

# YAŞLI DEPRESYONU VE ANTİDEPRESAN İLAÇ SEÇİMİ

Dr. Teslime ATLI

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Geriatri Bilim Dalı, Ankara

**D**epresyon, yaşlıda yaşam kalitesini azaltması, fonksiyonel kaybı arttırması, özellikle ciddi olduğu durumlarda yaşam süresini kısaltması nedeniyle önemlidir.

Örnekleme özellikleri, kullanılan tanısal testlerdeki ve kriterlerdeki farklılıklar, çalışmacı farklılıkları nedeniyle yaşlıda demans sıklığı ile ilgili veriler çok farklılık gösterir. Depresyon sıklığı toplumda yaşayanlarda en düşüktür (%2). Geriatri kliniklerinde bu oran %36'lara, strok ve MI geçirenlerle kanser olgularında %39-%47'lere kadar çıkmaktadır.

Kadın cinsiyet, sosyal izolasyon, boşanmış olmak veya eş kaybı, düşük sosyoekonomik statü, komorbid medikal durumlar, kontrol edilemeyen ağrı, hikayede depresyon, ailede depresyon hikayesi, fonksiyonel kısıtlılık ve kognitif bozukluk yaşlıda depresyon için risk faktörleridir.

Yaşlıda depresyon daha genç yaşlarda başlamış olabilir veya ilk atak 65 yaşından sonra olabilir (late life depression=ileri yaş depresyonu). İleri yaşta başlayan depresyonda serebrovasküler hastalığın sık olarak görülmesi vasküler depresyon hipotezinin ortaya atılmasına neden olmuştur. MRI da gösterilen mikrovasküler iskemik değişikliklerin duygu durum regülasyonunda önemli olan yolakları etkileyerek depresyona yol açtığını düşündürmektedir. Sistolik hipertansiyon ve diyabet bu vasküler değişiklikler için önemli risk faktörleridir. Vasküler depresyonda fonksiyonel kısıtlılık, apati, anhedoni daha sık, aile hikayesi daha azdır. Psikomotor retardasyon, kognitif bozukluk, içgörü eksikliği daha sık, suçluluk duygusu ve ajitasyon daha azdır. Strok-tan sonraki 2 yıl içerisinde %20 olguda major, %20 olguda minor depresyon gelişir. Sol lob veya frontal lob, talamik ve kaudat lob enfarktlerinde daha siktir. Konuşma akıcılığında ve psikomotor hızda yavaşlama ve yürütücü fonksiyonlarda bozulma daha fazladır.

Yaşlıda depresyon anksiyete, somatik şikayetler, kognitif şikayetlerle prezente olabilir. Palpitasyon, huzursuzluk, kolay yorulma, vücut ağrıları, nefes darlığı, bulantı, baş dönmesi, terleme, parestezi, sık idrara çıkma, uykusuzluk şikayetleri siktir. Psikotik semptomlar genelde perseküsyon, suçluluk, nihilistik, somatik delüzyonlar ve halüsinasyonlar şeklindedir. Psikotik semptomlar toplumda yaşayanların %3.6, hastanede yatanların %20-45'inde görülebilir. Kognitif bozuklukla başvuranlar, pseudodemans açısından değerlendirilmelidir.

Yaşlıda depresyon tanısı gençlerden farklıdır. Tablo 1'de yer alan depresyon semptomlarından en az 2 hafta süreyle devam eden bir temel depresif semptom ve dört veya daha fazla diğer depresif semptom varsa majör depresyon, bir temel ve 1-3 diğer depresif semptom varsa minör depresyon tanısı konur (DSM-IV). Bu semptomlar iki yıldan uzun süredir devam ediyorsa distimi denir. Bipolar bozukluk ise daha nadir görülse de düşünülmelidir.

Tablo 1. DSM-IV'de tanı kriteri olarak yer alan depresyon semptomları

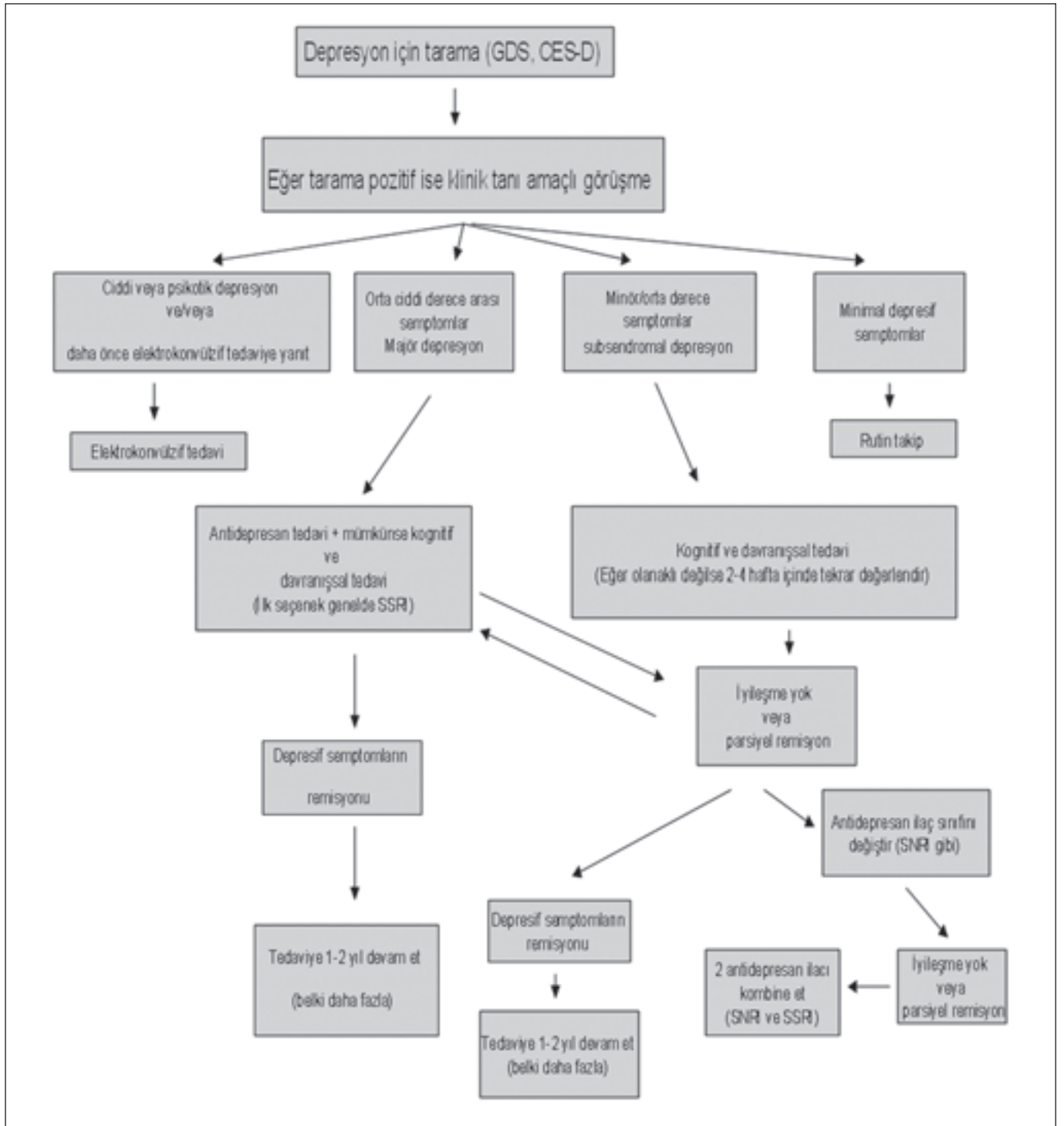
## DEPRESYON SEMPTOMLARI

Depresif duygu durumu*
Haytan tat almama/günlük aktivitelere ilgisizlik ve memnuniyet kaybı*
İştah/kilo artışı veya azalması
Uyku düzeninde değişme
Yorgunluk, enerji kaybı
Psikomotor ajitasyon/retardasyon
Konsantrasyon ve karar verme bozukluğu
Değersizlik veya suçluluk duyguları
Ölüm ve intihar düşünceleri

\*temel semptomlar

Depresyon düşünülen hastada, iyi bir hikaye alınmalı, muayeneye ayrıntılı nörolojik değerlendirme dahil edilmelidir. Aile hikayesi önemlidir. Tıbbi hikaye detaylı gözden geçirilmelidir. İlaçlar (reçeteli, reçetesiz, vitaminler, diğer suplementler) gözden geçirilmelidir. Sosyal açıdan detaylı değerlendirilmeli, yakın zamandaki yaşam değişiklikleri, ekonomik durum saptanmalı, nörolojik ve diğer medikal semptomlar sorgulanmalıdır. Duruma göre elektrolitler, kan şekeri, karaciğer böbrek fonksiyonları gibi temel biyokimyasal testler, tam kan sayımı, TSH, folik asit, PA AC grafisi, idrar tetkiki ve gerekli hallerde idrar-serum ilaç analizleri istenebilir. Nörolojik muayeneye göre görüntüleme testleri planlanabilir. Ayrıca hepsine nöropsikolojik test uygulanmalıdır. Biz genelde Geriatrik Depresyon Skalası uyguluyoruz. Kognitif bozukluk düşünülenlere Mini Mental Durum Değerlendirme yapılabilir.

Depresyon tanısı konulan tüm hastalar tedavi edilmelidir (Şekil 1). İlk seçenek antidepressan ilaçlarla tedavidir. Etkinlik açısından tüm ilaçlar benzerdir. Bu nedenle ilaç seçimi daha çok yan etkilere göre planlanır. SSRI'lar genelde ilk seçenektir. SNRI'lar, Mirtazapin, Bupropion diğer tercih edilen ajanlardır. İlaçlarla beraber veya hafif olgularda tek başına psikoterapi düşünülebilir. Antidepressan tedaviye remisyon-dan sonra 6-12 ay devam edilebilir. Tedavi erken kesilirse rekürrens %70'lere ulaşır.



Şekil 1. Yaşlıda depresyon tanı ve tedavisi

### Kaynaklar

1. Unutzer J. Late life depression. N Eng J Med 2007; 357:2269-76.
2. Fitch K, molnar FJ, Power B, et al. Can Fam Physician 2005;51:80-81.
3. Gebreysadik M, Jayaprabhu S, Grossberg GT. Mood disorders in the elderly. Med Clin N Am 2006;90:789-905.
4. Blazer DG. Late life mood disorders. In: Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology. (Eds:) Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, Studenski S, High KP, Asthana S. The McGraw-Hill Companies Inc. USA, 2009. pp849-57.