

ALZHEİMER HASTALIĞI VE DENTAL YAKLAŞIM

Arş. Grv.Dr. Saadettin DAĞİSTANLI*

Prof. Dr. O.Murat BİLGE*

ALZHEIMER'S DISEASE AND DENTAL APPROACH

ÖZET

Alzheimer hastalığı özellikle yaşlılıkta ortaya çıkan ve hastalarda bilinç bozukluğuna neden olan kronik bir hastalıktır. Günümüzde yaşam süresi uzadıkça bu hastalığın görülme sıklığının da arttığı bilinmektedir. Bu makalede; Alzheimer hastalarının teşhisi, tedavisi, yönlendirilmesi ve hastalığın prognozu hakkında diş hekimlerinin bilgilendirilmesi amaçlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Alzheimer hastalığı ve dental yaklaşım

SUMMARY

Alzheimer's disease is a chronic disease of elderly patients which is characterized by cognitive impairment. It is known that the prevalence of the disease increases as life expectancy prolongs. It is aimed that the dentists should be informed about the diagnose treatment and direction of this group patient and the prognosis of the disease

Key Words : Alzheimer's disease and dental approach

Demans (DE) tüm dünyada büyüyen bir halk sağlığı sorunu oluşturmaktadır. Özellikle yaşlılık döneminde her iki cinsiyeti, tüm sosyo ekonomik ve etnik grupları etkilemektedir.

Demans'ın en yaygın şekli Alzheimer hastalığıdır (AH). Bu terim başlangıç yaşı ne olursa olsun kesin beyin değişiklikleri gösteren demans vakaları için kullanılmıştır. Her ne kadar yaşlı grupta ortaya çıkarsa da 50 yaşın altındaki bireylerde de çok az bir sıklıkla görülebilir. 65 yaş üzerinde görülme sıklığı %10 iken, 85 yaş üzeri grupta %47 oranında ortaya çıktığı tespit edilmiştir¹⁻⁶.

AD, entellektüel kapasitenin kaybolmasıyla başlar. Beyinde oluşan progresif dejeneratif ataklarla hafızanın, düşünce ve davranışların kaybolmasıyla devam eder. Kişilik ve davranış değişikliği, muhakeme yeteneğinin azalması, kelime bul-

mada zorluk, karar verememe gibi durumlar ortaya çıkar. Sonuçta Alzheimer'li fertler kendilerini koruyamaz hale gelirler^{2,4,7,8}.

Etiolojisi hakkında kesin bilgiler olmasına rağmen AH, birçok risk faktörü ile beraber bulunabilir. Bunlar yaş, cinsiyet, apolipoprotein E4, serebrovasküler hastalıklar, kafa travması, miyokard infarktüsü ve immünolojik defektler ; kromozom defektleri (Down sendromu) gibi genetik faktörler; infeksiy ajanlar, toksinler, eğitim ve meslek gibi çevresel faktörlerdir⁹.

Dental amalgamlar içerisinde bulunan düşük seviyedeki cıvanın nörotoksin olduğuna ve Alzheimer hastalığının patogeneğinde önemli rol oynadığına ilişkin iddialara yer verilmiştir¹⁰. Fakat diğer bir çalışmada amalgam restorasyonların sayısı ne olursa olsun beyin cıva seviyesinde bir yükselmeye neden olmayacağı belirtilmiştir¹¹.

* Atatürk Üniversitesi Dişhekimliği Fak .Oral Diağnoz ve Radyoloji ABD

Hastalığı semptomlarına göre 3 safhaya ayırmak mümkündür^{3,4,6}. Bunlar;

1- Başlangıç dönemi:

Bu dönemde alışveriş yapma, yemek pişirme ve besinlerin saklanması zorlukları vardır. Yemek yeme unutulabilir, hiç yenmez veya iki kere üst üste yenebilir. Çiğneme ve yutma koordinasyonunda bozukluk, dil ve yüze ait hareketlerde kavetsizlik gelişir⁶.

Kısa süreli hafıza kayıpları oluşur. Arkadaşının adını, ne iş yaptığını, telefon numarasını unuttur, bunları daha sonra hatırlayabilir. Aynı soruları tekrar tekrar sorar, fakat cevabı hatırlayamaz. Çoğu defa doğru kelimeyi bulamamasına rağmen, konuşmasını yada cümlesini yaklaşık bir kelimeyle bitirirler. Hatırlatma notları tutarlar. Aynı şeyleri giyinme gibi alışkanlıklar ortaya çıkar. Ayrıca bu kişiler kolay sinirlenir, pasif, rahatsız, şüpheli, değişken, unutkan, ihmali ve dikkatsiz olabilirler^{4,5}.

2- Ara dönem:

Ajitasyona bağlı olarak aktivite artmıştır. İştahın artmasına rağmen yetersiz besin alınmaktadır. Besinler ağızda tutulmakta, yeterince çiğnenmemekte ve yutulmamaktadır. Çatal, kaşık ve bıçak kullanma yeteneği kaybolmuştur⁶.

Geç hatırlama, yeni haberleri zihinde tutma gibi zihin faaliyetleri değişmiştir. Hastada unutkanlık artar. Tıbbi gereçlerini almayı ve faturalarını ödemeyi unutabilirler. Kendi evinin çevresinde kendi sokağında kaybolabilirler. Nerede olduklarını, oraya nasıl geldiklerini ve evlerine nasıl döneceklerini bilemezler. Ailevi konuları uluorta her yerde konuşabilirler. Uyku bozukluğu ve gece rahatsızlığı görülür⁵.

3- İleri dönem:

Bu dönemde muhakeme bozukluğu vardır (besinleri tanıyamama, ağza alınan yiyecekler ile ne yapacağını bilememe, bozuk yiyecekleri yeme vs.)³. Yer ve zaman kavramı değişmiştir. Uygun ya da tutarlı yazma ve konuşma yeteneğini yitir-

miş konuşma sırasında kelimeler anlaşılmaz durumdadır. Kelimeleri ve hareketleri tekrar ederler. Aynada oluşan ters imajları algılayamazlar. Uyuşukluk veya saldırganlık gösterebilirler. Düşmanca ve hayasızca davranışlar içinde olabilirler. Giderek tablo daha da kötüleşebilir. Hasta tamamen fiziksel ve ruhsal olarak bozulmuştur. Şaşırır, karıştırır, ayırt edemez, tartışır, hayal görür, kuruntu yapar, şüpheli ve/veya her şeyden korkuyor olabilirler. Anlamsız direnç gösterir veya içine kapanır⁵.

DENTAL YAKLAŞIM

Demanslı hastalarda ortaya çıkan dental problemlerin tamamına, hastaların unutkanlıkları, çevresel tehlikeleri yanlış anlama, psikomotor retardation ve yargılama hataları sebep olur. AH de belirgin şekilde maksillo fasiyal yaralanmalar görülür.

Oral ülserasyonlar sıklıkla dilin ön yüzeyinde ve serbest alveol mukozasında bulunurlar. Bu hastalar intraoral olarak kaşık, çatal ve yabancı cisimlerle kendilerini yaralayabilirler. Alzheimerli hastalar kendi yaş grubundaki sağlıklı bireylerle karşılaştırdıklarında son derece zayıf bir oral hijyene sahip oldukları görülür. Hemen hemen demanslı bütün hastalarda akut alevlenmeli kronik periodontal hastalık vardır. Hem kuron hem de kök yüzeyinde büyük oranda çürük görülür. Çok sayıda diş kaybı ve kalan dişlerde de abrazyon, atrisyon ve migrasyonlar vardır. Dişsiz hastalarda sıklıkla şiddetli mandibuler ve orta şiddette maksiller alveoler atrofi görülür³.

Kötü uyumlu protezlerin sebep olduğu aşırı hiperplastik dokular damak kubbesinde, anterior maksiller alveoler çıkıntıda ve protez kenarlarının geldiği bölgelerde devamlı olarak bulunurlar. Orta şiddetli yada şiddetli AH'li bireylerin çoğu parsiyel protezlerini ağız içerisine yerleştirmede bir yardımcıya ihtiyaç duyarlar. Total protez kullananlar ise alt çene protezini üst çeneye, üst çene protezini de dil üzerine yerleştirirler.

Yapılan bir araştırmaya göre protez kaybı ve kötü bakım oranı % 50 den fazla olarak bulunmuştur. Total protezler sıklıkla deforme olmuş, parsiyel protezlerin ise bir yada iki kroşesi kırılmıştır. Aynı araştırmada belirgin antikolinergik yan etkisi olan güçlü antipsikotik ilaç alan hastalarda şiddetli ağız kuruluğu saptanmıştır. Aynı yaş grubundaki demanslı hastalarla karşılaştırıldığında bu ilaçları alanlarda kötü ağız hijyeni, ilerlemiş yaygın periodontitis ve yüksek çürük insidansı tespit edilmiştir¹⁻³.

Tedavi amacıyla ağız içinde yapılan çalışmalarda (Alzheimer'li hastalarda algılama ve dental tedavi sırasında kooperasyon yeteneğinin bozulması nedeniyle) işlemler mümkün olduğu kadar erken tamamlanmalıdır.

Uygun bir dental bakım diş hekimi, hekim ve hemşire arasında yakın işbirliğini gerektirir. Diş hekimi hastanın özel görünümünün yanı sıra hastalıkla ilgili konular hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Hastalar, mümkün olduğunca erken bir saatte çağrılarak seanslar kısa tutulmalıdır. Dental tedaviye başlamadan önce yeterli tedbirler alınmalıdır. Doktoruyla konsülte edilip hasta tıbbi problemlerle beraber kontrol altında tutulmalıdır. Diğer taraftan beraber yaşadığı aile fertleriyle görüşerek hastanın özel yaşamı ve davranışları hakkında bilgi alınmalıdır¹².

Gıdaların parçalanıp yutulur hale getirilme işlemi olan çiğnemenin büyük bir kısmı fiziksel hareketlere bağlıdır. Çiğneme sırasında doğal dişlere gelen maksimum yük 8-15 kg kadardır. Total yada parsiyel protezi olanlarda ortalama çiğneme kuvveti 2 kg dir. Protezi olmayan total dişsiz hastalarda ise ağızdaki parçalama işlemi daha az etkili olacaktır¹.

Yutma refleksinin harekete geçmesi için gıdaların iyice çiğnenmesi gerekir. Fonksiyonlara uygun yapılacak bir protez, liften ve kepekten zengin gıdaların yanı sıra besleyici gıdaların da sindirilmesine yardımcı olur. Yetersiz beslenme, algılama yetersizliğini de arttırabilir¹⁴.

Yaşlı insanlar özellikle farmakolojik ajanlara hassasiyet gösterme eğilimindedirler . Klinik deneyimlere göre AH li bireylerde farmakolojik ajanların zararlı yan etkilerinin, daha fazla olduğu izlenmiştir. Diş hekimi hastanın almakta olduğu ilaçlarla etkileşime girecek ilaçları reçete etmemelidir¹.

Karaciğer ve böbrekler özellikle dental terapötiklerle etkileşime giren ve yaşlanma ile değişiklik gösteren en önemli organlardır. Karaciğer insan yaşlandıkça azalan miktarda albumin üretir. İlaçların çoğu albumine bağlanır ve böylece inaktif durumda kalır⁸. Yaşlı hastalarda albumin seviyesi azaldığı için alınan ilaçların büyük bir kısmı serbest durumda bulunur ve bu nedenle toksik bir reaksiyona sebep olabilir. Yaşlı insanlarda karaciğer kütlesinde ve kan akımında bir azalma vardır. Bu iki olay diş hekimi tarafından sıklıkla kullanılan ilaçların metabolik oranlarında bir azalmaya sebep olur. Bu ilaçlar lokal anestezipler (Lidocaine ve mepivocaine), analjezikler (Aspirin, asetaminofen ve codein), antibiyotikler (Ampicilin, Tetrasiklin) bulunur. İlaçların ve onların metabolik ürünlerinin vücuttan atılımından sorumlu olan böbrek de yaşla bağlı olarak değişiklikler gösterir. Renal plazma kan akımı ve glomerüler filtrasyon oranı 40-80 yaş arasında % 50 kadar azalır. Böylece ilaçlar ve onun metabolik ürünleri dolaşımında uzun bir süre kalır¹.

Diş hekimi böbrek ve karaciğerin yaşla ilgili değişikliklerini, ilaç yazarken göz önünde bulundurmalıdır. Uzun süre etki gösteren benzodiazepinler (diazepam), barbitüratlar ve nonsteroid antiinflamatuvar ajanlardan mümkün olduğu kadar kaçınılmalıdır. Diş hekimi klinik farmakolojide ilacın dozu ve verilmiş süresini konsülte etmelidir.

Hekim, yaşlı hastalarda çoğu ilacın tek dozunun, pik kan seviyesini iki kat yüksekliğe ulaştıracağını ve yarılanma ömrünün de gençlere göre iki kat kadar daha uzun olacağını hatırlamalıdır¹.

Diş hekimi ve yardımcı personeli hastanın dağılan dikkatini toplamaya çalışmalı ve bunu da çevrenin emniyetli olduğunu, hastaya güven verecek ve ihtiyaçlarını karşılayarak sağlamalıdır.

Diş hekimliğinde kan basıncı ölçme, lokal anestezi uygulaması ve rubber dam kullanma rutin yapılan işlemlerdir. Bu işlemler yapılmadan önce bilgi verilmezse hastada aşırı anksiyete ve tedirginlik ortaya çıkabilir. Hastaya gülümsemek, gözle kontakt kurmak uygun hareketleri anlatmaya yardım eder. Hasta ile kısa kelime ve cümleler, zamirden ziyade isimler ve gerektiği kadar sık tekrarlamaları kapsayan basit sözlü iletişim kurulmalıdır. Koruyucu uygulamalar hastanın ağız sağlığını temin etmede gereklidir. Üç ayda bir yapılan kontrollerde ve protez yenileme işlemi sırasında hastanın diğer dişlerdeki defektler ve ağız hijyeni kontrol edilip tedavi edilmelidir. Sağlık elemanlarına bu hastalarla ilgili eğitim programı verilmelidir^{4,9}.

Dişhekimi, dental uygulamalar sırasında bu hastalarla ilgili sorunlarla karşılaşırsa konuyla ilgili eğitilmiş bir ekipten konsültasyon istemelidir.

KAYNAKLAR

1-Friedlander AH, Jarvik LF: The dental management of the patient with dementia. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1987;64: 549-53

2- Evans DA, Funkenstein H, Albert MS, et al. Prevalence of Alzheimer's Disease in a community population of older persons. JAMA. 1989; 262: 2551-56

3- Niessen LC, Jones JA, Zocchi M, Gurian B. Dental care for the patient with Alzheimer's disease. JADA. 1985;110: 207-094- Katzman R. Alzheimer's disease. NEJM. 1986, 315: 964-70

4- Katzman R, Alzheimer's disease. NEJM 1986, 315: 964-70.

5- Butler RN. Psychiatry and the elderly. An overview Am. J. Psychiatry. 1975; 132:893-900

6- Kitiçkerdönmez Ö, Rakıcioğlu N. Alzheimer hastalığı ve Besin öğeleri. Sağlık ve Toplum. 2002;1: 22-32

7- Wade JPH, Mirsen TR, Hackinski VC, Fisman M, Lau C, Merskey H. The clinical diagnosis of Alzheimer's disease. Arc Neurol. 1987; 44: 24-29

8-Avorn JJ, Lamy PP, Vestal RE. Prescribing for the elderly safely. Patient Care 1982;16:14-62

9-Kocaelli H, Yaltirik M, Yargıç I, Özbas H. Alzheimer's disease and dental management. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. 2002;93 (5):521-24

10- Saxe SR, Wekstein MW, Kryscio RJ, Et al . Alzheimer's disease dental amalgam and mercury. J Am Dent Assoc 1999;130:191-9.

11-Hock C, Drasc G, Golombowski S, et all. Increased blood mercury levels in patients with Alzheimer's disease. J Neural Transm 1998;105:59-68.

12-Nordenram G, Ryd-Kjellen E, Ericsson K, Winblad B. Dental management of Alzheimer patients. A predictive test of dental co-operation in individualized treatment planning. Acta Odontol Scand 1997;55:148-54

13-Whittle JG, Grant AA, Worthington HV. The dental health of the elderly mentally ill: a preliminary report. Br Dent J 1987;162: 381-3.