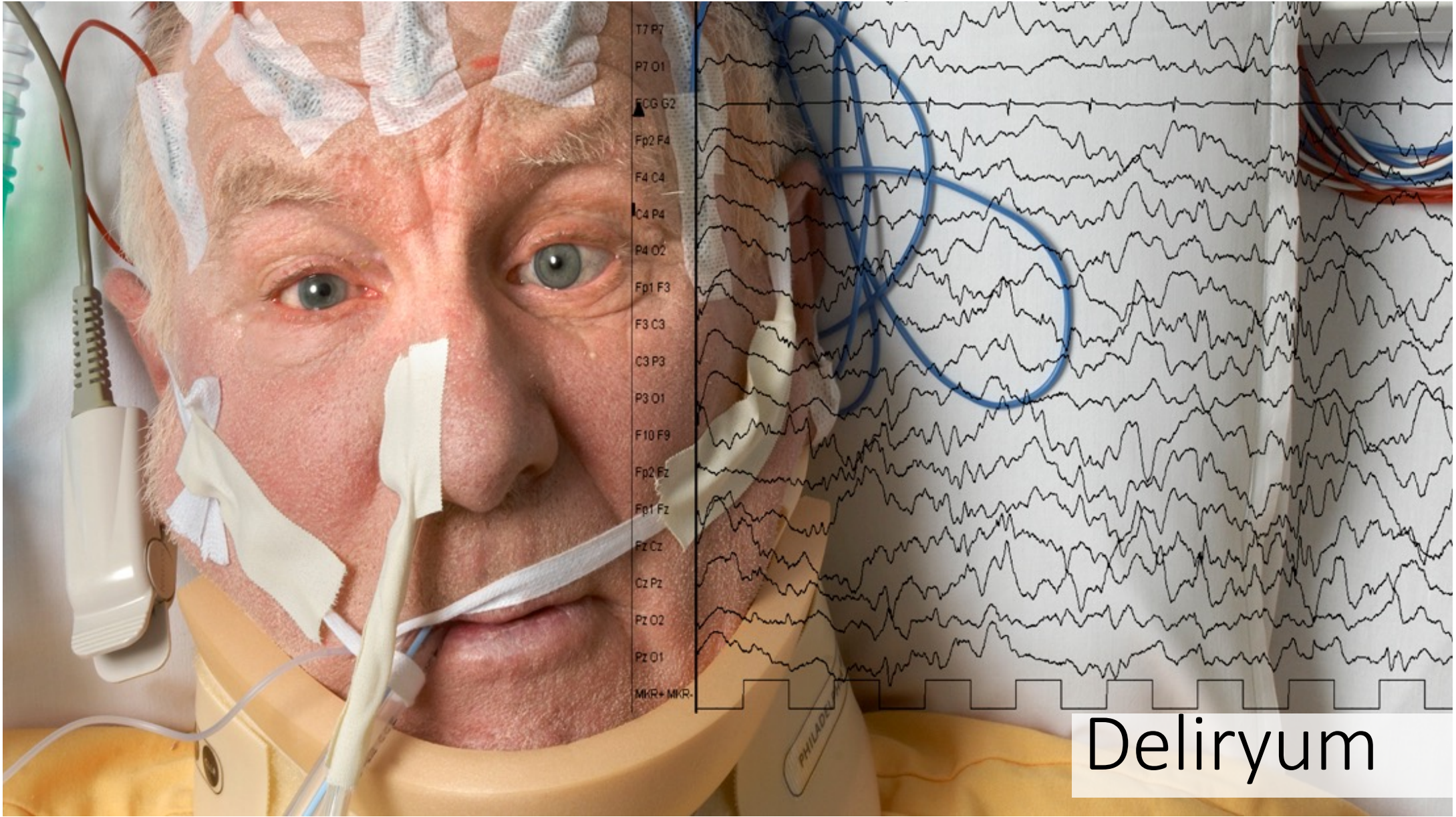


# Nörobilişsel Bozukluklar

Dr. Öğretim Üyesi Emrah SONGUR

*Ankara Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi*

*Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD*



Delirium

# Deliryum

## *Tanım*

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

bir linik sendromdur.

# Deliryuma verilen çeşitli isimler

---

- Intensive care unit psychosis (Yoğun bakım ünitesi psikozu)
- Acute confusional state (Akut konfüzyonel durum)
- Acute brain failure (Akut beyin yetmezliği)
- Encephalitis (Ensefalit)
- Encephalopathy (Ensefalopati)
- Toxic metabolic state (Toksik metabolik durum)
- Central nervous system toxicity (Merkezi sinir sistemi toksisitesi)
- Paraneoplastic limbic encephalitis (Paraneoplastik limbik ensefalit)
- Sundowning (Gün batımı sendromu)
- Cerebral insufficiency (Serebral yetmezlik)
- Organic brain syndrome (Organik beyin sendromu)



# Deliryum

- Sıklıkla genel **tıbbi sorunlar** nedeniyle yatırılan hastalarda gözlenir.
  - Mevcut bedensel hastalığın kötüye gittiğini ya da yaşamı tehdit eden ek bir sorunun geliştiğinin habercisi olabilir.
- Deliryum;
  - Hastanede **yatış süresini** arttırır,
  - **Morbidite** ve **mortalitede** artışa sebep olur,
    - Deliryum bağımsız olarak mortaliteyle doğrudan ilişkilidir.
    - Deliryuma bağlı komplikasyonlar (düşme, infeksiyon, yatak yaraları vb.) yüksek oranda görülür.
  - Gelecekte daha **kötü bilişsel** ve **fiziksel işlevsellik** düzeyi ile anlamlı derecede ilişkilidir<sup>1</sup>.

1. George J, Bleasdale S, Singleton SJ. Causes and prognosis of delirium in elderly patients admitted to a district general hospital. Age Ageing 1997;26:423-7.

# Deliryumun sıklığı

Popülasyon	Prevalans Aralığı (%)	İnsidans Aralığı (%)
Genel tıbbi yataklı hastalar	10–30	3–16
Tıbbi ve cerrahi yataklı hastalar	5–15	10–55
Genel cerrahi yataklı hastalar	N/A	9–15 (postoperatif)
Yoğun bakım ünitesi hastaları	16	16–83
Kardiyak cerrahi yataklı hastaları	16–34	7–34
Ortopedik cerrahi yataklı hastaları	33	18–50
Acil servis	7–10	N/A
Son dönem kanser hastaları	23–28	83
Kurumsallaşmış yaşlılar (bakım evinde kalan)	44	33

# Deliryum

## *Risk etkenleri*

- **İleri yaş (özellikle  $\geq 80$  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
- Hipoalbüminemi
- 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 ↓
  - **İlaç 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 – iyatrojenik etkenler*

- **Çoklu ilaç uygulamaları**, analjezik, antikolinergik 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.
  - Antikolinergik yan etkileri olanlar, sedatif-hipnotikler, narkotik analjezikler<sup>1</sup>
- Olguların yaklaşık **yarısında özgül neden bulunamamaktadır.**

1. Tune L, Carr S, Hoag E, Cooper T. Anticholinergic effects of drugs commonly prescribed for the elderly: potential means for assessing risk of delirium. Am J Psychiatry 1992;149:1393-4.

# Deliryum

## *En sık görülen sebepler*

- **Merkezi Sinir Sistemi Bozuklukları**
  - **Epilepsi** (iktal, intraiktal, postiktal)
  - **Serebrovasküler olaylar**
  - Migren
  - **Kafa travması**
- **Enfeksiyonlar**
- Neoplastik hastalıklar
- Metabolik bozukluklar
- Endokrinopatiler
- **Sıvı-elektrolit bozuklukları**
- Asit-baz dengesi bozuklukları
- **Hipoglisemi**
- Hipoksi
- 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
- **Tiamin eksikliği**
- **İlaçlar ve toksinler**
  - Narkotik analjezikler
  - Non-steroid antiinflatuvar ilaçlar
  - Anti-biyotikler
  - Sedatif-Hipnotikler
  - Antihistaminikler
  - Antikonvülzanlar
  - Antiparkinson ilaçları
  - Antihipertansif ve kardiyovasküler ilaçlar
  - Kortikosteroidler
  - Antiastmatik ilaçlar
  - Lityum ve antikolinergik özellikli psikotropolar
- **Organofosfatlar**
- **Karbonmonoksit**

# Deliryum

*Tanı – DSM-5-TR*

- Genel tıbbi duruma bağlı deliryum
- Madde intoksikasyonu deliryumu
- Madde yoksunluđu deliryumu
- ođul etiyolojiye bağlı deliryum

# Deliryum


## Tanı – DSM-5-TR

- **A. Dikkat** (dikkatini yönlendirme, odaklama, sürdürme ve kaydırma yeterliğinde azalma) ve ayırımında olma bozukluğu (çevreye **yönelimde azalma**).
- **B.** Bu bozukluk, **kısa bir süre içinde** gelişir (genellikle saatler, birkaç gün içinde), temel dikkat ve ayırımında olma düzeyinde bir değişiklik vardır ve ağırlığı **gün içinde dalgalanmalar** gösterir.
- **C.** Bilişte **ek bir bozukluk** (örn. bellek bozukluğu, yönelim bozukluğu, dil, görsel-uzamsal yeterlilik ya da algı).
- **D.** A ve C tanı ölçütlerinde sözü edilen bozukluk, daha önceden var olan, yerleşik ya da gelişmekte olan başka bir nörobilişsel bozuklukla daha iyi açıklanamaz ve koma gibi, ileri derecede azalmış uyanıklık düzeyi bağlamında ortaya çıkmamaktadır.
- **E.** Öykü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularında, bu bozukluğun başka bir sağlık durumunun, madde esikliğinin ya da yoksunluğunun (kötüye kullanılabilen bir madde ya da bir ilaç) ya da bir toksinle karşılaşmanın doğrudan fizyolojiyle ilgili etkilerinden kaynaklandığına ya da çoğul nedensel etkenlere bağlı olduğuna ilişkin **kanıtlar vardır.**

# Deliryum

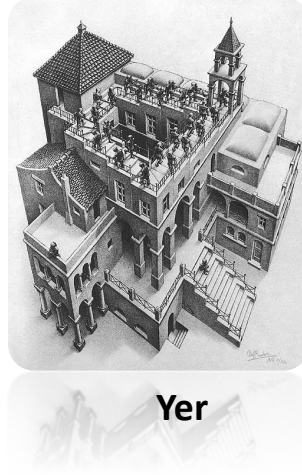
## *Klinik görünüm*

- **Bilinç bozukluğu;**

- Deliryumun **değişmez bulgusudur.**
- Çevresel uyaranlara farkındalık 
- Dikkati bir konuda toplamakta ve sürdürmekte güçlük

- **Dikkat bozukluğu;**

- Dikkat önemsiz uyaranlara **kolayca dağılır**
- Sorulan soruları ve verilen emirleri anlamaz ya da bunlara tekrar tekrar aynı sözel ve motor yanıtları verebilir.





# 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 çoktur.
  - **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 düzelir.
  - Şiddetli durumlarda **düzelme 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

## *Ayırıcı tanı*

- Demans
- Şizofreni
- Mani-depresyon



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

# Deliryum

## *Ayırıcı tanı - Şizofreni*

- Şizofrenide;
  - Bilinç ve yönelim bozukluğu görülmez.
  - Düşünce akışı bozukluğu, hezeyan ve halüsinasyonlar süreğendir 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

*Ayırıcı tanı – Mani-depresyon*

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

Özellik	Delirium	Demans	Depresyon	Şizofreni
<b>Başlangıç</b>	Akut	Sinsi	Değişken	Değişken
<b>Gidiş</b>	Dalgalı	Sıklıkla ilerleyici	Diüurnal değişimler	Değişken
<b>Geri dönüşlü olma</b>	Genellikle geri dönüşlü	Genelde geri dönüşsüz	Genellikle geri dönüşlü, tekrarlayıcı olabilir	Geri dönüşlü değil, fakat alevlenmeler olur
<b>Bilinç seviyesi</b>	Bozulmuş	Son dönemlere kadar bozulmayabilir	Genellikle bozulmamıştır	Bozulmamış (akut dönemde şaşkınlık)
<b>Dikkat ve bellek</b>	Zayıf hafıza ile birlikte görülen dikkat dağınıklığı birincildir	Belirgin dikkat bozukluğu olmaksızın zayıf bellek	Orta derecede dikkat problemleri, değişken desen, bellek bozulmamış	Zayıf dikkat, değişken desen, bellek bozulmamış
<b>Halüsinasyonlar</b>	Genellikle görsel; işitsel, taktil, gustatuar ve olfaktor halüsinasyonlar da görülebilir	Görsel veya işitsel olabilir	Genellikle işitsel	Genellikle işitsel
<b>Sanrılar</b>	Kısa süren, parçalı, genelde persekütuar	Paranoid	Kompleks ve duygudurumla uyumlu	Sık, kompleks, sistematize, sıklıkla paranoid

Meagher, D. J. (n.d.). **Delirium: optimising management**. *BMJ*, (322), 144–149.

# Deliryum Tedavisi



# Deliryum

## *Tedavi*

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

# Deliryum

*Altta yatan nedenlerin belirlenmesi ve tedavisi*

- Deliryumun başarılı şekilde tedavi edilmesinde altta 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.

Parametre	Bulgular	Klinik Anlamı
1. Nabız	Bradikardi	Hipotiroidizm
	Taşikardi	Hipertiroidizm, Enfeksiyon, Kalp yetmezliği, Stokes-Adams sendromu, Artmış intrakraniyal basınç
2. Vücut Isısı	Ateş	Sepsis, Tiroit fırtınası, Vaskülit
3. Kan Basıncı	Hipotansiyon	Şok, Hipotiroidizm, Addison hastalığı
	Hipertansiyon	Ensefalopati, İntrakraniyal kitle
4. Solunum	Taşipne	Diyabet, Pnömoni, Kalp yetmezliği, Ateş, Metabolik asidoz
	Yüzeyel solunum	Alkol veya diğer maddelere bağlı entoksikasyon
5. Karotis Damarları	Üfürüm veya nabız azalması	Geçici serebral iskemi
6. Saç Derisi ve Yüz	Travma bulguları	-
7. Boyun	Ense sertliği	Menenjit, Subaraknoid kanama
8. Gözler	Papil ödemi	Tümör, Hipertansif ensefalopati
	Pupiller dilatasyon	Anksiyete, Otonomik aşırı aktivite (örn. deliryum tremens)
9. Ağız	Dil veya yanak ısırıkları	Jeneralize tonik-klonik nöbet kanıtı



Parametre	Bulgular	Klinik Anlamı
10. Tiroid	Büyüme	Tiroid disfonksiyonu
11. Kalp	Aritmi	Yetersiz kardiyak output, emboli olasılığı
	Kardiyomegali	Kalp yetmezliği, Hipertansif hastalık
12. Akciğerler	Tıkanıklık	Primer pulmoner yetmezlik, Pulmoner ödem, Pnömoni
13. Nefes	Alkol kokusu	-
	Keton kokusu	Diyabet
14. Karaciğer	Büyüme	Siroz, Karaciğer yetmezliği
15. Sinir Sistemi	Refleksler – Kas gerilmesi	Babinski belirtisi ile asimetri
	Altın İşaret (Snout)	Frontal kitle
	Abdusen sinir zayıflığı	Artmış intrakraniyal basınç
	Ekstremitelerde kuvvet asimetrisi	Kitle lezyonu, Serebrovasküler hastalık
	Otonomik aşırı aktivite	Anksiyete, Deliryum

# Deliryum için tetkikler

## Standart İncelemeler

- Kan kimyası (elektrolitler, böbrek ve karaciğer indeksleri, glukoz)
- Beyaz küre diferansiyeli ile birlikte tam kan sayımı
- Tiroid fonksiyon testleri
- Frengi (Sifiliz) serolojik testleri
- HIV antikor testi
- İdrar tahlili
- Elektrokardiyogram (EKG)
- Elektroensefalogram (EEG)
- Göğüs röntgeni
- Kan ve idrar ilaç taramaları

## Ek Testler

- Kan, idrar ve beyin omurilik sıvısı kültürleri
- B12 ve folik asit konsantrasyonları
- Bilgisayarlı tomografi veya manyetik rezonans görüntüleme beyin taraması
- Lomber ponksiyon ve beyin omurilik sıvısı incelemesi

# 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 katater, 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**.
- Aynı zamanda antipsikotik tedavi deliryumun her tipinde bilişsel belirtilere de genel olarak fayda eder<sup>1-3</sup>.
  - Daha çok **haloperidol** kullanılır<sup>1,4</sup> Doz: 5-40 mg.
    - **Terapötik penceresi açık**
    - Daha **az sedasyon** yan etkisi
    - Antikolinergik yan etkisi çok azdır
    - **1-10 mg/gün** genelde yeterlidir. Yaşlı hastada **5 mg/gün**'ün üzerine çıkılması nadiren gerekir
    - Farklı yollardan uygulanabilir. IV (yakın takiple) , oral, intramusküler verilebilir. *IV verildiğinde daha az EPS'ye yol açar*<sup>5</sup>

1. American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with delirium. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1999.

2. Breitbart W, Marotta R, Platt MM, Weisman H, Derevenco M, Grau C, et al. A double blind trial of haloperidol, chlorpromazine and lorazepam in the treatment of delirium in hospitalised AIDS patients. Am J Psychiatry 1996;153:231-7.

3. Platt MM, Breitbart W, Smith M, Marotta R, Weisman H, Jacobsen PB. Efficacy of neuroleptics for hypoactive delirium. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 1994;6:66-7.

4. Hassan E, Fontaine DK, Nearman HS. Therapeutic considerations in the management of agitated or delirious critically ill patients. Pharmacotherapy 1998;18:113-29

5. Menza MA, Murray GB, Holmes VF, Rafuls WA. Decreased extrapyramidal symptoms with intravenous haloperidol. J Clin Psychiatry 1987;48:278-80..

# Deliryum

## *İlaç tedavileri – Antipsikotikler (Devam)*

- Klorpromazin gibi antikolinergik 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;
  - **Antikolinergiklerin** neden olduğu deliryumda **fizostigmin**
  - **Ağrının** alevlendirici bir etki olduğu durumlarda **morfin** gibi opiyatlar yararlı olabilir.
- **Elektrokonvülf Terapi (EKT)**
  - İntravenöz yüksek doz haloperidol dahil tedavi seçeneklerinin başarısız olduğu durumlarda ajitasyonu olan hastalara EKT uygulanabilir.



# Nörobilişsel Bozukluklar

# Nörobilişsel bozukluklar (demans)

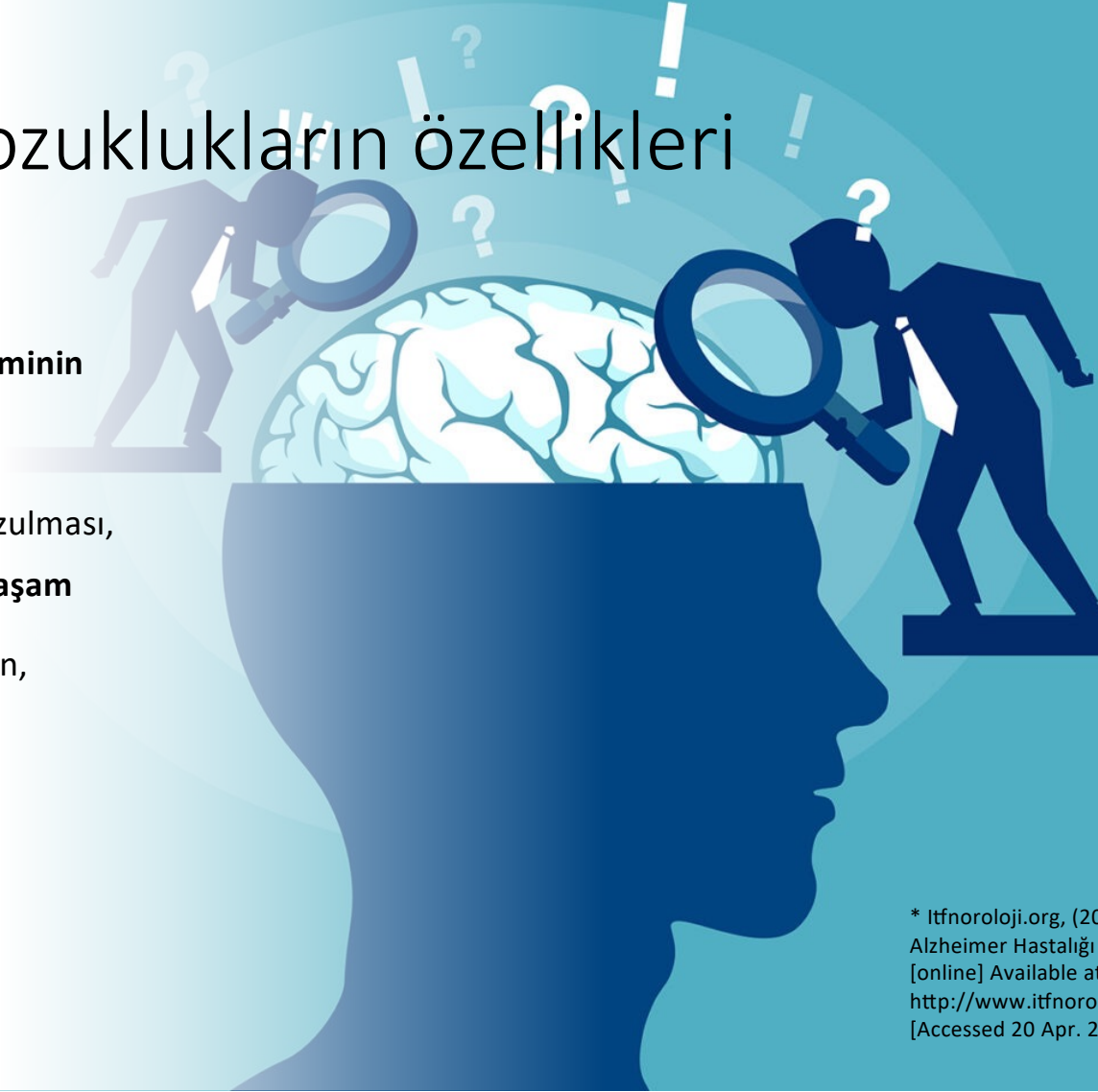
---

- **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 **%15**'i tedavi edilebilir.
  - Tanı konulduğunda nedene yönelik incelemeler yapılmalıdır.
- Demans çoğu zaman **süregen ve ilerleyicidir**.



# Nörobilişsel bozuklukların özellikleri

- 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 linik tablodur\*.



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

# Nörobilişsel bozukluklar

## *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
- Kronik hastaların bakıldığı merkezlerde %50.

# DSM 5 TR'ye göre Nörobilişsel Bozukluklar

- Alzheimer Hastalığına Bağlı Nörobilişsel Bozukluk
- Frontotemporal Nörobilişsel Bozukluk (Pick Hastalığı)
- Lewy Cisimcikli Nörobilişsel Bozukluk
- Vasküler Nörobilişsel Bozukluk
- Travmatik Beyin Hasarına Bağlı Nörobilişsel Bozukluk
- HIV Enfeksiyonuna Bağlı Nörobilişsel Bozukluk
- Piron Hastalığına Bağlı Nörobilişsel Bozukluk
- Parkinson Hastalığına Bağlı Nörobilişsel Bozukluk
- Huntington Hastalığına Bağlı Nörobilişsel Bozukluklar

## DSM 5 TR'ye göre Nörobilişsel Bozukluklar (devam)

- Başka bir tıbbi duruma bağlı nörobilişsel bozukluk
- Çoklu etiyolojiye bağlı nörobilişsel bozukluk
- Madde/ilacın sebep olduğu nörobilişsel bozukluk
- Belirlenememiş nörobilişsel bozukluk

# Tanı

- Demans tanısı koymak için aşağıdaki alanlardan bir veya daha fazlasında bozukluk olmalı;
  - **Dikkat**
  - **Yürütücü işlevler**
  - **Öğrenme/hafıza**
  - **Dil**
  - **Duyusal-motor**
  - **Sosyal biliş**
- Bu bozukluklar deliryum ya da başka bir ruhsal bozukluk tanısıyla açıklanamaz
- Günlük yaşam aktivitelerinin bazılarında bağımsız hareket edemezler

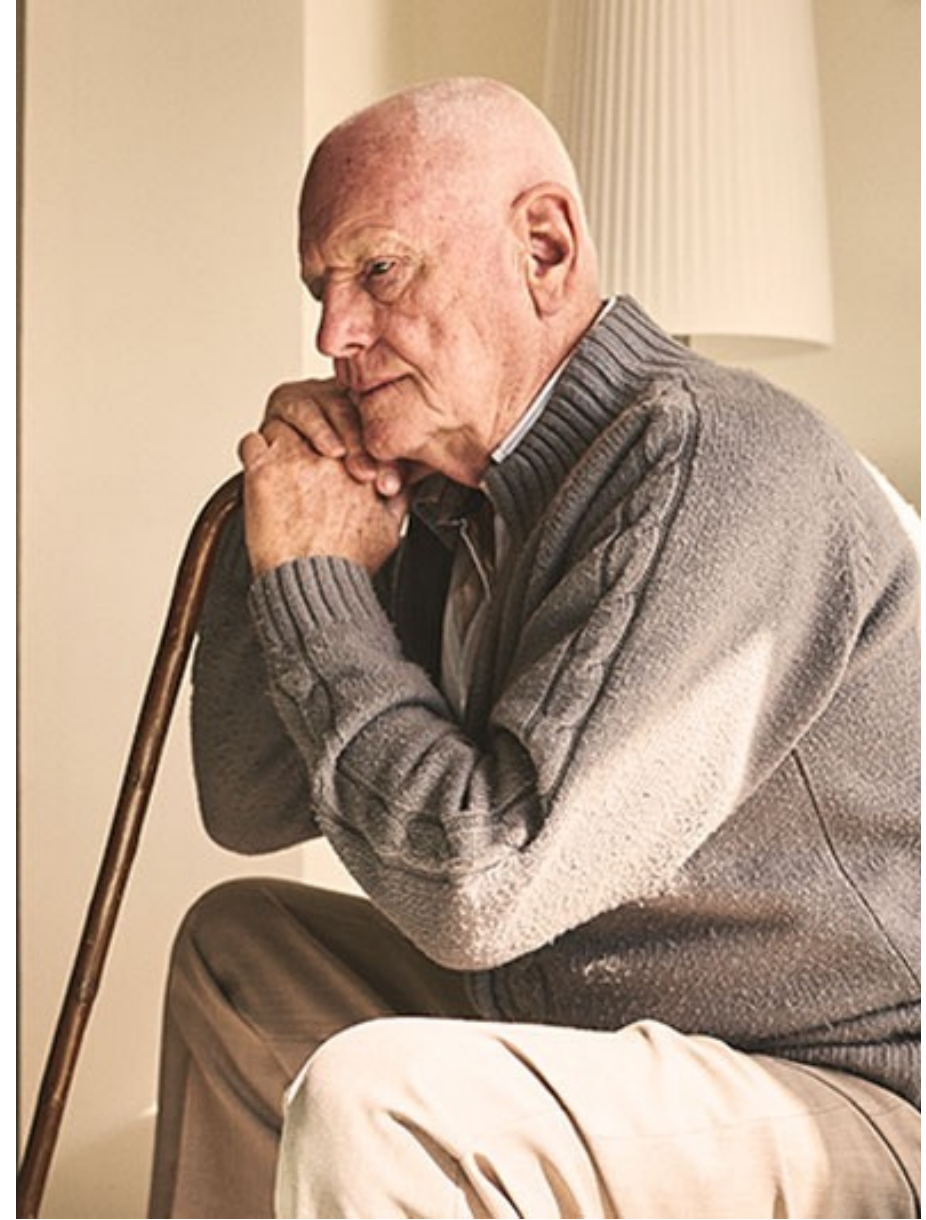


# Belirti ve Bulgular

- Genel görünüm ve davranış
  - Hasta çoğu kez **dış görünüşüne karşı aldırmaz 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.

# Belirti ve Bulgular – Duygulanım

- **Bunaltı**
  - Bellek, yönelim ve yargılamadaki bozukluklar yüzünden panik derecesinde korku ve bunatıya kapılabilir.
- **Depresyon**
  - Demans hastalarında depresyon belirtileri sık görülür.
    - Depresif belirtiler: %40-50
    - Depresyon tanısı: %10-20



# Belirti ve Bulgular – Duygulanım (Devam)

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

## 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** varsanıları olur.
  - Varsanılar en sık **Lewy cisimcikli demans ve Parkinson hastalarında** görülür.

## Belirti ve Bulgular – Bilişsel yetiler (Devam)

- **Bellek**
  - Kayıt, depolama ve çağırma özellikleri bozular
  - En son öğrenilen ilk unutulur.
    - **Başlangıçta yakın bellek** bozular. Hastalık ilerledikçe **uzak bellek** de etkilenir.



# Belirti ve Bulgular – Bilişsel yetiler (Devam)

- **Frontal lob yürütücü işlevleri**

- Soyut düşünme, planlama, başlama, sıraya koyma ve karmaşık hareketleri sonlandırabilmyi içeren frontal lob yürütücü işlevleri bozular.
- Atasözleri, deyimleri ve şakaları anlayamazlar
- Benzerlik ve farklılıkları algılayamazlar

- **Hesaplama**



## 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.

# Belirti ve Bulgular – Bilişsel yetiler (Devam)

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



# Belirti ve Bulgular – Düşünce süreci ve içeriği

- Hastanın **düşüncesi fakirleşir**
- Bellek bozukluğu sebebiyle **çağrışımlar kopuk ve dağınık** olabilir.
- Hasta bazı sözleri ve hareketleri kalıplaşmış şekilde yineleyebilir (**perseverasyon**)
- **Saplantılar, cimrilik tutukuları, mal, mülk, ölüm düşünceleri** olabilir.
- **Kıskançlık, kötülük görme** sanrıları izlenebilir.
- Özellikle Alzheimer Hastalığı olanlarda olmak üzere demanslı hastaların %20-30'unda halüsinasyon, %30-40'ında delüzyon/sanrı (sıklıkla paranoid ve persekütuar) görülür.

## 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.

# Belirti ve Bulgular – Kişilik deęiřimi

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

# Etiyoloji

- **Beynin dejeneratif hastalıkları**
  - Alzheimer Hastalığı
  - Lewy Cisimcikli demans
  - Pick hastalığı
  - Huntington koresi
  - Parkinson hastalığı
- **Serebrovasküler nedenler**
  - Enfarktlar
  - Binswanger hastalığı (Subkortikal lökoensefalopati)
- **Metabolik ve endokrin hastalıklar**
  - Kronik böbrek yetmezliği
  - Hipotiroidizm
  - Hipopituitarizm,
  - Hipo/hiperparatiroidizm
  - Adison
  - Cushing
  - Hiperinsülinizm
  - Hipoksi
  - Anoksi
  - Wilson Hastalığı (Hepatolentiküler dejenerasyon)
  - Paget hastalığı
  - Porfiri
  - Vitamin eksiklikleri
    - B1, folat, B12, nikotik asid
- **Beyin içinde yer tutan lezyonlar**
  - Uurlar
- **Kafa travması**
  - Subdural hematom
- **Epilepsi**
- **Enfeksiyonlar**
  - Sifiliz
  - AIDS
  - Kronik menejit
  - Beyin absesi
  - Lyme hastalığı
  - Whipple hastalığı
  - Kuru
  - Subakut sklerozan panensefalit
  - Profresif multifokal lökoensefalopati
  - Piron hastalıkları (Creutzfeld-Jacob Hastalığı)
- **Zehirlenmeler**
  - Alkol
  - Ağor metaller
    - Karbonmonoksit
- **İlaçlar**
  - Antikolinergikler
  - Barbitüratlar
- **Radyasyon**
- **Organik bileşikler**
  - Nitrobenzen
  - Organofosfat
- **Normal basınçlı hidrosefali**
- **Güneş çarpması**
- **Elektrik çarpması**
- **Kan hastalıkları**
  - Anemi
  - Eritremi
  - Trombotik trombositopenik purpura
- **Demyelizan hastalıklar**
  - Multiple Skleroz
- **Başka nedeni bilinmeyen hastalıklar**
  - Sarkoidoz
  - Histiositosis

# Etiyoloji (devam)

- Tüm demanslar içinde;
  - Alzheimer tipi demans %50-60
  - Vasküler tip demans %15-30
  - Tedavi edilebilir sebeplere bağlı demans %15

# Demans

## Tedavi edilebilir demans sebepleri

- Beynin dejeneratif hastalıkları
  - Alzheimer Hastalığı
  - Lewy Cisimcikli demans
  - Pick hastalığı
  - Huntington koresi
  - Parkinson hastalığı
- Serebrovasküler nedenler
  - Enfarktlar
  - Binswanger hastalığı (Subkortikal lökoensefalopati)
- Metabolik ve endokrin hastalıklar
  - Kronik böbrek yetmezliği
  - **Hipotiroidizm**
  - **Hipopituitarizm,**
  - **Hipo/hiperparatiroidizm**
  - **Adison**
  - **Cushing**
  - **Hiperinsülinizm**
  - Hipoksi
  - Anoksi
  - Wilson Hastalığı (Hepatoliküler dejenerasyon)
  - Paget hastalığı
  - Porfiri
  - **Vitamin eksiklikleri**
- **B<sub>1</sub>, folat, B<sub>12</sub>, nikotik asid**
  - Vitamin zehirlenmeleri
    - A ve D vitamini
  - Kanser uzak etkisi
- Beyin içinde yer tutan lezyonlar
  - **Ulrar**
- Kafa travması
  - **Subdural hematom**
- Epilepsi
- Enfeksiyonlar
  - **Sifiliz**
  - AIDS
  - **Kronik menejit**
  - **Beyin absesi**
  - **Lyme hastalığı**
  - Whipple hastalığı
  - Kuru
  - Subakut sklerozan panensefalit
  - Profresif multifokal lökoensefalopati
  - Piron hastalıkları (Creutzfeld-Jacob Hastalığı)
- Zehirlenmeler
  - **Alkol**
  - Ağır metaller
- Karbonmonoksit
- İlaçlar
  - Antikolinergikler
  - Barbitüratlar
- Radyasyon
- Organik bileşikler
  - Nitrobenzen
  - Organofosfat
- **Normal basınçlı hidrosefali**
- Güneş çarpması
- Elektrik çarpması
- Kan hastalıkları
  - Anemi
  - Eritremi
  - 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





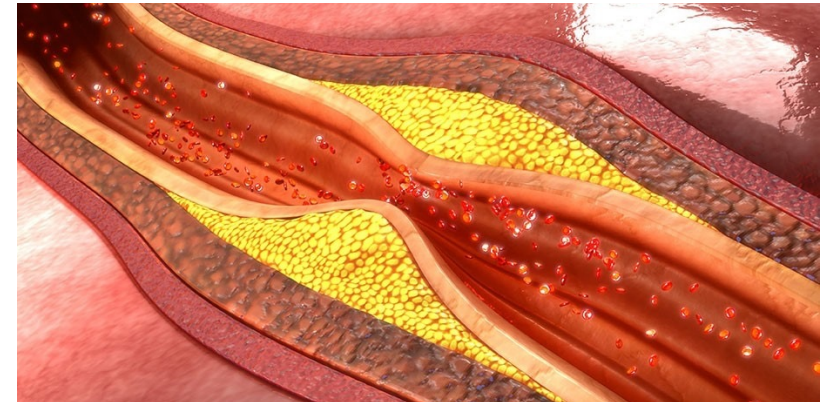
# Alzheimer Hastalığına Bağlı Demans Tedavi

- Alzheimer Hastalığına bağlı demansta beynin 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 arttırır
    - *Öğrenme ve belleğin fizyolojik işlevlerini engellemez.*



# Vasküler Tip Demans

- Tüm bunamaların yaklaşık **%15-30'**unu 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.



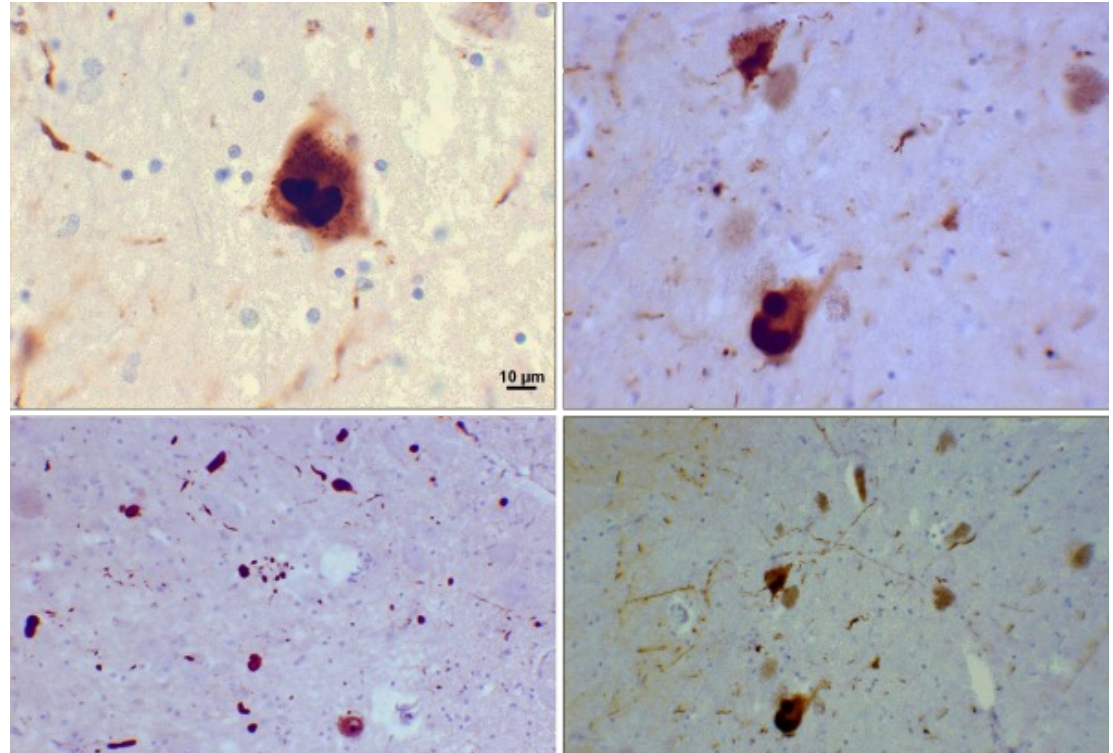
## Pick Hastalığı (Frontotemporal Demans)

- Frontotemporal bölgede atrofi mevcuttur.
  - Kişilik ve davranış değişiklikleriyle karakterize
- Tipik olarak 75 yaşından önce başlar.
- 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

- Kliniđi AH'ye benzer fakat beraberinde **halüsinasyonlar** ve **Parkinsonien** belirtiler ile ekstrapiramidel 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.



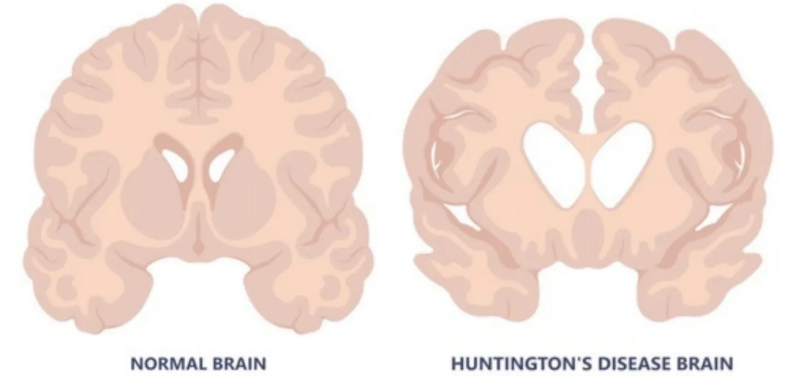
# Diğer Demanslar

- **Huntington Hastalığı**

- Subkortikal 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**=demantia 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.

# 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.

# Demans

## *Ayırıcı tanı*

- Yalancı bunama (depresyon)
- Deliryum
- Zeka geriliđi
- Şizofreni
- Amnestik Sendrom
- Hafif bilişsel bozulma
- Temaruz/Simülasyon
- Normal yaşlanma



# 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.

<b>Özellik</b>	<b>Psödodemans (Yalancı Demans)</b>	<b>Demans</b>
<b>Tanım</b>	Depresyon veya başka bir psikiyatrik durumun neden olduğu bilişsel bozulma	Beyindeki nörodejeneratif süreçlerden kaynaklanan kalıcı bilişsel bozulma
<b>Başlangıç</b>	Genellikle ani başlar	Genellikle yavaş ve kademeli başlangıç
<b>Klinik Görünüm</b>	Bilişsel şikayetler dramatik olabilir, ancak testlerle tam olarak doğrulanamaz	Bilişsel bozulma, testlerle doğrulanır ve zamanla kötüleşir
<b>Bellek</b>	Genellikle "unutma" şeklinde, hastanın farkında olduğu bellek şikayetleri	Unutkanlık genellikle daha belirgin ve hastanın farkındalığı azalır
<b>Duygudurum</b>	Depresif ya da melankolik duygudurum belirgin olabilir	Duygusal değişiklikler olabilir, ancak daha çok bilişsel belirtiler ön plandadır
<b>Tedaviye Yanıt</b>	Depresyon tedavisi ile genellikle iyileşir	Nörodejeneratif süreçlerden dolayı tedavi ile sadece yavaşlatılabilir, tam iyileşme olmaz
<b>Kognitif Test Sonuçları</b>	Test sonuçları genellikle tutarsız ve değişkendir	Test sonuçları genellikle tutarlı bir şekilde kötüleşir
<b>Hastanın Kendi Algısı</b>	Bilişsel bozulmanın farkında olup, bunu genellikle abartılı bir şekilde ifade eder	Bilişsel bozulmanın farkında olmayabilir veya şikayet etmez
<b>Temel Neden</b>	Depresyon, anksiyete gibi psikiyatrik bozukluklar	Alzheimer hastalığı, vasküler demans gibi nörodejeneratif hastalıklar
<b>Prognoz</b>	Genellikle iyi ve tedavi ile düzelir	Kötüleşme eğilimindedir, ilerleyici bir seyir izler

# Demans

## *Ayırıcı tanı – Deliryum*

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

# Demans

## *Ayırıcı tanı (Devam)*

- Zeka geriliđi
  - 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.

# Tedavi

- **Tanıyı doğrulamak** tedavinin ilk aşaması → geri çevrilebilir sebep?
- Koruyucu tedbirler (ilerlemeyi yavaşlatmak veya durdurmak için) özellikle **vasküler demansta** önemli
  - Diyet düzenlemesi
  - Egzersiz
  - Diyabet ve hipertansiyonun kontrolü
- Psikososyal tedaviler
  - Destekleyici ve eğitici psikoterapiler
  - Yas terapisi – engelliliği kabul etme
  - Psikodinamik değerlendirme (bireysel ve aile bazında)

# Tedavi

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

# Demans

## *Tedavi (Devam)*

- Alzheimer Hastalığı'nın patofizyolojisiyle ilgili varsayımlarından biri de **glutamat eksitotoksitesidir**.
  - Glutamat fazlalığı nöronların ölümüne yol açar.
- **Memantin**
  - NMDA reseptör blokörüdür
  - BDNF üretimini arttırır
  - Öğrenme ve belleğin fizyolojik işlevlerini engellemez.



Amnestik Bozukluklar



# Amnestik Bozukluk

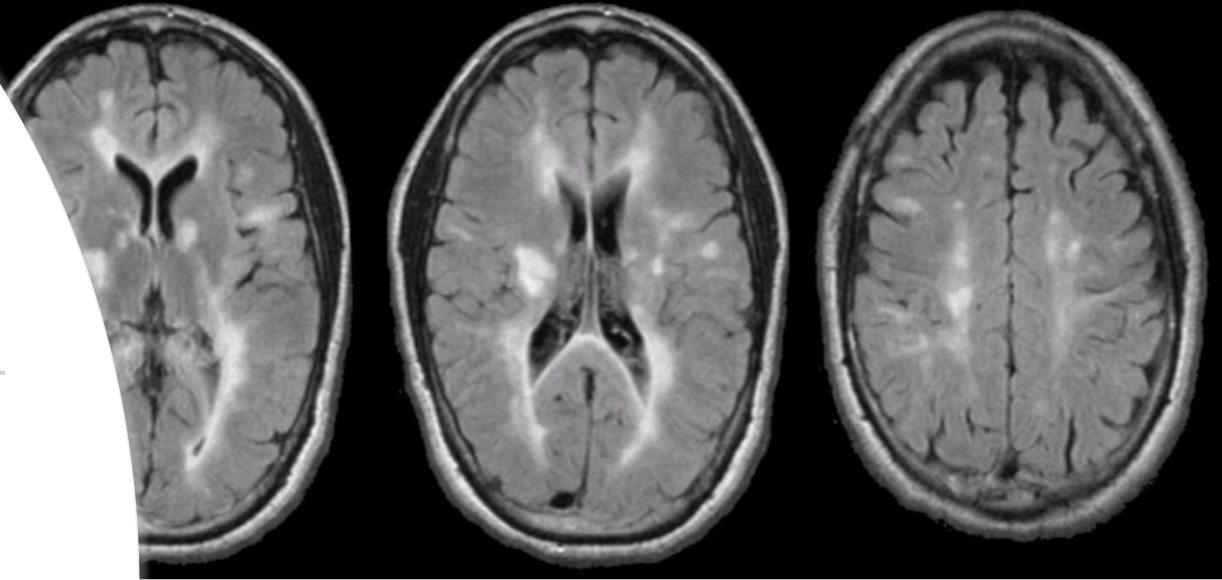
- **Genel tıbbi bir duruma ya da madde kullanımının süregen etkilerine bağlı** olarak, yeni bilgileri öğrenme (anterograd amnezi) ya da önceden öğrenilmiş bilgileri anımsama yetisinde bozulma (retrograd amnezi) ile kendini gösteren **bellek bozukluğu** ile karakterize tablodur.
- Amnestik bozukluklar geçici olabilir (saatler veya günlerce sürebilir), kronik olabilir (haftalar ve aylarca sürebilir)

# Amnestik Bozukluklar

- Serebrovasküler Hastalıklar
- Multiple Skleroz
- Korsakoff Sendromu
- Alkole bağlı blackout
- Elektrokonvülzif terapi
- Kafa travması
- Geçici Global Amnezi

## Multiple Skleroz

- Multiple Skleroz'da (MS) beyin parankiminde rastgele **plak** oluşumları görülür. Bu plaklar temporal lob ve diensafalik bölgede ise hafıza etkilenir.
- MS hastalarında en sık görülen nörobilişsel şikayet **hafıza** problemleridir (%40-60)
  - Karakteristik olarak, sayı dizisi belleği normaldir, ancak bilgilerin anında hatırlanması ve gecikmeli hatırlanması bozulmuştur.



# 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.

# Wernicke Ensefalopatisi

- Belirtiler (biri ya da birkaçı);
  - *Nistagmus,*
  - *Oftalmopleji,*
  - *Ataksi (genellikle ilk belirti),*
  - *Konfüzyon,*
  - *Periferal 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 lezyonların geri dönmesini sağlar.

# 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.

# 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.

## Alkole bağlı blackout

- Şiddetli alkol kötüye kullanımı olanlarda görülebilir.
- KiŐiler sabah kalktıklarında sarhoŐ oldukları dönemdeki bazı Őeyleri hatırlamazlar.





# Elektrokonvülfif terapi

---

- EKT terapiden birkaç dakika öncesi ve seanstan hemen sonraki dönemin unutulmasıyla ilişkilidir.
- Anterograd amnezi genelde **5 saat** içinde geçer
- Hafif hafıza kayıpları EKT'den sonra **1-2 ay** devam edebilir.
- Belirtiler **6-9 ayda** genelde tamamen düzelir.



# Kafa travması

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



# 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, duyuşal ve refleks işlevleri korunmuştur.
  - Eşlik eden nörolojik şikayetler varsa bu tanı konmaz



## Geçici Global Amnezi (Devam)

- **Erkeklerde** daha sıktır
- Yıllık insidansı **100.000'de 5-10**
- Genellikle **60-70 yaş** arasında görülür.
  - Çocukları etkilemez
- Genelde **benign** seyirlidir.
  - Saatler içinde düzelir. **12 saatten fazla sürmesi beklenmez**

# Amnestik Bozukluk

## *Tedavi*

- Deliryumdaki gibi altta yatan nedene yönelik olup, bellek bozukluđunu d¼zeltecek özgül bir tedavi yoktur.

