

Yaşlıda Acil Cerrahi Sorunlara Yaklaşım

Cemalettin Ertekin¹, Hakan Güven²

¹İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Acil Cerrahi ve Travma Servisi

²Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı

Özet

Nüfusumuzun değişen yaş özellikleri göz önünde bulundurularak, geleceğe yönelik sağlık hedeflerimizin ve ihtiyaçlarımızın belirlenmesinde yaşlı sağlığına gereken önem verilmelidir. Ülkemizde son yıllarda, yaşam süresindeki artışla birlikte ileri yaşlarda yapılan cerrahi operasyonların sıklığında bir artış gözlenmekte ve buna paralel olarak cerrahiye bağlı morbidite ve mortalite de artmaktadır. Bu nedenle yaşlı hastaya yaklaşım, diğer hastalara olan yaklaşımlardan farklı olmalıdır. Bu yazıda, yaşlı hastaların acil cerrahi sorunları ve özellikleri irdelenecektir.

Anahtar kelimeler: Acil, cerrahi sorunlar, yaşlılık

Abstract

Emergency Surgical Problems in the Elderly

Considering the varying aging characteristics of our population, the medical care for the elderly people becomes very important while designating the health-related targets and the necessities towards the future. Recently, in our country, with the increase in life expectancy, surgical operations done in elderly population increase and operation related morbidity and mortality also increase parallelly. Thus the approach in treating elderly patients should be different from other patients. This article reviews the unique properties of emergency surgical problems in elderly patients.

Keywords: Emergency, surgical problems, elderly

Dünya toplumları nüfuslarının yaş dağılımı özelliklerine göre sınıflandırıldıklarında, 65 yaşın üstündeki vatandaşlarının oranı %4'ten az ise bu ülkeler genç toplumlar olarak kabul edilirler. Ülkemiz genç bir nüfusa sahip olmasına rağmen son yıllarda yaşlı nüfusu giderek artmaktadır. 1990 yılında toplam nüfusun %4,5'i 65 yaş üzerinde iken, 1998 yılında toplam nüfusun %5,9'u 65 yaş üzerinde idi. 2025 yılında ise toplam nüfusun %9'unun 65 yaş üstü olması beklenmektedir. Diğer bir deyişle her 10 kişiden 1'inin 65 yaşın üstünde olacağı düşünülmektedir (1).

Bu da önümüzdeki yıllarda, diğer yaş grubundaki hastalara göre bazı farklılıklar gösteren yaşlı hastalar ile daha sık karşılaşacağımız anla-

mına gelmektedir. Bu yazıda, yaşlı hastalarda karşılaşılan genel farklılıkların yanında acil cerrahi sorunlarına yaklaşım irdelenecektir.

Acilde yaşlı hastanın değerlendirilmesi

Yaşlı hastalarda cerrahi sorunun yanında hastanın fizyolojik ve psikolojik durumunu da beraber değerlendirmek gerekir. Yaşın ilerlemesi ile beraber organların ve sistemlerin doğal yaşlanması, bu hastaların travmatik strese yanıtını azaltmaktadır. Ek olarak, bu organlardaki yandaş tıbbi ve cerrahi hastalıkların var olması klinik tabloyu daha sıkıntılı hale getirir. Örneğin kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bir yaşlı hastada meydana gelen basit bir kaburga kırığı

hastayı solunum yönünden dekompanse hale getirerek yapay solunum gerektirecek sınıra sokabilir. Yaşlı hastalarda, gençlere göre bazı hastalıkların görülme sıklığı artarken, bazılarının da klinik seyri gençlere göre farklı olmaktadır. Ayrıca yaşlı hastaların işitmesi ve algılamasının azalması, unutkanlık yanında mevcut durumu kabullenmesi nedeniyle bazı şikâyetlerini hekime aktarmaması, mevcut bazı şikâyetlerinin yaşlılığa bağlı olduğunu düşünmesi nedeniyle önemsememesi, minimize etmesi ve ağrı eşiklerinin yüksek olması, muayene eden hekimin ölümcül seyredebilecek bir cerrahi rahatsızlığı geç tanınmasına sebebiyet verebilir. Bu yüzden, yaşlı hastanın değerlendirmesinde, öncelikle hastanın fonksiyonelliğine bakmak gerekir. Hastanın neler yapabildiği, kendi işlerinin ne kadarını yarımsız yapabildiği anlaşılmalıdır. Hastanın şikâyetlerini kendisinden dinledikten sonra gerektiğinde, onunla yakından ilgilenen ve geçmiş tıbbi hikâyesini, kullandığı ilaçları, geçirmiş olduğu ameliyatları bilen bir yakından bilgiler alınarak anamnez tamamlanır ve fizik muayeneye geçilir. Fizik muayene detaylı olarak yapılmalıdır; önemli kardiyak, pulmoner veya periferik vasküler hastalıkların bulguları hastanın relatif olarak inaktif olması sebebiyle aşikâr olmayabilir.

Yaşlılarda akut karın sendromu

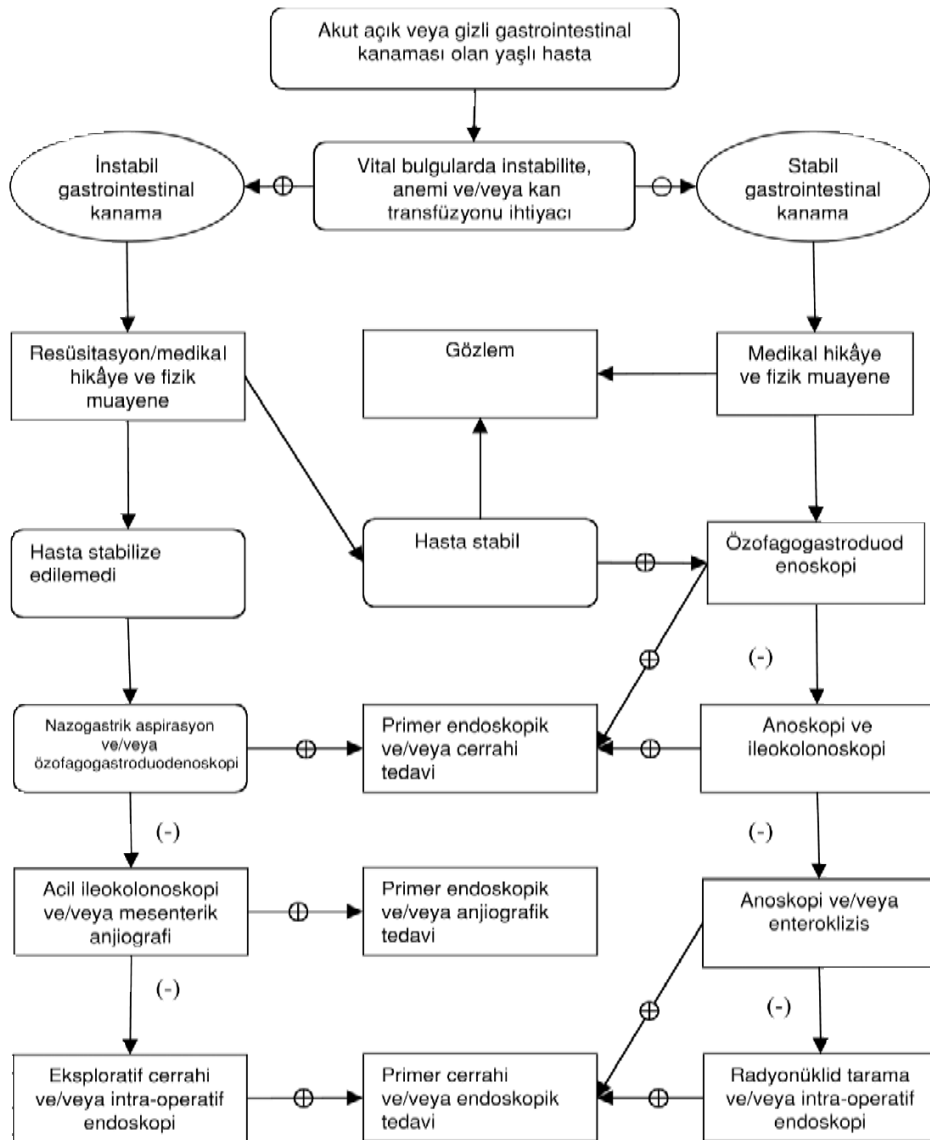
Akut karın sendromunun kardinal bulgusu karın ağrısıdır. Bu ağrının lokalizasyonu, başlama şekli, seyri ve karakterinin sorgulanması ayrırcı tanıda önemlidir. Ağrı eşiğinin yaşlı hastalarda daha yüksek olması ve ağrının lokalizasyonunu iyi yapamamaları nedeniyle akut cerrahi karın tanısı daha geç konulmaktadır. Burada geç tanının tek sebebi, sadece hastaya ait özellikler değildir. Hekimin yaşlı hastalarda görülen yandaş hastalıkların varlığında daha tutucu olmaları ve tanıyı daha kesin kanıtlara dayandırmak isteği ile yaptığı ileri radyolojik ve laboratuvar incelemeleri ile daha fazla konsültasyon talebi bu gecikmeye neden olabilir. Tüm bu

faktörler altta yatan cerrahi hastalığın daha komplike hale gelmesine neden olmaktadır. Yaşlı hastalarda gençlere göre, perforate akut apandisit ve akut kolesistite bağlı safra kesesi perforasyonu daha sık görülmektedir (2). Hastalıkların komplike hale gelmesi acaba tanının gecikmesine mi bağlanmalıdır, yoksa bu hastalıkların yaşlılardaki doğal seyri mi böyledir sorusunun cevabını vermek oldukça güçtür. Ayrıca acil servislerden akut karın sendromu ön tanısı konarak hastaneye yatırılan yaşlı hastalarda ön tanı ile hastane çıkış tanıları arasındaki farklılıklar genç hastalara göre daha fazla olmaktadır (3). Bu nedenle yaşlı hastaların değerlendirilmesinde mutlaka erken dönemde cerrahi konsültasyon istenmesi morbidite ve mortalite üzerine etkili olacaktır (4,5).

Akut mekanik intestinal obstrüksiyon (AMİO) ve ileus yaşlılarda sıklıkla karşımıza çıkan akut karın sendromu sebeplerindedir. Her ikisinde de etiyolojik faktörler gençlerden farklıdır. AMİO'ya sebep olan kolorektal karsinomlar ve kolonun divertikül hastalıkları görülme sıklığı yaşla beraber artar. Yaş faktörü göz önüne alınmadan yapılan araştırmalarda kolon kanserleri %8 ile %30 oranında, divertikül hastalıkları peridivertiküler apseye bağlı olarak %10 oranında karşımıza AMİO ile çıkmaktadır (6). Yaşlılarda kolorektal kanserlerin ve peridivertiküler apsenin ilk bulgusu tıkanma olabilir. Yaşlılarda, özellikle 80 yaşın üstündeki hastalarda apsenin veya sekonder peritonitin bir bulgusu olan vücut ısısındaki artış gözlenmeyebilir, bunun yerine hastada hipotermi daha sıklıkla ortaya çıkar. Bu bulgu altta yatan hastalığın daha komplike hale geldiğinin bir işaretidir. Fıtıklar, karın içi yapışıklar ve volvulus gibi AMİO'nun diğer etiyolojik nedenleri de yaşlılarda daha ender olarak görülebilir. Ağrısız ani başlayan kolon dilatasyonu ve abdominal distansiyon ile kendini gösteren kolonun psödoobstrüksiyonu (Ogilvie sendromu) yaşlılarda gençlere göre daha siktir. Burada kolonda bir tıkanma söz konusu değildir. Birçok nedene bağlı olarak parasempatik aktivitenin

Tablo 1. İskemik kolit nedenleri

1. Kolonun hipoperfüzyonu
 - a. Sistemik nedenler
 - Şok (hipovolemik, kardiyojenik, vazojenik)
 - b. Lokal (mezenterik) nedenler
 - İlaçlar (diüretikler, digoksin, Ca⁺² kanal blokerleri, vazopresörler, epinefrin)
2. Damarsal nedenler
 - a. Arteriyel nedenler (trombüs, emboli, arterioskleroz, vaskülit vs.)
 - b) Venöz nedenler (pankreatit, divertikülit ve appendisite bağlı mezenterik venöz tromboz)
 - c. Mekanik nedenler (volvulus, kolon obstrüksiyonu ve dilatasyonuna sebep olan nedenler)

Tablo 2. Yaşlı hastalarda akut ve gizli GİS kanamalarına yaklaşım

azalması ve sempatik aktivitenin artmasına bağlı otonom sinir sistemindeki bir disfonksiyon bu klinik tabloya sebep olur. Travma, sepsis, miyokard enfarktüsü, konjestif kalp yetersizliği, aort disseksiyonu, *diabetes mellitus*, serebrovasküler hastalık ve kullanılan bazı ilaçlar (antikolinergikler, trisiklik antidepressanlar, fenotiazinler, Parkinson ilaçları, kalsiyum kanal blokerleri vs.) bu tabloya yol açabilir. Yukarıda da görüldüğü gibi, bu hastalıkların ileri yaşlarda daha sık rastlanması ve buna sebep olabilecek ilaç kullanımının daha fazla olması bir yerde kolon psödoobstrüksiyonuna zemin oluşturur.

Yaşlı hastalarda iskemik kolit ciddi bir akut cerrahi karın problemidir. Birden fazla ilaç kullanan yaşlılarda bu ilaçların iskemik kolite neden olma riski artmaktadır (7). İskemik kolit, Tablo 1'de özetlenen farklı nedenler ile ortaya çıkan ve acil cerrahi gerektirebilecek bir sonuç tablosudur. Sistemik hipoperfüzyona bağlı gelişen iskemik kolitlerde altta yatan sebebin erken düzeltilmesi klinik tablonun gerilemesine neden olurken, gecikildiğinde hızla kolon nekrozu ve perforasyon gelişir ve sıklıkla ölümcül seyreder. Kolon ve ince barsakların kanlanması sağlayan superior mezenterik arterin (SMA) akut tıkanmasında tanı çoğu zaman geç konur. Kardiyak ritm bozukluğu olan hastalarda ani gelişen karın ağrısında akut SMA tıkanıklığı hemen akla gelmelidir.

Gastrointestinal sistem (GİS) kanamaları, yine yaşlı hasta grubunda karşılaşılan acil ve hayatı tehdit eden problemlerdendir. Gastrointestinal sistem kanamaları, üst ve alt GİS kanamaları olarak iki başlıkta incelenir. Treitz ligamanının üstünde yer alan patolojiler üst GİS kanamasına, altındakiler ise alt GİS kanamasına sebebiyet verirler. Üst GİS kanamalar, %50 olguda yalnız hematemez, %20'sinde hematemez ve melena beraber ve %30'unda ise yalnızca melena ile klinik bulgu verir. Ayrıca üst GİS'ten hızlı bir kanama ve barsak transit zamanının artması durumlarında parlak kırmızı renkli rektal kanama %10 olguda görülebilir. Üst GİS kanamalarına en sık peptik

ülser, ilaca bağlı eroziv gastritler neden olur. Masif kanama, fizyolojik rezervleri zaten sınırlı olan yaşlı hastaların hemodinamik parametrelerinin hızla bozulmasına neden olur, ayrıca yandaş hastalık olarak bulunan ateroskleroz ve kullanılan antikoagülan ilaçlar da kanamanın kendiliğinden durmasını zorlaştırıcı bir faktördür (8). Üst GİS kanamalarında diagnostik ve tedavi edici uygulamalar yaşlı hastalarda güvenle yapılabilir ve ilk tercih olmalıdır (9). Endoskopik girişimde bulunularak kanama yeri tespit edilmeli ve endoskopik olarak skleroterapi, band ligasyonu ve termokoagülasyon gibi kanamayı durdurucu uygulamalar yapılmalıdır. Bu şekilde kanaması durmayan yaşlı hastalarda vakit geçirilmeden cerrahi ve peroperatif endoskopi planlanmalıdır (10). Yaşlılarda görülen GİS kanamalarının tanı ve tedavi algoritması Tablo 2'de özetlenmiştir. Alt GİS kanamalarının görülme sıklığı 63 ile 77 yaş arasında daha fazladır. Hemotesezia kardinal bulgudur. Hematemez hiç görülmezken melana çok ender ortaya çıkar. Yaşlı hastalarda alt GİS kanamalarına en sık divertiküllerden kanama, vasküler ektaziler, polipler ve hemoridler neden olmaktadır. Olguların çoğunda kanama kendiliğinden durmaktadır. Ender olarak bu kanamalara müdahale gerekebilir. Bu durumda endoskopik veya anjiyografik embolizasyon ve hatta gerekiyorsa ileri yaş faktörüne bakmadan cerrahi girişimler yapılmalıdır (11).

Yaşlılarda travma

Travmaya maruz kalmış yaşlıların değerlendirilmesi, tedavisinin planlanması ve ortaya çıkabilecek komplikasyonların ve ölümlerin öngörülmesi oldukça karmaşık ve zordur. Yandaş medikal problemlerin görülme sıklığı yaş ilerledikçe artmaktadır ve bu durum travma sonrası yaşlı hastaların hastanede, yoğun bakım ünitelerinde yatış sürelerini uzatırken belirgin olarak ölüm oranlarını artırmaktadır. Yaşlı hastalarda yaralanma mekanizmaları gençlere göre farklıdır. Yaşlılarda düşmeler önde gelen yaralanma nedenidir.

Araç içi ve dışı yaralanmalar ikinci sırayı alırken, her iki yaralanma şekli tüm travmaların %73'ünü oluşturur. Ateşli silah ve kesici-delici aletler ile olan penetran yaralanmalar olguların ancak %8'inde görülür (12,13). Travma sonrası yaşlı hastalarda gelişebilecek morbidite ve mortalitenin, çeşitli skorlama sistemleri ile öngörülmesi oldukça zordur. Yapılan çalışmalarda travmanın morbidite ve mortaliteye etkisinin değerlendirilmesinde kullanılan travma ciddiyet skoru ve revize edilmiş travma skorunun gençlere göre yaşlılarda ortaya çıkan komplikasyon ve ölümleri belirlemede daha etkisiz ve uyumsuz olduğu bulunmuştur (14,15). Bu nedenle travmaya maruz kalmış yaşlılar hakkında karar verirken dışardan görülen bulgulara göre karar verilmemelidir. İlk ve ikincil değerlendirmeler, radyolojik ve laboratuvar incelemeler sonucu hastanın minör bir travmaya maruz kaldığı düşünülse de yaşlı hastalar hastaneye yatırılmalıdır. Majör travmaya maruz kalanlar ise erken dönemde mutlaka yoğun bakım ünitelerinde takip edilmelidirler. Bu şekildeki genel yaklaşım ile yaşlı travma hastalarında morbidite ve mortalitenin düştüğü gösterilmiştir (16,17). Yine bir çalışmada yaşlı hastaların travma skoru 7'nin üzerinde ise, bu hastaların hastanenin acil servisine ulaşmadan yaşamını yitirdiği gösterilmiştir (18).

Toraks travması geçiren yaşlı hastalarda alta akciğer kontüzyonu olmadan kaburga ve sternum kırıklarına gençlere göre daha sık rastlanır. Göğüs kafesinin esneme kapasitesinin düşük olması ve belki de osteoporozun da beraberinde olması sonucu minör travmalarda dahi kaburga kırıkları ortaya çıkar (19). Osteoporoz nedeniyle yine minör travmalarda omurga, pelvis ve önkol kırıklarına sık rastlanır. Travmatik kapalı kafa travmaları da gençlere göre daha sekelli iyileşir, beklendiği gibi mortalite de yüksektir (20).

Yaşlı hastaların görme, koku alma ve duyma gibi duysal yetilerinin zaman içinde azalması ve hareket ve reaksiyon kabiliyetlerinin zayıflaması nedeniyle yanık riski, yanık yüzdesi ve derinliği gençlere göre daha yüksektir.

Sonuçta benzer travma yaşlı hastalarda, gençlere göre daha ölümcül seyretmektedir. Acil servise başvuran yaşlı hastalar hastaneye yatırılarak tedavi edilmeli, travma öncesi durumuna dönünceye kadar bakım ve tedavileri sürdürülmelidir.

Yaşlılara cerrahi yaklaşım

Acil veya elektif cerrahi yaklaşımın genel ilkeleri tüm yaşlı hastalarda benzerdir. Ameliyat öncesi kardiyovasküler, pulmoner, renal fonksiyonlar değerlendirilmelidir. Yaşlılarda anestezi yalnız kendi başına bir risk faktörüdür. Genel anestezi, epidural ve subaraknoidal anestezi gibi rejyonel anestezi türleri yapılacak ameliyatın bölgesine, süresine, hastanın hemodinamik ve diğer vital bulgularına göre seçilir. Üst karın ameliyatlarında T4 seviyesinden yapılan rejyonel anestezinin postoperatif solunum fonksiyonları üzerine olumlu etkisi vardır. Ayrıca ameliyatta takılan epidural kataterler ameliyat sonrası ağrı kontrolü için yerinde bırakılmalıdır.

Yaşlı hastalarda yapılacak cerrahi girişimlerin önemli bir kısmı lokal ve rejyonel anestezi altında yapılabilir. Seçilecek cerrahi yöntemler hastanın mevcut fizyolojik rezervlerini tamamen aşacak boyutta olmamalıdır. Örneğin, barsak tıkanmasına sebep olmuş Evre III ve IV ileri kolon tümöründe rezeksiyon artı anastomoz seçeneği yerine basit bir "loop" kolostomi ile hastanın hastaneden taburcu olması sağlanabilir. Tıp kaynaklarında yaşlılar için farklı hastalıklarda seçilecek farklı cerrahi yöntemlerin irdelendiği çalışma sayısı oldukça az olup, çoğu zaman seçenekler cerrahın klinik gözlemlerine dayandırılmaktadır.

Kaynaklar

1. Uncu Y. Yaşlı hastaya birinci basamakta yaklaşım. *Geriatrics* 2003, 6:31-7.
2. Kraemer M, Franke C, Ohmann C, Yang Q. *Acute Abdominal Pain Study Group Acute appendicitis in late adulthood: incidence, presentation, and outcome. Results of a prospective multicenter acute abdominal pain*

- study and a review of the literature. *Langenbecks Arch Surg* 2000, 385:470-81.
3. Kizer KW, Vassar MJ. Emergency department diagnosis of abdominal disorders in the elderly. *Am J Emerg Med* 1998, 16:357-62.
 4. Arenal JJ, Bengoechea-Beeby M. Mortality associated with emergency abdominal surgery in the elderly. *Can J Surg* 2003, 46:111-6.
 5. Nishida K, Okinaga K, Miyazawa Y, Suzuki K, Tanaka M, Hatano M, Hirose A, Adachi M. Emergency abdominal surgery in patients aged 80 years and older. *Surg Today* 2000, 30:22-7.
 6. Baradi H, Ponsky J. Large Bowel Obstruction . In: Cameron JL, editor. *Current Surgical Therapy*. 8th ed. Philadelphia: Elsevier-Mosby, 2004:173-9.
 7. Walker AM, Bohn RL, Cali C, Cook SF, Ajene AN, Sands BE. Risk factors for colon ischemia. *Am J Gastroenterol* 2004, 99:1333-7.
 8. Baradaran R, Ramdhaney S, Chapalamadugu R, Skoczylas L, Wang K, Rivilis S, Remus K, Mayer I, Iswara K, Tenner S. Early intensive resuscitation of patients with upper gastrointestinal bleeding decreases mortality. *Am J Gastroenterol* 2004, 99:619-22.
 9. Clarke GA, Jacobson BC, Hammett RJ, Carr-Locke DL. The indications, utilization and safety of gastrointestinal endoscopy in an extremely elderly patient cohort. *Endoscopy* 2001, 33:580-4.
 10. Lingenfelter T, Ell C. Gastrointestinal bleeding in the elderly. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2001, 15:963-82.
 11. Akhtar AJ. Lower gastrointestinal bleeding in elderly patients *J Am Med Dir Assoc* 2003, 4:320-2.
 12. Finelli FC, Jonsson J, Champion HR, Morelli S, Fouty WJ. A case control study for major trauma in geriatric patients. *J Trauma* 1989, 29:541-8.
 13. Clark DE, Anderson KL, Hahn DR. Evaluating an inclusive trauma system using linked population-based data. *J Trauma* 2004, 57:501-9.
 14. Perdue PW, Watts DD, Kaufmann CR, Trask AL. Differences in mortality between elderly and younger adult trauma patients: geriatric status increases risk of delayed death. *J Trauma* 1998, 45:805-10.
 15. Özdoğan M, Ağalar F, Daphan ÇE, Topaloğlu S, Çakmakçı M, Sayek İ. Geriatrik travmada mortalite ve morbiditeye etki eden faktörler. *Ulus Travma Derg* 1999, 5(3):189-93.
 16. McGwin G Jr, MacLennan PA, Fife JB, Davis GG, Rue LW. 3rd. Preexisting conditions and mortality in older trauma patients. *J Trauma* 2004, 56:1291-6.
 17. Demetriades D, Karaiskakis M, Velmahos G, Alo K, Newton E, Murray J, Asensio J, Belzberg H, Berne T, Shoemaker W. Effect on outcome of early intensive management of geriatric trauma patients. *Br J Surg* 2002, 89:1319-22.
 18. Osler T, Hales K, Baack B, Bear K, Hsi K, Pathak D, Demarest G. Trauma in the elderly. *Am J Surg* 1988, 156:537-43.
 19. Allen JE, Schwab CW. Blunt chest trauma in the elderly. *Am Surg* 1985, 51:697-700.
 20. Susman M, DiRusso SM, Sullivan T, Risucci D, Nealon P, Cuff S, Haider A, Benzil D. Traumatic brain injury in the elderly: increased mortality and worse functional outcome at discharge despite lower injury severity. *J Trauma* 2002, 53:219-23.