

YAŞLILARIN TAKİBİ VE PROFİLAKTİK YAKLAŞIM

M.Akif KARAN

Günümüzde tüm dünyada yaşlı nüfus sayısı belirgin olarak artmaktadır. İster gelişmiş, ister gelişmekte olan ülkelerde yaşasınlar, doktorlar giderek daha fazla sayıda yaşlı hasta ile karşılaşmaktadırlar. Yaşlılık sınırının genel olarak 65 yaşında başladığı kabul edilir. Bu çağdaki bireyler çoğu kere tıbbi, kognitif ve sosyoekonomik sorunlarından dolayı fiziksel kısıtlılık içinde olurlar. Yaşlandıkça kronik hastalıkların sıklığı da artar. Bu nedenlerle yaşlılar, orta yaştakilere göre daha fazla doktora giderler, ilaç kullanırlar ve hastaneye yatarlar.

YAŞLININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Yaşlının kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesinde bireyin sağlığını etkileyen fiziksel, psikososyal ve çevresel etmenler göz önüne alınmalıdır. Kişinin günlük hayatında fiziksel, mental ve sosyal aktivitelerini bağımsız olarak ifa edebilmesi "fonksiyonel durum" olarak tanımlanır. Kronik ve genellikle tedavi edilemeyen, ilerleyici hastalıkları olan yaşlılar için, fonksiyonel durum yaşam kalitesinin en önemli göstergesidir. Fonksiyonel durum "günlük yaşam aktivitesi" (activities of daily living=ADL) skalaları ile ölçülebilir. Fiziksel yetersizliğe yol açan kronik hastalıkların çoğu potansiyel olarak önlenebilir süreçlerdir, bunları yaşlılığa bağlamak doğru değildir. Genel pratisyen, aile hekimi, iç hastalıkları uzmanı, geriatrist veya başka bir hekim olsun, hekimlerin öncelikli amacı fiziksel yetersizlikle sonlanan önlenebilen hastalıkları erkenden tanımak ve gerekli tedavi ve profilaksi girişimlerini uygulamak olmalıdır.

Muayenehanede veya hastanede görülen bir yaşlı karşısında, kognitif, affektif, fonksiyonel, sosyal ve ekonomik durum değerlendirilmelidir. Hastanın bir yandan tıbbi durumu ortaya konulurken, diğer yandan olası yasal sorunlar düşünülmeli, bağımsız yaşama yeterliliğini kaybetmişse bakımevi, bakıcı veya ailenin yardımı gibi seçenekler araştırılmalıdır.

Anamnez ve fizik muayene: Yaşlılardan anamnez alınırken ve muayenelerini yaparken klasik davranışlarımızda bazı değişiklikler yapmak gerekir. Unutulmamalıdır ki özellikle ilk vizitte, anamnez ve muayene için daha fazla zaman harcamak gerekir. Standart sorular fonksiyonel kısıtlılığı gösteremeyebilir. Yaşlı dispne, görme kaybı, inkontinans, yürüme bozukluğu, kabızlık, baş dönmesi, düşme gibi semptomlarını normal yaşlanmanın bir sonucu olarak kabul edebilir, halbuki hiçbir hastalık normal yaşlanma olarak kabul edilemez.

Yaşlının bir gününü sorgulamak yaşam kalitesi, fiziksel bağımsızlığı ve düşünce yeteneği hakkında önemli bilgiler ve-

rir. Hatırlama güçlüğü nedeniyle hastalar hastaneye yatma, ameliyat ve ilaç anamnezlerini eksik verebilirler. Bu durumda alternatif kaynaklar (aile, bakıcılar, tıbbi kayıtlar) kullanılabilir.

Doktor iyi bir gözlemci olmalı, anamnez alırken ipuçlarını yorumlamalıdır. İhmal veya inkarlar önemli olabilir. Anksiyete veya depresyonu genellikle inkar ederler. Uyku ve iştahın sorgulanması fiziksel ve mental sağlık hakkında bilgi sağlayabilir. Elbise ve takma dişlerin daralması veya bollaşması kilo kaybı veya almayı gösterir.

Görme sorunları tanınmaz ve tedavi edilmezse fonksiyonel bağımsızlığı etkiler. Hafif ve orta işitme kaybı çok ciddi emosyonel ve sosyal fonksiyon bozukluğuna neden olabilir.

Hastalara son bir yıl (veya 6 ay) içinde hiç düşüp düşmediği sorulmalıdır. Cevap evet ise, başta yürüme ve hareket sistemi hastalıklarının aranması olmak üzere, daha ileri araştırma yapılmalıdır.

Üriner inkontinans genellikle fiziksel ve kognitif bozuluklara eşlik eder. Hastalar genellikle bu konudan söz etmezler, doktorlar da sormayı ihmal ederler.

Yaşlıda kilo kaybı malnütrisyonun habercisi veya demans, depresyon, kronik hastalıklar (kalp yetersizliği, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, malign hastalık) ve hipertiroidizme bağlı olabilir. Yaşlı son 6 ayda vücut ağırlığının % 10'u kadar kilo kaybetmiş ise daha ileri tetkik gerekir.

Hipertansiyonun tedavisi yaşlılarda inme ve kardiyovasküler nedenlere bağlı ölümü azaltır.

Kognitif fonksiyonlar: Demans kognitif fonksiyonlarda bozulmaya yol açan en sık hastalıktır. Kognitif bozukluğu saptamak için "Mini-mental durum testi" ve saat çizme testinden yararlanılabilir.

Depresyon: Depresyon hem kognitif fonksiyonlarda bozulmaya, hem de ölüm, intihar ve fiziksel kapasitede azalmaya neden olur. Majör depresyon ilaçlar ve psikoterapi ile tedavi edilebilen bir hastalıktır. Depresyon tarama testleri özellikle atipik prezentasyonlu hastaların yakalanmasında yararlı olurlar.

YAŞLILAR VE KORUYUCU HEKİMLİK

"Tarama çalışmaları", tanım olarak subklinik hastalıkları yakalayabilmek amacıyla, asemptomatik kişilerde yapılacak fizik muayene, laboratuvar testleri ve radyolojik incelemeleri ifade eder. Pozitif sonuç elde edilirse daha ileri tanısal girişimlerin gerektiği anlaşılır. Birçok hastalık yaşlandıkça

sıklaştığından, yaşlılarda tarama testleri gençlerin taranmasına göre daha yararlı sonuçlar verir, ancak yaşlı taramanın faydasını görmeden önce, diğer hastalıklardan ölebilir. Birçok yaşlıda, fiziksel ve kognitif kısıtlılıklar, transport sorunları, bazı testlere hazırlanmaktaki zorluklar gibi nedenlerle tarama işlemleri daha zahmetli olur. Fayda-zarar dengesini doğru belirlemek gereklidir.

Hiperlipidemi: Hastalara bireysel özelliklerine göre yaklaşmak gereklidir. Kolesterol düşürücü tedaviler yaşlılarda iyi tolere edildiğinden, fonksiyonları iyi, beklenen yaşam süresi en az 5 yıl ve koroner kalb hastalığı açısından multipl risk faktörü olan (sigara, hipertansiyon, diabet) yaşlılarda kolesterol taraması doğru olacaktır. Diğer yandan, 75 yaşın üzerinde, kronik hastalığı olan, beklenen yaşam süresi kısıtlı, koroner kalb hastalığı için başka bir risk faktörü bulunmayan hastalarda kolesterol taraması takip ve tedavi maliyeti ile de ilişkili olarak muhtemelen bir yarar sağlamayacaktır. Sekonder ve tersiyer koruma amacı ile hiperlipidemi taraması tabii ki yapılmalıdır.

Serviks kanseri: Seksüel aktif veya 18 yaşından büyük her kadında yıllık Pap testleri yapılmalı, iki ardışık test normal gelmedikçe, 3 yılda bir test tekrarlanmalıdır. "The U. S. Preventive Services Task Force" Pap yaymaları normal seyreden >65 yaşında kadınlarda rutin Pap yaymaları taramasının kesilebileceğini söylemektedir. Çünkü, serviks kanseri mortalitesi normal Pap smiri olan kadınlarda 60 yaşından sonra azalmaktadır. Eğer kadın 65 yaşın üzerinde ise, seksüel olarak inaktif veya monogamöz ise ve Pap smirleri normal bulunmuş ise, serviks kanseri riski düşüktür, testlere devam etme yarar sağlamayacaktır.

Meme kanseri: Meme kanseri taraması amacı ile, 20 yaşın üzerinde her kadın her ay kendisi meme muayenesi yapmalı, 20-40 yaş arasında 3 yılda bir, 40 yaşından sonra her yıl meme muayenesi yaptırmalıdır. 40-49 yaş arasında 1-2 yılda bir, 50 yaşından sonra her yıl mammografi çekilmelidir. Yetmiş yaş ve üzerindeki kadınlarda rutin tarama mammografisini hakkında kesin bir cevaba sahip oluncaya kadar, en az 5 yıl yaşam beklentisi olan, aile hikayesi veya uzun süre estrojen kullanımı gibi riskli olan veya tarama ve daha sonra tedavi için oldukça istekli olan kadınlarda taramaya devam etmek uygun olacaktır.

Prostat kanseri: Aslında, herhangi bir yaşta prostat kanserinin erken tanısının bu hastalıktan mortaliteyi azalttığı gösterilmemiştir. Yetmiş yaşın üzerindeki erkeklerde beklenen yaşam süresi 10 yıl civarında olduğundan, yeni tanı konmuş prostat kanserli erkekler muhtemelen başka nedenlerle öleceklerdir. "U.S. Preventive Services Task Force" prostat kanseri için rutin taramaya karşıdır.

Beslenme taramaları: Hem malnütrisyon (marasmus, kwashiorkor, mikronütrient eksiklikleri), hem de aşırı beslenme (obezite), morbidite ve mortaliteyi artırır. Yüksek riskli hastalar belirlenirse daha ileri beslenme değerlendirmeleri yapmak gerekir. Diyetteki kısıtlılıklar, hastalıklar, alkol kullanımı, sosyoekonomik yetersizlikler, malabsorpsiyon, para-

zitler, laksatif ve antasid kullanımı, pernisiyöz anemi, barsak rezeksiyonu, fistüller, kanama, ishal, nefrotik sendrom, hemodiyaliz, hipertiroidi, ateş, aşırı fizik aktivite malnütrisyon eğilimi artırır.

Diğer öneriler: Amerikan Kanser Derneği, 40 yaşından sonra her yıl rektal tuşe ile muayene, 50'den sonra her yıl erkeklerde prostat muayenesi, dışkıda gizli kan aranması ve 3-5 yılda bir kolonoskopik tetkik yapılmasını önermektedir. Kırk yaşından sonra her yıl genel değerlendirme ve kanser taraması amacı ile tiroid, testis, prostat, over, lenf düğümleri, ağız boşluğu ve deriyi içeren bir "check-up" yapılmalıdır. Kadınlarda 40 yaşından sonra her yıl pelvik muayene yapılmalıdır.

Osteoporotik kırıklar yaşlılarda önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Asemptomatik kişilerde kemik mineral yoğunluğunun rutin olarak tayininin yararı hakkında yeterli veri yoktur. Osteoporoz açısından aile hikayesi varsa veya kişi ince yapılı ve boyunda kısalma fark ediliyorsa osteoporoz aranmalıdır. Postmenopozal dönemde kemik kaybını azaltmak amacı ile hormon replasman tedavisine menopozdan hemen sonra başlanmalı ve hayat boyu sürdürülmelidir. Bu arada endometrium ve meme kanseri açısından takip edilmelidir.

İşitme, görme, kan basıncı, hemoglobin muayeneleri 1-3 yılda bir tekrarlanmalıdır.

Ailesinde diabetes olan veya obeziteye eğilimli olanlarda 2 saatlik tokluk şekeri bakılmalı veya OGTT yapılmalıdır.

PPD testi tüberküloz riski yüksek olanlarda ve bakım evlerinde kalanlarda yararlıdır. Yaşla cevaplılık azaldığından, negatif sonuç alındığında 1 hafta içinde test tekrarlanmalıdır. Batı ülkelerinde PPD'nin pozitifleşmesi tedavi endikasyonu koydurur. Yurdumuzda ise tüberküloz basili ile karşılaşma oranı yüksek olduğundan PPD sonuçlarını yorumlamak farklılık ve zorluk gösterir. Sonuç hastaya göre değerlendirilmelidir.

Yaşlılarda tiroid disfonksiyonu siktir ve klinik olarak tanı koymak da güçtür. Asemptomatik yaşlılarda bile, en azından bir kez TSH tayini yapılmalıdır.

KORUYUCU HEKİMLİK UYGULAMALARI

Beslenme: Enerji ihtiyacı yaşla azalmaktadır. Obezite zararlı olduğu gibi, yetersiz beslenme de risk taşımaktadır. Yaşlılar fazla değil ama yeterli kalori almalı, diyetlerindeki eksiklikler düzeltilmeli ve diyetin besin elementleri açısından zengin olmasına dikkat edilmelidir. Kalorinin % 55'i karbonhidratlardan sağlanmalı, diyet düşük yağlı ve kolesterolü olmalı ve yağlar toplam kalorinin % 30'unu aşmamalı ve günde 1 g/kg protein alınmalıdır. Lifli gıdalar hem konstipasyona karşı yarar sağlar, hem kolon kanseri ve divertikülozis açısından faydalıdır. Ortalama 1500 mg/gün kalsiyum ve 400-800 IU/gün D vitamini alınmalıdır. Antioksidanların ve eser elementlerin yararlı olduğuna dair teorik ve deneysel birçok veri mevcut ise de klinik çalışmalar henüz bunu teyid etmemiştir. Yine de E ve C vitaminleri, selenyum, çinko, B vitaminleri ve folik asit verilebilir. A ve D vitamininin fazlasının toksik olduğu unutulmamalıdır.

Yaşam biçimi: Yaşlılara düzenli egzersizin yararları, iyi beslenmenin önemi, alkol alımını azaltmaları veya kesmeleri, tütün içmemeleri ve yeterli süre uyumaları (günde 7-8 saat) önerilmelidir. Özellikle kognitif bozuklukları olan hastalara mutlaka araba kullanıp kullanmadıkları sorulmalıdır. Sigara içme akciğer kanseri gibi bilinen risklerin yanısıra, yaşlıların yangına sebep olmalarını kolaylaştırdığı için de önemli bir risktir. Narkotik drog alanlarda fekal "impaction", üriner retansiyon, delirium ve konfüzyon görülebileceği hatırlanmalıdır.

Egzersiz: Kan basıncı, kardiyovasküler performans, glukoz homeostazisi, kemik yoğunluğu ve fonksiyonel status üzerine olumlu etkilerinin yanısıra mental ve sosyal iletişimi de iyi yönde etkiler, uykusuzluğu ve kabızlığı azaltır. Uygun bir program olarak haftada 3 kere, 20-30 dakika yürümek veya bisiklete binmek tavsiye edilebilir. Düzenli egzersiz düşme ve bunun kötü sonuçlarının riskini de azaltır. Özellikle osteopenik hastalarda spinal fleksiyon egzersizlerinden kaçınılmalıdır.

Kazalardan korunma: Düşme başta olmak üzere kazalar yaşla artmaktadır. Düşme kalça kırığına neden olarak

fonksiyonel bağımsızlığı ortadan kaldıran en önemli olaylardır. İyi fizik kondisyonun devamı böyle kazaları önlemeye yardımcıdır. Merdiven ve tuvaletlerin düzenlenmesi, banyoda tutma yerleri, ateş ve duman alarmları, yeterli aydınlatmanın sağlanması gibi ev ortamında düzenlemelerin yapılması bu riskleri azaltacaktır.

Kemoprofilaksi: Düşük doz aspirin (<325 mg/gün) kontrendikasyon olmadığı sürece primer ve sekonder profilaksi amacıyla verilebilir. 1500 mg/gün kalsiyum ve 400-800 IU/gün D vitamini alımı sağlanmalıdır. E vitamini 100-400 mg/gün, C vitamini 60 mg/gün (sigara içenlerde 100 mg/gün), folik asid (0.5 mg/gün), B6 (2.5 mg/gün) ve B12 (0.003 mg/gün) vitaminleri, selenyum (0.05-0.07 mg/gün), çinko (12-15 mg/gün) verilebilir.

Aşılar: Altmışbeş yaşın üzerinde her yıl influenza aşısı yapılmalıdır. Bazı yazarlar ise bunu sadece immünitesi düşük veya pulmoner infeksiyonlara eğilimli hastalara önermektedirler. Yaşlıya bir kez pnömokok aşısı yapılmalıdır, ikinci aşı sıklıkla lokal reaksiyonlara yol açtığından, özel bir endikasyon yoksa tekrarlamak gerekmez. On yılda bir tetanoz rapeli yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1- Abrams W B, Beers MH, Berkow R: *The Merck Manual of Geriatrics*, 2. baskı, s. 1085, Merck&Co., Inc., Whitehouse Station, N.J. (1995).
- 2- Coley C M, Barry M J, Fleming C, Mulley A G: Early detection of prostate cancer, *Am Coll Physicians* 126:394 (1997).
- 3- Garber A M, Littenberg B, Sox H C, Wagner J L, Gluck M: Costs and health consequences of cholesterol screening for asymptomatic older Americans, *Arch Intern Med* 151:1089 (1991).
- 4- Erdinçler D S: Geroprofilaksi, "Beğen T (ed): *Geriatrik Hasta ve Sorunları*" kitabında s. 99, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Sürekli Tıp Eğitimi Komisyonu, Yayın no: 9, Deonta Güncel Tıp Yayınları, İstanbul (1998).
- 5- Karan MA: Geriatrik tıp, "Sencer E (ed): *Endokrinoloji, Metabolizma ve Beslenme Hastalıkları, Geriatri ilavesi ile*" kitabında s. 825, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd., İstanbul (2001).
- 6- Krumholz H M, Seeman T E, Merrill S S, Mendes de Leon C F, Vaccarino V, Silverman D I, Tsukahara R, Ostfeld A M, Berkman L F: Lack of association between cholesterol and coronary heart disease mortality and morbidity and all-cause mortality in persons older than 70 years, *JAMA* 272:1335 (1994).
- 7- Moore AA, Siu A, Partridge JM, Hays R D, Adams J: A randomized trial of office-based screening for common problems in older persons, *Am J Med* 102:371 (1997).
- 8- Moore A A, Reuben D B: Geriatric assessment, "Jahnigen D, Schrier R (eds): *Geriatric Medicine*, 2. baskı" kitabında s. 75, Blackwell Science, Brumfield (1996).
- 9- Muldoon M F, Mancuk S B, Matthews K A: Lowering cholesterol concentrations and mortality: a quantitative review of primary prevention trials, *Brit Med J* 301:309 (1990).
- 10- Nielsen C, Lang R S: Principles of screening, *Med Clin North Am* 83:1323 (1999).
- 11- Palmer RM: Geriatric assessment, *Med Clin North Am* 83:1503 (1999).
- 12- Rich J S, Sox H C: Screening in the elderly: Principles and practice, www.hospipract.com/issues/2000/10/eldrich.htm adresinden (24.02.2002).
- 13- Satariano W A, Ragland D R: The effect of comorbidity on 3-year survival of women with primary breast cancer, *Am Coll Physicians* 120:104 (1994).
- 14- Sencer E: *Beslenme ve Diyet*, s. 241, Güven Matbaası, İstanbul (1991).
- 15- Welch H G, Albertsen P C, Nease R F, Bubolz T, Wasson J H: Estimating treatment benefits for the elderly: The effect of competing risks, *Am Coll Physicians* 124:577 (1996).