

Yaşlanan nüfus ve nörodejeneratif hastalıklar

Prof. Dr. Lütfü Hanoğlu



1962'de Manisa'da doğdu. 1985'te Ege Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. Nöroloji ihtisası yaptığı Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde nöropsikoloji laboratuvarı ve davranış nörolojisi konsültasyon polikliniğini kurdu ve yönetti. 2000 yılından itibaren devlet hizmetinden ayrılarak özel sektörde çalışmaya başladı. Hanoğlu, halen Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı'nda öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır.

Yaşlanan nüfus günümüzde daha önce eşine rastlanmadık düzeye ulaşmıştır. Dünyada yaşlı sayısının ilk kez 2047 yılında çocuk sayısını geçeceği tahmin edilmektedir. Bunun ülkemize yansımaları da görüyoruz. 2015 yılı sonuçlarına göre doğumda beklenen yaşam süresi 78 yıla çıkmış durumda. Yaşlı nüfus (65 ve daha yukarı yaş) oranı son beş yılda %17,1 artarak 2016 yılında %8,3'e yükseldi (1).

1. Sorunun Tanımlanması

Yaşlanan nüfus, değişen nüfus kompozisyonu ve yeni sorunlar:

Ekonomik yönden yaşlanan nüfusun, ekonomik büyüme, birikimler, yatırım, tüketim, iş dünyası, emekli maaşları ve vergiler üzerinde büyük etkisi var. Sosyal yönden ise yaşlanan nüfus, aile birliği ve yaşam düzenlemelerini, konut ihtiyacını, göç eğilimlerini, epidemiyolojiyi, sağlık ve sosyal bakım hizmetlerine olan ihtiyacı etkiler. Diğer taraftan yaşlıların toplumda yaşamalarını kolaylaştırıcı olanaklara olduğu kadar, tedavi ve bakım hizmetlerini iyileştirmeye ve yaygınlaştırmaya yönelik yürütülen/yürütülecek hükümet politikalarını da etkilemektedir. Yaşlı bireyler sağlık ve sosyal bakım hizmetlerinin temel kullanıcılarıdır ve bu nedenle de kaliteli hizmet sağlanması yaşam kalitelerinde kritik bir öneme sahiptir (2).

Nörodejeneratif hastalıklar ve Alzheimer: Sinir hücrelerinin ilerleyici kaybı ile giden ve bu kayba bağlı olarak sinir sistemi işlevlerinin de ilerleyici bozulması ile seyreden hastalıklardır. En sık görüleni Alzheimer hastalığıdır, ikinci sırada Parkinson hastalığı yer alır. Bu hastalıklar yaşlılarda ortaya çıkar ve bahsedilen demografik dönüşümün bir sonucu

olarak en önemli toplumsal sorunlardan biri haline gelir. Bugün için tedavileri olmadığından bu hastalıklara yakalanan bireylerin umutsuz sonuçlarının yanı sıra nörodejeneratif hastalıklar sağlık gider hesaplamalarında maliyeti en hızlı yükselen hastalık gruplarının başında gelmektedirler (5). Alzheimer hastalığı önemli bir ölüm sebebi olmanın ötesinde toplumda bireyleri bakıma muhtaç hale getirmektedir (3-4). 65 yaşından sonra her 100 kişiden 5'inde gözlenirken 85 yaş sonrası oran 100 kişide 40'a kadar çıkmaktadır (1).

Bir salgın hastalık olarak Alzheimer hastalığı ve demanslar & ekonomik etkileri:

Uluslararası Alzheimer Derneğinin verilerine göre dünyada demans ile yaşayan yaklaşık 46,8 milyon insanın var ve bu 2030'da 75 milyona ve 2050'de 131,5 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. Yine bu artış özellikle gelişmekte olan ülkelerde olacaktır. Dünyadaki demansın toplam maliyeti şöyle anlaşılabilir: 2015 verilerine göre küresel bunama bakımı bir ülke olsaydı dünyanın en büyük 18. ekonomisi olurdu (6).

2. Çözümün Önünde Bulunan Güçlükler

Alzheimer hastalığı ve diğer nörodejeneratif hastalıkların gerçekten "kür" oluşturabilecek tedavileri yoktur. Neredeyse 25 yıllık yoğun araştırma faaliyeti çok yüksek fonların sonuçsuz kalışına mukabil olmuştur. Tedavideki sonuçsuzluğun ana sebebi olarak hastalıkların iki temel özelliği ön plana çıkmaktadır:

a) Hastalığın klinik olarak ortaya çıkışından yaklaşık 15-20 yıl kadar önce başlıyor olması. Hastalıklar klinik tanı aldıkları son dönemde, sinir sistemindeki yıkımın %60-70'lerin üzerine çıkmış durumdadır ve artık geri dönüşsüz bir nokta söz konusudur

(7). Bu durum, hastalığın erken tanınması hatta klinik durum ortaya çıkmadan evvel risk taşıyan bireylerin saptanması ve bunlarda primer korunma önlemlerinin alınmasına yönelmek gerektiğini göstermiştir.

b) Hastalar "Alzheimer hastalığı" gibi aynı tanıyı alsalar da fizyopatolojik süreçler ve klinik özellikler bakımından bireysel farklılıklar çok fazladır. Şu andaki tek mekanizma üzerinden tüm hastalar için oluşturulmaya çalışılan tedavi yaklaşımları başarı sağlayamamıştır. Bu durum, tedavide bireysel ve çoklu yaklaşımlı tedavi stratejilerinin geliştirilmesi üzerine odaklanılmasını sağlamıştır (8).

3. Çözüm Önerileri

Yaklaşım; hastanın en güncel tedavi ve bakım olanaklarından yararlanmasını sağlayıcı önlemler kadar toplumun ve nüfusun değişen yapısı ile de ilişkili, sağlıklı bir yaşlanmanın tüm boyutlarıyla sağlanabileceği önlemleri, bunun toplumsal ve bireysel çözümlerini de içermelidir. Ayrıca yeni bakış açıları çerçevesinde daha etkin korunma ve tedavi olanaklarının ortaya çıkarılması için araştırma faaliyetlerine destek verilmesi son derece önemlidir. Etkin tedavi ve korunma olanaklarının geliştirilmesine kapı aralayabilecek olan en önemli hedeflerden biri erken tanı olanaklarının geliştirilmesidir. Uluslararası Alzheimer Derneğinin tespiti dünyada demansı olan kişilerin yaklaşık dörtte üçünün tanı almadıklarından tanının sağlanabileceği tedavi, bakım ve örgütlü desteğe erişiminin olmadığını göstermektedir (6). Daha erken tanı, demansı olan insanların gelecekteki bakımları hakkında kararlar alma kapasitesine sahip olmalarına, ileriye dönük planlama yapmalarına izin verir. Yine mevcut ilaç ve ilaç dışı

tedavilere erişebilirler ve eğer isterlerse, gelecek nesillerin yararı için yeni tedavileri amaçlayan araştırmalara katılabilirler (9). Ayrıca erken terapötik müdahaleler, bilişsel işlevlerin iyileştirilmesinde, depresyonun tedavi edilmesinde, bakıcının ruh halinin iyileştirilmesinde ve bakım evine yerleştirmenin geciktirilmesinde etkili olabilir. Bu müdahalelerin bazıları erken başladığında etkili olabilir. Mevcut kanıtlar hükümetlerin “tasarruf etmek” için harcaması gerektiğini yani gelecekte tasarruf etmek için bugün yatırım yapmaları gerektiğini göstermektedir. Ekonomik modeller, daha önceki bir bunama tanısı ile ilişkili maliyetlerin, anti-demans ilaçlarının ve bakıcı müdahalelerinin faydalarından elde edilen maliyet tasarruflarıyla dengelendiğini göstermektedir (9).

a. Genel esaslar

a) Hastaya bireysel olarak erken tanının konulabilme olanaklarının artırılması, var olan en güncel ve etkin tedavi biçimlerine ulaşabilmesinin sağlanması.

b) Bu noktada hastaların tanı ve tedavi süreçlerinin iyileştirilmesinin ancak beraberinde sürdürülen araştırmalarla birlikte mümkün olduğu unutulmadan bu araştırmaların yapılabilmesine olanak sağlayacak sistem ve organizasyonların desteklenmesi/gerçekleştirilmesi.

c) Hasta yakınlarının ve hastaya bakım sağlayanların bilgi, eğitim vb. açılarından desteklenmelerine imkân sağlayacak stratejiler geliştirilmesi.

d) Sağlıklı yaşlanma için kültürümüzün değerlerinin de kullanıldığı, aslında nüfusun eskisine göre uzun yaşama ve aktif kalmasının sonuçlarını her toplumsal alanda hesaplayan “milli sağlıklı yaşlanma” stratejilerinin geliştirilmesi.

b. Spesifik öneriler

a) Bir ulusal “demans kohortu”nun (DK) oluşturulması: Bu tür kohortlar erken tanının sağlanması, hastalardan uygun bilgilerin temin edilmesi, hastaların en güncel ve geçerli tedaviye ulaşabilmelerinin sağlanması, hastaların ve ailelerinin güncel ve sağlıklı/güvenilir bilgiye sürekli erişimlerinin sağlanabilmesini yeni klinik tedavilere ulaşabilmelerini sağlar. Ayrıca sağlanan veriler üzerinden yeni tedavi olanakları geliştirmek, hastalık/süreç hakkında daha fazla bilgi edinilebilmek ve demansa yol açan hastalıkları iyileştirmek için umut oluşturmak bakımından da önemlidir. Bu konuda vizyonunu; “hasta bakımını ve araştırmayı birleştirerek bunamaya karşı savaşta gerekli ilerlemeyi sağlamak” olarak açıklayan “Amsterdam Kohortu” örnek alınabilir (10-11).

b) Nörodejeneratif hastalıklar/demans

açısından risk taşıyan orta ve erken yaşlı gruplarının risk değerlendirmelerinin yapılması: Hayat tarzı değişikliği, beslenme, zihinsel ve fiziksel egzersiz programlarının birlikte uygulanmasının sağlanması. FINGER çalışması bu şekilde risk taşıyan gruptan insanlarda bu üç uygulama ile 2 yıl içerisinde bellek, dikkat, algı vb. gibi tüm zihinsel yetenek alanlarında düzelme sağlandığını göstermiştir. (12) 2014 yılı verilerine göre ilk dört ölüm nedeninden üçü, beslenme ve yaşam tarzı alışkanlıklarımızın değiştirilmesi gerektiğini çarpıcı şekilde ortaya koyuyor. (4) Bu tür değerlendirmeler e-Nabız gibi sistemlerin yardımı ile DK içerisinde yapılabilir ve bireyler bilgilendirilip eğitilip takip edilebilir.

c) Evde bakım sisteminin bu amaçla kullanımının sağlanması: İleri dönemdeki hastaların saptanması, durumlarının değerlendirilmesi, uygun tedavi ve rehabilitasyon açısından yardım ve bilgi alabilmelerinin sağlanması açısından yararlıdır.

d) Bilişsel rehabilitasyon eğitiminin ve uygulamalarının yaygınlaştırılması: Nörolojik hasarları takiben ortaya çıkan bilişsel işlevlerdeki bozulmaları düzeltmeye veya azaltmaya, hastanın kaybolan işlevsellik ve uyumunu yeniden yapılandırmaya yönelik çalışmalara bilişsel rehabilitasyon (BR) adı veriliyor. Güncel tedavi ve korunma yaklaşımının ana bölümlerinden biri zihinsel egzersiz ve BR'dir (12). BR konusunda eğitilmiş personelin evde bakım sistemi içerisine yerleştirilmesi, zihinsel işlevlerde bozulma, kafa travması, hipoksik ansefalopati vb. gibi hastaların evde desteklenmesine imkân sağlayacaktır.

e) Nöromodülasyon cihazlarının yerli üretimini ve geliştirilmelerini sağlayacak multidisipliner bir ARGE/üretim sisteminin oluşturulması: Düşük maliyetli, kolay üretilebilir ama özellikle nörodejeneratif hastalıkların tedavisi alanında yeni ve gelişmekte olan bir teknoloji olan nöromodülasyon yöntemlerinin yurt içinde hem uygulama için hem de araştırma için üretilmesinin ve bu işle ilgili mühendislik ekiplerinin oluşturulması. Transkraniyal magnetik stimülasyon (TMS) ve transkraniyal direkt akım uyarımı (tDCS) cihazları ön planda bu amaç için çalışmalıdır. Özellikle tDCS cihazları evde bakım hizmetinde TMS hastane polikliniklerinde kullanım için uygun olan alternatif tedavi olanakları sağlamaktadır (13-14).

f) Tedavide bireysel ve multimodal terapötik yaklaşımların geliştirilmesinin desteklenmesi: Bireylerin fenotip ve genotipi karakterizasyonu kullanarak (örneğin moleküler profilleme, nörogö-

rüntüleme, yaşam tarzı verileri vb.) bireye uygun tedavi edici yaklaşım, hastalığa yatkınlığı belirlemek, zamanında hedefe yönelik önlemler sunmak. Bu tür tedavilerin günümüzde kısmen kanser alanında kullanılmaktadır. Uzun vadede vizyon, her bireyin çevresel ve moleküler özelliklerinin tam gücünü kullanmaktır. Bu tedavi biçimleri, DK organizasyonunun sağladığı olanaklar içerisinde gerçekleştirilebilir ve geliştirilebilirler.

g) “Süper yaşlılar” projeleri: Yaşlanmanın topluma yük değil katkı oluşturacak bir süreç haline getirilebilmesi için sosyal projeler geliştirmek zorunludur. Yerinde yaşlanma projesi bu açıdan çok önemli ve desteklenmesi gereken bir yaklaşım olabilir (2). Japonya gibi ülkelerin kendi kültürel özellikleri temeline oturan “süper aging” devlet projeleri önemli bir örnek olabilir (1).

h) Geleneksel tedavide kullanılan herbal ilaçlar ve suplementlerin yerli, kolay erişilir ve güvenilir bir biçimde üretim olanaklarının geliştirilmesi: Özellikle son zamanlarda gelişen bireysel tedaviler çerçevesinde bu tür destek tedaviler ve suplementler giderek önem kazanmaktadır.

Kaynaklar

1) Hanoğlu L. Süper Yaşlılık. <http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/531/Super-yaslilik.aspx>

2) Doğan S. Yaşlı Bakım Hizmetleri ve Sorunları. <http://www.sdplatform.com/Dergi/1049/Yasli-bakim-hizmetleri-ve-sorunlari.aspx>

3) Halil MG. Türkiye'deki Hızlı Demografik Değişim. <http://www.sdplatform.com/Dergi/1043/Turkiyedeki-hizli-demografik-degisim.aspx>

4) Keskinlik B. Neden ölüyoruz? Ölüm Bilgi Sistemi Verileri. <http://www.sdplatform.com/Dergi/898/Neden-oluyoruz-Olum-bilgi-sistemi-verileri.aspx>

5) Hanoğlu L. En Ölümcül Nörodejeneratif Hastalık: Yaşlılık! <http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/418/En-olumcul-norodejeneratif-hastalik-Yaslilik.aspx>

6) <https://www.alz.co.uk/research/statistics>

7) Lam B, Masellis M, Freedman M, Stuss DT, Black SE. Clinical, imaging, and pathological heterogeneity of the Alzheimer's disease syndrome. *Alzheimer's Research & Therapy* 2013; 5:1

8) Bredesen DE. Metabolic profiling distinguishes three subtypes of Alzheimer's disease. *Aging*. 2015;7(8):595-600

9) <https://www.alz.co.uk/research/world-report-2011>

10) Van der Flier WM, Pijnenburg YAL, Prins N, et al. Optimizing Patient Care and Research: The Amsterdam Dementia Cohort. *Journal of Alzheimer's Disease* 2014 (41) 313-327

11) Van der Flier WM, Scheltens P. Amsterdam Dementia Cohort: Performing Research to Optimize Care. *Journal of Alzheimer's Disease* 62 (2018) 1091-1111

12) Ngandu T, Lehtisalo J, Solomon A, et al. A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): A randomised controlled trial. *Lancet* 2015;385, 2255-2263.

13) Budak M, Girgin Kardeş F, Hanoğlu L. Nöral Plastisite ve Nöromodülasyon Uygulamaları. Mutluay F, editör. *Nörolojik Hastalıklarda Fizyoterapi ve Rehabilitasyon*. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2018. p.79-88.

14) Gonsalvez I, Baror R, Fried P, Santamacci E, Pascual-Leone A. Therapeutic Noninvasive Brain Stimulation in Alzheimer's Disease. *Current Alzheimer Research*, 2017, 14, 1-15