

Asuman DOĞAN
Burcu KÖSE DÖNMEZ
Güldal NAKİPOĞLU
Neşe ÖZGİRGİN



ARAŞTIRMA

GERİATRİK İNME Lİ HASTALARIMIZDA EŞLİK EDEN SİSTEMİK HASTALIKLAR VE KOMPLİKASYONLAR

Öz

Giriş: Bu çalışmadaki amaç, rehabilitasyon programına alınan geriatric inme hastalarımızdaki kronik sistemik hastalıkları, eşlik eden komplikasyonları ve sıklıklarını araştırmaktır.

Yöntem ve Gereç: Çalışmaya rehabilitasyon programına alınan toplam 151 geriatric hasta dahil edildi. Yaşları, cinsiyetleri, öğrenim durumları, medeni hal ve sosyal güvenceleri, inme etyolojileri, inme tarihi, hastaların sistemik hastalıkları kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 151 geriatric hastanın %49.1'i kadın, %50.9'u erkek ve ortalama yaş 72.18 ± 4.6 idi. Etiyolojileri gözden geçirildiğinde; 118 (%78.2) hastada neden tromboembolik ve 33 (%21.8) hastada neden hemorajikti. 125 (%82.7) geriatric hasta bir veya daha fazla sistemik hastalığa sahipti. Geriatric hastaların %73.5'inde HT, %27.1'inde aterosklerotik kalp hastalığı, %17.8'sinde DM, %9.2'sinde kronik obstrüktif akciğer hastalığı mevcuttu. Hastalarda görülen komplikasyonların dağılımı; %49.0'ında omuz ağrısı ve %36.0'ında omuz subluksasyonu, %29.8'inde konuşma bozukluğu, %27.1'inde üriner disfonksiyon, %18.5'inde kompleks bölgesel ağrı sendromu, %16.5'inde barsak disfonksiyonu, %10.5'inde derin ven trombozu, %4.6'sında disfaji ve %1.9'unda basınç ülseri, %5.9'unda depresyon bulguları vardı.

Sonuç: Geriatric hastalarda serebrovasküler olay mortalite ve morbiditenin en önemli nedenlerinden birisidir. Geriatric hastalarda sistemik hastalıkların sıklığı ve inmeye bağlı komplikasyonların fazla olması, rehabilitasyon programını önemli ölçüde olumsuz olarak etkilemektedir.

Anahtar Sözcükler: Geriatric, İnme, Sistemik hastalıklar, Komplikasyonlar



RESEARCH

THE COMPLICATION AND COMORBID MEDICAL DISEASES OF GERIATRIC STROKE PATIENTS

ABSTRACT

Introduction: The purpose of this study was to investigate the chronic systemic and comorbid medical diseases on geriatric stroke patients admitted to our clinic.

Material and Method: Totally 151 geriatric stroke patients were included in the study. In this study, the ages, genders, stroke etiologies, complication and the systemic diseases of the patients were recorded.

Results: The mean age of 151 (49.1% female, 50.9% male) geriatric patients was 72.18 ± 4.6 years. 125 (82.7%) of geriatric patients had one and more systemic disease. It was found that comorbid disease was hypertension in 73.5%, atherosclerotic heart disease in 27.1%, diabetes mellitus in 17.8%, chronic obstructive pulmonary disease in 9.2%. 49.0% had shoulder pain and, 36% shoulder subluxation, 29.8% had speech disorder, 27.1% had urinary dysfunction, 16.5% had complex regional pain syndrome, 16.5% had bowel dysfunction, 10.5% had deep vein thrombosis, 4.6% had dysphagia, 1.9% had pressure ulcer and 5.9% had depression symptom.

Conclusion: Cerebrovascular accident in geriatric patients is one of the most important causes of morbidity and mortality. The rehabilitation program of geriatric stroke patients are often affected negatively by the complications and comorbid medical conditions.

Key Words: Geriatrics, Hemiplegia, Systemic disease, Complications.

İletişim (Correspondance)

Asuman DOĞAN
Ankara Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, 5. FTR Kliniği ANKARA
Tlf: 0505 391 31 31
e-posta: asudogn@yahoo.ca

Geliş Tarihi: 15/10/2008
(Received)

Kabul Tarihi: 13/11/2008
(Accepted)

Ankara Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, 5. FTR Kliniği ANKARA



GİRİŞ

Serebrovasküler olay (SVO), en sık görülen ciddi nörolojik hastalık olarak kabul edilmektedir. Kalp hastalıkları ve kanserden sonra ölüm nedeni olarak üçüncü sırada olup morbidite açısından da 1. sırada yer almaktadır (1).

Yaşla birlikte hastalık insidansı da aynı oranda artış göstermektedir (2). Yıllık inme insidansı 55-64 yaşında 1.3-3.6/1.000, 65-74 yaşında 4.9-8.9/1.000, 75 yaş ve üzerinde 13.5-17.9 /1.000'dir. 44 yaşından önce görülen inme, tüm inmelerin ancak %3-5'ini oluşturmaktadır. Kadınlarda 55-64 yaşları arasında inme insidansı, erkeklerden 2-3 kat daha azdır. 85 yaşına doğru bu fark azalmaktadır (3).

İnme etyolojisi ile ilgili çeşitli nedenler ileri sürülmektedir (4). Yaş ve yaş ile birlikte artış gösteren etmenler birbiri ile ilişkilidir. İskemik kalp hastalıkları, hipertansiyon, diabet ve kognitif bozukluklar fonksiyonel durum üzerine olumsuz etki gösterirler (5). Bu nedenle geriatrik hastalarda risk faktörlerinin ve risk faktörlerinden korunmanın bilinmesi çok önemlidir (1).

SVO'ya bağlı inme, hastalar, aileleri ve sağlık kurumları için emosyonel ve sosyoekonomik sorunlara yol açan, uzun dönem sakatlığın önemli bir nedenidir (6). İnme rehabilitasyon üniteleri bu anlamda çok büyük önem teşkil etmektedir (5). Özellikle yaşlı hastalarda eşlik eden sistemik faktörler, inme sonrası gelişebilecek komplikasyonlar, hastaların motivasyon eksikliği rehabilitasyon sürecini olumsuz etkileyebilmektedir (7). Bu nedenle yaşlılığın fizyolojik süreci ile birlikte oluşabilecek komplikasyonları önlemek veya en aza indirmek, rehabilitasyonun prognozu açısından büyük önem taşımaktadır.

Bu çalışmada Haziran 2003 ve Kasım 2005 tarihleri arasında kliniğe yatarak rehabilitasyon programına aldığımız geriatrik inmeli hastalarımızda, eşlik eden sistemik hastalıkların ve komplikasyonların sıklığı araştırılmaktadır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmaya Haziran 2003 ve Kasım 2005 tarihleri arasında hastanemizde yatarak fizik tedavi ve rehabilitasyon programına alınan, SVO'ya bağlı inme geçiren toplam 151 geriatrik hasta dahil edildi. Yaşları, cinsiyetleri, eğitim düzeyleri, hemipleji etyolojileri, hemiplejik tarafları, yatış süreleri ve hastaların sistemik hastalıkları kaydedildi.

Hastaların SVO'ya bağlı olarak gelişen üriner disfonksiyon, barsak disfonksiyonu, omuz ağrısı ve subluksasyonu, kompleks bölgesel ağrı sendromu, konuşma bozukluğu, yut-

Tablo 1— Hastaların sosyodemografik karakteristikleri

Özellik (n=151)	n	%
Cinsiyet		
Erkek	77	50.9
Kadın	74	49.1
Öğrenim Durumu		
Okuma-yazma yok	72	47.6
Okur yazar	25	16.5
İlkokul mezunu	49	32.4
Ortaokul mezunu	5	3.3
Medeni Durum		
Evli	115	76.2
Evli değil	36	23.8
Yaş		
Ortalama±ss	72.18 ± 4.6	

ma güçlüğü, derin ven trombozu, pulmoner emboli, dekübit ülseri ve depresyon olmak üzere hemipleji komplikasyonları değerlendirildi.

Çalışma tanımlayıcı tipte kesitsel bir çalışmadır ve sonuçlar 'Statistical Package Social Sciences (SPSS) for Windows paket programı ile istatistiksel olarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Geriatric hastaların sosyodemografik karakteristikleri Tablo 1'de verilmiştir. Çalışmaya dahil edilen 151 geriatrik hastanın %49.1'i kadın, %50.9'u erkek, ortalama yaşı 72.18 ± 4.6 idi. Etiyolojiler gözden geçirildiğinde 118 (%78.1) hastada neden tromboembolik ve 33 (%21.8) hastada ise neden hemorajikti. 77 hasta (%50.9) sağ hemipleji, 74 hasta (%49) sol hemipleji idi. Geriatric hastalara eşlik eden sistemik hastalıklar Tablo 2'de verilmiştir. 125 (%82.7) geriatrik hasta bir veya daha fazla sistemik hastalığa sahipti. Eşlik eden sistemik hastalıkların %73.5'i HT, %27.1'i aterosklerotik kalp hastalığı, %17.8'si DM, %9.2'si kronik akciğer hastalığı idi. %22.4 oranında ise hastalarımızda diğer grubuna dahil ettiğimiz hiperlipidemi, malignite, parkinson, demans, tiroid fonksiyon bozuklukları ve osteomalazi gibi hastalıkları tesbit edildi.

Hastalarımızda inme sonrası komplikasyonların dağılımı ise Tablo 3'de verilmiştir. %49.0'ında omuz ağrısı ve subluksasyonu, %29.8'inde konuşma bozukluğu, %27.1'inde üriner disfonksiyon, %18.5'inde kompleks bölgesel ağrı sendromu, %16.5'inde barsak disfonksiyonu, %10.5'inde DVT,

**Tablo 2—** Hastalardaki komorbid hastalık dağılımı

Hastalık	%
Hipertansiyon	73,5
Aterosklerotik Kalp Hastalığı	27,1
Diabetes Mellitus	17,8
Kr. Obstruktif AC Hastalığı	9,2
Hiperlipidemi	5,3
Demans	4,6
Tiroid fonksiyon bozuklukları	3,3
Malignite	3,3
Parkinson	3,3
Osteomalazi	2,6

%4.6'sında disfaji ve %1.9'unda basınç ülseri, %5.9'unda depresyon bulguları vardı. Hastalarda izlemeleri sırasında pulmoner tromboemboliye rastlanmadı.

TARTIŞMA

İnme, daha çok orta ve geriatrik yaş grubunun hastalığı olarak kabul edilmektedir. Ancak genç erişkinlerde de görülebilmektedir. Genç erişkin inmeli hastalar ile geriatrik inmeli hastalarda hastalığın etyolojisi ve prognozu bir takım farklılıklar göstermektedir. Genç erişkinlerde inmede yaş sınırı 45 yaş ve altı olarak kabul edilir. İnmenin %72.0'ı 65 yaş üzerinde görülür, 15-45 yaşları arasında %3-5 sıklığında, çocukluk çağında ise nadirdir.

Genç iskemik inmeli hastalarda, yaşlı hastalara göre daha çeşitli ve daha çok sayıda etyolojik faktörler mevcut iken, geriatrik inmeli hastalarda etyolojide rol oynayan değiştirilemeyen risk faktörleri: yaş, cinsiyet, ırk, aile öyküsü iken; değiştirilebilen kesinleşmiş risk faktörleri: hipertansiyon (HT), diabetes mellitus (DM), hiperinsülinemi ve glukoz intoleransı, kalp hastalıkları, hiperlipidemi, sigara, asemptomatik karotis stenozu ve orak hücreli anemiden oluşmaktadır.

İnmede etyoloji iskemik ve hemorajik başlıkları altında toplanmaktadır. Bu tiplerin insidans ve prognozları farklılık göstermektedir. Zhang ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, iskemik inme sıklığını %62.4 olarak bildirmiştir (8). Hastanemizde yapılan tüm yaş gruplarının dahil edildiği, bir çalışmada hastaların inme etyolojisi %70.0'ında iskemik; %23.0'ında hemorajik olarak saptanmıştır (2). Bu çalışmada, benzer olarak inmeli hastaların 118'inde (%78.1) tromboembolik, 33'ünde (%21.8) hemorajik SVO belirlenerek, iskemik etyoloji daha fazla bulunmuştur.

Tablo 3— Hastalardaki inme sonrası komplikasyonların dağılımı

Komplikasyon	%
Omuz Ağrısı ve Omuz Subluksasyonu	49,36
Lisan Bozukluğu	29,8
Uriner Disfonksiyon	27,1
Kompleks Bölgesel Ağrı Sendromu	18,5
Barsak Disfonksiyon	16,5
Derin Ven Trombozu	10,5
Disfaji	4,6
Depresyon	5,9
Basınç Ülseri	1,9

Hipertansiyon, genç popülasyonda olduğu gibi geriatrik hastalarda da kalp yetmezliği (KY), koroner arter hastalığı (KAH) gelişiminde en önemli risk faktörüdür. Yapılan birçok çalışmada hipertansiyonun en önemli risk faktörü olduğu ortaya konulmuştur (1). Framingham ve ark yaptığı çalışmada; HT'nun, 65 yaş ve üzeri hastalarda, 65 yaş altı hastalara kıyasla KY, KAH riskini çok daha fazla artırdığı bildirilmiştir (9). Feigin ve ark yaptığı çalışmada ise iskemik inmeli hastalar arasındaki en sık gözlenen risk faktörü olarak arteryel HT sıklığı %84.8 olarak verilmiştir (4). Diğer bir çalışmada da HT'nun en önemli değiştirilebilir risk faktörü olduğu vurgulanmıştır (10). Geriatrik inmeli hastalar arasında yapılmış olan çalışmada HT varlığı %73.5 ile en fazla eşlik eden sistematik hastalık olarak belirlenmiştir.

İnmede diğer risk faktörü aterosklerotik kalp hastalıklarıdır. Genellikle hipertansiyonla birliktelik göstermektedir (11). Serebral infarktların yaklaşık %30.0'ünün kardiyak nedenli olabileceği düşünülmektedir. İskemik nedenli inme olguları ve koroner kalp hastalığı, benzer risk faktörlerine ve patogenetik özelliklere sahiptir. Koroner kalp hastalığı olan hastalarda inme gelişme riski artmıştır (12). Framingham çalışmasında kalsifiye aortik plak bulunmasının her dekatta yaklaşık olarak iki kat arttığı, 35 ve 70 yaşındaki iki hasta torasik aortada plak bulunması açısından karşılaştırıldığında, 70 yaşında plak bulunma olasılığının yedi kat arttığı vurgulanmaktadır (13). Genç hastalarda ise yapılan bir çalışmada kardiyak inmelerin oranı %23.0-36.0 olarak bildirilmiştir (14). Yaşlılarda genel olarak kardiyovasküler ve büyük arter hastalığı infarktları ön sıralarda yer alırken, gençlerde diğer nedenler ilk sırayı oluşturmaktadır. Bizim çalışmamızda aterosklerotik kardiyovasküler hastalık oranı %27.1 sıklıkla ikinci en sık risk faktörü olarak saptandı.



İnmeli hastalarda birlikte bulunan ve önemli bir risk faktörü olarak görülen diğer bir sistemik hastalık ise diyabet ve glikoz intoleransıdır. Diyabet, sistemik serebral damarlar üzerinde olumsuz etkilere sahip metabolik bir hastalıktır. DM'un dünyadaki insidansı ve prevalansı yaşla birlikte artış göstermektedir. Bu nedenle 65 yaş ve üzeri yaş grubunda önemi daha çok artmıştır. Yaşlıda kesin tanı almış DM oranı %7-10 dur (15). İskemik inme insidansı ve şiddeti de diyabetle birlikte artış göstermektedir. Akut inmeli hastaların 1/3'ünden fazlasında hiperglisemi mevcuttur (16). Diğer bir çalışmada da iskemik inmeli olguların %37-42'si tek başına diyabete ya da diyabetle hipertansiyonun kombinasyonuna sahiptir denilmektedir (17). Bizim çalışmamızda DM %17.8 oranında saptanmıştır.

Kronik obstrüktif akciğer hastalıkları (KOA), ilerleyici hava akımı obstrüksiyonu ile karakterize, tüm dünyada mortalite ve morbiditeye yol açan önemli bir hastalıktır (18). Dünyada 600 milyon KOA'lı hasta olduğu ve her yıl 2.5 milyon hastanın bu sebeple öldüğü bilinmektedir. Ülkemizde 2.5-3 milyon KOA'lı vaka olduğu tahmin edilmektedir (19). KOA atriyal fibrilasyona yol açarak inme etyolojisinde rol oynayabilir. Ayrıca KOA inmeli hastalarda akciğer kapasitesini azalttığından, rehabilitasyon sürecini olumsuz etkileyebilmektedir. Bizim çalışmamızda inmeli hastalarda KOA oranı %9.2 olarak bulunmuştur.

Hastalarımızın hiperlipidemi yüzdesi 5.3 idi. Literatürde gençlerde %10.0 olarak belirtilmişken bizde bu oranın daha küçük olması inme sonrası hastaların ilaç kullanıyor olması ve ilaçla düzeyin düşürülmüş olmasından kaynaklanabileceğini düşündürmektedir. %5.0 ve altında saptanan diğer hastalıklar da tabloda belirtildi. Ancak bu hastalıkların SVO etyolojisi ile direkt ilişkisi gösterilmediği için tartışılmadı.

İnmeli hastalarda poststrok çeşitli komplikasyonlar görülebilmekte ve bu komplikasyonlar rehabilitasyon sürecini olumsuz etkileyebilmektedir. Bu nedenle inmeli hastalarda rehabilitasyonun hedeflerinden biri de komplikasyonların gelişiminin önlenmesi olmalıdır. Genç inmeli hastalarda sistemik fonksiyonlarının daha iyi olması, beyin atrofilerinin daha az ve plastisitelerinin daha fazla olması nedeniyle iyileşme potansiyelleri geriatrik inmeli hastalara göre daha yüksek olduğu gibi, inme sonrası komplikasyonların sıklığı, dağılımı ve tedavi yaklaşımları da farklıdır.

İnmeli hastalarda omuz komplikasyonları sık görülmektedir. Bunların başında omuz subluksasyonu ve omuz ağrısı gelmektedir. Omuz subluksasyonu inme sonrası ortaya çıkan, tüm

plan ve yönlerde skapula ve humerus arasındaki ilişkinin total veya kısmi değişimi olarak tanımlanmaktadır (20). İnme sonrası omuz subluksasyonu sık bir komplikasyon olup, %17-81 arasında, omuz ağrısı ise %16.0-%85.0 arasında bildirilmiştir (21). Yapılan bir çalışmada da genç erişkin inmeli hastalarda omuz komplikasyonlarının en sık görülen komplikasyonlardan biri olduğu bildirilmiştir (22). Bizim çalışmamızda da omuz komplikasyonları genç yaş grubu ile benzer olarak %49.0 sıklığında en fazla tespit edilen komplikasyon olmuştur.

İnme sonrası ortaya çıkan en yaygın komplikasyonlardan biri de lisan bozukluğudur. %33.0-52.0 arasında değişen prevalansa sahiptir (23). Yapılan araştırmalarda inme sonrası hastaların yaklaşık üçte birinde lisan fonksiyonlarında bozulma olduğu vurgulanmıştır. %20.0'ından fazlasında konuşma bozukluğu ve %10.0-18.0'ında kalıcı iletişim hasarı geliştiği bildirilmektedir (24,25). İletişim kuramama hastalarda sosyal izolasyona, sonrasında depresyona yol açmaktadır. Hastalarımızda lisan bozukluklarını %29.8 sıklığı ile ikinci en sık komplikasyon olarak tespit ettik. Yaşlı hastalar, sistemik hastalıklar ve sosyal nedenlerle bir şekilde toplumdan izole olmaktadır. İnme sonrası gelişen lisan ve iletişim bozuklukları mevcut iletişim problemlerinin ve sosyal izolasyonun artmasına neden olacaktır.

Üriner disfonksiyon insidansı inmeli hastalarda akut dönemde daha yüksektir, ancak daha sonra insidansı düşmektedir. İnmeden kısa süre sonra inkontinans sıklığı %44.0-83.0 arasındadır. Zaman içinde hastaların %70-80'i kontinanslarını yeniden kazanır (26). İnme sonrası görülen en sık üriner traktus disfonksiyonu detrusör hiperrefleksisi teriminin yerini alan nörojenik detrusör overaktivitesidir (27). Yaşlı hastalarda pelvik taban kaslarının relaksasyonu, üretropelvik ligamanların zayıflaması ve kontinanstaki kompensatuar mekanizmaların zayıflığı, üriner inkontinans sıklığını artırdığından, inme sonrası sıklığı da oldukça fazladır. Çalışmamızda geriatrik hastalarda %27.1 sıklığı ile üçüncü sıklıkta görülen komplikasyon olarak belirlenmiştir.

Etkilenmiş kolun arteriyel, venöz ve lenfatik pompaları yeterli akımı sağlamak için harekete ihtiyaç duyar. Bu pompalardan herhangi birinin yetersizliği kompleks bölgesel ağrı sendromu (KBAS) gelişimine yol açar. İnmeli hastalarda omuzun immobilizasyonu bunu kolaylaştırır (28). Tüm inmelerin %23.0'ında, (29). genç inmeli hastaların %12.6'sında KBAS bulguları olduğu belirtilmiştir (22). Bizim çalışmamızda kompleks bölgesel ağrı sendromu (%18.5), genç inmeli hastalardan daha fazla saptanmıştır.



Barsak disfonksiyonu da karşılaşılabilen bir diğer komplikasyondur. İnmeli hastalarda fekal inkontinans da görülebilmekte ve ortalama iki haftada hala düzelmemişse kötü prognoz ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Yine bu hastalarda konstipasyon sık bir problemdir. İmmobilitate, inaktivite, yetersiz beslenme, depresyon, nörojenik durum, kognitif bozukluklar, transfer yeteneği olmaması gibi nedenlerle ilişkili olabileceği belirtilmiştir (30, 31). Kronik konstipasyon yaşlıda sık görülen sorundur. Ayrıca yaşa bağlı olarak istirahat ve maksimal sfinkterik basınçlarda azalma olur, rektum kompliansı azalır. Bunların sonucunda yaşlıda inkontinans gelişir. Bu hastalarda aynı zamanda anorektal duyunun azalmasına bağlı olarak fekal impaction da gelişebilmektedir. SVO mevcut barsak disfonksiyonlarında daha fazla bozulmaya neden olmaktadır. Bizim hastalarımızda yüksek oranda barsak disfonksiyonu saptandı.

Hastanın uzun süreli immobilizasyonu tromboembolizm gelişme riskini artırır. Yaşın ilerlemesi ile birlikte baldır ve bacak venlerinde genişleme bu risk artışının nedenidir. Derin ven trombozu (DVT) rehabilitasyon programının gecikmesine neden olur ve hastalarda pulmoner emboli riski artar. DVT hastaların %30.0'ında gelişir, çoğunlukla tutulan taraftadır, çoğunlukla alt ekstremitede görülür. Bizim çalışmamızda hastalarımız yaşlı olmasına rağmen DVT oranı literatürden daha az oranda %10.5 olarak belirlenmiştir. Bunun nedeni nöroloji kliniklerinde profilaksinin başlanması, subklinik seyreden DVT'nin gözden kaçması ve rutin olarak her hastadan doppler USG'nin istenmemesi olabilir.

Disfaji, inme sonrası sık karşılaşılan bir komplikasyondur. Sıklığı %29.0-81.0 arasında değişmektedir (32). Serebral ve beyin sapı lezyonlarının yutma fizyolojisini bozması sonucu oluşur. Disfaji aspirasyon ve pnömoni riski nedeniyle mortalite ve morbidite oranlarını arttırmaktadır. Hastalarda malnütrisyona neden olabilmektedir. Tanısı uzman kişiler tarafından videofloroskopi veya elektrofizyolojik yöntemlerle konulmaktadır. Bizim çalışmamızda literatürden düşük oranda disfaji tespit edildi. Bunun nedeni her hastadan ayrıntılı laboratuvar inceleme yapılmadan, sadece klinik gözlemlere dayalı tanı konulduğu için olabilir. Yaşlı hastalarda ösefagus peristaltizminin azalması, çiğneme ve diş problemleri, salya miktarının azalması nedeniyle disfaji görülmektedir. İnme ile mevcut problemler daha artacak, yaşlı beslenmesini üzerine olumsuz etkisi nedeniyle rehabilitasyon programını olumsuz etkileyecektir. Bu nedenle fonksiyonel durumun artırılması, komplikasyonların önlenmesinde; özellikle geriatrik inmeli

hastalarda disfajinin erken tespiti ve etkili tedavi yöntemlerinin uygulanması önemlidir.

Hastanedeki inmeli hastaların %9.0'ında, bakım evlerindeki hastaların %23.0'ında bası yarası görülmektedir (23). Uzun süreli yatak istirahatine yol açarak rehabilitasyon sürecini olumsuz etkiler. Erken tanı ve tedavi bu anlamda önemlidir. Yaşlı hastalarda inmobilitate, diyabet, periferik vasküler hastalık, inkontinans, düşük vücut kitle indeksi, cilt altı yağ dokusunun azalması, bası yarası açısından riski artırmaktadır (33). Genç inmeli hastalarda bası yarası bildirilmemiş olması rağmen, çalışmamızda geriatrik popülasyonda %1.9 sıklığında bası yarası tespit edildi.

Hastanemizde yapılan bir çalışmada geriatrik inmeli hastaların %52.6'sında depresif duygu durum belirtisi ve tutumları tespit edilmiştir (34). İnmeli hastalarda gelişen komplikasyonlar, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık, sosyal izolasyon, negatif aile desteği bir süre sonra hastalarda depresif duygu durumuna yol açabilmektedir. Bu da hastaların rehabilitasyon sürecinde motivasyonunu olumsuz etkilemektedir. Ayrıca geriatrik hastalarda ilerleyen yaşın yol açtığı depresif duygu durumlarının olabileceğini bildiren çalışmalar mevcuttur. Yapılan çalışmada %5.9 hastada depresif duygu durumu bulgularına rastlandı.

Sonuç olarak inmeli hastalarda yaş değiştirilemeyen kesinleşmiş risk faktörüdür. Oysa inme ile birlikteliklerini tespit ettiğimiz HT, DM, aterosklerotik kalp hastalığı ve KOAH değiştirilebilir ve kontrol edilebilir risk faktörleridir. Geriatrik inmeli hastalarda, risk faktörü olarak kabul edilen sistemik hastalık birlikteliği bizim hastalarımızda %82.1 sıklığında mevcuttu. Yaşlılarda inmenin yüksek mortalite ve morbiditesi, ekonomik maliyeti ve aileye getirdiği yükler düşünüldüğünde; sistemik hastalıkların düzenli kontrolü, bu hastalık hakkında hastaların eğitimi ve koruyucu hekimliğin önemi burada birkez daha vurgulanmalıdır. Ayrıca geriatrik inmeli hastalarda komplikasyonların daha sık ve iyileşmelerinin daha zaman alıcı ve komplike olması konunun önemini birkez daha artırmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Brandstater ME. Stroke rehabilitation. In: DeLisa JA, Gans BM, eds. Rehabilitation Medicine. Third Ed. Philadelphia: Lippincott- Raven Publishers, 1998. pp 1165-1189.
2. Doğan A, Nakipoğlu GF, Aslan DM, Kaya ZA, Özgirgin N. The rehabilitation results of hemiplegic patients. Turk J Med Sci 2004; 34: 385-389.



3. Kumral E, Balkır K. İnme epidemiyolojisi. Balkan S, edidörler. Serebrovasküler Hastalıklar. Ankara; Güneş Kitabevi; 2002. pp 38-47.
4. Feigin VL, Wiebers DO, Nikitin YP, O'Fallon WM, Whisnant JP. Risk factors for ischemic stroke in a Russian Community: A population-based case control study. Stroke 1998; 29: 34-39.
5. Bagg S, Pombo AP, Hopman W. Effect of age on functional outcomes after stroke rehabilitation. Stroke 2002; 33: 179-185.
6. Goldstein LB, Adams R, Alberts MJ, et al. Primary prevention of ischemic stroke: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council: Stroke. 2006; 37: 1583-633.
7. Tan J. Hemiplejik hastalarda görülen üst ekstremité komplikasyonları. In: Hemipleji ve rehabilitasyonu sempozyum kitabı. GÜTF. 1999; 42-48
8. Zhang LF, Yang J, Hong Z et al. Proportion of different subtypes of stroke in China. Stroke 2003; 34: 2091-2096.
9. Kannel WB, Prospects for prevention of cardiovascular disease in the elderly. Prev Cardiol 1998; 1: 32-39
10. Pinto A, Tuttolomondo A, Di Raimondo D, Fernandez P, Licata G. Cerebrovascular risk factors and clinical classification of strokes. Semin Vasc Med 2004; 48: 287-303.
11. Vasan RS, Massaro JM, Wilson PW, Seshadri S, Wolf PA, Levy D, D'Agostino RB. Antecedent blood pressure and risk of cardiovascular disease: the Framingham Heart Study. Circulation 2002; 105: 48-53.
12. Tanne D, Shortan A, Goldbourt U, Haim M, Boyko V, Adler Y, Mandelzweig L, Behar S. Severity of Angina pectoris and risk of ischemic stroke. Stroke 2002; 33: 245-250.
13. Witteman JC, Kannel WB, Wolf PA, et al. Aortic calcified plaques and cardiovascular disease (The Framingham Study). Am J Cardiol 1990; 66: 1060-4.
14. Palazzuoli A, Ricci D, Lenzi C, Lenzi J, Palazzuoli V. Transesophageal echocardiography for identifying potential cardiac sources of embolism in patients with stroke. Neurol Sci 2000;21:195-202.
15. Biberoglu S, Yaşlıda diabet, Galenos aylık tıp dergisi 2006;9(112):22-33.
16. Baird TA, Parsons MW, Barber PA, Butcher KS, Desmond PM, Tress BM, Colman PG, Jerums G, Chambers BR, Davis SM. The influence of diabetes mellitus and hyperglycaemia on stroke incidence and outcome. J Clin Neurosci 2002; 9: 618-626.
17. Kissela BM, Khoury J, Kleindorfer D, Woo D, Schneider A, Alwell K, Miller R, Ewing I, Moomaw CJ, Szaflarski JP, Gebel J, Shukla R, Broderick JP. Epidemiology of ischemic stroke in patients with diabetes: the Greater Cincinnati/Northern Kentucky Stroke Study. Diabetes Care 2005; 28: 355-359.
18. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, executive summary 2003. (www.goldcopd.com).
19. Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı tanı ve tedavi rehberi. KOAH çalışma grubu. Toraks Dergisi 2000;1(ek-2):2.
20. Paci M, Nannetti L, Rinaldi LA. Glenohumeral subluxation in hemiplegia: An overview. J Rehabil Res Dev 2005;42:557-68.
21. Turner-Stokes L, Jackson D. Shoulder pain after stroke: a review of the evidence base to inform the development of an integrated care pathway. Clin Rehabil 2002;16:276-98.
22. Selçuk B, Akyüz M, Genç Erişkinlerde İnme, Romatoloji ve Tıbbi Rehabilitasyon Dergisi Aralık 2004; 267- 273
23. Sibel Eyigör, İnme Rehabilitasyonu, Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2007; 53 (Özel Sayı 1): 11-5.
24. Laska AC, Hellblom A, Murray V, Kahan T, Von Arbin M. Aphasia in acute stroke and relation to outcome. J Internal Med 2001;249:413-22.
25. Wade DT, Hewer RL, David RM, Enderby PM. Aphasia after stroke: natural history and associated deficits. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1986;49:11-6.
26. Arunabh MB, Badlani G. Urologic problems in cerebrovascular accidents. Probl Urol 1993; 7(1): 41-53.
27. Khan Z, Starer P, Yang WC, Bhola A. Analysis of voiding disorders in patients with cerebrovascular accidents. Urology 1990; 35(3): 265-70.
28. Uzunca K, İnmede üst ekstremité komplikasyonları, fiziksel tıp ve rehabilitasyon dergisi, 2006;52(Özel Ek B):B23-B29
29. Bender L, McKenna K. Hemiplegic shoulder pain: defining the problem and its management. Disabil Rehabil 2001;23:698-705.
30. Duncan PW, Zorowitz R, Bates B, Choi JY, Glasberg JJ, Graham GD, et al. Management of adult stroke rehabilitation care: a clinical practice guideline. Stroke 2005;36:100-43.
31. Dumoulin C, Korner-Bitensky N, Tannenbaum C. Urinary incontinence after stroke: does rehabilitation make a difference? A systematic review of the effectiveness of behavioral therapy. Top Stroke Rehabil 2005;12:66-76.
32. Selçuk B, İnme'de Yutma Bozuklukları, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, 2006, 52. cilt, sayı 3; 38-44.
33. Gülekon A, Adışen E, Yaşlılarda deri sorunları, Galenos aylık tıp dergisi 2006;9(112):111-116.
34. Nakipoğlu GF, Karamercan A, Mengüllüoğlu M, Dal E, Özgirgin N. Geriatrik Hemiplejik Hastaların ve Onların Bakımını Üstlenen Geriatrik Bireylerin Depresif Duygudurum Belirtilerinin Karşılaştırılması, Turkish Journal of Geriatrics 2006, 9(4):218-221.