

# Geriatrik dönemde karşılaşılan romatolojik hastalıkların izleminde karşılaşılan sorunlar

## Difficulties on follow-up of rheumatologic diseases in geriatric patients

Neslihan Yılmaz<sup>1</sup>, Banu Özulu Türkmen<sup>2</sup>, Mehtap Üçer<sup>3</sup>, Aslı Çurgunlu<sup>2</sup>, Şule Yavuz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul; <sup>2</sup>İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Geriatri Bilim Dalı, İstanbul;

<sup>3</sup>İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

### Özet

**Amaç:** Yaşlı popülasyonda kas-iskelet sistemi problemleri en sık rastlanan hastalıklar arasında gelmekte ve önemli bir morbidite nedeni oluşturmaktadır. Çalışmamızın amacı 65 yaşından sonra başlayan romatolojik problemleri olan olguların özelliklerini ortaya koymaktır.

**Yöntem:** Çalışmamızda romatoloji kliniğimizde 2013–2017 yılları arasında izlenmiş, 65 yaşından sonra şikayetleri başlayan, romatolojik hastalık tanısı almış olan hastalar incelenmiştir.

**Bulgular:** Çalışmaya 148 (kadın: 105, erkek: 43) hasta dahil edilmiştir. Ortalama yaş  $75.3 \pm 6.5$  yıl bulunmuştur. Bu yaş grubunda en sık görülen romatolojik hastalığın romatoid artrit olduğu saptanmıştır. Hastaların hemen tamamında, başta hipertansiyon ve osteoporoz olmak üzere en az bir eşlik eden hastalık olduğu gözlenmiştir. Tedavi yan etkilerinin analiz edildiği uzun takibi olan hastaların büyük çoğunluğunun (87/90 hasta, %96.6) kortikosteroid ve sentetik hastalık modifiye edici ilaç (85/90 hasta, %94.4), 9 (%10) hastanın ise biyolojik ilaç aldığı gözlenmiştir. İlaç yan etkisi açısından bakıldığında; steroid kullanan üç hastada ağır enfeksiyon, yedi hastada kan şekeri regülasyonunda bozulma ve bir hastada miyopati gelişimi ile karşılaşmıştır. Nonsteroid antiinflamatuvar kullanımına bağlı bir hastada gastrointestinal sistem kanaması görülmüştür. Sentetik hastalık modifiye edici ilaçlarla ilgili ise doz azaltılması ya da ilaç değiştirilmesi ile düzelen hafif yan etkiler olduğu tespit edilmiştir.

**Sonuç:** Geriatrik dönemde başlayan romatizmal hastalıklar arasında en sık romatoid artrit gelmektedir. Klinikte bu yaş grubunda eşlik eden hastalıkların sık görülmesi nedeniyle tedavi seçimi zor olabilmektedir. Çalışmamızda en belirgin yan etkilerin yüksek doz steroid ve nonsteroid antiinflamatuvar ilaç kullanımına bağlı olarak ortaya çıktığı gözlenmiştir. Bunun dışında diğer veriler sentetik hastalık modifiye edici ilaçların geriatrik popülasyonda iyi tolere edildiğini düşündürmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Geriatrik dönem, geç başlangıç, romatizmal hastalıklar

### Summary

**Objective:** Musculoskeletal disorders are one of the most common problems in elderly and also an important cause of morbidity. The aim of our study is define characteristics of rheumatic problems in the elderly.

**Methods:** In this study, patients with a diagnosis of rheumatologic diseases over 65 years of age and followed between 2013 and 2017 were retrospectively evaluated.

**Results:** A total of 148 patients (female: 105, male: 43) were included to our study. The mean age was  $75.3 \pm 6.5$  years. Rheumatoid arthritis was identified as the most frequent rheumatologic disease in this group. All patients had at least one concomittant disease and the most common were hypertension and osteoporosis. Patients has long-term follow-up were evaluated separately for drug side effects. In this subgroup; almost all patients were using corticosteroids (87/90, 96.6%) and synthetic disease modifying drugs (DMARDs) (85/90, 94.4%) and, a small number of patients (9/90, 10%) were treated with biological drugs. We observed severe infection in 3, hyperglycemia in 7 and myopathy in 1 patients due to steroids. Severe gastrointestinal bleeding was observed in 1 patient using non-steroidal antiinflammatory drug (NSAID). Only mild side effects, recovering after reducing the dose or changing the drug, were determined due to synthetic DMARDs.

**Conclusion:** Rheumatoid arthritis was found to be the most common elderly onset inflammatory rheumatologic disease. Choosing the appropriate treatment option can be difficult due to comorbidities in geriatric patients. The most significant side effects were observed in high dose corticosteroid and NSAIDs usage. However, in study group synthetic DMARDs were generally well tolerated.

**Keywords:** Geriatric period, late onset, rheumatic diseases

### İletişim / Correspondence:

Doç. Dr. Neslihan Yılmaz. İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul.  
e-posta: dr.yilmazneslihan@gmail.com

**Çıkar çakışması / Conflicts of interest:** Çıkar çakışması bulunmadığı belirtilmiştir. / No conflicts declared.

www.raeddergisi.org  
doi:10.2399/raed.17.21939  
Karekod / QR code:



Romatizmal hastalıklar her yaşta görülebilmekle birlikte; yaş, gebelik ve menopoz gibi fizyolojik hormonal değişim dönemleri hastalıkların ortaya çıkma sıklığını, bulgularını ve şiddetini etkilemektedir. Yaşlı popülasyonda başta osteoartrit, osteoporoz ve yumuşak doku romatizmaları olmak üzere birçok kas iskelet sistemi hastalığının sıklığı artmakta ve bu durum önemli bir morbidite nedeni oluşturmaktadır. Romatizmal hastalıklar açısından bakıldığında romatoid artrit (RA), polimyaljia romatika (PMR) ve kristal artropatilerinin geriatrik hastalarda diğer inflamatuvar hastalıklara göre daha sık görüldüğü bilinmektedir.<sup>[1]</sup>

Geriatrik dönemde görülen romatizmal hastalıklar, nonspesifik konstitusyonel semptomlar (halsizlik, ateş, kilo kaybı) ile başlayabilmekte, klinik bulguları erken yaşta başlayan tiplerine göre farklı olabilmekte ve birbiri ile benzer bulgular ile kendisini gösterebilmektedir. Bu durum hem romatizmal hastalıkların arasında, hem de endokrinolojik hastalıklar ve malignensi gibi diğer noninflamatuvar hastalıkların ayırıcı tanısında güçlükler yol açabilmektedir.<sup>[2]</sup> Bunun dışında inflamatuvar hastalıkların tedavisinde kullanılan immunsupresif ilaçlar ve kortikosteroidlerin geriatrik dönemde kullanımı, gerek eşlik eden komorbid hastalıkların varlığı, gerekse ilaç yan etkilerinin daha sık görülebileme riski nedeniyle klinik pratikte güçlükler yol açabilmektedir. Aynı zamanda günümüzde biyolojik ilaçların romatoloji pratiğindeki kullanım sıklığı giderek artmakta ve standart tedaviye yanıt alınamayan geriatrik hastalarda da bu ilaçların kullanımına ihtiyaç duyulabilmektedir. Literatürde geriatrik dönemde görülen romatolojik hastalıkların klinik bulguları ve yeni tedavi seçeneklerinin bu popülasyonda kullanımı ile ilgili yeterli veri bulunmamaktadır. Çalışmamızın amacı 65 yaşından sonra başlayan inflamatuvar hastalıkların özelliklerini, tedavi planlamasında güçlükler yol açabilecek komorbid hastalıkların sıklığını ve immunsupresif ve steroid tedavilerinin yan etkilerini ortaya koymaktır.

## Gereç ve Yöntem

Retrospektif olarak dizayn edilen çalışmamızda, Şubat 2013 – Şubat 2017 tarihleri arasında İstanbul Bilim Üniversitesi Romatoloji Polikliniğine ardışık başvuran tüm hastaların kayıtları retrospektif olarak incelenmiştir. Dahil edilme kriteri olarak, hastanın ilk şikayetlerin 65 yaşından sonra başlaması belirlenmiştir. Osteoartrit, osteoporoz ve yumuşak doku romatizması gibi noninflamatuvar kas-iskelet sistemi problemi olan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. İmmunsupresif ve steroid tedavilerine bağlı yan etkileri değerlendirmek üzere en az 3 ay takip edilmiş hastalar dahil edilerek alt grup analizi yapılmıştır. Kristal artrit hastalarının büyük çoğunluğunun immunsupresif ve steroid kullanmamış olması ve takip süreleri-

nin çok kısa olması nedeniyle ilaç yan etkisi analizinde değerlendirmeye alınmamıştır. Hastalık tanıları için 2010 ACR Romatoid artrit kriterleri, 2009 ASAS spondilit kriterleri ve 2012 SLICC sistemik lupus eritematozus (SLE) kriterleri kullanılmıştır.

Hastalık sıklıklarını değerlendiren, gruplar arası sürekli olmayan değişkenlerin analizlerinde ki-kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için  $p < 0.05$  kabul edilmiştir. İstatistiksel analiz için SPSS (Statistical Package for Social Sciences; SPSS Inc., Chicago, IL, ABD) for Windows 14.0 programı kullanılmıştır.

Çalışma İstanbul Bilim Üniversitesi etik kurulu tarafından onaylanmıştır.

## Bulgular

Çalışmada 65 yaşından sonra ilk şikayeti başlayan 166 hastanın hastane kayıtları detaylı olarak değerlendirilmiş ve 18 hasta noninflamatuvar hastalık (15 osteoartrit, 1 osteoporoz, 2 mekanik omuz ağrısı) tanısı nedeniyle çalışma dışı bırakılmıştır.

İnflamatuvar romatizmal hastalık tanısı alan 148 (kadın: 105, erkek: 43) hastada ortalama yaş  $75.3 \pm 6.5$  yıl bulunmuştur. Bu yaş grubunda görülen en sık görülen romatizmal hastalığın romatoid artrit olduğu (61 hasta, %41.2) tespit edilmiştir. Romatoid artrit takiben diğer sık görülen hastalıklar arasında seronegatif artrit (25 hasta, %16.8) ve kristal ilişkili artrit (24 hasta, %16.2) yer aldığı görülmüştür. Cinsiyetlere göre dağılıma bakıldığında kadınlarda romatoid artrit ve seronegatif artrit erkeklere göre daha sık olduğu gözlenmiştir (sırasıyla %73.8'e karşılık %26.2 ve %84'e karşılık %16,  $p < 0.01$ ). Erkeklerde 65 yaş sonrası başlayan bağ dokusu hastalığı gözlenmemiştir. Hastalık sıklıkları **Tablo 1**'de detaylandırılmaktadır.

Hastaların tamamında en az bir komorbid hastalık olduğu gözlenmiştir. Tüm grubun verilerine bakıldığında; 20 (%13.5) hastanın bir, 45 (%30.4) hastanın iki, 83 (%56) hastanın ise üç ve daha fazla eşlik eden hastalık nedeniyle tedavi gördüğü tespit edilmiştir. Bu yaş grubunda en sık görülen iki komorbid hastalığın hipertansiyon (136/148, %91.8) ve osteoporoz (65/148, %43.9) olduğu saptanmıştır. Malignite gelişen 14 hastanın (7 RA, 2 seronegatif artrit, 2 Sjögren sendromu, 1 PMR, 1 lökositoklastik vaskülit, 1 SpA ve 1 gut hastası) 8'inde tanı öncesinde, 6'sında ise izleminde malignite saptandığı görülmüştür (5 meme, 3 akciğer, 2 mesane, 1 rektum, 1 kolanjiyo kanser, 1 endometriyum, 1 maltoma). Tanı sonrası erken dönemde (6–9 ayda) malignite gelişen 2 hastanın birinde TNF alfa blokeri, diğerinde ise rituksimab tedavileri kullanımı olduğu gözlenmiştir. Eşlik eden hastalıklar **Tablo 2**'de özetlenmektedir.

Tedavi yan etkilerini değerlendirmek üzere yapılan alt grup analizinde 3 aydan uzun süre takip edilmiş 90 hastanın kayıtları incelenmiştir. Bu grupta ortalama yaş 75.1±6.4 yıl ve ortalama takip süresi 13 (3–70) ay bulunmuştur. Hastaların hemen tamamına yakınının (87 hasta %96.6) kortikosteroid tedavisi aldığı görülmüştür. Steroid dozlarına bakıldığında; 68 (%75.5) hastanın düşük doz (günlük 10 mg'ın altında prednizolon), 13 (%14.4) hastanın orta doz (10–30 mg/gün prednizolon) ve 6 (%6.6) hastanın yüksek doz (>30 mg/gün prednizolon) kullandığı saptanmıştır. Bu hastalarda en sık görülen steroid yan etkisinin kan şekeri disregülasyonu (7 hasta) olduğu gözlenmiştir. Bunun dışında 3 hastada steroide bağlı yüzde şişme ve 1 hastada miyopati gözlenmiştir. İki hasta yüksek doz steroid tedavisi esnasında ağır pnömoni ile kaybedilmiş, 1 hastada post-op kalça protezi enfeksiyonu gelişmiştir. Günlük 5 mg'ın üzerinde 3 aydan uzun süre steroid alması planlanan tüm hastalara kemik yoğunluğu göz ününe alınarak osteoporoz profilaksisi verildiği için steroidin kemik yoğunluğu üzerine olan yan etkisi değerlendirilememiştir.

Hastaların takibi boyunca immunsupresif ve diğer hastalık modifiye edici ilaçların kullanımına bakıldığında; 51 hasta hidroklorokin (HQ), 40 hasta metotreksat (MTX), 32 hasta leflunamid (LEF), 14 hasta sülfasalazin (SAZ), 9 hasta biyolojik ilaç (7 rituksimab, 2 TNF-alfa inhibitörü), 3 hasta azatioprin (AZA), 2 hasta siklofosamid (SF) ve 1 hasta mikofenolat mofetil (MMF) tedavisi kullanmıştır. Bu hastaların 45'i kombine tedavi [40 hastada 2'li kombinasyon (38'i HQ, 2'si SAZ ile MTX, LEF ya da AZA kombinasyonu), 5 hastada 3'lü kombinasyon], 39'u monoterapi (14 MTX, 11 LEF, 9 HQ, 2 SAZ, 1 AZA, 1 MMF, 1 SF) ile izlenmiştir.

İmmunsupresif kullanımına bağlı yan etkilere bakıldığında; MTX alan hastaların 13 ünde (%32) doz azaltılmasını veya ilaç değişikliğini gerektirecek, hafif şiddette yan etkiler (4 bulantı, 4 saç dökülmesi, 2 karaciğer enzim yüksekliği, 2 sitopeni, 1 baş ağrısı) ortaya çıkmıştır. LEF tedavisi alan hastaların %21'inde ilaç değişikliğini gerektirecek hafif şiddette yan etki (3 kilo kaybı, 1 hipertansiyon, 1 karaciğer enzim yüksekliği, 1 diyare ve 1 hipokalemi) gözlenmiştir. SF ve yüksek doz steroid kullanan bir hasta CMV enfeksiyonu nedeniyle kaybedilmiştir. Biyolojik kullanan hastalar arasında TNF-alfa inhibitörü kullanan hastaların bir tanesinde tedavinin 9. ayında mesane kitle gelişimi tespit edilmiş, daha sonra hasta takipten çıkmıştır. Rituksimab kullanan iki hastada rituksimab enfeksiyon (1 hastada tekrarlayan sistit atakları ve 1 hastada ciddi pnömoni) ve bir hastada infüzyon sırasında unstable anjina gözlenmiştir.

Diğer hastalık modifiye edici ilaçların yan etkileri değerlendirildiğinde; HQ tedavisi alan hastalarda 3 gastrointestinal (GIS) yan etki, iki görme alanı defekti, bir mi-

**Tablo 1.** 65 yaş üstü başlayan romatolojik hastalıkların dağılımı.

Hastalık	Tüm grup (n)	Kadın (n)	Erkek (n)
Romatoid artrit	61	45	16 *
Seronegatif artrit	25	21	4 *
Kristal artrit	24	10	14
Bağ dokusu hastalığı	13	13	0
Sjögren sendromu	4	6	
SLE	6	4	
Skleroderma/Morfea	1/2	1/2	
Polimyaljia romatika	13	10	3
Spondiloartrit	5	4	1
Ankilozan spondilit	3	3	-
Psöriatik artrit	2	1	1
Vaskülit	7	2	5
ANCA ilişkili vaskülit	3		
Lökositoklastik vaskülit	2		
Kutanöz PAN	1		
Temporal arterit	1		
Toplam	148	105	43

\* p=0.001, ki-kare testi.

yopati ve bir atrioventriküler blok gözlenmiştir. SAZ kullanımına bağlı iki hastada GIS yan etkisi, bir hastada bisitopeni ve bir hastada döküntü ortaya çıkmıştır. Nonsteroid antiinflatuar kullanımına bağlı bir hastada mide kanaması görülmüştür. Tüm yan etkiler değerlendirildiğinde kombine ilaç kullanan 23 hastada (23/45, %51) yan etki gözlenirken, tekli tedavi alan grupta 19 hastada (19/39, %48.7) ilaç ilişkili yan etki saptanmıştır. Kombinasyon ve tekli tedaviler arasında yan etki gelişimi açısından fark tespit edilmemiştir (p>0.05)

**Tablo 2.** Hasta grubunda görülen komorbid hastalıklar.

Eşlik eden hastalık	n (%)
Hipertansiyon	136 (91.8)
Osteoporoz	65 (43.9)
Diabetes mellitus	47 (31.7)
Hiperlipidemi	45 (30.4)
Koroner arter hastalığı	40 (27.0)
Aritmi	24 (16.2)
Konjestif kalp yetmezliği	19 (12.8)
Tiroid hastalıkları	18 (12.1)
Malignite	14 (9.4)
Kronik böbrek yetmezliği	13 (8.7)
Obstrüktif akciğer hastalığı	12 (8.1)
Demans	10 (6.7)

Tüm gruba bakıldığında, iki hastanın tek başına yüksek doz steroid, bir hastanın ise siklofosamid tedavisi ile birlikte yüksek doz steroid tedavisi almakta iken ağır enfeksiyon gelişimi sebebiyle, bir hastanın intravenöz immunoglobulin tedavisi sonrası ortaya çıkan derin ven trombozuna bağlı yara yeri enfeksiyonu nedeniyle, bir hastanın ise hastalık aktivitesi nedeniyle kaybedildiği gözlenmiştir.

## Tartışma

Modern tıptaki gelişmelere bağlı olarak yaşam süresi her geçen gün uzamakta ve geç yaşta ortaya çıkan romatizmal hastalıklar ile karşılaşma sıklığı giderek artmaktadır. Romatizmal hastalıkların yaş grubuna göre görülme sıklıkları ve klinik bulgularının değişim gösterdiği bilinmektedir. Hormonal faktörler ve bağışıklık sisteminde yaşla birlikte ortaya çıkan bazı değişikliklerin etkisi sonucunda PMR, RA ve kristal artrit gibi bazı hastalıklar ilerleyen yaş ile birlikte artış göstermekte, spondiloartropatiler ve bağ dokusu hastalıkları ise azalmaktadır.<sup>[3-7]</sup>

Literatürde geç başlangıçlı romatizmal hastalık tanımı ve görülme sıklığı ile ilgili oldukça farklı rakamlar bildirilmektedir. RA, geriatric popülasyonda en sık karşılaşılan romatizmal hastalık olarak bilinmektedir. Geç başlangıçlı RA, farklı çalışmalarda 60 veya 65 yaşından sonra başlangıç olarak tanımlanmış ve görülme sıklığı yaklaşık %2 olarak bildirilmiştir. Geç başlayan RA hastalarının cinsiyet arasındaki dağılımının erken başlangıçta göre daha eşit olduğu gözlenmiştir.<sup>[8-12]</sup> SLE ve diğer bağ dokusu hastalıklarının ise menopoz sonrası görülme sıklığının azaldığı bilinmektedir. Olgularında geç başlangıçlı SLE tanımının 50-65 yaş üstü gibi geniş bir aralıkta yapıldığı göze çarpmakta ve tüm SLE olgularının %10 undan azının geç başlangıçlı olarak ortaya çıktığı bildirilmektedir.<sup>[7,13]</sup> Aynı zamanda geç başlayan RA ve SLE'nin klinik bulgularının erken yaşta başlayan formlara göre bazı farklılıklar gösterdiği bilinmektedir. Çalışmamızda literatür ile benzer şekilde en sık görülen hastalığın RA olduğu saptanmış ancak kadınlarda erkeklere oranla 3 kat daha fazla bulunmuştur. Seronegatif artrit ve kristal artritlerinin bu yaş grubunda diğer sık görülen hastalıklar olduğu saptanmıştır. Bağ dokusu hastalıkları ve spondiloartropatilerin ise geriatric yaş grubunda nadiren ortaya çıktığı gözlenmiştir.

Yaşlılarda karşılaşılan bir başka sorun, komorbid hastalıkların varlığı ve polifarmasi nedeniyle romatizmal hastalığın tedavisinin planlanmasındaki zorluklardır. Nonsteroidal antiinflamatuvar ve kortikosteroidlerin gastrointestinal, kardiyovasküler ve metabolik yan etkileri nedeniyle dikkatli kullanılması gerektiği bilinmektedir. Diğer taraftan hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaçların güvenilirliği

konusundaki bilgiler daha azdır.<sup>[6,14,15]</sup> Çalışmamızda hastaların tamamında en az bir komorbid hastalık olduğu gözlenmiş, yarısından fazlasının ise üç veya daha fazla hastalık nedeniyle tedavi görmekte olduğu tespit edilmiştir. Bu durumun ilaç yan etkisi riskini arttıran en önemli faktörlerden biri olduğu bilinmektedir. Çalışmamızda hastaların büyük çoğunluğunun kortikosteroid ve antiromatizmal ilaç kullandığı görülmüştür. Yan etkilerin değerlendirildiği grubun verilerine bakıldığında steroid dışındaki hastalık modifiye edici ilaçlar ile ciddi yan etki kategorisinde kabul edilebilecek bir yan etki oluşmadığı göze çarpmaktadır. Bu ilaçlar ile ortaya çıkan yan etkilerin (MTX ile %31, leflunamid ile %21), hafif yan etki grubunda değerlendirilebilecek, ilaç değişikliği ya da doz azaltılması ile düzelen nitelikte olduğu gözlenmiştir. Geriatric hastalarda retinal toksisite yan etkisi açısından dikkatle kullanılması önerilen bir ajan olan hidroklorokin kullanan 51 hastanın verilerine bakıldığında ise yalnızca iki hastada ilaç kesilmesi ile gerileyen görme alanı defekti saptanmıştır. Bu sonuçlar çerçevesinde bu ilaçların geriatric popülasyonda yakın klinik ve laboratuvar tabii ile güvenle kullanılabilirliği düşünülebilir.

Romatoloji pratiğinde kullanımı giderek artan ve oldukça etkin olduğu bilinen biyolojik tedavilerin (TNF-alfa blokerleri ve rituksimab) ileri yaş hastalarda kullanımının güvenilirliği ile ilgili verilerin yetersiz olduğu bilinmektedir. Bu yaş grubunda biyolojik ilaç kullanımı öncesi kardiyovasküler hastalık ve enfeksiyon varlığının çok iyi değerlendirilmesi önerilmektedir. Çalışma grubumuzda bakıldığında çoğunluğu rituksimab olmak üzere az sayıda hastada (9 hasta; 7 rituksimab, 2 TNF-alfa blokeri) biyolojik ilaç kullanılmış, 1 hastada TNF-alfa blokeri kullanımının erken dönem mesanede kitle saptanmış, 1 rituksimab infuzyonu sırasında instabil anjia ve 2 hastada rituksimab tedavisi esnasında enfeksiyon geliştiği olduğu gözlenmiştir.

Çalışma grubumuzda en ciddi yan etkilerin yüksek doz steroid kullanımına bağlı ortaya çıktığı gözlenmiştir. Toplam 6 hastada yüksek doz steroid kullanımı gerekmiş ve iki hastanın tek başına yüksek doz steroid, bir hastanın ise siklofosamid tedavisi ile birlikte yüksek doz steroid tedavisi almakta iken ağır enfeksiyon gelişimi sebebiyle kaybedildiği saptanmıştır. Orta doz steroid kullanımı ile ise kan şekeri regülasyonunda bozulma ve miyopati gibi yan etkiler ortaya çıkmıştır. Nonsteroid antiinflamatuvar kullanımından komorbid hastalıklar nedeniyle kaçınılmış olmasına rağmen, ağrı nedeniyle kullanan bir hastada hastane yatışını gerektirecek gastrointestinal sistem kanaması ortaya çıkmıştır. Bu bilgiler ışığında hem steroid hem de nonsteroid antiinflamatuvar kullanan geriatric hastaların yan etki profili açısından daha yakından takip edilmesi gerektiği söylenebilir.

Çalışmamızın en önemli kısıtlılığı ilaç yan etkisi açısından özellikle uzun dönem artması beklenen makula toksisitesi, malignite gibi sonuçlar için daha uzun takip süresine ihtiyaç bulunmasıdır. Diğer kısıtlayıcı faktörler; hasta sayısının az olması ve polifarmasi nedeniyle ilaç etkileşimlerinin yan etki üzerinde rol oynama olasılığıdır.

Sonuç olarak geriatric dönemde noninflamatuvar kas iskelet problemleri dışında inflamatuvar romatizmal hastalıklarla oldukça sık karşılaşılmakta ve klinikte eşlik eden hastalıklar nedeniyle tedavi planlaması zorluklar yaratılmaktadır. Buna rağmen yakın klinik ve laboratuvar takip ile antiromatizmal ilaçların bu yaş grubunda güvenle kullanılabilmesi unutulmamalı, diğer taraftan yan etki profilleri nedeni ile bu yaş grubunda uzun dönem, yüksek doz kortikosteroid ve nonsteroidal antiinflamatuvar ilaç biyolojik ilaç kullanımı konusunda dikkatli olunmalıdır.

### Kaynaklar

1. Çakmak B, Aydın FY, Aktaş İ, Akgün K, Eryavuz M. Geriatric hastalarda kasiskelet sistemi hastalıkları. *Türk Geriatri Dergisi* 2004;7:221-4.
2. Lazaro D. Elderly-onset systemic lupus erythematosus prevalence, clinical course and treatment. *Drugs Aging* 2007;24:701-15.
3. Tütüncü Z, Kavanaugh A. Rheumatic disease in the elderly: rheumatoid arthritis. *Clin Geriatr Med* 2005;21:513-25.
4. De Leonardi F, Govoni M, Colina M, Brushi M, Trotta F. Elderly onset gout: a review. *Rheumatol Int* 2007;28:1-6.
5. Cutolo M, Cimmino MA, Sulli A. Polimyalgia reumatica vs late-onset rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)* 2009;48:93-5.
6. Toussiro E, Wendling D. Late onset ankylosing spondylitis and related spondyloarthropathies: clinical and radiological characteristics and pharmacological treatment options. *Drugs Aging* 2005;22:451-69.
7. Lazaro D. Elderly-onset systemic lupus erythematosus; prevalence, clinical course and treatment. *Drugs Aging* 2007;24:710-5.
8. Van Schaardenburg D, Breedveld FC. Elderly-onset rheumatoid arthritis. *Semin Arthritis Rheum* 1994;23:367-78.
9. Huscher D, Sengler C, Gromnica-Ihle E, et al. Clinical presentation, burden of disease and treatment in young onset and late-onset rheumatoid arthritis: a matched-pairs analysis taking age and disease duration into account. *Clin Exp Rheumatol* 2013;31:256-62.
10. Olivieri I, Pipitone N, D' Angelo S, Padula A, Salvarani C. Late-onset rheumatoid arthritis and late-onset spondyloarthritis. *Clin Exp Rheumatol* 2009;27(4 Suppl 55):S139-45.
11. Krams T, Ruysen-Witrand A, Nigon D, et al. Effect of age at rheumatoid arthritis onset on clinical, radiographic, and functional outcomes: The ESPOIR cohort. *Joint Bone Spine* 2016;83:511-5.
12. Tan TC, Gao X, Thong BY, et al.; TTSH Rheumatoid Arthritis Study Group. Comparison of elderly- and young-onset rheumatoid arthritis in an Asian cohort. *Int J Rheum Dis* 2016;20:737-45.
13. Bertoli AM, Alarcón GS, Calvo-Alén J, Fernández M, Vilá LM, Reveille JD; LUMINA Study Group. Systemic lupus erythematosus in a multiethnic US cohort. XXXIII. Clinical [corrected] features, course, and outcome in patients with late-onset disease. *Arthritis Rheum* 2006;54:1580-7.
14. Teoh L, Suppiah R, Gow P. Late-onset rheumatoid arthritis in the Counties Manukau District Health Board region of New Zealand: an observational study of treatment. *N Z Med J* 2014;127:40-8.
15. Toussiro E. Late-onset ankylosing spondylitis and spondylarthritis: an update on clinical manifestations, differential diagnosis and pharmacological therapies. *Drugs Aging* 2010;27:523-31.