



Geriatrik Hastalarda Unutkanlık mı? Demans mı?: Bir Olgu Nedeni ile

Is this Forgetfulness in the Elderly Patients? Is this Dementia in the Elderly Patients?: A Case Report

Şule Şahin Onat, Seda Biçer, Neşe Özgirgin

Ankara Fizik Tedavi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye

Özet

Unutkanlık ve hafıza fonksiyonlarında azalma, yaşlılarda oldukça sık görülen yakınmalardır. Hastaneye yatırılan geriatrik bireylerde ortam değişikliğine bağlı ortaya çıkabilecek böyle uyumsuzlukları vurgulamak ve bu hastaların ayrıntılı değerlendirilmeden demans denilmesine dikkat çekmek adına bu vakayı sunduk. (Türk Osteoporoz Dergisi 2013;19: 56-7)

Anahtar kelimeler: Yaşlılık, unutkanlık, demans

Summary

Forgetfulness and reduction of memory function in the elderly is common complaints. We have presented this circumstance because of taking attention to say demans without a detailed evaluation of these patients and to express the inconsistency on the medium exchanges on the hospitalized geriatric. (Turkish Journal of Osteoporosis 2013;19: 56-7)

Key words: Old age, forgetfulness, dementia

Giriş

Tüm dünyada yaş ortalamasının giderek artmasıyla geriatrik hastaların değerlendirilmesi ve bakımı önem kazanmaktadır. Yaşlı bir hastanın doğru tanı ve tedavi alması, hayat kalitesinin artırılması ve fonksiyonel bağımsızlığını sürdürmesi için kapsamlı geriatrik değerlendirme şarttır (1). Unutkanlık ve hafıza fonksiyonlarında azalma, yaşlılarda oldukça sık görülen yakınmalardır. Toplum temelli çalışmalarda, yaşlılardaki hafıza ile ilgili yakınmaların prevalansının %25-50 arasında olduğu saptanmıştır (2). Demans bellek başta olmak üzere pek çok bilişsel işlevde ilerleyici bozulma ile karakterize, mesleki ve toplumsal işlevsellikte bozulmaya yol açan ve yıkımla sonlanan bir hastalıktır. Altmış beş yaş ve üzeri kişilerde demans görülme sıklığı %10-15, 80 yaş ve üzerinde ise %40-50'dir (3-5).

Olgu

Yetmiş yedi yaşında bayan hasta diz osteoartriti tanısıyla fizik tedavi programı almak üzere kliniğimize yatırıldı. Özgeçmişinde hipertansiyonu vardı. Soygeçmişinde herhangi bir özellik yoktu. Hastanın tedavi sırasında yattığı odayı bulmakta güçlük çektiği, yanlış

odalara yöneldiği ve bundan dolayı programını aksattığı gözlemlendi. Demans açısından değerlendirilen hastanın mini mental testi (MMT) 25 olarak bulundu. Nöropsikiyatrik değerlendirilme sonucunda hastada demans olmadığına ve yaşlılığa bağlı unutkanlık olduğuna karar verildi. Sonuçta, çözüm olarak hastanın odasının kapısına bir işaret koyulup odasının diğer odalardan ayrılarak, hastanın fizik tedavi programına uyum sağlanması artırıldı.

Tartışma

Unutkanlığın, kognitif ve fonksiyonel yetersizliklerin yaşlılığın doğal bir sonucu olduğu yanlış inanışının gerek toplumda gerekse hekimlerde yaygın olması yıllardır yaşlıda demans tanısının az olmasına sebep olmaktadır (6). Öte yandan unutkanlığı olan tüm geriatrik bireylere de demans tanısı koymak kolay fakat bireyi etiketleyen bir durumdur. Yapılan bir araştırmada 3954 birinci basamak hastası değerlendirilmiş, altmış yaş ve üzeri hastaların %10,5'i minimal kognitif bozukluk, %5,2'si orta-ileri demans tanı kriterlerini karşılamalarına rağmen minimal kognitif bozukluk hastalarının %3,2'üne, orta-ileri demans hastalarının ise %23'üne doğru tanı konulabildiği görülmüştür (7). Bu nedenle de hekim

için yaşlı bireydeki unutkanlığın normal yaşlanma sürecine mi bağlı olduğu, yoksa demansın öncü belirtisi mi olduğuna karar vermek oldukça zordur (2). Çünkü genç insanlarla karşılaştırıldığında yaşlı bireylerin, zamana dayalı kognitif fonksiyon değerlendirmelerinde işlem ve reaksiyon hızları daha yavaş olmaktadır. Bu durum yaşlanmanın getirdiği hafif dereceli bir bozukluk ise, kişi geç de olsa o bilgiyi hatırlar. Öğrenme yetisi intakttır. Hafızayla ilgili bu yavaşlama ilerleyici değildir, zamanla artma eğilimi göstermez. Bir unutkanlığın demans sendromuna ait bir bulgu olabilmesi için, kognitif alanlardan (öğrenme, bellek, oryantasyon, dil fonksiyonları ve kişilik) en az birindeki bozulmanın unutkanlığa eşlik etmesi gerekmektedir. Hafif kognitif bozukluk normal unutkanlık ve demans arasındaki bir tablodur. Önce yakın bellek bozulmakta, birey kelime bulma ve akıcı bir konuşmayı sürdürmede güçlük çekmektedir, daima aynı soruları sorma eğilimindedirler. İyi eğitilmiş hastalar erken evrede eksikliklerini kompanze edebilirler, ayrıntılı öykü alındığında karmaşık günlük aktiviteleri (maaş takibi, fatura yatırma, alışveriş ve hesap yapma vs) yürütmede zorlandıkları gözlenmektedir. Daha sonraki dönemlerde bilişsel kayıplar ortaya çıkmaktadır. Uzak bellek bozulmaya başlayıp, gündemi ve ailedeki olayları takip edememeye başlamaktadırlar. Önce evini, sonra evinde odaları bulamamaya başlamaktadır, kendine bakımı giderek bozulmaktadır. Bizim olgumuzda da yattığı odayı bulamama şikayeti vardı. Sorguladığımızda evini ve evindeki odaları bulmakta güçlük çekmediği, unutkanlığının progresif olmadığı öğrenildi. Kognitif fonksiyonların değerlendirilmesinde sıkça kullanılan MMT'in 24 puanın altında olması demansı, 24-26 puan arası hafif kognitif bozukluğu, 26 puan ve üzeri ise normal kognitif fonksiyonları göstermektedir (6,8). Olgumuzun MMT'nin 25 olması kognitif fonksiyonların hafif bozulduğunu göstermektedir. Olgumuzda olduğu gibi geriatrik hastalarda ortam değişikliği hastaların adaptasyonunu bozmaktadır ve unutkanlık ya da silik kognitif bozukluklar daha belirginleşmektedir. Bu durumda da hastaların tedaviye uyumu azalmaktadır. Özellikle böyle hastaların ilaç kullanımına dikkat edilmeli, bu konuda hemşiresi uyarılmalıdır. Yine uyum sürecinde yabancı ortamdaki kaynaklanan düşmeleri

önlemek için yardımcı cihaz kullanımı önerilip yardımcı sağlık personelinin hastaya çevresel ortamı tanıtıcı tekrarlayan desteklerde bulunması sağlanabilir. Çünkü düşmelerde kognitif bozukluğun önemli bir risk faktörü olduğu daha önce yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (9). Tanısı konmuş demans hastalarının tedavilerinde en az ilaçlar kadar aktivite planları, mekânsal düzenlemeler ve bakım verenlerin eğitiminin çok önemli olduğu vurgulanmıştır (10). Hastaneye yatırılan geriatrik bireylerde ortam değişikliğine bağlı ortaya çıkabilecek böyle uyumsuzluklardan dolayı gerekli önlemler alınmalı, hospitalize edilen geriatrik hastalar ayrıntılı değerlendirilmeden demans denilmemelidir. Özetle böyle klinik deneyimlerle, geriatrik rehabilitasyonda hastanın her açıdan dikkatli değerlendirilmesinin tedavi başarısındaki önemi belirginleşmektedir.

Kaynaklar

1. Rosenthal RA, Kavic SM. Assessment and management of the geriatric patient. *Crit Care Med* 2004;3:92-105.
2. Işık AT. Unutkanlığı Olan Yaşlıya Yaklaşım. *Journal Geriatrics and Geriatric Neuropsychiatry* 2009;1:33-8.
3. Terry RD, Katzman R, Bick KL, Sisodia SS. Alzheimer hastalığı. In: Hakan Gürvit, editör. İstanbul: Yelkovan yayıncılık; 2001.
4. Karaman Y. Alzheimer hastalığı ve Diğer Demanslar. 1st ed. Ankara: Lebib Yalkın Matbaası; 2002.
5. Souder E, Beck C. Overview of Alzheimer's disease. *Nurs Clin North Am* 2004;39:545-59.
6. Petersen RC, Doody R, Kurz A, Mohs RC, Morris JC, Rabins PV, et al. Current concepts in mild cognitive impairment. *Arch Neurol* 2001;58:1915.
7. Callahan CM, Hendrie HC, Tierney WM. Documentation and evaluation of cognitive impairment in elderly primary care patients. *Ann Intern Med.* 1995;122:422-9.
8. Petersen RC, Stevens JC, Ganguli M, Tangalos EG, Cummings JL, DeKosky ST. Practice parameter: Early detection of dementia: Mild cognitive impairment (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2001;56:1133.
9. Scheffer AC, Schuurmans MJ, Van Dijk N, van der Hooft T, de Rooij SE. Fear of falling measurement, strategy, prevalence risk factors and consequences among older persons. *Age Ageing* 2008;37:19-24.
10. Yalçın M, Ertan T. Deliryum ve demans: Genel özellikler ve ayrıcı tani. *Görüntüleme Yöntemleri Sempozyum Dizisi* 2010;69:9-31.