



OBEZİTE

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Obezite bir hastalıktır!.. Vücut yağ miktarının artışıyla tanımlanır, metabolik ve damarsal morbidite açısından risk faktörü oluşturur.

Obezite, primer (eksojen) ve sekonder (metabolik, genetik, iyatrojenik) olarak ikiye ayrılır ve metabolik sendromun en önemli ögesidir. Primer obezite nedenleri, hareketsiz (sedanter) yaşam tarzı ve aşırı kalori alımıdır.

Obezite prevalansı Dünya’da %30 , Türkiye’de kadınlarda %29-46, erkeklerde %13-16’dır. Ülkemizde kilo artışının en hızlı olduğu dönem 30-40 yaş arasındır.

Obezlerde aşağıdaki hastalıkların görülme olasılığı artar:

- Diabetes mellitus
- Koroner kalp hastalığı
- Hiperlipidemi
- Hipertansiyon
- İnme (stroke)
- Diğer hastalıklar: Osteoartrit, safra taşı, uyku apnesi, kanser (erkeklerde kolon ve prostat; kadında meme, uterus ve mesane)

Kırk beş yaş üstü erkekler, menopozdaki kadınlar, sigara içenler, sedanter yaşam sürenler, ailelerinde hipertansiyon, kalp-damar hastalığı, diabetes mellitus olanlar bu hastalıklar açısından risk altındadır.

Çocukluk çağı, özellikle adolesan çağı obezitesi genellikle erişkin yaşta da sürer. Çocukluk obezitesi tanı ve tedavisi, erişkin çağıdaki kronik hastalıkları önleme açısından çok önemlidir.

Tanı

Obezite tanısı için antropometrik ölçümler yeterlidir.

- Vücut kitle indeksi (VKİ) en sık ve güvenilir olarak kullanılan ölçüttür:

$$VKİ = \text{Vücut ağırlığı (kg)} / \text{Boy}^2 (\text{m}^2)$$

VKİ’nin 30 kg/m² ve üstünde olması obezite olarak kabul edilir.

Risk altındaki kişilerde VKİ 27 kg/m² olması obezite kabul edilmelidir.

Çocuklarda ise VKİ’nin yaşa ve cinsiyete göre 95. persentilin üstünde olması obezite kabul edilir (Tablo 1).

- Bel çevresi ölçümü vücuttaki yağ dağılımının saptanmasında kullanılır. Bel çevresinin erkeklerde >102 cm, kadınlarda >88 cm olması abdominal obezite olarak değerlendirilir ve kardiyovasküler risk göstergesi kabul edilir. Bu değerler gebeler için geçerli değildir.

Ayırıcı tanı

Endokrin (hipotiroidi, Cushing sendromu, insülinoma, polikistik over sendromu, erkekte hipogonadizm), genetik nedenler ve ilaç kullanımı düşünülmelidir.

Laboratuvar

Olanak varsa, açlık ve tokluk kan şekeri, serum lipidleri (trigliserid, total kolesterol, LDL-kolesterol, HDL-kolesterol) değerlendirilmelidir.

Tedavi

Amaç, hasta için kabul edilebilir, gerçekçi bir kilo kaybı hedeflenerek, obeziteye ilişkin morbidite ve mortalite riskini azaltmak ve yaşam kalitesini yükseltmektir. Vücut ağırlığının 6 aylık dönemde %10 azalması obezitenin yol açtığı hastalıkların önlenmesinde önemli yarar sağlar.

1. Diyet

Diyetle haftada ortalama 500 gram kilo kaybı beklenir. Bu amaçla, düşük kalorili dengeli diyetler planlanmalıdır. Pratik yaklaşım olarak, kadınlar için 1.200 kcal/gün, erkekler için 1.400 kcal/gün orta derecede düşük kalorili diyet önerilebilir.

- Diyet bileşimi %20-30 yağ, %15 protein ve %55-60 karbohidrattan oluşmalıdır.
- Diyet yüksek lif oranı içermeli, doymuş yağ oranı azaltılmalı ve değişime olanak sağlanmalıdır.
- Diyetin öğünleri sık, miktarları az olmalı, sosyoekonomik koşullara uygun ve yaşam boyu uygulanabilir olmalıdır.
- **Kısa süreli, dengesiz ya da çok düşük kalorili diyetlerden kaçınmalıdır.**

2. Egzersiz

Egzersiz hastanın cinsiyeti, yaşı ve mevcut risk faktörlerine göre ayarlanmalıdır. Yürüyüş, güvenli ve kolay uygulanabilir olduğundan herkese önerilebilir. Günde 10 dakika olarak başlayıp haftada en az 5 gün 30-45 dakikaya çıkacak şekilde artırılmalıdır.

3. Davranış değişikliği

Hastanın yaşam şekli ve beslenme alışkanlıklarında kalıcı değişiklikler sağlanmaya çalışılır. Besin maddelerinin sağlıklı hazırlanış şekilleri önerilir.

Çocukluk çağındaki obezite tedavisi

- Mutlaka ailenin beslenme alışkanlığı değiştirilmelidir.

- İki yaş altındaki çocuklarda, motor gelişme geriliği yoksa kilo kaybı amaçlanmamalıdır.
- İki-yedi yaş arası çocuklarda amaç kilonun korunmasıdır. Ancak çocuk çok hızlı kilo almışsa ya da ailede başka obez bireyler varsa, ayda en fazla 500 gram ağırlık azalması sağlanmalıdır.
- Yedi yaşından büyük çocukların haftada 0,5-1 kg kaybetmesi sağlanmalıdır.

Sevk

- Diyet ve egzersiz tedavisine rağmen kilo kaybının olmaması
- Stabil olmayan veya yeni ortaya çıkmış ek hastalıkların varlığı
- Sekonder obezite
- Hedeflenenden çok kilo kaybı
- Yeme alışkanlıkları ve gerçekçi olmayan nedenlerle tedaviye uymama (psikotik hastalar)
durumlarında hasta sevk edilmelidir.

Çocukluk çağında, obez çocukta kabızlık varsa hipotiroidi; mental retardasyon, gelişme geriliği ve minör malformasyonlar varsa genetik bazı sendromlar açısından çocuk sevk edilmelidir.

İzlem

- Ayda bir kez, mümkünse aynı tartı ile, ağırlık izlemi yeterlidir.
- Diyetle ilgili eğitim verilmelidir. Beklenen ölçüde kilo kaybı yoksa eğitim tekrarlanmalıdır.
- Beklenenden (3 ayda vücut ağırlığının %10'undan) çok kilo kaybı varsa hasta katabolizma açısından dikkatle ve daha sık aralıklarla izlenmelidir.
- Kan basıncı izlemi yapılmalıdır.

Tablo 1. Çocuklarda yaşa ve cinsiyete göre VKİ persentilleri

Yaş	Erkek			Kız		
	Persentil			Persentil		
	5	50	95	5	50	95
1	14,6	17,2	19,9	14,7	16,6	19,3
2	14,4	16,5	19,0	14,3	16,0	18,7
3	14,0	16,0	18,4	13,9	15,6	18,3
4	13,8	15,8	18,1	13,6	15,4	18,2
5	13,7	15,5	18,0	13,5	15,3	18,3
6	13,6	15,4	18,1	13,3	15,3	18,8
7	13,6	15,5	18,9	13,4	15,5	19,7
8	13,7	15,7	19,7	13,6	16,0	21,0
9	14,0	16,0	20,9	14,0	16,6	22,7
10	14,2	16,6	22,2	14,3	17,1	24,2
11	14,6	17,2	23,5	14,6	17,8	25,7
12	15,1	17,8	24,8	15,0	18,3	26,8
13	15,6	18,4	25,8	15,4	18,9	27,9
14	16,1	19,1	26,8	15,7	19,4	28,6

Tablo 2. Günlük enerji gereksinimine göre besin gruplarının tüketilmesi önerilen porsiyon sayıları*

Enerji	Tahıl	Meyve	Sebze	Süt ve ürünleri	Et, yumurta, kurubaklagil	Yağ
1.200	5	2	3	1,5	4	3
1.300	5	2	4	1,5	4	4
1.400	5	2	4	2	5	4
1.500	6	2	4	2	5	4
1.600	6	3	4	2	6	4
1.700	7	3	4	2	6	5
1.800	7	3	5	2	7	5

Besin gruplarının porsiyon miktar ve içerikleri için Sağlık Bakanlığı'nın Toplumun Beslenme Bilinçlendirilmesi adlı eğitim materyaline başvurulabilir.

*SIGN obezite kılavuzundan aktarılmıştır.

Kaynaklar

1. Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. The Evidence Report. NIH Publication No. 98-4083, 1999.
2. Onat A. TEKHARF (Türk Erişkinlerde Kalp Sağlığı, Risk Profili ve Kalp Hastalığı) İstanbul, 2000.
3. Hatemi H, Turan N, Arık N, Yumuk V. Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Tarama Sonuçları (TOHTA). Endokrinolojide Yönelişler 2000;11 (Ek 1).
4. Alikafıoğlu A, Yordam N. Obezitenin Tanımı ve Prevalansı. Katkı 2000;21:475-81.
5. Hellerstein MK, Parks EJ. Obesity and Overweight. Greenspan FS, Gardner DG, ed. Basic and Clinical Endocrinology, 6th ed. McGraw-Hill, 2001.
6. Ulusal Obezite Rehberi. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 1999.
7. Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Siedel KD, Dietz WH. Predicting Obesity in Young Adulthood from Childhood and Parental Obesity. N Eng J Med. 1997;337:869-73.
8. Dietz WH. Childhood Obesity. Prevention and Treatment of Childhood Obesity. Acad Sci. 1993;699:47-54.
9. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Obesity in Scotland. A National Clinical Guideline. Pilot Edition. SIGN Publication No 8,1996.