İlhan, Birkan 97, 130
İnanç, Güzide Nevsun 87
İnanç, Yılmaz 117
İnanç, Yusuf 79
İnci, Nur Banu 141

K

Kalyoncu, Nuri İhsan 129
Karaahmet, Fatih 125, 140, 153, 159
Karabıyık, Bekir 143, 144
Karabıyık, Esra Saydam 143, 144
Karabulut, Erdem 109, 117, 118
Karadağ, Berrin 27, 46
Karaduman, Ayşe 116
Karahan, Süleyman Caner 129
Karaman, Emine 92
Karan, Ayşe 130
Karanlık, Hasan 81
Karan, Mehmet Akif 97, 123, 130, 131, 133
Kara, Özgür 101
Karaşahin, Ömer 92
Kar, İrem 146
Kars, Ayşe 114
Kaya, Fatih 80
Kayılıoğlu, Selami Ilgaz 91
Kekilli, Murat 125, 140, 153, 159
Kelleci, Burcu 32, 124
Kılavuz, Aslı 142
Kılıç, Cihan 97, 123, 130
Kılıç, Hasan Erkan 116
Kılıçkap, Saadettin 40
Kılıç, Mustafa Kemal 28, 83, 101, 109, 120, 140, 153, 159
Kılıçturgay, Sadık 115
Kırdı, Nuray 67, 94, 162
Kızılarslanoğlu, Cemal 116, 117
Kızılarslanoğlu, Muhammed Cemal 83
Kızılarslanoğlu, Muhammet Cemal 82, 100, 101, 109, 110, 120, 122, 127, 137, 148, 150
Kızılarslanoğlu, Muhemmet Cemal 124
Koban, Buğu Usanma 85
Kocaman, Ayşe Abit 162
Koca, Meltem 118
Koca, Nizameddin 160
Koçak, Fatma Özge Kayhan 90
Konan, Ali 120
Konduk, Buğra Tolga 126
Köymen, Tamer 149
Kudret, Hüseyin 146
Kul, Seval 138, 162
Küçükdağlı, Pınar 97, 131, 133
Küçükdağlı, Pinar 131

M

Macian, Nicolas 142
Molloy, D. William 109
Monacelli, Fiammetta 142
Mugeiro, Maria Jose´ Carrilho 142
Muratlı, Sevilay 115

N

Naharci, Mehmet İlkin 108
Neşelioğlu, Salim 92

O

O'caoimh, Rónán 109
Odetti, Patrizio 142
Onuk, Zinet Asuman Arslan 105
Onur, Ruhi 123
Ozan, Zeynep Tuğba 79

Ö

Öğüten, Evrim Göde 26, 33
Öksüzoğlu, Ömür Berna 114
Ölmez, Nilgün 124
Öncül, Ali 82, 124, 127, 150
Ören, Meryem Merve 97, 131
Özalp, Hümeyra 131
Öz, Atilla 92
Özdemir, Nuriye 114
Özer, Firüzan Fırat 119
Özkan, Özlem Persil 130
Özkaya, Hilal 85
Özkök, Serdar 103, 104, 112, 139, 141, 147
Özsürekci, Cemile 92, 94, 101, 109, 114, 116, 117, 120, 123
Özsürekçi, Cemile 84, 99, 118, 120
Öztin, Hasan 108
Öztorun, Hande Selvi 93, 107, 111, 151, 157, 161
Öztüek, Zeynel Abidin 158
Öztürk, Ahmet 49, 108
Öztürk, Gülistan Bahat 53, 64, 115, 133
Öztürk, Savaş 71
Öztürk, Zeynel Abidin 99, 102, 110, 115, 138, 143, 144, 147, 150, 152, 154, 155, 156, 157, 160, 161, 162

P

Pastorino, Elisa 142
Pereira, Bruno 142
Pickering, Gise`le 142

R

Reginster, Jean Yves 131

S

Saip, Pınar 81
Salman, Reyhan Bilici 82
Saraç, Fulden 143
Saraç, Zeliha Fulden 56, 90, 91, 102
Sarıkaya, Ozan Fatih 122
Sarı, Murat 81
Satış, Hasan 82
Savas, Sumru 142
Savaş, Sumru 54, 143
Serakıncı, Nedime 55
Serin, Nergis 147
Sertoğlu, Erdim 108
Soylu, Gülçimen 99, 138, 150, 152, 154, 156, 157, 158
Soytaş, Rabia Bağ 103, 104, 112, 139, 141, 147
Sönmezer, Emel 96
Sungurtekin, Hülya 115
Suvak, Özlem 141
Sümer, Fatih 83, 94, 101, 109, 115, 116, 117, 118, 120
Sürmeli, Deniz Mut 93, 107, 111, 151, 157, 161
Sürmeli, Zeki Gökhan 93

Ş

Şahin, Nilay 47
Şahin, Sevnaz 92, 122
Şahin, Ülkü Kezban 94
Şahutoğlu, Sercan 102
Şeker, Yasemin Tekdöş 98
Şenduran, Levent 134
Şengel, Buket Ertürk 86
Şentürk, Aydın 80

T

Tahtacı, Mustafa 108
Tamer, Fatma 39, 124
Tanrıverdi, Mustafa 143, 144
Taşar, Pınar Tosun 92, 122
Taşçı, İlker 58
Taşkıran, Bengür 84
Taymaz, Tolga 149, 150
Team, The Doloplus 142
Tezcan, Mehmet Engin 70
Tufan, Abdurrahman 82
Tufan, Aslı 87
Tufan, Gülnihal 114
Turgut, Tuğba 93, 107, 111, 151, 157, 161
Tülübaş, Evrim Kücür 98
Türkbeyler, İbrahim Halil 138, 147, 157, 158, 160, 161, 162
Türkmen, Banu Özulu 123, 127

U

Uğurlucan, Funda Güngör 72
Ulusoy, Merve Gülşah 122

Ü

Ülger, Elif Sena 139
Ülger, Zekeriya 110, 115
Ülkü, Cunay 129
Ünal, Nurefşan Cihangiroğlu 99
Ünsal, Pelin 84, 92, 94, 101, 114, 118, 120, 123

V

Varan, Hacer 83
Varan, Hacer Doğan 82, 100, 101, 109, 122, 137, 150
Varan, Özkan 82
Varlı, Murat 93, 107, 111, 146, 151, 157, 161

Y

Yağcı, Hüseyin 153
Yakaryılmaz, Funda Datlı 99, 102, 110, 138, 150, 152, 154, 155, 156, 157, 158
Yalçın, Ahmet 29, 60, 111
Yalçın, Ahmet Emre 107
Yalvaç, Yusuf 99, 150, 152, 154, 157, 158
Yanık, Serdar 79
Yaşa, Cenk 130
Yaşaroğlu, Ömer Faruk 116
Yavuz, Burcu Balam 83, 84, 92, 94, 99, 101, 109, 114, 116, 117, 118, 120, 123, 162
Yavuz, Bünyamin 83, 101
Yavuzer, Hakan 103, 104, 112
Yavuz, Melek Nur 129
Yeşil, Nesibe Karahan 159
Yeşi, Yusuf 92
Yıkılgan, İhsan 110
Yıldırım, Abdullah Emre 75
Yıldırım, Dudu Kübra 139
Yıldızeli, Şehnaz Olgun 89
Yılmaz, Cezmi 80
Yılmazer, Cihat 143, 144
Yılmaz, Merve 143
Yılmaz, Özlem 115, 123, 131, 132
Yücel, Derya 96, 100
Yüksel, Oğuzhan 80
Yürüyen, Mehmet 59

Z

Zengin, Nurullah 114

AKADEMİK
GERİATRİ
DERNEĞİ