

Case Report/ Olgu Sunumu

Approach to the Patient Complaining of Weakness and Fatigue in the Home Health Unit

Evde Sağlık Biriminde Halsizlik ve Yorgunluk Şikâyeti Olan Hastaya Yaklaşım

Gözde KUZGUN¹, Serap ÖKSÜZ¹, Kurtuluş ÖNGEL¹

Abstract

Introduction: Weakness and fatigue are subjective complaints; they constitute significant portion of the applications to Family Medicine and Home Health Units. Especially in elderly patients with complaints of weakness and fatigue; iron deficiency is an important condition that needs to be evaluated. In this study, it was aimed to evaluate chronic disease and iron deficiency with a case.

Case Report: A 79-year-old male patient was admitted to the Home Health Unit with complaints of weakness and fatigue. The patient, who had a history of diabetes, hypertension, dyslipidemia, chronic renal failure, hypertension, bypass and ambulatory embolism 15-20 years ago, did not smoke or drink alcohol. In physical examination; the general condition was moderate, assisted mobile, respiratory system and abdominal examinations were unremarkable, there was dry, gangrenous wound on the right toes without discharge, and nutritional evaluation was considered at risk for malnutrition when performed with Mini Nutritional Assessment (MNA). The patient's blood tests showed normocytic anemia, anisocytosis, thrombocytosis. Iron parameters were consistent with iron deficiency when evaluated with the diagnosis of chronic kidney disease. B12 levels were very low (150<). The patient was started on iron and B12, a colonoscopy plan was made to investigate the pathogenesis, and a nutritional product was started depending on the risk of malnutrition.

Results- Conclusion: The fact that the patient was over 65 years of age and had a risk of malnutrition suggested that combined vitamin deficiency may be nutritional. This case report is presented as an example of the complicated cases that Family Medicine Specialists may encounter in the home health units where they work in the field.

Key words: Anemia, home care, weakness, fatigue

Özet

Giriş: Halsizlik ve yorgunluk şikâyetleri subjektif yakınmalar olup, aile hekimliği ve evde sağlık birimi başvurularının ciddi bir bölümünü oluşturur. Özellikle halsizlik ve yorgunluk şikâyeti olan yaşlı hastalarda; demir eksikliği detaylı değerlendirilmesi gereken önemli bir durumdur. Bu çalışmada kronik hastalığı ve demir eksikliğinin olgu ile değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Olgu: 79 yaşında, erkek hasta Evde Sağlık Birimine halsizlik ve yorgunluk şikâyeti nedeniyle başvurdu. Diyabet, hipertansiyon, dislipidemi, kronik böbrek yetmezliği, hipertansiyon, 15-20 yıl önce by-pass ve ayakta emboli öyküsü mevcut olan hasta sigara ve alkol kullanmadığı belirtildi. Fizik muayenede; genel durumu orta, destekli mobil olan hastanın solunum sistemi ve batin muayeneleri doğal, sağ ayak parmaklarında akıntısız, kuru, gangrenöz yara mevcut, nutrisyonel değerlendirmesi Mini Nutrisyonel Değerlendirme Ölçeği (MNA) ile yapıldığında malnütrisyon açısından riskli değerlendirildi. Hastanın kan tetkiklerinde normositer anemi, anizositoz, trombositoz vardı. Demir parametreleri kronik böbrek hastalığı tanısı göz önünde bulunarak değerlendirildiğinde demir eksikliği ile uyumluydu. B12 seviyesi çok düşük (<150) görüldü. Hastaya demir ve B12 başlandı, patogenezinin araştırılması amacıyla kolonoskopi planı yapıldı ve malnütrisyon riskine bağlı olarak beslenme ürünü başlandı.

Sonuç-tartışma: Hastanın 65 yaş üstü olması, malnütrisyon riski olması kombine vitamin eksikliğinin nutrisyonel olabileceğini düşündürdü. Bu olgu sunumu; aile hekimliği uzmanlarının saha olarak görev yaptıkları evde sağlık birimlerinde karşılaşılabilecekleri komplike vakalara örnek olması amacıyla sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Anemi, evde bakım, halsizlik, yorgunluk

Geliş tarihi / Received: 14.10.2024 Kabul tarihi / Accepted: 05.10.2025

¹ İKCÜ Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Basın Sitesi, 35360, Karabağlar, İzmir

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Kurtuluş ÖNGEL. İKCÜ Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Basın Sitesi, 35360, Karabağlar, İzmir

E-posta: kurtulusongel@gmail.com Tel: +90 505 648 76 44

Kuzgun G. Öksüz S. Öngel K. *Approach to the Patient Complaining of Weakness and Fatigue in the Home Health Unit. TJFMPC, 2026; 20 (1) :99-103*

DOI: 10.21763/tjfmprc.1566627

Giriş

Aile Hekimliği uygulamalarında hastalıklar, toplumdaki gerçek sıklıkları ile görülmektedirler. Gerek birinci basamak hizmet veren merkezler olsun, gerekse aile hekimliği uzmanlarının aktif görev yaptıkları evde bakım birimleri olsun, en sık karşılaşılan şikayetler arasında halsizlik ve yorgunluk yer alır.¹ Bu iki bulgu spesifik olarak bir hastalığı işaret etmeyip; kronik hastalıklardan psikolojik bozukluklara kadar ayırıcı tanı gerektiren semptomlardır. Her ikisi de subjektif yakınma olup; yeri geldiğinde kişilerin günlük yaşantılarını ciddi düzeyde etkileyebilmektedir. Aile hekimleri, disiplinlerinin gereği, bütüncül yaklaşım ile bu tür hastaları değerlendirmek durumundadırlar.²

Anemi de birçok hastalık ve tıbbi durum ile ortaya çıkabilen bir bulgudur ve halsizlik ile yorgunluğa yol açan nedenlerin başında gelmektedir. Hemoglobin (Hb) ve hematokrit (Hct) seviyelerinin iki standart sapma değerden düşük olması olarak tanımlanır.³ Yetişkinler için Hb değerinin erkeklerde 13 g/dL'nin, gebe olmayan kadında 12 g/dL'nin, gebelerde ise 11 g/dL'nin altı olarak tanımlanabilir.⁴ Dünyada anemi prevalansının %25 düzeyinde olduğu düşünülmektedir.⁵ Ülkemizde yapılan bir çalışmada anemi sıklığı 50 yaş ve üzerinde %31,5, 60 yaş üzerinde %16,9, 65 yaş üzerinde %7,9 olarak saptanmıştır.⁶

En sık görülen anemi demir eksikliği anemisiidir.⁷ Demir, insan vücudunda çeşitli fonksiyonlar için ihtiyaç duyulan bir mineraldir.⁸ Eksikliği hemoglobin yapımında bozulmaya sebep olarak (Eşlik eden hastalık yok ise) hipokrom mikrositer anemiye yol açar. Demir eksikliğine yol açan nedenlerin başında kan kaybı (menstruel kanamalar, akut kanamalar, gastrointestinal sistem kanamaları) gelmekte olup bunu diyetle demir alım azlığı ve emilim bozuklukları takip eder.⁹ Demir eksikliği anemisinin en önemli bulgusu yorgunluk olarak tanımlanmıştır.¹⁰

Kronik hastalık anemisi sepsis, majör travma, enfeksiyon, malignite gibi durumlarda karşımıza çıkmakta olup demir eksikliğinden sonra en çok görülen anemidir.¹¹ Daha çok normositer anemi ile karşılaşsak da mikrositer anemi morfolojisinde olması da mümkündür. Kronik hastalık anemisinde eritrosit yarı ömründe kısalma patogeneze rol oynar. Aynı zamanda demir emiliminde de azalmaya neden olarak sıklıkla serum demir düşüklüğü ile karşılaşırız. Demir eksikliğinin kronik hastalık anemisi ile ayırıcı tanısında transferrin saturasyonu ve ferritin değerlendirilmesi önerilir. Demir eksikliği değerlendirilirken eşlik eden kronik hastalıklar özellikle kronik böbrek yetmezliği varlığı göz önünde bulundurulmalıdır. Bir demir parametresi olan ferritin; hem depo demiri olup demir eksikliklerinde düşmesi beklenirken eşlik eden hastalık varlığında akut faz reaktanı olması sebebiyle normal ya da yüksek olabilir.¹²

Kronik hastalığı ve özellikle kronik böbrek yetmezliği olan kişilerde ise mutlak demir eksikliğinde serum ferritin 100ng/ml'in, transferrin saturasyonu ise %20 nin altındadır. Transferrin saturasyonunun %20'den düşük olduğu, ferritin düzeyinin 100-300ng/ml olduğu durumlar ise rölatif demir eksikliği olarak adlandırılır.^{13,14}

Mikrositer anemiler makrositer özellikli anemilerle beraber ilerlediğinde normositer anemi gözlenebilir. Makrositer anemilerden en sık karşılaştığımız anemi B12 ve folik asit eksikliği anemileridir. B12 eksikliği sıklıkla vejeteryan beslenme, emilim bozuklukları (intrinsik faktör eksikliği), pernisiyöz anemi, gastrointestinal hastalıklar (çölyak, chron, gastrit) nedeni olarak gelişir.¹⁵ B12, folik asit ve demir eksikliğinin beraber gözleendiğinde malnütrisyon durumu değerlendirilmelidir.¹⁶ Malnütrisyonlu bireylerde düşük aminoasit seviyesinin EPO sentezini bozduğu gösterilmiştir. Kaynak Ayrıca anoreksik hastalarda sıklıkla kemik iliğinin baskılandığı pansitopenik bir tablo olduğu görülmüştür.¹⁷

Bu olgu sunumu; aile hekimliği uzmanlarının saha olarak görev yaptıkları evde sağlık birimlerinde karşılaşılabilecekleri tüm bu sorunları içeren komplike vakalara örnek olması amacıyla sunulmuştur.

Olgu

Evde sağlık hizmetleri birimine ilk kez sağ ayakta morarma yakınması ile başvuran hastanın ev ziyareti yapıldı. Eşi ile birlikte yaşadığı ve ev içinde destekle mobil olduğu öğrenilen hastanın yaklaşık bir hafta on gündür sağ bacağına ayak bileğine yakın bölgeden başlayan morarma yakınması olduğu, kendini halsiz hissettiği, iştahsızlık yakınması nedeniyle oral alımda azalma yaşadığı, kilo kaybının ise yıllar içerisinde geliştiği belirtildi.

Efor dispnesi, palpasyon, gece öksürüğü, ortopne, uykuya dalmada güçlük, kilo kaybı veya alımı, ateş, gece terlemesi, gastrointestinal sistem şikâyeti, öksürük, balgam, boğaz ağrısı, dizüri, idrar kaçırma, yan ağrısı, yaygın vücut veya eklem ağrısı olmadığı bildirildi. Duygu durum değişikliği, sinirlilik, uyku bozukluğu ve anhedoni bulunmadığı öğrenildi.

Alınan öyküsünde hastanın kronik obstrüktif akciğer hastalığı (yaklaşık 20 yıl) , koroner arter bypass öyküsü (15 yıl), 10 yıl önce anjio öyküsü (tek damara stent takıldığı), diyabetes mellitus (10 yıldır), hipertansiyon (uzun yıllardır), evresini bilmediği kronik böbrek yetmezliği, kalp yetmezliği (yaklaşık 2 yıldır) tanıları olduğu, oksijen veya cihaz kullanmadığı öğrenildi. Hastanın empagliflozin 10 mg 2x1/gün, enalapril maleat 20 mg + lerkanidipin 10 mg 1x1/gün, digoksin 0,25 mg 2x1/gün, metformin 1000 mg 1x1/gün, furosemid 40 mg 1x1/gün, asetilsalisilik asit 100 mg/gün, atorvastatin 20 mg/gün, ara ara vücut ağrı yakınması olduğunda diklofenak 50 mg 1x1/gün kullandığı öğrenildi. Sigara ve alkol kullanmadığı bildirildi.

Fizik muayenesinde genel durumunun orta, bilincinin açık, oryante ve koopere olduğu, bakımının kötü olduğu, sağ ayak tabanından bileğe kadar morarma izlendiği, palpasyonda soğukluk olduğu, posterior tibial arter ve dorsalis pedis nabızlarının alınmadığı tespit edildi. Mini Nutrisyonel Değerlendirme Ölçeği (MNA) ile tarama puanı 10 bulundu ve malnütrisyon riski olduğu belirlendi. Vital bulgularında sağ kolda kan basıncı 147/78 mmHg (tansiyon ilacını almadığı öğrenildi), oksijen saturasyonu %97, nabız 72/dk idi. Kilosu 65 kg, boyu 170 cm, beden kitle indeksi 22 kg/m² olarak hesaplandı. Malnütrisyon açısından riskli bulunan hastaya kilo başına 1,2 g/kg protein ve 30 kcal/kg kalori gereksinimi hesaplandı, diyabetik izokalorik beslenme planlandı. Günde bir ürünle başlanarak 5–7 gün içinde üç ara öğüne ulaşacak şekilde 600 kalori, 54 g protein desteği başlandı.

Hastanın kan tetkiklerinde saptanan değerler aşağıdaki tabloda sunulmuştur (Tablo.1).

Tablo 1. Vakaya ait laboratuvar değerleri

Tahlil Adı	Sonuç	Referans Değer
WBC (Beyaz hücre sayısı)	11.7 K/uL	4-10 K/uL
NEU (Nötrofil)	9,63 K/uL	0,8-4 K/uL
RBC (Eritrosit sayısı)	4.54 M/Ul	3,5-5 M/uL
HB (Hemoglobin)	12.1gr/dl	11-15 gr/dl
PLT (Trombosit sayısı)	524 K/ul	150-400 k/ul
MCV (Ortalama alyuvar boyutu)	86.8 fl	80-100 fl
Serum Demir	17 ug/dl	60-170 ug/dl
Ferritin	147 ng/ml	30-400 ng/ml
Transferrin saturasyonu	11.4	
T.bilirubin	0,89 gr/dl	0,3-1,2 gr/dl
B12	142 pg/ml	211-911 pg/ml
Folat	18 ng/ml	3-17 ng/ml

Bu bulgular eşliğinde hastada akut arter tıkanıklığı düşünülüp, evde sağlık nakil ambulansı acil sağlık hizmetlerine yönlendirildi. Acil sağlık hizmetleri tarafından değerlendirilen hastaya alt ekstremitte arter doppler ultrasonografi çekildi ve kardiyovasküler cerrahiye akut arter tıkanıklığı ön tanısı ile danışıldı. Kardiyovasküler cerrahi muayenesinde sağ femoral arterden itibaren distal nabızların alınmadığı belirlendi ve hastaya sağ femoral embolektomi yapıp ve medikal tedavi (klopidogrel 75 mg/gün, silostazol 100 mg/gün) başlandı. Diz altı tibia 1/3 seviyesinden itibaren dolaşım bozukluğu olduğu, proksimalinde sıcaklık alındığı belirtilen hasta kardiyovasküler cerrahi tarafından diz altı amputasyon açısından ortopediye danışıldı. Ayrıca periferik arter hastalığı tanısı ile hastaya on gün sonra kardiyovasküler cerrahi poliklinik kontrolü önerildi. Poliklinik kontrolünde sağ ayak distalinin iskemik olduğu, amputasyon kararını reddettiği ve medikal tedavi ile takip edildiği öğrenildi.

Poliklinik kontrolü sonrası genel durum tespiti için hastaya 10 gün sonra ev ziyareti planlandı. Hastanın halsizlik, yorgunluk, yakınmalarının devam ettiği ve de ayağındaki yara için pansuman talebi olduğu belirlendi. Tekrar ayrıntılı semptom sorgusu yapılan hastanın uzun süredir devam eden yorgunluk ve halsizlik yakınmaları olduğu, son dönemde bu yakınmaların arttığı, iştahsız olduğu öğrenildi. Efor dispnesi, palpasyon, gece öksürüğü, ortopne, uykuya dalmada güçlük, kilo kaybı veya alımı, ateş, gece terlemesi, gastrointestinal sistem şikâyeti, öksürük, balgam, boğaz ağrısı, dizüri, idrar kaçırma, yan ağrısı, yaygın vücut veya eklem ağrısı olmadığı bildirildi. Duygu durum değişikliği, sinirlilik, uyku bozukluğu ve anhedoni bulunmadığı öğrenildi.

Fizik muayenesinde genel durumunun orta olduğu, bilincinin açık, oryantasyon ve kooperasyonunun tam olduğu, destekle ev içinde mobilize olduğu görüldü. Deri turgor basıncının normal, solukluk, ikter, peteşi, purpura ve cilt döküntüsünün olmadığı, baş boyun muayenesinde göz kapaklarında ödem, konjonktivalarda solukluk veya ikter ve orofarenksinde hiperemi olmadığı görüldü. Lenfadenomegali ve venöz dolgunluk saptanmadı. Kardiyak muayenede ek ses ve üfürüm tespit edilmedi. Pulmoner muayenede ral ve ronküs duyulmadı, ancak sol akciğer orta ve alt zonlarda solunum seslerinde azalma saptandı. Batında ele gelen kitle, matite, defans, rebound ve kostovertebral açı hassasiyeti yoktu. Alt ve üst ekstremitelerde kas gücü kaybı ve pretibial ödemi yoktu. Sağ ayak distalinde akıntısız, kuru nekrotik yara izlendi ve sağ ayakta periferik nabızlar alınamadı.

Yaklaşık üç ay önce acile nefes darlığı ile başvurduğu ve pnömoni tanısı aldığı, moksifloksasin tedavisi uygulandığı öğrenildi. CRP 137, WBC 11.000, nötrofil hâkimiyeti tespit edilen, ateşi olmayan hastada pnömoni düşünüldü. Tipik atipik pnömoni ayırımı yapılamayan hastaya amoksisilin-klavulanat 1000 mg 2x1 ile klaritromisin 500 mg 2x1 başlandı. Malnütrisyon riski devam eden ve ayaktaki nekrotik yara nedeniyle doku kaybı olan hastaya diyabetik ürününe ilave olarak 14 g arjinin, 14 g glutamin ve 6 g beta-hidroksi-beta-metilbutirat desteği verildi. B12 vitamini ve demir eksikliği saptanan hastaya oral 1000 mcg siyanokobalamin 1x1/gün ve 100 mg 1x1/gün demir tedavisi başlandı.

Kardiyovasküler cerrahi ve ortopedi takibine alınan hasta nakil ambulansı ile ilgili kliniklere poliklinik kontolüne götürülmek üzere plan yapıldı. Ancak antibiyotik tedavisinin dördüncü gününde nefes darlığı yakınması oluşan hasta acil servise başvurdu. Acil sağlık hizmetlerinde yapılan toraks bilgisayarlı tomografisi görüntülenmesinde sağ akciğer orta-alt loblarda pnömoni ile uyumlu infiltrasyonlar saptandı ve hasta göğüs hastalıkları servisine yatırıldı. Enfeksiyon hastalıkları konsültasyonu sonrası piperasilin-tazobaktam tedavisi başlandı. Amputasyon planı yeniden gündeme alınan ve ortopedi tarafından diz altı amputasyonu planlanan hasta kardiyovasküle cerrahiye danışıldı. Kardiyovasküler cerrahi silostazol tedavisinin beş gün kesilerek düşük molekül ağırlıklı heparin başlanmasını ve sonrasında amputasyon yapılmasını önerdi. Göğüs hastalıkları servisinde yatışının 18. gününde aspirasyon pnömonisi gelişen, genel durumu kötüleşen, Glasgow koma skoru düşen ve abdominal solunum paterni gelişen hasta entübe edilerek yoğun bakıma devredildi. Takibinde hasta eksitus oldu.

Tartışma

Bu olguda, 79 yaşında, kronik böbrek yetmezliği, diyabet, koroner arter hastalığı, hipertansiyon gibi çok sayıda komorbid durumu olan bir yaşlı hastada halsizlik ve yorgunluk yakınmaları esas alınmıştır. Laboratuvar bulguları normositer anemi, demir eksikliği ve belirgin B12 vitamini eksikliği ile uyumlu bulunmuş ayrıca malnütrisyon açısından risk saptanmış ve uygun müdahaleler başlatılmıştır. Bu olgunun literatürle ilişkili yönleri, ayırıcı tanı, yönetim stratejileri ve olası sonuçları da tartışılmıştır.

Hastanın hemogloblin değeri dehidratasyona neden olarak anemiyi maskeleyebilme özelliği olan SGLT-2 inhibitörü kullanımına rağmen düşük ve MCV:86.8 (N:80-100fl) olması sebebiyle normositer anemi olarak değerlendirildi. Hemolitik anemi ve aktif kanama lehine bulgusu olmayan hastanın gaytada gizli kan testi negatif geldi. Kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda anemi sıklığı yüksektir ve bu durum hem kırmızı kan hücrelerinin yapımının azalmasına (eritropoietin eksikliği) hem de demir metabolizması bozukluklarına bağlı olarak ortaya çıkar.¹⁸ Literatürde, KBY evresine bağlı olarak hem “mutlak” demir eksikliği (depodaki demirin azlığı) hem de “fonksiyonel” demir eksikliği (depodaki demire vücut tarafından ulaşılamaması) görüldüğü bildirilmiştir.¹⁹ Kronik böbrek yetmezliği olan hastada, serum demirinde düşüklük, transferrin saturasyonunun <%20, ferritin 147ng/ml olması nedeniyle rölatif demir eksikliğinin mevcut olduğu saptandı. Bu bulgu, KBY’ye bağlı kronik inflamasyon veya diğer faktörlerin ferritini yükseltebileceği; fakat fonksiyonel demir eksikliğinin varlığının olası olduğu yönündeki literatürle uyumludur. Ferritin, akut faz reaktanı olarak inflamasyon varlığında yükselirken demir eksikliği saptanabilir; bu nedenle düşük transferrin saturasyonu, demir eksikliğini destekleyen bir bulgudur.²⁰ Demir eksikliğinin kendisi, anemi olmasa bile, yorgunluk yakınmasına yol açabilir. Özellikle yaşlı ve kronik hastalığı olan bireylerde demir eksikliğinin yaşam kalitesini, efor toleransını ve fonksiyonel kapasiteyi düşürdüğü gösterilmiştir.²¹

Yaşlı kişilerde B12 eksikliği, emilim bozuklukları (atrofik gastrit, malabsorbsiyon, kullanılan ilaçlar gibi) ve besin alımının yetersizliği nedeniyle sık görülmektedir. B12 eksikliğinin belirtileri arasında yorgunluk, halsizlik, iştahsızlık, kilo kaybı gibi non-spesifik yakınmalar yer alır; sinir sistemi ve hematolojik belirtiler olmadan da B12 düşüklüğü klinik tablo oluşturabilir.²² Bu olguda B12 düzeyinin çok düşük olması (<150 pg/ml) ve beslenme riskinin olması, malnütrisyonun B12 eksikliğini tetiklemiş olabileceğini düşündürmektedir. Ek olarak, bu durumda makrositer anemi beklenir. Ancak hastada B12 eksikliği, enfeksiyon bulguları ve demir eksikliğinin beraberliği ile hastanın anemi morfolojisi normositer olarak gözlenmiştir.

Diğer yönetim stratejileri açısından; yaşlı hastalarda kalori ve protein alımının artırılması, nütrisyonel destek ürünleri kullanılması ve yara iyileşmesini destekleyici diyet protokollerinin uygulanması, klinik uygulamalarda önerilen yaklaşımlardır. Bu olgudaki uygulamalar (diyabetik izokalorik destek, yeterli protein ve enerji hesaplama) bu önerilerle uyumludur. Yaraların bakımı ve dolaşım bozukluklarının tedavisi (örneğin arter tıkanıklığının düzeltilmesi veya amputasyon kararları) da sistemik iyileşme ve halsizlik yakınmalarının azalması için önemlidir.

Sonuç

Hastalar değerlendirilirken, aile hekimliği’nin temel ilkeleri olan bütüncül yaklaşım ve süreklilik ilkeleri her zaman göz önünde bulundurulmalıdır. Halsizlik ve yorgunluk gibi birçok hastalığın belirleyicisi olabilecek semptomların nedenleri; hastaların tıbbi öyküleri doğrultusunda, hastaların yaşam koşullarına da dikkat edilerek araştırılmalıdır.²³ Hastaya özgü bir yaklaşım ile detaylı anamnez, tam fizik muayene, akılcı laboratuvar tetkikleri ve gerekli olduğu durumlarda konsültasyon yapılmalıdır.²⁴

Evde sağlık birimi çalışanları, hastayı kendi yaşam ortamında değerlendirebildiklerinden dolayı; karmaşık semptomların nedenlerini daha iyi ayırabilmektedirler.¹ Vaka özelinde; evde sağlık hizmetlerinde karşılaşılan yaşlı hastalarda; yalnız yaşama ve düzensiz beslenme öyküsü de varsa halsizlik ve yorgunluk ayırıcı tanısında demir eksikliği ve B12 vitamin eksikliği akla getirilmelidir.

Bu olgu, yaşlılarda halsizlik ve yorgunluğun çok etkenli olabileceğini, demir ve B12 vitamin eksikliğinin ortak sebepler arasında yer aldığını, malnütrisyon ve komorbid hastalıkların bu tabloyu ağırlaştırdığını göstermektedir. Erken tanı ve çok yönlü bir yaklaşım (beslenme desteği, vitamin/mineral tedavisi, yara ve dolaşım problemi yönetimi, infeksiyon kontrolü ve gerektiğinde cerrahi müdahale) semptomların azalması ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi için kritik önemdedir.

Kaynaklar

1. Cornuz J, Guessous I, Favrat B. Fatigue: a practical approach to diagnosis in primary care, CMAJ 2006; March 14:174(6).
2. Özceylan G, Toprak D, Gözütok T, Şimşek H. Farklılaşmamış Rahatsızlıklarda İlk Aile Hekimliğini Tercih Etme Davranışlarının İncelenmesi. Smyrna Tıp Dergisi 2021;11(2):20-25.
3. Glader B. Anemias, In: Behrman R. Kliegman R, Jenson H. Eds. Nelson Textbook of Pediatrics. 17th ed. Pennsylvania: Saunders, 2004: 1604-6
4. Türk Hematoloji Derneği. Yetişkinde Demir Eksikliği Tanı Ve Tedavi Kılavuzu.2022 bolum-iii-yetiskinde-demir-eksikligi-tani-ve-tedavi-kilavuzu.pdf (thd.org.tr) Erişim tarihi: 8.Şubat.2024
5. GBD 2021 Anemia Collaborators. Prevalence, years lived with disability, and trends in anaemia burden by severity and cause, 1990–2021: findings from the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet Haematol 2023 Jul 31;10(9):e713–e34.
6. Çelebi H, Vardı Ş, Tahtacı M ve ark. İzzet Baysal Tıp Fakültesi İç Hastalıkları polikliniğine başvuran 50 yaş üstü bireylerde kronik hastalık sıklığı. AİBÜ İzzet Baysal Tıp Dergisi 2009;4(3):38-42
7. Amerbach MA, DeLoughery TG, Tirnauer JS. Iron deficiency in adults: A review. JAMA 2025 May 27;333(20):1813-23.
8. Kurtulmuş Y, Demircan E, Tütüncüler FK, Eşsizoglu E, Türkön H, Duman C, Bakar C. Demir düzeyi ve iskemi modifiye albümin. Smyrna Tıp Dergisi 2013;3(3):33-38.
9. Kumar A, Sharma E, Marley A, Samaan MA, Brookes MJ. Iron deficiency anaemia: pathophysiology, assessment, practical management. BMJ Open Gastroenterol. 2022 Jan 7;9(1):e000759.
10. DeLoughery TG. Iron deficiency anemia. Medical Clinics of North America 2017;101(2), 319-32.
11. Lui KW et al. Metformin-related vitamin B12 deficiency. Age Ageing 2006;35:200–1.
12. Türk Hematoloji Derneği. Yetişkinde Kronik Hastalık Anemisi Tanı Ve Tedavi Kılavuzu. 2011 bolum-ix-kronik-hastalik-anemisi-tani-ve-tedavi-kilavuzu.pdf (thd.org.tr) Erişim tarihi: 8.Şubat.2024
13. Gutierrez OM. Treatment of Iron Deficiency Anemia in CKD and End-Stage Kidney Disease. Kidney Int Rep 2021;6(9):2261-9.
14. Hain D, Bednarski D, Cahill M, Dix A, Foote Haras MS. et al. Iron-Deficiency Anemia in CKD: A Narrative Review for the Kidney Care Team. Kidney Medicine 2023;5(8):100677.
15. Belghith A, Mahjoub S, Ben RN. Causes of vitamin B12 deficiency. La Tunisie medicale. 2015;93(11):678-82
16. Şahan TY, Mergen BE, Öngel K. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Bir B12 Eksikliği Vakası. Türk Aile Hek Derg 2019;23(1):42-5.
17. Kapur D, Agarwal KN and Agarwal DK. Nutritional Anemia and its control. Indian J Pediatr 2002; 69 (7): 607-616.
18. Nakhoul G, Simon JF. Anemia of chronic kidney disease: Treat it, but not too aggressively. Cleveland Clinic Journal of Medicine 2016;83(8):613-24.
19. Hamoud AA, Mohammed AA, Abdullah AR, Baqer AF, Talal AB, Abdulaziz AR. Et al. Iron Deficiency Anaemia in Chronic Kidney Disease Patients in Saudi Arabia: Prevalence, Predictors and Cross-sectional Insights. Journal of Advanced Trends in Medical Research 2024;1(4):1222-8.
20. Lanier JB, Park JJ, Callahan RC. Anemia in older adults. Am Fam Physician 2018;98(7):437-42.
21. Fougère B, Puisieux F, Chevalet P, Annweiler C, Michel E, Joly E, et al. on behalf of the CARENFER PA study group. Prevalence of iron deficiency in patients admitted to a geriatric unit: a multicenter cross-sectional study. BMC Geriatr 2024;24:112.
22. Guan B, Yang J, Chen Y, Yang W, Wang C. Nutritional Deficiencies in Chinese Patients Undergoing Gastric Bypass and Sleeve Gastrectomy: Prevalence and Predictors. Obes Surg. 2018 Sep;28(9):2727-36.
23. Kroenke K, Mangelsdorff AD. Common symptoms in ambulatory care: Incidence, evaluation, therapy, and outcome. The American Journal of Medicine 1989;86(3):262–6.
24. Çayakar A. Halsizlik ve Yorgunluğa Klinik Yaklaşım. Aegean J Med Sci 2019;3:168-78.