Bölüm
131

KİLO KAYBI YÖNETİMİ

Yasemin KORKUT KURTOĞLU[1]

Herhangi bir hastalığa sekonder olarak gelişmeyen, uygun süre ve orandaki vücut ağırlığı kaybı sağlıklı olarak kabul edilebilir. Vücut ağırlığının kaybı esnasında, sağlığın sürdürülebilirliği ve kas kütlesinin korunmasının sağlanması hedefleniyor ise hızlı olan kayıplarından her zaman kaçınmak gerekir.

Sağlıklı kilo kaybı hedeflendiğinde oranlar bu şekilde olmalıdır;

½ - 1 / kg / haftada,

%5 oranında 3 ayda,

%10 oranında 6 ayda

Bunun haricinde; son altı ay içersinde vücut ağırlığının %10 üzerinde olacak şekilde azalması ve bu durumun ilerleyici ve süreklilik gösterecek şekilde olması durumu ***kilo kaybı*** olarak ifade edilir ve bir hastalık habercisi olabilir.

Kilo kaybı ile gelen hastada, altta yatan herhangi bir hastalık olmasa bile kilo kaybı idyopatik olarak değerlendirilmelidir ve altta yatan hastalık bulunana kadar hasta belli aralıklarda izlenmelidir.

Hasta değerlendirirken anamnez, fizik muayene, labaratuar testleri bize yardımcı olacak tetkiklerdir.

Hastaya kilo kaybında ilk istenecek tetkikler arasında;

- Hemogram, sedimantasyon
- Tam idrar tetkiki
- Biyokimyasal tetkikler: Diyabet, renal yetmezlik, hiperkalsemi vb. elektrolit anomalileri (özellikle; GIS hastalıklarında) taraması için
- Endokrin tetkikler (Hiper ve hipotroidi, Adrenal yetmezlik, Diyabet)
- Enfeksiyon tetkikleri (HIV, Tbc)
- Gaytada gizli kan
- Ac grafisi olmalıdır.

Daha sonra sonuç alınamadığında, gerekli ise ileri tetkik olarak;

- Hiperkalsemi varsa: *Mammografi, PTH (Parathormon), ACE, 1,25 dihidroksi vitamin D*
- Demir eksikliği anemisi veya melenası olan hasta veya inflamatuvar barsak hastalığından şüphe ediliyorsa: *Kolonoskopi*
- Üst GİS kanama ve/veya disfaji öyküsü varsa: *üst GİS endoskopisi*
- Abdominal BT
- Güçsüzlük, halsizlik, pigmentasyon artışı, hiponatremi/hiperkalemi elektrolit bozukluğu varlığında: *ACTH testi*
- Kilo kaybı ve nedeni bilinmeyen ateş birlikteliğinde: *Kan kültürü*
- Kan kültürleri negatif geldiyse: *Kemik iliği biyopsisi*
- Nörolojik semptomlar (başağrısı vb.) ve endokrin yetmezlik şüphesi durumunda: *kraniyal BT veya MRI, B12 vitamini*
- Kronik diyare varlığında: 72 *saatlik dışkıda yağ örneği* tetkikleri istenmelidir.

Bu tetkikler ile sonuç alınamayan hastalarda;

Kilo kaybının mutlaka altta yatan bir hastalığa işaret edeceği unutulmamalı ve hasta sık aralıklarla takip edilmelidir.

[1] Dr. Öğr. Üyesi, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Aile Hekimliği AD, ykorkut95@yahoo.com

Hipertroidi; İştah azalması olmamasına rağmen hastalar genellikle zayıfladığını söyleyerek başvuru yaparlar. Diğer hipertiroidi düşündüren durumlar, terleme, hâlsizlik, oligomenore, sıcağa tahammülsüzlük, sinirlilik, çarpıntı, nefes darlığı, iştah artışı, göz belirtileri, diyaredir (11).

Feokromasitoma; Katekolamin salgılayan nadir görülen tümörlerdir. Katekolaminin aşırı salgınmasına bağlı olarak değişik bulgu ve belirtiler meydana çıkabilir. Çarpıntı, terleme, baş ağrısı sıklıkla görülür ve saatlerce sürebilir. Sıklıkla rastlanan diğer semptomlar, taşikardi, ölüm korkusu, anksiyete, bulantı, kusma ve titreme, yorgunluk, bitkinlik, karın ağrısı, görme bozuklukları, *kilo kaybıdır.* Ortostatik hipotansiyon, hiperglisemi, görmede bulanıklık, papilla ödemi, polidipsi, poliüri, lökositoz, bazı psikiyatrik bozukluklar gibi belirtiler daha az görülürler (12,13).

Psikiyatrik hastalıklar: Birçok psikiyatrik hastalıkta kilo kaybı görülebilir.

Depresyon; kilo kaybı, en sık görülen depresyon belirtilerdendir. Bu hastalarda genellikle yeme ile ilgili problem, iştahta azalma olarak değil, yemek yemenin keyif vermediğini, yiyeceklerden lezzet alamadıklarını söylerler. İştahsızlık ve yemek yemeyi reddetme durumu sıvı elektrolit dengesizliği oluşturacak kadar ileri boyutlara kadar ulaşabilir (14).

Anoreksia nevroza; normalin üstü olan vücut ağırlıklarının kabul edilmemesi, beklenenin altında bir vücut ağırlığına sahip olmasına rağmen aşırı kilo alma korkusu, vücut biçimini yanlış algılama ve amenore ile karakterize bir yeme bozukluğudur (15).

SONUÇ

- Kilo kaybı altta yatan ciddi bir hastalığa işaret eder
- Nedenin bulunamadığı durumlarda hasta ısrarla takip edilmeli ve testlere devam etmelidir
- Hala neden açığa çıkmazsa, aylık kontrollerle hasta fizik muayene ve laboratuvar tetkikleri ile takip edilmelidir

KAYNAKLAR

1. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı 2014-2017, Ankara, Türkiye, 2013 Erişim:http://beslenme.gov.tr/content/files/home/turkiye_saglikli_beslenme_ve_hareketli_hayat_programi.pdf Erişim Tarihi: 20.01.2017
2. Barcley V (Çev. Ed. Platin N). Beslenmede Hemşirenin Rolü, Kanser Hemşireliğinde Temel Kavramlar, Uluslararası Kanserle Savaş Birliği, Teknik Raporlar Serisi, I. Baskı, 1987, Ankara: 49-52.
3. Karadakovan A. İlerlemiş Kanser Olgularında Beslenme Sorununun Çözümü, Ege Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1990, 6:1.
4. Ertem G. Nutrition of Cancer Patients and Nursing Approach Dirim Tıp Gazetesi (56 - 63)
5. Karaca M, Çiltaş A, Benekli M. Kaşeksi ve Kanser Turkiye Klinikleri J Med Oncol-Special Topics. 2016;9(3):33-8.
6. Cingözler Ö, Özge C, Tamer L ve ark. The Relation of Weight Loss with Hyperinflation, Serum Adiponectin, Ghrelin and Leptin Levels in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Eurasian J Pulmonol 2014; 16(1): 21-6.
7. Ersan S, Çamsarı T. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Beslenme Bozuklukları Malnutrisyon (Tanım, Nedenler, Genel Bakış) "Protein-Enerji Tükenmesi" Turkiye Klinikleri J Nephrol-Special Topics. 2009;2(2):1-6.
8. Demirdağ K, Çağaşar Ö. Diyabetik Gebe Bir Hastada Candida Krusei'nin Neden Olduğu Yaygın Özefajit Olgusunun Tedavi ve Takip Yönünden İrdelenmesi Fırat Tıp Dergisi 2010;15(2): 113-5.
9. Habib G, Hoen B, Tornos P ve ark. Enfektif endokardit tanı, önleme ve tedavi kılavuzu (2009 güncellemesi) European Heart Journal 2009;30:2369-2413. doi:10.1093/eurheartj/ehp285
10. Akyol L, Çelikbilek A, Çelikbilek M ve ark. Aşırı Kilo Kaybı ve Tip 2 Diyabetes Mellitus Bozok Tıp Derg 2013;3(3):59-61.
11. Tiroid Hastalıkları Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2019 4. Baskı, Nisan 2019, Ankara-Türkiye ISBN: 978-605-4011-37-7
12. Büyükaslan H, Kaya H, Gökdemir MT. Feokromasitoma Göztepe Tıp Dergisi 2014;29(1):38-40. doi:10.5222/J.GOZTEPETRH.2014.038
13. Därr R, Lenders JW, Hofbauer LC et al. Pheochromocytoma update on disease management. Ther Adv Endocrinol Metab 2012;3(1):11-26. http://dx.doi.org/10.1177/2042018812437356
14. Tamam L, Namlı Z, Karaytuğ MO. Depresyon Kliniği Turkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics 2012;5(2)v
15. Hekimsoy Z. Anoreksiya Nervoza-I: Epidemiyoloji, Klinik Özellikler ve Tanı Turkiye Klinikleri J Endocrin-Special Topics. 2009;2(3):7-1