

TÜRKİYE'DE DEMİR EKSİKLİĞİ ANEMİSİ VE GÜNCEL YAKLAŞIM

Erol Erduran

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Kan Hastalıkları Bilim Dalı-Trabzon

Demir eksikliği anemisi (DEA), gelişmemiş/gelişmekte olan ülkelerin en önemli halk sağlığı sorunlarından bir tanesidir. Bir ülkede demir eksikliği anemisinin görülmesi; o ülkenin kültürel, sosyo-ekonomik yapısı ve gelişmişliği ile ilişkilidir. Çocuklarda mental, motor ve kognitif fonksiyonları etkilediğinden ve çocuklarda tedavi edilmediği veya yetersiz tedavi edildiği takdirde gelişimsel basamaklarında ve zeka puanlarında kalıcı düşmeye neden olacağından demir eksikliği anemisinin gelişmesini engellemek veya anemi gelişmeden demir eksikliği saptanan vakaların en kısa sürede tespit edilip tedavi edilmesi bir devlet politikası olarak uygulanması gerekir. Bunun için gelişmemiş/gelişmekte olan ülkelere demir eksikliği için durum tespiti yapılması ve toplumdaki sıklığının belirlenmesi gerekir. Böylece, uygulanacak olan koruyucu hekimlik tedbirlerinin alınmasında büyük kolaylık sağlanmış olur. Ülkemizde en önemli sağlık problemlerinden birisi olan DEA ile ilgili bir çok çalışma ve durum tespiti yapılmış olmasına rağmen maalesef yeterli ve geniş kapsamlı çalışma sayısı yok denecek kadar azdır. Bu çalışmalardan en kapsamlı olanı Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan 12-23 aylık çocuklarda demir kullanımı araştırma raporudur. Bu çalışmada kısıtlı bir yaş grubunda yapılmış, bu çalışmanın sonucuna göre 6-12 ay çocuklara profilaktik demir tedavisi 'Demir Gibi Türkiye' programı adı altında başlanmış ancak bu çalışmanın uzun süreli sonuçları da gözlenmemiştir. Bu çalışmada Türkiye'de DEA sıklığı %7.8 olarak saptanmıştır.

Türkiye'de DEA sıklığına yönelik yapılan Türk-Medline ve PubMed taramaları sonucunda bulunan 19 yayının özeti Tablo 1'de verilmiştir. Yapılan bu çalışmalarda süt çocuklarında DEA'nin diğer yaş gruplarına göre daha fazla olduğu görülmek-

tedir. DEA'nin beklenildiği gibi sosyoekonomik yönden geri kalmış yörelerimizde daha sık olduğu saptanmıştır. Fakat bu çalışmalarda vakalar arasında homojenlik yoktur. Bazı çalışmalar sadece hastaneye baş vuran hastalar arasında yapılmış, bazı çalışmalar adolesan ve okul çocuklarında, bazı çalışmalar herhangi bir nedenle hastaneye başvuran hastalarda, bazı çalışmalar pikası olan çocuklarda, bazıları da okul öncesi çocuklarda ve sağlıklı gönüllülerde yapılmıştır. Aynı bölgede farklı sosyoekonomik yapıya sahip farklı yaş gruplarında olan çocuklar arasında DEA'ne yönelik bir çalışma yapılmamıştır. Ayrıca tanıya yönelik olarak bazı çalışmalarda sadece tam kan sayımı yapılırken bazı çalışmalarda ise daha ileri tanı metodları (ferritin, eritrosit serbest protoporfirini) çalışılmıştır. DEA'nin tanısına yönelik yapılan tetkiklerde ve bu tetkiklerin çalışıldığı laboratuvarlar arasında belli bir standart yoktur. Yapılan bu çalışmalar Türkiye genelinde özellikle çocuklarda (okul öncesi, okul çağı ve adolesanlarda) DEA varlığını ortaya koymaktadır ancak bu çalışmalar multidisipliner bir yaklaşım içerisinde ve belli standartlar çerçevesinde (yaş grubu, sosyoekonomik yapı, DEA tanısı koyduran laboratuvar tetkikleri ve laboratuvar standartı gibi) yapılmadığı için Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı 12-23 aylık çocuklarda DEA'nin sıklığı çalışması dışında Türkiye genelinde DEA'nin sıklığı hakkında kesin bir bilgi vermemektedir. Bu çalışmada sosyoekonomik yönden geri olan bölgede DEA daha sık görülmüş ve bu bölgede hiç okula gitmeyen anne oranı %13,4 ve bu bölgede düşük doğum ağırlıklı doğan bebek oranı en yüksek bulunmuştur (%11.7). Bu bölgede anemi oranı ise diğer gelişmiş bölgelerden daha yüksek bulunmuş. Ayrıca bu çalışmada inek sütü 12 aydan daha sonra başladığında ve 200 ml/gün altında inek

Tablo 1: Türkiye'den yapılan yayınlarda DEA sıklığı

| Kaynak | Çalışma grubu | Sayı | Yaş (yıl) | Sonuç | Yöre | Ek bulgu |
|--------|--|--------|-----------|---|------------|---|
| 1 | Pikası olan çocuklar/ Kontrol grubu | 107/60 | 1-6 | DE: Pikalılarda %76.6 Kontrol grubunda %35 DEA: Pikalılarda %57 Kontrol grubunda %21.7 | Urfa | DE/pika ve parazitoz arasında anlamlı ilişki |
| 2 | Okul çocukları | 2913 | 6-16 | DEA: %3.18 | Urfa | |
| 3 | Okul çocukları | 220 | 9-12 | DEA: %3.96 | Urfa | DE sıklığı ferritin düzeylerine göre %5.45, SD düzeyi ve TS'a göre ise %11.39 Ferritin+SD+TS ile tanı konan DEA sıklığı %3.96 |
| 4 | 2 ayrı okuldaki ilköğretim çocukları | 1633 | 6-18 | DEA: 1. okul: %4.2 2. okul: %13.8 | Malatya | DEA riski 11-18 yaş grubunda 10 yaş ve altına göre 2.74 kat daha yüksek, annenin eğitim düzeyi düşüklüğü ile (OR=2.99). Aile geliri düşük olanlarda 1.75 kat daha fazla |
| 5 | Herhangi bir nedenle hastaneye başvuran hastalar | 1362 | 0.25-16 | 4-23 ay arası çocuklarda diğer yaş gruplarına göre anemi sıklığı artmış | Kırıkkale | |
| 6 | Okul öncesi | 1004 | 0.5-6 | DEA: %6.5 Toplam anemi: %14.7 | Erzurum | Rakımı 200 metre olan bir ilimizden gelen sonuçlar |
| 7 | Herhangi bir nedenle hastaneye başvuran hastalar | 742 | 0.5-14 | DEA: %18,48 Toplam anemi: %22 | Ankara | |
| 8 | Demir profilaksisi alan çocuklar/ Profilaksi almayan kontrol grubu | 90/27 | 1 | DE: Profilaksi alanlarda %20 kontrol grubunda %26 DEA: Profilaksi alanlarda %2 kontrol grubunda %30 | Ankara | Değerlendirme 1 yaşında kesitsel olarak yapılmıştır. Profilaksinin önemi vurgulanmaktadır. |
| 9 | Okul çocukları | 848 | 7-11 | DE: %1.4 DEA: %24.7 | Manisa | |
| 10 | Adolesan okul çocukları | 1271 | 15-17 | DEA: %2.2 Toplam anemi: %5.9 | Düzce | DEA kızların %2.8'sinde, erkeklerin ise %1.6'sında gözlenmiş |
| 11 | Herhangi bir nedenle hastaneye başvuran hastalar | 345 | 2-12 | DEA: 2-6 yaş arasında % 32 7-12 yaş % 29.3 | Elazığ | |
| 12 | Herhangi bir nedenle hastaneye başvuran hastalar | 343 | 0-14 | DEA: %18 | Manisa | |
| 13 | Okul çocukları | 724 | 7-16 | DEA: %2.9 | Diyarbakır | Bölgede yetişkinlerde anemi yaygın (%75.2), bu grupta sıklığının düşük bulunması, ihtiyacın yüksek olmaması ve kırmızı et tüketiminin fazla olması ile açıklanmış |
| 14 | Adolesan okul çocukları | 329 | 12-18 | DE: %30.7 DEA: %5.5 | Sivas | DE: Kızlarda %35.4, erkeklerde %26.1 DEA: Kızlarda %6.7, erkeklerde %4.2 |
| 15 | Herhangi bir nedenle hastaneye başvuran hastalar | 1656 | 2 ay-15 | Tüm grupta: %17.8 2-6 ay: % 7.5 7-24 ay: % 31.7 3-5 yaş: % 20.3 6-11 yaş: % 8.3 12-15 yaş: % 6.8 | Manisa | |
| 16 | İlkokul 1. sınıf öğrencileri | 680 | 7 | %2.6 | Konya | |
| 17 | Adolesan okul çocukları | 1124 | 13-18 | %6.5 | İzmir | |
| 18 | Çocuk ve erişkin | 1223 | | DE: 0-2 yaş: %48 2-14 yaş: %19.6 DEA: 0-2 yaş: %18.3 14 yaş üzeri: %16.3 | Adana | |
| 19 | Sağlıklı gönüllüler | 1491 | 2-69 | DEA: 2-5 yaş %34.5 | K. Maraş | |

DE: Demir eksikliği

DEA: Demir eksikliği anemisi

SD: Serum demiri

TS: Transferin saturasyonu

sütü verildiğinde anemi sıklığının önemli derecede azaldığı görülmüştür. Toplam emzirilme süresi 6 ayın altında olan çocuklarda anemi görülme sıklığı daha fazla bulunmuş. Çalışma yapılan tüm bölgelerdeki çocukların %50'inin diyetle demiri yetersiz aldığı saptanmıştır. Beslenmenin de anemi gelişiminde önemli rol oynadığı gözlenmiştir.

Türkiye genelinde demir noksanlığı (DN) ve DEA'nin sıklığına yönelik bir çalışmaya gereksi-

nim vardır. Mental ve kognitif fonksiyonları ciddi boyutta etkileyen DN ve DEA nin sıklığının yaş gruplarına ve bölgelere göre saptanması önem arz etmektedir. Durum tespitine göre de öncelikle DE veya DEA'ne neden olan faktörler elimine edilmeli, proflaktik veya artifisiyel (demir katkılı gıdalar; su, meyva suyu, formül mamalar, vs) olarak demir katkısı yapılmalı, bu uygulamanın sonuçları da uzun sürede gözlenmeli ve varılan sonuçlara göre de gerekli önlemler alınmalıdır.