

## Deliryum, Demans ve Diğer Amnestik Bozukluklar

Yrd. Doç. Dr. Emrah SONGUR  
Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD

## DELİRYUM

### Deliryum Tanım

- Deliryum;
  - **Bilinç, dikkat, kognisyon** ve algılamada
  - Saatler ya da günler gibi **kısa sürede** gelişen bozulma ile karakterize,
  - **Düşünceyi, psikomotor aktiviteyi** ve **emosyonel durumu** da etkileyen **nörodavranışsal belirtilerin** olduğu,
  - Genellikle **geriye dönüşlü**,
  - **Çok sayıda etkenin** neden olduğu,
  - **Demans** hastalığının seyri ile açıklanamayan,
  - Gün içinde **dalgalı seyir** gösteren
 bir **linik sendromdur**.

### Deliryum

- Sıklıkla genel **tıbbi sorunlar** nedeniyle yatırılan hastalarda gözlenir.
  - Mevcut bedensel hastalığın **kötüye gittiğini** ya da yaşamı tehdit eden **ek bir sorun**un geliştiğinin habercisi olabilir.
- Deliryum;
  - Hastanede **yatış süresi**,
  - **Morbidite** ve **mortalitede** artma,
  - Gelecekte daha **kötü bilişsel** ve **fiziksel işlevsellik** düzeyi ile anlamlı derecede ilişkilidir.

### Deliryum Epidemiyoloji

- Deliryum en sık **yaşlı hastalarda**, **ameliyat sonrasında** ve **hastalıkların son evrelerinde** görülür.
- Genel hastane ortamlarında **%10-30** oranında görülmektedir.
  - Yaşlı hastalarda %10-30
  - Acil servislerde %46
  - Yoğun bakım ünitelerinde %20-70
  - Son evre hastalığı olanlarda %80
  - Demans hastalarında %22-89
  - Yatarak tedavi gören kanser hastalarında %18

### Deliryum Risk etkenleri

- İleri yaş (**özellikle >=80 yaş**)
- **Bilişsel işlevlerde bozukluk**
- Erkek cinsiyet
- Alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı
- Sigara içme öyküsü
- Sedatif-hipnotik kötüye kullanımı/bağımlılığı
- Çoklu ilaç kullanımı
- Deliryum öyküsünün varlığı
- Serebrovasküler hastalık öyküsü
- Hipertansiyon
- Ateş ya da hipotermi
- Dehidratasyon
- Anormal bilirubin düzeyleri
- Azotemi
- Hipoalbuminemi
- Acil cerrahi
- Ameliyat öncesi
  - Depresif belirti varlığı
  - Narkotik analjezik kullanımı
  - Anormal sodyum, potasyum ve glukoz düzeyleri
- > 4 saat ameliyat süresi
- Ameliyat sonrası kontrol edilemeyen ağrı

Risk faktörlerinin kontrol altına alınması deliryum riskini %30-40 azaltır.

## Deliryum

### Risk etkenleri – İleri yaş

- İleri yaşta deliryuma duyarlılığın artışının sebepleri;
  - Beyinde **kolinerjik aktivite ↓**
  - Çeşitli **kronik hastalıkların** olması
  - **Görme ve işitme** işlevlerinde **↓**
  - **ilaç metabolizmasında** değişiklikler
- **Demanslı** hastalarda deliryum daha kolay gelişir.
- Hastaneye çeşitli sebeplerle yatan ve özellikle ameliyat edilecek yaşlı hastalarda bilişsel işlevlerin değerlendirilmesi ve bir bozukluğun varlığında deliryum yönünden yakından izlenmesi önemlidir.

## Deliryum

### Risk etkenleri – İyatrojenik etkenler

- **Çoklu ilaç uygulamaları**, analjezik, antikolinerjik ve sedatif etkili ilaçların kullanımı iyatrojenik risk etkenleridir.
  - Ameliyat öncesi narkotik analjezik alanlarda x 2
    - Analjezikler ameliyat sonrasında kullanıldığında risk ↓
  - Ameliyat öncesi alkol, benzodiazepin kullananlarda deliryum daha sık görülür.

## Deliryum

### Risk etkenleri – Çevresel etkenler

- Önemli bir kısmı **önlenebilir** niteliktedir.
    - Sık **mekan** değişikliği
    - Okuma gözlüğü ve **saat** yokluğu
    - Bir **aile üyesinin** olmaması
    - Tıbbi ya da fiziksel **kısıtlamalar**
- deliryumun şiddetiyle ilişkilidir.

## Deliryum

### Etiyoloji

- Deliryum tek bir nedenden ziyade, **birden çok etkenin** bir araya gelmesiyle ortaya çıkmaktadır.
- Tedavide kullanılan ilaçlar deliryumun **%40'**ından sorumludur.
  - Antikolinerjik yan etkileri olanlar, sedatif-hipnotikler, narkotik analjezikler
- Olguların yaklaşık **yarısında özgül neden** bulunamamaktadır.

## Deliryum

### En sık görülen sebepler

- Merkezi Sinir Sistemi Bozuklukları
  - Epilepsi (iktal, intraiktal, postiktal)
  - Serebrovasküler olaylar
  - Migren
  - Kafka travması
- Enfeksiyonlar
- Neoplastik hastalıklar
- Metabolik bozukluklar
- Endokrinopatiler
- Sıvı-elektrolit bozuklukları
- Asit-baz dengesi bozuklukları
- Hipoglisemi
- Hipoksi
- **Tiamin eksikliği**
- Böbrek yetmezliği
- Ameliyat sonrası durum
- Şiddetli travma
- Malnutrisyon
- Kardiyopulmoner hastalıklar
  - Miyokard enfarktüsü
  - Aritmiler
  - Konjestif kalp yetmezliği
  - Konjestif kalp yetmezliği
  - Akciğer yetmezliği
- Madde kötüye kullanımı
  - Alkol
  - Amfetamin
  - Kokain
  - Kannabis
  - Opiyatlar
  - Halüsinojenler
- **İlaçlar ve toksinler**
  - Narkotik analjezikler
  - Non-steroid antiinflamatuar ilaçlar
  - Anti-biyotikler
  - Sedatif-Hipnotikler
  - Antihistaminikler
  - Antikonvülanlar
  - Antiparkinson ilaçları
  - Antihipertansif ve kardiyovasküler ilaçlar
  - Kortikosteroidler
  - Antiastmatik ilaçlar
  - Lityum ve antikolinerjik özellikli psikootropalar
- Organofosfatlar
- Karbonmonoksit

## Deliryum

### Tanı – DSM-IV-TR

- Genel tıbbi duruma bağlı deliryum
- Madde intoksikasyonu deliryumu
- Madde yoksunluğu deliryumu
- Çoğul etiyolojiye bağlı deliryum

## Deliryum

### Tanı – DSM-IV-TR

- Dikkati** belirli bir konu üzerinde odaklama, sürdürme ya da yeni bir konuya kaydırma yetisinde azalma ile giden **bilinç bozukluğu** (yani çevrede olup bitenin farkında olma düzeyinin azalması)
- Daha önce var olan yerleşik **demans ile açıklanamayan algı bozukluğunun** ortaya çıkması ya da **bilişsel değişiklik** (bellek, yönelim ya da dil bozukluğu gibi) olması
- Bu bozukluklar **kısa süre** içinde gelişir (genellikle saatler ve günler içinde) ve gün içinde **dalgalanmalar** gösterme eğilimi taşır.
- .... Tıbbi neden, madde intoksikasyonu/yoksunluğu, çoğul etiyojoloji...

## Deliryum

### Klinik görünüm

- **Bilinç bozukluğu;**
  - Deliryumun **değişmez bulgusudur.**
  - Çevresel uyarılara farkındalık ↓
  - Dikkati bir konuda toplamakta ve sürdürmekte güçlük
- **Dikkat bozukluğu;**
  - Dikkat önemsiz uyarılara **kolayca dağılır**
  - Sorulara soruları ve verilen emirleri anlamaz ya da bunlara tekrar tekrar aynı sözel ve motor yanıtları verebilir.

## Deliryum

### Klinik görünüm (Devam)

- **Yönelim bozukluğu;**
  - Hastaların çoğunun yönelimi bozuktur.

## Deliryum

### Klinik görünüm (Devam)

- **Algı bozukluğu;**
  - **İllüzyon** ve **halüsinasyonları** içerir.
    - En sık **görsel halüsinasyon** izlenir (%27-77)
    - Basit ya da karmaşık halüsinasyonlar olabilir.
    - İşitsel halüsinasyonlar %4-15
    - Dokunsal halüsinasyonlar %2,7
    - İllüzyonlar %9-23
  - Hastaların **%60'**ında bulunur.

## Deliryum

### Klinik görünüm (Devam)

- **Bellek bozukluğu;**
  - **Kaydetme, tutma** ve **hatırlama** gibi bellek işlevleri bozulur.
  - **Yakın bellekte** bozulma uzak bellekteki bozulmadan daha çöktür.
  - **Geri dönüşlüdür.**

## Deliryum

### Klinik görünüm (Devam)

- **Düşünce akışı ve içeriğinde bozukluklar;**
  - Dikkat kusurları bilginin elde edilmesini, organizasyonunu ve kullanımını bozar.
    - Düşünce mantıksız ve anlaşılmaz hale gelebilir ve hezeyan gelişir.
  - Deliryumlu hastaların **%18-62'**sinde hezeyanlar görülür.
    - Sıklıkla **kötülük görme** türündedir.
    - Yönelim bozukluğuyla bağlantılıdır.

## Deliryum

### Klinik görünüm (Devam)

- **Konuşma bozuklukları:**
  - Hastaların **%47-93'**ünde görülür.
  - Konuşma birbiriyle ilişkisiz ve anlamsız bir hal alabilir, konudan konuya geçişler ve çevresel konuşma görülebilir.
- **Belirtilerin diüurnal değışikliği:**
  - Deliryumda belirtilerin şiddetinin gün içinde **dalgalanma göstermesi** tipik bir görünüm olup, hastaların hemen hepsinde görülür.
  - Belirtiler özellikle **geceleri** kötüleşir.
  - **Hastayla muayene anındaki gözlemlere güvenilmemeli, yakınlarından ve tedavi ekibinden bilgi alınmalıdır.**

## Deliryum

### Klinik görünüm (Devam)

- Emosyonel durum, uyku-uyanıklık döngüsü ve psikomotor aktivite bozuklukları tanı ölçütlerinde yer almasa da deliryumu olan bireylerde sık görülür.
  - Deliryumlu birey; **anksiyete, korku, öfori, irritabilite, apati ve ilgisizlik** sergileyebilir.
  - **Duygulanımı oynak** olabilir.
  - **Gündüz vakti uykulu** olma, **gece** vaktinde **ajitasyon/eksitasyon** görülebilir.
  - **Psikomotor aktivitede** artma veya azalma olabilir.

## Deliryum

### Klinik görünüm (Devam)

- Psikomotor aktiviteye göre deliryum üçe ayrılır;
  - **Hipoaktif deliryum (%24)**
    - Uyanıklık düzeyinde azalma, konuşmada yavaşlama, laterji, apati ve motor aktivitede azalma vardır.
  - **Hiperaktif deliryum (%30)**
    - Aşırı uyarılmışlık hali, huzursuzluk, hızlı ve yüksek sesle konuşma, irritabilite, öfori, dikkat dağınıklığı, gezinme, kabus görme yanında otonomik belirtiler (ateş basması, tremor, taşikardi)
    - Prognozu diğer türlere göre daha iyidir.
  - **Karma (mikst) tablolar (%46)**

## Deliryum

### Gidiş ve Prognoz

- Yatan hastaların çoğunlukla **yatışının ilk 5 günü** içinde gelişir ve ortalama aynı sürede düzeler.
  - Şiddetli durumlarda **düzleme 6-8 haftayı** bulabilir.
- Geri dönüşlü olsa da yaşlı hastaların **%15'**inde bir yıl sonra bile belirtiler devam edebilir.
  - **Demanslı** olgularda bu oran **%50'**ye kadar çıkar.
- **Hiperaktif formu daha iyi prognoza** sahip.

## Deliryum

### Ayrırcı tanı

- Demans
- Şizofreni
- Mani-depresyon

	Deliryum	Demans
Hastalık öyküsü	Akut hastalık	Kronik hastalık
Başlangıç	Hızlı	Sinsi (genelde)
Süre	Günler ve haftalar içinde	Aylar ve yıllar içinde
Gidiş	Dalgalı seyir	Kronik olarak ilerleyici
Bilinç seviyesi	Dalgalı	Normal
Oryantasyon	Bozulmuş – en azından periyodik olarak	Başlangıçta etkilenmemiş
Affekt	Anksiyöz, irritabl	Oynak ama genelde anksiyöz değil
Düşünce	Sıklıkla bozulmuş	Miktan azalmış
Hafıza	Yakın bellek belirsiz olarak bozulmuş	Hem yakın hem uzak bellek bozulmuş
Algı	Halüsinasyonlar sık (özellikle görsel)	Halüsinasyonlar daha az sıklıkta (gün batımı fenomeni dışında)
Psikomotor işlev	Retarde, ajite veya mix	Normal
Uyku	Uyku-uyanıklık döngüsü bozuk	Uyku-uyanıklık döngüsü daha az bozulmuş
Dikkat ve farkındalık	Belirsiz olarak bozulmuş	Daha az bozulmuş
Geriyeye dönüşlülük	Sıklıkla geriyeye dönüşlü	Çoğunlukla geriyeye dönüşlü değil

## Deliryum

### Ayrırcı tanı - Şizofreni

- Şizofrenide;
  - Bilinç ve yönelim bozukluğu görülmez.
  - Düşünce akışı bozukluğu, hezeyan ve halüsinasyonlar süregündir ve gün içinde dalgalanma göstermez.
- Deliryumda;
  - **Hezeyanlar** bölük pörçüktür ve şizofrenideki gibi sistemli değildir.
  - Halüsinasyonlar daha çok **görsel**, canlı ve hastayı rahatsız edici niteliktedir.

## Deliryum

### Ayrırcı tanı – Mani-depresyon

- Duygudurum bozukluklarında bilinç ve yönelim bozukluğu görülmez.
- Deliryumda duygudurum bozukluğunun diğer belirtileri gözlenmez.

Deliryum'un ayrırcı tanısı				
	Deliryum	Demans	Depresyon	Şizofreni
Başlangıç	Akut	Sinsi	Değişken	Değişken
Gidiş	Dalgah	Sıklıkla ilerleyici	Düzensiz değişimler	Değişken
Geri dönüşü olma	Genellikle geri dönüşü	Genelde geri dönüşü	Genellikle geri dönüşü, tekrarlaysı olabilir.	Geri dönüşü değil, fakat alevlenmeler olur.
Bilinç seviyesi	Bozulmuş	Son dönemlere kadar bozulmayabilir	Genellikle bozulmamıştır	Bozulmamış (akut dönemde şüpheli)
Dikkat ve bellek	Zayıf hafıza ile birlikte görülen dikkat dağınıklık birincildir.	Belirgin dikkat bozukluğu olmaksızın zayıf bellek	Orta derecede dikkat problemleri, değişken desen, bellek bozulmamış	Zayıf dikkat, değişken desen, bellek bozulmamış
Halüsinasyonlar	Genellikle görsel; işitsel, taktil, gustatuvar ve olfaktor halüsinasyonlar da görülebilir.	Görsel veya işitsel olabilir.	Genellikle işitsel	Genellikle işitsel
Sarılar	Kısa süren, parçalı, genelde perspektüvar	Paranoid	Kompleks ve duygusal duruma uyumlu	Sık, kompleks, sistemattir, sıklıkla paranoid

## Deliryum

### Tedavi

- **Alta yatan nedenlerin** belirlenmesi ve tedavisi
- **Çevresel ve destekleyici** müdahaleler
- **İlaç** tedavileri

## Deliryum

### Alta yatan nedenlerin belirlenmesi ve tedavisi

- Deliryumun başarılı şekilde tedavi edilmesinde alta yatan neden ya da nedenlerin belirlenip düzeltilmesi esastır.
  - Hastanın hayatını tehdit eden bir durumun olup olmadığı araştırılır → gerekirse acil müdahale
  - **Sebebi araştırmaya yönelik testlerin** yapılmasının yanında hastanın vital bulguları, sıvı alımı ve çıkışı, oksijenizasyonu kontrol edilir.
  - **Mevcut ilaç tedavisi** gözden geçirilir.

## Deliryum

### Çevresel ve destekleyici müdahaleler

- Deliryumu düzeltmekten ziyade şiddetinin artmasını engellemeye yönelik müdahalelerdir;
  - *Şiddeti arttıracak çevresel etkenleri azaltmak*
  - *Optimal düzeyde çevresel uyarı sağlamak,*
  - *Hastanın kendisine/çevresine zarar vermesini engellemek*

## Deliryum

### Çevresel ve destekleyici müdahaleler (Devam)

- Saat, takvim, aile fotoğrafları gibi nesnelere **hastanın yönelimine yardımcı olunur.**
- Hastanın yattığı **oda yeterli derecede aydınlatılmalı**
- Hasta odasında aşırı gürültüden, hastanın gece uyandırılmasından kaçınılmalı
- **Oda ve tedavi ekibi mümkün olduğu kadar değiştirilmemelidir.**

## Deliryum

### Çevresel ve destekleyici müdahaleler (Devam)

- Hastanın **işitme ve görme sorunları** giderilmeye çalışılmalıdır.
- Zorunlu olmadıkça **kateter, idrar sondası** takılmamalı.
  - Fiziksel kısıtlamalar hastanın ajitasyonunu artıracığından ve deliryumu derinleştireceğinden bu yönetime son çare olarak başvurulmalıdır.

## Deliryum

### İlaç tedavileri - Antipsikotikler

- Deliryumun halüsinasyon, hezeyan, ajitasyon ve agresyon belirtilerini kontrolde en sık tercih edilen ilaçlar **antipsikotiklerdir.**
  - Daha çok **haloperidol** kullanılır.
    - **Terapötik penceresi açık**
    - Daha **az sedasyon** yan etkisi
    - **Antikolinerjik yan etkisi** çok azdır
    - **1-10 mg/gün** genelde yeterlidir. Yaşlı hastada **5 mg/gün**'ün üzerine çıkılması nadiren gerekir
    - IV (yakın takiple) , oral, intramusküler verilebilir. IV verildiğinde **daha az EPS**

## Deliryum

### İlaç tedavileri – Antipsikotikler (Devam)

- Klorpromazin gibi antikolinerjik yan etkisi yüksek olan ilaçlardan kesinlikle kaçınılmalıdır.
- Antipsikotikler belirtiler kontrol edildikten sonra **3-5 günde kesilir.**
- Yeni çalışmalarda atipik antipsikotiklerden **risperidon, olanzapin, ketiapin ve amisülpiridin** de deliryumda güvenli ve etkili olduğunu göstermiştir.

## Deliryum

### İlaç tedavileri - Benzodiazepinler

- Deliryum **belirtilerini alevlendirebilir, var olan deliryumun derinleştirebilir, sedasyon, amnezi, ataksi ve solunum depresyonu** yapabilirler.
  - **Alkol, sedatif-hipnotiklerin yoksunluğuna** bağlı deliryum dışında kullanılmaz.
  - Kullanılacaksa **kısa etkili lorazepam** kullanılmalıdır.
  - **Hepatik yetmezliğe** bağlı deliryumlarda haloperidol yerine **lorazepam** tercih edilmelidir.

## Deliryum

### Tedavi

- Diğer ilaçlar;
  - **Antikolinerjiklerin** neden olduğu deliryumda **fizostigmin**
  - **Ağrının** alevlendirici bir etki olduğu durumlarda **morfin** gibi opioidler yararlı olabilir.
- **Elektrokonvülfiz Terapi (EKT)**
  - İntravenöz yüksek doz haloperidol dahil tedavi seçeneklerinin başarısız olduğu durumlarda ajitasyonu olan hastalara EKT uygulanabilir.

## DEMANS

## Demans

- **Bellek ve dil yetileri, soyut düşünme, yargılama** gibi zihinsel işlevlerde görülen **edinilmiş, süregen** bir yetersizlik durumudur.
  - Doğrudan bir hastalık tanısı değil, çok farklı nedenlerle ortaya çıkabilen bir durumdur.
- Demans hastalarının **%11'i** tedavi edilebilir.
  - Tanı konulduğunda nedene yönelik incelemeler yapılmalıdır.
- Demans çoğu zaman **süregen ve ilerleyicidir**.

## Demans

- Erişkinlerde **merkezi sinir sisteminin hasarlanması** sonucu,
- **bilinç bulanıklığı olmaksızın,**
- **birden fazla kognitif alanın** bozulması,
- bununla ilintili olarak **günlük yaşam aktivitelerinin** eski düzeyinde sürdürülememesine neden olan,
- doğal seyri açısından **kalıcı,**
- sıklıkla da **ilerleyici** bir **klirik tablodur\***.

\* Itfnooroloji.org, (2015). Demans Sendromu, Alzheimer Hastalığı ve Alzheimer Dışı Demanslar. [online] Available at: <http://www.itfnooroloji.org/demans/demans.htm> [Accessed 20 Apr. 2015].

## Demans

### Sıklık ve Yaygınlık

- **Yaşlı nüfus** çoğaldıkça demans sıklığı artmaktadır.
- **Kafa travmaları ve kronik alkolizm** sebebiyle son yıllarda demans artış göstermiştir.
- Amerika'da;
  - > **65 yaş %5**
  - > **85 yaş %20-40**
- Avrupa ülkelerinde;
  - > **65 yaş %5,9-9,4**

## Demans

### Tanı

- Demans tanısı koymak için **bellek bozukluğu** mutlaka olmalıdır.
- Bellek bozukluğu yanında ek olarak aşağıdaki belirtilerden en az birinin olması gerekir;
  - **Afazi**
  - **Agnozi**
  - **Apraksi**
  - **Frontal lob yürütücü işlevlerinde bozulma**
- Bu belirtilerin varlığı günlük **sosyal ve mesleki yaşamı engelleyecek** kadar şiddetli olmalıdır.

## Demans

### Belirti ve Bulgular

- Genel görünüm ve davranış
  - Hasta çoğu kez **dış görünüşüne karşı aldırılmaz ve ilgisizdir**.
  - Giyimi eskisi kadar titiz ve temiz **değildir**.
  - Davranışlarında bazen **durgunluk, ilgisizlik**, bazen **taşkınlık** ve genel bedensel durumuna bağlı belirtiler görülür.
- Konuşma ve ilişki kurma
  - Hastada değişik derecelerde **afazi, dizartri** (vasküler bunama), **ses kısıklığı** (Parkinson hastalığı) olabilir.

## Demans

### *Belirti ve Bulgular – Duygulanım*

- **Bunaltı**
  - Bellek, yönelim ve yargılamadaki bozukluklar yüzünden panik derecesinde korku ve bunatıya kapılabilir.
- **Depresyon**
  - Demans hastalarında depresyon belirtileri sık görülür.

## Demans

### *Belirti ve Bulgular – Duygulanım (Devam)*

- **Patolojik gülme ve ağlama**
  - Beynin vasküler ve dejeneratif hastlıklarında görülür.
  - Küçük bir uyardan tetiklenen duygusal yanıt çok abartılıdır.
- **Apati ve ilgisizlik**
  - Kimi hastalar durgun, ilgisiz ve kaygısız olabilir.
- **Çoşku ve taşkınlık**
  - Çok sık olmamakla birlikte bazı hastalarda ikincil mani biçiminde çoşku ve taşkınlık belirtileri izlenebilir.

## Demans

### *Belirti ve Bulgular – Bilişsel yetiler (Devam)*

- **Bilinç: açıktır.**
- **Yönelim:** ağır demansta hasta insanları, yakınlarını tanımayabilir, evde odaları karıştırabilirler.
- **Dikkat: dağınıktır.** Dikkati belli bir konuya uzun süre veremezler
- **Algı:** Sıklıkla **görme**, daha ender **işitme** varsanılları olur.
  - Varsanıllar en sık **Lewy cisimcikli demans ve Parkinson hastalarında** görülür.

## Demans

### *Belirti ve Bulgular – Bilişsel yetiler (Devam)*

- **Bellek**
  - **En temel, olmazsa olmaz belirti** bellek bozukluğudur
  - Kayıt, depolama ve çağırma özellikleri bozulur
  - En son öğrenilen ilk unutulur.
    - **Başlangıçta yakın bellek** bozulur. Hastalık ilerledikçe **uzak bellek** de etkilenir.

## Demans

### *Belirti ve Bulgular – Bilişsel yetiler (Devam)*

- **Frontal lob yürütücü işlevleri**
  - Soyut düşünme, planlama, başlama, sıraya koyma ve karmaşık hareketleri sonlandırabilmiyi içeren frontal lob yürütücü işlevleri bozulur.
  - Atasözleri, deyimleri ve şakaları anlayamazlar
  - Benzerlik ve farklılıkları algılayamazlar
- **Hesaplama**

## Demans

### *Belirti ve Bulgular – Bilişsel yetiler (Devam)*

- **Yargılama**
  - Düşünceleri, eğilimleri, dürtüleri yargılama ve denetleme yetisi zayıflar
  - **Neden sonuç ilişkisi kuramazlar**
  - Çabuk kızar, uygunsuz sözler söyler, saldırgan ya da cinsel davranışlarda bulunabilirler.



## Demans

### Belirti ve Bulgular – Bilişsel yetiler (Devam)

- Diğer temel bilişsel bozukluklar
  - **Afazi (dil işlevlerinde bozulma)**
    - En temel belirtilerden
    - Konuşmanın akıcılığı, anlama, tekrarlama, adlandırma, okuma, yazmada bozukluklu görülebilir.
  - **Apraksi**
    - Bilinç açıkken, motor işlevlerde bozukluk olmadığı halde ortaya çıkan motor beceriksizlik
  - **Agnozi**
    - Duyu organlarında bozukluk olmadığı halde nesnelere tanıyamama durumudur.

## Demans

### Belirti ve Bulgular – Düşünce süreci ve içeriği

- Hastanın **düşüncesi farkirleşir**
- Bellek bozukluğu sebebiyle **çağrışımlar kopuk ve dağınık** olabilir.
- Hasta bazı sözleri ve hareketleri kalıplaşmış şekilde yineleyebilir (**perseverasyon**)
- **Saplantılar, cimrilik tutukları, mal, mülk, ölüm düşünceleri** olabilir.
- **Kıskançlık, kötülük görme** sanrıları izlenebilir.

## Demans

### Belirti ve Bulgular – Bedensel ve fizyolojik belirtiler

- Uyku genellikle bozulur
  - **Uykusuzluk ya da uykuya aşırı eğilim**
- Yeme isteksizliği veya aşırı yeme görülebilir.
- Süregen ve inatçı kabızlık önemli bir sorun olabilir.

## Demans

### Belirti ve Bulgular – Kişilik değişimi

- Demansta belirgin kişilik değişimi görülebilir.
  - Eski kişilik özellikleri abartılı şekilde belirir.
  - Kimi hastalarda da eski kişilik özelliklerinin tersi görülür.
- Orta yaş ve sonrasında görülen kişilik değişikliklerinde hastayı demans yönünden değerlendirmek gerekir.

## Demans

### Etiyoloji

- Beynin dejeneratif hastalıkları
  - Alzheimer Hastalığı
  - Lewy Cisimcikli demans
  - Pick hastalığı
  - Huntington koreisi
  - Parkinson hastalığı
- Serebrovasküler nedenler
  - Enfarktlar
  - Binswanger hastalığı (Subkortikal iskemiyeloplaki)
- Metabolik ve endokrin hastalıklar
  - Kronik böbrek yetmezliği
  - Hipotiroidizm
  - Hipopituitarizm,
  - Hipo/hiperparatroidizm
  - Addison
  - Cushing
  - Hipersülinizm
  - Hipoksi
  - Anoksi
  - Wilson Hastalığı (Hepatolentiküler dejenerasyon)
  - Paget hastalığı
  - Porfiri
  - Vitamin eksiklikleri
- Beyin içinde yer tutan lezyonlar
  - Urtar
  - Kafa travması
    - Subdural hematom
  - Epilepsi
  - Enfeksiyonlar
    - Sifiliz
    - AIDS
    - Kronik menenjit
    - Beyin absesi
    - Lyme hastalığı
    - Whipple hastalığı
    - Kuru
    - Subakut sklerozan panensefalit
    - Profresif multifokal lökosenesefalit
    - Piron hastalıkları (Creutzfeld-Jacob Hastalığı)
  - Zehirlenmeler
    - Alkol
- Normal basınçlı hidrosefali
- Güneş çarpması
- Elektrik çarpması
- Kan hastalıkları
  - Anemi
  - Eritremi
  - Trombotik trombositopenik purpura
- Demyelinizan hastalıklar
  - Multiple Skleroz
- Başka nedeni bilinmeyen hastalıklar
  - Sarkoidoz
  - Histiositosis
- Ağır metaller
- Karbonmonoksit
- İlaçlar
  - Antikolinerjikler
  - Barbitüratlar
  - Radyasyon
  - Organik bileşikler
    - Nitrobenzen
    - Organofosfat
- B1, folat, B12, nikotik asit
- Vitamin beherlenmeleri
  - A ve D vitamini
  - Kanserin uzak etkisi

## Demans

### Etiyoloji

- Tüm demanslar içinde;
  - Alzheimer tipi demans %60
  - Vasküler tip demans %15
  - Tedavi edilebilir sebeplere bağlı demans %5-11

## Demans

### Tedavi edilebilir demans sebepleri

- \* Beynin dejeneratif hastalıkları
  - Alzheimer Hastalığı
  - Lewy Cisimcikli demans
  - Pick hastalığı
  - Huntington koreisi
  - Parkinson hastalığı
- \* Serebrovasküler nedenler
  - Enfarktüs
  - Binowanger hastalığı (Subkortikal İskemselafopati)
- \* Metabolik ve endokrin hastalıklar
  - Kronik böbrek yetmezliği
  - **Hipotiroidizm**
  - **Hipoparatiroidizm**
  - **Hipo/hiperparatiroidizm**
  - **Adison**
  - **Cushing**
  - **Hiperaldalinizm**
  - Hipoksi
  - Anoksi
  - Wilson Hastalığı (Hepatolentiküler dejenerasyon)
  - Paget hastalığı
  - Porfiri
  - **Vitamin eksiklikleri**
- \* **B<sub>12</sub>, folat, B<sub>9</sub>, nikotinik asid**
  - Vitamin zehirlenmeleri
    - \* A ve D vitamini
  - Kanserin uzak etkisi
- \* Beyin içinde yer tutan lezyonlar
  - **Ürter**
  - **Subdural hematom**
- \* Epilepsi
- \* Enfeksiyonlar
  - **Sifiliz**
  - **AIDS**
  - **Kronik menenjit**
  - **Beyin absesi**
  - **Lyme hastalığı**
  - **Wernicke hastalığı**
  - Kuru
  - Subakut sklerozan panensefalit
  - Profresi multilokal İskemselafopati
  - Piron hastalığı (Creutzfeld-jacob Hastalığı)
- \* Zehirlenmeler
  - **Alkol**
  - Ağır metaller
  - Karbonmonoksit
  - İlaçlar
    - \* Antikolinerjikler
    - \* Barbitüratlar
  - Radyasyon
  - Organik bileşikler
    - \* Nitrobenzen
    - \* Organofosfat
- \* **Normal basıncılı hidrosefali**
  - Güneş çarpması
  - Elektrik çarpması
  - Kan hastalıkları
    - Anemi
    - Eritrems
    - Trombotik trombositopenik purpura
  - Demyelizan hastalıklar
  - Multiple Skleroz
  - Başka nedeni bilinmeyen hastalıklar
    - **Sarkoidoz**
    - Histiositosis

## Alzheimer Hastalığına Bağlı Demans

- Tüm demansların **%60'**ını oluşturur.
- **Nöropatolojik** bir tanıdır.
  - Diğer demans nedenleri ekarte edildikten sonra tanı konur.
- Başlangıcı **sinsi ve ilerleyicidir**. Fokal nörolojik bulgu yoktur.
- Bellek ve bütün bilişsel işlevlerde ilerleyici bozulma ve yıkım olur.
  - Hastalığın erken dönemlerinde bile adlandıramama (afazi), yazı yazamama (agrafi), okuyamama (aleksi), apraksi, tanıyamama (agnozi) ve frontal lob yürütücü işlevlerinde bozulma görülebilir.
  - **Hesaplama erken dönemde bozulur**
  - **Kayıt belleğinde bozulma belirgindir.**

## Alzheimer Hastalığına Bağlı Demans

### Risk Faktörleri

- Genetik yatkınlık
- Aile öyküsü
- Down Sendromu
- Kafa travması
- Eğitim düzeyi (eğitim seviyesi arttıkça daha geç başlar)
- Kadın cinsiyet

## Alzheimer Hastalığına Bağlı Demans

### Tedavisi

- Alzheimer Hastalığına bağlı demansta beyin kolinerjik aktivitesi azaldığından **kolinesteraz inhibitörü** ilaçlar kullanılır.
  - *Donezepil, Rivastigmin, Galantamin*
  - **Tedavi edici özellikleri yok. Hastalığın ilerlemesini yavaşlatırlar.**
- Ayrıca E vitamini ve memantin gibi antioksidan etkili ilaçlar da kullanılır.
  - **Memantin**
    - **NMDA reseptör blokörüdür**
    - **BDNF** üretimini artırır
    - *Öğrenme ve belleğin fizyolojik işlevlerini engellemez.*

## Vasküler Tip Demans

- Tüm bunamaların yaklaşık **%15'**ini oluşturur.
- **Bellek bozukluğu belirtileri diğer demanslardan daha az** bozulmuştur.
- Risk faktörleri
  - **İleri yaş**
  - **Erkek** cinsiyet
  - **Ateroskleroz gelişimi** için risk faktörler;
    - Hipertansiyon, Diabetes Mellitus, Hiperkolesterolemi vb.

## Pick Hastalığı (Frontotemporal Demans)

- Frontotemporal bölgede atrofi mevcuttur.
- Postmortem örneklerde hastaların beyinlerinde Pick cisimcikleri görülür.
  - Fakat tanı için bu cisimciklerin görülmesi şart değildir.
- Geridönüşsüz demansların **%5'**ini oluşturur.
- Özellikle birinci derece akrabalarında bu hastalık görülen erkeklerde daha sıktır.
  - Vakaların yarısı kadarı ailevidir.
  - Klüver-Bucy sendromu AH'dan daha sık görülür.

## Lewy Cisimcikli Demans

- Kliniği AH'ye benzer fakat beraberinde halüsinasyonlar ve Parkinsonien belirtiler ile ekstrapiramidal sistem belirtileri görülür.
- Capgras Sendromu (reduplicative paraamnesia) sıklıkla bu klinik tablonun parçası olarak görülebilir.
- Hastaların beyinlerinde görülen Lewy cisimciklerinin içinde alfa-sinüklein agregatları bulunmaktadır.
- Alzheimer ile eş zamanlı görülebilir yalnız patoloji amigdala ile sınırlıdır.

## Presenil Demansla Birlikte Ailevi Multiple Sistem Taupati

- Senil plaklarla ilişkili olmayan ve yakın zamanda tanımlanmış bir demans türüdür.
- Hastalığa sebep olan gen; kromozom 17 üzerinde
- Hastalık;
  - Kısa süreli bellek problemleri,
  - Dengenin sağlanmasında güçlük,
  - Yürüme problemleri ile karakterizedir.
- Kırk-ellili yaşlarda başlar ve sağ kalım ortalama 11 yıl kadardır.
- Bu hastalıkta tau proteinleri nöronlarda ve glia hücrelerinde birikerek sinir hücrelerini öldürmektedir.

## Diğer Demanslar

- Huntington Hastalığı
  - Subkortkal tip demanstır.
    - Bazal ganglionları tutar.
  - Psikomotor yavaşlama, karmaşık görevleri yerine getirmekte güçlük vardır.
  - Hafıza, dil ve içgörü görece korunmuştur.
- Kafa Travması İlişkili Demans
  - Punch-Drunk Sendromu=dementia pugilistica
  - Özellikle boksörlerde sürekli ve şiddetli kafa travmalarına maruz kalmayla gelişen demanstır.
  - Duygusal labilite, dizartri ve dürtüsellikle karakterizedir.

## Diğer Demanslar (Devam)

- Alkol Kullanımına Bağlı Demans
  - Tüm demansların %4'ünü oluşturur.
- HIV İlişkili Demans
- Parkinson Hastalığı
  - Genelde depresyon ve demansla ilişkilidir.
  - Parkinson hastalarının %20-30 kadarında demans ve ek olarak %30-40'ında bilişsel bozukluklar vardır.
  - Hastalarda bradifreni (düşünce yavaşlaması) görülür.

## Demans Ayırıcı tanı

- Yalancı bunama
- Deliryum
- Zeka geriliği
- Şizofreni
- Amnestik Sendrom
- Hafif bilişsel bozulma
- Ganser Sendromu

## Demans

### Ayırıcı tanı – Yalancı bunama

- Orta yaş ve yaşlılıkta görülen depresyonu demanstan ayırmak bazen çok güç olabilir.
  - Bunama ve depresyon genellikle birlikte görülür.
- Hastanın dikkatini toplamasına yardım edildiğinde bellek yitimi olmadığı farkedilir.

Depresyona bağlı yalancı demans	Demans
Bilişsel yitimden yakınıdır	Yakınmaz
Yakınmaları ayrıntılıdır	Yakınmaları belirsizdir
Yetiyitimi vurgulanır	Yetiyitimi gizlenir
Başarısızlıklar abartılır	Başarma çabasındadır
Sosyal beceri yitimi erken ve belirgindir	Sosyal becerileri görece korunur
Davranış bilişsel kaybın derecesiyle uyumsuzdur	Davranış bilişsel kaybın derecesiyle uyumludur
Belirtiler geceleri değişmez	Belirtiler sıklıkla geceleri şiddetlenir
Aile işlev bozukluğunun farkındadır	Aile, başlangıçta işlev bozukluğunun farkında olmayabilir
Başvurudan kısa süre önce başlamıştır	Uzun süre önce başlamıştır
Hızlı ilerler	Yavaş ilerler
Duygudurum bozukluğu öyküsü sıkıdır	Duygudurum bozukluğu öyküsü çoğunlukla yoktur
Antidepresan tedaviye iyiyanıt verir	Antidepresan tedaviye yanıt vermez

Demans		
Ayırıcı tanı – Deliryum		
	Demans	Deliryum
<b>Başlangıç</b>	Sinsi	Akut/subakut
<b>Seyir</b>	İlerleyici	Dalgalı, genellikle günler/kaftalar içinde düzelleme
<b>Bilinç</b>	Geç evrelere kadar açık	Sıklıkla bozuk
<b>Bilişsel işlevler</b>	Yetersiz, bellek kısa süreli, dikkat şiddetli evreye kadar daha az etkilenir.	İşlevler yetersiz, bellek ve dikkat kısa süreli
<b>Halüsinasyon</b>	Seyrek	Sık, özellikle görsel
<b>Hezeyan</b>	Seyrek	Geçici, sistemsiz
<b>Psikomotor aktivite</b>	Normal olabilir	Artmış, azalmış ya da kestirilemez

Demans	
Ayırıcı tanı (Devam)	
• Zeka geriliği	– Çocukluk çağında başlar. – Demans edinilmiş bilişsel yetilerin kaybıdır. – 7-8 yaşından önceki bilişsel yitimler zeka geriliğine yol açar.
• Şizofreni	– Demanstaki kadar ağır bellek kaybı olmaz. – Geçmişte pozitif belirtiler olabilir.
• Amnestik Sendrom	– En önemli bozukluk yeni bilgilerin edinilememesidir.

Demans	
Tedavi	
• Demansın tedavisinde; hastalarda kolinerjik yıkım olduğundan kolinerjik dizgedeki yıkımı yavaşlatan, etkinliği iyileştiren <b>kolinesteraz inhibitörleri</b> kullanılır.	– Donezepil, rivastigmin, galantamin
• Kolinesteraz inhibitörlerinin en sık görülen yan etkisi <b>bulantı, kusma ve iştah yitimidir</b> .	– Yan etkileri engellemek için; <i>ilaç dozu kademeli arttırılır, ilaç yemeklerle beraber ve bol suyla verilir, bazı durumlarda tedaviye bulantı giderici ilaç eklenebilir.</i>

Demans	
Tedavi (Devam)	
• Alzheimer Hastalığı'nın patofizyolojisiyle ilgili varsayımlarından biri de <b>glutamat eksitotoksitesidir</b> .	– Glutamat fazlalığı nöronların ölümüne yol açar.
• <b>Memantin</b>	– NMDA reseptör blokörüdür – BDNF üretimini arttırır – Öğrenme ve belleğin fizyolojik işlevlerini engellemez.

AMNESTİK BOZUKLUKLAR	
----------------------	--

## Amnestik Bozukluk

- Genel tıbbi bir duruma ya da madde kullanımının süregen etkilerine bağlı olarak, yeni bilgileri öğrenme ya da önceden öğrenilmiş bilgileri anımsama yetisinde bozulma ile kendini gösteren **bellek bozukluğu** ile karakterize tablodur.

## Amnestik Bozukluk

### Etiyoloji

- Amnestik bozukluklar DSM-IV-TR'de;
  - Genel tıbbi duruma bağlı
  - Madde kullanımına bağlı
- Birçok nedene bağlı gelişebilir.
  - En sık sebep **kafa travmasıdır**.
- Öğrenmede önemli role sahip **hipokampus ve diensefalik yapıların fokal hasarı** görülür.
  - Beyinde yaygın kortikal ya da subkortikal hasar oluşturmazlar

## Amnestik Bozukluk

### Wernicke-Korsakoff Sendromu

- **Wernicke Ensefalopatisi:** Tiamin eksikliğine bağlı akut veya subakut başlangıçlı bir ensefalopatik tablodur.
- **Korsakoff Sendromu:** Wernicke ensefalopatisini takiben gelişen **kalıcı amnestik bozukluk**
- En sık **uzun süre alkol kullanan ve beslenme bozukluğu olanlarda** görülür.
- **Gebeliğe bağlı kusmalarda** da görülebilir.
- **Erkek > kadın**
- Hastaların çoğu **30-70 yaşları** arasındadır.

## Amnestik Bozukluk

### Wernicke Ensefalopatisi

- Belirtiler (biri ya da birkaçı);
  - Nistagmus,
  - Oftalmopleji,
  - Ataksi (genellikle ilk belirti),
  - Konfüzyon,
  - Periferik nöropati
- Birkaç gün ya da hafta içinde konfüzyon gelişir.
  - Halüsinasyon, illüzyon, ajitasyon, tremor, otonom sinir sisteminde aktive artışı da görülebilir. → Stupor, koma ölüm (**tıbbi bir acil durum**)
- Tedavi edilmezse **kalıcı amnezi** gelişir.
- **Tiamin verilmesi ilerlemeyi önler, kalıcı hasar oluşmamışsa leysonların geri dönüşünü sağlar.**

## Amnestik Bozukluk

### Korsakoff Sendromu

- Korsakoff Sendromu'nda amnezi;
  - Öğrenilmiş bilgilerin unutulması (retrograd amnezi)
  - Yeni öğrenilmiş bilgilerin unutulması (anterograd amnezi)
- **Retrograd amnezi** çok belirgin değildir. Hastalar başlangıçta bellekteki boşlukları hayali öykülerle doldurabilir (**konfobulasyon**)
- Nöropatoloji;
  - Mamiller cisim gibi diensefalik yapılar,
  - Hipokampus sorumlu tutulur.

## Amnestik Bozukluk

### Wernicke-Korsakoff Sendromu – Tedavi

- Tedaviye **50 mg IM + 50 mg IV** Tiamin ile başlanır → Normal diyete başlanana kadar **50 mg/gün Tiamin IM**
- Tedaviyle (günler ve saatler içinde) önce oküler belirtiler düzelir.
- Ataksi tedaviyle hastaların **%40'**ında tamamen düzelir.
- Apati, uyuşukluk, konfüzyon iyileşse de bellek bozukluğu hastaların **%20'sinde** tamamen düzelir.

### Amnestik Bozukluk

#### *Geçici Global Amnezi*

- Yeni ve/veya geçmişteki olaylara yönelik ani bellek kaybıyla karakterize bir amnestik sendromdur.
  - Bilinçlilik düzeyinde bozulma yok
  - **Amnezi anterograd** nitelikte (sınırlı düzeyde retrograd amnezi olabilir)
  - Hastalar şaşkın, **yer ve zaman yönelimleri bozulmuştur**.
  - Uyanıklık, motor, duyuşsal ve refleks işlevleri korunmuştur.
  - Eşlik eden **nörolojik şikayetler varsa bu tanı konmaz**

### Amnestik Bozukluk

#### *Geçici Global Amnezi (Devam)*

- **Erkeklerde** daha sıktır
- Yıllık insidansı **100.000'de 5**
- Genellikle **60-70 yaş** arasında görülür.
  - Çocukları etkilemez
- Genelde **benign** seyirlidir.
  - Saatler içinde düzeler. **12 saatten fazla sürmesi beklenmez**

### Amnestik Bozukluk

#### *Kafa Travması*

- Kafa travması sonrası hem **anterograd** hem de **retrograd amnezi** gelişebilir.
- Saatler ve günler içinde düzelebileceği ibi, yıllarca da sürebilir.
- Anterograd amnezinin süresi arttıkça prognoz kötüleşir.

### Amnestik Bozukluk

#### *Tedavi*

- Deliryumdaki gibi alta yatan nedene yönelik olup, bellek bozukluğunu düzelterek ~~özgül bir tedavi~~ yoktur.