

deomed®

Deomed Yayıncılık

Çiğçili (Ed.)

**Aile Hekimleri için Yaşlı Sağlığına Bütüncül Yaklaşım**

16.5 x 24 cm, XII + 340 Sayfa

62 Resim, 49 Tablo, 17 Şekil

28 Yazar Katılımıyla

ISBN 978-975-8882-36-6

Birinci baskı © Deomed, 2011.

www.deomed.com

# Yaşlılarda Sık Rastlanan Hastalıklar

## 5.1 / Hipertansiyon

Mehmet Akman

## 5.2 / Diabetes Mellitus

Mehmet Akman

## 5.3 / Koroner Arter Hastalığı

Pemra Cöbek Ünalın

## 5.4 / Konjestif Kalp Yetmezliği

Mehmet Akman

## 5.5 / Yaşlılarda Sık Rastlanan Enfeksiyonlar

Pemra Cöbek Ünalın

## 5.6 / Yaşlılarda Tiroid Bezinin Fonksiyon Bozuklukları

Mehmet Akman

## 5.7 / Menopoz

Mehmet Akman

## 5.8 / Andropoz

Mehmet Akman

## 5.9 / Yaşlanma ve Osteoporoz

Gülseren Akyüz

## 5.10 / Diz Osteoartriti

Pemra Cöbek Ünalın

Bu bölüm kapsamında incelenen hastalıklar genel bir yaklaşımdan ziyade yaşlılarda görülen farklılıklar, tedavi ve izlemde dikkat edilmesi gereken konular açısından ele alınmıştır. Kuşkusuz bölüm kapsamına alınabilecek sıklığı yaşla artan ya da yaşlıda yaklaşımı farklılık gösteren başka hastalıklar da vardır. Kitap kapsamı sınırlı olduğundan en sık rastlanan ve büyük ölçüde birinci basamak hekimlerince takip edilmesi gereken hastalıklar öncelikli olarak ele alınmıştır.

**Bölüm 5.1, 5.2 ve 5.3'**te toplum hastalık yükünün önemli bir kısmını oluşturan Hipertansiyon, diabetes mellitus ve koroner arter hastalığı incelenmiş, **Bölüm 5.4'**te sıklığı yaşlılıkta belirgin şekilde artan ve zaman içinde yaşlının işlevselliğini büyük ölçüde bozan konjestif kalp yetmezliği ele alınmıştır. **Bölüm 5.5'**te en sık bi-

rinci basamak başvuru sebepleri olan ve yaşlı hastalarda seyri değişiklik gösteren enfeksiyonlar ele alınmıştır. Yine yaşlılarda sık rastlanan tiroid bezi bozuklukları **Bölüm 5.6'**da incelenmiştir. Geç erişkin dönemden yaşlılığa geçişte yaşam kalitesini bozabilecek menoz ve andropoz **Bölüm 5.7 ve 5.8'**de, önemli yeti yitimine sebep olabilen, hatta ölümcül olabilecek kırıkların öncülü osteoporoz **Bölüm 5.9'**da ve ciddi yeti yitimine neden olabilen diz osteoartriti **Bölüm 5.10'**da incelenmiştir.

Ayrıca, hem bu bölüm kapsamını hem de koruyucu yaklaşımı, sıklıkla klinikte görüldüğü gibi birden çok hastalığı olan üç örnek olgu aracılığı ile gözden geçirebilirsiniz. Olguların isimleri gerçek değildir ancak gerçek kişiler olduklarını belirtmek amacı ile isimlendirilmişlerdir.

## 5 / Yaşlılarda Sık Rastlanan Hastalıklar

### 5.1 / Hipertansiyon

#### 5.1.1 / Epidemiyoloji

55 yaşında normotansif bir kişide yaşam boyu hipertansiyon gelişme olasılığı %90 olarak bildirilmiştir. Kuzey Amerika, Avrupa, Japonya ve Avustralya'da yapılan çok merkezli bir çalışmada 70 yaş ve üzeri grupta hipertansiyon sıklığı %70 olarak verilmektedir. 60 yaş üstü Amerikan vatandaşlarında hipertansiyon sıklığı %65 iken, ülkemizde %75.1 olarak bildirilmiştir. Yaşlı hipertansif hastaların %88'inde en az bir, %61'inde ise iki eşlik eden hastalık (komorbidite) bulunmaktadır. Dislipidemi, diyabet, kalp yetmezliği, böbrek yetmezliği gibi tabloların hipertansiyon ile birlikteliği kardiyovasküler riskte anlamlı artışı da beraberinde getirmektedir.

- Ortostatik hipotansiyon yaşlılarda daha sık görüldüğünden yaşlı hastaların tansiyonları hem otururken veya uzanırken hem de ayakta ölçülmelidir.

#### 5.1.2 / Tanı

Hipertansiyonun tanısı açısından yaşlı hastalarda, mümkünse poliklinik ölçümlerinin dışında ölçümler de içeren, bir kan basıncı takip çizelgesi ile karar vermek son derece önemlidir. Ortostatik hipotansiyon yaşlılarda daha sık görüldüğünden yaşlı hastaların tansiyonları hem otururken veya uzanırken hem de ayakta ölçülmelidir. Ortostatik hipotansiyon, yaşlılarda düşme gibi istenmeyen sonuçlara yol açabilecek bir duruma sebep olduğundan önemlidir. En az her altı ayda bir ortostatik hipotansiyon varlığı kontrol edilmelidir.

Hipertansiyon sınıflaması ve tedavi endikasyonları yaşlılar ve gençlerde farklılık gös-

termez ve JNC-VII tanımlamaları kullanılabilir. Hipertansiyon tanısı alan yaşlılarda elektrolitler, kreatinin ve hematokrit istenmesi gereken minimal laboratuvar testleridir.

- Hipertansiyon tanısı alan yaşlılarda elektrolitler, kreatinin ve hematokrit istenmesi gereken minimal laboratuvar testleridir.

Yaşlılarda görülen hipertansiyon genellikle esansiyel olmakla beraber, nadir de olsa özellikle renal arter stenozuna bağlı sekonder hipertansiyon görülebilir. Spontan hipokalemi, diyastolik kan basıncının aniden artışı (<105 mmHg) veya üçlü tedaviye rağmen diyastolik kan basıncının 100 mmHg ve üstünde olması durumlarında sekonder hipertansiyona yönelik araştırma yapılmalıdır.

#### 5.1.3 / Tedavi

Yaşlılarda hipertansiyon tedavisinin mortalite ve morbiditeyi azalttığını gösteren çalışmalar vardır. Özellikle sistolik kan basıncının kardiyovasküler mortalite ve morbidite ile yakın ilişkili olduğu bilinmektedir. İzole sistolik hipertansiyonu olan olgularda tedavi ile kardiyovasküler olaylarda %23 azalma görüldüğü bildirilmiştir. Tedavi ile sistolik hipertansiyon hedeflerine ulaşıldığında genellikle diyastolik kan basıncı hedeflerine ulaşılıyor olması, ancak izole sistolik hipertansiyonu olan yaşlı olgularda istenilen düzeylerde tedavi hedeflerine ulaşılamaması, geriatric hasta grubunda sistolik kan basıncının önemini ortaya koymaktadır.

Çok yaşlı hastalarda (özellikle 80 ve sonrası) kan basıncının agresif düşürülmesi bazı olumsuz sonuçlar doğurabilir. Bunun nedeni koroner perfüzyonu bozacak düzeyde diyastolik kan basıncı düşüklüğünün (genellikle 85 mmHg altı) kardiyovasküler komplikasyonları artırmasıdır. Ayrıca yaşlılarda tedavi ile uyarı-

lan hipotansiyon ataklarının düşme ve düşmeye bağlı komplikasyonlara yol açabileceği unutulmamalıdır. Yaşlı hastalardaki farmakokinetik değişiklikler (böbrek ve karaciğerde klirens azalması, yağda çözünen ilaçların yarılanma ömrünün uzaması gibi) de göz önüne alındığında anti hipertansif tedavinin düşük dozlarla başlanması ve yavaş yavaş titre edilmesi en uygun yaklaşım olacaktır. Tüm antihipertansif ilaçların yaşlılarda semptomatik ortostatik hipotansiyon, postprandiyal hipotansiyon, senkop ve düşmelere yol açabileceği unutulmamalıdır.

► Genel olarak yaşlılarda antihipertansif verirken şunlara dikkat edilmelidir:

1. İlaç başlamadan önce postural ve postprandiyal hipotansiyon kontrol edilmeli,
2. Eşlik eden sağlık problemlerine uygun bir tedavi başlanmalı,
3. Küçük dozlarla başlanıp yavaş yavaş titre edilmeli,
4. Uzun etkili, günde tek doz kullanımlar tercih edilmeli,
5. İlaç etkileşimlerinden kaçınılmalı,
6. Evde tansiyon takibi yapılarak yetersiz veya gereksiz tedaviler önlenmeli,
7. Tedavi sürecinde diyastolik kan basıncını çok düşürmekten ziyade, agresif kan basıncı düşüşlerinden kaçınılmalıdır.

### 5.1.3.1 / Yaşam Tarzı Değişiklikleri

Aşırı kilolu veya obez hastaların kilo vermesi (en az 5 kilo) tansiyonun düzenlenmesine yardımcı olacaktır. Egzersiz yine hipertansif hastaların fayda göreceği bir uygulamadır. Ancak yaşlı hastalara egzersiz önerirken onların fonksiyonel kapasitesini göz önünde bulundurarak, kişiye özel plan oluşturmak yerinde bir davranış olur (örn. alt ekstremitelerde artrit veya ortopedik sorun varsa yüzme önerilebilir). Tuz kısıtlaması yaparken yaşlı hastalarda aşırıya kaçmamak gerekir. İlk hedef 6 g/gün sodyum alımı ile sınırlamak olmalıdır. 4

g/günden daha azını hedeflemek hastanın genel beslenme durumunu olumsuz yönde etkileyebilir. Potasyum içerikli tuz yerine kullanılan tatlandırıcıların hipotansif bir etki gösterdiği bildirilmiştir. Meyve ve sebzedен zengin, düşük yağ içerikli süt ürünleri tüketilen standart bir beslenme planına (DASH –*Dietary Approaches to Stop Hypertension*– diyeti) ortalamada bir sodyum alımı eşlik ettiğinde, yaşlı hasta grubunda yüksek sistolik kan basıncında düşme sağlanabilir.

### 5.1.3.2 / Farmakolojik Tedavi

Son yıllarda yayınlanmış hipertansiyon tedavi kılavuzlarında 55 yaş üstü ve başkaca eşlik eden bir hastalığı bulunmayan esansiyel hipertansiyon olgularında ilk basamak tedavi olarak kalsiyum kanal blokerleri veya tiazid grubu diüretikler önerilmektedir. Tiazid ya da tiazid benzeri diüretikler ile tedavi edilen ve özellikle tuz kısıtlamasına uymayan hastalarda hipokalemi gelişebilir. Eğer hastanın kan basıncı hedef kan basıncının 20/10 mmHg üzerinde ise iki ilacın kombine edilerek tedaviye başlanması ve bu iki ilaçtan birinin diüretik olması önerilmektedir. Diüretikler vücuttan hacimsel olarak sıvı kaybına yol açabileceği için dikkatli olunmalıdır.

Beta-blokerler zaten yaşlılık ile ortaya çıkan periferik vasküler direnci daha da artırır ve dolayısıyla kladikasyonu olan hastalarda şikayetlerin artmasına yol açabilirler. Ancak miyokard infarktüsü geçirmiş hastalarda yaşam beklentisini uzattıkları gösterildiğinden anjinası olan, miyokard infarktüsü geçirmiş veya konjestif kalp yetmezliği olan hastalarda tercih edilebilirler. Bisoprolol veya nebivolol gibi beta blokerler kullanılarak metabolik tablo üzerindeki olumsuz etkiler en aza indirilebilir. Ayrıca hipertiroidizm, migren veya esansiyel tremor bulguları ile birlikte hipertansiyonu olan yaşlılarda da  $\beta$ -bloker tercih edilebilir. Beta-bloker kullanan hastalarda depres-

yon, konfüzyon, unutkanlık ve kabus görmek gibi yan etkiler ortaya çıkabilir ve hastalar bu tip yan etkileri yaşlılığa bağlayarak sorulmadıkça söylememe eğiliminde olabilirler. Bu konuda hekim dikkatli olmalıdır. Beta-blokerler sinüs ve atrioventriküler düğümleri baskıladığından, ciddi sinüs bradikardisi, sinoatriyal hastalığı, belirgin birinci, ikinci veya üçüncü derece atrioventriküler bloğu olan hastalarda kullanılmamalıdır. Astım veya ciddi bronkopazma yol açan akciğer hastalıklarının varlığında da  $\beta$ -bloker kullanımı kontrendikedir.

Kalsiyum kanal (KK) blokerleri periferik damar direncini azalttıklarından yaşlılar için teorik olarak ideal antihipertansiflerdir. Ayrıca sol ventrikül kitlesini azalttıklarını gösteren çalışmalar vardır. Beta-blokerlerle aynı mekanizmaya sahip olduklarından dolayı verapamil ve diltiazem, ileri düzeyde sinüs bradikardisi, sinoatriyal hastalığı, belirgin birinci, ikinci veya üçüncü derece atrioventriküler bloğu olan hastalarda kullanılmamalıdır. Bu iki ilaç anormal sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu olan infarktüs geçirmiş hastalarda mortaliteyi artırdıklarından, kullanılmamalıdır. KK blokerleri, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar ve selektif siklo-oksijenaz (COX)-2 inhibitörleri ile birlikte kullanıldıklarında hipertansif etkinlikleri değişmeyen tek antihipertansif ilaç grubunu oluştururlar.

ACE inhibitörleri, muhtemelen kininler ve prostaglandinler üzerindeki etkilerinden dolayı renin düzeyleri düşük olsa da etkili olabilmektedirler. Ayrıca sol ventrikül hipertrofisini azalttıkları gösterilmiştir. KKY hastalarında yaşam süresini uzattıkları bildirilmiştir. ACE inhibitörlerinin Alzheimer hastalığının ilerleyişini yavaşlattığına dair bulgular gözlemsel çalışmalarla ortaya konmuştur. Ancak bu etkinin varlığını kesin olarak kanıtlamak için randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır. Nonsteroid antiinflamatuvar ilaçların ACE inhibitörlerinin etkinliğini azalttığı bilindiğinden ACE inhibitörü kullanan hastaya nonsteroid antiinfla-

matuar eklendiğinde kan basıncı yakından takip edilmelidir. Atriyal fibrilasyonu olan hipertansif hastalarda ACE inhibitörlerinin ve AII antagonistlerinin kullanımı olumlu sonuçlar vermektedir. AII antagonistleriyle gerçekleştirilen antihipertansif tedavinin bilişsel işlevlerin korunmasında etkili olabileceğini düşündüren güçlü kanıtlar giderek artmaktadır. Potasyum tutucu diüretikler ACE inhibitörleri veya AII antagonistleri ile birlikte verilmemelidir.

Aliskiren gibi renin aktivitesini doğrudan inhibe eden yeni antihipertansiflere ilişkin yayınlanmış çalışmalar umut vericidir. Ancak bu ilacın etkinlik ve güvenilirliğini yaşlı hasta grubunda ortaya koyacak çalışmalar devam etmekle birlikte henüz sonuçları yayınlanmamıştır.

Santral etkili ilaçların hipertansiyon tedavisi amacıyla monoterapi olarak yaşlı hasta grubunda kullanılması önerilmez. Çünkü bu ilaçlarla birlikte yüksek sedasyon insidansı, depresyonun alevlenmesi ve konstipasyon gibi olumsuz etkiler bildirilmiştir. Böbrek yetmezliği varlığında antihipertansif tedavi verilirken, serum kreatininden çok kreatinin klirensine göre tedavi şekillendirilmelidir. Kreatinin klirensi 30 ml/dak altında olan hastalarda doz ayarlaması gerekebilir.

Yakın zamana kadar, 80 yaş ve üzeri hastaların tedaviden yarar görüp görmedikleri tartışmalıydı. Ancak HYVET-Seksen yaş ve üzeri hastalarda hipertansiyon tedavisi çalışması (*Treatment of Hypertension in Patients 80 Years of Age or Older study*)'nin sonuçları yayınlandığında hipertansif tedavinin bu yaş grubunda, inmede %30, kardiyovasküler nedenlere bağlı ölüm olaylarında %23, kalp yetmezliğinde %64 azalma sağladığı gösterilmiş oldu. Bu çalışmada plasebo ile diüretik bazlı veya ACE inhibitörü bazlı tedaviler karşılaştırılmıştı. Aynı çalışma demans olgularında azalma ile hipertansif tedavi ilişkisini göstermek için yeterli güce sahip değilse de, kognitif fonksiyonlardaki azalmanın antihipertansif tedavi ile bir miktar yavaşlatılabileceğini düşündürmektedir.