

Yaşlılık ve Gastrointestinal Sistem

Prof. Dr. Ömer ŞENTÜRK

Yirmi birinci yüzyılda erken ölümlerin azaltılmasına doğum oranlarının azalmasının da eşlik etmesi ile daha yaşlı bir toplum ortaya çıkmıştır. Dolayısıyla bu durum bu gruba özgün gastrointestinal hastalıklarla daha sık olarak karşılaşılmayı da beraberinde getirmiştir. Ayrıca yaşlı kişilerde yaşa bağlı olarak ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler, çok sayıda hastalığın birlikte bulunması, tedaviye bağlı ortaya çıkabilecek komplikasyonların ağırlığı bu hastalarda daha dikkatli bir tedavi yaklaşımını gerektirmektedir. Bütün bunların sonucu olarak ta 20–25 yıl sonra sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların %75’inden fazlasını yaşlı nüfus tüketmiş olacağı tahmin edilmektedir.

İnsanlarda 30 yaşından sonra fizyolojik olaylar giderek yavaşlamaktadır (tablo 1). Bu durum nörolojik, endokrinolojik ve metabolik olayların düzenlenmesi gibi birçok fizyolojik fonksiyonda eş zamanlı olarak ortaya çıkmaktadır. Bununla birlikte gastrointestinal sistemin birçok fonksiyonunun, özellikle intestinal absorpsiyonun, pankreatik salgı ve karaciğer fonksiyonlarının ileri yaşlarda bile yeterli kapasiteye sahip olduğu bilinmektedir.

Tablo1. Yaşlanmayla beraber gastrointestinal sistemde meydana gelen fizyolojik değişiklikler

<i>Lokalizasyon</i>	<i>Yaşlanmayla ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler</i>
Orofarenks	Kserostomia
Özofagus	Koruyucu reflekslerde değişiklik İstirahat üst özofageal sfinkter basıncında azalma Alt özofageal sfinkter relaksasyonunda (gevşemesinde) azalma Tersiyer kontraksiyonlarla özofagusun boşalmasında gecikme Kontraksiyon gücü ve süresinde azalma Myenterik gangliyon hücrelerinde azalma Distal kontraksiyonların amplitütlerinde artma
Mide	Düz kasın kalınlığında artma Sıvı ve katı gıdaların boşalmasında gecikme
İnce barsak	İnce barsak geçiş zamanında uzama
Kolon	Ciddi primer değişiklik yok
Ano-rektum	Rektal kompliyansa azalma Rektal duyuda azalma Sfinkter basıncında azalma

Yaşlılarda ortaya çıkan gastrointestinal hastalıkların sıklığı çalışılan topluma göre değişiklik göstermektedir. Bu grupta semptomların görülme olasılığı gençlere göre değişiklik göstermese bile, yaşlı hastaların bu semptomlar için doktora başvurma oranları daha yüksektir. Bazı

gastrointestinal hastalıklar daha sık görülebilir ve klinik seyirleri gençlerden farklı olabilir. Örneğin yaşlılarda aklorhidri nedeniyle perforasyon sonrası kimyasal peritonit gelişmeyebilir, akut karın ayırıcı tanısında malign hastalık ve kolesistit olasılığı daha sık olarak düşünülmelidir. Keza ağrının lokalizasyonu da atipik olabilir. Hastaların gastrointestinal yakınmalarını direkt olarak yaşlanmaya bağlamak olası organik patolojileri atlamaya neden olabilir. Ayrıca serebrevasküler olayların sıklığı, depresyon ve Alzheimer hastalığı gibi mental durum bozuklukları hastaların yakınmalarını tanımlamalarında güçlüğüne neden olabilir.

Yaşlılarda çeşitli nedenlerden dolayı beslenme durumu bozulabilir. Anoreksi, diş ve protez problemleri, birlikte olan diğer hastalıklar ve depresyon gibi psikososyal faktörler nedeniyle gıda alımı azalmış olabilir (tablo 2). Ayrıca yaşla ilişkili olarak tıbbi, fizyolojik, sosyal ve ekonomik sorunlar da beslenme durumunu etkileyen olası diğer faktörleri oluştururlar.

Tablo 2. Gıda alımında azalmaya neden olan ilaçların oluşturdukları etkiler

<i>Yan etki</i>	<i>İlaç</i>
İştahta azalma	Digoksin, kaptopril, NSAİİ, antibiyotikler, anti-histaminikler, sedatifler, nöroleptikler, trisiklik anti-depresanlar
Tad azalması veya tad değişikliği	Kaptopril, penisilin, anti-hipertansifler, anti-diyabetikler, psikofarmakotik ilaçlar, sitostatikler, vazodilatatörler
Ağız kuruluğu (kserostomia)	Anti-parkinsonian ilaçlar, anti-depresanlar, anti-histaminikler, anti-kolinerjikler
Bulantı	Stostatikler, anti-hipertansifler
Mental disfonksiyon	Psikofarmakotik ilaçlar

Yetersiz beslenmenin en önemli nedenini oluşturan gıda alımındaki azalma çeşitli faktörlere bağlıdır. Fiziksel aktivitenin azalması veya hareketsizlik, ağrı, sosyal izolasyon ve çeşitli hastalıklar (malignensi, depresyon veya demans gibi) iştah kaybına neden olabilirler. Yaşlanmayla birlikte tad ve koku duyusunda giderek bozulma, ağız kuruluğu, dişlerde eksiklik te iştahın azalmasına yol açabilir. Bazen iatrojenik nedenler de söz konusudur. Bu durum hastanede yatan hastalarda en sık olarak yeterli gıda kompozisyonunun sağlanamamasına bağlıdır. Ayrıca kullanılan çeşitli ilaçlar iştahta ve tad duyusunda azalma, ağız kuruluğu, bulantı-kusma ve mental disfonksiyona yol açmak suretiyle gıda alımında azalmaya neden olabilirler.

Birlikte bulunan sistemik hastalıklar ve bu nedenle kullanılan ilaçlar besinlerle etkileşime girerek onların emilimini etkileyebilir. Bu nedenle vitamin-K, folat, demir, kalsiyum, vitamin B-12 ve vitamin-D yaşlılara sıklıkla verilmeyi gerektirir. Güneşe maruziyetin azalması nedeniyle sıklıkla D vitaminine ihtiyaç duyarlar. Hipoklorhidri ve vitamin D eksikliğine bağlı olarak kalsiyum emilimi azalır ve günlük alımın 1500 mg'a çıkartılması gerekebilir.

Birden fazla hastalık yaşlılarda aynı anda bulunabilir. Bu durum birden fazla ilacın birlikte kullanılmasını beraberinde getirir. Ayrıca bu yaş grubundaki hastaların daha sık olarak reçetesiz ilaç kullanması, aynı veya farklı yakınmaları nedeniyle da olsa birden fazla hekime müracaat etmeleri de polifarmasiyi artırır. Birden fazla ilaç kullanımında ilaçlar birbirinin metabolizmasını etkileyerek toksik yan etkilere, ilacın etkinliğinin azalmasına veya diğer hastalık üzerinde

olumsuz etkilere neden olabilirler. Bu nedenle yaşlılarda polifarmasiden kaçınılmalı, kolay kullanılabilen ve daha önce kullandığı ilaçlar da göz önüne alınarak reçete yazılmalıdır.

Yaşlanmayla böbrek glomerüler filtrasyon hızının, karaciğer kan akımının ve yağsız vücut kütlelerinin azalması ilaçların dağılım ve eliminasyonunda önemli etkiler oluşturur. Yaşlılarda kan-beyin bariyerinin geçirgenliği de artar. İlaçların böbrek yoluyla atılımının azalmasına bağlı olarak kan düzeyleri yükselebilir. Özellikle etki aralığı dar olan ilaçların (digoksin, teofilin, coumadin gibi) doz ayarlaması bireyselleştirilmeli ve gerekirse ilacın kan düzeyine göre doz ayarlaması yapılmalıdır. Ayrıca yaşlılarda ilaç yan etkileri ve zehirlenme belirtileri klinik olarak belirsiz ve atipik olabilir.

Yaşlılarda gastrointestinal hastalıkların değerlendirilmesinde birlikte bulunan diğer hastalıkların hastanın yaşam kalitesine etkisi göz önüne alınarak yapılmalıdır. Hastanın ve hekimin tedavi öncelikleri her zaman örtüşmeyebilir. Bu durumlarda kısa dönemde hastanın rahatlatılması üzerinde yoğunlaşarak tedavi hedefleri belirlenmelidir. Yaşlı kişilerin sağlık durumlarının değerlendirilmesinde fiziksel, ruhsal ve sosyal durumlarıyla, bunların birbirlerine olan etkilerinin dikkate alınması gerekir.

Özofagus Hastalıkları ve Gastrointestinal Motilite

Genel olarak, özofagus gıdaların ağızdan mideye transferinden sorumlu olan anatomik bir bölge olup, yaşlanmadan vücuttaki diğer organlara göre daha az etkilenmektedir. Bununla birlikte yaşlılarda en sık rastlanılan problemlerden birisi yutma güçlüğüdür ve bazen malnütrisyonla yol açacak kadar ilerleyebilmektedir. Yaşlı hastalarda baryumlu özofagus grafilerinde sıklıkla bozulmuş motilite bulguları veya tersiyer kontraksiyonlar bulunabilir, ancak bunlar nadiren semptom oluştururlar. Manometrik çalışmalarda ise yaşlı hastalarda yutmayı takip eden kas kontraksiyonlarının amplitüdlerinde azalmalar görülmektedir.

Yaşlılarda karşılaşılan en sık problemlerden birisi yutma güçlüğüdür ve sıklıkla malnütrisyonla yol açmaktadır (tablo 3). Örneğin, yutma güçlüğüne bakım evlerinde kalan yaşlıların yaklaşık %50'sinde rastlanılmaktadır. Yaşa bağlı olarak gelişen motilite değişikliklerinin klinik önemi fazla olmadığından yaşlı hastalarda özofagus ile ilgili semptomların bulunması durumunda mutlaka organik nedenlerin araştırılması gerekmektedir. Bu nedenle yaşlı bir hastada yutma güçlüğü bulunması halinde ilk olarak özofagus kanserinin dışlanması gerektirmektedir. Yaşlı hastalarda sık görülen aspirasyon bulguları genellikle yutma bozuklarından kaynaklanmaktadır. En sık görülen yutma problemi dil, farinks, üst özofagus sfinkterinin neden olduğu orofaringeal bozukluklara bağlı disfajidir. Trombovasküler olaylar, nöromüsküler bozukluklar (Parkinson veya Myasthenia gravis gibi), servikal osteofit veya Zenker divertikülü gibi anatomik değişiklikler sık görülen nedenlerdendir. Bununla beraber, yaşlanmanın kendisinin de tükürük salgınımı gibi yutma işlemi ile ilgili bazı değişikliklere yol açtığı görülmüştür. Örneğin, yaşla beraber üst özofagus sfinkterini açan kaslarda meydana gelen değişiklikler sıklıkla yutkunma sırasında bu kasların görevlerini tam olarak yapamamalarına ve sonuç olarak ta, gıdaların özofagusu geçişlerinde azalmaya neden olmaktadır. Özofagusunda yapısal bir anormallik olmayan yaşlı hastalarda motiliteyi etkileyen hipotiroidi, amiloidoz, bağ dokusu hastalıkları veya diabetes mellitus gibi sekonder nedenlerin olması sık karşılaşılan durumlardır. Ayrıca yutma güçlüğü özofagusu dışarıdan bası, göğüs cerrahisi sonrasında oluşan yapışıklıklar, sol atriyal genişleme veya aortadaki değişiklikler sonucunda da oluşabilmektedir.

Tablo 3. Yaşlılarda görülen disfaji nedenleri

Yaşlılarda daha sık görülenler
Servikal osteofitler
Disfaji aortica
Zenker divertikülü
Yaşla birlikte sıklığı artanlar
Orofarengeal ve özofageal kanserler
Serebrovasküler olaylar
Nöromusküler hastalıklar
Parkinson hastalığı
Myastenia gravis
Amiyotrofik lateral skleroz
Post-polio sendromu
Özofajit
Gastroözofageal reflü hastalığı
İlaça bağlı özofajit
Bifosfanatlar
NSAİİ
Ferröz sülfat
Potasyum klorid
Tetrasiklin
Kinidin sülfat
Özofageal motilite bozuklukları
Akalazya
Nonspesifik motor değişiklikler (tersiyer kontraksiyonlar)
İlaç etkileri
Antikolinerjik
Antihistaminikler
Kalsiyum kanal blokerleri

Yaşlı hastalarda sıklıkla karşılaşılan özofagus problemlerinden birisi de ilaçlara bağlı gelişen özofajitlerdir (tablo 3). Sık kullanılan ilaçlardan antibiyotikler özellikle tetrasiklinler, demir preparatları, potasyum klorid, non-steroidal anti-inflamatuvar ilaçlar ve alendronat gibi osteoporoz ilaçları özofagusta erozyonlara ve bunun sonucu olarak ta yutma güçlüğüne neden olabilirler. İlaçlara bağlı erozyonlar genellikle kendiliğinden iyileşseler de nadiren kanama, perforasyon ve strüktür oluşumu gibi komplikasyonlara yol açabilirler. Hastaların ilaçlarını bol miktarda sıvı ile birlikte almaları ve ilaç alımından sonra yatmamaları oldukça önemlidir. Uyku ile birlikte azalan tüktük bezlerinin salgıları ve özofagusun peristaltizmindeki yavaşlama ilaçların özofagusa zarar verme ihtimalini arttırır.

Gastroözofajiyel reflü hastalığı yaşlılarda sık görülen bir diğer bozukluktur. Nedenleri arasında başlıca aşağı özofagus sfinkterinde meydana gelen kısmi değişiklikler ve yaşlanma ile birlikte özofagusun temizleme mekanizmalarının yetersizliği sayılabilir. Yaşlı hastalardaki gastroözofajiyel reflüde özofajiyel ağrıya daha az rastlandığı ve mevcut olan özofagus hasarına karşın semptomların daha hafif şiddette olduğu belirtilmiştir. Bununla beraber tedavi yaklaşımı

genç hastalardakine benzer şekilde yapılır. Yaşam tarzı değişiklikleri (az az ve sık sık yemek yeme, yedikten sonra yatmama, yatarken yüksek yastıkta yatma, kahve, sigara ve diğer alt özofageal sfinkter basıncını azaltan gıda ve ilaçlardan kaçınma, şişman olanların zayıflatılması gibi) mutlaka ilaç tedavisi ile birlikte uygulanmalıdır. Hafif ilaçtan (antasid) başlayıp giderek daha etkili (proton pompa inhibitörü –PPI-) ilaç verme yerine, direkt olarak başlangıçta etkili ilaçla (PPI) başlamak ve bir süre kullandıktan sonra da hastanın ihtiyacına göre doz ve süreyi belirlemek bugünün tedavi yaklaşımını oluşturmaktadır. Tıbbi tedaviye cevap vermeyen hastalarda nadiren de olsa cerrahi gerekebilir.

Gastrointestinal Kanama

Tedavi yöntemlerindeki tüm gelişmelere rağmen akut gastrointestinal sistem kanamaları yaşlılarda halen ciddi ve sıklıkla ölümcül bir klinik problem olarak durmaktadır. Akut gastrointestinal kanamalardan kaynaklanan ölümlerin %90'ı 65 yaş üstü hastalarda görülmektedir. Yaşlı hastalarda GIS kanamaların sık görülmesinin en önemli nedeni bu grupta yaygın olarak NSAİİ kullanılmasıdır. Ayrıca gençlerde H.pylorinin daha etkin bir şekilde tedavi edilmesi ve yine bu yaş grubunda (gençlerde) daha sık anti-sekretuar ilaçların (PPI gibi) kullanılması göreceli olarak bu grupta daha az GIS kanama ile karşılaşılmasına yol açıyor olabilir. Yaşlı hastalarda görülen gastrointestinal sistem kanamasının diğer nedenleri olarak çeşitli vasküler lezyonlar ve aortoenterik fistüller sayılabilir. Yaşlılarda kardiyovasküler hastalıkların profilaksisi için uygulanan antitrombotik tedavi de akut gastrointestinal kanama için bir diğer riski (veya var olan riskte artış) oluşturur. Yaşlı hastalardaki artmış morbidite ve mortalitenin en önemli nedenlerinden birini tanının koyulmasındaki gecikme oluşturur. Bu durum özellikle altta yatan lezyonun semptom ve bulgularının atipik olmasından kaynaklanmaktadır. Gecikmiş tanının olası bir diğer nedeni de genç hastaların daha sık olarak endoskopi yaptırılmalarını (doktorlar tarafından) teşvik etmelerine karşın, yaşlı hastaların endoskopiye girmelerine izin vermelerinde isteksiz davranmalarıdır. Günümüzde yaşla hastalara da güvenilir bir biçimde endoskopinin yapılabileceği ve hatta alarm semptomları arasında ileri yaşın yalnız başına bir endikasyon oluşturduğu yönündedir. Örneğin yapılan bir çalışmada yaşlı hastalarda demir eksikliğinde anemi olsun veya olmasın yapılan endoskopinin birçok spesifik önemli tanımlar koyabileceği gösterilmiştir. Yalnız işlem sürecince bu hastaların daha yakın takip edilmesi ve kullanılan sedatize edici ilaçların dozlarında bazı değişikliklerin yapılması gerekebilmektedir. Bununla beraber genel durumu iyi olan yaşlı hastalarda kullanılan peptik ülser ilaç dozlarını genç hastalardan daha düşük tutmamalıdır.

H.pylori Enfeksiyonu ve Nonsteroidal Anti-İnflamatuar İlaçlar

H pylori enfeksiyonu NSAİİ kullanıp dispepsisi veya peptik ülser hastalığı gelişen yaşlı hastaların yaklaşık tamamında pozitifdir. Klasik NSAİİ'lerin kullanımı gastroduodenal hastalık için iyi bilinen bir risk faktörü olup, bu risk gençlere göre yaşlılarda daha fazla önem arz etmektedir.

Yaşlı hastalardaki H.pylori enfeksiyonunun tedavisindeki önemli noktalardan birisi de H.pylori pozitifliğinin yaşlı hastalarda daha yüksek bulunması ve kimlerin tedavi edilmesi meselesidir (H.pylori eradikasyonu). Enfeksiyon çok sık olduğu için bazı yazarlar ileri yaşta tedavinin sınırlandırılması gerektiğini savunmaktadır. Bununla birlikte H.pylori eradikasyonunun riski azalttığı ancak tamamen ortadan kaldırmadığının bilinmesi de önemlidir.

Anti-H.pylori tedavisinin fonksiyonel dispepsisi olan hastalardaki klinik etkinliği halen tartişmalıdır. Bazı alışmalarda H.pylori eradikasyonunun yaşlı hastalardaki dispeptik yakınmaları kısa süreli de olsa azalttığı bildirilmekle beraber, genel olarak bu çalışmalar dikkatli bir şekilde dizayn edilmemiş, kontrolleri dikkatle seçilmemiş ve uzun süreli olmayan çalışmalardır.

Yaşlılarda H.pylori tanısında dikkat edilmesi gereken birkaç husus bulunmaktadır. Tanı gastrik biyopsi ile yapılacak ise biyopsi yeri dikkatle seçilmelidir, çünkü H.pylori anti-sekretuvar tedavi alan yaşlı kişilerde sadece fundusta veya korpusta bulunabilir. Eğer kronik gastrit mevcut ise ki yaşlı hastalarda gençlere göre bulunması daha muhtemeldir, o zaman H.pylori enfeksiyonu açık olmayabilir. Buna ek olarak antral biyopsilerden yapılan hızlı üreaz testinin 60 yaş ve üstü hastalarda 60 yaş ve altı hastalara göre daha düşük duyarlılığı olduğu gösterilmiştir. İleri yaşta önerilen H.pylori tedavisi 3'lü tedavi olup oldukça etkilidir. Bununla birlikte başarılı tedaviyi engelleyen sorunlar arasında, kullanılan ilaç dozlarının hastanın yaşlı olması nedeni ile düşürülmesi, yaşlı hastaların ilaçların sık görülen yan etkilerinden dolayı kullanmaması ve eradikasyon kılavuzlarına uyum gösterilmemesi sayılabilir.

NSAİİ kullanan yaşlı hastalarda karşılaşılan önemli bir soru bu ilaçların düşük doz aspirin ile kombinasyonunun gastrointestinal sistem kanama riskini arttırıp arttırmadığıdır. Bu risk yaşlılarda yapılan bir çalışmaya göre kesin olarak artmaktadır. Klasik NSAİİ ilaçların kullanımında ciddi yan etki riski yüksek olduğu için daha yeni olan siklooksijenaz 2 (COX-2) enzim inhibitörleri ile ilgili birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalarda kronik artriti olan yaşlı hastalarda bu ilaçların kullanımının daha az GİS yan etkilerine yol açtığı gösterilmiştir. Bununla beraber COX-2 inhibitörleri hipertansiyon ve su tutulumu gibi yaşlı hastalarda dikkatle değerlendirilmesi gereken yan etkilere sahiptir. Ayrıca COX-2 inhibitörlerinin antitrombosit etkileri olmadığı için bu ilaçları salisilatlar ile aynı anda kullanmayan kişilerde kardiyovasküler olayların arttığına dair kanıtlar bulunmaktadır (Günümüzde COX-2 inhibitörlerinin kullanımı ABD başta olmak üzere Ülkemizde dahil birçok ülkede yasaklanmıştır). Yüksek doz proton pompası inhibitörleri NSAİİ ilişkili gastroduodenal hasarın engellenmesinde en azından yapılan kısa süreli çalışmalarda oldukça etkili görünmektedir.

Bir diğer nokta yaşlılarda profilaktik amaçla (kardiyo-vasküler veya serebro-vasküler olayların önlenmesi) sıklıkla başvurulan düşük doz aspirin kullanımına bağlı ortaya çıkan GİS yan etkilerdir. Esasen GİS yan etkiler dozla (NSAİİ) beraber artsa da, en düşük doz dahi Gİ yan etki oluşturabilmektedir. Dolayısıyla bugün için emniyetli olabilecek herhangi bir NSAİİ dozu söz konusu değildir. Bu nedenle düşük doz aspirin kullanan hastalar GİS yan etkileri oluşturabilecek diğer risk faktörleri ile birlikte değerlendirilmeli (örn. birlikte NSAİİ kullanımı, H.pilori pozitifliği, daha önce GİS kanama geçirmiş olması, peptik ülser öyküsü... gibi) ve ona göre tedavi edilmelidir. Pratik olarak yeni ilaç başlanan (düşük doz aspirin) ve H.pilori pozitif olanlar eradike edilmeli, peptik ülser veya kanama öyküsü olanlara sürekli anti-sekretuvar tedavi (PPI) verilmelidir.

Diyare ve Malabsorpsiyon

Yaşlı hastaların çoğu kabızlıktan şikayetçi olmakta, ancak çok azı ishalden yakınmaktadır. Bundan dolayı malabsorpsiyonu da içeren ishal gibi hastalılar çok daha az dikkati çekmektedir. Bununla birlikte, hem akut hem de kronik diare görülebilmekte, ama daha da önemlisi bunların

diğer yaş gruplarına göre yaşlılarda daha ciddi seyretmeleridir. Akut diare çocuklukta oldukça sık görülmesine karşın, akut diareden olan ölümlerin %90'ı yaşlılarda görülmektedir. İnfeksiyöz diareler arasında Clostridium difficile en büyük morbidite ve mortalite nedenidir. Yaşlı hastalarda C.difficile enfeksiyonunun çok sık olmasının nedeni muhtemelen sıklıkla antibiyotik kullanılması ve ileri yaşlarda nispeten azalan hücresel immünerdir. Clostridium difficile enfeksiyonunun spektrumu oldukça nadir görülen hayatı tehdit edici kolitten, asemptomatik olarak taşıyıcılığa kadar değişim gösterebilir. Çoğu yaşlı hasta uygun tıbbi tedavi ile 1–2 hafta içinde iyileşmektedir. Kronik diare yaşlı hastalarda ayrıca kullanılan birçok ilaca bağlı olarak ta görülebilmektedir. Antibiyotiklere ek olarak, kardiyovasküler hastalıklar ve gastrointestinal sistem hastalıklarına karşı kullanılan birçok ilaç kronik diareye yol açabilmektedir. Yaşlılarda sıklıkla görülen diğer bir problem ise diyabete bağlı gelişen dairedir.

Malabsorpsiyon yaşlı hastalarda gençlerde olabilecek nedenlerin benzerleri ile oluşmaktadır; örn. postgastrektomi, intestinal rezeksiyon, pankreas hastalıkları ve çölyak hastalığı gibi. Bununla beraber yaşlanma ile malabsorpsiyonun klinik belirtileri oldukça sessizleşmektedir. Bunun nedeni ise muhtemelen kolona gelen hazmedilmemiş karbonhidrat ve yağlara karşı kolon mukozasının cevabının azalmış olmasıdır. Bakterilerin aşırı çoğalması sendromları (bakteriyel overgrowth) ise yaşlılarda, gençlerde sıklıkla birlikte görülen yapısal değişiklikler veya hastalıklar olmaksızın oluşur. Bu şekildeki bakteriyel aşırı çoğalmaların yaşlı hastalarda beslenme bozukluklarına yol açıp açmayacağı konusu halen açık değildir.

Çölyak Hastalığı

Çölyak hastalığı 60–80 yaş ve üzerinde giderek artan sıklıklarda görülmesi nedeniyle önemli bir morbidite sorunudur. Anti-endomyseal antikor ve doku transglutaminaz testleri gibi tarama testlerinin yaygın kullanımı ile hastalığın daha önce belirtildiğinden çok daha sık olarak görüldüğü ortaya konmuştur.

Esasen hastalığın bir gençlik çağı hastalığı olarak görülmesinden dolayı çoğunlukla 65 yaşın üzerindeki kişilerde tanıda gecikmeye neden olunmaktadır. Mikrobiyolojik testlerle subklinik çölyak hastalığı genel popülasyonda sıklıkla görülebilmektedir. Bundan dolayı, üst GIS endoskopisi yapılan hastalarda çölyak hastalığı düşündürtecek dispeptik yakınmalar olmasa da rutin duodenal biyopsi yapıp yapılmaması tartışılabilir. Çölyak hastalığı için yüksek riskli bir bölgede yaşayanlarda duodenal biyopsinin yapılması daha uygun gibi durmaktadır. Esasen spesifik semptomlar olmadığı sürece çölyak hastalığını dışlamak amacıyla rutin biyopsi alınmasının gerekli olmadığı kabul edilmektedir.

Diğer önemli bir nokta ise glutensiz diyet alan tanısı konulmuş bir çölyak hastasında, tedaviye uyumu takip etmek amacı ile hangi testi kullanmak gerektiğidir. Bu durum oldukça önemlidir, çünkü yaşlı hastalar glutensiz diyetin gerektirdiği gıda alımındaki değişiklikleri tolere edemeyebilirler. Bir çalışmada tedavi edilen çölyak hastalarında endomysial antikor kaybı ele alınmış ve glutensiz diyet ile bu serum belirtecinde azalma olduğu görülmüştür. Bununla birlikte endomysial antikorun kaybı her zaman için histolojik değişikliklerin düzelmesi anlamına gelmemektedir.

İnflamatuvar Barsak Hastalığı (İBH)

İBH genellikle gençlere özgü bir hastalık gibi düşünülmele birlikte yaşlılarda da sıklıkla görülmektedir. Son 10 yıl içinde dünya genelinde ülseratif kolit ve Crohn hastalığı ile ilgili birçok araştırma yapılmıştır. İBH insidansı değişik coğrafi bölgelere göre değişiklikler göstermektedir, ancak bu değişikliklerin genetik yatkınlıktan mı, yoksa değişik tanı imkanlarından mı kaynaklandığı açık değildir. Bununla birlikte hem ülseratif kolit, hem de Crohn hastalığının 60 yaşlarından sonra artış yaptığı konusunda geniş bilgi birikimi bulunmaktadır. Prevalans çalışmalarından elde edilen bilgilere göre bu hastalıklardan etkilenen yaşlı hastaların büyük bir bölümünün geriatrik yaş grubuna girdiği görülmektedir.

İBH yaşlılarda gençlere göre daha şiddetli seyreder ve mortalitesi de daha yüksektir. Bunun önemli bir nedeni yaşlı hastalarda tanının geciktirilmesi. Yaşlılardaki Crohn hastalığı gençlere göre ince barsağı daha az tutmakta ve sıklıkla kolon tutulumu olmaktadır. Diğer yandan kolonik Crohn hastalığı divertikülü taklit edebildiği için tanıda zorlanılabilmektedir.

Yaşlı hastalardaki önemli konulardan birisi de displazi ilişkili lezyonların benign neoplastik poliplerden ayırt edilmesidir. Çünkü her iki lezyon da biyopside displastik özellikler gösterebilir. Sporadik adenomatöz poliplerde polipektomi yapılması uygun bir tedavi yaklaşımını oluşturur. Bu lezyonları displazi ilişkili mukozal lezyonlardan ayırt etmenin yolu polipoid kütlelerin etrafından ve de bitişindeki düzgün mukozadan biyopsiler almaktır. Alınan örneklerde displazi görülüyor ise lezyon adenomdur (büyük olasılıkla). Bunun tersine etrafındaki düzgün mukozada displazi mevcut ise o zaman uygun tedavi olarak genellikle profilaktik kolektomi gerekmektedir.

Yaşlılardaki İBH'da önemli bir diğer husus ta tedavi ile ilgilidir. Hastalıkta kullanılan kortikosteroidler yaşlı hastalarda oldukça ciddi yan etkiler oluşturabilmektedir; bunlar diyabet gelişimi veya var olan diyabetin kötüleşmesi riski, katarak oluşumu, nöropsikiyatrik bozukluklar, hipertansiyon ve kemik kaybının hızlanması gibi. Diğer yandan 6-merkaptopurin ve azatiopurin gibi immunomodülatör ilaçlar birçok doktorun inandığının tersine oldukça iyi tolere edilirler. Kemik kaybına yol açan ilaçlara ek olarak son zamanlarda barsaktaki inflamasyonun da kendisinin osteoklastı hızlandıran ve bundan dolayı kemik kaybını arttıran bazı sitokinleri salgıladığı anlaşılmıştır. Bundan dolayı tedavinin amaçlarından birisi de özellikle yaşlı hastalarda daha zararlı olan bu tür kemik kaybını önlemek için etkili bir şekilde tedavi etmek ve İnflamatuvar cevabı baskılamaktır. Genellikle hastalarda kalsiyum alımını 1200-1500 mg/gün dozunda sağlamak, kontraendikasyonu yoksa postmenopozal kadınlarda hormon replasmanı yapmak ve bifosfonatlar ile farmakolojik tedavi gerekmektedir.

Yaşlılarda Gastrointestinal Kanser

Epitelyal kanserlerin dörtte üçü 65 yaşından daha ileri hastalarda görülmektedir. Gastrointestinal kanser insidansı yetmişli ve seksenli yaşlarda keskin bir şekilde artmaktadır, bundan dolayı bu yaş grubunda en sık rastlanan sağlık problemlerinden birisini oluşturmaktadır. Yaşlı kişilerde gastrointestinal kanser ile ilgili göz önüne alınması gereken noktalar şunlardır; koruyucu önlemlerin ne kadar süre ile devam etmesi, tanısız girişimlerde veya cerrahide modifikasyonlar yapılmalı mıdır, adjuvan ya da tedavi amaçlı kemoterapiler değiştirilmeli midir ve yaşlı kanser hastalarında kullanılan palyatif tedavilerin rolü nedir?

Prekanseröz iyi huylu adenomların ve erken evre kolorektal kanserin tanısı için tarama yapılması ABD’de standart bir işlem olmuştur. Bu amaçla herhangi bir riski bulunmayan kişilerde 50 yaşından başlayarak her beş yılda bir fleksible sigmoidoskopi ve her yıl guiac testi (gaita gizli kan taranması) yapılması, ailesinde kolorektal kanser öyküsü olan veya İBH bulunanlarda ise özel tarama programlarının uygulanması önerilmektedir. Bununla birlikte bu taramanın hangi yaşta durdurulması konusunda çelişkiler vardır. Kolorektal kanser insidansı 85’li yaşlara kadar artış gösterdiği için bu sorunun cevabı hastalığa yakalanmış kişilerin tedavi sonuçlarına göre verilmelidir. En basit noktadan ele alınırsa, eğer yaşlı bir kişinin yaşam belirtisi 5 yıldan daha az ise, küçük erken kanserlerin veya adenomların bu süre içinde ölümcül olmayacağı düşünülerek tarama yapılmayabilir.

Geçmişteki önemli olan konulardan birisi de yaşlı hastaların gastrointestinal kanser tanısı konulduktan sonra oldukça kötü seyretmeleri idi. Bu önyargı son 10-20 yılda yapılan düzenli çalışmalar ile yıkılmıştır. Önceleri semptomlar ve bulgular önemsenmediği veya yanlış yorumlandığı için gastrointestinal kanserler genellikle ileri evrelerde yakalanmakta idi. Dolayısıyla burada temel sorun hastalığın evresi ile ilgili olup, ileri yaşta ve erken evrede yakalanan bir GİS kanser başarılı bir müdahale yapmak mümkün olabilmektedir. Bir diğer ifade ile kansere spesifik yaşam süresinde yaşlı hastalarda belirli bir azalma söz konusu değildir. Hastalığın tanı sırasındaki evresinin yükselmesi ile birlikte kanser cerrahisi veya kemoterapi riski oldukça artmaktadır.

Son 10 yıl içinde abdominal cerrahide ortaya çıkan en önemli gelişmelerden birisi laparoskopik cerrahi işlemlerdir. Bu işlemler özellikle yaşlı hastalarda morbidite ve mortaliteyi düşürmüş ve daha hızlı post operatif iyileşme sağlamıştır. Metastaz yapmamış kolon kanserinin tedavisinde laparoskopik kolektomi ve açık kolektomiye karşılaştıran bir çalışmada laparoskopik kolektomide daha hızlı iyileşme, barsak peristaltizminde daha hızlı geriye dönüş, oral alımda hızlanma, daha kısa hastanede yatma ve daha az morbidite görülmüştür. Bundan dolayı kolorektal kanserin laparoskopik cerrahi rezeksiyonu yaşlı hasta grubunda morbidite ve mortaliteyi oldukça önemli ölçüde azaltmaktadır.

Yaşlı hastaların tedavisindeki en önemli önyargılardan birisi de adjuvan veya tedavi amaçlı kemoterapinin toksisite riskidir. Çoğu araştırmacı yaşlı hastalarda uygulanan tedavilerin başarısız sonuçlarının ya hiç kemoterapi yapılmamasından ya da normalde gençlerde uygulanan dozlardan daha düşük dozlarda ilaç uygulanmasından kaynaklandığını ileri sürmektedir. Son zamanlarda yapılan birçok çalışma da kolorektal kanserde kullanılan adjuvan ve palyatif kemoterapinin yaşlı hastalarda tolere edilebildiği ve etkili olduğu yönündedir.

Kaynakça

- 1.Firth M, Prather CA. Gastrointestinal Motility Problems in the Elderly Patient. *Gastroenterology* 2002;122:1688-1700
- 2.Gilinsky NH. Peptic ulcer disease in the elderly. *Gastroenterol Clin North Am* 1990;19:255-271
- 3.Holt PR. Diarrhea and malabsorption in the elderly. *Gastroenterol Clin North Am* 1990;19:345-359
- 4.Holt PR. Gastrointestinal disease in the elderly. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2003;6: 41-48
- 5.Lock G. Physiology and pathology of the oesophagus in the elderly patient. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology* 2001;15 (6): 919-941
- 6.Newton JL. Care of the elderly with gastrointestinal problems in family practice. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology* 2001;15 (6): 1013-1025
- 7.Quirik DM, Friedmen LS. Approach to gastrointestinal problems in the elderly. Yamada T (ed). *Textbook of Gastroenterology*. Lippincott Williams and Wilkins Philadelphia, 1999.
- 8.Pirlich M, Lochs H. Nutrition in the elderly. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology* 2001;15 (6): 869-884
- 9.Reinus JF, Brandt LJ. Effects of Aging on Digestive Function, Disorders, and Diseases. Haubrich WS, Schaffner F (eds). *Bockus Gastroenterology*. 5 th Edition. WB Saunders Company ,Philadelphia, Pennsylvania. p3301-3312, 1995.
- 10.Segal WN, Cello PH. Hemorrhage in the upper gastrointestinal tract in the older patient. *Am J Gastroenterol* 1997;92:42-46