GERİATRİK BİLİMLER DERNEĞİ 2017

www.geriatrigunleri2018.com

21 Eylül, 2018

Sabancı Kültür Merkezi, İZMİR

6. GERİATRİ GÜNLERİ

Geriatri Pratiğinde Düşme ve Ortostatik Hipotansiyon

BİLDİRİ ÖZETİ KİTABI

Değerli Meslektaşlarımız,

Düşme geriatri biliminin ana konularından biridir, çünkü yaşlanmayla sıklığı artan ***düşme****ler* hem çok sayıda faktörün karşılıklı etkileşimi sonucunda ortaya çıkmaktadır, hem de başta kalça fraktürü olmak üzere, subdural hematom, depresyon, sosyal izolasyon, fonksiyonel kapasitede azalma gibi çok sayıda komplikasyonlara sebep olabilmektedir. ***Ortostatik hipotansiyon*** ise her üç geriatrik olgunun birinde görülmektedir ve yaşlılarda ***düşmelerin*** en sık sebeplerindendir. Hem ***düşme,*** hem de ***ortostatik hipotansiyon*** başta polifarmasi ve kullanılan ilaçlar olmak üzere nörodejeneratif hastalıklar, malnutrisyon, inkontinans, denge ve yürüme bozuklukları, otonom yetersizlikler, sarkopeni, kırılganlık ve çok sayıda geriatrik sendromla ilişkilidir ve etkin şekilde yönetilebilmeleri için multidisipliner yaklaşım gerekmektedir.

Tüm bu nedenlerle, 21 Eylül 2018'de Dokuz Eylül Üniversitesi Sabancı Kültür Merkezi'nde gerçekleşecek olan 6. Geriatri Günleri'nde "**Geriatri Pratiğinde Düşme ve Ortostatik Hipotansiyon**" temasını birlikte ve multidisipliner olarak ele almak istedik. Toplantının amacı, **düşme ve ortostatik hipotansiyon** konusunu kapsamlı olarak ele almak, olası tüm nedenleri tartışarak bu konularda katılımcılara geniş bir perspektif kazandırmak, klinik değerlendirme ve tedavi konusunda rehberlik sağlamak, toplum ve bakım merkezlerinde her iki sendromun önlenebilmesi için gerekli farkındalığı yaratmak ve koruyucu yaklaşımları günlük pratiğe aktarmayı sağlayabilmektir

"Geriatrik Bilimler Derneği" tarafından gerçekleştirilecek olan "6. Geriatri Günleri'nde" günlük pratiğinde geriatrik olguların takip ve tedavisiyle ilgilenmekte olan, başta doktorlar olmak üzere tüm sağlık çalışanlarını aramızda görmekten mutluluk duyacağız.

Prof. Dr. Ahmet Turan IŞIK

Saygılarımla

Sempozyum Başkanı

Prof. Dr. Ahmet Turan IŞIK

KURULLAR

Sempozyum Başkanı

Prof. Dr. Ahmet Turan IŞIK

Bilimsel Sekreterya

Doç. Dr. Pınar SOYSAL
Uzm. Dr. Ali Ekrem AYDIN

Bilim Kurulu
(Soyad Alfabetik Sıraya Göre)

Prof. Dr. Fehmi AKÇİÇEK
Uz. Dr. Ümit ATEŞKAN
Doç. Dr. Gülsen BABACAN YILDIZ
Prof. Dr. Rüvide BAYRAKTAR
Prof. Dr. Bilgin CÖMERT
Prof. Dr. Turgay ÇELİK
Prof. Dr. Engin EKER
Prof. Dr. Nihal GELECEK
Doç. Dr. Esra GÜRSOY
Prof. Dr. Hülya HARUTOĞLU
Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN
Prof. Dr. Aziz KARAOĞLU
Doç. Dr. Derya KAYA
Doç. Dr. Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ
Prof. Dr. Mehtap MALKOÇ
Prof. Dr. M. Refik MAS
Prof. Dr. Selim NALBANT
Prof. Dr. Gülden POLAT
Doç. Dr. Sevnaz ŞAHİN
Prof. Dr. İsmail TUFAN
Prof. Dr. Tufan TUKEK

Bildiri Değerlendirme Kurulu

(Soyad Alfabetik Sıraya Göre)

Prof. Dr. Bilgin CÖMERT
Prof. Dr. Hülya ELLİDOKUZ
Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN
Prof. Dr. Selim NALBANT
Prof. Dr. Tufan TÜKEK

09:00-09:30	**AÇILIŞ - KAYIT**
09:30-10:30	**I. Düşme ve Ortostatik Hipotansiyon**
	Başkanlar: Prof Dr Hülya ELLİDOKUZ - Prof Dr Tufan TÜKEK
09:30-09:50	Düşme ve Komplikasyonlarının Epidemiyolojisi, **Yrd Doç Dr Ümit ATEŞKAN**
09:50-10:10	Postural Kontrolün Fizyolojisi, **Doç. Dr. Serap Tomruk Sütbeyaz**
10:10-10:30	Yeni Bir Geriatrik Sendrom? Ortostatik Hipotansiyon, **Doç Dr Pınar SOYSAL**
10:30-11:00	**ARA**
11:00-12:00	**II. Düşmesi Olan Yaşlıya Tanısal Yaklaşım**
	Başkanlar: Prof Dr Fehmi AKÇİÇEK- Prof. Dr. Aziz KARAOĞLU
11:00-11:20	Yaşlılar Neden Düşer: Risk Faktörleri**? Doç. Dr. Sibel AKIN**
11:20-11:40	OH Tanı ve Ayırıcı Tanısı**, Uzm. Dr Ali Ekrem AYDIN**
11:40-12:00	Yaşlıda Denge ve Yürümenin Değerlendirilmesi**, Doç. Dr Mustafa Kemal KILIÇ**
12:00-13:00	**ÖĞLE YEMEĞİ**
13:00-14:00	**III. Geriatrik Sendromlarda Düşme ve Ortostatik Hipotansiyon**
	Başkanlar: Prof. Dr. Selim NALBANT- Prof Dr Ahmet Turan IŞIK
13:00-13:20	Demans Sendromları**, Prof Dr Ahmet Turan IŞIK**
13:20-13:40	Malnutrisyon-Sarkopeni-Frailite, **Uzm. Dr Süleyman Emre KOÇYİĞİT**
13:40-14:00	İlaçlar ve Polifarmasi**, Doç. Dr Ahmet YALÇIN**
14:00-15:00	**IV. Komorbit Durumlarda Düşme ve Ortostatik Hipotansiyon**
	Başkanlar: Prof Dr Caner ÇAVDAR- Prof. Dr. Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ
14:00-14:20	Kardiyovasküler Hastalıklar: Hipertansiyon, Diabetes Mellitus, Periferik Arter Hastalığı, Aritmi, **Prof Dr Tufan TÜKEK**
14:20-14:40	Nörolojik Hastalıklarda (Senkop, Serebrovasküler Hastalık, Epilepsi, Nöropati) **Doç Dr Derya KAYA**
14:40-15:00	Lökomotor Sistem Hastalıkları, **Uzm. Dr. Saadet KOÇ OKUDUR**
15:00-15:15	**ARA**
15:15-16:30	**V. Düşmeler için Önleyici Yaklaşımlar**
	Başkanlar: Prof Dr Ayfer KARADAKOVAN - Prof Dr Bilgin CÖMERT
15:15-15:35	Mimari Bakış Açısıyla Düşmeler, **Dr Öğretim Görevlisi Ebru GÜLLER**
15:35-15:55	Egzersiz**, Doç Dr Nursen İLÇİN**
15:55-16:15	Hemşirelik Önlemleri**, Yrd Doç Dr Burcu AKPINAR SÖYLEMEZ**
16:15-17:30	**VI. Sözlü Bildiriler**
	Başkan: Doç. Dr Pınar SOYSAL
	Her Bir Bildiri İçin 5 dakikalık süre ayrılmıştır. 1 dakikada Tartışma için ayrılan süredir.
17:30-17:50	**AKILCI İLAÇ SUNUMU**

SÖZEL BİLDİRİLER

SB-01

ÇOK YAŞLI BİR HASTADA NADİR GÖRÜLEN HİPOTANSİYON VE PRESENKOP NEDENİ: WOLF-PARKİNSON-WHİTE SENDROMU

Kudret Keskin[1]

[1]| Şişli Hamidiye Etfal Education And Research Hospital

Giriş

Baş dönmesi ve bayılma özellikle ileri yaşta sıkça rastlanılan bir sorun olup ayrıntılı nörolojik ve kardiyak değerlendirmeyi gerektirir. Yaşlılarda hipotansiyon ve senkopa sebep olabilecek kardiyak patolojiler arasında en sık bradikardi ile seyreden sinoatrial ve atrioventriküler bloklar; taşikardi ile seyreden atrial fibrilasyon, ventriküler ve supraventriküler taşikardiler gibi ritim bozuklukları yer almaktadır. Bu yazıda presenkop ile acile gelen 88 yaşındaki bir hastada ilk defa tespit edilen Wolf-Parkinson-White (WPW) sendromu ile birlikte akut atrial fibrilasyon atağı ve bu birlikteliğin yol açtığı geniş QRS kompleksli taşikardi (preeksite atrial fibrilasyon) olgusunu sunuyoruz. Bildiğimiz kadarıyla bu olgu literatürde bildirilen en yaşlı hastadır.

Olgu

Daha öncesine ait hipertansiyon ve aralıklı çarpıntı yakınması olan 88 yaşındaki kadın hasta acile nefes darlığı, baş dönmesi ve presenkop nedeniyle başvurdu. Fizik muayenede hastanın taşikardik, soluk, terli ve ciddi solunum sıkıntısı içinde olduğu tespit edildi. Kan basıncı 80/40 mmHg idi. Acil ünitesinde çekilen elektrokardiyografide (EKG) de 214/dk hızında düzensiz ve geniş QRS kompleksli taşikardi tespit edildi (Figür 1). Ön planda dal bloklu ya da preeksite atrial fibrilasyon ya da ventrikül taşikardisi düşünüldü ve amiodarone intravenöz yoldan verildi. Ritim sinüse döndükten sonra alınan EKG kaydında ise kısa PR mesafesi ile birlikte delta dalgasının tespit edilmesiyle WPW sendromu zemininde gelişen preeksite atrial fibrilasyon tanısı düşünüldü (Figür 2). Koroner yoğun bakımda takip edilen hastaya birkaç gün sonra elektrofizyolojik çalışma yapıldı ve sol posteroseptal bölgede aksesuar yol tespit edilerek başarılı bir şekilde radyofrekans ablasyon uygulandı. Hasta yakınmasız olarak birkaç gün sonra taburcu edildi.

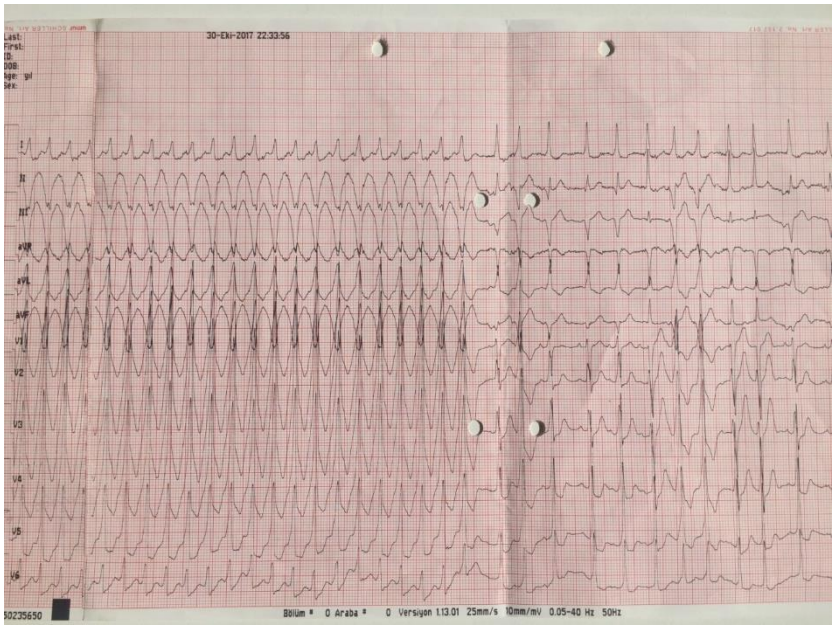
Sonuç

Wolf-Parkinson-White sendromu nadir de olsa ileri yaşa kadar semptom vermeyebilir. WPW ve atrial fibrilasyon birlikteliğinde atriyumlardaki ileti aksesuar yoldan ventriküle birebir oranında iletilebileceği için bu hastalarda atrial fibrilasyon gelişimi kardiyovasküler kollaps ve ani ölüme sebep olabilir. Düzensiz ve geniş QRS kompleksli taşikardilerde ayırıcı tanıda mutlaka preeksite atrial fibrilasyon düşünülmelidir. Radyofrekans ablasyon yöntemi kesin tedavi olup ileri yaş mutlak bir kontrendikasyon değildir.

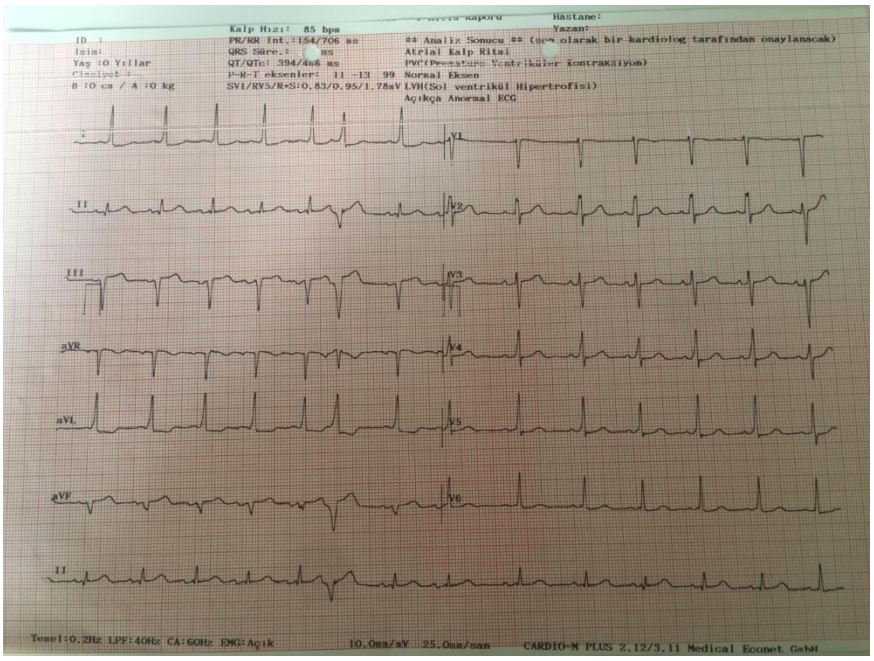
Anahtar Kelimler

Yaşlılık, wolf-parkinson-white sendromu, preeksite atrial fibrilasyon, presenkop

Figür 1:



Figür 2



SB-02

DÜŞME NEDENLI KALÇA KIRIĞI ILE GELEN YOĞUN BAKIM HASTALARINDA POSTOPERATIF MORTALITENIN NEDENLERI

Yasin Tire[1], Abdullah Celep[1]

[1]| Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği

Giriş

Kalça kırığında yüksek bir mortalite oranı tanımlanmıştır. Ölümler kısmen komorbidite ile ilişkilidir (1). Aynı zamanda bu hastaların ameliyat öncesi ve sonrası takip ve tedavilerinin yoğun bakımda yapılması, hastanede kalış sürelerinin uzaması sağlık bütçesine ek maliyetler getirmektedir (2). 60 yaş üstü kalça kırığı hastalarında % 85 lik oranla bir düşme neticesinde kalça kırığı oluşmaktadır (3). Biz bu çalışmamızda bu hastaların mortalite nedenleri, ek hastalıları ve dolayısıyla öncesinde düşmeye götüren nedenleri araştıtmayı planladık. GEREÇ ve YÖNTEM Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon yoğun bakım ünitesinde kalça kırığı tanısı almış ve mortalite ile sonuçlanan 10 hasta üzerinde retrospektif olarak toplam 136 hasta taranarak bir çalışma planlanmıştır. Hastalar yaş, demografik veri, ek hastalık ve ölüm nedenlerine göre taranmıştır. BULGULAR Hastaların % 75' i 60 yaş üzeri düşme sonucu kalça kırığı vakalarıydı. % 54,5 oranla hastanın seyri mortalite ile sonlanmıştır. % 27,2 sinde öncesinde de hipotansiyon ve düşmeye neden olabilecek hipertansiyon ve kronik kalp yetmezliği mevcuttu. TARTIŞMA Yaşlı hastalarda düşme kalça kırığı sebeplerinde çok sık gözlenmektedir. Bu hastalarda özellikle postoperatif yoğun bakım gerekmekte ve ek hastalılarınında etkisi ile seyir mortalite ile sonlanmaktadır. Aynı zamanda bu ek hastalıkların önemli bir kısmı düşmeyi presipite edecek hipotansiyona neden olmaktadır. Bu bulguların kalça kırığı tedavisinde ve yoğun bakım takibinde kayde değer faydalarını olabileceğini umut etmekteyiz.

Source : 1- KANIS, J. A., ET AL. "THE COMPONENTS OF EXCESS MORTALITY AFTER HIP FRACTURE." BONE 32.5 (2003): 468-473. 2- BRAITHWAITE, R. SCOTT, NANANDA F. COL, AND JOHN B. WONG. "ESTIMATING HIP FRACTURE MORBIDITY, MORTALITY AND COSTS." JOURNAL OF THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY 51.3 (2003): 364-370. 3- BISHNOI, MADHARAM, ET AL. "EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF HIP FRACTURES AT A TERTIARY CARE CENTER: A RETROSPECTIVE STUDY." INTERNATIONAL JOURNAL OF RESEARCH IN ORTHOPAEDICS (2018).

Keywords: Düşme, kalça kırığı, yaşlı hastalar, mortalite

SB-03

DÜŞME NEDENİYLE ACİL SERVİSE GELEN HASTADA AKUT ANTERİOR MYOKART ENFARKTÜSÜ TANISI: BİR DOKSANLI YAŞ HİKAYESİ

Süleyman Sezai Yıldız[1]

[1]| Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş

Miyokart infarktüsü (MI) nedenli ölümlerin %30'u 85 yaş üstü hastalarda meydan gelmektedir(1). Akut koroner sendromlu yaşlı hastalarda tedavi kompleks olamasına ragmen, bu hastalar sıklıkla klinik çalışmalarda dışlanma kriterlerinde yer aldığı için, 80 ve üstü yaş grubunda veriler oldukça sınırlıdır (1,2). Bununla birlikte, atipik semptomlardan dolayı yaşlı hastalarda MI tanısı güç konulmaktadır. Framingham kohortunda, tüm hastaların %25'inde MI tanısı konulamamışken bu oran 85 yaş üzeri hastalarda %60'a kadar yükselmiştir (3). Günümüzde ST segment elevasyonlu MI (STEMI) klavuzu bu hastalar da özellikle de PKG için bir yaş sınırlaması getirmemekle birlikte, daha genç hastalardaki gibi tedavi edilmesini önermektedir (4). Burada, atipik semptom ile acil servise başvuran ve akut anterior duvar MI tanısı ile invaziv strateji uyguladığımız 92 yaşında erkek hastayı sunmayı amaçladık.

Olgu takdimi

92 yaşında erkek acil servise baş dönmesi ve baygınlık şikayeti ile başvurdu. Hastanın yapılan Fizik muayenesinde tansiyon 90/60 mmhg ve Nabız 76/dk olarak saptandı. Solunum sistemi muayenesinde her iki akciğerde bazallerde ral mevcuttu. Hasta şikayet başlangıcının 1. Saatinde çekilen elektrokardiyografide V1-V4 derivasyonlarında 5 mm konveks tarzında ST elevasyonu mevcuttu. Yapılan Ekokardiyografide LV çapları normal, anterior ve anterior septum ve apeks de ileri hipokinezi ve hafif derecede mitral yetmezlik saptandı. Hasta yakınlarından perkütan girişim için onam alındı. Hastaya akut anterior MI tanısı ile 600 mg klopidogrel, 300 mgr asetilsalisilik asit ve 80 mg atorvastatin verilerek primer perkütan koroner girişim planlandı ve kateterizasyon labaratuarına lındı. Yapılan koroner anjiografide, sol ana koroner arterde (LMCA) osteal plaklı, mid %20-30 darlık izlendi. Sol ön inen koroner arterde (LAD) osteal plaklı, proksimalde %99 trombüze lezyon, mid uzun segment %70-80 darlık, Diagonal 1 orta derecede gelişmiş plaklı, Diagonal 2 iyi gelişmiş proksimal %60-70 darlık mevcuttu (Resim 1,2). Sirkümfleks arter (CX) osteal ve proksimal plaklı obtus magrin sonrası sonrası %70 darlık, Obtus margin 1 iyi gelişmiş, proksimal %60-70 darlık izlendi. Sağ koroner arter (RCA) osteal %80-90 darlık, sonrasında midden distale uzun segment %70-80 darlık mevcuttu (Resim 3). İnfarktüs sorumlu lezyon LAD'ye perkütan translüminal koroner anjioplasti yapıldı ardından 3.5x12 mm ephesos-2 çıplak stent 14 atm'de implante edildi (Resim 4.5). Lezyonun tam açılması (Resim 6), ST elavasyonunun gerilemesi ve göğüs ağrısının olmaması üzerine hasta takip amaçlı koroner yoğun bakım ünitesine alındı. Birinci günde atriyal fibrilasyon ritmi gelişen hastaya amiodarone infüzyonu başlandıktan yaklaşık 6 saat sonra sinüs ritmi sağlandı. Takiplerinin 48. saatinde kontrast nefropatisi (geliş kreatin: 1.28 mg/dL, 48. Saat kreatin: 1.85 mg/dl, taburculukta kreatin: 1.38 mg/dl) olması nedeniyle hidrasyon başlandı. Yakınlarından alınan tıbbi öykü de bilinen kalp hastalığı, sigara içimi, hipertansiyon ve diabetinin olmadığı öğrenildi. Hastanın işlem sonrasında gerek yoğun bakım ünitesi gerekse servis takiplerinde ajite olması devamlı çıkmak istemesi ve tedaviye uyumsuz davranması nedeniyle diğer koroner arterlere girişim düşünülmedi. Hasta yatışının beşinci gününde aspirin 100 mg , clopidorel, atorvastatin, metoprolol, ramipril ve pantoprozol tedavisi ile taburcu edildi.

Tartışma

Akut ST elevasyonlu myokart infarktüsünde göğüs ağrısı en sık semptom olmakla birlikte, özellikle yaşlı hastalarda dispne (%49), terleme (%26), bulantı ve kusma (%24) ve senkop (%19) daha sık görülen şikayetlerdir (5). Spesifik olmayan semptomlar nedeniyle MI tanısının gecikmesi, yaşlı hastalarda tedavinin gecikmesine, kötü prognoza ve hastane içi mortalitenin artmasına neden olmaktadır. Bunun yanında akut koroner sendrom ile ilişkili komplikasyonlar olan kanama,

infeksiyon, kalp yetmezliği, renal yetmezlik ve inme yaşla birlikte artmaktadır (6). ST elevasyonlu olmayan MI'da 75 yaş üzerinde yapılan bir çalışmada invaziv tedavi ile (perkütanöz koroner girişim veya koroner bypass) optimal tıbbi tedavi karşılaştırılmış ve invaziv tedavi kolunda major kardiyak olay ve ölümün azaldığı rapor edilmiştir (7). Vakamız, akut anterior STEMI tanısı alan yaşlı hastanın tedavisinde invaziv tedavi seçeneğinin kontrendike olmadığını, aksine genç hastalarda olduğu gibi kolaylıkla uygulanabileceğini gösterdi. Bu hastalarda, hastanın yaşam beklentisinin, genel durumunun, fonksiyonel kapasitesinin göz önünde bulundurularak tedavi seçeneğinin yakınları ile birlikte karar verilmesi önemlidir. Vakamız yaşındaki hasta grubu ile yapılmış STEMI hasta grubunu kapsayan klinik çalışma olmaması nedeniyle tedavinin bireyselleştirilmesi önemlidir.

Sonuç

STEMI tanısı alan hastalarda yaşa bakılmaksızın tedavide invaziv girişim göz önünde bulundurulmalıdır.

Referanslar

1. Kolloch R, Legler UF, Champion A, Cooper-Dehoff RM, Handberg E, Zhou Q, Pepine CJ. Impact of resting heart rate on outcomes in hypertensive patients with coronary artery disease: findings from the International VerapamilSR/trandolapril Study (INVEST). Eur Heart J. 2008;29(10):1327-1334.
2. Bertomeu V, Morillas P, Gonzalez-Juanatey JR, Quiles J, Guindo J, Soria F, Llacer A, Lekuona I, Mazón P, Martín-Luengo C, Rodriguez-Padial L. Prevalence of Peripheral Arterial Disease in Patients with Acute Coronary Síndrome (PAMISCA) Investigators - Prevalence and prognostic influence of peripheral arterial disease in patients >or=40 years old admitted into hospital following an acute coronary event. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2008;36(2):189-196.
3. Kannel WB, Abbott RD. Incidence and prognosis of unrecognized myocardial infarction. An update on the Framingham study. N Engl J Med 1984;311:1144–1147.
4. Hamm C, Bassand J, Agewall S et al. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: the Task Force for the management of acute coronary syndromes (ACS) in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 2011;32: 2999–3054.
5. Brieger D, Eagle KA, Goodman SG, et al. Acute coronary syndromes without chest pain, an underdiagnosed and undertreated high-risk group: insights from the Global Registry of Acute Coronary Events. Chest 2004;126:461–469.
6. Fox KA, Dabbous OH, Goldberg RJ, et al. Prediction of risk of death and myocardial infarction in the six months after presentation with acute coronary syndrome: prospective multinational observational study (GRACE). BMJ 2006;333:1091
7. Tegn N, Abdelnoor M, Aaberge L, et al. Invasive versus conservative strategy in patients aged 80 years or older with non-STelevation myocardial infarction or unstable angina pectoris (After Eighty study): an open-label randomised controlled trial. Lancet 2016;387:1057–65.

Resim 1. Koroner anjiografide kraniyal ön-arka pozda sol ön inen arterin proksimalindeki trombüslü subtotal lezyonu görülmektedir.

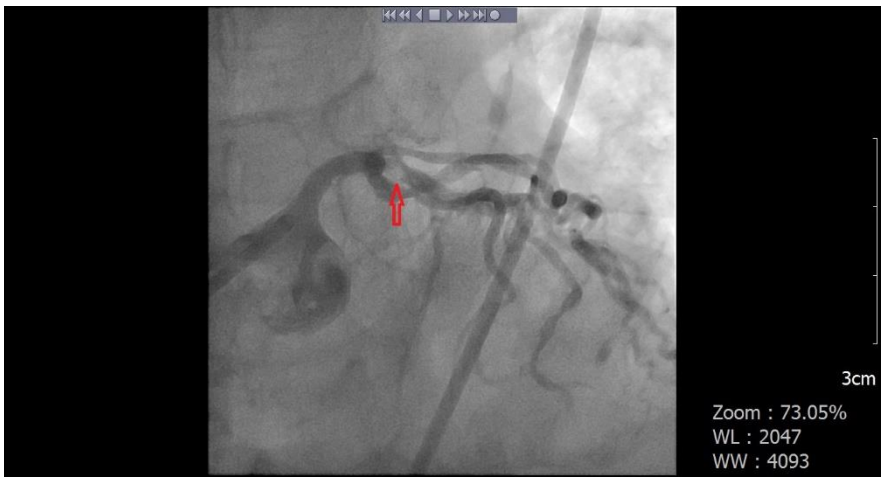
Resim 2. Koroner anjografide sağ kraniyal pozda sol ön inen arterin proksimalindeki trombüslü subtotal lezyonu görülmektedir.

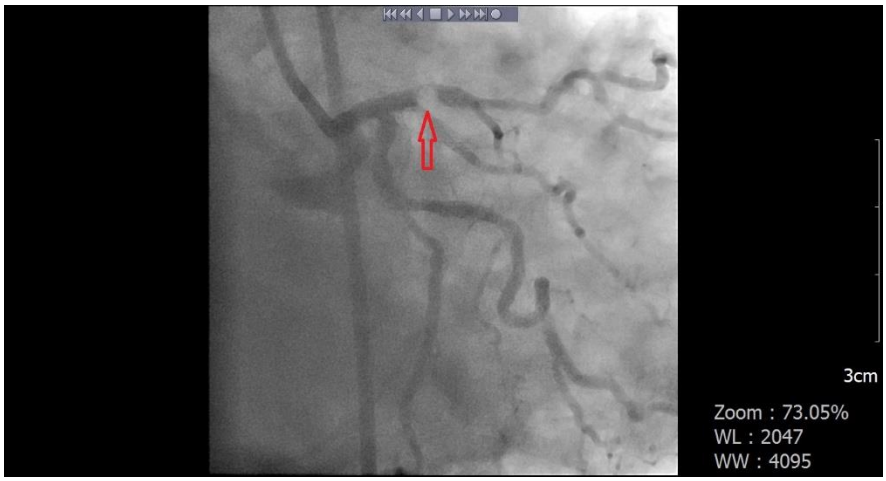
Resim 3. Koroner anjiogarfide kraniyal ön-arka pozda sağ koroner arterde osteal ve mid uzun segment lezyonları görülmektedir.

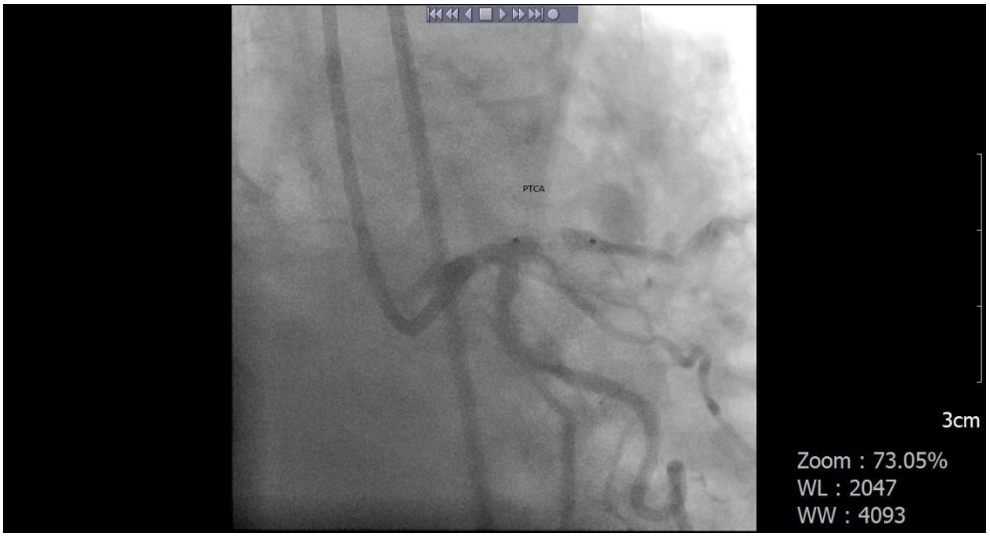
Resim 4. Koroner anjiografi ile sağ kaudal pozda infark sorumlu lezyonda balon dilatasyonu.

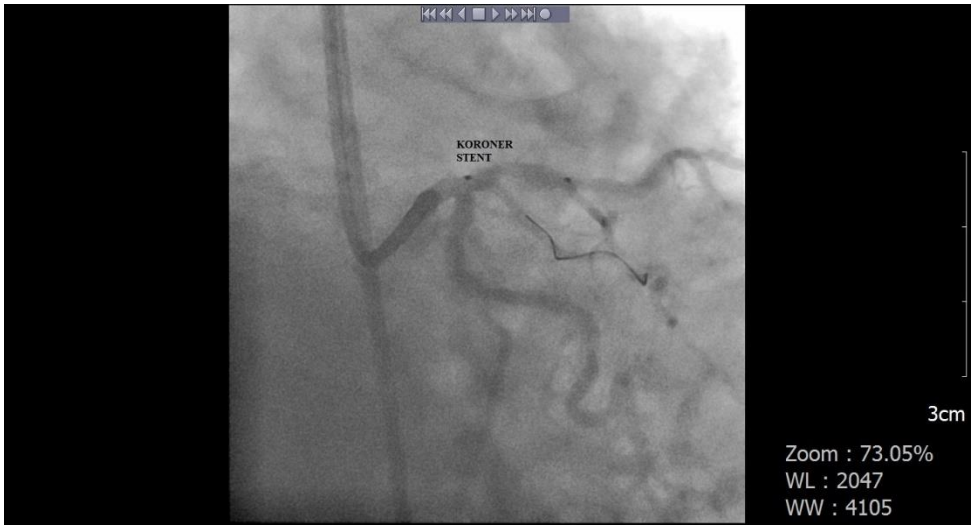
Resim 5. Koroner anjiografi ile sağ kaudal pozda infark sorumlu lezyona stent implantasyonu.

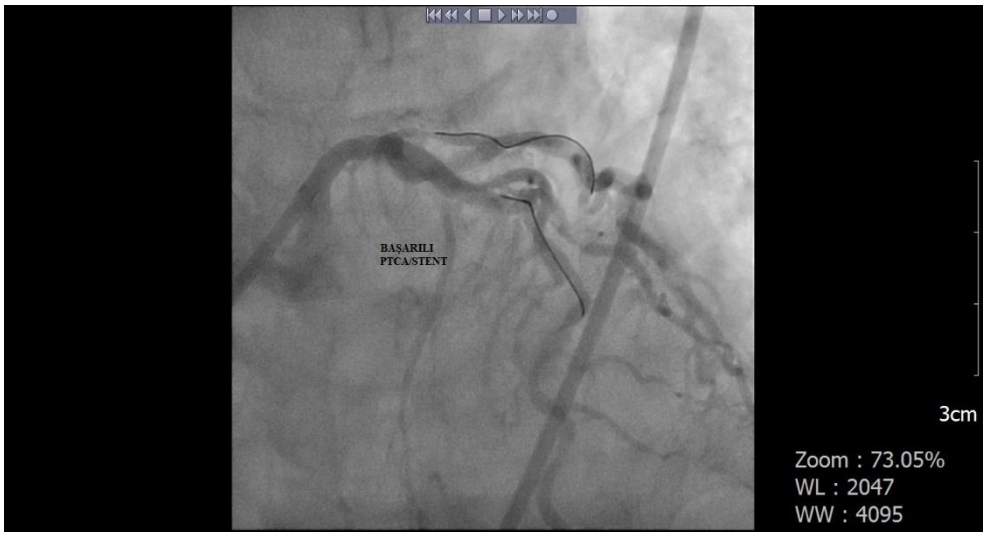
Resim 6. Koroner anjiografi ilesağ kaudal pozda infark sorumlu lezyona başarılı balon ve stent implantasyonu sonrası lezyonuda tam açıklık sağlanması.






PTCA
3cm
Zoom : 73.05%
WL : 2047
WW : 4093


KORONER
STENT
3cm
Zoom : 73.05%
WL : 2047
WW : 4105


BAŞARILI
PTCA/STENT
3cm
Zoom : 73.05%
WL : 2047
WW : 4095

SB-04

GERİATRİK ERKEKLERDE FEMUR BOYNU VE LOMBER VERTEBRA T SKORLARI ARASINDAKİ UYUMSUZLUK ORANLARININ VE KORELASYONUN SAPTANMASI

Sevin Coşar Ayaz[1] , Ümit Yaşar Ayaz[2]

[1]| Toros Üniversitesi Meslek Yüksek Okulu, Tıbbi Görüntüleme Teknikleri Bölümü; Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nükleer Tıp Kliniği
[2]| Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği

Amaç:

Geriatrik erkeklerde femur boynu ve lomber vertebraların T skorları arasındaki uyumu, uyumsuzluğu ve korelasyonu bulmayı amaçladık. Method: Bu çalışmada yaş ortalaması 71.2±4.7 olan 150 geriatrik erkek olguda sol femur boynunun ve lomber vertebraların (L1-4) dual-enerji X-ışını absorpsiyometri (DXA) yöntemi ile kemik mineral yoğunluğu (KMY) ölçümleri yapıldı. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sınıflaması kullanılarak, femur boynu ve lomber bölgelerin T skoru ≥ -1.0 olanları normal, -2.5 and -1 arasında olanları osteopenik ve ≤ -2.5 olanları osteoporotik kabul edildi (1). Minör uyumsuzluk, femoral ve lomber bölgelerden birinin normal T skoruna sahip iken diğerinin osteopenik olması veya biri osteopenik iken diğerinin osteoporotik olması şeklinde tanımlandı. Majör uyumsuzluk ise bir bölgenin T skorunun normal iken diğerinin osteoporoz düzeyinde olması olarak kabul edildi (2). Femoral ve lomber T skorları arasındaki uyum, minör ve majör uyumsuzluk oranları saptandı. Her iki bölgenin T-skorları arasındaki korelasyon hesaplandı. Bulgular: Femur boynu ve lomber vertebraların T skorları arasındaki uyum, minör ve majör uyumsuzluk oranları sırasıyla %54 (n=81/150), %40.7 (n=61/150) ve %5.3 (n=8/150) bulundu. Femur boynu ve lomber vertebraların T-skorları arasında anlamlı korelasyon saptandı ($p<0.05$). Sonuç: DXA, geriatrik erkeklerde femur boynu ve lomber vertebra KMY'lerini karşılaştırmada yararlı bulundu. Geriatrik erkeklerde femur boynu ve lomber vertebraların T-skorları arasında korelasyon saptanmasına karşın, minör ve majör uyumsuzluklar olabileceği dikkate alınarak her iki bölgenin de KMY ölçümlerinin yapılarak tanı konması, tedavi planlamasına geçilmesi uygun görünmektedir. Bu şekilde, öncelikle düşmeye bağlı olmak üzere meydana gelebilecek femur boynu ve lomber vertebra fraktürlerine karşı daha etkin önlem alınabilecektir.

Source :

1. DAHNERT W. MUSCULOSKELETAL SYSTEM. IN: DAHNERT W (ED). 6TH ED. RADİOLOGY REVİEW MANUAL. PHİLADELPHİA: LİPPİNCOTT WİLLİAMS AND WİLKİNS,2007;4. 2. MOAYYERİ A, SOLTANİ A, TABARİ NK, SADATSAFAVİ M, HOSSEİN-NEGHAD A, LARİJANİ B. DİSCORDANCE İN DİAGNOSİS OF OSTEOPOROSİS USİNG SPİNE AND HİP BONE DENSİTOMETRY. BMC ENDOC DİSORD 2005;5:3.

Keywords: Geriatri, Kemik Mineral Dansitesi, Osteoporoz

SB-05

GERIATRIK OLGULARDA 1. DAKIKA ORTOSTATIK KAN BASINCI DEĞİŞIKLIKLERI VE KIRILGANLIK İLİŞKISI

Uğur Kalan [1], Pınar Soysal [2,3], Ahmet Turan IŞIK[4]

[1]Ermenek Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları, Karaman, Türkiye

[2]Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Geriatri Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

[3]Kayseri Geriatri Merkezi, Kayseri, Türkiye

[4]Dokuz Eylül Üniversitesi, Geriatri Bilim Dalı, İzmir, Türkiye

Amaç:

Kırılganlık, yaşlı erişkinlerde düşme, fraktür gelişimi, hastaneye yatma ve mortaliteninde dahil olduğu olumsuz sağlık sonuçları doğuran yaygın bir geriatrik sendromdur. Ortostatik hipotansiyon (OH) ise kırılgan erişkinler arasında yüksek bir prevalansa sahiptir. Bu çalışmanın amacı; geriatrik olgularda OH ve kırılganlık arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Metod:

Prospektif ve kesitsel olarak yapılan çalışmaya Geriatri kliniğine ayaktan başvuran ve ayrıntılı geriatrik değerlendirme yapılan 920 hasta dahil edildi. Kırılganlık için kilo kaybı, güçsüzlük, yavaş yürüme, tükenmişlik ve azalmış fiziksel aktive alt başlıklarını içeren Fried kriterleri kullanıldı. Herhangi bir kriteri sağlamayan kişiler normal, 1 ve 2 kriteri sağlayan kişiler kırılgan adayı, 3 ve daha fazla kritere sahip kişiler kırılgan bireyler olarak değerlendirildi. OH, sırtüstü yatar pozisyondan dik pozisyona geçtikten sonraki ilk 1. dakika içinde sistolik kan basıncında en az 20 mmHg düşme (sistolik OH (sOH)) ve/veya diyastolik kan basıncında en az 10 mmHg düşüş (diyastolik OH (dOH)) olarak tanımlandı. Ortostatik Hipertansiyon tanısı ise sistolik kan basıncındaki en az 20 mmHg'lık yükseklik saptanması ile konuldu.

Bulgular:

920 hastadan 256'sına (%27,8) kırılgan, 373'üne (%40,5) kırılgan adayı tanısı koyulmuştur. 316 (%34,3) hastada OH saptanmış olup bunların 99'u (%31,3) kırılgan, 121'i (%38,3) kırılgan adayı olarak tanımlanmıştır. Kırılgan hastaların 59'unda (%34,1) sOH, 75'inde (%30,6) dOH saptanmıştır. OH, dOH ve ortostatik hipertansiyonu olan olgularda olmayanlara göre, hem kırılganlık ve kırılganlık adaylığı açısından, hem de kırılganlık total skoru açısından anlamlı bir ilişki saptanmazken ($p>0.05$), sOH'si olanlarda olmayanlara göre kırılganlık skorlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu ve kırılganlığı olan geriatrik olgularda 1. dakika ortostatik sistolik kan basıncında daha fazla düşme olduğu saptandı ($p<0,05$).

Sonuç:

OH geriatrik olgularda yaygın olarak görülmekle birlikte çoğu zaman yetersiz değerlendirilir ve tedavi edilir. 1. dakika sOH klinik pratikte bir kırılganlık kriteri olarak değerlendirilebilir ve kırılgan hastalardaki düşme, kognitif yetersizlik gibi çok sayıdaki olumsuz komplikasyonların gelişimine katkıda bulunabilir. Bu nedenle, sOH'yi saptamak için ortostatik kan basıncı değişiklikleri geriatrik olgularda, özellikle de kırılganlığı olanlarda, rutin olarak her visitte değerlendirilmelidir.

SB-06

OKTOGENERYANLARDA DÜŞMEYLE OLUŞAN KALÇA KIRIĞI OPERASYONU SONRASI KULLANILAN FARKLI ANALJEZİK REJİMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Nurcan Kızılcık[1]

[1]| Yeditepe Üniversitesi Anestezi A.D.

Amaç ve amaçlar:
Çalışmamızda özellikle postoperatif dönemde kullanılan farklı analjezik kombinasyonlarının postoperatif dönemde mortalite ve morbidite üzerine etkisini araştırmayı amaçladık.

Yöntemler:
Çalışmamıza femur kırığı nedeniyle ameliyat olmuş 80 yaş üzerindeki 400 hasta dahil edildi. Farklı analjezik kombinasyonları kullanılan hastalar 4 gruba ayrıldı. Ağrı skorları, ameliyat sonrası hastanede kalış süresi, postoperatif organ sistem fonksiyonları ve komplikasyonları karşılaştırıldı.

Gruplar;
G1: Bölgesel anestezi ve analjezi
G2: Genel anestezi ve analjezik opioid, parasetamol
G3: Genel anestezi ve analjezik opioid, parasetamol ve NSAI
G4: Genel anestezi ve analjezik opioid, NSAID

Bulgular:
G1'deki yatış süresinin G2, G3 ve G4'ten daha kısa olduğu görüldü.
VAS skorları G1 = G3 <G2 <G4 idi. Postoperatif komplikasyonlar gruplar arasında G1 = G2 = G3 < G4 idi (böbrek fonksiyonları).

Sonuç:
Çalışmamız, trokanterik kırık cerrahisinde uygulanan bölgesel anestezinin hastanede kalış süresini kısalttığını ve daha iyi analjezi sağladığını göstermiştir. Genel anestezi altındaki hastalarda G1 ve G3'te analjezik etkinin aynı ve G4'ten üstün olduğu, ancak komplikasyonların G4'te G1,G2 ve G3'ten daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu, NSAID ilaç uygulamalarının özellikle octogenarian hastalarda yeniden değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Referanslar:
1- Postoperative analgesia in elderly patients. Falzone E, Hoffmann C, Keita H.
Drugs Aging. 2013 Feb;30(2):81-90.
2- Should nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) be prescribed to the older adult? Barkin RL, Beckerman M, Blum SL, Clark FM, Koh EK, Wu DS.
Drugs Aging. 2010 Oct 1;27(10):775-89.

SB-07

GERİATRİK OLGULARDA DİYABETES MELLİTUS VE ORTOSTATİK KAN BASINCI DEĞİŞİKLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Ferhat Arık[1] , Emre Çapar[2] , Pınar Soysal[3,4]

[1]| Tomarza Yaşar Karayel Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları, Kayseri, Türkiye
[2]| Kayseri Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları, Kayseri, Türkiye
[3]| Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Geriatri Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye
[4]| Kayseri Geriatri Merkezi, Kayseri, Türkiye

Amaç:
Ortostatik hipotansiyon (OH) tip 2 diyabetli (Tip 2 DM) geriatrik olgularda sık görülmektedir ve tip 2 DM'ye bağlı otonomik disfonksiyonun başlıca klinik yansıması olarak kabul edilmektedir. Bu çalışmanın amacı, tip 2 DM'nin geriatrik olgularda ortostatik kan basıncı değişikliklerini nasıl etkilediğini daha net bir şekilde ortaya koymaktır. Gereç yöntem: Araştırma kesitsel olarak yapılmıştır. Çalışma Temmuz 2017-Temmuz 2018 tarihleri arasında Kayseri Geriatri Merkezi'nde yapılmıştır. Çalışmaya geriatri polikliniğine başvuran, 378'i tip 2 diyabet olan, 699'u tip 2 diyabet olmayan toplamda 1077 gönüllü dahil edilmiştir. Hastaların yatar durumda kan basıncı ölçülmüş olup, hasta ayakta dik pozisyona getirildikten sonraki 1 dakika içinde ölçülen sistolik kan basıncında 20 mmHg ve/veya daha fazla ya da diyastolik kan basıncında 10 mmHg ve/veya daha fazla düşme OH olarak kabul edildi. Ayakta yapılan ölçümde sistolik kan basıncında 20 mmHg'dan fazla yükselme ortastatik hipertansiyon olarak kabul edildi. DM varlığı ile ortostatik kan basıncı değişiklikleri arasında ilişki istatistiksel olarak incelenmiştir.

Bulgular:
DM'si olan ve olmayan katılımcılarda OH sıklığı sırası ile %37 ve %31.8 olup istatistik anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Her iki grup arasında sistolik OH hem de ortostatik hipertansiyon açısından fark bulunmazken ($p>0.05$), diyastolik OH sıklığı DM olup olmamasına göre sırası ile %31ve %23.5 idi ve istatistik olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p=0.008$). Diyabet parametreleri değerlendirildiğinde ise serum HbA1c ve açlık kan şekeri düzeyleri ile diyastolik OH gelişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon olduğu bulundu ($p<0.05$). Diyastolik OH gelişimine sebep olabilecek yaş, cinsiyet, Vitamin B12, D vitamini ve folat düzeyleri diyastolik OH'si olan ve olmayan gruplarda farklı değildi ($p>0.05$).

Sonuç:
DM'si olan ve olmayan yaşlı kişilerde OH oldukça yaygındır. Ancak, diyabeti olan geriatrik olgularda 1. Dakika diyastolik OH daha sık görülmektedir ve kan şekeri regülasyonu bozuldukça bu risk daha da artmaktadır. Bu nedenle, başta miyokard infarktüsü olmak üzere çok sayıda kardiyovasküler olay ile ilişkisi saptanmış olan diyastolik OH'nin önlenebilmesi için kan şekeri regülasyonunun optimum düzeyde sağlanması oldukça önemlidir.

Source:
VAN HATEREN KJJ, KLEEFSTRA N, BLANKER MH, UBİNK-VELTMAAT LJ, GROENİER KH, HOUWELİNG ST, ET AL. ORTHOSTATİC HYPOTENSİON, DİABETES, AND FALLİNG İN OLDER PATİENTS: A CROSS-SECTİONAL STUDY. BR J GEN PRACT. 2012 OCT;62(603):E696-702.

Keywords: Tip 2 Diabetes Mellitus, Ortostatik Hipotansiyon, Diyastolik Ortostatik Hipotansiyon, Sistolik Ortostatik Hipotansiyon, Otostatik Hipertansiyon

SB-08

OSTEOPOROZU OLAN GERİATRİK OLGULARDA DÜŞME İÇİN RİSK FAKTÖRLERİ

Özge DOKUZLAR1, Saadet Koç OKUDUR1, Pınar SOYSAL2, Ahmet Turan IŞIK1

1 Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Geriatri Bilim Dalı, İzmir, Türkiye
2 Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Geriatri Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Amaç:
Osteoporoz 65 yaş üstü bireylerin yaklaşık olarak 1/3'ünü etkileyen bir sağlık sorunudur. Osteoporozun en önemli klinik sonucu frajilite kırıklarıdır. Düşme ise en sık görülen geriatrik sendromlardan birisidir ve özellikle osteoporozu olan bireylerde daha ciddi morbiditelere yol açabilmektedir. Çalışmamızın amacı osteoporozu olan geriatrik olgularda düşme için risk faktörlerinin saptanmasıdır.
Method: 2016-2018 yılları arasında geriatri kliniğine başvuran ve son bir yıl içinde DEXA ile osteoporoz tanısı alan 65 yaş üstü 146 gönüllü dahil edildi. Katılımcılar son bir yıl içinde düşme öyküsü olup olmamasına göre iki gruba ayrıldı. Bütün hastaların demografik verileri, komorbiditeleri, ayrıntılı geriatrik değerlendirme parametreleri ve laboratuvar verileri kaydedildi.
Bulgular: Çalışmaya dahil olan bireylerin yaş ortalaması 78,74±8,41 ve %85,9'u kadın idi. Hastaların %35,6'sının son bir yıl içinde düşme öyküsü bulunuyordu. İlaç sayısı (p:0,014), Kalk ve Yürü testi ile ölçülen yürüme hızı (p:0,049) ve kırılganlık (p:0,004) osteoporozu olan bireylerde düşme ile ilişkili bulunurken diğer komorbiditeler, laboratuvar değerleri ve ayrıntılı geriatrik değerlendirme testleri ile anlamlı ilişki saptanmadı.
Sonuç: Düşme, ciddi morbidite ve mortaliteye yol açabilmesi nedeni ile osteoporozu olan bireylerde önemli bir sorundur. İlaç sayısı, yürüme hızı ve kırılganlık gibi tedavi edilebilir ve modifiye edilebilir risk faktörlerinin saptanıp düzeltilmesi hastaları olumsuz sonuçlardan korumak için önemlidir. Bu konuda, daha yüksek hasta sayısına sahip ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: düşme, osteoporoz, risk faktörü, yaşlı

Referanslar:

1. Ş. Tuzun S, Eskiyurt N, Akarırmak U, Sarıdoğan M, "Incidence of hip fractue and prevalance of osteoporosis in Turkey: The FRACTURK Study," Osteoporos Int, vol. 23, no. 3, pp. 949–5, 2012.
2. NB. Watts, EM. Lewiecki, PD. Miller, S. Baim. National Osteoporosis Foundation 2008 Clinician's Guide to Prevention and Treatment of Osteoporosis and the World Health Organization Fracture Risk Assessment Tool (FRAX): what they mean to the bone densitometrist and bone technologist. J Clin Densitom. 2008.11(4):473-7.
3. Lakhan P, Jones M, Wilson A, et al. A prospective cohort study of geriatric syndromes among older medical patients admitted to acute care hospitals. Journal of the American Geriatrics Society. 2011;59(11):2001–2008.
4. Tinetti ME, Kumar C. The patient who falls: "It's always a trade-off." JAMA. 2010;303(3):258–266.
5.King B, Pecanac K, Krupp A, Liebzeit D, Mahoney J. Impact of Fall Prevention on Nurses and Care of Fall Risk Patients. The Gerontologist. 2018;58(2):331–340.
6. Mazur K, Wilczyński K, Szewieczek J. Geriatric falls in the context of a hospital fall prevention program: Delirium, low body mass index, and other risk factors. Clinical Interventions in Aging. 2016;11:1253–1261.

Tablo 1 Osteoporozu olan geriatrik olguların son bir yıl içindeki düşme öyküsüne göre karşılaştırılması

	Son bir yıl içinde düşme öyküsü	p

	Yok (n:94)	Var (n:52)	
Yaş	79,15±10,19	78,33±6,63	0,598
Cinsiyet (kadın/erkek)%	83,5/16,5%	90,4/9,6%	0,250
Eğitim yılı	5,87±4,63	5,75±4,75	0,878
Noktüri	62,8%	67,3%	0,583
Ağrı	61,5%	58,8	0,756
Osteoartrit	45,8%	44,2%	0,852
Hipertansiyon	60,8%	69,2%	0,309
İskemik kalp hastalığı	18,8%	13,5%	0,412
Konjestif kalp yetmezliği	7,3%	7,7%	0,929
Serebrovasküler hastalık	4,1%	9,6%	0,180
Demans	17,9%	30,6%	0,082
Diyabet	21,6%	26,9%	0,469
Depresyon	43,8%	57,7%	0,105
Charlson Komorbidite İndeksi	0,99±0,90	1,20±1,24	0,287
İlaç sayısı	5,10±3,00	6,50±3,70	**0,014**
Laboratuvar Bulguları			
Glukoz (mg/dL)	10,86±40,23	103,39±28,48	0,310
GFR (CKD-EPI)	73,97±16,01	74,44±18,63	0,871
Albumin (x)	4,00±0,35	4,01±0,39	0,803
Sodyum (x)	139,83±2,63	139,60±3,39	0,638
Potasyum (x)	4,41±0,43	4,29±0,35	0,084
TSH (µIU/mL)	1,56±1,04	1,55±1,17	0,958
Vitamin B12 (pg/mL)	410,69±274,32	466,60±351,95	0,292
Vitamin D (ng/mL)	24,96±16,68	24,46±11,22	0,847
Folik asit (ng/mL)	9,37±4,75	8,25±4,40	0,174
Ayrıntılı Geriatrik Değerlendirme			
Temel GYA	87,26±14,89	82,79±15,41	0,087
Enstrümental GYA	16,08±6,57	14,98±7,35	0,352
Mini Nutrisyonel Değerlendirme	12,07±2,11	11,71±2,56	0,359
Tinetti-Total	24,04±5,62	22,67±5,07	0,147
Kalk ve Yürü Testi	15,32±10,53	19,86±14,36	**0,049**
Vücut kütle indeksi	27,17±5,37	28,06±5,07	0,326
Kırılganlık	37,1%	61,5%	**0,004**
Dinapeni	80,4%	82,7%	0,734
Sarkopeni	49,0%	55,8%	0,429

GFR: Glomerüler Filtrasyon Hızı; TSH: Tiroid Stimülan Hormon; GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri

SB -09

GERİATRİK HASTALARDA D VİTAMİNİ EKSİKLİĞİNİN YÜRÜME VE DENGE PARAMETRELERİ ÜZERİNE UZUN DÖNEM ETKİSİ

Zehra Yağmur Şahin[1] , Esra Ateş Bulut[1] , Pınar Soysal[2] , Ahmet Turan Işık[1]
[1]| Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı, İzmir, Türkiye
[2]| Bezmialem Vakıf Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Amaç:

D vitamini eksikliği geritarik olgularda sık görülen bir sağlık sorunudur. Yapılan çalışmalarda D vitaminin kalsiyum homeostazı, kas iskelet sağlığı ve birçok kronik hastalık ile ilişkili olduğu ortaya konmuştur. Bu çalışmada geriatrik hastalarda D vitamini eksikliğinin yürüme ve denge parametreleri üzerine uzun dönem etkisi araştırılmak istenmiştir.

Yöntem:

Ocak 2013-Mayıs 2018 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi (DEÜ) Hastanesi geriatri kliniğine başvuran, ayrıntılı geriatrik değerlendirme (AGD) uygulanan 370 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar 0-6-12. Ay olmak üzere retrospektif incelendi. Hastaların sosyodemografik özellikleri, kronik hastalık özgeçmişleri, kullandığı ilaçlar ve ilaç sayısı ile laboratuvar bulguları değerlendirildi. Hastalar D vitamini düzeyine göre 3 gruba ayrıldı. Denge ve fonksiyon testleri açısından gruplar arasında başlangıçta ve bir yılın sonunda farklılık olup olmadığı irdelendi.

Bulgular:

Çalışmaya 370 kişi dahil edildi. Hastalar Grup I D vitamin seviyesi 10 ng/dl altında olanlar, Grup II D vitamini 10-19 ng/ml arasında olanlar, Grup III D vitamin seviyesi 20 ng/ml ve üzeri olanlar olmak üzere 3 gruba ayrıldı. Gruplar eğitim durumu dışında sosyodemografik özellikleri, kronik hastalık özgeçmişleri, kullandıkları ilaç sayısı açısından benzerdi ($p>0,05$). D vitamin seviyesi 20 ng/ml ve üzerine olan grubun eğitim seviyesinin daha yüksek olduğu görüldü ($p< 0,05$). Başlangıçta D vitamini seviyesi 10 ng/ml atlında olan grubun Tinetti denge ve Tinetti total skorunun daha düşük olduğu görüldü ($p<0,05$). Bir yılın sonunda incelendiğinde D vitamin seviyesi arttığında bu grupta Tinetti denge ve Tinetti total skorlarında iyileşme olduğu ama bu skorların D vitamin düzeyi başlangıçtan itibaren yüksek olan gruptan anlamlı olarak daha düşük olduğu görüldü ($p<0,05$). Kalk ve yürü testi ile Tinetti yürüme testi arasında başlangıçta gruplar arasında farklılık yoktu ($p>0,05$).

Sonuç:

Bu çalışmada D vitamini düzeyi ile denge ve yürüme fonksiyonları arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. D vitamini seviyesi 10 ng/ml altında olan grupta bu fonksiyonlarda bozulma olduğu, D vitamin seviyesinin artmasıyla bu fonksiyonlarda iyileşme olduğu gösterilmiştir. Bu nedenle D vitamini eksikliği geriatrik popülasyonda taranmalı erken teşhis ve tedavi edilmelidir.

SB-10

PREGABALİN VEYA GABAPENTİN KULLANAN HASTALARDA DÜŞME RİSKİ

Hatice Kübra Şirin[1] , Pınar Soysal[2]

[1]| Kayseri Devlet Hastanesi Nöroloji Kliniği
[2]| Bezmialem Vakıf Üniversitesi Geriatri Bilim Dalı

Amaç:
Pregabalin ve gabapentin γ-aminobutirik asit (GABA) analoğu antikonvülsan ilaçlardır. Her iki ilaç da antiepileptik etkileri dışında nöropatik ağrı tedavisindeki etkinlikleri nedeni ile geriatrik hastalarda yaygın olarak kullanılmaktadır. Dizziness (Sersemlik) ve somnolans en sık görülen yan etkilerdir. Vertigo, denge bozuklukları, ataksi her iki ilaç için bildirilmiş diğer doz bağımlı geri dönüşümlü yan etkilerdir. Bu çalışmada pregabalin veya gabapentin kullanan geriatrik hastalar düşme atakları ve düşme riski açısından incelenmiş ve bu ilaçların düşme üzerine etkileri değerlendirilmiştir. Metod: Pregabalin kullanan 46 ve gabapentin kullanan 46 toplam 1126 hasta çalışmaya dahil edildi. Hasta grupları demografik verileri, düşme olayı varlığı, sistolik ve diastolik tansiyon değerleri, ortostatik hipotansiyon varlığı, laboratuar değerleri açısından değerlendirildi. Düşme riskini değerlendirmek için Tinetti testi kullanıldı. Günlük yaşam aktiviteleri Lawton, Barthel ve Timed up and go testleri ile değerlendirildi. Bulgular: Pregabalin kullananlarda düşme oranı %44.4 kullanmayanlarda %27.5'dir (p: 0.017). Pregabalin kullananların %33.3ünde düşme riski yüksek iken kullanmayanlarda bu oran %22.9 olarak bulunmuştur (p>0.05). Gabapentin kullananlarda düşme oranı %43.5 kullanmayanlarda %27.8'dir (p: 0.029). Gabapentin kullananların %34.1'inde düşme riski yüksek iken kullanmayanlarda bu oran %23.1'dir (p>0.05). Pregabalin veya gabapentin kullananlar ile kullanmayanlar arasında denge yürüme testleri, sistolik ve diastolik tansiyon değerleri, ortostatik hipotansiyon varlığı açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Pregabalin kullananlar ile gabapentin kullananlar karşılaştırıldığında düşme varlığı, düşme riski, denge yürüme testleri, sistolik ve diastolik tansiyon değerleri ve ortostatik hipotansiyon varlığı açısından iki grup arasında anlamlı fark görülmemiştir. Sonuç: Bu sonuçlar hem pregabalinin hem de gabapentinin geriatrik hasta grubunda düşme olayını ve düşme riskini artırdığını göstermektedir.

Source :

1.MELLEGERS MA, FURLAN AD, MAİLİS A. GABAPENTİN FOR NEUROPATHİC PAİN: SYSTEMATİC REVİEW OF CONTROLLED AND UNCONTROLLED LİTERATURE. CLİN J PAİN 2001; 17:284-295. 2.DWORKİN RH, BACKONJA M, ROWBOTHAM MC, ALLEN RR, ARGOFF CR, BENNETT GJ, ET AL. ADVANCES İN NEUROPATHİC PAİN: DİAGNOSİS, MECHANİSMS, AND TREATMENT RECOMMENDATİONS. ARCH NEUROL 2003; 60:1524-1534. 3.VADALOUCA A, SİAFAKA I, ARGYRA E, VRACHNOU E, MOKA E. THERAPEUTİC MANAGEMENT OF CHRONİC NEUROPATHİC PAİN: AN EXAMİNATİON OF PHARMACOLOGİC TREATMENT. ANN N Y ACAD SCİ 2006; 1088:164-186. 4.FİNNERUP NB, SİNDRUP SH, JENSEN TS. CHRONİC NEUROPATHİC PAİN: MECHANİSMS, DRUG TARGETS AND MEASUREMENT. FUNDAM CLİN PHARMACOL 2007; 21:129136. 5.BENİCZKY S, TAJTİ J, TİMEA VARGA E, VECSEİ L. EVİDENCEBASED PHARMACOLOGİCAL TREATMENT OF NEUROPATHİC PAİN SYNDROMES. J NEURAL TRANSM 2005; 112:735-749. 6.BACKONJA MM, USE OF ANTİCONVULSANTS FOR TREATMENT OF NEUROPATHİC PAİN. NEUROLOGY 2002; 59 (5 SUPPL 2):14-17. 7. ZACCARA G, GANGEMİ P, PERUCCA P, SPECCHİO L. THE ADVERSE EVENT PROfiLE OF PREGABALİN: A SYSTEMATİC REVİEW AND META-ANALYSİS OF RANDOMİZED CONTROLLED TRİALS. EPİLEPSİA,52(4):826–836,2011 8. BOCKBRADER HN, WESCHE D, MİLLER R, CHAPEL S, JANİCZEK N, BURGER P. A COMPARİSON OF THE PHARMACOKİNETİCS AND PHARMACODYNAMİCS OF PREGABALİN AND GABAPENTİN. CLİN PHARMACOKİNET 2010; 49 (10): 661-669 9. SCHALKWİJK A, ET AL. PİTFALLS İN THE TREATMENT OF NEUROPATHİC PAİN İN PATİENTS WİTH CANCER. NEDERLANDS TİJDSCHRİFT VOOR GENEESKUNDE 155: 345-349, NO. 8, FEB 2011 10. CROFFORD LJ, ROWBOTHAM MC, MEASE PJ, RUSSELL IJ, DWORKİN RH, CORBİN AE ET AL. PREGABALİN FOR THE TREATMENT OF FİBROMYALGİA SYNDROME RESULTS OF A RANDOMİZED, DOUBLE-BLİND, PLACEBO-CONTROLLED TRİAL. ARTHRITIS & RHEUMATISM VOL. 52, NO. 4, APRİL 2005, PP 1264–1273

Keywords: düşme, pregabalin, gabapentin

SB – 11

PARKINSONİZM GERİATRİK POPÜLASYONDA LUPUS'UN İLK BELİRTİSİ OLABİLİR

Ekrem Dutoğlu[1] , Hakan Akbaş[1] , Pınar Soysal[2]
[1]| Kayseri Şehir Hastanesi, İç hastalıkları ABD
[2]| Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Geriatri Bilim Dalı, İç hastalıkları ABD

Özet

Geç başlangıçlı lupus tanısı; sinsi başlangıç, düşük prevalans ve SLE bulgularının silik olması nedeniyle erken başlangıçtan daha zor olabilir ve gözden kaçabilir. Parkinson hastalığı (PH) geriatrik olgularda daha yaygındır, bu da bu popülasyonda lupusa bağlı parkinsonizmin PH'den ayrımını zorlaştırabilir. Bu olgu sunumunda, parkinsonizmin SLE'nin ilk belirtisi olabileceği ve geriatrik hasta grubunda steroid tedavisi ile tamamen iyileşebildiği belirtilmektedir.

Olgu Sunumu

80 yaşında bir kadın, yürüme zorluğu, hızla ilerleyen yürüyüş ve denge bozukluğu, tekrarlayan düşmeler, istirahat tremoru ve üç hafta boyunca iştahsızlık nedeniyle geriatri merkezine getirildi. Fizik muayenede oryantasyon ve kooperasyon bozukluğu mevcuttu. Asimetrik rijidite (sağ üst ekstremite), sağ el tremoru, bradikinezi ve ciddi postüral instabilitesi vardı. Kranial MR da serebral atrofi ve subkortikal kronik iskemik değişiklikler dışında özellik yoktu. Biyokimya ve hemogram parametreleri normaldi, ancak eritrosit sedimentasyon hızı 38 mm / saat ve C-reaktif protein 14.1 mg / dl idi. İdrar tahlili enfeksiyon, proteinüri veya hematüri yoktu. Mevcut bulgulara dayanarak Parkinson Hastalığı tanısı konuldu. Levodopa uygulandı ve parkinsonizm semptomları kısmen düzeldi. Üç gün sonra hastada ateş yükseldi, anemi, CRP yüksekliği (207 mg / L) gelişti, fakat prokalsitonin düzeyi düşüktü (0,52 ng / ml) ve infeksiyöz hastalık lehine odak saptanamadı. Hastaneye yatışının 6. gününde pansitopeni gelişti. Anti-nükleer antikor düzeyinin negatif olduğu, ancak antids-DNA antikor düzeyinin pozitif olduğu (224,36 U / ml, normal aralık <25) bulunmuştur. Serum C3 ve C4'ün değerleri sırasıyla 0.72 ve 0.07 g / l olup düşük saptanmıştır. Böylece, SLICC kriterlerine hastaya SLE tanısı konuldu. Üç gün boyunca intravenöz metilprednizolon 1 g/gün, sonrasında oral prednizon hasta tedavisi ile tüm parkinsonizm semptomlarının yanı sıra anormal laboratuvar bulgularının da düzeldiği görüldü.

Sonuç

Geç başlangıçlı lupus tanısı erken başlangıçtan daha zor olabilir ve sinsi başlangıç, düşük prevalans ve immünolojik testlerin başlangıçtaki negatifliği nedeniyle gözden kaçabilir. Bu nedenle, Parkinson hastalığı tanısından önce klinisyenler diğer SLE kriterlerinin farkında olmalıdır.

SB -12

VİTAMİN B12 EKSİKLİĞİ YAŞLI ERİŞKİNLERDE AKUT VE GERİ DÖNÜŞÜMLÜ PARKİNSONİZM NEDENİ OLABİLİR

Emre Çapar[1] , Ferhat Arık[1] , Uğur Kalan[1] , Pınar Soysal[2]
[1]| Kayseri Şehir Hastanesi
[2]| Bezmialem Vakıf Üniversitesi

Özet

B12 vitamin eksikliği yaşlı populasyonda sık görülen yetersiz alım, atrofik gastrit, bakteriyel aşırı çoğalma yada proton pompa inhibitörleri ve metformin gibi uzun süre ilaç kullanımına bağlı gelişebilen bir durumdur. Ataksi, bunama, parastezi, nöropati, halsizlik, psikoz ve duygudurum bozukluğuna neden olabilir. Öte yandan, Parkinson Hastalığı'da (PH) yaşlı erişkinlerde %15-%45 oranında oldukça yaygın görülebilen bir hastalıktır. B12 eksikliği ve PH yaşla birlikte artsada birliktelikleri nadirdir. Bu olguda B12 eksikliği ile ilişki akut parkinsonizmin B12 takviyesi ile tamamen düzelmesini inceledik.

Olgu

81 yaşında erkek hasta iki hafta boyunca hızlı ilerleyen yürüyüş ve denge bozukluğu, tekrarlayan düşmeler, istirahat tremoru, unutkanlık şikayetleri ile başvurdu. Öyküsünde kronik gastrit hikayesi alındı ve uzun süre rabeprazol kullandığı öğrenildi. Fizik muayenesinde vital bulgular stabildi sadece ortostatik hipotansiyon saptandı. Sağ el titremesi, asimetrik rijidite (sağ üst ekstremite), bradikinezi ve ciddi postural instabilitesi vardı. Bilişsel bozukluk, dikkat bozukluğu, hafif dezoryantasyon saptandı. Mini Mental Test (MMT) skoru 21 bulundu. Kranial MR'da serebral atrofi ve subkortikal kronik iskemik değişiklikler dışında özellik yoktu. Biyokimya ve hemogram parametrelerinde MCV yüksekliği (97 fl) dışında anormal bulgu saptanmadı. Ancak B12 düzeyi 72pg/ml (>200 pg/ml), homosistein düzeyi 18 µmol/L (<15 umol/L) saptandı. Hastaya mevcut bulgular ile PH tanısı kondu. Hastaya 5 gün boyunca 1000 mg/ gün dozunda B12 replasmanı başlandı, 4 hafta boyunda haftada bir ve sonrasında ayda bir şeklinde tedavi düzenlendi. 5. Gün sonunda progresif klinik iyileşme görüldü ve hasta taburcu edildi. Taburculukta hafif bradikinezi vardı tremor yoktu. 3. Ay sonunda B12 seviyesi yükseldi (>1000 pg/ml), homosistein seviyesi düştü(9,6 µmol/L) ve önceki Parkinson belirtileri ve ortostatik hipotansiyon tamamen iyileşti. Daha iyi bilişsel fonksiyonları vardı ve MMT skoru 25'e yükseldi.

Sonuç

Sonuç olarak, parkinsonizm ve bilişsel bozukluk sadece B12 eksikliğine bağlı olabilir. Bu nedenle, PH tanısı ve levodopa tedavisi öncesi B12 seviyeleri kesinlikle değerlendirilmeli ve bu hastalarda yeterli replasman tedavisi uygulanmalıdır.