

Elazığ şehir toplumunda fonksiyonel üst gastrointestinal bozuklukların prevalansı ve sağlık yardımı arama

Prevalence of functional disorders of the upper gastrointestinal tract and related consultation behaviour in an urban community from Eastern Turkey

Selman ÇELEBİ¹, S. Erhan DEVECİ², Hüseyin ATASEVEN¹, Mehmet YALNIZ¹, İ. Halil BAHÇECİOĞLU¹, Yasemin AÇIK²

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı¹, Halk Sağlığı Anabilim Dalı², Elazığ

Giriş ve amaç: Batı ülkelerinde genel popülasyonda üst gastrointestinal (Gİ) semptomlar yaygındır. Ülkemizde üst Gİ sistemin fonksiyonel bozuklukları ile ilgili bilgi sınırlıdır. Bu çalışma bir Doğu Anadolu şehir toplumunda özofageal, gastroduodenal ve biliyer fonksiyon bozukluklarının prevalansını ve sağlık yardımı arama davranışını incelemek amacıyla yapılmıştır. **Gereç ve yöntem:** Elazığ'da bulunan 18 sağlık ocağından randomize seçilen dördünde kayıtlı 18 ve üstü yaşta sağlıklı bireyler arasından 933 kişi randomize seçildi. Sağlık ocaklarında görevli hemşireler tarafından belirlenen kişilere ulaşılarak Roma II kriterlerine göre düzenlenmiş bir anket formu dağıtıldı. Boy, ağırlık, demografik bilgiler, alarm semptomlar ve önceki tanıları kaydedildi. İstatistik analiz ki-kare, regresyon analizi ve t testi ile yapıldı. **Bulgular:** 933 anketten 810'u çalışmaya alındı (%87). Bireylerin %47.5'i kadın, %52.5'i erkek, yaş ortalamaları sırasıyla 36.5 ve 35.3 yıl idi. Eğitim seviyesi kadınlarda erkeklere göre (p=0.001) daha düşüktü. Globus %1.9, ruminasyon %2.2, göğüs ağrısı %4.8, fonksiyonel yanma %25.4, disfaji %3, fonksiyonel dispepsi %4.2, aerofaji %9.6, kusma %1.5, safra kesesi disfonksiyonu %1.6 ve Oddi sfinkter disfonksiyonu %0.2 oranında bulundu. Biliyer kanal semptomları kadınlarda erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksekti. Popülasyonun %43.6'sında en az bir, %9'unda birden fazla Gİ bozukluk vardı. Özofageal semptomlar ileri yaş ve yüksek vücut kitle indeksi ile ilişkiliydi. Gİ semptomlar düşük eğitim grubunda anlamlı olarak daha yüksek oranda bildirildi. Semptomlar nedeniyle doktora başvurma oranı %24.6 olup, kadınlarda erkeklere göre ve ileri yaşlarda genç yaşlara göre belirgin olarak daha yüksekti. **Sonuç:** Üst Gİ kanalın fonksiyonel bozuklukları toplumumuzun yarısına yakını etkileyen yaygın bir problemdir. Gİ semptom sıklığı düşük eğitim seviyesi ile ilişkilidir. Obezite özellikle fonksiyonel yanma için bir risk faktörüdür. Gİ semptomlar nedeniyle sağlık yardımı arama oranı düşüktür ve ileri yaş bunda en önemli faktördür.

Anahtar sözcükler: Epidemiyoloji, doktora başvurma, fonksiyonel gastrointestinal bozukluklar, üst gastrointestinal semptomlar, Türkiye

Background/aims: Functional disorders of the upper gastrointestinal tract are common in the general population, but there is limited data on the epidemiology of the functional gastrointestinal disorders (FGID) in Turkey. The aim of the present study was to assess the prevalence of upper FGID symptoms and related consultation behavior in an urban population in the eastern part of Turkey. **Materials and methods:** An age- and sex-stratified random sample of community subjects (n = 933), aged 18 years and over, was drawn from the records of health care centers in the eastern Turkish city of Elazığ. A detailed questionnaire assessing their upper GI symptoms and related consultation behavior was completed by the subjects (n=810). Symptoms of the upper FGID were classified according to Rome II criteria. Statistical analyses were performed using chi-square and Student's t test. Logistic regression analysis was performed to explore the association between the presence of upper FGIDs, consultation behavior and demographics. **Results:** 810 subjects with suitable responses for analysis were included in the survey. 43.6% of all participants had at least one upper FGID, while 9% reported more than one. Symptoms were localized as esophageal (34.6%), gastroduodenal (14.6%) and biliary (1.9%). Of the total subjects with FGID, 24.6% had consulted a doctor due to these symptoms within the previous year. Logistic regression analysis revealed that independent predictors for having an upper FGID are increasing body mass index (BMI) and lower educational level, and for consultation is advanced age. **Conclusions:** Upper FGIDs are a problem in an urban population in Turkey, with a prevalence of almost half of the population. Frequency of GI symptoms is associated with lower education. Obesity is a risk factor especially for functional heartburn. Advanced age was determined to be the most predictive factor for low level of health care consultation for GI symptoms.

Key words: Epidemiology, consultation behavior, functional gastrointestinal disorders, upper gastrointestinal tract, Turkey

GİRİŞ VE AMAÇ

Çoğu batı kaynaklı olan epidemiyolojik çalışmalar toplumun yaklaşık yarısının hayatın bir döneminde üst gastrointestinal semptomlar yaşadığını göstermektedir (1-3). Kronik dispepsi ve gastro-özofageal reflü semptomları olan kişilerin endoskopik incelemesi, bunların çoğunun organik

lezyon olmaksızın, fonksiyonel bozukluklara bağlı olduğunu ortaya koymuştur (4-7). Fonksiyonel gastrointestinal bozukluklar (FGIB) yapısal veya biyokimyasal değişikliklerle açıklanmayan kronik veya tekrarlayan semptomların farklı kombinasyonları olarak tanımlanır (8). Bu tip

bozukluklara genel popülasyonda ve gastroenteroloji polikliniklerinde yaygın rastlanması, iş gücü kaybı ve sağlık harcamalarının yol açtığı ekonomik yük ve hayat kalitesi üzerine olumsuz etkileri nedeniyle son yıllarda artan bir ilgi mevcuttur (9-12). Literatürdeki çalışmalar genellikle irritabl barsak sendromu (İBS) veya fonksiyonel dispepsi ile ilgilidir; üst Gİ kanalın diğer fonksiyon bozuklukları ile ilgili yeterli veri yoktur.

Roma II konsensüsü üst Gİ kanalın fonksiyonel bozukluklarını; özofageal (globus, ruminasyon sendromu, fonksiyonel göğüs ağrısı, fonksiyonel yanma ve fonksiyonel disfaji), gastroduodenal (fonksiyonel dispepsi, aerofaji ve fonksiyonel kusma) ve biliyer kanal bozuklukları (biliyer diskinezi ve Oddi sfinkter disfonksiyonu) olarak sınıflandırır (13). Oddi disfonksiyonu veya pelvik taban dissinerjisi gibi, tanısında fizyolojik ölçüm gerektiren durumlarda semptomaya dayalı kriterlerin değeri tartışmalıdır, bununla beraber, halen gelişme sürecinde olan kriterler birkaç iyi dizayn edilmiş çalışmada kullanılmıştır ve popülasyon çalışmaları için elverişlidir (14, 15). Ayrıca, FGİB'ların prevalans değerleri tanı kriterlerinin farklılığından etkilenmektedir, mesela farklı kriterlere göre tanımlanan dispepsi sıklığı %12-45 arasında, oldukça geniş bir aralıkta bulunur (16). Roma II kriterlerinin kullanımı, aynı metodu kullanan diğer çalışmalarla karşılaştırılabilir, daha standart veriler sağlanabilir.

Fonksiyonel Gİ bozuklukların toplumda sık olmalarına ve hayat kalitesine olumsuz etkilerine rağmen, sağlık yardımı arama oranı düşüktür (9, 17, 18). Kadın cinsiyet ileri yaş düşük eğitim seviyesi (14), anormal hastalık davranışı ve psikolojik bozukluklar veya semptom sayısı gibi faktörlerin doktora başvurmada önemli olduğu rapor edilmiştir (14, 19- 23). Bu ülkelere göre farklılık gösterilebilir, mesela Gİ semptomları nedeniyle doktora başvurma oranı genel eğilimin tersine, Avustralya'da daha yüksek bildirilmektedir (14).

Literatürde Türkiye'de fonksiyonel üst Gİ kanal bozuklukları hakkında yeterli epidemiyolojik veri yoktur. Bu çalışma, bir Doğu Anadolu şehir popülasyonu örneğinde üst FGİB'ların epidemiyolojik özelliklerini ve sağlık yardımı arama davranışını incelemek amacıyla yapılmıştır. Çalışmamız batı literatürü ile uyumlu olarak, üst Gİ kanaldan kaynaklanan fonksiyonel bozuklukların toplumumuzda oldukça sık olduğunu, hastaların sadece dörtte birinin sağlık yardımı aradığını göstermiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Protokol

2000 yılı genel nüfus sayımına göre Elazığ İl Merkezi'nde 18 yaş ve üzeri nüfus 168.456'dır ve bütün popülasyon şehir merkezindeki 18 sağlık ocağında kayıtlıdır. Örneklemeye dahil edilecek kişi sayısı %95 güvenirlilik aralığında %3 sapma ($d=0.03$) ile 933 olarak tespit edildi. Kesitsel tipteki bu çalışmada, örneklemeye alınacak kişiler bütün sağlık ocakları arasından randomla saptanan dördünde bulunan Ev Halkı Tespit Fişlerinden (ETF) randomize sayılar cetveli kullanılarak seçildi. Her sağlık ocağı bölgesi nüfusu oranında örneklemede temsil edildi.

Kişilerin evlerine önce çalışma hakkında bir bilgilendirme mektubu gönderildi. Takiben, Roma II kriterlerine göre hazırlanmış olan anket formları seçilen bölgelerdeki popülasyonun rutin sağlık takiplerinden sorumlu olan hemşire veya ebeler tarafından ulaştırıldı. Anket formları katılımcıların kendileri tarafından dolduruldu, üç gün ve bir hafta sonra yapılan ev ziyaretlerinde geri toplandı. Eğitim, kültür veya fizik problemleri olan kişilerin anketleri hemşireler tarafından tamamlandı.

Anket

Roma II kriterleri FGİB varlığı için semptomların "son 12 ay içinde en az 12 hafta süreyle" mevcut olmasını gerektirir. Bununla beraber, bu zaman aralığı daha kolay hatırlandığı için "son 3 ay içinde sık sık" şeklinde modifiye edilmiştir (13). "Sık sık" deyimini semptomların son 3 ay içinde en az 3 hafta süreyle, diğer bir deyişle haftada en az bir defa olmasını ifade eder. Biz çalışmamızda bu sonuncu ifade şeklini kullandık.

Fonksiyonel Gİ bozuklukların tanısı için "Roma II Modüler Anketi'nin" özofageal, gastroduodenal ve biliyer bozukluklarla ilgili 24 maddeyi içine alan kısmı kullanıldı (13). Anketin Türkçe çevirisi önce randomize seçilen 35 kişide uygulandı. Bu ilk deneme çalışmasında katılımcılar tarafından yeterli anlaşılmayan ifadeler bölgenin kültür yapısına göre tekrar düzeltilerek anketin son hali oluşturuldu. Ankette ayrıca boy, ağırlık, önceki tanıları, evlilik, eğitim, aylık ekonomik gelir ve meslek bilgilerini sorgulayan bir bölüm yer aldı. Sağlık yardımı arama her bir tanı için ayrı ayrı hesaplanmadı. Semptom bildiren kişilerin "Bu şikayetleriniz nedeniyle önceki yıl içinde bir doktora başvurduunuz mu?" ve takiben "Bu şikayetleri-

niz nedeniyle doktorunuz tarafından ülser, reflü hastalığı, kanser, infeksiyon gibi bir hastalık tanısı kondu mu?" gibi soruları cevaplaması istendi.

Ateş, akut diyare, Gİ kanama, son bir yıl içinde vücut ağırlığının %10'unu aşan, açıklanmamış kilo kaybı ve malignite hikayesi olanlar alarm semptomu olanlar olarak sınıflanarak değerlendirilmeye alınmadı. Vücut kitle indeksi (VKİ) <18,5 zayıf, 18.5-24.9 normal, 25-29.9 fazla kilolu ve >30 olanlar obez olarak sınıflandı.

İstatistik Analiz

Veriler SPSS 12.00 programına kaydedildi (SPSS Inc, Chicago, IL, USA). İstatistik analiz ki kare, t testi ve Gİ semptomlar veya sağlık yardımı arama için risk faktörlerinin belirlenmesinde lojistik regresyon kullanılarak yapıldı. P değerinin 0.05'ten küçük olması istatistik olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Çalışma Popülasyonunun Karakteristikleri

Araştırma kapsamına alınan 933 kişi arasından, tekrarlanan ziyaretlerde adresinde bulunamayanlar (n=24), katılmayı kabul etmeyenler (n=26), hatalı veya eksik doldurulmuş anketler (n=35), alarm semptom bildirenler (n=18) ve semptomlarla ilişkili, daha önce organik lezyon tanısı almış olanlar (n=20) çıkarıldıktan sonra kalan 810 anket değerlendirildi (%87). Katılımcıların 385'i (%47.5) kadın, 425'i erkek (%52.5) ve ortalama yaşları sırasıyla 36.5±15.3 yıl (18-82) ve 35.3±13.8 (18-80) yılıdır. Eğitim seviyesi kadınlarda erkeklere göre daha düşüktü; hiç okula gitme oranı kadınlarda %14.5, erkeklerde %1.9 (p<0.001) ve üniversite eğitimi kadınlarda %8.3, erkeklerde %19.3 idi (p<0.001).

Özofageal, Gastroduodenal ve Biliyer Disfonksiyonların Prevalansı

Çalışma popülasyonunun %43.6'sı (n=353) Roma II kriterlerine göre en az bir, %9'u (n=73) birden fazla üst FGİB ile uyumlu semptomlar bildirdi. Anatomik bölgelere göre semptomların dağılımı: Özofageal %34.6 (n=280), gastroduodenal %14.6 (n=118) ve biliyer %1.9 (n=15) idi. FGİB'ların prevalansı ve cinsiyetlere göre dağılımı Tablo 1'de verilmiştir.

Sosyodemografik Özellikler

Cinsiyet: Kadınların %44.9'unda (n=173), erkeklerin %42.4'ünde (n=180) en az bir FGİB ile

uyumlu semptomlar vardı. Birden fazla FGİB kadınlarda %9.1 (n=35), erkeklerde %8.9 (n=38) oranındaydı. Biliyer kanal bozuklukları kadınlarda erkeklere göre daha sıkı [Sırasıyla %3.1 (n=12) ve %0.7 (n=3), (p<0.05)]. Diğer bozuklukların sıklığı cinsiyetler arasında anlamlı farklılık göstermedi (Tablo 1).

Tablo 1. Üst GI kanal fonksiyon bozukluklarının prevalansı

	Kadın n (%)	Erkek n (%)	Toplam n (%)
Özofageal bozukluklar	136 (35.3)	144 (33.9)	280 (34.6)
Globus	8 (2.1)	7 (1.6)	15 (1.9)
Ruminasyon sendromu	5 (1.3)	13 (3.1)	18 (2.2)
Fonksiyonel göğüs ağrısı	20 (5.2)	19 (4.5)	39 (4.8)
Fonksiyonel yanma	100 (26.0)	106 (24.9)	206 (25.4)
Fonksiyonel disfaji	11 (2.9)	13 (3.1)	24 (3.0)
Gastroduodenal bozukluklar	55 (14.3)	63 (14.8)	118 (14.6)
Fonksiyonel dispepsi	20 (5.2)	14 (3.3)	34 (4.2)
Ülser benzeri	12 (3.1)	6 (1.4)	18 (2.2)
Dismotilite benzeri	8 (2.1)	8 (1.9)	16 (2.0)
Aerofaji	32 (8.3)	46 (10.8)	78 (9.6)
Fonksiyonel kusma	8 (2.1)	4 (0.9)	12 (1.5)
Biliyer bozukluklar*	12 (3.1)	3 (0.7)	15 (1.9)
Safra kesesi disfonksiyonu*	10 (2.6)	3 (0.7)	13 (1.6)
Oddi sfinkteri disfonksiyonu	2 (0.5)	0 (0.0)	2 (0.2)
Herhangi bir FGİB	173 (44.9)	180 (42.4)	353 (43.6)
Multipl FGİB	35 (9.1)	38 (8.9)	73 (9.0)

*p<0.05

Yaş: Yaş ortalaması herhangi bir FGİB olanlarda 37.0±14.4, olmayanlarda 34.9±14.5 yıl (p<0.05) ve herhangi bir özofageal bozukluğu olanlarda 37.4±14.4, olmayanlarda 35.0±14.5 yıl idi (p<0.05). Bununla beraber, bireysel FGİB'lar arasında sadece globus ileri yaştakiler tarafından anlamlı olarak daha fazla rapor edildi (45.2±13.5 vs. 35.7±14.5; p<0.02). Gastroduodenal veya biliyer bozuklukların sıklığı farklı yaş gruplarında benzerdi.

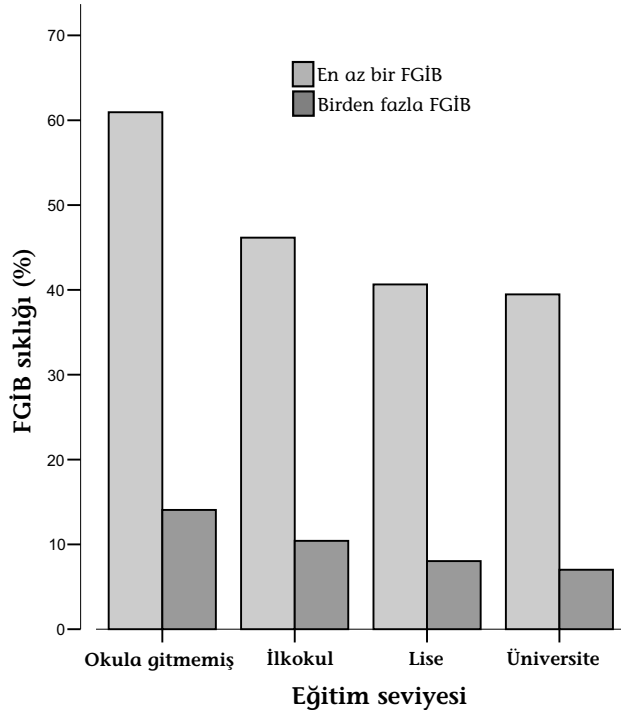
Vücut Kitle İndeksi: FGİB sıklığı VKİ ile doğru orantılı olarak arttı, ve bu başlıca özofageal semptomlardan kaynaklandı. Yüksek VKİ olanlar anlamlı olarak daha fazla özofageal semptomlar ve fonksiyonel yanma bildirdi (Tablo 2). Zayıf kişiler; normal, fazla kilolu veya obezlere göre daha fazla fonksiyonel dispepsi bildirmekle beraber, istatistik olarak anlamlı değildi (Tablo 2).

Eğitim Seviyesi, Sosyal ve Ekonomik Durum: Herhangi bir FGİB ile uyumlu semptom bildirme sıklığı hiç eğitim almamış kişilerde %60.9, ilköğretim mezunlarında %46.2, lise mezunlarında %40.6 ve üniversite mezunlarında %39.5 idi (p<0.02). Multipl FGİB sıklığı da düşük eğitimlilerde daha yüksekti, fakat istatistik olarak anlamlı değildi

Tablo 2. Bazı üst Gİ semptomlar ve vücut kitle indeksi arasındaki ilişki

Tanı	Zayıf (%)	Normal (%)	Fazla kilolu (%)	Obez (%)
Herhangi bir FGİB*	29.4	41.5	45.6	58.5
Multipl FGİB*	0.0	8.6	9.6	13.8
Özofageal**	14.7	32.9	37.6	47.7
Gastroduodenal	11.8	14.2	14.4	16.9
Fonksiyonel yanma*	8.8	24.4	28.0	33.8
Globus	0.0	1.4	2.0	6.2
Fonksiyonel dispepsi	8.8	3.7	4.0	3.1

*p<0.05 ve **p<0.01

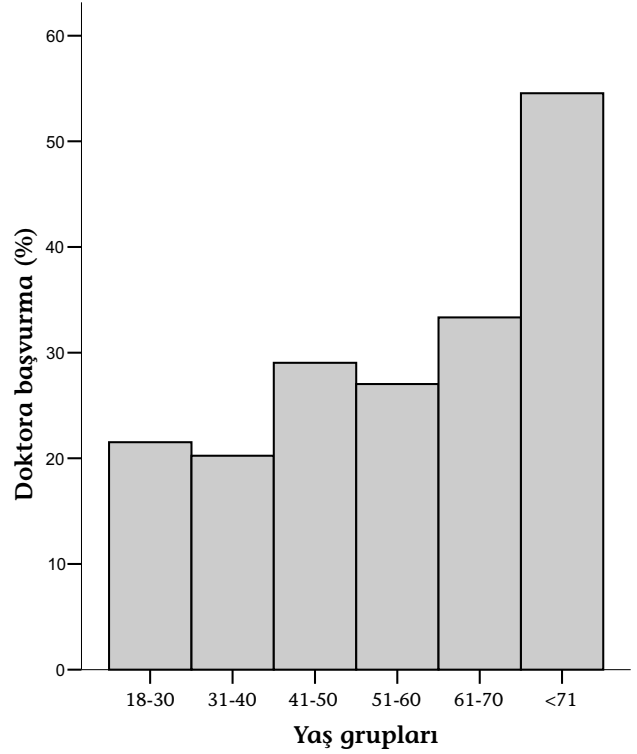


Şekil 1. Farklı eğitim seviyelerinde FGİB'ların prevalansı

(Şekil 1). Evlilik durumu, düzenli bir meslek sahibi olma durumu veya kişi başına aylık gelir seviyesi ile semptom sıklığı arasında bir ilişki yoktu.

Sağlık Yardımı Arama

Bir üst FGİB'u olan kişilerin %24.6'sı (n=87) önceki yıl içinde ilgili Gİ semptomları nedeniyle bir doktora başvurduğunu bildirdi. Birden fazla bozukluğu olanlarda doktora başvurma oranı tek bir bozukluğu olanlardan daha yüksekti (%32.9'a karşı %22.5; p<0.05). Kadınların %28.9'u, erkeklerin %20.6'sı doktora başvurmuştu (p<0.05). Doktora başvuranların yaş ortalaması başvurmayanlardan daha yüksekti [40.1±15.7 vs 36.0±13.8 (p<0.03)]. Konsültasyon oranı özellikle 70 yaşın üzerindeki kişilerde diğerlerinden daha yüksekti [%54.5'e karşı %23.7; (p<0.05)] (Şekil 2).



Şekil 2. Doktora başvurma ve yaş arasındaki ilişki

Sağlık yardımı arama oranı özofageal ve gastro-duodenal semptomlar nedeniyle %24.6 ve %26.3 iken, biliyer semptomlar nedeniyle %60 idi. Doktora başvuran ve başvurmayanlarda aylık ekonomik gelir ortalaması benzerdi. Bir sağlık güvencesi olanların %23'ü, olmayanların %16.1'i sağlık yardımı aramıştı, fakat fark anlamlı değildi. Sağlık yardımı arama ve eğitim seviyesi, evlilik durumu veya ailedeki kişi sayısı arasında ilişki yoktu.

Lojistik regresyon analizleri artan VKİ (OR=1.041, %95CI (1.001-1.082); p=0.043) ve düşük eğitim seviyesinin (OR=2.077, %95CI (1.065-4.052); p=0.032) bir FGİB'a sahip olmada bağımsız risk faktörleri olduğunu gösterdi. VKİ artışı ayrıca fonksiyonel yanma için bağımsız bir belirleyici idi (OR=1.050, %95CI (1.013-1.088); p=0.008). Üst Gİ semptomlar nedeniyle sağlık yardımı aramada sadece ileri yaş bağımsız belirleyici olarak ortaya çıktı (OR=1.019, %95CI (1.002-1.036); p=0.026).

TARTIŞMA

Bu çalışmada, Roma II kriterleri kullanılarak, bir Doğu Anadolu şehir toplumunda üst Gİ kanalın fonksiyonel bozukluklarının sıklığı ve sağlık yardımı arama davranışı ilk defa rapor edilmiştir. Çalışma popülasyonumuzun yaklaşık yarısı en az

bir, onda bir kadarı birden fazla FGİB ile uyumlu semptom bildirdi. Anatomik bölgelere göre FGİB'ların sıklığı özofageal %34.6, gastroduodenal %14.6 ve biliyer %1.9 idi. Özofagus kaynaklı olanlar başta olmak üzere, toplumumuzda üst GI kanalın fonksiyon bozuklukları endüstri toplumlarındaki kadar yaygındır (14, 15). Safra kesesi ile ilgili olanların kadınlarda daha sık olması dışında, üst GI kanal semptomları her iki cinsiyet arasında önemli bir farklılık göstermemektedir. Biz herhangi bir FGİB'u olanların yaş ortalamasını olmayanlardan daha yüksek bulduk ve bu başlıca özofageal semptomlardan kaynaklandı. Tersine, US householder çalışması ileri yaşlarda fonksiyonel GI semptomlarında bir azalma rapor etmiştir. Fakat yaşa bağlı nörodejeneratif değişiklikler enterik nervöz sistemi etkileyebilir ve yaşlı popülasyonda fonksiyonel GI semptomları seyrek değildir (9, 24, 25). Mesela, gençlerde daha sık olduğuna inanılan İBS benzeri semptomların ileri yaşta tekrar arttığı gösterilmiştir (26).

Çalışma popülasyonumuzun yaklaşık dörtte biri fonksiyonel yanma ile uyumlu semptomları bildirdi. Bu yüksek prevalans Kanada ve Birleşik Devletler'deki örneklerde de tespit edilmiştir (9, 15) (Sırasıyla %22.3 ve %32.6). Bununla beraber, Bor ve ark İzmir'de düşük gelir seviyeli bir popülasyonda "sık yanma" (haftada en az bir) prevalansını %10 gibi, daha düşük bildirmiştir (27). Bu farklılığın nedeni her iki çalışmada semptomların sorgulanmasıyla ilgili metod farklılığı olabilir. Çünkü sözü edilen çalışmada bizimkinden farklı olarak, anketler eğitilmiş sağlık personeli tarafından kişilerle yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur, ayrıca retrosternal yanmanın "haftada en az bir defa" olması ayrıca vurgulanmış olup, "sık reflü" tanısı için daha seçici olmuş olabilir (27). Dispepsinin yaygın bir şikayet olduğuna inanılmaktadır ve farklı tanı metodlarını kullanan çalışmalara göre sıklığı %12-45 gibi geniş bir aralıkta değişmektedir (16). Oysa bizim (%4.2) ve Roma kriterlerini kullanan diğer çalışmaların bulguları daha düşük bir dispepsi sıklığını göstermektedir (9, 15). Dispepsi karışık tabiatı nedeniyle iyi anlaşılmamış ve birçok çalışmada farklı tanımlanmış bir şikayettir. Önceki çalışmaların çoğu retrosternal yanmayı dispepsi tanımından dışlamamıştır (20, 21, 28-33). Oysa Roma II konsensüsü retrosternal yanmanın eşlik ettiği dispeptik hastaların neredeyse tamamını gastroözofageal reflü hastalığı olarak kabul eder (34). Bundan başka, kriterler dispepsinin ana semptomu olan üst abdominal ağrının

dışkılama alışkanlığında değişikliklerle beraber olmasını İBS olarak kategorize eder ve bu da sıklığın düşmesine katkıda bulunmaktadır (13). Dispepsi tanımında Roma II kriterlerinin katı bir algoritmaya sahip olması hastalığın sıklığının nispeten düşük bulunmasıyla ilişkili görünmektedir.

Çalışmamızın dikkat çekici bir bulgusu fonksiyonel yanma ve artmış VKİ arasında anlamlı bir ilişkinin olmasıdır. Fonksiyonel yanma, artmış intraabdominal basınç nedeniyle obezlerde daha sık olan gastroözofageal reflü hastalığından farklı olarak, patolojik asid reflüsüne bağlı değildir (2, 35). Bununla beraber, patolojik olmayan reflü ataklarının varlığı fonksiyonel yanma tanısından uzaklaştırılmaz ve fonksiyonel yanmanın spesifik semptomlarını ortaya koyan delile dayalı bilgi olmadığından, Roma II kriterleri patolojik nedenlere bağlı olmadıkça retrosternal yanmalı bütün kişileri fonksiyonel olarak kabul eder (19). Bizim retrosternal yanma ve obezite arasında bulduğumuz pozitif ilişki, obezitenin reflü ataklarını artırarak fonksiyonel yanma sıklığını etkileyebileceğini göstermektedir.

Bu çalışmanın önemli bir bulgusu düşük eğitim seviyesi ve daha fazla GI semptom bildirilmesi arasındaki bağlantıdır. Böyle bir bağlantı daha önce benzer bir popülasyonda yaptığımız bir İBS prevalansı çalışmasında (36) ve birkaç batı çalışmasında da rapor edilmişti (14, 16). Bu beraberliğin nedeni açık değildir, fakat düşük eğitim seviyesinin psikososyal etkilerinin rolü düşünülebilir. Biz eğitim dışındaki sosyal ve ekonomik faktörlerin, GI semptomların bildirilmesinin sıklığını doğrudan etkilemediğini gözledik. Gerçekten, Avrupa ve Japonya'ya içine alan çok merkezli bir çalışma, sosyoekonomik faktörlerin kendilerinden çok, psikolojik faktörlerin üst GI semptomlarla ilişkili olduğunu göstermiştir (37). Çalışmamızda psikolojik faktörlerin ölçülmemiş olması düşük eğitim ve psikolojik stres arasında muhtemel bir ilişkinin araştırılmasını sınırlamıştır.

Bu çalışma, toplumumuzda diğer batı toplumlarında olduğu gibi, GI semptomları nedeniyle doktora başvurma oranının düşük olduğunu gösterdi (9, 17, 20, 21, 23). Genel eğilimin tersine, Avustralya'da GI semptomları nedeniyle doktor viziti oranı %62 gibi daha yüksek bildirilmiştir, fakat o çalışmada başka şikayetler veya reçete yenileme nedeniyle başvurular dışlanmamıştır (14). Biz konsültasyon nedenlerini GI semptomlarıyla sınırladık ve reçete yenileme veya kontrol için ziyaret tekrarlarını hesaba katmadık. Bir sağlık sigortası

veya düzenli işi olanlar, istatistik olarak anlamlı olmasa da, daha fazla sağlık yardımı aramıştı, fakat doktora başvurma ve ekonomik seviye arasında anlamlı bir ilişki yoktu. Gİ semptomlar nedeniyle sağlık yardımı arama ve kadın cinsiyet çok sayıda semptomu sahip olma veya ileri yaş arasında bir ilişki bildirilmiştir (14, 19-21, 23). Benzer şekilde, bulgularımız sağlık yardımı aramanın sayılan faktörlerle anlamlı olarak ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Çalışmamız her bir semptom için doktora başvurmayı hesaplamamıştır, fakat biliyer semptomları olanların doktora başvurma oranının özofageal veya gastroduodenal bozukluğu

olanlardan yüksek olması dikkat çekiciydi. Diğer semptomlara göre biliyer ağrının daha şiddetli ve uzun süreli olması doktora başvurmada daha güçlü bir etken olabilir.

Sonuç olarak, toplumumuzda üst Gİ kanalın fonksiyonel bozuklukları batı toplumları kadar siktir. Düşük eğitim seviyesi daha fazla Gİ semptom bildirme ile yakın ilişkilidir. Obezite fonksiyonel yanma için bir risk faktörü olarak ortaya çıkmıştır. Toplumumuzda kronik veya tekrarlayan Gİ semptomlar nedeniyle sağlık yardımı arama oranı düşüktür ve doktora başvurmada ileri yaş en önemli belirleyicidir.

KAYNAKLAR

1. Heading RC. Prevalence of upper gastrointestinal symptoms in the general population: A systematic review. *Scand J Gastroenterol Suppl* 1999; 231: 3-8.
2. Stanghellini V. Three-month prevalence rates of gastrointestinal symptoms and the influence of demographic factors: results from the domestic/International Gastroenterology Surveillance Study (DIGEST). *Scand J Gastroenterol Suppl* 1999; 231: 20-8.
3. Camilleri M, Dubois D, Coulie B, et al. Prevalence and socioeconomic impact of upper gastrointestinal disorders in the United States: results of the US Upper Gastrointestinal Study. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2005; 3: 543-52.
4. Shaib Y, El-Serag HB. The prevalence and risk factors of functional dyspepsia in a multiethnic population in the United States. *Am J Gastroenterol* 2004; 99: 2210-6.
5. Bytzer P, Hansen JM, Schaffalitzky de Muckadell OB. Empirical H2-blocker therapy or prompt endoscopy in management of dyspepsia. *Lancet* 1994; 343: 811-6.
6. Heikkinen M, Pikkarainen P, Takala J, et al. Etiology of dyspepsia: four hundred unselected consecutive patients in general practice. *Scand J Gastroenterol* 1995; 30: 519-23.
7. Kwan AC, Bao TN, Chakkaphak S, et al. Validation of Rome II criteria for functional gastrointestinal disorders by factor analysis of symptoms in Asian patient sample. *J Gastroenterol Hepatol* 2003; 18: 796-802.
8. Corazzari E. Definition and epidemiology of functional gastrointestinal disorders. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2004; 18: 613-31.
9. Drossman DA, Li Z, Andruzzi E, et al. U. S. householder survey of functional gastrointestinal disorders. Prevalence, sociodemography, and health impact. *Dig Dis Sci* 1993; 38: 1569-80.
10. Harvey RF, Salih SY, Read AE. Organic and functional disorders in 2000 gastroenterology outpatients. *Lancet* 1983; 1: 632-4.
11. Read L, Pass TM, Komaroff AL. Diagnosis and treatment of dyspepsia. A cost-effectiveness analysis. *Med Decis Making* 1982; 2: 415-38.
12. de la Loge C, Trudeau E, Marquis P, et al. Cross-cultural development and validation of a patient self-administered questionnaire to assess quality of life in upper gastrointestinal disorders: the PAGI-QOL. *Qual Life Res* 2004; 13: 1751-62.
13. Drossman DA, Corazzari E, Talley NJ, et al. Appendix B. The Rome II Modular Questionnaire. In: Drossman DA, Corazzari, J Talley, WG Thompson, WE Whitehead, eds. *The Functional Gastrointestinal Disorders*. McLean Virginia: Degnon 2000; 670-88.
14. Koloski NA, Talley NJ, Boyce PM. Epidemiology and health care seeking in the functional GI disorders: a population-based study. *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 2290-9.
15. Thompson WG, Irvine EJ, Pare P, et al. Functional gastrointestinal disorders in Canada: first population-based survey using Rome II criteria with suggestions for improving the questionnaire. *Dig Dis Sci* 2002; 47: 225-35.
16. Westbrook JI, McIntosh JH, Talley NJ. The impact of dyspepsia definition on prevalence estimates: considerations for future researchers. *Scand J Gastroenterol* 2000; 35: 227-33.
17. Gaburri M, Bassotti G, Bacci G, et al. Functional gut disorders and health care seeking behavior in an Italian non-patient population. *Recenti Prog Med* 1989; 80: 241-4.
18. Welch GW, Pomare EW. Functional gastrointestinal symptoms in a Wellington community sample. *N Z Med J* 1990; 103: 418-20.
19. Clouse RE, Richter JE, Heading RC, et al. Functional esophageal disorders. *Gut* 1999; 45: II31-6.
20. Jones RH, Lydeard SE, Hobbs fonksiyonel dispepsi et al. Dyspepsia in England and Scotland. *Gut* 1990; 31: 401-5.
21. Jones R, Lydeard S. Prevalence of symptoms of dyspepsia in the community. *BMJ* 1989; 298: 30-2.
22. Cheng C. Seeking medical consultation: perceptual and behavioral characteristics distinguishing consulters and nonconsulters with functional dyspepsia. *Psychosom Med* 2000; 62: 844-52.
23. Heaton KW, O'Donnell LJ, Braddon FE, et al. Symptoms of irritable bowel syndrome in a British urban community: consulters and nonconsulters. *Gastroenterology* 1992; 102: 1962-7.
24. Wade PR, Cowen T. Neurodegeneration: a key factor in the ageing gut. *Neurogastroenterol Motil* 2004; 16: 19-23.
25. Hafter E. Functional digestive troubles in old age. *Aktuelle Gerontol* 1977; 7: 147-9.
26. Talley NJ, Zinsmeister AR, Melton RJ. 3rd. Irritable bowel syndrome in a community: symptom subgroups, and health care utilization. *Am J Epidemiol* 1995; 142: 76-83.
27. Bor S, Mandiracioglu A, Kitapcioglu G, et al. Gastroesophageal reflux disease in a low-income region in Turkey. *Am J Gastroenterol* 2005; 100: 759-65.
28. Talley NJ, Boyce P, Jones M. Identification of distinct upper and lower gastrointestinal symptom groupings in an urban population. *Gut* 1998; 42: 690-5.

Fonksiyonel üst GI kanal bozukluklarının prevalansı

29. Kennedy TM, Jones RH, Hungin AP, et al. Irritable bowel syndrome, gastro-oesophageal reflux, and bronchial hyper-responsiveness in the general population. *Gut* 1998; 43: 770-4.
30. Bernersen B, Johnsen R, Straume B. Non-ulcer dyspepsia and peptic ulcer: the distribution in a population and their relation to risk factors. *Gut* 1996; 38: 822-5.
31. Penston JG, Pounder RE. A survey of dyspepsia in Great Britain. *Aliment Pharmacol Ther* 1996; 10: 83-9.
32. Kay L, Jorgensen T. Epidemiology of upper dyspepsia in a random population. Prevalence, incidence, natural history, and risk factors. *Scand J Gastroenterol* 1994; 29: 2-6.
33. Talley NJ, Zinsmeister AR, Schleck CD, et al. Dyspepsia and dyspepsia subgroups: a population-based study. *Gastroenterology* 1992; 102: 1259-68.
34. Talley NJ, Stanghellini V, Heading RC, et al. Functional gastroduodenal disorders. *Gut* 1999; 45: II37-42.
35. Kahrilas PJ. Review article: gastro-oesophageal reflux disease as a functional gastrointestinal disorder. *Aliment Pharmacol Ther* 2004; 20: 50-5.
36. Celebi S, Acik Y, Deveci SE, et al. Epidemiological features of irritable bowel syndrome in a Turkish urban society. *J Gastroenterol Hepatol* 2004; 19: 738-43.
37. Stanghellini V. Relationship between upper gastrointestinal symptoms and lifestyle, psychosocial factors and comorbidity in the general population: results from the Domestic/International Gastroenterology Surveillance Study (DIGEST). *Scand J Gastroenterol Suppl* 1999; 231: 29-37.