

Yazarlar

Adem UĞURLU

Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Erzincan

Ahmet Alp BİLGİÇ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Ankara

Ali DAL

Özel Uğur Göz Hastanesi, Göz Hastalıkları Bölümü, Kahramanmaraş

Ali KELEŞ

Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Bilecik

Ali KÜÇÜKÖDÜK

Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Karaman

Ali MEŞEN

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Kahramanmaraş

Alperen BAHAR

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Ankara

Aynur HACISALİHOĞLU

Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Ayşe BOZKURT OFLAZ

Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya

Ayşe Gül Koçak ALTINTAŞ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Ankara

Bedia KESİMAL

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Ankara

Betül ÖNAL GÜNAY

Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Trabzon

Buket ARAS CIRIK

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Van

Burcu POLAT GÜLTEKİN

Özel Veni Vidi Göz Tıp Merkezi, Göz Hastalıkları Bölümü, İzmir

Burcu YÜCEKUL

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Burhan BAŞKAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Van

Büşra Dilara YILDIRIM ERDAL

Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Ankara

Çiğdem COŞKUN

Ankara Şehir Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Ankara

Damla Nur DİNÇ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Ankara

Emine ŞEKER ÜN

Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Denizli

Erdem DURSUN

Kırıkkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Kırıkkale

Eren EKİCİ

Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Ankara

Esra DAĞ ŞEKER

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Ankara

Esra ERGAN

Özel Maya Göz Hastanesi, Göz Hastalıkları Bölümü, Ankara

Fahrettin AKAY

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Ankara

Fatih KEBAPÇI

Kelkit Devlet Hastanesi, Göz Hastalıkları Bölümü, Gümüşhane

Fatma Büşra ALTAŞ

Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Ankara

Fatma Sema AKKAN AYDOĞMUŞ

Ankara Şehir Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Ankara

Fatma SÜMER

Rize Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Rize

Furkan Fatih GÜLYEŞİL

Siirt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Siirt

Gamze UÇAN GÜNDÜZ

Bursa Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa

Güzide AKÇAY

Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Hakkı Özgür KONYA

Özel Medinova Hastanesi, Göz Hastalıkları Bölümü, Aydın

Hande Hüsniye TELEK

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Ankara

Huri SABUR

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Ankara

Hüsna TOPÇU

Beyoğlu Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, İstanbul

İnci Elif ERBAHÇECİ TİMUR

Ankara Şehir Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Ankara

İrfan AKALIN

Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Trabzon

Kezban BULUT

Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Kübra KAHRAMAN KOÇ

Şanlıurfa Balıklıgöl Devlet Hastanesi, Göz Hastalıkları Bölümü, Şanlıurfa

Lütfi SEYREK

Özel Konya Göz Hastanesi, Göz Hastalıkları Bölümü, Konya

Medine GÜNDÖĞAN

Kayseri Şehir Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Kayseri

Mehmet ADAM

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya

Mehmet Akif EROL

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Van Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Van

Yazarlar

Mehmet ARGUN

Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Isparta

Mehmet Göksel ULAŞ

Beyoğlu Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Mehmet İÇÖZ

Yozgat Şehir Hastanesi, Göz Hastalıkları Bölümü, Yozgat

Mehmet HASTA

Bilecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Bilecik

Melek TÜFEK

Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Amasya

Mervenur YILMAZ

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Kahramanmaraş

Merve ŞİMŞEK

Muğla Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Muğla

Mevlüt YILMAZ

Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Ankara

Muhammed BATUR

Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Van

Muhammet Derda ÖZER

Liv Hospital Ulus Hastanesi, Göz Hastalıkları Bölümü, İstanbul

Murat KAŞIKCI

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Muğla

Mustafa CİVELEKLER

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Ankara

Mustafa Salih KARATEPE

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Sivas

Mustafa ŞAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Ankara

Mübeccel BULUT

Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Kahramanmaraş

Naciye KABATAŞ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Ankara

Neşe ARSLAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Ankara

Numan ERASLAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Ankara

Nurgül ÖRNEK

Kırıkkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Kırıkkale

Osman ÇELİKAY

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Ankara

Özgür EROĞUL

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

Pınar KAYA

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Ankara

Rabiatül Büşra AKDAN BİLEN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Ankara

Rukiye SAĞLAM

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Ankara

Sebile ÇOMÇALI

Ankara Şehir Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Ankara

Seda GÜRAKAR ÖZÇİFT

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, İzmir

Selda ÇELİK DÜLGER

Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Ankara

Selma MEŞEN

Dr. Kemal Beyazıt Devlet Hastanesi, Göz Hastalıkları Bölümü, Kahramanmaraş

Semra KOCA

Kayseri Şehir Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Kayseri

Sibel ZIRTILOĞLU

Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Süccattin İlker KOCAMIŞ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Ankara

Süleyman Korhan KARAMAN

Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Ankara

Şenol SABANCI

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Antalya

Şule BARMAN KAKİL

Kırıkkhan Devlet Hastanesi, Göz Hastalıkları Bölümü, Hatay

Şule ÇINAR

Özel Dünyagöz Sakarya Hastanesi, Göz Hastalıkları Bölümü, Sakarya

Şule Nur ACAR DUYAN

Konya Şehir Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Konya

ULVİYE KIVRAK

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Şehir Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Yunus ALKAN

Derik Devlet Hastanesi, Göz Hastalıkları Bölümü, Mardin

Yusuf EVCİMEN

Özel Urartu Göz Merkezi, Göz Hastalıkları Bölümü, Van

Yusuf Ziya GÜVEN

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, İzmir

Zübeyde AYDIN BAŞEKİM

Özel Fuar Hastanesi, Göz Hastalıkları Bölümü, Afyonkarahisar

Zübeyir YOZGAT

Kastamonu Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Kastamonu

İçindekiler

Önsöz	i
Yazarlar	iii
İçindekiler	vii

1. Bölüm	Gerontoloji ve Geriatri Tanımlamaları	1
2. Bölüm	Dünya'da ve Türkiye'de Geriatrik Demografik Durum ve Epidemiyolojisi	7
3. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Oftalmolojik Hastalık İnsidansı ve Prevalansı	13
4. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Ektropion, Entropion ve Yönetimi	19
5. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Ptozis ve Yönetimi	27
6. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Benign Göz Kapağı Lezyonları ve Yönetimi	35
7. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Malign Göz Kapağı Lezyonları ve Yönetimi	41
8. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Göz Kapağı Enfeksiyonları ve Yönetimi	53
9. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Lakrimal Sistem Bozuklukları ve Yönetimi	59
10. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Tiroid Orbitopati ve Yönetimi	69
11. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Orbita Enfeksiyonları ve Yönetimi	79
12. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Enfektif Olmayan İnflamatuvar Orbita Hastalıkları ve Yönetimi	83
13. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Orbitanın Vasküler, Kistik ve Tümöral Hastalıkları ve Yönetimi	93
14. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Orbitanın Vasküler, Kistik ve Tümöral Hastalıkları ve Yönetimi	99
15. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Konjonktivitler, Konjonktiva Dejenerasyonları ve Yönetimi	109
16. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Keratitler ve Yönetimi	117
17. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Keratopatiler ve Yönetimi	131
18. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Kornea Dejenerasyonları, Distrofileri, Ektazileri ve Yönetimi	135
19. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Kontakt Lens Uygulamaları	147
20. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Kirma Kusurları	151
21. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Refraktif Cerrahi Uygulamaları	155
22. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Keratoplasti Uygulamaları	163
23. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Episklerit, Sklerit ve Yönetimi	169
24. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Episklerit, Sklerit Dışındaki Skleral Sorunlar ve Yönetimi	177
25. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Katarakt ve Katarakt Cerrahisi	183
26. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Katarakt Dışındaki Lens Problemleri ve Yönetimi	193
27. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda İntraoküler Lens Problemleri ve Yönetimi	199
28. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Primer Açık Açılı Glokom ve Yönetimi	209
29. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Açık Kapanması Glokomu ve Yönetimi	219
30. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Normotansif Glokom ve Yönetimi	229
31. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Oküler Hipertansiyon ve Yönetimi	235
32. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Psodoeksfoliasyon ve Pigment Dispersiyon Sendromu ile İlişkili Glokom ve Yönetimi	241
33. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda İnflamatuvar ve Neovasküler Glokom ve Yönetimi	251
34. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Lensle İlişkili Glokom ve Travmatik Glokom ve Yönetimi	259
35. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Sekonder Glokom ve Yönetimi	271
36. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Ön Üveitler ve Yönetimi	279
37. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda İntermediate Üveitler ve Yönetimi	283
38. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Behçet Üveiti ve Yönetimi	293
39. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Bakteriyel Enfeksiyonlarla İlişkili Üveitler ve Yönetimi	305
40. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Viral Enfeksiyonlarla İlişkili Üveitler ve Yönetimi	315

41. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Paraziter Enfeksiyonla İlişkili Üveitler ve Yönetimi.....	325
42. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Fungal Enfeksiyonlarla İlişkili Üveitler ve Yönetimi	335
43. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Spondiloartropatiler ile İlişkili Üveitler ve Yönetimi.....	343
44. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Sistemik Hastalıklarla İlişkili Üveitler ve Yönetimi	351
45. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Oküler Tümörler ve Yönetimi.....	359
46. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Oküler Tümör Tedavileriyle İlişkili Problemler ve Yönetimi	369
47. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Diyabetik Retinopati ve Yönetimi	377
48. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Retinal Ven Tıkanıklığı ve Yönetimi	383
49. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Retinal Arter Tıkanıklıklığı ve Yönetimi	393
50. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Hipertansif Retinopati ve Oküler İskemik Sendrom ve Yönetimi	401
51. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Retinal Makroanevrizma ve Diğer Retinal Vasküler Hastalıklar ve Yönetimi	409
52. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Kuru Tip (Neovasküler Olmayan) Yaşa Bağlı Makula Dejenerasyonu ve Yönetimi	419
53. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Yaş Tip (Neovasküler) Yaşa Bağlı Makula Dejenerasyonu ve Yönetimi	425
54. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Yaşa Bağlı Makula Dejenerasyonu Dışındaki Koroid Neovaskülarizasyonları ve Yönetimi.....	433
55. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Santral Seröz Koryoretinopati ve Yönetimi.....	445
56. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Kistoid Makula Ödemi ve Yönetimi.....	453
57. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Fotoreseptör Distrofileri ve Yönetimi	465
58. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Retina Pigment Epiteli Distrofileri ve Yönetimi	477
59. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Koroid Distrofileri ve Yönetimi	491
60. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Vitreoretinal Ara Yüzey Hastalıkları ve Yönetimi	497
61. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Patolojik Miyopi ve Yönetimi	507
62. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Regmatojen Retina Dekolmanı ve Yönetimi.....	515
63. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Eksudatif Retina Dekolmanı ve Yönetimi	525
64. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Traksiyonel Retina Dekolmanı	533
65. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Vitreus Opasiteleri ve Yönetimi.....	539
66. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Paralitik Şaşılık ve Yönetimi	545
67. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Non-Paralitik Şaşılıklar ve Yönetimi.....	555
68. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Optik Sinir Hastalıkları ve Yönetimi	565
69. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Pupilla Hastalıkları ve Yönetimi	577
70. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Sistemik Hastalıklarla İlişkili Optik Nöropatiler ve Yönetimi	587
71. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Ön Segmenti Etkileyen Travmalar ve Yönetimi	597
72. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Arka Segmenti Etkileyen Travmalar ve Yönetimi	605
73. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Az Görme ve Rehabilitasyonu	613
74. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Görme Kaybı ile İlişkili Sorunlar	621
75. Bölüm	Geriatrik Popülasyonda Komorbiditeler ve Yönetimi.....	629
	Dizin	635

GERONTOLOJİ VE GERİATRİ TANIMLAMALARI

Zübeyde AYDIN BAŞEKİM

Dünya Sağlık Örgütü ilk tüzüğünde sağlık terimine şöyle tanım getirmiştir: "Sağlık salt bedensel (fizyolojik) bakımdan değil, ruhsal ve sosyal bakımlardan da tam bir iyilik durumudur."

Yaşlanma çoğunlukla sağlıklı olan ve doktorların yardımına ihtiyaç duymayan genç yetişkinleri, fizyolojik zindeliği giderek bozulan, artan hastalık ve ölüm risklerine yol açan yaşlı yetişkinlere dönüştüren kaçınılmaz ve evrensel bir süreçtir.

Yaşlılık; zamana bağlı olarak vücudun tamamında, hücresel, fizyolojik ve patolojik düzeyde ortaya çıkan ve geri dönüşü olmayan, bedensel ve fonksiyonel değişikliklerin tümüdür (1). Yaşlanma ile birlikte bu değişimler nedeniyle hipertansiyon, diyabet, kalp hastalıkları, malignite ve multisistem patolojileri artmakta, bu hastalıkların birlikteliği de sık görülmektedir. Bu durum karşımıza sosyal sorunlar olarak çıkmaktadır (2).

Yaşlı insanları kronolojik yaş açısından üç alt sınıfa ayırır. Genç-yaşlılar 65-74, orta-yaşlılar 75-84 ve en yaşlı-ileri yaşlılar 85 yaş ve üzeridir (3).

Kronolojik yaş; insan yaşamının doğumdan itibaren içinde bulunulan zamana kadar ki bu takvim yaşıdır. Yaşlılığın yaygın olarak kullanılan bir belirticidir. Kronolojik yaşlanma her birey için aynıdır (4).

Biyolojik yaşlanma; insanın anatomi ve fizyolojisindeki değişimlerle birlikte, organ, doku, hücre düzeyindeki bozulma ile ortaya çıkar. Anatomik olarak, iskelet sistemindeki değişikliklerin ortaya çıkması ile boy kısalığı ve postural değişiklikler örnek verilebilir. Ancak günümüzdeki sosyal ve ekonomik gelişmeler ile bu yaşlanmanın önemini yitirdiğini düşünebiliriz. Biyolojik yaşlanma kişiden kişiye değişebilmektedir.

Uzmanlar bazen insanları oynadıkları sosyal rollere göre yaşlı olarak tanımlarlar. Buna sosyo-kültürel yaşlanma da denebilir. Buradaki sosyal rolleri; dul, büyükanne, büyükbaba, emekli gibi belirli pozisyonlar oluşturmaktadır. Yine de tipik olarak yaşlılıkta üstlenilen bir sosyal konumla ilişkili bir rol oynamak, bireyin yaşlı olduğu anlamına gelmez. Örneğin, 18 yaşında liseden çıkıp fabrikada çalışmaya başlayan genç, 48 yaşında emekli olmaya hak kazanır. Erken yaşta bebeği olan bir kadın, otuzlu yaşlarında büyükanne olabilir. Ancak büyükanne ve büyükbaba olmak, yaşı ne olursa olsun, kişiyi daha yaşlı hissettirebilir.

Yaşlılığı belirtmek için üçüncü bir kriter fonksiyonel yaştır. Fonksiyonel yaş tanımları, insanların nasıl göründüklerine ve neler yapabildiklerine dayanmaktadır. Günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesinde fonksiyonel yaş önem kazanmaktadır (5).

Fonksiyonel anlamda, bir kişi artık yetişkinliğin ana rollerini yerine getiremediğinde yaşlanır. Örneğin Eskimolarda, kış aylarında artık avlanamayan bir adam ortalama 50 yaşında iken kadınlar ise üstlendikleri roller fiziksel olarak daha az yorucu olduğu için yaklaşık on yıl sonra fonksiyonel olarak yaşlı kabul edilmektedir. Bazı ülkelerde menapoz, kadınlar için yaşlılığın göstergesi olarak kabul edilir.

Fonksiyonel yaş eklemelerin sertliği, cilt elastikiyetinin azalması, kısa süreli hafızanın azalması ve aerobik kapasitenin azalması gibi normal fiziksel değişikliklerle de ölçülebilir. Yaşlanma sürecinde, aynı kişinin farklı kısımları da farklı oranlarda yaşlanabilir. Fiziksel olarak formda bir maraton koşucusu ciddi bir işitme kaybına sahip olabilir. Son olarak,

GERİATRİK POPÜLASYONDA KATARAKT VE KATARAKT CERRAHİSİ

Alperen BAHAR

Katarakt dünyada körlüğün en önde gelen nedenidir ve yaş en önemli risk faktörlerinden biridir (1). Günümüzde değişen katarakt endikasyon nedenleriyle birlikte, katarakt cerrahisinin daha genç hastalarda uygulanması yaygınlaşsa da, geriatrik hastalar katarakt cerrahisinin ana kitlesini oluşturmaya devam etmektedir.

Katarakt ameliyatı olmamış 70 yaş ve üzeri insanların en az yarısında görmeyi anlamlı ölçüde azaltmış katarakt mevcuttur (2). Bu yaş grubunda katarakta bağlı az görme; sosyal izolasyon, fiziksel ve mental fonksiyonlarda azalma, ev kazalarında artış ve depresyon gibi problemleri beraberinde getirmektedir. Yaşlı hastalarda katarakt cerrahisi sonrası mental sağlık skorunun arttığı, alzheimer bulgularında gerileme olduğu, uyku bozukluklarında düzelme olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (3,4). Buna karşın yaşın artışı ile birlikte ameliyatı zorlaştıran sebepler otaya çıkmakta ve cerrahları ameliyat konusunda kararsızlığa sevk etmektedir.

Yaşın artmasıyla birlikte;

- Lens sertliğinde artış ve entümessan, nigre gibi morfolojik değişiklikler
- Zonul zafiyetinde artış
- Korneal endotel zayısında azalma
- Glokom, diyabetik retinopati, yaşa bağlı makula dejeneransı gibi ek oküler patoloji insidansında artış
- Hastanın iştihayı azlığı, pozisyon verme sıkıntıları, demans gibi nedenlerle ameliyat sırasında kordinasyonda azalma
- Ek sistemik rahatsızlık insidansında artış

görülmektedir ve bunların sonucunda ameliyata bağlı komplikasyon riskleri artmakta ve cerrahi başarı şansı yaşla birlikte azalmaktadır (5).

Geriatrik hasta grubunda görülen en sık katarakt alt grubu nükleer kataraktır. Sonrasında sırasıyla arka subkapsüler ve kortikal kataraktlar görülür (6).

TANI

Katarakt cerrahisinin en temel endikasyonu hastanın günlük yaşamını etkileyen görme azalmasıdır. Bunun değerlendirilmesi için snellen eşeli ile bakılan görme keskinliği yanında kontrast sensitivite, derinlik algısı, binoküler görme, glare, halo ve mesopik görmenin değerlendirilmesi, katarakt ameliyatı için değerlendirilmesi gereken ve günlük yaşamı etkileyen görme fonksiyon ve bozukluklarıdır. Bu bakımdan katarakt tanısı ve ameliyat endikasyonu için karar vermemizi sağlayan tek bir test yoktur. Gündüz-gece görmesi, kitap okuma, televizyon izleme, yeme-içme, alışveriş gibi günlük aktiviteler sorgulanarak hastaların hayat kalitesine etkileri sorgulanabilir. Hastaların görme ve günlük yaşam kalitelerini değerlendirmek için çeşitli anketler de kullanılabilir. Bu amaçla Amerikan ulusal göz enstitüsü tarafından görme fonksiyon anketi (VFQ-25) hazırlanmış ve dilimize de çevrilmiştir.

Muayene sırasında hastanın geçmiş sistemik ve oküler tıbbi öyküsü, şu anda kullandığı veya geçmişte kullanıp cerrahiye zorlaştıracak alfa reseptör blokörü gibi ilaçlar sor-

GERİATRİK POPÜLASYONDA SİSTEMİK HASTALIKLARLA İLİŞKİLİ ÜVEİTLER VE YÖNETİMİ

Şule Nur ACAR DUYNAN

GİRİŞ

Geriatrik popülasyonda, 65 yaş altı popülasyona göre üveitler arasında en sık olarak enfeksiyöz üveitler görülmekte olup, sonrasında sarkoidoz ve intraoküler lenfoma ve ardından Vogt-Koyanagi-Harada (VKH) hastalığı görülmektedir (1).

SARKOİDOZ

Sarkoidoz, non-kazeifiye epitelioid hücreli granülomların varlığı ile karakterize sistemik otoimmün bir hastalıktır. Hastalık en sık bilateral hiler lenfadenopati veya pulmoner infiltrasyon şeklinde akciğerleri tutar (2). Akciğer dışı tutulumları cilt lezyonları, üveit, karaciğer veya dalak tutulumu, periferik ve abdominal lenfadenopati ve periferik artrit %25-50 prevalans ile en sık görülenlerdir. Sarkoidozda genel semptomlar sık görülür. Örneğin, sarkoidoz hastalarında yorgunluk prevalansı serilere göre %50-70'e kadar ulaşabilmektedir. Hastaların %30-53'ünde başvuru sırasında solunum semptomları bulunur. Kutanöz sarkoidoz lezyonları sıklıkla hastalığın başlangıç belirtisidir ve sarkoidoz vakalarının %30'undan fazlasında izole bir dermatolojik durum olarak kalabilir. Genç hastalarla karşılaştırıldığında, yaşlı hastalarda yorgunluk, üveit ve spesifik deri lezyonları daha sık görülürken, eritema nodozum ve akciğer grafisi anormallikleri daha az görülür (3,4).

Sistemik sarkoidozda oküler tutulum prevalansı %6 ila %79 arasında bildirilmiştir (5). En sık görülen oküler bulgular üveit, kuru göz ve konjonktival nodüllerdir. Oküler sarkoidoz 20-30 yaşları arasında ve 55-65 yaşları arasında olmak üzere iki yaş aralığında pik yapmaktadır. Bu yüzden daha ileri yaşta başlayan üveitlerde, altta yatan sistemik sarkoidoz olabileceği akıldan tutulmalıdır. Üveitli hastalarda, yaşlılardaki sarkoidoz oranının, yaşlı olmayan hasta grubuna göre yaklaşık 2,5 kat daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (1). Kadınlarda erkeklere oranla daha sık görülmektedir.

Oküler sarkoidoz daha sık olarak ön segment tutulumu yapmakla birlikte arka segmenti de tutabilmektedir. Oküler bulgular olarak, koyun yağı (mutton fat) keratik precipitatlar, iris nodülleri (Koeppe yada Busacca), periferik koryoretinal lezyonlar, nodüler segmental periflebit, inci dizisi tarzında vitreus opasiteleri, retina, optik sinir ya da koroidde granülomlar görülebilmektedir.

Ön kamara reaksiyonu sarkoidoz üveitinin en yaygın belirtisidir. Akut ön kamara inflamasyonu olan hastalardaki tipik semptomlar kızarıklık, görmede azalma, ağrı ve fotofobidir. Orta ve şiddetli inflamasyonun olduğu olgularda posterior sineşi oluşabilir ve arka segmentin ayrıntılı incelenmesini engelleyebilecek şekilde irregüler ve iyi dilate olmayan bir pupillaya neden olabilir. İris nodülleri genellikle orta veya şiddetli inflamasyon ile ilişkilidir.

İntermediyer üveit, sarkoidozun yaygın bir oküler tutulumudur. Hastalar uçuşmadan ve/veya bulanık görmeden şikayet edebilir. Vitreus opasitesi ve kistoid makula ödemi (KMÖ), bu hastalarda görme azlığının önde gelen nedenlerindendir.

Sarkoidoza bağlı posterior üveitte retinal lezyonlar genellikle koroidal inflamasyona eşlik eder. Koroidal granülom(lar) unifokal veya multifokal olabilir ve boyutları küçük-

GERİATRİK POPÜLASYONDA SANTRAL SERÖZ KORYORETİNOPATİ VE YÖNETİMİ

Yunus ALKAN

Santral seröz koryoretinopati (SSKR), nörosensoriyel retinanın seröz dekolmanı olup çoğu zaman makulayı içermektedir. Koroid geçirgenliğinin artması sonucu gelişen vasküler sızıntı retina pigment epitelinden geçerek nörosensoriyel retinayı dekolle eder. Genellikle erkeklerde görülen, çoğu zaman tedavi gerektirmeden spontan iyileşebilen, uzun süreli takiplerinde nükslerin görülebildiği bir hastalıktır. Hastalar görme azlığı, metamorfopsi ve santral skotom ile başvurmaktadır.

SSKR ilk olarak 1866 yılında Albrecht Von Graefe tarafından 'Tekrarlayan santral retinit' olarak tarif edilmiştir (1). Günümüze kadar hastalığın farklı tanımlamaları yapılmış olup bu çeşitlilik hastalığın etiopatogenezinin anlaşılmasındaki zorluktan ileri gelmektedir.

EPİDEMİYOLOJİ

SSKR erkeklerde 100.000'de 10, kadınlarda 100.000'de 2 insidans ile ağırlıklı olarak erkekleri etkilemektedir (2). Retinopatiler içerisinde görülme sıklığı açısından yaşa bağlı makula dejenerasyonu, diyabetik retinopati ve retinal ven dal tıkanıklığından sonra dördüncü sırada gelmektedir. SSKR erişkinlikten itibaren görülebilir ve belirli bir üst yaş sınırı yoktur. Bununla birlikte genellikle 45 yaş civarında pik yapar. Kronik SSKR'li hastalarda ve kadınlarda pik yaşı daha yüksek olma eğilimindedir (3).

SINIFLAMA

SSKR'nin çeşitli sınıflandırmaları mevcut olup bunlar arasında en sık kullanılanı hastalığın seyrine ve süresine göre yapılan sınıflandırmadır. Bu sınıflandırmaya göre:

- 1. Akut SSKR:** Semptomların ve/veya seröz dekolmanın 6 aydan kısa sürdüğü formudur.
- 2. Rekürren SSKR:** Tekrarlayan ataklar sonrasında seröz dekolmanın ve semptomların tamamen düzeldiği gruba rekürren düzelen, tekrarlayan ataklar arasında tam düzelmenin olmadığı gruba rekürren kronik ismi verilir. Tekrarlayan ataklar retina pigment epitel hücrelerinde kalıcı hasarlar bıraktığı için rekürren düzelen gruptaki hastaların çoğunluğu bir süre sonra rekürren kronik hasta özelliğini göstermeye başlanmaktadır.
- 3. Kronik SSKR:** Semptom ve bulguların 6 aydan uzun sürdüğü hastaların olduğu bu form, diffüz retinal pigment epitelyopati olarak da bilinmektedir. Yaygın retina pigment epitel değişiklikleri ve atrofileri ile karakterizedir. Genellikle bilateralidir (4).

PATOGENEZ

Hastalığın patofizyolojisi kesin olarak aydınlatılamamıştır. Fundus florescein anjiyografi (FFA) kullanılmadan önceki dönemlerde etiolojide enfeksiyöz sebepler suçlanmıştır. FFA sonrası dönemlerde ise ilk olarak retina pigment epiteli düzeyinde sızıntı var-

GERİATRİK POPÜLASYONDA KOROİD DİSTROFİLERİ VE YÖNETİMİ

Güzide AKÇAY

YAYGIN KOROİD DİSTROFİLERİ

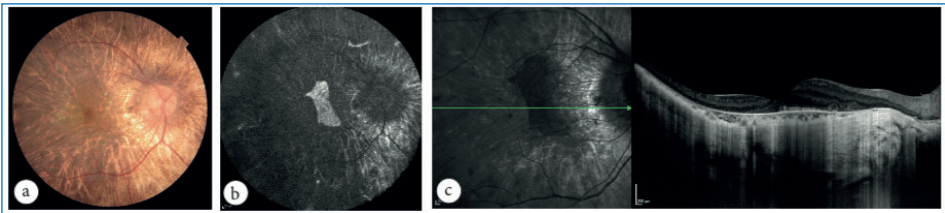
Koroideremi

Koroideremi, koryokapillaris, retina pigment epiteli (RPE) ve fotoreseptörlerin ilerleyici dejenerasyonu ile karakterize bir koroid distrofisidir. X'e bağlı resesif geçişi nedeniyle erkekleri ağırlıklı etkilemektedir ve kadınlar taşıyıcı olabilmektedir. Prevalansının 50.000'de 1 olduğu tahmin edilmektedir. Prognozu kötüdür ve geriatrik dönemdeki çoğu hastada ciddi görme kaybı vardır. Koroideremi, CHM genindeki çeşitli mutasyonlar ile ilişkilidir. Bu mutasyon, organellerin hücre içi trafiğinde önemli görevi olan Rab escort protein-1 ekspresyonunu bozmaktadır (1,2).

Etkilenen erkek hastalar tipik olarak yaşamlarının ilk veya ikinci on yılında niktalopi den şikayet ederler ve 20'li yaşlarda periferik görmedeki azalmanın farkında olurlar. Periferik görme yavaş yavaş bozulurken, merkezi görme yaşamın ilerleyen dönemlerine kadar korunur ve bu da tünel görme ile sonuçlanır. Genellikle 50 ila 70 yaşları arasında merkezi görme kaybolur ve legal körlük gelişir. Taşıyıcı kadın hastalar genellikle asemptomatiktir ancak niktalopi ve fundusta pigment değişiklikleri gibi hafif hastalık özelliklerine sahip olabilirler (2,3).

Fundus muayenesinde en erken bulgu periferik retinada, RPE düzeyinde, kümelenme tarzında pigmentasyon değişiklikleridir. Daha sonra vasküler arkadların hemen dışında, altta sklera ve koroidal damarların görüldüğü, belirgin koryoretinal atrofi alanları oluşur. Bu atrofik alanlar sentripedal yayılımı arka kutuba doğru ilerler. Benzer atrofik değişiklikler peripapiller bölgede de tespit edilir. Büyük koroid damarları ve retina damarları genellikle korunmuştur. Fovea, hastalığın daha ileri aşamalarına kadar korunmuş olarak kalır (Şekil 1a). Ayrıca bu hastalarda arka subkapsüler katarakt, makula ödemi ve koroid neovaskülarizasyonu gelişebilir (4,5)

İleri dönem hastalıkta elektroretinografide (ERG) hem skotopik hem de fotopik yanıtlarda ciddi azalma izlenir. En sık görülen fundus otofloresans (FOF) paterni, koryoretinal atrofiye bağlı hipootofloresansa eşlik eden keskin sınırlı nisbeten korunmuş santral otofloresan adacıktır (Şekil 1b). Kadın taşıyıcılarda mozaik andıran benekli otofloresans gözlenebilir. Optik koherens tomografide (OKT) retinal, koroidal atrofiyle birlikte dış retinal tubulasyonlar ve iç retina tabakalarında mikrokistler görülebilir (Şekil 1c) (1,4).



Şekil 1a. İleri evre koroideremi hastasının renkli fundus görüntüsü, b. FOF'ta koryoretinal atrofiye bağlı hipootofloresansa eşlik eden keskin sınırlı santral otofloresan adacık, c. OKT'de retinal ve koroidal atrofiyle birlikte dış retinal katmanlardaki kistoid ve tübüler değişiklikler (Dr. Zafer Cebeci'nin izni ile)

GERİATRİK POPÜLASYONDA NON-PARALİTİK ŞAŞILIKLAR VE YÖNETİMİ

Merve ŞİMŞEK

HORİZONTAL ŞAŞILIKLAR

EZOTROPYA

Akomodatif Ezotropyalar

Yakına bakmak için hem konverjans hem de akomodasyon gerekir ve bunlar bakılmakta olan objenin yakınlığı ile değişir. Konverjans ve akomodasyon arasında sabit bir oran vardır. Her 1 derece akomodasyona karşılık 5-6 derece konverjansla gözler içeri döner. Akomodatif konverjans/Akomodasyon (AK/A) oranının normal değeri 3-5 arasında olup 6 ve üzeri yüksek kabul edilir.

Akomodatif ezotropyalarda erken tanı, refraksiyon takibi, ambliyopi tedavisi ve cerrahi endikasyonun doğru zamanda koyulması ile binoküler görme sağlanır. Akomodatif ezotropyaların başlangıç yaşı genellikle ortalama 2-5 yaş olup tanısı genellikle pediatrik yaşlarda konmaktadır. Yaşla birlikte akomodasyon azalır ve geriatrik popülasyonda akomodatif ezotropyalar oldukça nadirdir. Fakat akomodatif ezotropyaların başlangıç yaşı, kayma kısa bir oklüzyon periyodu ile provake olana dek erişkin döneme kadar gecikebilir (1).

Refraktif Akomodatif Ezotrophia

Klinik özellikler: Ortalama 4-5 diyoptri (D) hipermetropi, 20-40 prizma diyoptri (PD) içe kayma vardır. Yakında kayma daha belirgin olmakla birlikte uzakta da kayma vardır. AK/A oranı normaldir.

Tedavi: Siklopleji ile belirlenen hipermetropinin tamamı verilir. Hipermetropi adölesan yaşta azalırsa optik azaltma yapılır. Olguların çoğunda ileri yaşta gözlüksüz ortoforia sağlandığı için ek tedavi gerekmez ancak rezidüel ezotrophia varlığında bilateral medial rektus geriletme cerrahide uygulanabilir (2). Tüm ezotropyalar için kayma miktarlarına göre önerilen medial rektus geriletme ve lateral rektus rezeksiyon miktarları **Tablo 1'**de verilmiştir.

Refraktif Olmayan Akomodatif Ezotrophia

Klinik özellikler: Refraksiyon kusuru hipermetropi, miyopi, emetropi olabilir. 20-40 PD içe kayma vardır. Yakında kayma uzak kayma miktarına göre fazladır. Yüksek AK/A oranı vardır. Yaş uyumlu akomodasyon yakın noktası normaldir.

Tedavi: Genellikle öncelikle yakına +3 D ilave edilerek bifokal gözlük reçete edilir. Miyotikler denenebilir ancak yan etkilerinden dolayı dikkatli kullanılmalıdır. Cerrahi tedavide bilateral medial rektus geriletme, posterior fiksasyon sütürü (Faden ameliyatı) veya kombine cerrahi (bilateral medial rektus geriletme+ Faden ameliyatı) uygulanır (3).

Hipoakomodatif Ezotrophia

Klinik özellikler: Refraksiyon kusuru hipermetropi, miyopi, emetropi olabilir. 20-40 PD içe kayma vardır. Ezotrophia yakında belirgindir uzakta ortoforia veya ezoforia mev-

GERİATRİK POPÜLASYONDA ARKA SEGMENTİ ETKİLEYEN TRAVMALAR VE YÖNETİMİ

Ulviye KIVRAK, Lütfi KIRDAR

GİRİŞ

Yaşlanma, birçok biyolojik ve fiziksel değişimle birlikte kişinin işlevselliğinde ve kapasitesinde azalmanın görüldüğü bir süreçtir. Buna bağlı olarak birçok hastalık ve travmaya karşı riskler de artmaktadır. Geriatri ise, yaşlılık sürecinde gelişen sağlık sorunlarının teşhis ve tedavisi ile ilgilenen tıp uzmanlık alanıdır. Toplumdaki 65 yaş ve üstü kişiler geriatrik popülasyonu oluşturmaktadır (1).

Geriatrik popülasyon nüfusu her geçen yıl gittikçe artma eğilimi göstermektedir. Amerika Birleşik Devletlerinde 2012 yılında geriatrik popülasyon sayısı 43 milyon iken, 2030 yılına kadar 69 milyona yaklaşacağı düşünülmektedir (2). Ülkemizde Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre 2021 yılında yaşlı nüfus 8 milyon 254 bin kişi olup, yaşlı nüfus tüm nüfusun %9,7'sini oluşturmaktadır. Bu oranın 2040 yılında %16,3 ve 2060 yılında %22,6 olacağı öngörülmektedir. Geriatrik popülasyondaki artışa paralel olarak görülen travma sıklığı da her sene artmaktadır. Her yıl 1 milyondan fazla geriatrik olgu acil servise travmaya bağlı olarak başvurmaktadır. Tüm travma hastalarının yaklaşık %31'ini geriatrik hasta grubunun oluşturduğu bilinmektedir.

Göz travmaları ciddi görme kaybı ile sonuçlanabilen, oftalmik acillerin önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Her yıl tüm dünyada kişinin işlevselliğini bir günden fazla kısıtlayan en az 55 milyondan fazla göz yaralanması meydana gelmektedir. Bu vakaların 750.000'i göz travması nedeniyle yatırılarak tedavi edilmektedir. Göz travmaları 2,3 milyon kişide bilateral görme keskinliğinde ciddi kayıpla ve 19 milyon kişide tek taraflı körlük ile sonuçlanmaktadır (3). Göz tüm vücudun %0,3'lük kısmını oluşturmaktadır. Ancak bir ya da iki gözde görülen görme kaybı sırasıyla %24 ve %85'lik engelliliğe ya da sakatlığa yol açabilmektedir (4). Görme kaybı özellikle geriatrik popülasyonda günlük işlevselliği önemli ölçüde bozmakta, tıbbi bakım ihtiyacını artırmaktadır. Göz travmalarının %90'ı önlenabilmektedir. Bu da göz travmalarını en önemli önlenabilir körlük sebeplerinden biri haline getirmektedir (5).

GERİATRİK POPÜLASYONDA ARKA SEGMENTİ ETKİLEYEN TRAVMALARIN NEDENLERİ VE RİSK FAKTÖRLERİ

Geriatrik popülasyonda, genç nüfusla benzer mekanizmalarla gelişen travmalara bağlı oluşan hasar çok daha ciddi ve komplikedir (6). Çünkü birçok fizyolojik fonksiyonda yaşa bağlı düşüş olması, önceden mevcut olan hastalıklar ve kullanılan ilaçlar hastaların hem travmaya yatkınlığını arttırırken, aynı zamanda travma sonrası prognozu olumsuz yönde etkilemektedir. İngiltere'de 65 yaş üstü popülasyonda ciddi göz travmalarının sıklığı 1,5/100.000 olduğu bilinmekteyken, tüm yaş gruplarında legal körlükle sonuçlanan göz travmalarının %50'si geriatrik popülasyonda görülmektedir (7,8).

Geriatrik popülasyonda oküler travma nedenleri ve risk faktörlerine baktığımızda ülkeler arasında sosyo-ekonomik ve kültürel farklara bağlı değişiklikler olduğu gözlenmektedir. Gelişmiş ülkelerdeki görülen oküler travmaların en sık nedeni düşme ve