

## Yaşlıda Koruyucu Hekimlik

Deniz Suna Erdiñçler

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı

### Özet

Hastalıkların önlenmesi ve sağlığın artırılması yaşlı sağlığının önemli bölümünü oluşturur. Hastalıkların %40 ile %70'i yaşam şekli modifikasyonları, risk faktörlerinin tedavisi ve primer veya sekonder preventif uygulamalarla kısmen veya tamamen önlenabilir. Hastalıkların çoğu için preventif girişimlere dayanarak kesinleşmiş veriler ve preventif kılavuzlar arasında fikir birliği olmamasına rağmen, birçok preventif girişimin önemi konusunda fikir birliği vardır. Yaşlılarda prevansiyon esas olarak hastalıklar, kırılmalık, kazalar, iyatrojenik komplikasyonlar ve psikososyal problemlere odaklanmalıdır. Bütün yaşlılar preventif girişimden fayda görmezler. Prevansiyonun etkinliği hastanın fiziksel sağlığı, fonksiyonel kapasite ve kognitif durumuna bağlı olarak değişir.

**Anahtar kelimeler:** Primer korunma, sekonder korunma

### Abstract

#### Prevention in the Elderly

Disease prevention and health promotion are important aspects of health for older individuals. Between %40-70 of all diseases are partially or totally preventable through lifestyle modification, risk factor management, and primary or secondary preventive practices. Despite a lack of definitive data regarding preventive interventions for a number of disease and occasional disagreements among organizations publishing preventive guidelines, there is consensus on the value of many preventive measures.

For the elderly, prevention focuses mainly on disease, frailty, accidents, iatrogenic complications, and psychosocial problems. Not all elderly patients benefit from every preventive measure; effectiveness varies depending on the patient's physical health, functional ability and cognitive status.

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de 65 yaş üstü popülasyonun oranı gittikçe artmaktadır. ABD'de yaşlı popülasyon toplumun %12'sini oluşturmalarına rağmen, sağlığa ayrılan paranın %30-35'ini geriatrik popülasyon kullanır. Bu artış devam ederse 2040 yılında sağlık harcamalarının yarısını yaşlılar kullanacaktır.

Geriatrik sağlık harcamalarını kontrol etmek, yaşlı bireylerin yaşam kalitesini düzeltmek için koruyucu sağlık hizmetleri gerekmektedir. Hastalıkların önlenmesi ve sağlığın artırılması yaşlı sağ-

lığının önemli yönünü oluşturur. Çok yaşlılarda bile preventif girişimler hastalıkları ve disabilitiyi azaltabilir. Hastalıkların %40-70'i yaşam şekli modifikasyonları, risk faktörlerinin tedavisi ve primer veya sekonder preventif uygulamalarla kısmen veya tamamen önlenabilir.

Preventif girişimler; primer, sekonder ve tersiyer olarak sınıflandırılır.

Primer prevansiyon: Asemptomatik kişilerde hastalığın başlamasını önlemek için yapılan girişimlerdir (örneğin, influenzaya karşı aşılama).

Sekonder prevansiyon: Hastalık semptomatik hale gelmeden önce hastalığın erken tespitini amaçlar (örneğin, meme kanserinin erken teşhisi için mamografi).

Tersiyer prevansiyon: Hastalık komplikasyonlarını önlemek için yapılmış girişimleri içerir (örneğin, stroktan sonra mobilite ve fonksiyonu düzeltmek veya devam ettirmek için rehabilitasyonun kullanılması).

Bütün yaşlılar her preventif girişimden fayda görmezler. Prevansiyonun etkinliği hastanın fiziksel sağlığı, fonksiyonel kapasitesi ve kognitif durumuna bağlı olarak değişir. Uygulanacak preventif girişimin seçiminde hastanın genel durumu yol göstericidir; örneğin sağlıklı (yaşlıların %60-70), kronik hastalıklı (%20-35) veya kırılğan (%2-10) yaşlı olmasına göre seçilecek girişimler farklıdır.

Sağlıklı yaşlıların kronik hastalığı yoktur veya minimaldir ve fonksiyonel olarak bağımsızdırlar. Hastalıkların primer ve sekonder prevansiyonu ve kırılğanlığın önlenmesi bu grup için en faydalı preventif girişimlerdir.

Kronik hastalığı olan yaşlıların çeşitli tedavi

edilemeyen hastalıkları vardır ve genellikle fonksiyonel olarak bağımsız veya minimal bağımlıdırlar, sıklıkla çok sayıda ilaç kullanıcılar ve ara sıra kronik hastalıklarının alevlenmesi nedeniyle hastaneye yatırılırlar. Hastalıkların tersiyer prevansiyonu ve kırılğanlığın önlenmesi kronik hastalıklarda esastır, bunu primer ve sekonder prevansiyon, iyatrojenik komplikasyonların ve kazaların önlenmesi takip eder.

Kırılğan yaşlının tipik olarak birçok ciddi kronik hastalığı vardır ve fonksiyonel olarak bağımlıdır ve fizyolojik rezervleri yoktur. Bunlar çok sık hastaneye yatırılırlar ve bakımevlerinde yaşarlar. Bu grupta iyatrojenik komplikasyonların ve kazaların önlenmesi daha önemlidir.

Bazı preventif girişimler ise bütün yaşlılara uygulanabilir. Egzersiz kırılğanlığın önlenmesine yardım eder. Kırılğan yaşlılarda fonksiyonel kapasiteyi korumaya yardım edebilir ve kazaları azaltır. İmmünizasyon ise etkili ve ucuz bir preventif girişimdir.

USPSTF: Birleşik Devletler Koruyucu Hizmetler Görev Gücü (U.S. Preventive Services Task Force)

**Tablo 1. USPSTF tarafından önerilen periyodik preventif girişimler\***

Önlenebilir Hastalıklar	Uygulama	Sıklık
Hipertansiyon	Kan basıncı ölçümü	TA<140/85 ise iki senede bir, DKB: 85-89 mmHg ise her sene
Obezite, malnütrisyon	Boy ve kilo ölçümü	Her sene
Kanser		
Meme	Mamografi	1-2 sene
Serviks, uterus	Pap testi	3 sene
Kolon	Dışkıda gizli kan	Her sene
	Sigmoidoskopi	3-5 sene
İşitme bozukluğu	İşitme testi	Her sene
Görme bozukluğu	Görme testi	Her sene
İnfluenza	İnfluenza aşısı	Her sene
Pnömonokok enfeksiyonu	Pnömonokok aşısı	65 yaşında bir kere
Tetanoz	Tetanoz aşısı	10 sene

\*USPSTF: U.S. Preventive Services Task Force-Birleşik Devletler Koruyucu Hizmetler Görev Gücü.

tarafından önerilen periyodik preventif girişimler Tablo 1'de gösterilmiştir.

Koruyucu hizmetleri değerlendirmek için standart bir yaklaşım yaşlılarda çok zordur. Çalışmaların çoğu 65-70 yaş üstündekileri kapsamamaktadır. Yaşlıda uygulanacak preventif girişimlerin aşağıda belirtilen kriterleri taşıması gerekir.

### Yaşlıda preventif hizmetleri değerlendirme kriterleri

A. Yapılan işlem yaşam kalitesi ve uzunluğunu etkilemeli: Hipertansiyon için tarama morbidite ve mortaliteyi etkiler. Bu nedenle asemptomatik yaşlılarda kan basıncı periyodik olarak bakılmalıdır.

B. Kabul edilen tedavi uygulanabilir olmalı: Teşhis ve tedavi girişimlerinin yaşlı tarafından kabul edilirliliği, hedef hastalık için tarama yapmadan önce göz önünde bulundurulmalıdır. Prostat kanseri için girişimler 85 yaşındaki hastada kabul edilemez. Bu durum hastalık için tarama işlemlerinden önce göz önünde bulundurulmalıdır.

C. Mortalite ve morbiditeyi anlamlı olarak azaltacak tarama ve tedavi, hastalığın asemptomatik periyodunda yapılmalı: Hipertansiyon için tarama ve tedavi bu kriterlere uyar. Over ve akciğer kanseri için tarama endike değildir; çünkü teşhis ve tedavi hastalığın prognozunu etkilemeyecektir.

D. Erken tedavi, semptomlar ortaya çıktıktan sonra yapılan tedaviden daha iyi sonuç sağlamalı: Fizik muayene veya mamografi ile tespit edilen meme kanserinin erken tedavisi mortalite ve morbiditeyi azaltabilir.

E. Tarama işlemleri ve testler makul bir fiyatta olmalı ve hastalığın sıklığı tarama maliyetini haklı çıkartacak yeterlilikte olmalı: Hastalığı ayırt etmekte kullanılan test, hastalık varlığı ve yokluğu arasında kesin olarak ayırım yapabilmeli, yalancı (+) ve yalancı (-) sonuçlar kabul edilebilir oranlarda olmalıdır.

Yaşlılar için preventif stratejilerin 2 genel ama-

cı vardır: (1) Erken yaşlarda edinilecek doğru alışkanlıklar ve yaşam şekli ile sağlık ve fonksiyonları devam ettirmek. (2) Kronik sakatlıklar meydana geldiği zaman sağlık ve fonksiyon kaybını minimize indirmektir. Sonucusu rehabilitasyonun da amacıdır.

### Prevansiyon önerileri

1. Sigara kullanımı: 65-74 yaşındakilerin %20'si, 75 yaş üstündekilerin ise %9'u sigara içer. Sigara içimi akciğer, oral kavite, özofagus, mesane, mide kanseri ve KOAH'a neden olur.

Öneriler: Bütün hastaların sigara kullanıp kullanmadığı sorgulanmalı, sigarayı bırakması konusunda hasta bilgilendirilmeli ve uyarılmalıdır.

2. Fiziksel aktivite: Yaşlıların sadece %8'i düzenli egzersiz yapar, çoğunun ise sedanter bir yaşam tarzı vardır. Fiziksel inaktivite koroner arter hastalığı, hipertansiyon, Tip II diyabet ve osteoporoz riskini artırır.

Öneriler: Ağırlık kaldırma, yürüme ve bisiklete binme gibi egzersizler haftada en az 3 defa 20-30 dakika yapıldığında kardiyak kapasiteyi artırır, kas gücünü devam ettirir, yaşlanmaya bağlı progresif kas gücü kaybını azaltır. Ayrıca düzenli egzersiz düşme riskini azaltarak, düşmelere bağlı fizik kapasitede azalma, bağımlı hale gelmeyi de önler. Germe egzersizleri eklem fleksibilitelerini devam ettirmek için önemlidir.

3. Beslenme: Beslenmede dengesizlik yaşlıda hastalık ve ölümlere yol açar. Koroner arter hastalığı, diyabet, bazı kanser türleri, osteoporoz, divertiküloz ve diş hastalıklarında diyet önemlidir. 75-80 yaşın üstündekilerde protein-kalori malnütrisyona daha sık rastlanır. Malnütrisyon riski olanlarda kısıtlayıcı diyetlerden kaçınılmalıdır.

Öneriler: Yağ total kalorinin %30'undan az, günlük kolesterol alımı 300 mg'dan az olmalı, doymuş yağlar total kalorinin %10'nu geçmemeli, protein 0,6-1 gr/kg/gün olmalıdır. Basit şekerler yerine kompleks şekerler önerilmeli, meyve ve sebze tüketimi artırılmalıdır.

Ulusal Araştırma Kurulu'nun (National Research Council) önerdiği günlük vitamin ve mineral ihtiyacını yiyeceklerden veya ilave olarak almalıdır. Günlük diyetin 1000-1500 mg kalsiyum içermesinin önemi bildirilmeli veya bu miktar ilave olarak alınmalıdır. Bununla beraber günlük dozdan daha fazla miktarlarda vitamin alınması önerilmemelidir. Çoğu yaşlı için günde bir defa alınan multivitaminler yeterli seviyeleri sağlar. Yaşlılarda D vitamini ve B12 vitamini ilaveleri gerekebilir. Yeterli miktarda lifli besinleri tüketmek konstipasyon, kolon kanseri riskini ve divertiküloz riskini azaltır. Lif alımı hububat, sebze ve meyve içeren diyetlerle sağlanır. Tuz alımı günde 4-5 gramı geçmemeli, tıbbi olarak gerekmedikçe yiyeceklere tuz ilave edilmemelidir. En önemlisi diyet kişiye göre ayarlanmalıdır.

4. Alkol ve diğer maddeleri kötüye kullanma: 65 yaşın üstündeki hastaların %10'unun madde bağımlılığı problemi vardır. Alkol ve ilaç entoksikasyonları trafik kazaları ve diğer kazalara yol açabilir.

Öneriler: Hastalar düzenli olarak alkol ve diğer ilaç kullanımları yönünden sorgulanmalı ve bu konuda bilgilendirilmelidir.

5. Kazalar: Ölüme yol açan kazalardan biri yaşlıda düşmelerdir. Trafik kazaları ikinci sıradadır, bunları yangın ve yanıklar izler.

Öneriler: Yaşlılara veya onların bakıcılarına yaşlıların ev ortamının nasıl olması gerektiği hakkında gerekli bilgiler verilmelidir. Örneğin, yaşadığı yer yeteri kadar aydınlatılmalı, zemin emin olmalı, elektrik ve telefon kabloları ortadan kaldırılmalı, halıların serbest kenarları sabitlenmeli, banyoda tutacaklar olmalıdır. Yaşlılar periyodik olarak görsel kabiliyetleri açısından değerlendirilmeli, düşmelere sebep olabilecek ilaçlar yönünden kullandığı ilaçlar düzenli olarak gözden geçirilmelidir (sedatifler, hipnotikler, antidepresanlar, vazodilatörler gibi).

6. Ağız sağlığı: Yaşlıların çoğunun dişleri ekzik veya çürüktür. Ağız hijyeninin kötü olması ve

dişlerin yeterli olmaması beslenme bozukluğuna katkıda bulunur.

Öneriler: Hastalar senede bir defa diş doktoruna gitmeleri konusunda uyarılmalıdır.

### Aşılama

Hem influenza hem de pnömokok aşılı yaşlılara uygulanacak en önemli primer prevansiyon girişimleridir. İnfluenza ve pnömoni 65-74 yaşındaki kişilerde 6'ncı, 75-84 yaşındakilerde 5'inci, 85 yaşın üstündekilerde ise 4'üncü, ölüm sebebidir.

#### İnfluenza aşısı

Altmış yaşın üstünde toplum içinde yaşayan kişilerde aşılama %58 efektif iken, 70 yaşın üstündekilerde etkinliği azalabilir. Bakımevinde kalan yaşlılarda aşının etkinliği %30-40'tır. Buna karşılık hastaneye yatış ve pnömoninin önlenmesinde %50-60, ölümlerin önlenmesinde ise %80 etkilidir.

Öneriler: 65 yaşın üstündeki herkes influenza aşısı ile senede bir defa aşılanmalıdır. Ekim ayı ile kasım ayı ortaları aşılama için en uygun zamandır, fakat eylül ayından grip mevsiminin sonuna kadar olan herhangi bir zamanda da aşı uygulanabilir. Eğer aşı kontrendike ise veya immünizasyon sağlanmadan önce kişi influenza ile karşılaşırsa kemoprofilaksi gerekir. İnfluenza A'da M2 kanal inhibitörleri (amantadin veya rimantadin) ve nöraminidaz inhibitörü (oseltamivir), influenza B'de ise nöraminidaz inhibitörleri efektiftir. Bakımevindeki grip salgınında profilaktik tedavi süresi 14 gündür. Toplum içinde yaşayan yaşlılar ve bakıcıları için profilaksi süresi ise 10 gündür. Bakım evlerinde hem yaşlıların hem de sağlık personelinin aşılanması mortalite ve morbiditeyi azaltır.

#### Pnömokok aşısı

Polivalan pnömokok aşısı invazif bakteriyemisinin önlenmesinde %56-81 etkilidir. 65 yaş ve üstündeki yaşlılar bir defa, 65 yaşından önce aşılanmış olanlar ise ilk aşından 5 yıl sonra bir defa daha aşılanmalıdır. Aşı herhangi bir ayda yapılabilir ve influenza ile aynı zamanda uygulanabilir.

#### Tetanoz Aşısı

Tetanoz enfeksiyonlarının %60'dan fazlası yaş-

lılarda meydana gelir. Tetanoz toksoidi 10 yılda bir tekrarlanmalıdır.

### Kemoprofilaksi

1. Osteoporoz: Osteoporozu önlemek için primer korunmanın temeli gençlik döneminde maksimum güç ve kitle içeren sağlıklı bir iskelet sağlamaktır. Beslenme ile günde 1000 mg'ın üstünde kalsiyum alınması güneş görme, D vitamini alımı ve yerçekimine karşı ağırlık taşıyıcı egzersizler kemik kitlesini artırır.

Kemik kaybının hızını azaltma, yani sekonder korunmada ilk adım riskli kişileri ayırt etmektir. Osteoporoz risk faktörleri bulunan asemptomatik kadınlarda veya glukokortikoid tedavisi alan kadın ve erkeklerde kemik yoğunluk ölçümü yapılmalıdır. Ulusal Osteoporoz Vakfı'nın (National Osteoporosis Foundation: NOF) 1998'deki rehberinde risk faktörlerine bakılmaksızın 65 yaşın üstündeki kadınlarda en az bir kere kemik yoğunluk ölçümünün yapılması önerilmektedir. Hormon replasman tedavisi (HRT) menopoza sonra başlanıp 5 yıldan daha uzun kullanıldığında fraktür ve kemik yoğunluğundaki azalmayı önlemede etkilidir. Fakat son senelerde yapılan çalışmalar HRT'nin kardiyovasküler olayları, meme ve endometriyum kanseri riskini artırdığını göstermiştir. Çoğu yaşlıda yaşam şekli değişiklikleri, yeterli kalsiyum (1500 mg/gün) ve D vitamini (400-800 IU/gün) alımı, egzersiz ve sigaranın bırakılması kemik kaybının önlenmesinde HRT'ye alternatiftir. Osteopenisi olanlarda aşıkâr osteoporozu önlemek için östrojen, alendronat veya raloksifen ile profilaktik tedavi önerilmektedir.

2. Koroner arter hastalığı: Koroner arter hastalığı risk faktörleri bulunanlara aspirin (80-325 mg/gün) primer prevansiyon olarak verilebilir. Koroner arter hastalığı ispatlanmış olanlar (miyokard enfarktüsü, pozitif koroner anjiyografi) veya serebrovasküler hastalık geçirenlerde lipid düşürücü ilaçlar sekonder prevansiyon olarak önerilmektedir.

3. Antioksidanlar: Serbest radikal hasarı ateroskleroz, iskemi-reperfüzyon hasarı, Parkinson hastalığı, katarakt, bazı kanserler ve romatoid artrit pa-

tofizyolojisinde önemlidir. İskemik kalp hastalığı, katarakt ve bazı kanserlerde antioksidan vitaminlerin koruyucu olduğunu düşündüren bulgular elde edilmiştir. Bu hastalıkların çoğu için teorik bilgiler ve laboratuvar bulguları antioksidanların etkisini desteklemesine rağmen, klinik bulgular bunu doğrulamamaktadır. Vitaminleri tek tek megadozlar halinde almak yerine FDA'nın önerdiği dozlarda multivitamin preparatları halinde almak daha uygundur. Yaşlıların ilave E vitamini (100-400 mg/gün) ve C vitamini (60-100 mg/gün) almasında sakınca yokken, ilave beta-karoten alımı önerilmez.

4. Folik asit, B6, B12 vitaminleri: B vitamini seviyeleri ile plazma homosistein seviyeleri arasında negatif bir korelasyon vardır. Hiperhomosisteinemi prevalansı serebrovasküler hastalığı olanlarda %42, periferik damar hastalığı bulunanlarda %28, kardiyovasküler hastalığı olanlarda %30'dur. B vitamini ilaveleri yüksek homosistein düzeylerini normalize edebilir, bununla beraber normalize olan homosistein seviyelerinin kardiyovasküler mortalite ve morbiditeyi düzeltip düzeltmeyeceği konusu açık değildir. Önerilen dozlar: Folik asit (400 mcg/gün), B12 vitamini (3 mcg/gün), B6 vitamini (2.5-3 mg/gün).

### Tarama

Yaşlılar için uygulanması gereken asıl preventif strateji, gelişmesi muhtemel problemler için rutin taramalardır. Boy, kilo, kan basıncı, hemoglobin, şeker ve kolesterol ölçümü, idrar tahlili, işitme ve görme muayenesi her yaşlıda yapılmalıdır. Böyle değerlendirmelerin sıklığı semptom ve bulgulara bağlıdır. Anormal bulgusu olmayanlarda bu değerlendirmeler 1-5 yılda bir tekrarlanabilir. Tablo 2'de hastalıkların önlenmesinde faydalı olan ölçümler gösterilmiştir.

A.Koroner arter hastalığı: KAH bütün dünyada ölüm sebepleri arasında birinci sıradadır. KAH'tan ölümlerin %80'den fazlası 65 yaş ve üstündeki kişilerde meydana gelir. Sigara kullanımına ilave olarak hipertansiyon, obezite ve hiperlipidemi düzeltilebilir risk faktörleridir.



## Öneriler

(1) Yaşlılarda hipertansiyon tedavisi konjestif kalp yetersizliği, miyokard enfarktüsü ve inmeye bağlı mortalite ve morbiditenin önlenmesinde önemli rol oynar. Normotansif hastaların kan basınçları 2 sene bir, diyastolik kan basıncı 85-89 mmHg ve/veya sistolik kan basıncı 130-139 mmHg olanların kan basıncı senelik takip edilmeli, hipertansif hastaların kan basınçları ise tıbbi tedavinin bir parçası olarak daha düzenli ölçülmelidir. Yaşlılarda da hedef kan basıncı değerleri JNC VII raporunda erişkinler için bildirilen değerlerle (TA<140/90 mmHg) aynıdır. Hipertansif hastalara egzersiz, kilo verilmesi, diyetteki tuzu azaltma ve alkol kullanımını azaltmasının önemi anlatılmalıdır. İlaç tedavisi kabul edilen uygun prensiplere göre yapılmalıdır.

(2) Yaşlılarda yüksek kolesterol ve lipit bozukluklarının rutin olarak taranıp taranmaması tartışmalı bir konudur. Amerikan Hekimler Birliği (American College of Physicians) kılavuzu 65-75 yaşındaki kişilerde kolesterol taramasını ne öneriyor, ne de taramayın diyor. Koroner kalp hastalığı olmayan 75 yaşın üstündekilerde ise önermemektedir. USPSTF ise yaşlı ve orta yaşlılarda rutin lipit taramasını önermektedir. Düşük riskli yaşlılarda 5 yılda bir, yüksek risklilerde ise daha sık tarama önerilmektedir. Çok yaşlılarda, yaşam beklentisi ve tedavinin amacını iyi değerlendirip, hiperlipidemini diyet veya ilaçla tedavisinin potansiyel risklerini değerlendirerek karar verilmelidir. Hiperlipidemi tedavisi kalp hastalığının sekonder ve tersiyer prevansiyonu için

**Tablo 2. Hastalıkların önlenmesinde faydalı olan ölçümler**

Yapılan İşlem	Sıklık	Önlenebilen Hastalıklar	Açıklama
Lipid ölçümü	5 sene	Hiperlipoproteinemi	Kalp hastalıklarının sekonder ve tersiyer prevansiyonunda etkili; kalp hastalığı olmayan yaşlılarda etkinliği belli değil
Kan şekeri	Her sene	Diyabet komplikasyonları	Bazıları sadece obez kişilerde önermekte
Rektal tuşe	Her sene	Prostat kanseri	Prostat kanserine bağlı ölümleri önlemedeki etkinliği ispatlanmamış
PSA	Her sene	Prostat kanseri	Prostat kanserine bağlı ölümleri önlemedeki etkinliği ispatlanmamış
Mental durum	Her sene	Demans, deliryum	Demansın erken tedavisinin sonuçları değiştirdiği gösterilirse test önemli olabilir
KMY ölçümü	65 yaşından sonra 1 kere	Osteoporoz	Osteoporoz risk faktörleri olan asemptomatik kadınlarda ve glukokortikoid tedavisi alanlarda
TSH ölçümü	5 sene	Hipotiroidizm	Bütün kadınlarda önerilir
Vitamin B12 ölçümü	5 sene	Pernisiyöz anemi	Erken teşhis irreversibl olan nörolojik hasarı önler
Aspirin	80-325 mg/gün	KAH, inme, kolon kanseri	Ucuz ve yan etkisi az
Östrojen replasman tedavisi	Konjuge östrojen+/- progesteron	Osteoporoz	Meme ve uterus kanseri riskinde artış, kardiyovasküler koruyuculuğu şüpheli

KMY: Kemik mineral yoğunluğu; KAH: Koroner arter hastalığı.

**Tablo 3. Yaşlı hastalarda kanser taraması için öneriler**

Kanser	Test	ACS Kılavuzu*	USPSTF Kılavuzu*
Meme	Kendi kendine muayene Fizik muayene Mamografi	Aylık Senelik Senelik	Önermiyor 69'a kadar her sene ≥70, bireysel karar
Serviks	Pap testi	Üç normal smire kadar senelik, sonra doktorun kararı	65 yaşına kadar 1-3 senede bir, normale bakılmaz
Kolon	Rektal tuşe Dışkıda gizli kan Sigmoidoskopi veya kolonoskopi veya çift kontrastlı kolon grafisi	5 senede Senelik 5 senede 10 senede 5-10 senede	Önermiyor Senelik Periyodik olarak Önermiyor Önermiyor
Prostat	Rektal tuşe PSA	Senelik Senelik	Önermiyor Önermiyor
Over	Ultrason Serum marker Pelvik muayene	Önermiyor Önermiyor Önermiyor	Önermiyor Önermiyor Önermiyor
Akciğer	Akciğer grafisi Balgam sitolojisi	Önermiyor Önermiyor	Önermiyor Önermiyor
Deri	İnspeksiyon	Senelik	Önermiyor
Ağız	İnspeksiyon ve palpasyon	Senelik	Önermiyor

\*ACS: American Cancer Society-Amerikan Kanser Derneği; USPSTF: U.S. Preventive Services Task Force-Birleşik Devletler Koruyucu Hizmetler Görev Gücü.

çok etkilidir. Hedef kolesterol değerleri erişkin için kabul edilen değerlerdir.

(3) Obezite yaşlıda yaygın bir problemdir. 65-74 yaşları arasındaki kadınların %38'i, erkeklerin %25'i obezdir. Bu da kişileri hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi ve koroner arter hastalığının diğer risk faktörleri ile karşı karşıya bırakır. Bütün yaşlıların boy ve kiloları her sene rutin olarak ölçülmeli, ideal kilonun %20'sinden fazlası olanlara uygun diyet ve egzersiz verilmedir.

(4) Koroner arter hastalığı risk faktörleri olanlara aspirin primer prevansiyon olarak verilebilir.

B. Serebrovasküler hastalık ve periferik damar hastalığı: Potansiyel bir serebral iskemi için karotis arterlerinin oskültasyonla değerlendirilmesi

faydalı bulunmamıştır. Periferik damar hastalığı ile serebrovasküler hastalık (SVH) arasında anlamlı bir ilişki vardır. Bu nedenle periferik damar hastalığında, SVH'ye katkıda bulunabilen risk faktörleri için araştırma yapılması daha uygundur.

Öneriler: Asemptomatik bireylerin oskültasyonla karotis üfürümü için rutin taranması önerilmiyor, fakat geçici iskemik atak veya diğer nörolojik hastalık semptomları olan hastalara karotis stenozu için noninvaziv testler uygulanması ve oskültasyonla karotis üfürümünün aranması klinik olarak doğrudur.

6. Kanser: Yaşlılar kolorektal, meme, prostat, serviks, over, cilt ve ağız kanserinin erken teşhisi için düzenli muayene edilmelidir. Tablo 3'te Amerikan Tabipler Birliği-American Cancer Society ve

Birleşik Devletler Koruyucu Hizmetler Görev Gücü USPSTF tarafından asemptomatik kişilerde kanserin erken teşhisi için önerileri gösterilmiştir.

Bütün yaşlılara senede bir defa meme muayenesi ve mamografi yapılmalıdır. Mamografik incelemeye önceden bir hastalık bulgusu olmadıkça 75 yaşın üstündeki kadınlarda devam edilmeyebilir.

Kolorektal kanserden kaynaklanan ölümlerin %75'i 65 yaş üstündekilerde meydana gelir. İlerlemiş hastalığın cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi ile tedavisi önemli morbiditeye neden olur. Kolorektal kanserin erken teşhisi için bir konsensus oluşmamasına rağmen 50 yaşından sonra her yıl dışkıda gizli kan bakılması, 5 yılda bir rektal tuşe yapılması önerilmektedir. Sigmoidoskopinin 5 yılda veya kolonoskopinin 10 yılda bir yapılması ACS tarafından önerilmektedir.

Seviks kanserinin erken teşhisi için seksüel olarak aktif kadınlara düzenli olarak senelik Papanicolaou testi önerilmektedir. En az üç normal smir tespit edilinceye kadar Pap testi senelik uygulanır. Eğer önceki testler normalse 65 yaşında inceleme bırakılabilir.

Prostat kanserinden kaynaklanan ölümlerin %90'ı 65 yaşın üstündekilerde meydana gelir. Asemptomatik erkeklere senede bir defa rutin rektal tuşe yapılmalı, yaşam beklentisi 10 yıldan fazla olanlarda senelik PSA önerilmektedir. PSA'nın tarama testi olarak kullanılmasını USPSTF ise önermemektedir.

Akciğer kanseri en sık karşılaşılan kanserdir. 5 yıllık sürvi sadece %13'tür. Asemptomatik kişilerin akciğer grafisi ve balgam sitolojisi ile taranması önerilmez.

Over kanserinde 5 yıllık sürvi %4'tür. Bu nedenle asemptomatik kişilerde ultrason, pelvik muayene ve tümör markerleri ile tarama önerilmektedir.

Oral kavite kanserinin erken teşhisi için senelik inspeksiyon ve palpasyon önerilmektedir.

Cilt kanserinin erken tanısı için 40 yaşından sonra senelik bütün vücudun inspeksiyonu öne-

rilmektedir. Doktor habisi özelliği bulunan cilt lezyonlarında uyanık olmalıdır.

7. *Diabetes mellitus*: Kilo kaybı ve artmış fiziksel aktivite diyabet riskini önemli derecede azaltan basit yaşam şekli değişiklikleridir. Yaşam şekli modifikasyonları bozulmuş glikoz toleransı bulunan orta yaşlı kişilerde diyabet gelişmesini önlemede başarılıdır. Amerikan Diabet Cemiyeti (American Diabetes Association) açlık kan şekeri'nin 126 mg'dan daha düşük olmasını ve 3 yılda bir kontrolünü önermektedir. Diyabet için risk faktörü (ailede diyabet, obezite, gestasyonel diyabet) olan hastalara glikoz tolerans testi veya ikinci saat tokluk şekeri bakılmalıdır.

8. Tiroid hastalığı: Yaşlıda hipo ve hipertiroidi değişik klinik bulgularla ortaya çıkabilir. Kadınlarda daha sıktır. Amerikan Doktorlar Koleji (American College of Physicians) 50 yaşın üstündeki asemptomatik kadınların sensitif TSH ile taranmasını önermektedir.

9. Görme ve işitme bozukluğu: Presbiyopi gibi görme bozukluğu yaşlıda sıktır. 65 yaşın üstündekilerin %13'ünde görme ile ilgili bir problem vardır. Glokom körlük nedenleri arasında ikinci sırada yer alır. 65-74 yaşları arasındaki 4 kişiden biri, 85 yaşın üstündekilerin ise yarısında işitme problemi vardır. Yaşlıların düzenli olarak görme keskinliği ve işitme kabiliyeti yönünden senelik muayeneleri yapılmalıdır.

10. Osteoporoz: Osteoporotik fraktürler yaşlıda mortalite ve morbiditede artışa yol açar. 60 yaşın üstündeki 4 kadından birinde vertebra kompresyon fraktürü ve bütün kadınların %15'inde ise yaşamları boyunca bir defa kalça fraktürü olduğu tespit edilmiştir. Osteoporoz risk faktörleri bulunan asemptomatik kadınlarda veya glukokortikoid tedavisi alan kadın ve erkeklerde kemik yoğunluk ölçümü yapılmalıdır. Ulusal Osteoporoz Vakfı'nın (National Osteoporosis Foundation: NOF) 1998'deki rehberinde risk faktörlerine bakılmaksızın 65 yaşın üstündeki kadınlarda en az bir kere kemik yoğunluk ölçümünün yapılması önerilmektedir.



11. Demans ve depresyon: Depresyon yaşlıda yaygın ve tedavi edilebilir bir durumdur. Erken teşhis ve uygun tedavisi önemlidir. Kronik hastalığı olan yatağa bağımlı hastalarda, depresyon öyküsü olanlarda, yakınına kaybeden, uyku bozukluğu bulunan ve hatırlama problemi olan hastalarda depresyondan şüphelenilmelidir. “Kendinizi mutsuz veya depresif hissediyor musunuz” sorusuna verilen “evet” yanıtının sensitivitesi %83, spesifitesi %79’dur. Böyle hastalara Geriatrik Depresyon Skalası (GDS) uygulanmalıdır. GDS tarama testidir, depresyon tanısı konulamaz.

Demans prevalansı 65 yaşında %5’ten 85 yaşında %25-35’e yükselmesine rağmen, organik demans sebeplerinin çoğu tedavi edilemez. Ciddi bir depresyon kognitif bozukluk olarak ortaya çıkabilir. Bundan şüphe edildiğinde demans ve depresyon değerlendirilmelidir. Yaşlıda tedavi edilebilen kognitif bozukluk sebeplerinden hipotiroidizm, merkezi etkili ilaçlar, B12 ve folat eksikliği, normal basınçlı hidrosefali araştırılmalıdır. Her hastanın demans açısından taranması yerine unutkanlık yakınmaları olan hastalara Mini Mental Durum Testi (MMSE) veya saat çizme testi uygulanmalıdır. Çok daha basit olan “üç objeyi hatırlama” testinin sensitivite ve spesifitesi %85’tir.

### Kaynaklar

1. Beers MK, Berkow R. *The Merck Manual of Geriatrics. Third Edition.* Merck Co., Inc. 2000, p: 46-54.
2. Christmas C, Andersen RA. *Exercise and older patients: Guidelines for the clinician.* J Am Geriatr Soc 2000; 48: 318-21.
3. Fletcher RH, Fairfield KM. *Vitamins for chronic disease prevention in adults: Clinical applications.* JAMA 2002; 287:3127-9.
4. Nichol KL, Margolis KL, Wuorenma RN. *The efficacy and cost effectiveness of vaccination against influenza among elderly persons living in the community.* N Engl J Med 1994; 272:1932-8.
5. Grady D, Herrington D, Bittner V, et al. *Cardiovascular disease outcomes during 6.8 years of hormone therapy: Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study Follow-Up (HERS II).* JAMA 2002; 288:49-57.
6. Writing Group for the Women’s Health Initiative Investigators. *Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: Principal results from the Women’s Health Initiative randomized controlled trial.* JAMA 2002; 288:321-33.
7. Hayden M, Pignone M, Philips C, Mulrow C. *Aspirin for the primary prevention of cardiovascular events: Summary of the evidence.* Ann Intern Med 2002; 11136(2): 161-72.
8. Ward JA. *Should antioxidant vitamins be routinely recommended for older people?* Drugs Aging 1998; 12:169-75.
9. U.S. Preventive Services Task Force. *Screening for Lipid Disorders: Recommendations and Rationale.* Am J Prev Med 2001; 20(3S):73-76.
10. *Guidelines for using serum cholesterol, high-density lipoprotein cholesterol, and triglyceride levels as screening tests for preventing coronary heart disease in adults.* American College of Physicians. Part 1. Ann Intern Med 1996; 124(5):518-31.
11. Mandel JS, Church TR, Bond JH, et al. *The effect of fecal occult-blood screening on the incidence of colorectal cancer.* N Engl J Med 2000; 343:1603-7.
12. Wolf SH. *The best screening test for colorectal cancer.* N Engl J Med 2000; 343:1641-43.
13. Smith-Bindman R, Kerlikowske K, Gebredsadik T, Newman J. *Is screening mammography effective in elderly women?* Am J Med 2000; 108:112-9.
14. *Breast cancer screening in older women.* AGS Clinical Practice Committee. J Am Geriatr Soc 2000; 48:842-44.
15. Friedrich MJ. *Issues in prostate cancer screening.* JAMA 1999; 281:1573-75.
16. Mulrow CD, Cornell JA, Herrera CR, Kadri A, Farnett L, Aguilar C. *Hypertension in the elderly. Implications and generalizability of randomized trials.* JAMA 1994; 272: 1932-38.
17. Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, et al. *Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance.* N Engl J Med 2001; 344:1343-50.
18. Tatum PE, Mehr DR. *Prevention Health Promotion.* Eds; Landefeld CS, Palmer RM, Johnson MA, Johnston CB, Lyons WL. *Current Geriatric Diagnosis & Treatment,* McGraw-Hill Companies 2004, pp: 7-16.