

Kilo Kaybı

Dr. Ercüment KADIOĞLU
OMÜ Aile Hekimliği AD.

İstemsiz kilo kaybı:

- 6 ila 12 aylık bir dönem içinde vücut ağırlığının %5'i ve üzerinde olan ve açıklanamayan kilo kaybına denir.
- Özellikle yaşlılarda kötü prognozlu bir hastalığın veya altta yatan ciddi bir hastalığın habercisi olabilir.

- Prevalansı %3 ila %10, yaşlılarda daha yüksek.
- Açıklanamayan kilo kaybı sıklıkla kötü bir hastalığı düşündürür.
- İstemsiz kilo kaybı olan hastalar bir yıl boyunca izlenmiş;
%50'si ölmüş veya kötüleşmişken
%35'inin durumunda değişiklik olmamış.

- 6 ila 12 aylık zaman aralığında 2,5 kg üzerinde kilo kaybı!!! araştırmayı gerektirir.
- Altta yatan organik bir hastalığı olanların %95'i bu zaman zarfında en az 2,5 kg kilo kaybetmektedir.
- Birçok kilo kaybı olgusunda eşlik eden diğer belirtiler sebebin tahmin edilmesine yardımcıdır.

- Altta yatan **malignite, kronik enflamatuvar hastalık, ciddi enfeksiyon ve depresyon** birincil sebeplerdir.
- Birinci basamak hekimi, ilk başvuruda, hangi hastanın ileri tıbbi araştırmaya ihtiyacı olduğuna, hangisini takip edeceğine karar verebilmelidir.

- Kilo kaybına neden olan temel mekanizmalar;
 - azalmış gıda alımı,
 - malabsorbsiyon,
 - aşırı besin kaybı,
 - artmış kalori ihtiyacı.

- Alınan kalori miktarı günlük ihtiyaç duyulandan altına düştüğünde kilo kaybı başlar:
 - 3500 cal için 453 gram yağ yakılır.
 - Yerine konmayan litre başına yaklaşık 1kg kilo kaybı olur.

KLİNİK PREZENTASYON

- Genellikle altta yatan hastalığın klinik belirtileri prezentasyonu belirgin şekilde etkiler.
- Ancak altta yatan hastalığın tahminine yardımcı olabilecek çok az belirti vardır.

- Anoreksi ve gıdalara karşı ilgisizlik **azalmış kalori alımını** düşündürür.
- **Malabzorbsiyon** başlangıçta dışkı yoğunluğunda ve dışkılama sıklığında değişikliğe neden olurken ileri vakalarda kötü kokulu ve yağlı dışkıya neden olabilir.

- **Aşırı besin kaybı** tekrarlayan kusmalar, belirgin ishal, poliüri veya fistül drenajı nedeniyle gelişebilir.
- **Artmış ihtiyaç**, altta yatan enfeksiyon, enflamasyon, artmış metabolizma veya malignite belirtileri ile anlaşılabilir.

Vaka 1

- Fatma Teyze, 66 yaşında, 70 kg
- Son 3 aydır;
 - Beş kilo kaybetmiş
 - Sabahları çok erken uyanıyor,
 - Ağızının tadı yok
 - Bazen kabız bazen ishal oluyor
 - Sağ ayaktan başlayıp sol kola yayılan ağrı
 - Kolun kaldırarak dermanı yok
 - Ölssem de kurtulsam diyor

- Özbakımı kötü
- Fizik muayenesi ve laboratuvar bulguları normal.
- Öykü derinleştirildiğinde 3 ay önce eşini kaybettiğini öğreniyorsunuz.

- A) Kişilik bozukluğu
- B) Kalp damar hastalığı
- C) Kolon kanseri
- D) Major depresyon
- E) Vitamin B12 eksikliği

Vaka 2


Ayşe Hanım, 72 yaşında, kızı ile birlikte geliyor

- Apartman dairesinde tek başına yaşıyormuş.
- Son bir yıla kadar kendi işlerini kusursuz yapabiliyormuş.
- Son dönemde şikayetleri giderek artış göstermiş
 - Ocağı açık unutma,
 - Dışarı çıktığında kaybolma,
 - Yemek hazırlayamama,
 - Yeni yaşanan olayları hatırlayamama

- Kan basıncı 180/90 mm/Hg.
- Nabız 85/dk ve düzensiz.
- Solda sternum kenarında ikinci derece üfürümü mevcut.
- Solunum sesleri ve diğer sistem muayeneleri doğal

- A) Major depresif bozukluk
- B) Hipotiroidi
- C) Alzheimer Hastalığı
- D) Çoklu infarkt demans
- E) Kişilik bozukluğu

Yeme bozuklukları

- Yeme bozuklukları genellikle örtülü davranışlar içerir.
- İştah problemi olduğunu reddedebilirler.
- Adolesan kızlarda ve genç kadınlarda prevalansı 

- Hasta başlangıçta iyi hisseder.
- Önceleri sadece belli gıdalar tüketilir (sebze suları vb.).
- Amenore kilo kaybının başlamasından hemen sonra gözlenir.
- Hastalığın başka bir şekilde tıka basa yedikten sonra gizlice uyarılan kusmalar ve buna bağlı hipokalemik alkaloz izlenir.

Vaka 3

51 yaşında erkek hasta

- Son 6 ayda 10 kilo kaybetmiş
- Son 3 haftadır;
 - Gözlerinde sararma
 - Sırta yayılan karın ağrısı ağrısı
 - İştahsızlık, kaşıntı, ishal
 - Yemeklerden iğrenme
 - Karında gerginlik
 - Özellikle yemeklerden sonra artan karın ağrısı

- 15 yıldır hemen hemen her gün bir küçük rakı içiyormuş.
- Fizik muayenede skleraları ikterik ve ciltte ve mukus membranlarda sarılığı mevcut.
- Karında epigastrik hassasiyet mevcut, rebound yok.

Laboratuvar

- Hb 13.9 g/dL, ↓
- WBC 10.6/ μ L,
- Lipaz 250 U/L ↑
- Amilaz 180 U/L ↑
- T. Bilirubin 10,6 mg/dl ↑
- D. Bilirubin 8,0 mg/dl ↑
- Açlık kan glikozu: 300 mg/dl ↑
- AST: 110 U/L ↑
- ALT: 231 U/L ↑
- ALP: 589 U/L ↑

- A) Fulminant hepatit
- B) Akut kolesistit
- C) Parazit enfestasyonu
- D) Pankreas ca
- E) Kolon ca

HIV Enfeksiyonu

- Belirgin kilo kaybına neden olabilir.
- Disfaji, depresyon veya kullanılan ilaçlar nedeniyle yetersiz gıda alımı olabilir.
- Gastrointestinal sistemin lenfoma veya Kaposi's sarkomu ile invazyonu nedeniyle erken doyma olabilir.

- Yeterli kalori alımına rağmen kilo kaybı olması yaygın enfeksiyonu veya gizli bir malignite varlığını düşündürmelidir.
- AIDS'in ileri evreleri sıklıkla tükenme sendromu ile karakterizedir.
- Tekrarlayan ateş, 10kg üzerinde kilo kaybı ve tekrarlayan ishal bu sendromun bileşenleridir.

Vaka 4

33 yaşında erkek hasta

- Altı aydır gastrointestinal şikayetleri mevcut:
 - Şişkinlik,
 - Gaz,
 - Kötü kokulu dışkı ve yağlı,
 - Kilo kaybı,
 - Halsizlik.
- Şikayetleri özellikle yemekle ve ekmekle artış gösteriyor.
- Yakın zamanda seyahat öyküsü yok.

- Zayıf ve anemik görünüyor
- Vital bulguları normal
- Hb: 13 g/dl
- Akut stres belirtisi yok
- Bağırsak sesleri artmış
- Batın gergin
- Palpasyon hastayı rahatsız ediyor

- A) Tropikal sprue
- B) Laktoz intoleransı
- C) Çölyak hastalığı
- D) Giardiyazis
- E) Akut gastroenterit

Erken Dönem Crohn Hastalığı

- Adölesan yaş grubunda anoreksi ile kendini gösterebilir.
- Kilo kaybı ve muğlak karın rahatsızlığı gibi belirsiz şikayetler olabilir.
- Genellikle dışkıda değişiklik (lapa gibi) ve kötü koku şikayetler arasındadır.

Vaka 5

- Başak ,15 yaşında, lise öğrencisi.
- Annesi ile muayeneye geliyor.
- Annesi, kızının son 2 aydır;
 - Beş kilo verdiğini,
 - Su içmeye doyamadığını,
 - Okulda çok sık tuvalete gittiği için öğretmeninden şikayet geldiğini ve
 - Ağız kokusundan yanına yaklaşamadıklarını söylüyor.

- Fizik Muayenede;
 - Kilosu beş pörsentilin altında
 - Zayıf ve solgun görünüyor
 - TA:100/70mmHg
 - Karın hafif gergin

- A) Anoreksia nervoza
- B) Santral diyabet insipidus
- C) Parazit enfetasyonu
- D) Tip 1 diyabet
- E) Hipertiroidi

Vaka 6

- 40 yaşında kadın hasta
- Son 2 aydır;
 - Terleme,
 - Çarpıntı,
 - Sinirlilik,
 - Kilo kaybı
 - Uykusuzluk,
 - İshal

- Markette kasiyer olarak alışıyor. Son iki aydır işe konsantre olamıyor ve için temposuna ayak uydurmakta zorlanıyor.
- Kız kardeşlerinden birinde romatoid artrit mevcut.

- TA: 120/80 mmHg.
- Nabız: 110/dk.
- Tiroid bezi ağrısız, yumuşak ve diffüz büyümüş.
- S1/S2 belirginleşmiş, sternum solunda sistolik üfürümü mevcut.

- A) Panik Bozukluk
- B) Gastrointestinal sistem malignitesi
- C) Grave's Hastalığı
- D) Hashimoto tiroiditi
- E) Feokromositoma

Vaskülit

- İstirahat halindeki metabolizma hızlanmıştır.
- Düşük seviyede ateş, yorgunluk, anoreksi, gece terlemesi, apati ve hatta depresyon gözlenebilir.
- Artmış C reaktif protein ve sedimentasyon oranları karakteristiktir ve tanı için bir ipucudur.

- Altta yatan hastalığı düşündürecek daha özel belirtiler;
 - Ele gelen purpura,
 - Eklemde şişlik ve ısı artışı,
 - Kranyal arterde hassasiyet,
 - Mikroskopik hematüri ve proteinüridir.

GENEL STRATEJİ

- Genel strateji kilo kaybının altında yatan nedenine yönelik değerlendirme yürütmektir.
- Psikososyal ve mental durumu da içerecek şekilde öykü almaya ve fizik muayene yapmaya dikkat edilmelidir.
- Özellikle yaşlılarda gizli kanser akılda tutulması gereken bir durumsa da erken demans ve sosyal izolasyon gibi faktörler dışlanmamalıdır.

- Dikkatli anamnez ve fizik muayeneye rağmen bazı vakalara tanı koyulamamakta ve **izole istemsiz kilo kaybı** olarak adlandırılmaktadır. Bu gibi vakaların %25 ila %40'ında kanser tespit edilir.
- Tanı konulamamış yaşlı hastalarda tarama amaçlı kan testi yapılması risk tahmini yapmaya ve daha ileri testlere ihtiyaç olup olmadığına karar vermeye yardımcı olmaktadır.

ÖYKÜ

- Gerçekten kilo kaybı var mı?
- Neredeyse hastaların yarısında tıbbi kayıtlardaki kiloları ile karşılaştırıldığında kilo kaybı kanıtlanamamaktadır.
- Kilo kaybı ?
 - Elbiselerde beden değişikliği ve kilo kaybının bir aile bireyi tarafından onaylanması gibi anlamlı kanıtlar dikkate alınabilir.

- **Azalmış kalori** alımı düşünülduğünde
 - Depresyonun somatik ve afektif belirtileri
 - Diş kayıpları, oral kandidiazis, aftöz ülserler
 - Bulantı-kusma, karın ağrısı, melena, erken doyma
 - Yemeyle artan rahatsızlık hissi
 - Aşırı alkol kullanımı, hepatit riskine maruz kalma
 - İlaç kullanımı
 - Böbrek veya karaciğer rahatsızlığı öyküsü
 - Anksiyete sorgulanmalıdır.

- HIV enfeksiyonu açısından risk faktörleri sorgulanmalıdır.
- Eğer hasta genç bir kadınsa anoreksiya nevroza akla getirilmeli
 - yeme alışkanlıları,
 - kendini nasıl gördüğü ve
 - kilo hakkındaki düşünceleri yumuşak bir şekilde sorgulanmalıdır.
- Aile bireyleri ile de mutlaka görüşülmelidir.

- Yaşlılarda

- Sosyal izolasyon, mahrumiyet, fiziksel kısıtlılık, dış kayıpları
- Aile bireyleri de hafıza kayıpları, davranış değişiklikleri ve demansın diğer belirtileri açısından sorgulanmalıdır.
- Çoklu ilaç kullanımını ve bu ilaçların iştahsızlık ve gastrointestinal rahatsızlık gibi yan etkileri sorgulanmalıdır.
- Anoreksinin tespiti ve kilo kaybı riskinin tahmini amacıyla iştah durumu, erken doyma, tat alma ve günde kaç öğün yemek yendiği ile ilgili sorgulama yapılmalıdır.

- **Emilim bozukluğundan şüphelenildiğinde**
 - Diğer gastrointestinal belirtiler,
 - Daha önce geğirilmiş gastrointestinal cerrahi,
 - Dışkı karakterinde değişiklik,
 - Sarılık,
 - Pankreatit öyküsü,
 - Parazit öyküsü,
 - Vit B12 emilim bozukluğu belirtileri (solgunluk, kolay morarma, parestezi gibi) sorgulanmalıdır.

- Artmış besin kaybında, kaybedilen materyalin miktarı ve içeriği, durumun ne zamandır ve ne sıklıkta olduğu öyküde değerlendirilmelidir.
- Diyabetik enteropati belirtileri (ishalle beraber poliüri ve polidipsi) mutlaka sorgulanmalıdır.

- **Artmış kalori ihtiyacı düşünülüyorsa**
 - Ateş,
 - Malignitenin diğer sistemik belirtileri,
 - Hipertiroidi belirtileri,
 - Amfetamin kötüye kullanım öyküsü,
 - Kronik anksiyete,
 - Manik nöbetler,
 - HIV hastalığı ve otoimmün durumlar yönünden sorgulanmalıdır.

FİZİK MUAYENE

- Kilo doğru tespit edilmeli,
- Kilo kaybı ile birlikte apatik görünüm, ateş, taşikardi, solukluk, ekimoz, purpura, sarılık varsa kaydedilmelidir.
- Hipertiroidi, Kaposi sarkomu veya karaciğer yetmeliği belirtileri ve bulguları araştırılmalıdır.
- **Baş ve boyun;**
 - Kranyal arter hassasyeti, glosit, stomatit, diş kayıpları, guatr ve lenfadenopati açısından incelenmelidir.

- **Akciğer ve kalp;**

- Hışıltı, vizing, konsolidasyon, efüzyon, kardiyomegali, üfürüm ve üçüncü bir kalp sesi açısından incelenmelidir.

- **Karın;**

- Cerrahi skarlar, organomegali, hiperaktif bağırsak sesleri, bölgesel hassasiyet, distansiyon, asit ve kitle açısından incelenmelidir.

- **Rektum;**

- Kitle, hassasiyet, akıntı, kan ve dışkının görünümü açısından incelenmelidir.

- **Nörolojik muayene;**

- Terminal ileum hastalığını düşündürecek vitamin B12 eksikliği bulgularının kontrolünü, titreme, manik veya depresif duygu durum veya demans bulgularının kontrolünü içerir.

LABORATUAR TESTLERİ

- Kaynak israfını ve yanılıgıları önleyebilmek için laboratuar testlerinde seçici olunmalıdır.
- Genellikle, öykü ve fizik muayene, kilo kaybının sebebini ortaya koyar.

Azalmış kalori alımı

- İleri derecede azalmış iştah ve kusma eşlik ediyorsa serum Ca, K, Cr, transaminaz ve amilaz değerleri olası gastrointestinal ve metabolik sebepler açısından incelenmelidir.
- Toksik dozları gastrointestinal rahatsızlıklara neden olabilecek ilaçları kullananlarda serum ilaç düzeyine bakılmalıdır.

- NSAİİ kullananlarda ilaç derhal kesilmelidir.
- NSAİİ kullanım öyküsü olmayan hastalarda üst GİS endoskopisi veya radyolojik görüntüleme ve Helicobacter Pylori testi düşünülmelidir.

Emilim bozukluğu

- Makroskopik ve mikroskopik inceleme amacıyla dışkı rneği alınmalı ve gaytada gizli kan testi uygulanmalıdır.
- Gayta yağ incelemesi emilim bozukluğu düşünüldüğünde yapılacak ilk testtir.

- Artmış serum amilaz düzeyi ve pankreatik kalsifikasyonun radyolojik olarak gösterilmesi **pankreatit** düşündürür.
- Sprue ve kör bağırsak sendromu malabsorbsiyona neden olan ince bağırsak patolojilerinin başında gelir.

- Giardiazis tanısı için yumurta ve parazitin tespitine yönelik alınan gayta örneği çoğunlukla yeterli olur.
- Parazit atılımı aralıklı olduğu için birbirini takip eden en az 3 gün inceleme yapılmalıdır.
- Kistler dayanıklı olduğu için gayta örneğinin yeni olması gerekli değildir.

Artmış besin kaybı

- Diyabet şüphesi olan hastalara glikozüriye yönelik idrar testi yapılmalıdır.

Artmış ihtiyaç

- Özellikle, apatik, açıklanamayan kilo kaybı ve atrial fibrilasyonu olan yaşlı hastalarda hipertiroidi şüphesi varsa tirotropin (TSH) düzeyine bakılmalıdır.
- Yeterli kalori alımına rağmen kilo kaybı olan ateşli HIV hastalarında artmış ihtiyaç akla gelmeli ve enfeksiyon açısından araştırılmalıdır.

- Tam kan sayımı
- Sedimentasyon
- AST
- ALT
- GGT
- ALP
- Albumin

- Yapılan bu testlerin negatif olması kanser tanısı olasılığının düşük olduğunu gösterir (97 hastadan 3 atlanır).
- Pozitif test sonuçları olan hastalarda ileri tetkikler yapılmalıdır.

SEMPTOMATİK TEDAVİ

- En iyi yöntem etyolojiye yönelik tedavidir.
- Yapılacak ilk iş özellikle yaşlılarda yeterli kalori alımının sağlanmasıdır.
- Yaşlıların %10 ila %15'inin günlük kalori alımının 1000 kkal'den az olduğu tahmin edilmektedir.

Altta yatan hastalık

- Kilo kaybının tıbbi sebeplerinin çoğu bir etyolojiye bağlanabilmektedir.
- Maligniteye veya kemoterapatlere bağlı anoreksi megestrol gibi ilaçlarla aşılabılır.
- Hepatit nedeni azalmış kalori alımı, kusmanın az olması nedeni ile özellikle sabahları, az az ve sık beslenme ile aşılabılır.

- Pankreatik yetmezliğe bağlı **sindirim bozukluğu** oral enzim tabletleri ile aşılabılır.
- Kör bağırsak sendromundaki aşırı bakteri çoğalması geniş spektrumlu antibiyotiklerle tedavi edilebilir.
- Mama takviyesi gerekebilir.

- **Emilim bozukluğu** mevcutsa orta zincirli yağ asitleri ve dekstroz içeren mamalar verilebilir.
- Eğer ölyak şüphesi varsa glutensiz diyet denenebilir.

- Emilim bozukluğu varsa yağda çözünen vitaminlerin de (A,D,K) tamamlanması gereklidir.
- Megaloblastik anemiye neden olan terminal ileum hastalığında aylık B12 vitamini enjeksiyonu yapılmalıdır.
- Aşırı kusma ve ishal önlenmelidir.

- Genç hastalarda **depresyonla** ilişkili iştah bozukluğunun sebebi genellikle trisiklik antidepresan tedavisidir.
- Yaşlı hastalarda SSRI tedavisi daha iyi tolere edilir.

- Etyolojiye yönelik tedavi ve gıdaya ulaşımın sağlanması yanı sıra **yaşlılarda** destek tedavi de önemlidir.
- Öğünler arasında verilecek sıvı kalori destekleri (Ensure, Sustical, Boost gibi) kilo kaybı riskini düşürür.
- Lezzetlendiricilerin de yardımcı olduğu kanıtlanmıştır.

SEVK VE YATIŐ ENDİKASYONLARI

- Altta yatan ciddi bir hastalığı veya depresyonu olmayan yaşlıların diyetisyene yönlendirilmesi tanı ve tedavinin planlanması açısından faydalı olabilir.
- 15kg üzerinde açıklanamayan kilo kaybı olan hastalar.
- Açıklanamayan kilo kaybı olan AIDS hastaları.

- Aşikar kilo kaybı olan ve anoreksiya nervozalı hastalar.
- Kanıtlanmış emilim bozukluğu varsa bir gastroenterolog ile konsülte edilmeli.
- Kilo kaybı olan HIV hastaları.

KAYNAKLAR

1. Deswell SL: Evaluation of weight loss. In: Goroll AH, Mulley AG Jr., editors. Primary care medicine: Office evaluation and management of the adult patient. 6th ed. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins Company; 2009; 82-86.
2. An unusual case of autoimmune pancreatitis presenting as pancreatic mass and obstructive jaundice: a case report and review of the literature. Journal of Medical Case Reports. <http://www.jmedicalcasereports.com/content/5/1/253>. 24.10.2011.
3. Yeung SCJ. Graves Disease Workup. Medscape. <http://emedicine.medscape.com/article/120619-workup>. 20.10.2011.