

DELİRYUM VE DEMANS

Uzm. Dr. Canan AKMAN
Kanuni Sultan Süleyman EAH
Acil Tıp Kliniği

- 65 yaş, geriatrik yaş sınırı (*)
- Ülkemizde 1950 yılında %3,3
2000 yılında %5,3
2010 yılında %7,2
2011 yılında %7,3 65 yaş ve üzeri nüfus(**)
- 2050 yılında yaşlı nüfusun 12 milyon olacağı tahmin edilmektedir(***)

• *<http://www.turkgeriatrivakfi.org.tr/geriatri-hakkinda.html> Erişim Tarihi 15.02.2012

• **<http://www.ceterisparibus.net/veritabanı/1923-1990/nufus.htm> Erişim Tarihi 15.02.2012

• **<http://tuikapp.tuik.gov.tr/adnksdagitapp/adnks.zul> Erişim Tarihi 15.02.2012

• ***Bilir N. Yaşlılık ve halk sağlığı. In: Gökçe- Kutsal Y(Ed):Yaşlılık Gerçeği.Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, Ankara, 2004,pp 11-29



- Literatürde yaşlı hastaların acil servise başvuru oranı %13-14 olarak bildirilmiştir.(*)
- Bir başka araştırmada bu oran %23 olarak bulunmuştur(**)
- Strange ve ark. 65-74 yaş arası nüfusun %25'inin acil sağlık hizmetlerinden yararlandıklarını tespit etmişlerdir(***)

- *Ünsal A, Çevik AA, Metintaş S, Arslantaş D, İnan OÇ. Yaşlı hastaların acil servis başvuruları. Turk J Geriatrics 2003;6:83-8
- *Ciccone A, Allegra JR, Cochrane DG, Cody RP, Roche LM. Age-related differences in diagnoses within the elderly population. Am J Emerg Med 1998; 16:43-8
- *Durukan P, Çevik Y, Yıldız M. Acil Servise Karın Ağrısıyla Başvuran Yaşlı Hastaların Değerlendirilmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2005;8:111-4
- **Myers S. Patient care. Elderly emergency. Hosp Health Netw 2005;79:24-6.
- ***Strange GR, Chen EH. Use of emergency departments by elder patients: a five-year follow-up study. Acad Emerg Med 1998;5:1157-62

DELİRYUM

- Kognitif fonksiyonlarda
- Dikkatte
- Duygu durumunda
- Akut başlangıçlı
- Dalgalanmalarla seyreder

DELİRYUM

Epidemiyoloji

- Acil servisler ve akut bakım veren servisler en çok gözlendiği yerler(*)
- Acil servise başvuran 65 yaş ve üzerindeki hastaların yaklaşık %10'unda deliryum ile karşılaşmakta(**)

- *Inouye SK. Prevention of delirium in hospitalized older patients: Risk factors and targeted intervention strategies. Ann Med 2000; 32: 257-63
- **Wilber ST. Altered mental status in older emergency department patients. Emerg Med Clin North Am 2006;24(2):299-316
- **Akkuş Evyapan, Approach to neurological causes of disorders of consciousness. Ege Tıp Dergisi/ Ege Journal of Medicine 2012: 51; Ek Sayı / Supplement 17-29

DELİRYUM

Epidemiyoloji

- Postoperatif dönemde, özellikle ortopedik cerrahiler sonrası %35-60 hastada deliryum gelişmekte
- Bu oran yoğun bakım hastalarında %80 lere ulaşmakta(*)
- Terminal dönem kanser hastası veya AIDS de bu oran %25-85'tir(**)

- *Ely EW, Shintani A, Truman B, et al. Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. JAMA 2004; 291:1753
- **Breitbart W, Strout D. Delirium in the terminally ill. Clin Geriatr Med 2000;16:357-72

DELİRYUM

Önemi

- %30-60'ı tanı alamamakta
- Hastanede kalış süresi uzamakta
- Fonksiyonel kapasite azalmakta
- Maliyet artmakta
- Mortalite artmakta(%10-65)(*)
- Kalıcı hafıza bozukluğu gelişmekte(%25-55)(**)
- Düşme, pnömoni, bası yaraları daha sık(**)

- *Curyto KJ, Johnson J, TenHave T, et al. Survival of hospitalized elderly patients with delirium: A prospective study. Am J Geriatr Psychiatry 2001;9:141-7
- *Wilber ST. Altered mental status in older emergency department patients. Emerg Med Clin North Am 2006;24((2):299-316
- *Akkuş E. Approach to neurological causes of disorders of consciousness. Ege Tıp Dergisi/Ege Journal of Medicine 2012: 51; Ek Sayı/ Supplement 17-29
- **O'Keeffe ST, Lavan JN. Clinical significance of delirium subtypes in older people. Age Aging 1999;28:115-9
- **Francis J. Outcomes of delirium: Can systems of care make a difference? J Am Geriatric Soc 1997; 45:247-8

DELİRYUM

Önemi

- Yoğun bakım ünitesinde yapılan bir çalışmada mekanik ventilatördeki hastalarda 6 aylık mortalite ve daha uzun hospitalizasyon için deliryum bağımsız risk faktörü olarak bulunmuştur.(*)
- Deliryum oranları tüm dünyada sağlık hizmeti kalitesinin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir(**)

- *Ely EW, Shintani A, Truman B, et al. Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. JAMA 2004; 291-1753
- **Sloss EM, Solomon DH, Shekelle PG, et al. Selecting target conditions for quality of care improvement in older adults. J Am Geriatric Soc 2000; 48:363-9.

DELİRYUM

Patofizyoloji

- ↑ antikolinerjik aktivite
- Serotonin ↑ veya ↓
- Dopamin ↑
- GABA

- *Roche V. Southwestern Internal Medicine Conference. Etiology and management of delirium. Am J Med Sci 2003;325:20-3
- **Meagher DJ, Moran M, Raju B, Gibbons D, Donnelly S, Saunders J. Phenomenology of delirium. Assessment of 100 adult cases using standardized measures. Br J Psychiatry 2007; 190:135_141.

DELİRYUM

PREDİSPOZE EDİCİ FAKTÖRLER

- İleri yaş
- Polifarmasi
- Kardiyopulmoner hastalık
- Organ yetmezlikleri (böbrek , karaciger)
- Malnütrisyon, hipoalbuminemi
- Santral sinir sistemi hastalığı
- Görme-işitme problemleri
- Dehidratasyon
- Mevcut beyin hasarı/ kognitif bozukluk
- Birden fazla, kontrol altında olmayan medikal problem
- Sosyal çekilme

PRESİPİTE EDİCİ FAKTÖRLER

- Enfeksiyonlar
- Elektrolit bozuklukları
- İlaçlar
- Alkol
- Ateş, hipotermi
- Hipoksi
- Hipotansiyon
- Fiziksel kısıtlamalar
- Metabolik dengesizlikler
- Uzun süren hospitalizasyonlar
- Cerrahi girişimler (en sık ortopedik)
- Üriner kateterizasyon
- Uykusuzluk
- Konstipasyon
- Üriner retansiyon

DELİRYUM

- %40 ilaçlar presipite edici faktör olarak saptanmış (*)
- Sedatif-hipnotikler, narkotikler, H2-blokerler ve antikolinergik etkiye sahip olanlar en çok suçlananlar (**)
- Yapılan çalışmalarda ilaç grubundan bağımsız olarak çoklu ilaç kullanımı(>3) önemli bir risk faktörü olarak bulunmuştur.(***)

- *Kudoh A, Takase H, Takahira Y, Katagai H. Postoperative confusion in schizophrenic patients is affected by interleukin-6. J Clin Anesth 2003; 15:455-462.
- *Visvanathan K, Sundararajan V, Pugach P, Zabriskie JB. Postoperative cognitive decline: association with preoperative tumor necrosis factor-alpha levels. J Am Geriatr Soc 2003; 51: 1673-1674.
- **Buurman BM, Hoogerduijn JG, de Haan RJ, Abu-Hanna A, Lagaay AM, Verhaar HJ, Schuurmans MJ, Levi M, DE Rooij SE. Geriatric Conditions in Acutely Hospitalized Older Patients: Prevalence and One-Year Survival and Functional Decline. PLoS One 2011;14;6:e26951.

DELİRYUM

Klinik bulgular

- Bilinç bozukluğu
 - ♥ Deliryumun değişmez bulgusu
 - ♥ Çevresel uyaranlara karşı duyarlılık azalır

DELİRYUM

Klinik bulgular

- Dikkat bozukluğu
- ♥ Dikkat dağınıklığı çok belirgin bir semptomdur
- ♥ Konuşmayı sürdürme, sorulara uygun ve zamanında cevap verme, komutları yerine getirmekte zorluk
- ♥ Dikkatini odaklama, sürdürme, başka bir yere kaydırmada zorluk

DELİRYUM

Klinik bulgular

- Oryantasyon (yönelim) bozukluğu

♥ Zaman

♥ Yer

♥ Kişi

DELİRYUM

Klinik bulgular

- Algı bozukluğu (en sık görsel halüsinasyonlar)
- Bellek bozukluğu (yakın bellekte bozulma, uzak bellekteki bozulmadan daha çoktur, geri dönüşlüdür)
- Düşünce akışı ve içeriğinde bozukluk (hezeyanlar)
- Konuşma bozuklukları (anlamsız ve birbiri ile ilişkisiz)
- Emosyonel durum, uyku-uyanıklık döngüsü, psikomotor aktivitede bozukluk
- Belirtilerin diüurnal değişikliği (gün içinde dalgalanma, belirtiler geceleri kötüleşir)

DELİRYUM KLİNİK SUBTİPLERİ

- Hiperaktif deliryum (%15)
- Hipoaktif deliryum(%19)
- Mikst deliryum (%52)

DELİRYUM

Tanı

- Detaylı anamnez (özellikle ilaçlar), fizik muayene, nörolojik muayene ve mental durum muayenesi
- Kognitif durum değerlendirmesi için Mini Mental Durum Testi (MMDE)
- Laboratuvar testleri (kan sayımı, elektrolitler.....

MİNİ MENTAL DURUM DEĞERLENDİRİLMESİ

STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST

YÖNELİM (Toplam puan 10)

- Hangi yıl içindeyiz ()
Hangi mevsimdeyiz ()
Hangi aydayız ()
Bu gün ayın kaçı ()
Hangi gündeyiz ()
Hangi ülkede yaşıyoruz ()
Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız. ()
Şu an bulunduğunuz semt neresidir ()
Şu an bulunduğunuz bina neresidir ()
Şu an bu binada kaçınıcı kattasınız. ()

KAYIT HAFİZASI (Toplam puan 3)

Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın
(Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanınır) Her doğru isim 1 puan ()

DİKKAT VE HESAP YAPMA (Toplam puan 5)

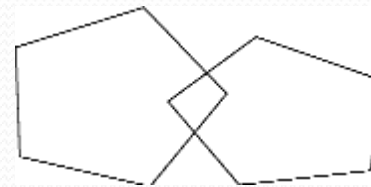
100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.
Her doğru işlem 1 puan. (100, 93, 86, 79, 72, 65) ()

HATIRLAMA (Toplam puan 3)

Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin.
(Masa, Bayrak, Elbise). ()

LİSAN (Toplam puan 9)

- a) Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat, kalem) 2 puan (20 sn tut) ()
b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin.
"Eğer ve fakat istemiyorum" (10 sn tut) 1 puan ()
c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın.
"Masada duran kâğıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen"
Toplam puan 3, süre 30 sn, her bir doğru işlem 1 puan ()
d) Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. (1 puan)
"GÖZLERİNİZİ KAPATIN" (arka sayfada) ()
e) Şimdi vereceğim kâğıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın. (1 puan) ()
f) Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (arka sayfada) (1 puan) ()



MİNİ MENTAL DURUM DEĞERLENDİRİLMESİ

- Hafif demans tanısı için geçerli ve güvenilir olduğu belirtilmiştir(*)
- Mini Mental Test'te alınabilecek en yüksek puan 30
- 24-30 puan arası normal
20-23 puan arası hafif evre
10-19 puan arası orta evre
0-9 puan arası ileri evre demans olarak kabul edilmektedir. (*)

DELİRYUM TANI KRİTERİ

CAM (Confusion Assessment Method) Tanı Kriterleri

- 1 .Akut başlangıçlı, gün içinde dalgalanmalar gösteren seyir
- 2.Dikkat azalması (söylenenleri aklında tutabiliyor mu? Dikkatini odaklayabiliyor mu?)
- 3. Organize düşünme yetisinde azalma (Anlamsız konuşmalar, mantıksız düşünceler, ilgisiz konulara atlamalar)
- 4. Bilinç değişikliği
- ***CAM %94-100 sensitivite ve %90-95 spesifiteye sahiptir. Deliryum tanısı koyabilmek için 1.ve 2. kriterler mutlaka olmalı, bunlara ek olarak ise 3. ve 4. kriterlerden en az biri olmalıdır.

DELİRYUM

TANI KRİTERLERİ

DSM (Diagnostic and Statistical Manual ve Mental Disorders)
Tanı Kriterleri

Bilinç değişikliği ile birlikte dikkat ve konsantrasyonda bozulma (dikkatini odaklamada, sürdürmede ve başka yere kaydırmada zorluk)

Demansla ilişkisiz kognitif fonksiyon bozukluğu (hafıza kaybı, oryantasyon bozukluğu-daha çok yer ve zaman , konuşma problemi) veya algıda bozukluk (illüzyon, halüsinasyon, delüzyon)

Kısa sürede gün içinde dalgalanmalar gösteren seyir

Hikaye/fizik muayene/tetkikler sonucu organik bir sebebin saptanması

***DSM tanı kriterleri uzman görüşüne dayanmaktadır ve tanısal sensitivite ve spesifiteleri bilinmemektedir.

DELİRYUM TEDAVİSİ

ACİL SERVİSDE DELİRYUM TABLOSUNDAKİ HASTAYA YAKLAŞIM

1. Hastanın ve personelin güvenliğini garanti altına almak
2. Hava yolu, solunum, dolaşım güvenliği (hipotansiyon, şok varsa tedavi edilmeli)
3. Hızla geri dönen problemler tanınmalı ve tedavi edilmeli (Hipoksi, hipoglisemi, narkotik ilaç aşırı alımı)
4. Oksijen tedavisi (hipoksi/karbonmonoksit zehirlenmesi)

DELİRYUM TEDAVİSİ

5. Antidotlar

Tiamin (100mg IV/IM)

Glukoz (50mL %50 dekstroz IV bolus)

Naloksan 2-10mg SC/IM/IV

Flumazenil kullanmayın, dirençli nöbetleri tetikleyebilir

6. İlaçlar

Haloperidol 5-10mg PO,IM,IV

Lorazepam 0.5-2mg PO,IM,IV

0.5-2mg Lorazepam ve 1-2mg haloperidol kombine verilebilir

Atipik antipsikotikler

Benimle evlenmeye
niyetin var mı yoksa
bunca senedir
oyalıyor musun
beni?

Biz evli diil
miyiz?
Bunadin
sen!



DEMANS

- 60 yaşında %1
- Her 5 yılda sıklığı ikiye katlanmakta
- 80 yaş civarında %20 oranında görülmektedir(*)

- *Şahin M, Özer C, Ölüncü F, Tunç Z. Huzurevinde kalan yaşlılarda demans ve depresyon. Türk Geriatri Dergisi 2005;8(1):249-51
- *Wimo A, Winbland B. Çev: Sevinçok J. Demans ve sağlık ekonomisi. Demans Dergisi 2003; 3:121-126.
- **Ferri CP,Prince M, Brayne C ve ark. Global prevalence of dementia: A delphi consensus study. Lancet 2005; 9503: 2112-2117

DEMANS

- Kronik
- İlerleyici olarak bellek ve entelektüel kapasitenin ↓
- Bellek, konuşma, algılama, hesaplama, yargılama, soyut düşünme ve problem çözme gibi bilişsel işlevlerden en az ikisinde bozukluk olması ile karakterize bir tablodur
- Bilişsel işlevlerde bozukluğa bağlı olarak bireyin günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlama, sosyal ve mesleki yaşantısında bozukluk oluşmaktadır.(*)

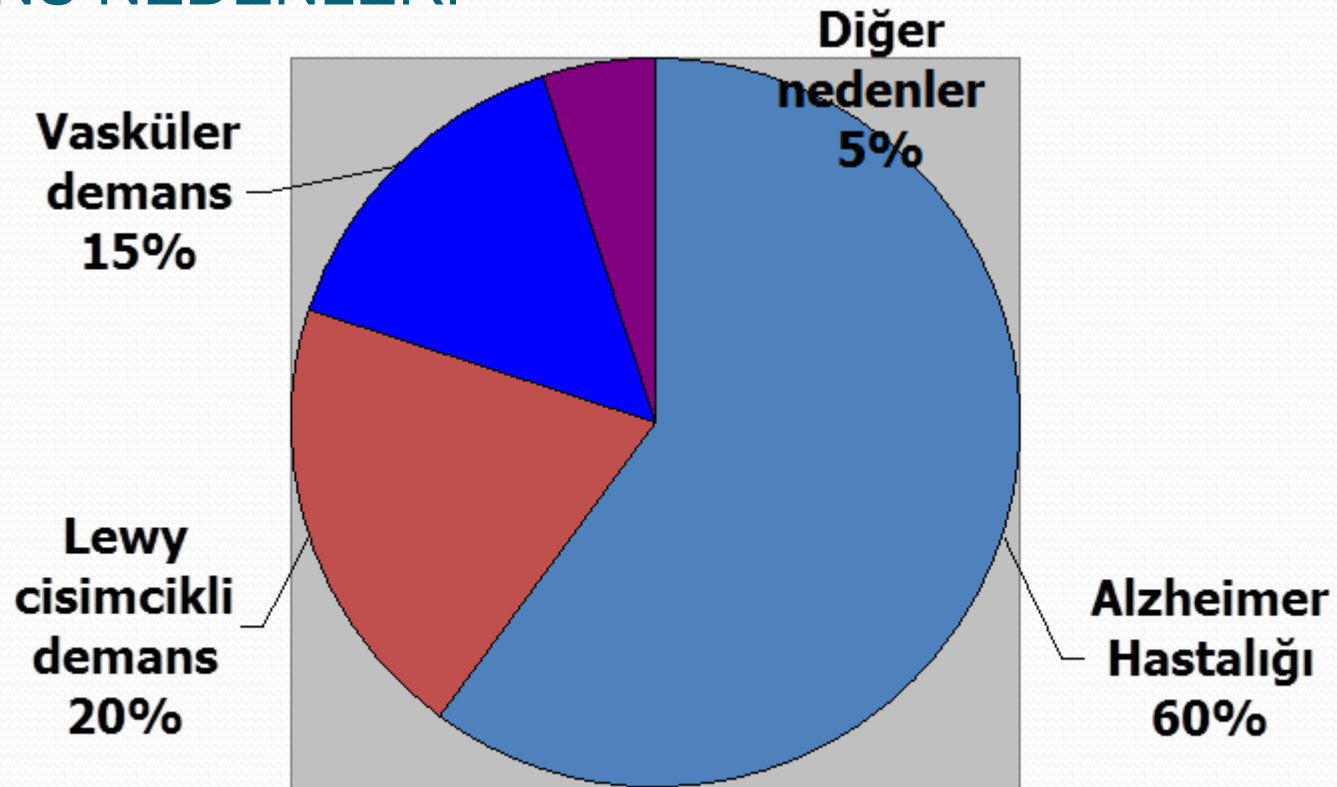
- Şahin M, Özer C, Ölüç F, Tunç Z. Huzurevinde kalan yaşlılarda demans ve depresyon. Türk Geriatri Dergisi 2005; (1):249-51
- *Wimo A, Winbland B. Çev: Sevinçok J. Demans ve sağlık ekonomisi. Demans Dergisi 2003; 3:121-126.
- *Koçer B. Demans epidemiyolojisi. Demans Dizisi 1999; 1:41-44.
- *Hanağası H. Demans kavramı ve hastaya yaklaşım. Klinik Gelişim 2010;10(1):44-47.

DEMANS

Acil serviste demans şüphesini değerlendirme amaçları

- Geri dönüşlü formları tanıyabilmek
- Demansı olan hastada akut hastalık bulgularını saptamak
- Geri dönüşsüz demansın normal süreci ile bulguların uyumluluğunu karşılaştırmak

DEMANS NEDENLERİ



NEDENLERİNE GÖRE DEMANS SINIFLAMASI

- Dejeneratif
 - Alzheimer hastalığı
 - Huntington hastalığı
 - Parkinson hastalığı
- Vasküler
- Enfeksiyöz
- İnflamatuar
- Neoplastik
- Travmatik
- Toksik
- Metabolik
- Psikiyatrik

DEMANS PATOFİZYOLOJİSİ

Artmış amiloid birikimi, nörofibriler yumak ve plak üretimi



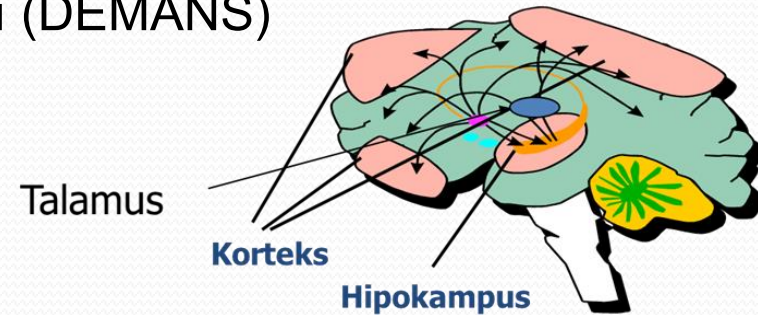
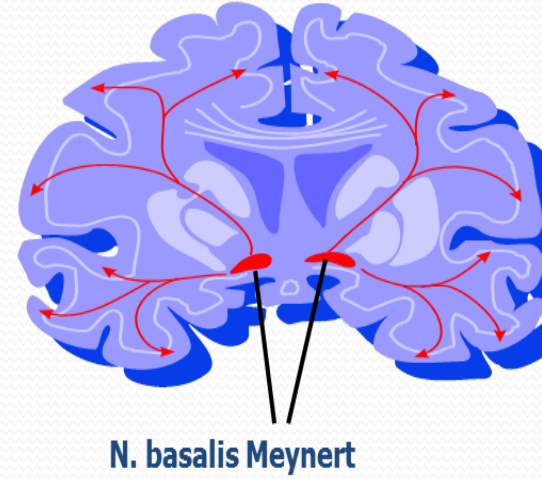
Hücre ölümü



Nörotransmitter değişiklikler



Biliş, duygulanım ve davranış değişiklikleri (DEMANS)



DEMANSTA RİSK FAKTÖRLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

- Yaş
- Ailede demans öyküsü
- Kadın cinsiyet
- Down sendromu
- 1,4 ve 21. kromozomlarda spesifik mutasyonların varlığı
- Apolipoprotein E-4 genotipi
- Kafa travması
- Düşük eğitim düzeyi
- Tiroid hastalıkları (özellikle hipotroidi)
- Depresyon

- *Arslantaş D, Özbabalık D, metintaş S, Özkan S, Kalyoncu C, Özdemir G, Arslantaş A. Prevalance of dementia and associated risk factors in Middle Anatolia. J Clin Neurosci, 2009; 16: 1455-1459
- *Amerikan Alzheimer Derneği resmi sitesi, <http://www.alz.org/index.asp>
- *Cummings JL, Cole G. Alzheimer disease. JAMA. 2002; 287(18):2335-2338
- *Gürvit H, Emre S, Tınaz B, Bilgiç B, Hanagasi H. The prevalance of dementia in an urban Turkish population. Am J Alzheimer Dis Other Demen, 2008; 23:67-76.
- *Keskinöglü P, Giray H, Bıçakçiefte M, Bilgiç N, Uçku R. The Prevalence and risk Factors of dementia in the elderly population in a low socio-economic region of Izmir, Turkey. Arch Gerontol Geriatr. 2006; 43: 93-100.
- *Lobo A, Launer LJ, Fratiglioni L, Andersen K. Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. Neurologic Diseases in the Elderly Research Group. Neurology, 2000; 54: 4-9
- *Gönen S, Küçükgüçlü Ö, Yener G. Hastanede yatan yaşlı bireylerde demansla ilişkili olabilecek işlevsel-bilişsel bozukluk sıklığının incelenmesi, Journal of Neurological Sciences 27(4);446-456, 2010.

DEMANS İçin DSM Tanı Ölçütleri

A. Aşağıdakilerin en az ikisini içeren bilişsel bozukluk gelişmesi:

1. Bellek bozukluğu
2. Listedeki bilişsel bozukluklardan bir yada daha fazlası:
 - a. Afazi (Lisan bozukluğu)
 - b. Apraksi (Motor işlevlerde bozukluk olmamasına karşın motor etkinlikleri yerine getirememe)
 - c. Agnozi (Duyu işlevlerinde bozukluk olmamasına karşın motor etkinlikleri yerine getirememe)
 - d. Yürütücü işlev bozukluğu (planlama, organizasyon, sıralama, soyutlama vs.)

B. Bilişsel bozukluk sosyal yaşam ve iş yaşamını etkileyecek kadar şiddetli olmalı ve daha önce edinilmiş daha yüksek bir düzeyden düşüşle karakterize olmalı.

C. Özellikle deliryum sırasında ortaya çıkmış olmamalı.

D. Bilişsel bozukluk

- a. Tıbbi bir bozukluk, toksine maruz kalma ya da ikisinin kombinasyonuna bağlı olabilir,
- b. Non-organik bir mental hastalık (depresyon, şizofreni vs.) dışlanmalıdır.

DEMANS

- Etiyolojilerine
- Lokalizasyonlarına
- Klinik Özelliklerine

göre sınıflandırılabilirler

DEMANS HASTALIĞI ETİYOLOJİSİNE GÖRE

PRİMER

- Alzheimer hastalığı
- Diffüz Lewy cisim hastalığı
- Fronto-temporal demans
- Motor bozuklukla olan demans
- Çeşitli pediatrik demanslar

SEKONDER

- Vasküler demans
- Normal basınçlı hidrosefali
- Toksik – metabolik demans
- İnfeksiyonlar
- Kafa içi yer kaplayıcı ve otoimmün-inflamatuvar hastalıklar

DEMANS HASTALIĞI LOKALİZASYONUNA GÖRE

KORTİKAL

- Lezyonlar beyin korteksinde (gri cevherde)
- Alzheimer hastalığı gibi ağır bellek bozukluğu, semantik afazi ön planda
- Hasta akıcı konuşabilir, sorulara normal yanıt verebilir ve kendi ortamında aktivitesi normaldir.

SUBKORTİKAL

- Lezyonlar beyaz cevherde
- Huntington hastalığı gibi hafif bellek bozukluğu, semantik alanla ilgili daha az güçlük yaşar, yönetici işlevlerde sorunlar vardır
- Motor bozukluklara daha sık rastlanır
- Hasta çevreye karşı daha uyanık, cevap vermesi yavaş, konuşması akıcı değil, kompleks cümleler kurmakta zorlanır (iletim tipi afazi).

DEMANS HASTALIĞI KLİNİĞİNE GÖRE

Hafif evre

- Depresyon genellikle ilk bulgu
- İlerleyici özellikte günlük yaşamı etkileyen unutkanlıklar, konuşma sırasında doğru kelimeleri bulmada güçlük, eşyaların yerini hatırlamakta güçlük ve hatırlatıcı liste yapma gibi belirti ve davranışlar görülür
- Yeni tanınan yabancıların isimleri unutulabilir
- Dalgalı seyreden bellek bozukluğunda yakın bellek kaybı ön plandadır, uzak hafıza görece korunmuştur
- Konuşma akıcılığı etkilenir
- Karmaşık konularda sözcük bulma zorlaşır
- İş ve ev yaşamını sürdürebilir
- Hesap yapma, kompleks finansal aktivitelerde, uygun elbise seçiminde zorlanma olabilir

DEMANS HASTALIĞI KLİNİĞİNE GÖRE

Orta evre

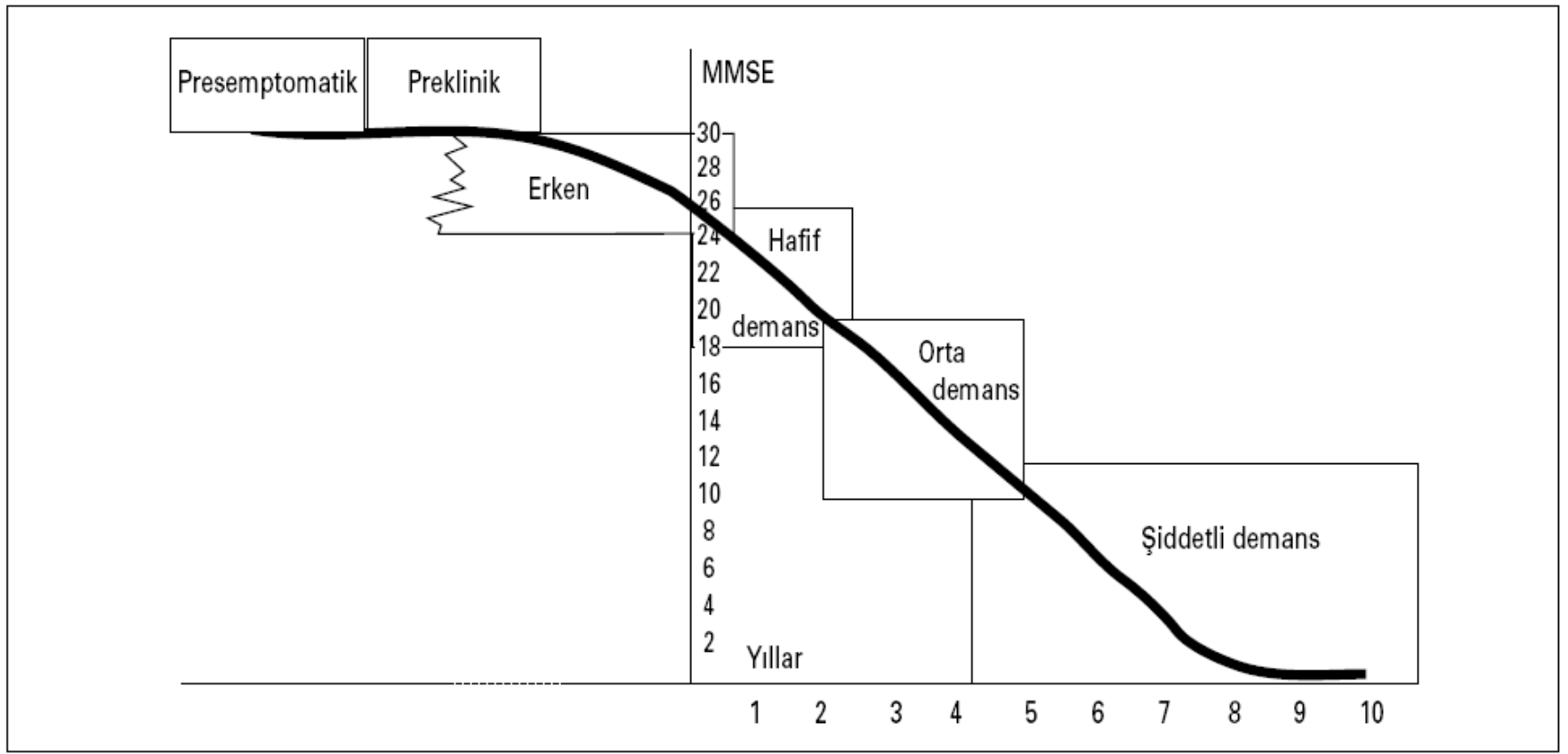
- Bellek bozukluğu ilerlemiş, eski olayları da unutma başlamış olabilir
- Seyrek görülen yüzler unutulur
- Yer oryantasyonu bozulmaya başladığı için tanımadığı çevrede hasta kaybolur
- Anlama bozuklukları, kelime bulmada güçlük görülür
- Davranış bozuklukları ve psikiyatrik belirtiler ortaya çıkar
- Günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık azalır

DEMANS HASTALIĞI KLİNİĞİNE GÖRE

İleri evre

- Tamamen geçmişte yaşar ve en yakınlarını bile tanımamaya başlar
- Tanıdık çevrede kaybolan hasta, konuşma içeriğini zaman ve yere uyduramaz ve afazik hale gelir
- Amaçsız hareketler, tekrarlayıcı hareket, ajitasyon görülür
- Tam bağımlı hale gelir





DEMANS TANISI

- Anamnez
- Nörolojik ve mental muayene
- Tam kan sayımı
- Biyokimya
- Tiroid-karaciğer-böbrek fonksiyon testleri, idrar tetkiki
- Vitamin B12, folat düzeyleri
- Kraniyal BT, MR görüntüleme
- Nöropsikolojik testler evrelendirme

- *Yavuz Balam B, Arıoğlu S. Yaşlıda demans, risk faktörleri ve tedavisi. İç hastalıkları Dergisi 2008;15(1):14-23.
- Gürvit H, Baran B. Demanslar ve kognitif bozukluklarda ölçekler. Nöropsikiyatri Arşivi 2007; 44:58-65.

ACİL SERVİSTE YÖNETİM

- Geridönüşlü demans ve bazal demansı kötüleştiren durumlar erken tanı ve altta yatan sebebin düzeltilmesini gerektirir.
- Mental durumda akut değişikliği olan veya hızlı başlangıçlı semptomlarla başvuranlar kapsamlı değerlendirme için yatırılmalıdır
- Kognitif fonksiyonlarda ilerleyici bozulma ile başvuran ve altta yatan akut tıbbi durumu olmayan hastaların ileri tetkikleri poliklinik şartlarında yapılabilir

DEMANS TEDAVİSİ

- Tek bir hastalık değil, değişken bir klinik sendrom
- Altta yatan sebebe yönelik tedavi
- Alzheimer Hastalığında tedavi:
 - Kolinesteraz inhibitörleri
 - Donepezil
 - Rivastigmin
 - Galantamin
 - Memantin

DELİRYUM VE DEMANS ÖZELLİKLERİ

ÖZELLİKLER	DELİRYUM	DEMANS
Başlangıç	Akut (saat-gün)	Yavaş (ay-yıl)
Psikiyatrik bulgular	Yok	Sıklıkla depresyonla birlikte
24 saat içinde seyri	Hızlı dalgalı	Stabil
Oryantasyon	Bozuk	Bozuk
Dikkat	Bozuk	Ciddi olgular dışında normal
Konsantrasyon	Bozuk	Bozuk
Halüsinasyon	Görsel/işitsel	Sıklıkla yok
Delüzyonlar	Geçici	Genellikle yok
Konuşma	Tutarsız, dezorganize	Anomik / afazik
Hareketler	Asteriks, tremor	Sıklıkla yok
Tedavi	Geri dönmesi tipik	Yanıt vermez

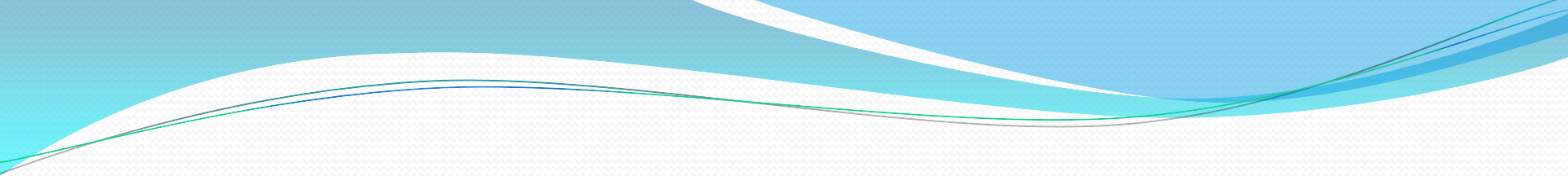
- Acil Servise başvuran her 4 yaşlı hastanın yalnız 1'inde bilişsel fonksiyonlar taranmakta
 - Yeterlilik şüphesi
 - Uygun araçların yokluğu
 - Hasta mahremiyetinin olmayışı
 - Aşırı gürültü
 - Zaman kısıtlılığı

- Acil Servis başvurusunda mental durum değişikliği ve delirium ilişkisi
- Sensitivite: %38.0
- Spesifite: %98.9
- Mental durum değişikliği şikayeti varsa ileri tetkike gerek olmadan delirium tanısı konulabilir.
- Bu şikayetin olmaması deliriumu dışlamaz.

- The relationship between a chief complaint of "altered mental status" and delirium in older emergency department patients. [Han JH](#)¹, [Schnelle JF](#), [Ely EW](#). Academic Emergency Medicine 2014;21:937–940 © 2014 by the Society for Academic Emergency Medicine

- Delirium riskini öngörmede
 - İleri yaş
 - Geçirilmiş SVO veya TIA
 - Demans
 - Enfeksiyon şüphesi
 - Akut intrakraniyal kanama
- Niçin önemli
 - Hospitalizasyon süresi: 4 gün / 2 gün
 - Yoğunbakım ihtiyacı: %13 / %6
 - Mortalite: %6 / %1
- Teşhis konulursa
 - Delirium süresi kısaltılabilir
 - Akut deliriumlu hastalar yanlış olarak taburcu edilmemiş olur

• Delirium risk prediction, healthcare use and mortality of elderly adults in the emergency department. Kennedy M et al. J Am Geriatr Soc. 2014 Mar;62(3):462-9. doi: 10.1111/jgs.12692. Epub 2014 Feb 10.



Teşekkür ederim.