

D Vitamini Yetersizliği ve D Vitamini Desteği Konusunda Pratisyen Hekimlerin Tutumları



Dr. Demet Gedikbaşı Toprak*, Dr. Şükrü Hatun**

Vitamin D yetersizliğinin, en sık bilinen sonucu olan riketsin yanı sıra, farklı pek çok organ ve sistemde de olumsuz sonuçlara yol açabileceği kanıtlanmıştır. Son yıllarda özellikle gelişmekte olan ülkeler ve dinsel/kültürel nedenlerle kapalı giyinmenin yaygın olduğu toplumlarda rikets önemli bir sorun olarak varlığını sürdürmektedir. Ülkemizde de uzun süredir D vitamini yetersizliği ve nutrisyonel riketsin önemli bir sorun olduğu ve sıklığının % 1,67-19 arasında değiştiği bildirilmektedir (1).

Bebeğin yaşamının ilk sekiz haftasında vitamin D düzeyini belirleyen en önemli etmen maternal serum vitamin D düzeyi iken, sonrasında güneş ışığı ve D vitamini alımı ön plana çıkmaktadır. Ancak bebeğin yeterli güneş görmesi ile ilgili sorunlar nedeniyle D vitamini suplementasyonu daha etkin konuma geçmektedir.

Rikets tedavisi ve D vitamini suplementasyonu konusundaki tartışmalar D vitamini dozu ve süresi konusunda sürmektedir. Amerikan Gıda ve Beslenme Komitesi (Food and Nutrition Board of the Commission on Life Sciences of the National Research Council) günlük D vitamini suplementasyonunu bebekler için 400 IU/gün olarak önermektedir.

Yakın zamanda yayımlanan bir konsensus çalışmasında, ülkemizde tüm bebeklere yaşamın ilk günlerinden itibaren en az bir yıl süreyle, tercihen üç yaş bitene kadar günde 400 IU D vitamini verilmesi önerilmiştir (1).

Bu anket çalışması, ülkemizin farklı bölgelerinde görev yapan pratisyen hekimlerin çocuklara D vitamini verilmesi konusundaki bilgi ve tutumları, kendi bölgelerinde rikets görülme sıklığı ile ilgili gözlemlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.



Materyal ve Yöntem

Bu çalışma, Ekim 2003'te Antalya'da yapılan 8. Pratisyen Hekimlik Kongresi'ne katılan 124 pratisyen hekime 18 adet soru içeren anket formunun dağıtılması ile yapıldı. Anket formunda; hekimlerin çalıştıkları bölge ve kurum, kaç yıllık hekim oldukları, hangi bebeklere D vitamini önerdikleri, önermiyorlarsa gerekçeleri, ne zaman D vitamini başladıkları, ne kadar süre ve hangi miktarlarda vitamin D verdikleri, rikets konusundaki duyarlılıkları, rikets tanısında önem verdikleri noktalar, rikets olgularında yeğledikleri tedavi yöntemi ve bölgelerinde rikets sıklığında artma gözleyip gözlemediklerini içeren sorular yöneltildi. Anket formlarını tam olarak dolduran 124 pratisyen hekimin verdiği yanıtlar değerlendirildi.

Bulgular

Çalışmamıza 124 pratisyen hekim anket formlarını doldurarak katıldı. Pratisyen hekimlerin %58'i sağlık ocaklarında, %27'si hastanelerde (devlet hastanesi, SSK ve özel hastane) ve kalanı diğer devlet kurumlarında hekimlik yapmaktaydı. Hekimlerin hangi bebek gruplarına D vitamini desteği yaptıkları Tablo 1'de özetlenmiştir.

Tablo 1. Pratisyen hekimlerin bebeklere D vitamini verilmesi konusundaki tutumları.

	D vitamini önermeyen	Yalnızca anne sütü alan bebeklere öneren	Yalnızca mamayla beslenen bebeklere öneren	Tüm bebeklere öneren
Sayı	20	19	18	67
Oran (%)	16.13	15.32	14.52	54.03

* Yrd. Doç.; Kocaeli Ü. Tıp Fak. Çocuk Sağlığı ve Hast. AD, Kocaeli
*** Prof.; Pediatrik Endokrinoloji Uzm., Kocaeli Ü. Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hast. AD, Kocaeli

D vitamini önermeyen toplam 20 hekimden 13 tanesi anne sütünde yeterli D vitamini olduğunu, ikisi hipervitaminoza yol açabileceğini, bir kişi besinlerde yeterli D vitamini olduğunu, dört hekim ise Türkiye'nin güney bölgelerinde çalıştıkları için çocukların D vitamini gereksinimini güneş ışığından yeteri kadar sağlayabileceklerini öne sürmekteydi.

D vitamini desteği öneren pratisyen hekimlerin % 14'ü doğar doğmaz, % 41'i doğumu izleyen ilk ay içerisinde D vitamini önermeye başlamaktaydı. Dört hekim ise yalnızca kış aylarında çocuk hastalarına D vitamini verilmesini önermekteydi. Pratisyen hekimlerimizin % 39'u en az bir yıl süreyle D vitamini önerdiğini belirtmekteydi. Hekimlerin D vitamini ekleme süresi, tercih ettikleri preparat ve miktarı Tablo 2'de özetlenmiştir. Vitamin D'nin yalnızca damla formunu reçete eden hekimlerin önerdikleri Devit-3 damla sayısı ortalama $6,5 \pm 4,4$ damla (aralık 1-21 damla) idi.

Pratisyen hekimlerimizin rikets konusundaki duyarlılıkları sorulduğunda; % 47'sinin her kontrolde D vitamini kullanımının önemini anlattığını, % 2'sinin ise hiç bir kontrolde D vitamininin önemine değinmediğini belirtmekteydi. Hekimlerin % 40'ı her kontrolde riketsin klinik bulgularına dikkat ettiğini belirtmekteydi.

Çalışmaya katılan pratisyen hekimlerin gözleme dayalı olarak son yıllarda rikets sıklığında artış olup olmadığı sorulduğunda yanıtlayanların % 69'u 'Hayır', % 31'i ise 'Evet' yanıtını vermiştir.

Hekimlerin % 12'si kraniyotabes'i olan tüm bebeklere rikets tanısı koyarken, % 67'si klinik bulgulardan en az ikisi varsa rikets tanısını koymaktaydı. Yüzde 13 hekim klinik bulgu olsa bile tanıyı destekleyebilecek laboratuvar incelemesi yaptırmaktaydı. Hekimlerin % 55'i kraniyotabesi en çok önem verdikleri klinik bulgu olarak göstermekteydi.

Tablo 2. D vitamini desteği öneren pratisyen hekimlerin süre ve ilaç konusundaki yaklaşımları.

D vitamini ekleme süresi	Oran
6 ay	% 21
9 ay	% 7,4
12 ay	% 39
18 ay	% 15
Anne sütü kesilinceye kadar	% 14
36 ay	% 1
Kullanılan D vitamini formu	
D vitamini içeren damla	% 67
D vitamini içeren multivitamin	% 33

Rikets tanısı alan olgularda tercih edilen tedavi şeması sorulduğunda yalnızca % 11'i tek doz oral ya da kas içi (IM) 300.000 İÜ D vitamini verilmesini, % 24'ü ise 600.000 İÜ D vitamini verilmesini tercih etmekteydi. Hekimlerin % 20'si her ay 300.000 İÜ olmak üzere üç ay boyunca toplam 900.000 İÜ vitamin D reçete etmekteydi.

Pratisyenlerimizin % 12'si dört hafta süreyle günlük 2000-3000 İÜ D vitamini verilmesini yeğliyorlardı.

Tartışma

Bu anket çalışması ile, 8. Pratisyen Hekimlik Kongresi'ne katılarak eğitime ve yeniliklere açık olduklarını gösteren birinci basamak hekimlerimizin önemli bir kısmının D vitamini desteği ve rikets tedavisi konusunda tutumlarının, kabul görmüş önerilere uygun olmadığı saptanmıştır.

Yapılan çalışmalar ve oluşturulan ulusal uzlaşma raporlarına göre, beslenme biçimlerine bakılmaksızın tüm bebeklere doğumdan sonra 400 IU D vitamini önerilmektedir (1, 3). Buna karşılık pratisyen hekimlerimizin ancak yarısı (% 54) öneri açısından bu uzlaşmaya uymaktadır. Yüzde 14 hekim, bebeklere doğar doğmaz D vitamini reçete etmekteyken, % 41'i ilk bir ay içinde ailelere D vitamini önermekteydi. Bebeklerin ilk altı ayda büyük oranda beslenme kaynakları olan anne sütünün bir litresinde 12-60 IU D vitamini bulunmakta ve bu miktar bebeklerin günlük ihtiyacı olan 400 IU'yu karşılamamaktadır (2). Benzer biçimde vitamin D çok az sayıda besinde bulunmaktadır (4). Bu nedenle bebeklik döneminden sonra güneş ışığı yolu ile D vitamini sentezi ve dışarıdan D vitamini desteği önem kazanmaktadır. Birinci basamak hekimlerimizden D vitamini önermeyenlerin % 65'inin gerekçelerinin 'anne sütünde yeterli D vitamini olması' bu konuda tüm temel sağlık hizmet ekibinin duyarlılığının artırılması ve eğitiminin gerekliliğini bir kez daha ortaya koymaktadır. Yaşamın ilk sekizinci haftasında bebeklerin 25 (OH)D düzeyleri annelerinki ile korelasyon göstermektedir (5). Son iki yıl içinde İstanbul, Ankara ve Kocaeli'nde yapılan çalışmalarda annelerin büyük çoğunluğunda (% 46-80) orta ya da şiddetli düzeylerde D vitamini yetersizliği saptanmıştır (6). Specker ve arkadaşlarına göre, bebekte normal düzeylerde 25(OH)D sağlanabilmesi için bebeklerin ne kadar süre güneş görmeleri

Kaynaklar

- 1- Hatun Ş, Bereket A, Çalkoğlu AS, Özkan B. Günümüzde D vitamini yetersizliği ve nutrisyonel rikets. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2003;11-12:408-435.
- 2- Hochberg Z, Bereket A, Davenport M, Delemarre-Van de Waal HA, De Schepper J, Levine MA, Shaw N, Schoenau E, van Coeverden SC, Weisman Y, Zadik Z. Consensus development for the supplementation of vitamin D in childhood and adolescence. Horm Res 2002;58:39-51.
- 3- American Academy of Pediatrics. Clinical Report: Prevention of Rickets and Vitamin D Deficiency: New Guidelines for Vitamin D. Pediatrics 2003; 111:908-911.
- 4- Coşkun T. Vitamin D. Katkı Dergisi 2003; 25(3-4):453-480.
- 5- Hatun Ş, Bereket A, Çalkoğlu AS, Özkan B. Günümüzde D vitamini yetersizliği ve nutrisyonel rikets. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2003;46:224-241.
- 6- Hatun Ş, Pehlivan İ. Maternal D vitamini yetersizliği ve ülkemizdeki durum. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2001;44:306-311.
- 7- Specker BL, Valanis B, Hertzberg V, Edwards N, Tsang RC. Sunshine exposure and serum 25-hydroxyvitamin D concentration in exclusively breast-fed infants. J pediatr 1985;107:372-376
- 8- Dietary reference values for food energy and nutrients for the United Kingdom. Department of Health, editor. 1991. London, HMSO. Report on Health and Social Subjects 411
- 9- Özkan B, Büyükkavcı M, Aksoy H, Tan H, Akdağ R. Erzurum'da 0-3 yaş grubu çocuklarda nutrisyonel rikets sıklığı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 1999;42:389-396.
- 10- Shah BR, Finberg L. Single-day therapy for nutritional vitamin D-deficiency: A preferred method. J Pediatr 1994; 125: 487-90
- 11- Kara B, Aydoğan M, Gedikbaşı D, Erdönmez D, Taner H, Çizmeciöğlü F, Hatun Ş. D vitamini trajedisi (iki Olgu Nedeniyle). VII. Pediatrik Endokrinoloji Kongresi, 9-11 Ekim 2002, Trabzon
- 12- Feillet F, Vidailhet M, Leheup B, Morali A. The current practice of prevention in France. A Survey of 600 physicians. Pediatre 1988;43(9):775-782.
- 13- Pehlivan İ, Toprak DG, Hatun Ş. Ülkemizdeki çocuk hekimlerinin D vitamini desteği ve rikets konusundaki tutumları. Çocuk Dergisi-Yayım aşamasında.

gerektiği annelerinin D vitamini düzeylerine göre değişmektedir (7). Annelerin D vitamini düzeyleri normale, bebeklerin gün içinde, üzerlerinde yalnızca bez varken 10 dakika, giyinik olarak 30 dakika güneş görmeleri yeterlidir. Bebeklerin güneş görmeleri konusunda birinci basamak hekimlerimizin (%67) ailelere yapmış oldukları öneriler bu açıdan uygun görünmektedir.

D vitamini desteğinin süresi konusunda tam bir uzlaşma yoktur. Amerikan Pediatri Akademisi adolesan dönemi dahil olmak üzere günde en az 200 IU D vitamini alımının sağlanmasını önermekte (3), İngiltere'de tüm çocuklar için üç yıl, riskli gruplar (Asya kökenliler) için beş yıl D vitamini desteği sağlanmaktadır (8). Yakın zamanda yayımlanan bir uzlaşma çalışmasında ülkemizde tüm bebeklere yaşamın ilk günlerinden başlayarak en az bir yıl süreyle, tercihen üç yaş bitene kadar günde 400 IU D vitamini verilmesi önerilmiştir (1). Birinci basamak hekimlerimizin de bu karara uygun biçimde %72 oranda 12-36 ay arasında D vitamini önerdikleri görülmektedir.

Riketsli çocukların klinik başvurularındaki çeşitlilik nedeniyle (9), sosyoekonomik düzeyi düşük bölgelerde hangi yakınma ile başvurursa vursun, 0-3 yaş grubundaki çocukların hepsinin rikets açısından değerlendirilmesi ve kuşkulu olgularda radyolojik ve biyokimyasal olarak tanının kesinleştirilmesi gereklidir. Rikets ait fizik inceleme bulguları hastalık evresine göre değişmektedir. Riketsin en klasik bulgularından olan ve pratisyen hekimlerimizin %55'inin en çok önem verdikleri bulgu olan kraniyotabesin ilk üç ayda fizyolojik olduğu ilk altı ayda yalnızca kraniyotabes pozitifliğine göre rikets tanısı konarak yüksek doz D vitamini verilmesinin sakıncalı olabileceği unutulmamalıdır (1). Rikets tanısının kesinleştirilmesi için her zaman biyokimyasal bulgulara gereksinim bulunmaktadır.

Pratisyen hekimlerimizin rikets tanısı alan olgularda %11 oranda tek doz oral ya da IM 300.000 İÜ D vitamini verilmesini, %24'ü ise 600.000 İÜ D vitamini verilmesini yeğlediği, bunun yanında %20'sinin her ay 300.000 İÜ olmak üzere üç ay boyunca toplam 900.000 İÜ vitamin D reçete ettiği görüldü.

Hekimlerimizin %12'si dört hafta süreyle günlük 2000-3000 İÜ D vitamini verilmesini tercih ediyorlardı. Finberg ve arkadaşları (10)

'stoss' tedavisi için 600.000 IU D vitamini önermekle birlikte, son yıllarda 300.000 IU D vitamininin oral verilmesinin en uygun yöntem olduğu kabul edilmektedir. Bununla birlikte bazı hekimlerin kraniyotabes gibi ilk üç ayda fizyolojik olan bulgulara göre birkaç kez yüksek doz D vitamini önererek iyatrojenik D vitamini intoksikasyonuna neden oldukları bildirilmektedir (11).

Nutrisyonel rikets tedavisinde düşük doz ve uzun süreli tedavinin özellikle sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan bölgelerde uyum sorunlarından dolayı etkin olmayabileceği, 600.000 İÜ ile tedavinin ise erken yaşta rikets olgularında hiperkalsemiye yol açabilme riski nedeniyle yalnızca seçilmiş olgularda kullanılması gerektiği düşünülmektedir. Günümüzde D vitamini yetersizliği tedavisinde, 1-2 hafta süreyle 50-100 mg/kg/gün elementer kalsiyum tedavisi ile birlikte 300.000 İÜ 'stoss' tedavisi oral D vitamini tedavisinin en uygun tedavi olduğu kabul edilmektedir (1).

Bizim çalışmamıza benzer biçimde Fransa'da 600 hekime sorulan sorularla yapılan anket çalışmasında (12), Fransız hekimlerin %18'inin anne sütü ile beslenen bebeklere vitamin D önermediği, %36'sının doğumdan iki hafta sonra, %5'inin ise birinci aydan sonra D vitamini önerdiği belirlenmiştir. Fransız hekimlerin %16'sı 12-18 aydan sonra D vitamini önermemekteydi. Genel olarak önerilen D vitamini dozu 1000-2500 İÜ/gün arasında değişmekteydi. Hekimlerin hiçbirisi hamilelik döneminde anneye D vitamini desteğinden söz etmemekteydi.

2000 yılında Milli Pediatri Kongresi sırasında 204 çocuk hekimi ile yaptığımız anket çalışmasında ise ülkemizdeki çocuk hekimlerinin büyük çoğunluğunun (%85) uzlaşma raporlarına uygun davrandığı görülmüştür (13).

Riketsin ülkemizde halen endemik boyutlarda görüldüğü gerçeği dikkate alındığında, bütün bebeklere uygun dozda D vitamini desteği yapılması için yeni çabalara gereksinim olduğu açıktır. D vitamini yetersizliğinin önlenmesine yönelik duyarlılığın artırılması ve bu amaçla ulusal politikaların geliştirilmesi için özen gösterilmelidir. Bu amaçla başta birinci basamak hekimleri olmak üzere sağlık personeli için D vitamini ve rikets konusunda eğitim programları düzenlenmelidir.