



Kilo Alamama

KTÜ Tıp Fakóltesi Aile Hekimliđi ABD
Araş. Gör. Dr. Ömer Faruk Özceylan
21.03.2023



Amaç

- Kilo alma istemi ile başvuran kişiye yaklaşım hakkında bilgi vermek

Hedefler

- Zayıflık tanımını yapabilmek
- Zayıflığa sebep olacak sekonder faktörleri sayabilmek
- İstenmeyen kilo kaybı tanımını yapabilmek ve sebep olan faktörleri sayabilmek
- Doğru beslenme önerileri verebilmek

Sunum planı

- Yapısal zayıflığın tanımı
- Sindirimin fizyolojisi
- Malabsorbsiyon tanımı, sebepleri, klinik bulguları
- İstenmeyen kilo kaybı ve sebepleri, klinik bulguları
- Sağlıklı beslenme
- Siproheptadin iştah açıcı olarak kullanılabilir mi

Olgu

- 21 yaşında Ayşe E., üniversite öğrencisi, yurttta kalmakta
- Kilo alma istemi sebebiyle başvurdu
- 2-3 ayda bir ishal olmaktadır.
- Ara ara çarpıntısı olduğunu hissediyormuş.
- Yakın zamanda bir kilo değişikliği olmamış.
- Saçlarda dökülmesi varmış.
- Ek hastalığı yok, ara ara vitamin mineral kullanmaktaymış.

Yapısal Zayıflık

- İlk bilimsel yayınlar 1930'larda, tıbbi tavsiye için başvuran, kilo alımına dirençli bireylerin vakalarını tanımlamıştır. 80 yıldan uzun bir süre sonra, <50 bilimsel makale bu konuyla ilgilenmiştir (1).

1) Bailly M, Boscaro A, Pereira B, Courteix D, Germain N, Galusca B, Boirie Y, Thivel D, Verney J 2021. Underweight but not underfat: is fat-free mass a key factor in constitutionally thin women? European Journal of Clinical Nutrition 75:1764–1770

Epidemiyoloji

- Obezite %28,8
- Ortalama VKİ 27,4 kg/m²
- VKİ >25kg/m² %64,4
- Yapısal Zayıflık ??? → Erkeklerde %0,4 Kadınlar da %2,7 *

*Bailly M, Germain N, Galusca B, Courteix D, Thievel D, Verney J, 2020. Definition and diagnosis of constitutional thinness: a systematic review. British Journal of Nutrition (2020), 124, 531–547

Yapısal zayıflık

- Yapısal zayıflık, enerji alımı ve harcaması arasında belirgin herhangi bir dengesizliğin olmaması ile karakterize edilen **doğal bir zayıflık durumudur**(BMI < 17,5 kg/m²).
- Yetersiz beslenme, yeme bozuklukları, ilişkili hastalıklar veya aşırı egzersiz olmamasına rağmen, yapısal zayıf kişilerin vücut ağırlığı çok düşük ve kilo alımına dirençli oldukları gösterilmiştir (1).
- Dengelenmiş bir enerji metabolizması, büyüme eğrisinin alt yüzdelerinde sabit vücut ağırlığı bulunur (2).

1)Bailly M, Boscaro A, Perira B, Feasson L, Boirrie Y, Germain N, Galusca B, Courteix D, Thievel D, Verney J, 2021. Is constitutional thinness really different from anorexia nervosa? A systematic review and meta-analysis, Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders, 22: 913–971

2)Bailly M, Germain N, Galusca B, Courteix D, Thievel D, Verney J, 2020. Definition and diagnosis of constitutional thinness: a systematic review. British Journal of Nutrition (2020), 124, 531–547

Zayıflık

- DSÖ'üne göre VKİ;
 - 17-18,49 kg/m² hafif zayıflık
 - 16-16,99 kg/m² orta derecede zayıflık
 - <16 kg/m² şiddetli zayıflık
- Zayıflığın başlıca nedeni;
 - Aşırı fiziksel aktivite
 - İştahsızlık
 - Alınan besinlerin sindirim-emilim ve metabolizmalarında bozukluklar
 - Enerji harcamasını artıran hastalıklar
 - Psikiyatrik hastalıklar

Yapısal Zayıflık

- Yapısal zayıf bireylerin yağ oranı normal kilolu bireylerden önemli bir ölçüde daha düşük, AN'lı hastalardan ise daha yüksektir. Ancak iki grupta yetersiz yağ oranına sahiptir (1).
- Yapısal zayıf ve AN'nın her ikisi de düşük VKİ ile karakterize olmasına rağmen, yapısal zayıf kişilerde yeme bozuklukları, gıda kısıtlaması, psikolojik bozukluklar veya yetersiz beslenmenin hormonal belirtileri görülmez (2).
- AN'lı hastalardan farklı olarak, yapısal zayıf kişiler, kilo almaya genellikle isteklidirler (2).

1) Bailly M, Boscaro A, Pereira B, Courteix D, Germain N, Galusca B, Boirie Y, Thivel D, Verney J 2021. Underweight but not underfat: is fat-free mass a key factor in constitutionally thin women? *European Journal of Clinical Nutrition* 75:1764–1770

2) Bailly M, Germain N, Galusca B, Courteix D, Thivel D, Verney J, 2020. Definition and diagnosis of constitutional thinness: a systematic review. *British Journal of Nutrition* (2020), 124, 531–547

Yapısal zayıflık

- Düzeltilmesi;
 - Besin emilimini bozan nedenin tedavisi
 - Psikiyatrik tedavi
 - Altta yatan sekonder hastalığın tedavisi
 - Metabolik bir bozukluk varsa uygun diyet
 - Fiziksel egzersiz ve günlük uygun kalori
- Makro besinlerin günlük katkısı; yağ%35, protein %12-15, karbonhidrat %47-50
- Birey acıkmamış olsa bile öğün arasında yemek yemesi yönünde bilinçlendirilmelidir.

Sindirim

- Gerçekleştirmek için:
 - Gıdaların GİS kanalına hareketi
 - Sindirim salgılarının salgılanması ve besinin sindirimi
 - Sindirim ürünleri, su ve elektrolitlerin emilimi
 - Emilen maddeleri uzaklaştırmak için GİS organlarda kan dolaşımı
 - Tüm bu işlevlerin lokal, sinirsel ve hormonal mekanizmalarla kontrolü
- Besinlerin GİS kanalında optimal düzeyde işlenebilmesi için her bölümünde yeterli sürede kalmalı

Sindirim

- Mastikasyon (Çiğneme):
 - Özellikle meyve ve kabuklu sebzeler için çok daha önemli → çevresi selüloz
 - Besleyici bölümünün açığa çıkması için bu tabaka parçalanmalı
 - Sindirim enzimleri besin parçalarının yüzeyine etki ettikleri için sindirim hızı toplam yüzey alanına bağımlı

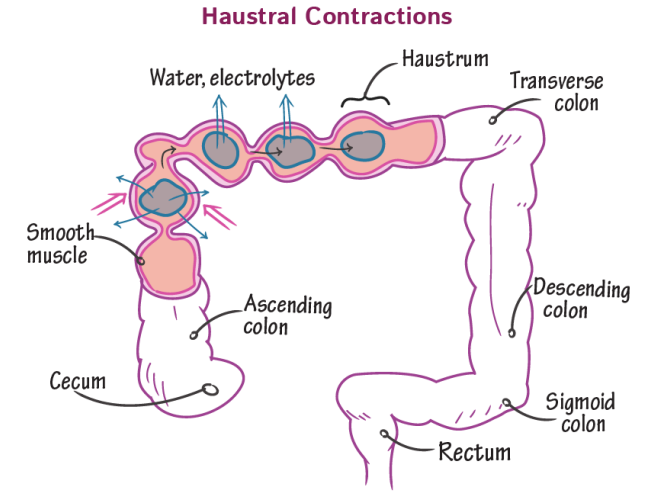


Sindirim

- Yutma (deglutasyon)
- Mide: motor işlevi 3 grupta toplanabilir.
 - Besinin duodenumda geçene kadar depo edilmesi
 - Besinlerin kimüs adı verilen yarı sıvı hale gelinceye kadar mide salgılarıyla karıştırılması
 - İnce bağırsaklarda sindirim ve emilim için yeterli süreyi sağlamak amacıyla besinlerin yavaş bir şekilde midede ince bağırsağa boşaltılması

Sindirim

- Kolonun başlıca işlevleri
 - Kimustan su ve elektrolit emilimi
 - Fekal maddenin dışarı atılana kadar depolanması
 - Kolondaki irritasyon şiddetli kütle hareketleri başlatabilir (ÜK).



✓ Also occurs in descending & sigmoid colon to further concentrate fecal waste.

Malabsorbsiyon

- Malabsorbsiyon: besinlerin bozulmuş emilimini ifade eder.
 - Global malabsorbsiyon; diffüz mukozal tutulum veya azalmış emilim yüzeyi ile ilişkili hastalıklardan kaynaklanır. (çölyak hastalığı)
 - Seçici veya izole malabsorbsiyon; belirli besinlerin emilimini engelleyen hastalıklardan kaynaklanır. (pernisyöz anemi)
 - Birincil veya konjenital malabsorbsiyon; bağırsak epitelinin zar taşıma sistemlerindeki konjenital kusurlardan kaynaklanır.
 - Edinilmiş malabsorbsiyon; epitelyal emici yüzeydeki edinilmiş kusurlardan kaynaklanır. (Crohn hastalığı, cerrahi rezeksiyon)

Yağlar

- Yağ sindirim ve emilimi;
 - Yağ hidrolizi lingual lipaz ve gastrik lipazın etkisiyle midede başlar.
 - Emilim, tüketilen diyet lipitlerinin türleri ve alınan diğer besinlerin varlığı dahil olmak üzere çeşitli faktörlerden etkilenir.
 - Lipit emülsiyonu duodenuma girer ve pankreatik lipaza maruz kalır.
 - Çoğu diyet lipitleri, jejunumun proksimal üçte ikisinde emilir.

Yağlar

- İnce bağırsak hastalığı / rezeksiyonu;
 - Genellikle safra tuzlarının enterohepatik dolaşımının ciddi şekilde bozulmasına neden olur.
 - Safra üretimindeki problemler, yağ malabsorbsiyonu ile sonuçlanır.
 - İnce bağırsakta aşırı bakteri üremesi ile safra asidi emilimi etkilenir. Yağ malabsorbsiyonu ile sonuçlanır.
 - Hafif bir bakteriyel aşırı büyüme biçimi genellikle atrofik gastrit veya proton pompası inhibitörü ilaçlarının kullanımında da görülebilir. Genellikle yağ malabsorbsiyonuna neden olmaz.

Yağlar

- Pankreas ekzokrin yetmezliği;
 - Kronik pankreatit ve pankreatektomili hastalarda; pankreatik lipaz, kolipaz ve bikarbonat üretimi bozulacağından yağ malabsorbsiyonuna neden olur.
- Safra asidi metabolizması bozuklukları;
 - Yetersiz sentez (siroz) veya safra tuzlarının salgılanamaması (kolestaz) yağ malabsorbsiyonu ile sonuçlanabilir.

Karbonhidrat

- Nişasta, sükröz ve laktoz insan beslenmesinde en bol bulunan sindirilebilir karbonhidratlardır.
- Diyet nişastası ve disakkaritler, absorpsiyondan önce onları oluşturan monosakkaritlere parçalanmalıdır.
- Hem tükürük hem de pankreatik amilaz karbonhidrat sindirimine katkıda bulunur.

Karbonhidrat

- İnce bağırsakta sindirilmeyen ve emilmeyen karbonhidratlar, kolonda bakteriyel fermantasyona uğrar.
- Son aşamada; karbon dioksit, hidrojen ve metan açığa çıkar.
- Çeşitli karbonhidrat malabsorbsiyon formları olan hastalarda; asidik dışkı, karın şişkinliği ve gaz gibi semptomlar oluşur.
- Karbonhidrat malabsorbsiyonuna bağlı semptomlar tipik olarak karbonhidrat alımından sonraki 90 dakika içinde ortaya çıkar.

Karbonhidrat

- Nüfusun yarısı 25 g fruktozu tamamen ememezken, günlük alım günde yaklaşık 11 ila 54 g arasında değişir.
- Sağlıklı gönüllüler üzerinde yapılan bir çalışmada, 25 g fruktoz tükettikten sonra %10'unda pozitif nefes testi sonuçları bulunurken, 50 g'lık bir fruktoz verildiğinde %80'inde pozitif sonuçlar elde edilmiştir (1).

1)Rao SS, Attaluri A, Anderson L, Stumbo P. Ability of the normal human small intestine to absorb fructose: evaluation by breath testing. Clin Gastroenterol Hepatol 2007; 5:959.

Karbonhidrat malabsorbsiyonunun nedenleri

- Pankreas amilaz eksikliği
- İnce bağırsak epitelinde azalmış disakkaridaz aktivitesi
- Azalmış emici bağırsak yüzey alanı (örn. çölyak hastalığı)

Protein

- Protein sindirimi, pepsinojen olarak salınan ve düşük pH'ta otoaktivasyona uğrayarak gastrik pepsinlerin etkisiyle midede başlar.
- Gastrik pepsinojenler gibi, pankreatik enzimler de bir peptit bağının hidrolizi ile aktive olan inaktif proenzimler olarak salgılanır.



Enterokinaz aktifler

Protein

- Kronik pankreatit veya kistik fibrozda olduğu gibi, pankreatik bikarbonat ve proteaz sekresyonu ve/veya aktivitesi bozulduğunda diyet proteininin sindirimi ve emiliminde bozulma meydana gelir.

İlk değerlendirme

- Kronik diyare veya açıklanamayan kilo kaybı veya açıklanamayan besin eksiklikleri olan bir hastada → şüphelen
- Amacımız; Malabsorbsiyon varlığını doğrulamak
- Tek bir besinin seçici malabsorbsiyonu mu, global malabsorbsiyon mu?

Öykü

- Semptomların süresi
- Son zamanlarda kilo değişikliğini sorgula
- Hastanın duygudurumu
- Dışkının karakterini ve öğünlerle/şiddetlendiren faktörlerle ilişkisi
- Ek semptomları (karın ağrısı, şişkinlik)
- Enerji artışı bulguları
- Günlük beslenme rutini
- Fiziksel aktivite
- Özgeçmiş
- Soygeçmiş

Malabsorbsiyonda klinik bulgular

- Genel görünüm – Hastalarda psikiyatrik bir hastalığın belirtisi olabilecek düz bir duygulanım olabilir
- Kötü diş yapısı kilo kaybına yol açabileceğinden diş muayenesi yapılmalı
- Abdominal muayene – Hastalar abdominal hassasiyet, asit, hepatosplenomegali ve abdominal kitleler açısından değerlendirilmeli
- Bilişsel ve nörolojik muayene – demans, nöropati
- Cilt muayenesi
- Boy, kilo ve antropometrik ölçümler

Malabsorbsiyonda klinik bulgular

- Malabsorbsiyonun klasik belirtileri soluk, yağlı, hacimli, kötü kokulu dışkı ve yeterli gıda alımına rağmen kasıtsız kilo kaybı ile kronik ishaldir.
- Hastaların çoğunluğu hafif gastrointestinal semptomlara sahiptir. Bazı vakalarda anoreksiya, gaz, abdominal distansiyon ve gurultu tek şikayet olabilir.

Malabsorbsiyonda klinik bulgular

- Belirli bir mikrobesein eksikliğine bağlı klinik belirtiler bazı hastalarda baskın olabilir.
- Demir eksikliği anemisi veya metabolik kemik hastalığı → çölyak hastalığı
- Çeşitli dermatit türleri → çinko eksikliği
- Periferik nöropatiler → tiamin veya vitamin B12 eksikliği



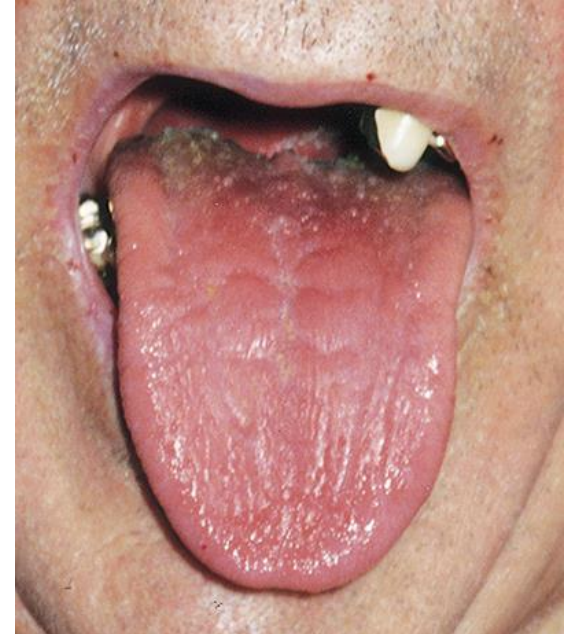
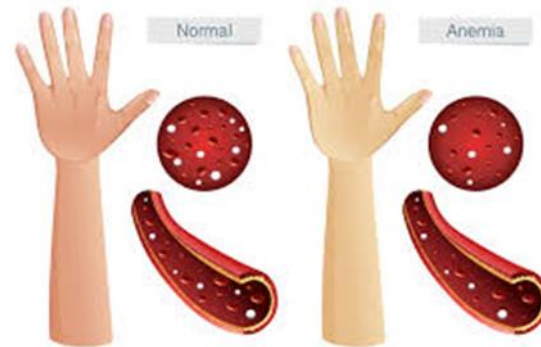
Malabsorbsiyonda klinik bulgular

- Normal iştahla kilo kaybı
- Yağ malabsorbsiyonu; soluk ve hacimli dışkı, gazsız ishal, steatore
- Protein malabsorbsiyonu; ödem, kas atrofisi, amenore
- Karbonhidrat malabsorbsiyonu; sulu ishal, gaz, asidik dışkı ph, süt intoleransı



Malabsorbsiyonda klinik bulgular

- B12 vitamini malabsorbsiyonu; anemi, nöropati (erken dönemde vibrasyon ve propriyosepsiyon kaybı), glossit
- Folat malabsorbsiyonu; anemi
- Demir malabsorbsiyonu; anemi, glossit, pika, pagofaji



Malabsorbsiyonda laboratuvar parametreleri

- Hemogram → anemi
- Karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri
- Ferritin → geçirilmiş cerrahi, İBH
- B12 → pernisyöz anemi, geçirilmiş cerrahi, uzun süreli PPI/H2RB
- Elektrolitler
- Albümin
- Vitamin D

Tanısal Değildir... Destekleyicidir.

İstenmeyen kilo kaybı

- İstemsiz veya kasıtsız kilo kaybı
- Klinik olarak önemli kilo kaybı, genellikle 6 ila 12 ay boyunca normal vücut ağırlığının %5'inden fazlasının kaybı
- Kasıtsız kilo kaybı artmış mortalite ile ilişkilidir. 10.000'den fazla yetişkin İsraili erkek üzerinde yapılan bir çalışmada, diyet yapmadan beş yıl boyunca 5 kg kilo kaybı, sonraki 18 yılda toplam ölüm oranında %18'lik bir artışla ilişkilendirilmiştir (1).

1)Yaari S, Goldbourt U. Voluntary and involuntary weight loss: associations with long term mortality in 9,228 middle-aged and elderly men. Am J Epidemiol 1998; 148:546.

İstenmeyen kilo kaybının ana nedenleri

Malignite (örneğin, gastrointestinal, akciğer, lenfoma, renal ve prostat kanserleri)

Malign olmayan gastrointestinal hastalıklar (örneğin, peptik ülser hastalığı, çölyak hastalığı, inflamatuvar bağırsak hastalığı)

Psikiyatrik bozukluklar (özellikle depresyon), ayrıca yeme bozuklukları, diğer psikiyatrik bozuklukların yemekle ilgili sanrısız belirtileri

Endokrinopatiler (örneğin, hipertiroidizm, diyabet, adrenal yetmezlik)

Bulaşıcı hastalıklar (örn. HIV, viral hepatit, tüberküloz, kronik mantar veya bakteri hastalığı, kronik helmint enfeksiyonu)

İlerlemiş kronik hastalık (örneğin, kalp yetmezliğinden kaynaklanan kardiyak kaşeksi, pulmoner kaşeksi, böbrek yetmezliği)

Nörolojik hastalıklar (örn. inme, bunama, Parkinson hastalığı, amyotrofik lateral skleroz)

İlaçlar/maddeler

Romatolojik hastalıklar (örn. şiddetli romatoid artrit, dev hücreli vaskülit)

Kronik şiddetli egzersiz (örneğin, uzun mesafe koşusu, bale dansı, jimnastik)

Kilo kaybıyla ilgili ilaçlar/maddeler

Alkol

Kokain

amfetaminler

Uyuşturucu yoksunluk sendromları (kronik yüksek doz psikotrop ilaçlar veya esrardan sonra yoksunluk)

Tütün

Reçeteli ilaçların yan etkileri (örn. nöbet önleyici ilaçlar, diyabet ilaçları, tiroid ilaçları)*

İstenmeyen kilo kaybı

- Aşamalı istenmeyen kilo kaybı genellikle ciddi tıbbi veya psikiyatrik hastalığa işaret eder. Herhangi bir kronik hastalık; iştahsızlık ve kilo kaybına neden olabilir.
- İstenmeyen kilo kaybının etiyolojilerini inceleyen çalışmalarda;
 - %15-37 → Malignite birincil neden
 - %10-20 → Gastrointestinal nedenler
 - %10-23 → Psikiyatrik nedenler

Bosch X, Monclús E, Escoda O, et al. Unintentional weight loss: Clinical characteristics and outcomes in a prospective cohort of 2677 patients. PLoS One 2017; 12:e0175125.

Rabinovitz M, Pitlik SD, Leifer M, et al. Unintentional weight loss. A retrospective analysis of 154 cases. Arch Intern Med 1986; 146:186.

Malignite

- Maligniteler; özellikle gastrointestinal, pankreas, akciğer, lenfoma, böbrek ve prostat kanserleri sıklıkla kilo kaybına neden olur.
- Tanı anında tüm kanser hastalarının %15-40'ında kilo kaybı
- Prevalans en yüksek akciğer kanseri %60, üst gastrointestinal kanser %80

Malignite

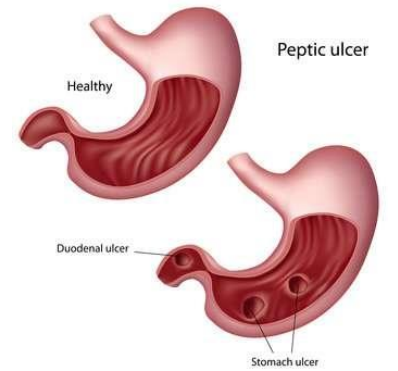
- Kasıtsız kilo kaybının nedeni olarak malignitesi olan hastalarda genellikle ek semptomlar vardır.
- Hastalarda ağrı, abdominal distansiyon, bulantı, kusma, disfaji, malign obstrüksiyona bağlı erken doyma, hiperkalsemi veya malabsorbsiyon semptomları olabilir.

İstenmeyen kilo kaybı

- Çok sayıda malign olmayan gastrointestinal etioloji kilo kaybına neden olabilir.
 - peptik ülser
 - çölyak hastalığı
 - inflamatuvar bağırsak hastalığı
- Gastrointestinal nedenlere bağlı kilo kaybı olan hastalarda sıklıkla karın ağrısı, erken doyma, disfaji, odinofaji, ishal, steatore veya kronik kanama gibi ilişkili gastrointestinal semptomlar olabilir.

Peptik ülser

- Peptik ülser, mide veya duodenumun Gİ mukozasının mukozal bozukluğu ile karakterize yaygın bir problemdir.
- Proteolitik enzim olan pepsin ve gastrik asit başlangıçta ülserin patogenezisine etken olan ana faktörler
- Gelişme riski kadın ve erkeklerde eşit, yaşam süresince ortaya çıkma riski %10



Peptik ülser

- Ülser olgularının % 70'den daha fazlası 25 - 64 yaş aralığındaki bireylerde oluşur
- Peptik ülser gelişiminin en önemli risk faktörleri; H. Piloni infeksiyonu ile NSAİİ kullanımı
- Demir eksikliği, karın ağrısı, obstrüksiyon, perforasyon ve hemorajiye kadar değişen farklı şekillerde kendini gösterir



Peptik ülser

- Hastalarda şişkinlik, karında dolgunluk, mide bulantısı ve yemek yeme ile tetiklenebilecek erken doyma semptomları olabilir.
- Üst karın ağrısı veya rahatsızlığı, peptik ülserli hastalarda en belirgin semptomdur.
- Tedavi edilmeyen hastalarda ağrı birkaç hafta sürebilir, ardından haftalarca veya aylarca semptomsuz dönemler devam edebilir
- Kesin tanısını koyabilmek için Gİ yolağın görüntülenmesi gerekmekte

Peptik ülser

- PPI
 - H₂rB'lerinden daha etkilidir
 - Etkin tedavisi amacıyla kahvaltıdan önce tek doz omeprazol 20 mg, pantoprazol 40 mg, rabeprazol 20 mg, lansoprazol 30 mg ve esomeprazol 40 mg kullanılabilir.
 - Önerilen tedavi süresi duodenal ülserlerde 4, mide ülserlerinde ise 8 hafta
- HrRB → pariyetal hücrelerdeki histamin rp'lerini inhibe eder
 - 8 haftalık kullanımından sonra duodenal ülserlerin %90-95'i, mide ülserlerinin ise %88'i iyileşmektedir. (simetidin 800 mg, ranitidin 300mg famotidin 40 mg)
 - Önerilen tedavi süresi duodenal ülserlerde 4, mide ülserlerinde ise 8 hafta

Peptik ülser

- Sükralfat → lümen mukozasında fiziksel bir bariyer gibi
 - Rutin olarak önerilmemekte
 - H₂rB kadar etkin
 - Günde 4 kez 1gr
- İdame tedavisinden önce H.pylori ve NSAİİ kullanımının engellendiği değerlendirilmeli
- İdame tedavisi, yatmadan önce başlangıç iyileşmesi için alınan yarım doz H₂rB ya da kahvaltıdan önce alınan PPI

Çölyak hastalığı

- Genetik olarak yatkın bireylerde glutene ve ilgili proteinlere duyarlılığın neden olduğu ince bağırsağın yaygın bir immün aracılı inflamatuvar hastalığıdır.
- %99'undan fazlasında HLA DR3-DQ2 ve/veya DR4-DQ8
- Çölyak hastalığı için yüksek risk taşıyan kişiler;
 - Çölyak hastalığı olan hastaların birinci ve ikinci derece akrabaları
 - Tip 1 diyabet
 - Otoimmün tiroidit
 - Down ve Turner sendromları
 - Pulmoner hemosideroz

Çölyak hastalığı

- Diyare veya malabsorbsiyon belirti ve semptomları → steatore, kilo kaybı, kötü kokulu ishal, karın ağrısı, gaz, vitamin eksikliği belirtileri
- Semptomlar gluten içeren gıdaların kesilmesi ile, genellikle birkaç hafta ila aylar içinde düzelmekte
- Çölyak hastalığı sıklığı artması ile 10-40 yaşlarında tanı konabilmekte

Çölyak hastalığı

- Çölyak hastalığını düşündüren ekstraintestinal belirtiler;
 - demir eksikliği anemisi
 - folat veya vitamin B12 eksikliği
 - serum aminotransferazlarında kalıcı yükselme
 - dermatitis herpetiformis
 - yorgunluk
 - tekrarlayan baş ağrıları
 - aftöz stomatit
 - erken osteoporoz
 - periferik nöropati

Çölyak hastalığı

- Dermatitis herpetiformis, çölyak hastalığı olan hastalarda yaygındır. Dermatitis herpetiformiste klasik klinik bulgu, gruplanmış çok sayıda yoğun kaşıntılı papül ve veziküllerin gelişmesidir.
- Dirsekler, dorsal ön kollar, dizler, kafa derisi, sırt ve kalçalar lezyon gelişimi için en yaygın bölgeler arasındadır .



İnflamatuvar bağırsak hastalıkları

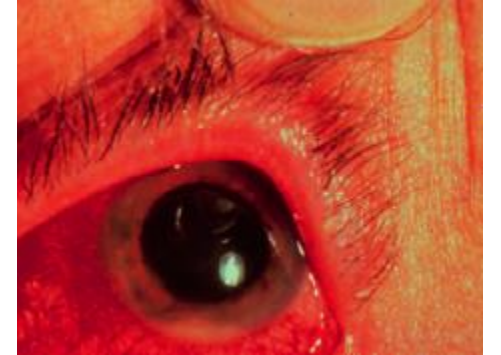
- Ülseratif kolit → rektumdan başlayarak proksimale doğru uzanan ve kolon mukozasının sürekli yüzeysel enflamasyonu ile karakterizedir.
- Crohn Hastalığı → sürekli olmayacak şekilde kolonun herhangi bir bölümünü tutabilir. Abse, fistul ve striktür oluşumuna neden olacak şekilde transmural bir enflamasyon ile karakterizedir.
- Ülseratif kolit ve Crohn hastalığı olan birçok hasta için başlangıç yaşı 15 ile 30 arasındadır, ancak IBD her yaşta ortaya çıkabilir.

İnflamatuvar bağırsak hastalıkları

- Hastalar genellikle kanlı ishal ile başvururlar. İlişkili semptomlar kolik karın ağrısı, tenesmus ve inkontinansı içerir.
- Hastalarda ateş, halsizlik ve kilo kaybı gibi sistemik semptomlar olabilir.
- Hastalarda ayrıca kan kaybından kaynaklanan demir eksikliği anemisi, kronik hastalık anemisi veya otoimmün hemolitik anemi nedeniyle nefes darlığı ve çarpıntı olabilir.
- Artrit, IBD'nin en sık görülen ekstraintestinal semptomlarıdır.

İnflamatuvar bağırsak hastalıkları

- IBD'nin en sık görülen oküler belirtileri üveit ve episklerit
- IBD ile ilişkili en sık görülen deri lezyonları arasında eritema nodozum ve piyoderma gangrenozum bulunur



İstemsiz kilo kaybı

- Psikiyatrik bozukluklar genellikle kilo kaybına neden olur.
- İstenmeyen kilo kaybı olan 2677 hastanın prospektif bir kohort çalışması, yüzde 14'ünün psikiyatrik bozuklukların sonucu olduğunu bulmuştur (1)
- Depresyon, bipolar bozukluğun manik döneminde (hiperaktivite sebebiyle)
- Yeme bozuklukları

1) Bosch X, Monclús E, Escoda O, et al. Unintentional weight loss: Clinical characteristics and outcomes in a prospective cohort of 2677 patients. PLoS One 2017; 12:e0175125.

Yeme bozuklukları

- Yeme davranışında süreklilik gösteren bozulmalar ya da kilo kontrolü amaçlı davranışları içeren bedensel sağlık ve psikososyal işlevselliğin belirgin bir biçimde bozulduğu ruhsal bir bozukluktur.

Yeme bozuklukları

- Yeme bozukluğu riski yüksek olan birinci basamak hastalarında yeme bozuklukları için **tarama** yapılmasını önerilmekte;
 - Çocukluk travması olanlar
 - Genç yetişkinler
 - Sporcular
 - Hızlı kilo kaybı
 - Dış görünüşüyle fazla ilgilenenler
 - Bradikardi
 - Amenore
 - Depresif bozukluk

Yeme bozuklukları-Tarama

- Hastaya veya ailesine hastanın kilosunu, vücut şekli, vücut imajı veya yeme davranışları hakkında herhangi bir endişeleri olup olmadığını sorarak yeme bozukluklarını tarayabilir.
- 5 sorudan oluşan SCOFF anketi

Yeme bozuklukları-Tarama

- SCOFF anketi;
 1. Rahatsız edici derecede tok hissettiğinizde kendinizi hasta hissediyor musunuz?
 2. Ne kadar yediğiniz konusunda kontrolünüzü kaybettiğiniz için endişeleniyor musunuz ?
 3. Son zamanlarda üç aylık bir süre içinde 6,35 kg fazla kilo verdiniz mi?
 4. Başkaları çok zayıf olduğunuzu söylediği halde kendinizin şişman olduğunu hissediyor musunuz ?
 5. Yemek hayatınıza hakim olacak kadar büyük bir yer kaplar mı?
- İki veya daha fazla soruya "evet" yanıtı vermek genellikle olumlu bir tarama olarak kabul edilir. Tanı koymak veya ekarte etmek için daha fazla değerlendirme yapılmasını gerektirmelidir.

Anoreksiya nervosa

- Yaşam boyu yaygınlığı %0,6-4,2
- Kadınlarda erkeklerden daha yaygın
- 14-15 ve 18 yaşları en sık görülen başlangıç yaşlarıdır.
- Genellikle ergenlik çağında kızlarda başlayan kendisini şişman hissedip diyet yaparak ileri derecede zayıflama, beden ağırlığı ve biçimi ile aşırı zihinsel uğraşı, kilo almaktan aşırı korku, zayıf olmayı şiddetle arzulama ve kadınlarda amenore ile seyreden bir yeme bozukluğudur.



Anoreksiya nervosa

- Beden imgesinin sıklıkla bozulmasına bağlı olarak aşırı zayıf olmalarına karşın kendisini çok şişman olduğuna inanmaktadır.
- Genellikle çok az miktarda yerler. Yağlı, şekerli, unlu gıdaları tamamen keserler.
- Aşırı egzersiz yapma, diüretik, laksatif kullanma yollarını denerler

Anoreksiya nervosa

- Tedavinin ilk hedefi birey ve ailesinin tedaviye katılması
- Doğruluğunu kabul edebileceği bir sorunu tanımlamak gereklidir (güçsüzlük, halsizlik, konsantrasyon güçlüğü)
- Sorun kabulü sonrası aç kalmanın fiziksel ve psikolojik tüm etkileri anlatılmalı

Anoreksiya nervosa

- Sıvı elektrolit bozuklukları, aritmiler gibi akut sorunlar belirlenmeli
- Beslenme rehberliği, bireysel ve grup psikoterapisi
- Kilo onarımı için 1300kalorilik dengeli beslenme ile başlanır (3-4 öğün, 3-4 ara öğün). Haftada 500-700kal/gün artırılarak günlük kalori miktarı 3500-5000 kal/gün'e çıkarılır.
- Haftada 1-1,5 kg alması hedeflenir.

Bulimiya nervosa



- Genellikle adölesan dönemde başlar. Sıklıkla biçim ve ağırlıkla aşırı uğraşma döneminden sonra diyet yapmaya başlanır.
- Tipik başlangıç yaşı 18-19 yaştır. Düzelmış hastaların 1/3'ü 4 yıl içinde tekrarlar.
- Aşırı yeme atakları gelişir. Aşırı yeme sonrası kilo almamak için kendini zorlayarak kusma ve laktasif kötüye kullanımı davranışları yerleşir.
- Tanı için yineleyici tıkanırcasına yeme atakları (kısa zaman içerisinde çok miktarda yemek yeme-yeme atağı sırasında kontrol kaybı hissetme) ve kilo alımını önlemek için uygun olmayan yineleyici telafi edici davranışlar vardır. Son 3 ayda en az haftada 1 kez olmalıdır.

Bulimiya nervosa

- Birey kendisini deęersiz bulur, beęenmez, kimsenin sevmedięini ve deęer vermedięini dűşür. Bu dűşüncelerle başa çıkmak için bedeninin güzel, ince olmasını ve herkes tarafından beęenilmesini arzular.
- Anoreksiya nervosaya göre bireyin düzelme isteği daha fazladır.
- İlaç tedavisi anoreksiya nervosaya göre daha etkilidir. (SSRI)
- BDT'leri antidepresan tedaviye göre daha etkili olduğu gözlenmiştir.
- BDT; kilo ve biçimle ilgili çarpıtılmış fikirler, gıda alımına ilişkin katı kurallar, diyet yapmak için baskı, tıkanırcasına yeme ataklarını tetikleyen olaylar üzerine odaklanır.

Hipertioridi

- Hipertiroidizm tanısı anamnez ve FM ile başlar.
- Anamnez sonrası, hipertiroidi düşündüren bulgu ve belirtiler;

- hâlsizlik
- sinirlilik
- çarpıntı
- kilo kaybı,
- nefes darlığı
- sıcağa tahammülsüzlük
- iştah artışı
- Oligomenore
- Terleme
- göz belirtileri
- yumuşak defekasyon veya diyare

ile başvuran bir hastada, tanıyı kesinleştirmek için ilk yapılacak laboratuvar testi TSH ve sT4 olmalıdır.

Hipertiroidi

- TSH ↓ T3 ve T4 normal → subklinik hipertiroidi
- TSH ↓ T3 ve T4 ↑ → Aşikar hipertiroidi
- TSH normal, T4 ↑ → hipofizer TSH salgılayan adenomu veya THD

Hipertiroidi

- Ayrıcı tanı için RAI tutulumu gerekli
- Tedavi: ATİ, RAI ve cerrahi seçenekleri

Diabetes mellitus

- Kontrolsüz diabetes mellitus, özellikle yeni başlayan tip 1 diabetes mellitusta iştah artışı ile birlikte kilo kaybına neden olabilir.
- İyi kontrol edilemeyen veya teşhis edilmemiş tip 2 diyabetli hastalarda ara sıra kilo kaybı görülebilse de, kilo alımı çok daha yaygındır.

Feokromositoma/Paraganglioma

- Feokromositoma, adrenal medüllerinin, Paraganglioma ise, adrenal dışı yerleşimli sempatik veya parasempatik zincirin kromaffin hücreli tümörüdür
- Başlıca epinefrin ve norepinefrin salgılanır
- Feokromositomalı hastalar arasındaki hiperadrenerjik durum teorik olarak iştah artışıyla birlikte kilo kaybına neden olur

Feokromositoma/Paraganglioma

- Klasik üçleme: Hipertansiyon eşliğinde çarpıntı, baş ağrısı ve terleme epizotları
- Bu ataklara anksiyete, panik, tremor, bulantı ve parestezi eşlik eder.
- Ataklar, birkaç dakika ile birkaç saat kadar sürebilir. Genellikle ani başlar.
- Gün içinde birkaç kez olabileceği gibi, aylarca atak gelmeyebilir.

İlaçlar

- Metofrmin, GLP1-RA, SGLT2 inh.
- Benzodiyazepinler: iştahsızlık
- Statin: bulantı kusma
- Antipiskotikler: iştahsızlık
- SSRI: iştahsızlık
- Demir: bulantı kusma
- Tütün
- Alkol

Sağlıklı beslenme

- Sağlıklı beslenme; insanın büyüme, gelişme, sağlıklı ve üretken olarak uzun süre yaşaması için gerekli olan besin öğelerini yeterli miktarlarda alıp vücudunda kullanmasıdır.
- Doğru beslenme ve düzenli fiziksel aktivite fiziksel sağlığın yanı sıra ruhsal sağlığın da iyileşmesini sağlamaktadır.
- Besin çeşitliliği artırılmalı, her gün çeşitli besin gruplarında yer alan besinler gereksinim kadar her öğünde tüketilmelidir.
- BKİ'nin 20-24.9 kg/m² arasında olması sağlanmalıdır. Zayıf, toplu veya şişman bireyler kişiye özel gereksinimlere uygun beslenme tedavisi almaları ve davranış tedavisi ile vücut ağırlığı yönetimi sağlanmalıdır.

Sağlıklı beslenme

- Toplam ve doymuş yağ, kolesterol ile şeker alımı azaltılmalıdır.
- Yemeklerde; margarin, tereyağı, kuyruk yağı, iç yağı gibi doymuş yağlar yerine bitkisel sıvı yağlar tercih edilmelidir.
- Sebze, meyve, tam tahıl, kuru baklagil tüketimi dolayısıyla posa alımı artırılmalıdır.
- Kemik sağlığı için her gün 2-3 su bardağı süt ve yoğurt tüketilmelidir. Süt ve süt ürünlerinin az yağlı olanlar tercih edilmelidir.
- Haftada en az iki kez balık tüketilmelidir.

Sağlıklı beslenme

- Aşırı protein (günlük önerilenden fazla miktarda et ve ürünleri) tüketiminden kaçınılmalıdır. Yüksek proteinli beslenme idrarla kalsiyum atımını artırarak osteoporoz gelişimini tetikler.
- Satın alınan besinlerin ambalajı üzerinde yer alan besin etiket bilgileri değerlendirilmeli, yağ ve şeker içeriği düşük olanları tercih edilmelidir.
- Uygun pişirme yöntemleri kullanılarak eklenen yağ miktarı azaltılmalıdır. Örneğin besinleri kızartmak yerine, fırında, haşlama, ızgara, buharda veya mikrodalga fırında pişirme yöntemleri tercih edilmelidir.

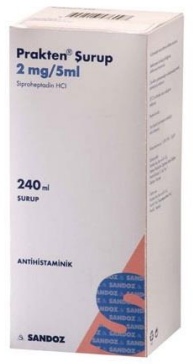
Sağlıklı beslenme

- Ev dışında yemek yeme sıklığı azaltılmalı, yendiği zaman yağsız veya az yağlı yemekler veya menüler tercih edilmelidir.
- Tuz ve tuzlanmış besin (turşu, salamura besinler, zeytin, tuz içeriği yüksek besinler) tüketimi azaltılmalı, yemeğin tadına bakmadan tuz ilavesi yapılmamalıdır. Kullanılan tuzun iyotlu tuz olmasına dikkat edilmelidir.
- Sıvı tüketimi artırılmalı, günde en az 8-10 su bardağı su içilmelidir.
- şeker eklenmiş içeceklerden sakınılmalı, meyve suyu yerine meyve tüketimi tercih edilmelidir.

Sağlıklı beslenme

- Kafein içeren kahve türleri ve gazlı/gazsız içeceklerin ve enerji içeceklerinin tüketimi sınırlandırılmalıdır.
- Gün boyunca 3 ana, 2 veya 3 ara oğn ile besin alımı sağlanmalı, mutlaka kahvaltı yapılmalıdır.
- Fiziksel aktivite artırılmalı, yemekten 2-3 saat sonra egzersiz yapma alışkanlığı kazanılmalıdır.
- Her gün en az 30 dakika (5000 adım) yürüyüş yapılmalı, zamanla adım sayısı 10.000 adıma çıkarılmalıdır.
- Tütün kullanılmamalı ve alkol alımından sakınılmalıdır

Siproheptadin



- Siproheptadin zayıf ama sağlıklı yetişkinlerde kullanımını araştıran RKÇ'lar,
- CY'nin kilo alımını teşvik etmedeki etkinliğine ilişkin olumlu sonuçlar gösterilmiştir.
- Günde 2 ila 8 mg arasında değişen CY dozları kullanarak, 4 hafta boyunca çok faktörlü iştah kaybı olan çocuklarda ve yetişkinlerde CY kullanımını incelenmiştir.
- Doza bakılmaksızın 8. ve 12. haftalarda CY grubunda kiloda istatistiksel olarak daha büyük bir artış rapor edilmiştir.
- Genel olarak, CY tüm çalışmalarda iyi tolere edilmiş ve hiçbir ciddi yan etki bildirilmemiştir.
- Birçok çalışmada hafif ila orta şiddette uyuşukluk yaygın olarak rapor edilmiştir.

Harrison M, Norris M, Robinson A, Spettigue W, Morrissey M, Isserlin L 2019. Use of cyproheptadine to stimulate appetite and body weight gain: A systematic review. Appetite 137: 62-72

Olgu

- Kendisinin zayıf olduğunu düşünüyor
- Yeme atakları olmamış.
- İştahının iyi olduğunu ancak yurttan sevmediği yemeklerin de olduğunu ifade ediyor.
- Boy: 158 cm
- Kilo : 46 kg
- Vki: 18,4
- TA: 100/70 mmHg
- Nabız: 78/dk
- TSH: 2,6 mIU/L
- T4: 1 ng/dL
- Hb: 10,2 g/dL
- Mcv: 72
- Ferritin: 3
- Vitamin b12: 110

Dinlediğiniz için teŝekkür ederim...

Kaynak

- Uptodate: Overview of nutrient absorption and etiopathogenesis of malabsorption (https://www.uptodate.com/contents/overview-of-nutrient-absorption-and-etio-pathogenesis-of-malabsorption?search=digestion&source=search_result&selectedTitle=1~135&usage_type=default&display_rank=1)
- Uptodate: Epidemiology, pathogenesis, and clinical manifestations of celiac disease in adults (https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-pathogenesis-and-clinical-manifestations-of-celiac-disease-in-adults?search=%C3%A7%C3%B6lyak%20hastal%C4%B1%C4%9F%C4%B1&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2)
- Diagnosis of celiac disease in adults (https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-celiac-disease-in-adults?search=%C3%A7%C3%B6lyak%20hastal%C4%B1%C4%9F%C4%B1&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
- Definitions, epidemiology, and risk factors for inflammatory bowel disease (https://www.uptodate.com/contents/definitions-epidemiology-and-risk-factors-for-inflammatory-bowel-disease?search=inflamatuar%20bowel%20disease&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4)
- Clinical manifestations, diagnosis, and prognosis of ulcerative colitis in adults (https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-diagnosis-and-prognosis-of-ulcerative-colitis-in-adults?search=inflamatuar%20bowel%20disease&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
- Eating disorders: Overview of epidemiology, clinical features, and diagnosis (https://www.uptodate.com/contents/eating-disorders-overview-of-epidemiology-clinical-features-and-diagnosis?search=underweight&source=search_result&selectedTitle=7~150&usage_type=default&display_rank=7)
- Peptic ulcer disease: Clinical manifestations and diagnosis (https://www.uptodate.com/contents/peptic-ulcer-disease-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=peptik%20%C3%BCiser%20hastal%C4%B1%C4%9F%C4%B1&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2)
- CECIL Essentials of MEDICINE, Guyton tıbbi fizyoloji
- Aile hekimleri için psikiyatri- Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları
- 9. İstanbul Dahiliye Klinikleri Buluşması
- TEMD- Tiroid Hastalıkları Tanı Ve Tedavi Kılavuzu 2020
- Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü- Türkiye Beslenme Rehberi 2015
- Diyet el kitabı 10. baskı 2018