

Halit Emin Alicılar¹, Deniz Çalışkan²

DOI: 10.17942/sted.888837

Geliş/Received : 01.03.2021
Kabul/Accepted : 12.04.2021

Öz

Demans, dünya çapında yaşlılar arasında engelliliğin ve bağımlılığın başlıca nedenlerinden biridir. Demansın en yaygın nedeni olan Alzheimer hastalığı, birey ve toplum için önemli etkileri olan küresel bir halk sağlığı sorunudur. Beklenen yaşam sürelerinin uzaması ve yaşlanan nüfusla birlikte hastalığın önemini giderek artması, Alzheimer hastalığına yönelik korunma stratejilerini gündeme getirmektedir. Alzheimer hastalığının önüne geçilmesinde en önemli yol, birincil korunma kapsamında risk faktörlerine yönelik önlemlerin alınması ve hastalığın oluşmasının engellenmesidir. Hastalığın erken dönemi, demansı önlemek veya geciktirmek açısından önemli bir fırsattır. Hastalığın mümkün olduğunca erken evrede tespit edilmesi ve gerekli tedavinin bir an önce başlanması, ilerlemenin önüne geçmede önem taşımaktadır. Uygun tedavi ve bakım yaklaşımları ile hastaların bilişsel ve fiziksel fonksiyonlarının korunması ve komplikasyonların önlenmesi mümkündür. Bu derlemenin amacı, Alzheimer hastalığına yönelik birincil, ikincil ve üçüncül korunma stratejileri çerçevesinde güncel tanı ve tedavi yaklaşımları, hasta bakımı ve bakım veren sağlığı ile risk faktörleri ve korunma yolları hakkında bilgi vererek hastalığı bu kapsamda Halk Sağlığı yaklaşımıyla değerlendirmektir.

Anahtar sözcükler: Alzheimer hastalığı, Demans, Korunma, Risk faktörleri, Tanı, Tedavi, Bakım

Abstract

Dementia is one of the major causes of disability and dependence among elderly people throughout the world. Alzheimer as the most common cause of dementia is a global public health problem with significant implications for individuals and societies. Longer life expectancies and increasing incidence of the disease along with ageing population place strategies of protection against the disease on the agenda. The most important way in avoiding the disease is the adoption of measures against risk factors and prevention of its emergence. The early phase of the disease presents an important opportunity in preventing or delaying the disease. The earliest possible diagnosis and immediate introduction of appropriate therapy is important in checking the advancement of the disease. It is possible to maintain the cognitive and physical functions of patients and to prevent complications with appropriate therapy and care approaches. The objective of this compilation is to assess the disease in this context and through public health approach by providing information about current diagnosis and therapy approaches within the framework of primary, secondary and tertiary protection strategies, patient care, caregiver health, related risk factors and ways of protection.

Key words: Alzheimer disease, Dementia, Protection, Risk factors, Diagnosis, Therapy, Care

Giriş

Demans, bilişsel işlevlerde gerilemeyle karakterize, kronik ve ilerleyici bir sendromdur. Esas olarak ileri yaştakileri etkilemekle birlikte yaşlanmanın doğal bir parçası değildir. Hastalar hafızada, düşünmede, öğrenmede, davranışlarda ve günlük aktiviteleri yerine getirmede zorluklar yaşar. Dünya çapında yaklaşık 50 milyon kişinin demansla yaşamakta olduğu ve her yıl yaklaşık 10 milyon kişinin daha bu gruba eklendiği tahmin edilmektedir (1). Demans, dünya çapında yaşlılar arasında engelliliğin ve bağımlılığın başlıca nedenlerinden biridir. Hastalığın ilerleyen dönemlerinde hastalar, günlük aktivitelerini yerine getirmek için başkalarına bağımlı duruma gelmektedir. Bu nedenle demansın sadece hastalar üzerinde değil, aynı zamanda hastaların bakıcıları, aileleri ve genel olarak toplum üzerinde de fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik etkileri vardır.

Demansın en yaygın nedeni olan Alzheimer hastalığı (AH), vakaların %60-70'ine katkıda bulunmakta olup birey ve toplum için önemli etkileri olan, giderek artan öneme sahip küresel bir sağlık sorunudur. Alzheimer hastalığı, Dünya Sağlık Örgütü tarafından küresel bir halk sağlığı önceliği olarak kabul edilmektedir (2). Dünya çapında yaklaşık 50 milyon kişi demansla mücadele ederken bunların yaklaşık %60'ı düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır (1). 60 yaş ve üstü nüfusta demans prevalansının %5-8 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Alzheimer hastalığı ve diğer demans türleri, Dünya Sağlık Örgütü'nün açıkladığı 2019 yılı küresel ölüm nedenleri raporunda yedinci sırada yer almaktadır (3). Türkiye'de ise Alzheimer hastalığının sıklığı ile ilgili yapılan ulusal çalışmalar sınırlı olmakla birlikte tahminlere göre 600 bin kişinin bu hastalıkla mücadele ettiği düşünülmektedir (4). Türkiye nüfusunun giderek yaşlandığı düşünüldüğünde ülkemiz için Alzheimer hastalığının öneminin de artmakta olduğu söylenebilir.

Demansın, doğrudan tıbbi ve sosyal bakım maliyetlerine ek olarak resmi olmayan bakım maliyetleri açısından önemli sosyal ve ekonomik etkileri de vardır. Bakım maliyetleri, doğrudan bakımları içerdiği gibi evde bakım sürecinde hastaya bakım veren kişilerin yaşadığı iş gücü

kaybını ve maddi kayıpları da barındırmaktadır. Bu derlemenin amacı, Alzheimer hastalığına yönelik birincil, ikincil ve üçüncül korunma stratejileri çerçevesinde güncel tanı ve tedavi yaklaşımları, hasta bakımı ve bakım veren sağlığı ile risk faktörleri ve korunma yolları hakkında bilgi vererek hastalığı bu kapsamda Halk Sağlığı yaklaşımıyla değerlendirmektir.

Tanı ve Klinik

Alzheimer patolojisinin temel özellikleri amiloid plaklar ve nörofibriler yumaklardır. Yaygın nöronal ve sinaptik disfonksiyonla birlikte nöron kaybı gelişir. Beyinde medial temporal lob (hipokampus) tutulumu ile bellek kaybı biçiminde başlayan hastalığa neokortikal tutulum sonrası diğer bilişsel kayıplar eşlik etmektedir (5). Alzheimer'da nörodejenerasyonun semptomlardan on yıllar önce başladığı düşünülmektedir.

Son dönemde yapılan araştırmalarda hastalığın erken dönemi, demansı önlemek veya geciktirmek açısından önemli bir fırsat olarak görülmektedir. Erken dönemde görülen semptomlar gözden kaçabilir veya yanlış yorumlanabilir; bu da hastaların gerekli tedaviyi ve bakımı almalarında gecikmelere yol açabilir (6). Tanıda en önemli sorun semptomların yaşlanma sürecinde normal olarak tanımlanması ve gözden kaçmasıdır. Alzheimer'da görülen bilişsel kayıplar, kesinlikle yaşlılıkla ilişkilendirilmemelidir.

Hafif Kognitif Bozukluk (HKB), demansın henüz oluşmadığı ve günlük yaşamın belirgin etkilenmediği ancak bellek sorunları ve bilişsel kaybın belirginleştiği dönemdir. Bu dönemde bilişsel fonksiyonlar, normal kabul edilen aralığın altına inmeye başlamış ve çeşitli testlerle tespit edilebilir hale gelmiştir. Mini Mental Durum Değerlendirme testi, Montreal Kognitif Değerlendirme testi, saat çizme testi, üç nesne hatırlama testi gibi ölçekler demansın ve bilişsel sorunların tespitinde fayda sağlamakla birlikte bu testlerde normal sonuç alınması tanıyı dışlamamakta, HKB tanısı için daha ayrıntılı nöropsikolojik incelemelere ihtiyaç duyulmaktadır (7). HKB yaşayan bireylerin yaklaşık %10'unun demansa ilerlediği düşünülmektedir. HKB tanısı alan hastaların demansa ilerleme düzenli muayene ve testlerle takip edilmesi gerekmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada

Alzheimer hastalığı tanısı alanların %98,3'ünün tanı öncesinde Hafif Kognitif Bozukluk tanısı almadığı belirlenmiştir (8).

Hastalık, özellikle kişinin epizodik belleğini etkileyen, yani kişisel deneyimlerini ve anılarını hedef alan, kronik ve ilerleyici bir süreçtir. Çoklu görevleri yerine getirememeye, depresif belirtiler ve güven kaybının yanı sıra ileri dönemlerde hastalarda ajitasyon ve saldırganlık gibi davranış değişiklikleri, halüsinasyon ve psikotik nöbetler de ortaya çıkabilir (9). İleri evrede idrar, gayta inkontinansı, baskı yaraları, kas gücü ve koordinasyon güçlüğüne bağlı düşmeler, yutma güçlükleri ve buna bağlı olarak malnütrisyon da yaşanmaktadır (10).

Alzheimer tanısı koymak için görüntüleme yöntemleri şart olmamakla birlikte yapısal anomalileri dışlamak ve tanıyı destekleyici bilgi sağlamak için bilişsel fonksiyonlarda kötüleşme nedeniyle araştırılan tüm hastalarda MR veya bilgisayarlı tomografi önerilmektedir (11). Görüntülemeye öngörücü atrofi paternleri bulunmakla birlikte genellikle spesifik olmayıp dejeneratif hastalıkların ayırıcı tanısında sınırlı bir kanıt sunmaktadır. Bu nedenle geleneksel MR ancak kısıtlı bir bakış açısı sağladığı için perfüzyon MR, fonksiyonel MR, difüzyon traktografi (DTI), EEG, Amiloid PET gibi görüntüleme çalışmaları Alzheimer tanısında gündeme gelmektedir (12). Özellikle bu tür ileri görüntüleme tekniklerinin makine öğrenmesi yoluyla yapay zeka ile desteklenmesi, elde edilen görüntülerin sağlıklı bireyle Alzheimer hastası arasında ayrımının yapılmasında hekimlerin elini oldukça kuvvetlendirecektir.

Görüntülemenin yanı sıra beyin-omurilik sıvısında Alzheimer biyobelirteçlerinin (T-tau, P-tau ve A 42) tespitinin de, AH tanısında güçlü bir yöntem olabileceği öngörülmektedir (13). Erken dönemde Hafif Kognitif Bozukluk ile görüntüleme ve biyobelirteçlerin ilişkilerinin incelenmesi için çok sayıda çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Erken tanıya yönelik umut verici çalışmalar olduğu görülmekle birlikte henüz yaygın kullanıma girmesi planlanan bir yöntem gündemde değildir.

İngiltere'de demansın erken tanısına yönelik geliştirilen ulusal programda, medya aracılığıyla bilgilendirme kampanyaları düzenlenmiş,

demansın yaşla birlikte kaçınılmaz olduğu gibi yanlış inanışlara yanıt verilmiş; bunun yanı sıra pratisyen hekimlere demans tanısı koymaları adına gerekli eğitimler ve araçlar sağlanmış ve devamında tanı oranları izlenmiştir. 2009 yılında programın öncesinde %40'ın altında olan tanı oranlarının anlamlı bir şekilde artış gösterdiği ve altı yılda %67'nin üzerine çıktığı gözlenmiştir (6). Toplumla yönelik tarama programları önerilmemekle birlikte yüksek risk taşıyan kişilere yönelik sistematik bir tarama yaklaşımı çok daha akılcıdır. Alzheimer hastalığı olan birçok kişinin tanı almadığı düşünüldüğünde sadece teşhis konulması bile, uygun tedavi ve bakımın alınmasına olanak sağlayarak hastalığın önüne geçilmese de ilerlemesinin yavaşlatılmasına katkı sunacaktır.

Tedavi ve Bakım

Tedavide esas noktalar, hastalık sürecinin en uygun yönetimini sağlamak adına erken tanı koymak, fiziksel sağlığı ve aktiviteleri korumak, eşlik eden hastalıkları ve psikolojik belirtileri saptamak ve tedavi etmek, bakım veren kişilere destek sağlamak şeklinde özetlenebilir (1). Tedavi sürecinde tıp, sosyal hizmetler ve destek hizmetlerini içeren multidisipliner bir yaklaşım önem taşır.

Günümüzde halen daha hastalığın seyrini tamamen değiştiren tedaviler mevcut değildir. Tedavi semptomatik yaklaşım üzerine kurulu olup Alzheimer hastalığının mekanizmalarına yönelik olarak nörotransmitterlerin engellenmesi şeklinde Asetil-kolinesteraz inhibitörleri ve memantin kullanımına dayanır. Klasik tedavilere ek yeni ve etkili tedavi yaklaşımları üzerine çalışmalar devam etmektedir. Bunlardan biri olan Transkraniyal Manyetik Stimülasyon (TMS), hastalığı değiştirmese bile hastalarda semptomları hafifletebilecek potansiyel bir tedavi aracıdır. TMS ile yapılan bir pilot çalışmada Alzheimer hastalarında EEG yanıtları değerlendirildiğinde ipsilateral temporo-parietal ve kontralateral frontosantral alanlarda uyarımın azaldığı gözlenmiştir (14). Bu yöntemin tedavide kullanımı hakkında daha fazla klinik çalışma yapılması gerekmektedir. Bunun dışında çeşitli anti-amiloid ajanlar ve B-sekretaz inhibitörleri tedavide değerlendiriliyor olsa da klinik çalışmalarda etkili olduğu henüz kanıtlanamamıştır (15).

Hastalığın yönetiminde ilaç tedavisinin yanı sıra davranışsal yaklaşımlar da oldukça önem taşımaktadır. Yaşanılan çevrenin sadeleştirilmesi, rutinler oluşturulması ve çeşitli iletişim stratejileri geliştirilmesi gibi yöntemler hasta bakımında fayda sağlamaktadır. Hastaya uygun, güvenli bir yaşam alanı oluşturulmalıdır. Hastanın çeşitli aktivitelerle aktif kalması sağlanmalı, psikiyatrik sorunlara karşı duyarlı olunmalıdır. Yaşadığı ortamda aşinalık sağlanmalı, alışkın olduğu eşyalar kullanılmalıdır. Hastalar günün belirli saatlerinde dışarı çıkarılarak, sirkadiyen ritimleri düzende tutulmalıdır. Hastaların kaybolma ihtimaline karşı konum takip cihazları, otomatik hatırlatıcılar, hastalık durumunun ve kişisel bilgilerinin yazılı olduğu bilgilendirme notları kullanılabilir (16).

Kas gücü kayıplarını azaltmak ve düşme sorunlarının önüne geçmek adına denge çalışmaları ve alt ekstremitte güçlendirici egzersizler yapılabilir (17). Egzersizlerin hastalara anlamlı aktivite olarak da katkıları olacaktır. Bunun dışında müzik terapisi, sanat terapisi, ışık tedavisi gibi yöntemleri değerlendiren çalışmalar mevcuttur. Bu tür farmakolojik olmayan tedavilerin etkilerini değerlendiren bir meta analiz çalışmasında yöntemlerin günlük aktiviteleri geliştirdiği ve depresyonu azalttığı belirlenirken anksiyete ve bilişsel fonksiyonlara etkisi olmadığı görülmüştür (18). Alzheimer hastaları bilişsel kayıplara ek olarak yaşadıkları yutma güçlüğü ve iştahsızlık gibi problemler nedeniyle malnütrisyona oldukça yatkındır (19). Yemek yenen ortamda çevrenin basitleştirilmesi, dikkat dağılmasını ve yemeğin yarım bırakılmasını önlemeye yardımcı olacaktır.

Alzheimer hastalığı, gelişmiş ülkelerde evde bakım hizmeti gerektiren hastalıkların başında gelmektedir. Alzheimer hastalarına bakım veren kişilerde yapılan bir çalışmada bakım verenlerin çoğunluğunun demans hakkında sınırlı bilgiye sahip olduğu gözlenmiştir (20). Bakıcıların birey merkezli bir yaklaşımı tercih etmedikleri bildirilmiştir. Bilgi düzeyini etkileyen en önemli faktörlerden biri ise bakım eğitimi almış olmaktadır.

Alzheimer hastalarına bakım verenlerin günlük yaşamları büyük ölçüde etkilenmektedir. Bu nedenle hastaların yanı sıra bakım verenlerin de

sağlığının gözetilmesi, dinlenme sürelerinin gözetildiği düzenli bir çalışma planı oluşturulması, psikolojik destek ağlarının geliştirilmesi önem taşımaktadır (21). Bakım verenlerin psikolojik sorunlar yaşaması Alzheimer hastalarını da olumsuz etkilemektedir. Bakım verenlerinin sağlığının korunması amacıyla tele sağlık teknolojisinin ve web tabanlı müdahalelerin kullanımı değerlendirilmelidir.

Alzheimer hastalığının giderek artan önemi ve bakım maliyetleri göz önünde bulundurularak bakım yükünü ailenin üzerinden alacak sosyal düzenlemeler yapılmalıdır. Huzurevi, gündüz bakım merkezi gibi uygun ortamların yanı sıra evde bakım hizmetlerinin sürekliliği sağlanmalı, ailelerin maddi ve manevi destekleri gözetilmelidir. Hasta yakınlarının bilgilendirilmesi, bakım verenler arasında dayanışmanın sağlanması, genel olarak hasta ve yakınlarının yaşam kalitesinin artırılması amaçlanmalıdır. (4)

Hastalar tanı aldıktan sonra bakım hizmetleri koordineli bir şekilde yürütülmeli ve bu hizmetlere herkesin eşit erişimi sağlanmalıdır. Kamu hizmetleri, yerel işletmeler ve toplumun iş birliğiyle hastaların günlük yaşam kalitesini artırmak hedeflenmelidir.

Risk Faktörleri ve Korunma

Alzheimer hastalığının önüne geçilmesinde en önemli yol, birincil korunma kapsamında risk faktörlerine yönelik önlemlerin alınması ve hastalığın oluşmasının engellenmesidir. Son dönemde tedavi yöntemlerinde yaşanan gelişmeler, hastalığın önlenmesindeki önemi azaltmamaktadır. Hastalık oluşmadan önlemek, tedavi etmeye göre çok daha etkili ve yararlı bir yaklaşımdır. Bu anlamda hastalığının risk faktörlerinin belirlenmesi büyük önem taşır.

Alzheimer hastalığı için yaş, bilinen en önemli risk faktörü olmakla birlikte hastalık yaşlanmanın doğal bir sonucu değildir. Hastalığın prevalansı 65 yaşından sonra her beş yılda bir yaklaşık iki katına çıkarak 85 yaş üstünde en yüksek seviyelere ulaşmaktadır (5). Cinsiyete göre karşılaştırma yapıldığında kadınların erkeklere göre Alzheimer hastalığına yakalanma riskinin daha fazla olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur (4). Cinsiyetin çok faktörlü bir etkisi olmakla birlikte

bu durumun özellikle menopoz sonrası yaşanan ani hormonal değişikliklere bağlı olabileceği düşünülmektedir (22).

Alzheimer hastalığı çoğunlukla sporadik bir temelde ortaya çıkarken vakaların %5'inden daha azı ise ailesel olup, ailesel olguların sporadik olgulara göre daha erken başlangıç gösterdiği bilinmektedir (23). Hastalıkla ilgili tanımlanmış en önemli gen APOE (Apolipoprotein E) genidir. Çalışmalar APOE geninde heterozigot E4 alel taşıyıcılarının alel taşımayan bireylere göre 3 kat, homozigot E4 taşıyıcılarının ise Alzheimer hastalığı için 12 kat risk taşıdığını göstermektedir (24). E2 alel taşıyıcılarının ise daha düşük Alzheimer riskine sahip olduğu belirlenmiştir.

Lothian Doğum Kohortları çalışması sonucunda sigara içmemek, fiziksel olarak daha aktif olmak, birden fazla dil konuşmak, daha fazla eğitim almak, profesyonel bir mesleğe sahip olmak gibi faktörler daha iyi bilişsel yaşlanmayla ilişkili bulunmuştur (25). Genetik faktörlerin düşünme becerileri üzerindeki etkisi tahminlerin oldukça altında %25 olarak belirlenmiştir. Xu ve ark. ise meta-analiz çalışmalarında östrojen, statin, antihipertansif ilaçlar ve non-storeid antiinflamatuvar (NSAİ) tedavinin Alzheimer'a karşı koruyucu olduğunu saptamıştır (26). Aynı çalışmada 50 paket-yılın üzerinde sigara kullanımı, düşük eğitim seviyesi, yüksek sistolik ve düşük diyastolik kan basıncı AH için risk faktörü olarak belirlenirken, bilişsel aktivite, sağlıklı beslenme ise AH riskini azaltan faktörler olarak saptanmıştır.

MIRAGE (Alzheimer'ın Genetik

Epidemiyolojisinde Çok Merkezli Araştırma) kapsamındaki çalışmalar yine statin ve NSAİ kullanımını Alzheimer sıklığında azalmayla ilişkilendirirken (27,28) statin, östrojen ve NSAİ kullanımının demansı önlemede başarılı olmadığını bildiren bulgular da mevcuttur (29,30). E vitamini ve folik asit alımının ise Alzheimer'da faydalarıyla ilgili henüz yeterli kanıt bulunmamaktadır (31).

Livingston ve ark. Alzheimer hastalığı için bilinen risk faktörlerinin %35-40'ının önlenabilir nedenler olduğunu öne sürmüşlerdir (6). Bu nedenler

arasında en çok önem taşıyanlar, erken yaşta düşük eğitim seviyesi; orta yaşlarda hipertansiyon, obezite, aşırı alkol kullanımı ve işitme kaybı; ileri yaşta depresyon, diyabet, sigara kullanımı, fiziksel inaktivite, sosyal izolasyon ve hava kirliliği olarak tanımlanmıştır. Framingham kalp çalışmasında diyabet, düşük fiziksel aktivite, artmış homosistein ve düşük omega-3 seviyeleri AH için risk faktörü olarak tanımlanmıştır (32).

Tip 2 diyabetin Alzheimer hastalığı riskini artırdığı, obezitenin de Alzheimer hastalığı için bir risk faktörü olduğu bilinmekle birlikte bazı çalışmalar düşük vücut kitle indeksinin de risk oluşturabileceğini göstermektedir (22). Fiziksel aktivite için yapılan çeşitli çalışmalar bilişsel gerilemeye karşı koruyucu olduğunu, aktivite arttıkça koruyuculuğunun da arttığını belirtmektedir (33).

Sigara kullanımı hem kardiyovasküler riskleriyle, hem de içerdiği nörotoksinlerle Alzheimer hastalığı için risk oluşturmaktadır (34). Sigara kullanımının azaltılması hastalıktan korunma adına oldukça etkili bir müdahale yöntemi olabilir. Alzheimer hastalığında korunmaya yönelik olarak 45 yaş ve üzeri demansı olmayan kişilerde hipertansiyonun aktif tedavisi önerilmektedir. Antihipertansiflerle yapılan bir randomize kontrollü çalışmada ilaçların bilişsel gerileme riskinde azalma sağladığı gösterilmiştir (35). Hipertansiyon, diyabet, obezite, hiperkolesterolemi, sigara gibi kardiyovasküler sistem için risk oluşturan faktörlerin önlenmesi önem taşımaktadır. Hipotansiyon da beynin oksijen metabolizmasını olumsuz etkileyerek AH için risk artışına yol açabilir.

Çevresel olarak hava kirliliği ve alüminyum, bakır, demir, çinko gibi ağır metallerle bağlı nörotoksin maruziyetinin de Alzheimer için risk oluşturduğu düşünülmektedir (36). Tekrarlayan santral sinir sistemi enfeksiyonlarının da Alzheimer hastalığına yol açabileceği savunulurken gelecekte tedavide HSV1, HHV6 gibi etkenlere yönelik antivirallerin gündeme gelebileceği belirtilmektedir (37). İşitme kaybı ise görece yeni tanımlanmış bir risk faktörü olmakla birlikte ciddi etkilerinin olduğu düşünülmektedir. Genellikle hafif işitme kaybı seviyelerinin bile, uzun vadede bilişsel gerileme ve demans riskini artırdığı ileri sürülmektedir (6).

Depresyonun Alzheimer için bir risk faktörü mü olduğu, yoksa Alzheimer hastalığının erken dönem semptomlarından biri mi olduğunu kestirmek oldukça güçtür. Alzheimer hastalarında depresyon sıklığı oldukça yüksektir. Depresyonun stres hormonlarını, nöronal büyüme faktörlerini ve hipokampal hacmi etkilemesi nedeniyle biyolojik olarak da demans riskini artırmasının mümkün olduğu düşünülmektedir (38). Sosyal izolasyon da aynı şekilde, demans için bir risk faktörü olabileceği gibi demansın bir semptomu da olabilir. Çalışmalar sosyal izolasyonun demans riskini artırdığı ve sosyal etkileşimlerin hipertansiyona karşı koruyucu etkilerle dolaylı yünden de fayda sağlayabileceği yönünde kanıtlar sunmaktadır (39,40).

Araştırmalarla elde edilen epidemiyolojik kanıtlar, eğitimin, düzenli egzersiz yapmanın, sigara kullanmamanın, zararlı alkol kullanımından kaçınmanın Alzheimer'a karşı koruyabileceğini öne sürerken; hipertansiyon ve diyabetin olumsuz yönde etkilediğini, dolayısıyla kilo kontrolü, sağlıklı beslenme ve tansiyon, kolesterol ve kan şekeri seviyelerini düzenli tutmanın demans riskini azaltabileceklerini göstermektedir (1,26). Özellikle Akdeniz tipi diyetin bileşenlerini oluşturan, antioksidan ve çoklu doymamış yağ asitleri (omega-3) içeren besinlerin Alzheimer hastalığına karşı koruyucu olabileceğine yönelik çalışmalar mevcuttur (22).

Eğitim, sosyal ilişkilerin güçlendirilmesi, egzersiz, sigara kullanımının azaltılması; depresyon, diyabet gibi hastalıkların tedavisi ve benzer müdahalelerle demans vakalarının üçte birinde gecikme sağlanabileceği veya demansın tamamen önlenebileceği tahmin edilmektedir (6). Dünya Sağlık Örgütü Demansa Halk Sağlığı Yanıtı Küresel Eylem Planında yedi alanda kapsamlı bir eylem planı önermektedir. Bunlar, demansı halk sağlığı önceliği haline getirmek; demans farkındalığını artırmak; demans riskini azaltmak; teşhis, tedavi ve bakımın iyileştirilmesi; demans hastalarına bakım verenleri desteklemek; demans için sağlık bilgi sistemleri geliştirmek ve araştırma ve yenilikleri desteklemektir (2). Çoğunlukla demans konusunda farkındalık ve anlayış eksikliği mevcuttur, bu da damgalanmaya ve teşhis ve bakımın engellenmesine neden olur (1).

Risk faktörlerine ve hastalığın oluşumunu önlemeye yönelik alınacak önlemler birincil korunma kapsamında değerlendirilebilir. Hastalığın birkaç yıl ertelenmesi bile önemli bir başarı olup çeşitli önlemlerle prevalansı azaltmak ve çok sayıda insanın yaşamın sonuna demans gelişmeden ulaşmasını sağlamak mümkündür (6). İkincil korunma ise daha önce bahsedilen erken tanı, uygun tedavi ve bakım yaklaşımlarını içermektedir. Hastalığın mümkün olduğunca erken evrede tespit edilmesi ve gerekli tedavinin bir an önce başlanması, hastalığın ilerlemesinin önüne geçmede oldukça önemlidir. Günümüzde tedaviler semptomatik yaklaşım üzerine kurulmuş olsa da geleceğe yönelik daha etkili tedavi yöntemleri üzerine çalışmalar sürmektedir. Hastaların bilişsel fonksiyonlarını korumak adına sosyal ve bilişsel olarak aktif bir süreç yaşamaları önemlidir.

Üçüncül korunmada ise ileri evrelerde hastaların yeti yitimi yaşamalarının önüne geçmek amaçlanmalıdır. Alzheimer hastaları, hastalık ilerledikçe bilişsel kayıplara ek olarak kas gücü kayıpları yaşamakta, enfeksiyonlara yatkın hale gelmekte, düşme gibi risklerle yüzleşmekte, beslenme güçlüklerine bağlı olarak malnütrisyon riskiyle karşı karşıya kalmaktadır. Çeşitli fiziksel egzersizlerle kas gücünü mümkün olduğunca korumak, hareketsiz kalmanın önüne geçmek ve sosyal izolasyonu önlemek hem fiziksel hem de psikolojik sorunlara karşı etkili olabilecek önlemlerdir. Bakım verenlerin sağlığı da Alzheimer hastalarının sağlığını doğrudan etkilemektedir. Tüm bu korunma yaklaşımları çerçevesinde bütüncül bir strateji geliştirilmelidir.

Sonuç ve öneriler

Avrupa'da demans stratejileri, birey merkezli bir bakım sunulmasına, hastaların ve bakım verenlerin ihtiyaçlarının kesintisiz şekilde giderilmesine odaklanmaktadır. Demansın her aşamasında sürekli, bütüncül ve toplumsal bir yaklaşım gözetilerek birinci basamakta sağlık ve bakım servislerinin yanı sıra evde ve toplumda da bakım hizmetlerinin sunulması hedeflenmektedir. Demansın birinci basamak düzeyinde Aile Hekimleri, hemşireler ve bakım personeli tarafından yönetilmesine yönelik çalışmalar mevcuttur. Demans stratejilerinde "demans dostu bir toplum" yaratarak hastaların topluma dahil

edilmesi hedeflenmekte; demanslı kişilere yönelik eğitim, teşhis sonrasında sistematik takip modelleri, bakım hizmetlerinin devamlılığı ve farkındalığın artırılması amaçlanmaktadır. Hastaların günlük ihtiyaçlarının karşılanması, evde bakım hizmetleri ve gerektiğinde huzurevlerinde yatılı bakım hizmetlerinin sağlanması gerekmektedir. Demanslı kişilerin mümkün olduğunca kendi yaşam ortamlarında yaşlanması hedeflenmelidir. Bakım verenlerin sağlıklarını korumak ve dinlenmelerini sağlamak amacıyla dinlenme bakım programı uygulanmaktadır. Tele-sağlık hizmetlerinin de birinci basamağa entegre edilmesi planlanmaktadır (4).

Alzheimer hastalığı giderek artan bir öneme sahiptir. Hastalığın önlenmesi adına risk faktörlerinin belirlenmesi, risk gruplarının saptanması, erken teşhis konulması ve etkili müdahalelerin geliştirilmesi önem taşımaktadır. Hastalık gelişen kişilerde hastalığın ilerlemesinin önüne geçilmesi, uygun tedavi yöntemlerinin ve gerekli bakım ihtiyaçlarının sağlanması gereklidir. Hastalığa yönelik olarak toplumsal farkındalık oluşturulmalı, Alzheimer hastalarının güvenli bir yaşam sürmeleri sağlanmalıdır.

Hastaların büyük kısmının tanı almadan uzun süre geçirdiği dikkate alınarak, hekimlerin farkındalığı artırılmalı ve tanı koyma yetenekleri güçlendirilmelidir. Vakaların erken dönemde tanı almasının, tedavi ve bakım açısından önemli olduğu unutulmamalıdır. Hastaların bakım ihtiyaçları da göz önünde bulundurulmalıdır. Bakım veren kişilerin eğitilmesi, hastaların dezavantajlarına karşı bilinçli olmaları ve gerekli yardımları sunabilmeleri için önemlidir. Bunun yanı sıra bakım verenlerin de sağlığı gözetilmeli, gerekli destek imkanları sağlanmalıdır.

Türkiye’de sıklıkla demans tanısı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında konulmaktayken, topluma daha yakın olan birinci basamak kuruluşlar bu konuda geri planda kalmaktadır. Bakım hizmetleri de daha üst seviye kuruluşlara odaklanmışken bu aşamada birinci basamağın üstlenebileceği roller göz ardı edilmektedir. Birinci basamak kuruluşlar, hem tanı koyma hem de tedavi ve özellikle de bakım sürecine daha çok dahil olmalıdır.

Elde edilen kanıtlar düşük eğitim seviyesi, bilişsel aktivite azlığı, diyabet, hipertansiyon, obezite, sigara kullanımı, fiziksel aktivite azlığı, depresyon ve sosyal izolasyon gibi faktörlerin Alzheimer hastalığı oluşumuna zemin hazırladığını göstermektedir. Toplumda eğitim seviyesinin artırılması, fiziksel aktivitenin günlük yaşama dahil edilmesi, sosyal ilişkilerin güçlendirilmesi, sigara kullanımının azaltılması birçok alanda fayda sağlayacak uygulamalardır.

Risk faktörlerine yönelik müdahalelerin etkileri konusunda henüz yeterli düzeyde kanıt elde edilebilmiş değildir. Demans oluşumunun yanı sıra demanslı kişilerde hastalığın ilerlemesini önlemek adına çok faktörlü müdahale yaklaşımları geliştirilmeli, bu yaklaşımlar randomize kontrollü çalışmalarla desteklenmelidir. PET veya hastalığa özgü biyobelirteç tespiti daha büyük kohortlarda uygulanması, AH geliştirme riski taşıyan bireyleri tespit etme becerisini büyük ölçüde geliştirecektir. Topluma yönelik invaziv uygulamalar akılcı olmamakla birlikte, risk faktörlerine dayalı bir skorlama yöntemiyle yüksek riske sahip kişilerin ileri inceleme için yönlendirilmesi düşünülebilir. Tüm bu bilgilerin epidemiyolojik yaklaşımlarla birleştirilmesi, hastalığın ne ölçüde önlenilebileceği konusunda akılcı bir kanıt temeli sağlayacaktır.

Ulusal çapta ise demans yönetim stratejileri geliştirilmeli; korunma önlemlerinin yanı sıra tanı, tedavi ve bakım süreçleri birinci basamağa entegre edilmeli; bakım süreçlerinin devamlılığı ve bakım verenlerin sağlığının korunması amaçlanmalıdır. Tüm süreçlerde sağlıklı verilerin toplanması ve etkili bir şekilde değerlendirilmesi gereklidir. Veriler hem hastalar için gerekli yaklaşımı pekiştirecek, hem de ileri araştırmalar için güçlü bir kaynak oluşturacaktır. Tüm bunların sağlanabilmesi sağlık ve sosyal bakım sistemlerinin, kanıta dayalı, çok sektörlü ve uygulanabilir yaklaşımlar geliştirmesi ile mümkündür.

İletişim: Halit Emin Alıcılar

E-posta: eminalicilar@gmail.com

Kaynaklar

1. World Health Organization. Dementia. 2020 [Erişim Tarihi: 09 Aralık 2020]. Erişim: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
2. Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025. Geneva: World Health Organization; 2017.
3. World Health Organization. The top 10 causes of death. 2020 [Erişim Tarihi: 31 Aralık 2020]. Erişim: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
4. Özbabalık D, Hussein S. Demans Bakım Modeli Raporu. Türkiye Cumhuriyeti Aile ve Sos Polit Bakanl. 2017; Erişim: <https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/9332/demans-bakim-modeli-proje-kitabi.pdf>
5. Çınar N. Alzheimer Hastalığında Epidemiyoloji ve Klinik Bulgular. Türkiye Klin J Neurol-Special Top. 2012;5(3):1–6.
6. Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, Costafreda SG, Huntley J, Ames D, vd. Dementia prevention, intervention, and care. *Lancet*. 16 Aralık 2017;390(10113):2673–734. Erişim: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31363-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31363-6).
7. Montenovo L, Jiang X, Rojas FL, Schmutte IM, Simon KI, Weinberg BA, vd. Determinants of Disparities in Covid-19 Job Losses. *Natl Bur Econ Res Work Pap Ser*. 2020;No. 27132.
8. Yıldız N, Yüce O. Alzheimer Hastalığını Etkileyen Psiko-Sosyal Faktörleri Saptayarak Alzheimer Hastalarına Yönelik Tıbbi Sosyal Hizmet Müdahaleleri Geliştirme. *Tıbbi Sos Hizmet Derg*. 2014;(4):36–48.
9. Lane CA, Hardy J, Schott JM. Alzheimer's disease. *Eur J Neurol*. 01 Ocak 2018;25(1):59–70. Erişim: <https://doi.org/10.1111/ene.13439>
10. Nalbant S, Işık AT, Sezgin G. Alzheimer Hastalığı Takibinde Sık Karşılaşılan Dahili Problemler. *Türkiye Klin J Neurol-Special Top*. 2012;5(3):73–8.
11. Hort J, O'Brien JT, Gainotti G, Pirttila T, Popescu BO, Rektorova I, vd. EFNS guidelines for the diagnosis and management of Alzheimer's disease. *Eur J Neurol*. Ekim 2010;17(10):1236–48.
12. Wang X, Huang W, Su L, Xing Y, Jessen F, Sun Y, vd. Neuroimaging advances regarding subjective cognitive decline in preclinical Alzheimer's disease. *Mol Neurodegener*. 2020;15(1):55. Erişim: <https://doi.org/10.1186/s13024-020-00395-3>
13. Olsson B, Lautner R, Andreasson U, Öhrfelt A, Portelius E, Bjerke M, vd. CSF and blood biomarkers for the diagnosis of Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol*. Haziran 2016;15(7):673–84.
14. Julkunen P, Jauhiainen AM, Westerén-Punnonen S, Pirinen E, Soininen H, Könönen M, vd. Navigated TMS combined with EEG in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: a pilot study. *J Neurosci Methods*. Temmuz 2008;172(2):270–6.
15. Yiannopoulou KG, Papageorgiou SG. Current and Future Treatments in Alzheimer Disease: An Update. *J Cent Nerv Syst Dis*. 01 Ocak 2020;12:1179573520907397. Erişim: <https://doi.org/10.1177/1179573520907397>
16. Tufan A, Bahat G. İdeal Alzheimer Bakımevleri Nasıl Olmalı? *Türkiye Klin J Neurol-Special Top*. 2012;5(3):97–101.
17. Kotevoğlu N. Alzheimer Hastalığında Kas ve İskelet Sistemi Sorunları. *Türkiye Klin J Neurol-Special Top*. 2012;5(3):84–90.
18. Na R, Yang J-H, Yeom Y, Kim YJ, Byun S, Kim K, vd. A Systematic Review and Meta-Analysis of Nonpharmacological Interventions for Moderate to Severe Dementia. *Psychiatry Investig*. Mayıs 2019;16(5):325–35.
19. Özer E. Alzheimer Hastalığında Beslenme Sorunlarına Yaklaşım. *Türkiye Klin J Neurol-Special Top*. 2012;5(3):79–83.
20. Dai Y, Zhao J, Li S, Zhao C, Gao Y, Johnson CE. Caregivers' Dementia Knowledge and Care Approach in Residential Aged Care Facilities in China. *Am J Alzheimer's Dis Other Dementias*. 01 Ocak 2020;35:1533317520937096. Erişim: <https://doi.org/10.1177/1533317520937096>
21. Atri A. Current and future treatments in Alzheimer's disease. İçinde: *Seminars in neurology*. Thieme Medical Publishers; 2019. s. 227–40.
22. Karşıdağ S. Alzheimer Hastalığında Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler. *Türkiye Klin J Neurol-Special Top*. 2012;5(3):18–23.
23. Weill Institute for Neurosciences. Familial Alzheimer's Disease. [Erişim Tarihi: 18 Ocak 2021]. Erişim: <https://memory.ucsf.edu/genetics/familial-alzheimer-disease>
24. Vergheze PB, Castellano JM, Holtzman DM. Apolipoprotein E in Alzheimer's disease and other neurological disorders. *Lancet Neurol*. Mart 2011;10(3):241–52.
25. Healthy mental ageing: the Lothian Birth Cohorts. 2019 [Erişim Tarihi: 10 Aralık 2020]. Erişim: <https://www.ed.ac.uk/ppls/psychology/research/impact/better-mental-ageing>
26. Xu W, Tan L, Wang H-F, Jiang T, Tan M-S, Tan L, vd. Meta-analysis of modifiable risk factors for

- Alzheimer's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. Aralık 2015;86(12):1299–306.
27. Green RC, McNagny SE, Jayakumar P, Cupples LA, Benke K, Farrer LA. Statin use and the risk of Alzheimer's disease: the MIRAGE study. *Alzheimers Dement*. Nisan 2006;2(2):96–103.
28. Yip AG, Green RC, Huyck M, Cupples LA, Farrer LA. Nonsteroidal anti-inflammatory drug use and Alzheimer's disease risk: the MIRAGE Study. *BMC Geriatr*. Ocak 2005;5:2.
29. Martin BK, Szekely C, Brandt J, Piantadosi S, Breitner JCS, Craft S, vd. Cognitive function over time in the Alzheimer's Disease Anti-inflammatory Prevention Trial (ADAPT): results of a randomized, controlled trial of naproxen and celecoxib. *Arch Neurol*. Temmuz 2008;65(7):896–905.
30. McGuinness B, Craig D, Bullock R, Passmore P. Statins for the prevention of dementia. *Cochrane database Syst Rev*. Ocak 2016;(1):CD003160.
31. Yavuz BB, Arıoğul S. Yaşlıda Demans, Risk Faktörleri ve Tedavisi. *İç Hast Derg*. 2008;15(1):14–23.
32. Wolf PA. Contributions of the Framingham Heart Study to stroke and dementia epidemiologic research at 60 years. *Arch Neurol*. Mayıs 2012;69(5):567–71. Erişim: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22213410>
33. Hamer M, Chida Y. Physical activity and risk of neurodegenerative disease: a systematic review of prospective evidence. *Psychol Med*. Ocak 2009;39(1):3–11.
34. Swan GE, Lessov-Schlaggar CN. The effects of tobacco smoke and nicotine on cognition and the brain. *Neuropsychol Rev*. Eylül 2007;17(3):259–73.
35. McGuinness B, Todd S, Passmore P, Bullock R. Blood pressure lowering in patients without prior cerebrovascular disease for prevention of cognitive impairment and dementia. *Cochrane database Syst Rev*. Ekim 2009;2009(4):CD004034.
36. Güneş G. Yaşlılıkta Kronik ve Akut Sağlık Sorunları. İçinde: Duy B, editör. *Temel Gerontoloji*. 2. Baskı. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi; 2017. s. 99–100.
37. Arısoy A, İnan N. Alzheimer Hastalığında Enfeksiyon Etkenlerinin Rolü. *Türkiye Klin J Neurol-Special Top*. 2012;5(3):24–8.
38. Alexopoulos GS. Vascular disease, depression, and dementia. C. 51, *Journal of the American Geriatrics Society*. United States; 2003. s. 1178–80.
39. Yang YC, Boen C, Gerken K, Li T, Schorpp K, Harris KM. Social relationships and physiological determinants of longevity across the human life span. *Proc Natl Acad Sci U S A*. Ocak 2016;113(3):578–83.
40. Kuiper JS, Zuidersma M, Oude Voshaar RC, Zuidema SU, van den Heuvel ER, Stolk RP, vd. Social relationships and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Ageing Res Rev*. Temmuz 2015;22:39–57.