

Kırılgan Yaşlıda Kardiyometabolik Hedefler ve Tedavi

Dr. Aslı Çurgunlu

**8. İstanbul Dahiliye Klinikleri Buluşması
2-4 Kasım 2018**

Yaşlıda Hipertansiyon

- 65 yaş üstü HT görülme sıklığının %60-80'lerde
- İzole sistolik HT daha sık

Nabız basıncı yani SKB-DKB arasındaki fark artmış ve damar elastisitesinin azalmasıyla ilişkili

- Baroreseptör duyarlılığı ve reflekslerde azalma. Dolayısıyla kan basıncı düşmesine cevap olarak nabız ve periferik vasküler direnç artışı gençlere göre daha az

Ortostatik ve postprandiyal hipotansiyon daha sık

Kan basıncı hedefleri-Kılavuzlar

		Hedef kan basıncı	İleri yaşta hedef kan basıncı	DM, KBY de hedef kan basıncı
JNC7	2003	< 140/90	<140/90	<130/80
JNC8	2014	<140/90	≥60 y <150/90	<140/90
ACC/AHA	2015		KAH ≤80 y 140/90 >80 y 150/90	
ASH/ISH	2014	<140/90	<80 y SKB<140 ≥80 y <150	
ADA	2017			140/90
ESH/ESC	2013	<140/90	<80 y SKB<140 >80 Y SKB 140-150	DM <140/85 KBY SKB<140 KBY protein (+) SKB<130
CHEP	2015	140/90	≥ 80 y <150/90	DM <130/80 KBY <140/90
Kidney disease improving outcome	2012			protein (-) <140/90 protein (+) <130/80

ESC/ESH

- Gerçek yaşama ve randomize kontrollü çalışma sonuçlarına daha uygun hedefler önerilmiştir.
- Yaşlı tanımıyla ilgili bir “alt yaş sınırı” tanımlanmamış, kronolojik yaştan çok hastanın genel durumuna vurgu yapılmıştır.
- Genel durumu iyi olan < 80 yaşındaki “yaşlı” hastalarda SKB hedefinin <140 mmHg
- Yaşı > 80 ancak fiziksel ve mental durumu “iyi” olan hastalarda ise ESC/ESH kılavuz önerisi, ilaca SKB > 160 mmHg ise başlanması ve hedefin 140-150 mm Hg aralığında olmasıdır.
- ESC/ESH kılavuzu “yaşlı” derken bir yaş sınırı koymamış, ancak 80 yaş üstü hastaları farklı değerlendirmiştir. Bu kılavuz “kırılgan” diğer bir deyimle genel durumu çok iyi olmayan, tedaviyi tolere edemeyecek >80 yaş hastalarda sınırların hekime bırakılmasını önermiştir.

Yaşlıda hipertansiyon tedavisinde hedef

- Yaşlı hastalarda SKB ≥ 160 mmHg ise ilaç başlanmalıdır.
- İlaç tedavisini tolere edebilen, <80 yaşındaki “aktif” yaşlılarda SKB'nın <140 mmHg seviyesine düşürülmesi hedeflenebilir.
- SKB ≥ 160 mmHg seviyesinde, yaşı 80 üzerinde olan ve gerek fiziksel gerekse de mental açıdan “iyi” düzeyde olan yaşlı hastalarda SKB'nın 140-150 mmHg seviyesine düşürülmesi önerilmektedir.
- SKB 140-159 mmHg olan yaşlı hastalarda (en azından yaş <80 olanlarda) hasta antihipertansif ilacı tolere edebiliyorsa ilaç tedavisi önerilebilir.

Yaşlıda hipertansiyon tedavisinde hedef

- Agresif tedavi hedeflerinden kaçınılması
- Hedef değeri seçiminde esas belirleyicinin hastanın kronolojik yaşından çok, biyolojik yaşı ve verilen tedaviyi tolere edip etmemesi (örneğin tedavi sırasında postural hipotansiyon gibi komplikasyonların olup olmaması)
- Bu açıdan bakıldığında “klinik pratiğe” en yakın olan yaklaşım ESC/ESH
- Yaşlı hastalarda sınırlar “yaşlı olmayanlara” göre daha “ılımlı” olabilir; bu açıdan hastanın genel durumu ve tedaviyi tolere edebilme kapasitesi göz önünde bulundurulmalıdır.
- Tedaviye başlangıç sınırı SKB'nin $>150-160$ mmHg olması, hedef değeri ise SKB'nin <150 mmHg olması

Diyastolik kan basıncı hedefleri

- Daha karmaşıktır.
- Yaşlı hipertansiflerde DKB çoğunlukla çok yüksek değildir.
- DKB düşük seyredabilmekte ve belli bir değerin altında prognozu kötüleştirebilmektedir.
- Bu durumda DKB hangi düzeye kadar düşürülmelidir veya SKB düşürülürken DKB'nın hangi düzeylere kadar düşmesine izin verilmelidir?
- 65 yaş üzeri hastaların alındığı (ortalama yaş: 72) SHEP çalışmasının aktif tedavi kolunda DKB 60 mHg ve altına düşen hastalarda kardiyoasküler riskin arttığı gösterilmiştir.
- Yine koroner arter hastalığı olan hipertansiflerin randomize edildiği INVEST çalışmasında DKB < 60 mHg olanlarda miyokard infarktüsü riskinin 2.5 kat arttığı gösterilmiştir.
- Bu durum gerçekten antihipertansifler ile DKB'nın "fazla" düşürülmesine mi, yoksa bu hastaların genel sağlık problemlerinin daha fazla olmasına mı bağlı?
- ESC/ESH kılavuzunda yaşlı hastalarda DKB hedeflerinden net olarak bahsedilmemektedir.

Yaşlıda tedavi zararlı mı?

- Dikkatli olunursa zararlı değil
- Sağlıklı, ayakta yaşlılarda tedavi yararlı
- Kronolojik yaş tedavi etme veya etmeme kararında önemli değil
- Düşük doz başlayıp yavaş ve kontrollü arttırılmalı
- Günlük yaşam aktiviteleri iyi, kognitif açıdan normal yaşlı kişiler daha gençlerdeki kılavuzlara göre tedavi edilmeli. Psikotrop ilaçlara dikkat etmek lazım (düşme açısından)
- Kırılgan yaşlıda ve kognitif bozukluğu olan yaşlılarda, gün boyu düşük kan basıncı kognitif fonksiyonları bozmakta (Mosello, et al.)
- >80 yaş kurumda kalan yaşlıları frail kabul edersek polifarmasi ve hipertansiyon kombinasyon tedavisine dikkat etmek lazım (özellikle sistolik kan basıncı <130 mmHg) kombine tedavide aynı kan basıncı olup kombine tedavi almayanlara göre mortalite riski yüksek

Kırılgan yaşı

- Bazı yaşlılar daha yüksek kan basıncında daha iyiler.
- Kırılgan yaşlılarda daha yüksek kan basıncında doku perfüzyonu daha iyi olabilir.
- Ortostatik hipotansiyonu olanlarda kardiyovasküler mortalite riski yüksek
- Kırılgan yaşlıda çalışma az
- Kırılgan yaşı, kurumda kalan yaşlılar bireysel olarak değerlendirilip tedavi edilmeli
- Kırılgan yaşlıda kan basıncında aşırı düşüğe neden olacak kombinasyon tedavisinden kaçınılmalı
- Demanslı veya ileri derecede kognitif bozukluğu olan hastalarda tedavi etmeme düşünülebilir çünkü yararı yok ve kognitif bozukluğu arttırır.

DM'lu yaşının değerlendirilmesi, tedavisi ve hedeflerinde

- Medikal, mental, fonksiyonel ve sosyal açıdan değerlendirme
- Günlük yaşam aktiviteleri ve enstrümental günlük yaşam aktivitelerini etkileyecek geriatrik sendromların varlığı
- ≥ 65 y hafif kognitif bozulma ve demans taraması
- Hipoglisemiden kaçınmalı
- Kognitif fonksiyonları iyi ve fonksiyonallitesi normal, yaşam beklentisi uzun yaşlılarda hedef daha genç erişkinlerle aynı

- Tanı ne zaman aldı?
- Komplikasyonlar gelişmiş mi?
- Kognitif ve fonksiyonel durumu nasıl?
- Kırılgan yaşlı mı?

- Kişiyeye özel değerlendirme yapılmalı ancak hiperglisemi semptomları veya akut hiperglisemik komplikasyonlara neden olacak hiperglisemik durumlardan kaçınılmalı
- Hipoglisemiden kaçınılmalı.
- Özellikle >65 yaş üzerindeki hastaların takibinde eşlik eden komorbid durumların tedavisi (HT ve lipid tedavisinin seçimi, aspirin verilmesi) için risk-yarar dengesi gözetilmelidir.
- Diyabet komplikasyonlarının fonksiyonel kapasiteyi sınırlayabileceği unutulmamalı ve komplikasyon taramaları güncel yaklaşımlara uygun olarak yapılmalıdır.
- Bununla beraber yaşam beklentisi çok sınırlı olan hastalarda komplikasyon taraması ve erken tedavisinden sağlanacak ek yararların görülmesi mümkün olamayacağından tüm tarama programlarının uygulanması gerekmeyebilir.
- İleri yaşta, özellikle yalnız yaşayan bireylerde depresyon riskinin yüksek olduğu göz önüne alınarak depresyon taraması ve gerekiyorsa tedavisi yapılmalıdır.
- Palyatif bakım durumunda hipertansiyon tedavisinde sıkı kan basıncı kontrolü önerilmez. Lipid düşürücü ilaçlar kesilmelidir.

Kognitif ve fonksiyonel durumu iyi, yaşam beklentisi uzun

- Hedef daha genç olanlara göre aynı
- **Hedef HbA1c < % 7.5**

Açlık veya yemek öncesi kan şekeri: 80-130 mg/dl

Yatmadan önceki kan şekeri: 90-150 mg/dl

Hedef kan basıncı < 140/90 mmHg

Lipid tedavisi: evet (kontrendike değilse veya tolere edememe yoksa)

Yaşam beklentisi orta düzeyde, hipoglisemiye eğilimi olan, düşme riski olan, çoklu kronik hastalığı olan

- **Hedef HbA1c < % 8**

Açlık veya yemek öncesi kan şekeri: 90-150 mg/dl

Yatmadan önceki kan şekeri: 100-180 mg/dl

Hedef kan basıncı < 140/90 mmHg

Lipid tedavisi: evet (kontrendike değilse veya tolere edememe durumu yoksa)

Yaşam beklentisi azalmış, kırılğan yaşlı

- **Hedef HbA1c < % 8.5**

Açlık veya yemek öncesi kan şekeri: 100-180 mg/dl

Yatmadan önceki kan şekeri: 110-200 mg/dl

Hedef kan basıncı < 150/90 mmHg

Lipid tedavisi: tartışılmalı

- Bu grup hastalarda hipoglisemiden korunma temel hedef olmalı ve tedavide karmaşık olmayan, uygulaması kolay ve basit ilaçlar tercih edilmelidir.
- Özellikle insülin tedavisi gerektiren hastalarda insüline başlanmadan önce kognitif sorunlar değerlendirilmelidir. Bu gruba giren uygun hastalarda statin ancak sekonder koruma amacı ile kullanılabilir.

- Tip 2 diyabet dışında başka sağlık sorunları bulunmayan yaşlı bireylerin, genç tip 2 diyabetli bireyler gibi aynı metabolik kontrol (glisemi, KB ve lipid) hedeflerine ulaşmaları sağlanmalıdır.
- Çeşitli komorbiditeleri bulunan, fonksiyonel kapasitesi sınırlı, yaşam beklentisi düşük yaşlı hastalarda metabolik kontrol hedefleri gevşetilmelidir
- Huzur evlerinde veya bakım evlerinde kalan yaşlı diyabetli hastaların gereğinde farklı disiplinler tarafından değerlendirilmeleri gereklidir.
- Herhangi bir kontrendikasyon yoksa tip 2 diyabetli yaşlı hastalara hafif aerobik ve sarkopeniden kaçınmak için rezistans egzersizleri yapmaları önerilmelidir.
- Sulfonilreye bağlı hipoglisemi riski yaş ile katlanarak arttığından, tip 2 diyabetli yaşlı hastalara sulfonilüre verirken çok dikkat etmek gerekir. Bu hastalarda sulfonilüre yerine DPP4-İ tercih edilebilir.
- Yaşlı diyabetiklere mutlaka sulfonilüre verilmesi gerekiyorsa, gençlere verilen dozun yarısı ile başlanmalı ve doz artırımını daha yavaş yapılmalı veya alternatif olarak glinid grubu bir ilaç verilmesi dşnlmelidir.
- Düzensiz yemek alışkanlıkları olan yaşlı hastalarda DPP4-İ ve glinid (repaglinid ve nateglinid) grubu ilaçlar kullanılabilir.

- **Metformin** Metformin is the first-line agent for older adults with type 2 diabetes. Recent studies have indicated that it may be used safely in patients with estimated glomerular filtration rate ≥ 30 mL/min/1.73 m². However, it is contraindicated in patients with advanced renal insufficiency and should be used with caution in patients with impaired hepatic function or congestive heart failure due to the increased risk of lactic acidosis. Metformin may be temporarily discontinued before procedures, during hospitalizations, and when acute illness may compromise renal or liver function.
- **Thiazolidinediones** Thiazolidinediones, if used at all, should be used very cautiously in those with, or at risk for, congestive heart failure and those at risk for falls or fractures.
- **Insulin Secretagogues** Sulfonylureas and other insulin secretagogues are associated with hypoglycemia and should be used with caution. If used, shorter-duration sulfonylureas such as glipizide are preferred. Glyburide is a longer-duration sulfonylurea and contraindicated in older adults .
- **Incretin-Based Therapies** Oral dipeptidyl peptidase 4 inhibitors have few side effects and minimal hypoglycemia, but their costs may be a barrier to some older patients. A systematic review concluded that incretin-based agents do not increase major adverse cardiovascular events .
- Glucagon-like peptide 1 receptor agonists are injectable agents, which require visual, motor, and cognitive skills. They may be associated with nausea, vomiting, and diarrhea. Also, weight loss with glucagon-like peptide 1 receptor agonists may not be desirable in some older patients, particularly those with cachexia.
- **Sodium–Glucose Cotransporter 2 Inhibitor** Sodium–glucose cotransporter 2 inhibitors offer an oral route, which may be convenient for older adults with diabetes; however, long-term experience is limited despite the initial efficacy and safety data reported with these agents.
- **Insulin Therapy** The use of insulin therapy requires that patients or their caregivers have good visual and motor skills and cognitive ability. Insulin doses should be titrated to meet individualized glycemic targets and to avoid hypoglycemia. Once-daily basal insulin injection therapy is associated with minimal side effects and may be a reasonable option in many older patients. Multiple daily injections of insulin may be too complex for the older patient with advanced diabetes complications, life-limiting coexisting chronic illnesses, or limited functional status.

Yaşlıda ve kırılğan yaşlıda dislipidemi tedavisi

- Yaşlıda statin kullanımı düşük oranda.
- Sağlıklı, yaşam beklentisi fazla olan yaşlılarda statin kullanımı ve hedefler erişkindeki gibi.
- Kas ağrısı nedeniyle tedaviyi kesme oranı yüksek
- Daha az tedavinin nedenleri böbrek ve karaciğer yetmezliği, sarkopeni, kognitif fonksiyonların bozuk olması, beklenen yaşam süresinin az olması ve polifarmasi
- Kırılğan yaşlıda, yaşam beklentisinin az olduğu yaşlılarda tartışılmalı.

Teşekkürler..

