

OBEZİTEDE TANI VE TEDAVİDE GENEL YAKLAŞIM

Yrd. Doç.Dr. Mustafa Kemal BALCI*

GİRİŞ

Obezite vücut yağ dokusu artışıdır. Yağ dokusu ağırlığı vücut ağırlığının erkeklerde %19'u, kadınlarda %22'sinin üzerinde ise obeziteden bahsedilir. Obezite kronik bir hastalıktır. ABD'de sıklık %30'dur ve giderek de artmaktadır. Türkiye'de de sıklığın benzer olduğunu gösteren çalışmalar vardır. ABD'de yılda 280.000 kişinin aşırı beslenmeye bağlı nedenlerle öldüğü saptanmıştır. Bu sayı bilinen ölüm nedenleri arasında sigaradan sonraki ikinci sırayı oluşturmaktadır.

Obez kişiler zayıf kişilere göre hipertansiyon, dislipidemi, insülin rezistansı ve hiperinsülinemi gelişmesi yönünden yüksek risk altındadır. İlave olarak obezite bağımsız koroner risk faktörlerinden biridir. İnsüline bağımlı olmayan diabet (NIDDM; Tip 2 DM) obezite ile çok yakından ilişkilidir. NIDDM tespit edilen hastaların %80'i obezdir. Yaş ve obeziteyle paralel olarak NIDDM riski artmaktadır. Ağırlıkta %10 artış sistolik kan basıncında 6.5 mmHg, plazma kolesterolünde 12 mg/dL, açlık kan şekerinde 2 mg/dL artışla sonuçlanmaktadır. Obezite sonrası akciğer fonksiyonları bozulmakta, uyku apneleri; obezite ve hipertansiyon birlikteliği olarak ifade edilen Pickwickian sendromu gelişmektedir. Obez kişilerde safra kesesi taşı sıklığı obez olmayanların 3 katıdır. Aşırı kilolu erkeklerde kolorektal ve prostat kanserlerine bağlı ölüm, aşırı kilolu kadınlarda ise endometrial, servikal, over, safra kesesi, meme kanserlerine bağlı ölüm daha siktir. Aşırı kiloya bağlı osteoartrit ve gut hastalığı sıklığı artmaktadır. Beden kitle indeksi (BKİ) 40'ın üzerinde olanlarda veya ideal kilodan % 100 fazla olanlarda bu riskler daha yüksektir.

Obezite enerji dengesi bozukluğu ve genetik faktörlere bağlı gelişmektedir.

Anne veya babasında obesite olan çocukların %40'ında, anne ve babasında obezite olan çocukların ise % 50'sinde obezite gelişmektedir. Tek yumurta ikizlerinden birinde 10 yaşın altında obezite gelişirse diğerinde %52, 10 yaşın üzerinde obezite gelişirse diğerinde obezite gelişme şansı %98'dir.

* Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları ABD, Endokrinoloji Bilim Dalı

Bu yazıda obezitenin tanısı ve tedavisindeki yaklaşımlar üzerinde durulacaktır.

OBEZİTE SINIFLAMASI

1) Vücut dağılımına göre obezite sınıflandırılabilir:

Bu sınıflamada bel/kalça oranları bilinmelidir. Erkekler için bel/kalça oranı:1, kadınlar içinse 0.8'in üzerinde olanlarda obeziteye bağlı gelişen komplikasyonlar artmaktadır. Göğüs çapının ve sagittal çapın vücut yağ dağılımını göstermesi açısından bel/kalça oranlarına göre daha kesin olduğu ileri sürülmektedir.

a) Homojen yağ dağılımı: Juvenil obezitede görülür, yağ vücutta yaygın olarak dağıtılmıştır.

b) Android obezite: Yağ vücudun üst yarısında bulunur. Bu tip obezitede insülin rezistansı ve kardiyovasküler komplikasyon siktir.

c) Jinoid obezite: Yağ vücudun alt yarısında bulunur (Kalça, uyluk, bacaklar). Bu hastaların zayıflaması daha zordur.

2) Yaşa göre obezite sınıflaması:

a) Juvenil obezite: Çocukluk ve ilk gençlik çağlarında başlar. Yağ hücresi sayısı artmıştır.

b) Adult tip obezite: Erişkin yaşta başlar. Yağ hücrelerinin hacmi artmıştır. Yağ yerleşimi göbek ve kalça bölgelerindedir.

3) Beden kitle indeksine (BKİ) göre obezite sınıflaması: BKİ mortaliteyle paraleldir. Mortalitenin en az olduğu BKİ'yi yaşla paralel olarak artar.

BKİ- 20-25 arası Normal; 25-30 arası Kilo fazlalığı; 30-40 arası Obezite; 40 ve üzeri Morbid obezitedir.

OBEZİTE ÖLÇÜM YÖNTEMLERİ

Obezite belirlenmesinde kabul edilebilir kriterler koymak kolay değildir. Her yöntemin kendine göre avantaj ve dezavantajları vardır.

1) Direkt yağ ölçümü: Pratikte mümkün değildir. Araştırma merkezlerinde kullanılmaktadır. Dansitometri, total vücut su ölçümü, total vücut K ölçümü,

yağda eriyen inert gazların kullanılmasıyla vücut yağ miktarları belirlenir.

2) İndirekt yağ ölçümü: Pratikte kullanılabilir yöntemlerdir.

a) Beden kitle indeksi ölçümü:

BKİ: Ağırlık (kg)/Boy² (m)

Bu hesaplamada kadınlar için boyun 1.5 katının alınması da önerilmektedir.

Yağ oranları hesaplamasında şu formüller kullanılır.

Kadınlar: % yağ= (1.48x BKİ)-7.0

Erkekler: % yağ= (1.218x BKİ)-10.13

BKİ 30'un üzerine çıktığında mortalite artmaktadır. Kadınlarda normal BKİ oranlarının 20-23.6 arasında olması da önerilmektedir.

Obezite belirlenmesinde Ponderal indeksi de kullanılabilir.

b) Deri kalınlıklarının ölçümü: Paraumbilikal, orta koltuk hattı/krista iliaka üstü, subtorakanter bölge, subskapuler bölge, biceps, triceps cilt kalınlıkları ölçülerek tablo değerleri ile karşılaştırılır. ABD'de tri-seps+subskapuler bölgenin toplamlarının kadınlarda 70 mm üzerinde, erkeklerde 51 mm'nin üzerinde olması obezite ile uyumlu olarak bulunmuştur. Yağ dokusu oranlarının farklı bölgelerdeki dağılım farklılıkları, uygulanan basınca göre değişik sonuçların alınması bu yöntemin dezavantajlarıdır.

c) Ölçülen boy ve kilonun yaşa göre referans değerlerle karşılaştırılması:

Elde edilen sonuç beklenen oranların %85 üzerindeyse obeziteden behsedilir.

d) Vücut empedansı ölçümüyle yağ oranlarının belirlenmesi.

e) El bileği çapı, uyluk çapı ölçümleri.

3) Yaşam kalitesine etkiye göre obezitenin derecelendirilmesi: Sigorta şirketleri için geçerlidir.

4) Görsel olarak kişilerin şişman/şişman değil olarak belirlenmesi

Obezite tespit edilen bir hasta koroner arter hastalığı, hipertansiyon, diabetes mellitus, lipid profili, dermatolojik ve solunum fonksiyonları yönünden değerlendirilmelidir. Ayrıca hastalarda sekonder obezite (hipotiroidi, Cushing sendromu, hipotalamik lez-

yonlar, mental retardasyonla birlikte görülen genetik bozukluklar) oluşturabilecek bir neden olup olmadığı da gözden geçirilmelidir.

TEDAVİ

1) Sekonder obezite varsa primer nedenin tedavisi

2) Diyet ve diyet alışkanlıklarının düzenlenmesi: Diyet ömür boyu yapılmalıdır. Zayıflamanın sağlanması sonrası 9 yılda hastaların ancak %2'sinde kilo sabit tutulabilmiştir. Diyetin, hastaların uyum sağlayabileceği şekilde düzenlenmesi gereklidir. Çok düşük kalorili diyet ancak kısa süreli ve hastanede yaptırılarak uygulanmalıdır. Amaç ideal kiloya ulaşmak olsa da, kilodaki %5-10 azalma ve bu kilonun idamesinin morbiditeyi azaltıcı etkisi unutulmamalıdır.

Diyet önerilirken beslenme alışkanlıklarının değiştirilmesi ve kişinin kararlılığının önemli olduğu vurgulanmalıdır. Sık ve küçük öğünler alınması, diyetle sellüloz ve lifin (posanın) artırılması, yağın ve şekerin azaltılması, kompleks karbohidrat ağırlıklı taze bitkisel besinler ve yeterli protein kaynaklarının alınması önerilmelidir.

3) Psikoterapi: Diyete uyum ve davranışsal değişikliklerin sağlanabilmesinde yardımcı olabilir. Özellikle kompulsif yeme bozukluklarında psikiyatrik tedavi gereklidir.

4) Egzersiz: Düzenli, hızlı tempolu yürüyüşler veya bisiklet egzersizleri uygulanabilirliği kolay egzersizlerdir.

5) Medikal tedavi: Morbid obezitesi olan hastalarda diyete uyumu sağlamak amacıyla verilebilir. Lif kapsamlı ilaçlar gastrointestinal sistemde dolgunluk yapar, emilimi yavaşlatır, konstipasyonu önler. Bu grup ilaçların en önemli yan etkisi meteorizmdir. Fenfluramin grubundan olan dexfenfluramin ise merkezi sinir sisteminde serotoninerjik etkiyi artırır. Yan etkisi azdır. Ağız kuruluğu, hafif sedasyon oluşturabilir. Psikiyatrik problemi olanlarda kullanılmamalıdır. Bu grup ilaçların kesilmesiyle rebound kilo alımı oluşabilir. Kullanım süresi de sınırlıdır.

6) Cerrahi tedavi:

a) Besin alımı ve emiliminin yavaşlatılmasına yönelik cerrahi işlemler; Morbid obezitesi olan hastalarda düşünülmelidir. Çene dikilmesi, mide-barsak "bypass" ı, mide kapasitesinin azaltılmasına yönelik girişimlerdir.

b) Yağların estetik amaçlı olarak cerrahi ile uzaklaştırılması da uygulanmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Foster D W. Eating disorders; Obesity and Anorexia Nervosa. Williams Textbook of Endocrinology (8th Edition). Wilson JD, Foster DW. WB Saunders Company: 1335-1365, 1992.
2. Stunkard AJ. Current views on obesity. The American Journal of Medicine: 100:230-235, 1995.
3. Kabalak T, Yılmaz C, Tüzün M. Endokronoloji El kitabı, 559-564, 1995.
4. Bray GA. Obesity: Basic&Clinical Endocrinology Greenspan FS, Baxter JD, Fourth edition, Appleton&Lange 679-687, 1994.
5. Manson JE, Willett WC, Stamper MJ et al. Body weight and mortality among women. NEJM 333: 677-85, 1995.
6. Byers T. (editorials) Body weight and mortality. NEJM 333:723-24, 1995.