

Aile hekimliği polikliniğine başvuran kadınlarda demir eksikliği anemisi ve gestasyon öyküsü ilişkisi

The relationship between iron deficiency anemia and gestational status in women

Özgür ERDEM¹,
Gamze ERTEN BUCAKTEPE²,
İsmail Hamdi KARA³

^{1,2,3} Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile
Hekimliği Anabilim Dalı,
DİYARBAKIR

E-posta: dr.oerdem@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received: 04.12.2008,
Kabul Tarihi / Accepted: 20.01.2009,
Copyright © Dicle Tıp Dergisi 2009

ÖZET

Bu çalışmada kadınlarda demir eksikliği anemisinin, gestasyon öyküsü (gravida, parite, abortus ve yaşayan çocuk sayısı) ile ilişkisinin incelenmesi amaçlandı. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD'na iki aylık (Eylül-Ekim 2007) dönemde başvuran kadın hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların hematokrit, hemoglobin, demir, serum demir bağlama kapasitesi, yaş, gebelik sayısı (gravida), doğum sayısı (parite) ve düşük sayısı (abortus) kaydedildi. Transferin saturasyon indeksi %20'nin altında olanlar ile hematokriti %35'in altında olanlar anemi olarak değerlendirildi.

Çalışmaya alınan hastaların %23,1'inde anemi tespit edildi. %76,9'u normal olarak değerlendirildi. Anemi; gravidası ≤ 3 olanlarda %26.7 iken, >3 olanlarda %73.3 oranında idi. Anemi saptanmayanlarda; gravida ≤ 3 olanlar %68 olup, >3 olanlar ise %32 oranında idi ($p=0.037$).

Bu çalışmada gravida ve paritesi yüksek olan kadınlarda demir eksikliği anemisinin arttığı saptanmıştır. Dolayısıyla kadınlarda anemiyi önlemek amacı ile etkili aile planlaması yöntemleri kullanılmalıdır. Kadınlar bu konuda uyarılmalı ve gebelik dışında da demir desteği sağlanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Demir eksikliği anemisi, gravida, parite

ABSTRACT

In this study, we aimed to investigate the relationship between iron deficiency anemia and gestational status (gravida, parity, abortus and living child) in women.

Data of female patients who referring to Family Practice Department of Dicle University Medical Faculty in two months period (September, October 2007) was surveyed retrospectively. Hemoglobin, hematocryte, iron, binding capacity of iron in serum, age, gravidity, parity and abortion of patients were recorded. Whose transferring saturation index below 20 percent and hematocryte below 35 percent were considered as anemia.

Of 65 patients taken part into the study, 23.1% were anemic and 76.9% were normal. Anemia was detected 26.7% of the patients whose gravidities were ≤ 3 , while among patients, having gravidities >3 , anemic patients were 73.3%. These ratios were 68% and 32% respectively, between no anemic patients ($p=0.037$).

In this study, iron deficiency anemia has been detected more frequently by increasing gravidity and parity among women. Therefore in order to prevent anemia in women, effective family planning methods have to be used; ladies must be informed and heedful about iron deficiency anemia and iron deficiency monitoring as well as iron supplement therapy must be performed not only during pregnancy.

Keywords: Iron deficiency anemia, gravidity, parity

GİRİŞ

Günümüzde dünyada iki milyar insanda vitamin ve mineral yetersizliğine bağlı sorunlar görülmektedir. Bu sorunların en sık görülenleri ise, demir eksikliği anemisi, iyot eksikliği hastalıkları ve vitamin A yetersizliğidir¹.

Demir eksikliği anemisi günümüzde en sık görülen halk sağlığı sorunlarından birisidir. Gelişmekte olan ülkelerde yaşayan 3,5 milyar insanda demir eksikliğine bağlı anemi görülmektedir. Tüm yaş grupları için yaşamsal önem taşıyan demir eksikliği anemisi özellikle doğurganlık çağındaki kadınların sağlığını etkilemekte, çalışma kapasitesini sınırlamakta, bebek ve anne ölümlerine neden olmaktadır. Demir eksikliği sorunu önlenmediği ve/ya kontrol altına alınmadığı zaman sağlık sistemini etkilemesi, çocuklarda bilişsel yetenekleri engellemesi, yetişkinlerde ise üretkenliği düşürmesi nedeniyle ülke ekonomisine büyük yük getirmektedir².

Aneminin görülme sıklığı, sosyal, ekonomik ve coğrafi özelliklerden de etkilenir. Bu nedenle anemi, gelişmekte olan ülkelerin yanı sıra gelişmiş ülkeler için de bir halk sağlığı sorunu olup^{3,4} tüm dünyada çocuk ve genç sağlığı açısından önemli bir problem olmaya devam etmektedir⁵. Gelişmiş ülkelerde bile bazı popülasyonlarda demir eksikliği anemisi %11-30 oranında görülmektedir⁶. Anemi ülkemiz için de önemli bir halk sağlığı sorunudur⁷. Anemi nedenleri arasında %90 ile demir eksikliği ilk sırayı almaktadır⁸. Demir eksikliği en çok beslenmesi yetersiz, paritesi yüksek, menstrüel düzensizlikleri olan kadınları etkilemektedir⁴. Ekonomik analizler demir yetersizliği anemisinin düşük maliyetle önlenemediğini göstermektedir².

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD'da yapılan bu çalışmada ülkemizde ve özellikle de Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde gravida ve paritenin yüksek olması göz önüne alındığında, demir eksikliği anemisinin gestasyon öyküsü ile ilişkisinin incelenmesi amaçlandı. Böylece bireylerin maruz kaldığı sağlık risklerinin, iyi bir danışmanlık (etkili kontrasepsiyon yöntemlerinin anlatılması gibi), erken teşhis ve tedavi (demir replasmanı gibi) ile birinci basamakta anlamlı bir şekilde önlenebileceğine dikkat çekilmek istendi.

GEREÇ VE YÖNTEM

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD polikliniğine iki aylık (Eylül-Ekim 2007) dönemde başvuran kadın hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. 65 kadının verilerine ulaşıldı. Hastaların hematokrit (Hct), hemoglobin (Hb), demir (Fe), serum demir bağlama kapasitesi (SDBK), yaş, gestasyon öyküsü (gravida, parite, abortus ve yaşayan çocuk sayısı) kaydedildi. Gravidası; ≤ 3 olanlar bir gruba, > 3 olanlar ikinci gruba, abortus sayısı; ≤ 2 olanlar bir gruba, > 2 olanlar diğer gruba, yaşı; < 49 olanlar ile ≥ 49 olanlar ayrı iki gruba dahil edildi. Transferin saturasyon indeksi (TSI) = $\text{Fe} / \text{SDBK} \times 100$ formülü kullanılarak hesaplandı. TSI %20'nin altında olanlar ile Hct'i %35'in altında olanlar anemik olarak değerlendirildi.

İstatistiksel analizler: Analizlerde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 12.0 PC programı kullanıldı. İki bağımsız grubun karşılaştırılması ise student t test ile yapıldı. Kategorik değişkenlerin analizinde Ki-kare testi (ve/veya Fisher's exact test) kullanıldı. Sonuçlar Ortalama \pm SD olarak verildi, $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya alınan hastaların (n=65) %23,1'inde (n=15) anemi tespit edildi. %76,9'u (n=50) normal olarak değerlendirildi. Anemi; gravidası ≤ 3 olanlarda %26.7 (n=4) iken, > 3 olanlarda ise %73.3 (n=11) oranında idi. Anemi saptanmayanlarda; gravidası ≤ 3 olanlar %68 (n=34) olup, > 3 olanlar %32 (n=16) oranında idi (p=0.037) (Tablo 1). Gruplar arasında yaş, abortus, yaşayan çocuk sayısı ve SDBK açısından istatistiksel bir fark mevcut değildi. Gravida; anemisi olanlarda ort. $4,8 \pm 3,7$; olmayanlarda ort. $2,7 \pm 3,2$ olup istatistiksel olarak anlamlı idi (p=0.039). Parite; anemisi olanlarda ort. $4,0 \pm 3,7$ olmayanlarda ort. $2,1 \pm 3,0$ olup istatistiksel olarak anlamlı idi (p=0.048). Serum demiri; anemisi olanlarda ort. $43,5 \pm 20,0$ mg/dL olmayanlarda ort. $64,9 \pm 30,3$ mg/dL idi (p=0.013). TSI, anemisi olanlarda % $16,3 \pm 10,8$ olup; olmayanlarda % $24,7 \pm 14,5$ idi (p=0.042)

Tablo 1. Olguların gestasyonel statüsü, yaş durumuna göre anemi sınıflaması, n (%).

Parametre	Anemi +	Anemi -	P
Gravida <3	4 (26.7)	34 (68.0)	0.037
>3	11 (73.3)	16 (32.0)	
Abortus <2	12 (80.0)	44 (88.0)	0.140
>2	3 (20.0)	6 (12.0)	
TSİ (%) <20	10 (66.6)	21 (42.0)	0.083
>20	5 (33.3)	29 (58.0)	
Yaş <49	13 (86.7)	44 (88.0)	0.597
>49	2 (13.3)	6 (12.0)	
Toplam	15	50	

Tablo 2. Olguların demografik özelliklerine göre anemi sınıflaması.

	Anemi +	Anemi -	P
Yaş (yıl)	34.8±14.3	34.4±13.3	0.903
Gravida	4.8±3.7	2.7±3.2	0.039
Parite	4.0±3.7	2.1±3.0	0.048
Abortus	0.7±1.2	0.5±0.8	0.393
Yaşayan	3.4±2.9	1.9±2.6	0.060
Fe (mg/dL)	43.5±20.0	64.9±30.3	0.013
SDBK	312.7±82.1	289.8±62.1	0.524
TSİ (%)	16.3±10.8	24.7±14.5	0.042

TARTIŞMA

Dünya sağlık örgütü (DSÖ) ölçütlerine göre dünyada 2.170 milyon kişi anemiktir (erkek, kadın ve çocuklar)⁹. Anemi prevalansı gelişmekte olan ülkelerde gelişmiş ülkelerden yüksektir. Bu oran DSÖ'ye göre, Avrupa'da %14, Türkiye'de %25'tir¹⁰. Yüksek risk grubu içerisinde doğurganlık çağına olan ve adet dönemi nedeniyle kan kaybı olan kadınlar öne çıkmaktadır¹¹. Genellikle kadınların demir depoları daha azdır. Menstruasyonla kaybedilen kan miktarı siklus başına 80 ml'yi aştığı zaman klinik olarak demir eksikliği ortaya çıkmaktadır¹². Dolayısıyla gravida ve parite yüksekliğine iki gebelik arasındaki sürenin de kısalması eklenince lohusalık süresi doğal olarak uzamakta ve sıklaşmaktadır. Bunun üzerine ara kanamaların olması ve adet düzensizlikleri de eklenince kaybedilen kan miktarı artmaktadır. Düşük sosyo-ekonomik ve kültürel seviye, dengesiz-yetersiz ve bilinçsiz beslenme ile yüksek gravida ve parite çoğu zaman bir kısır döngü halini almaktadır. Bu kısır döngü ancak birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan doktorların; anne ve gebelerin eğitiminde aktif olarak görev almalarının ve beslenme konularında bilgilendirilmelerin sağlanması ile kırılabilir².

Anemi, klinik pratikte periferik kanda Hb ya da Hct değerlerinin ölçümü ile tespit edilir¹³. Bizde çalışmamızda Hct ve Hb değerlerini inceledik. Demir eksikliği açısından da TSI hesapladık. Fertil çağıdaki kadınlarla ilgili yapılan bir çalışmada kontrol grubunda anemi oranı %30,4 en düşük serum demir ortalaması 60,82±36,12 mg/dL olarak saptanmıştır¹¹. Harma ve

ark.'nın¹⁴ yaptığı çalışmada gebelerde anemi sıklığı %28.8 olup bu oran multiparlarda %20.6 olarak saptanmıştır. Çocukların ağırlıkta olduğu bir grup üzerinde yapılan çalışmada (2.1-6.0 yaş, 6.1-14.0 yaş, >14.0 yaş) anemi prevalansı birbirine yakın olup yaklaşık %30 dolaylarında bulunmuştur¹⁵. Bizim çalışmamızda ise kadınların %23.1'inde anemi tespit edildi. Serum Fe ortalaması; anemisi olanlarda (43,5±20,0 mg/dL), olmayanlardan (64,9±30,3 mg/dL) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu (p=0.013). Bu oran literatürle de uyumludur.

Gebe kadınlarda Şahin ve ark.'nın¹⁶ yaptığı çalışmada; Hb değerleri, yaşayan çocuk sayısı ve gebelik sayısı artıp, gebelik aralığı kısaldıkça anlamlı olarak düşmekteydi. Bizim çalışmamızda anemi; gravidası ≤3 olanlarda %26.7 iken, >3 olanlarda %73.3 oranındaydı. Anemi saptanmayanlarda; gravida ≤3 olanlar %68 olup, >3 olanlar %32 oranında idi (p=0.037) (Tablo 1). Bu da gravida ve paritenin artması ile demir eksikliği anemisinin arttığını ortaya koymaktadır. Demireksikliği anemisinin önlenmesinde beş temel uygulama önem taşımaktadır. Bu uygulamalar sırasıyla prevalansın saptanması, beslenme eğitimi, demir desteği verilmesi, viral, bakteriyel ve parazit hastalıklarının kontrolü ve demirle besinlerin zenginleştirilmesi gibi aktivitelerdir. Doğurganlık çağına kadınlarda eğer anemi prevalansı <%40 ise günde 60 mg (elemental) demir ve 400 mcg folik asit içeren tabletlerin kullanımı ile 6 ayda Hb düzeylerinin yükseldiği ülke deneyimlerine dayalı olarak vurgulanmaktadır. Eğer anemi prevalansı ≥%40 ise, gebelikte 6 ay ve postpartum 3 ay süre ile tabletlerin kullanılması önerilmektedir².

Sonuç olarak, kadın sağlığını olumsuz yönde etkileyen aneminin yaygınlığının bilinmesine rağmen etyolojik nedenlerle ilgili çalışmalar yetersizdir. Etiyolojik faktörlerin tespit edilmesi ve bu olası nedenlerin ortadan kaldırılması veya koruyucu önlemler alınması durumunda anemi sonucunda meydana gelebilecek olası komplikasyonların da önüne geçilmiş olacaktır. Bu anlamda birinci basamak hekimlerine çok iş düşmektedir. Gravida ve paritesi artan kadınlarda Fe eksikliği anemisinin arttığı çalışmamızda bir kez daha ortaya konmuştur. Dolayısıyla doğurgan çağdaki kadınlarda anemiyi önlemek amacı ile etkili aile planlaması yöntemleri kullanılmalı, gebelikler arasındaki süre uzatılmalı ve gebelik dışındaki zamanlarda da jinekolojik danışmanlık ve demir desteği sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Pekcan G. Vitamin ve mineral yetersizliğinin önlenmesinde besin desteği çalışmaları. 1.Ulusal ana çocuk sağlığı kongresi. Ankara 2001;225-238.
2. T.C. Sağlık bakanlığı ana çocuk sağlığı ve aile planlaması genel müdürlüğü. Emzirmenin korunması, özendirilmesi, desteklenmesi ile demir yetersizliği anemisinin önlenmesi ve kontrolü. Ankara, 2004;4-8.
3. Dugdale M. Anemia. *Obstet Gynecol Clin Nort Am* 2001;28:363-81.
4. Lee GR. Iron deficiency and iron deficiency anemia. Ed. Lee GR, Bithell TC, Foerster J, Athens JW, Lukens JN. *Wintrobe's Clinical Hematology*. 9. Ed. Lea&Febiger Philadelphia London 1993.
5. Hoffbrand AV, Herbert V. Nutritional anemias. *Semin Hematol* 1999; 36:13-23.
6. Fairbanks VF, Beutler E. Iron Deficiency. In: Beutler E, Lichtman MA, Coller BS. et al. editors. *Williams Hematology*, Sixth edition. New York, McGraw-Hill 2001:447-70.
7. T.C. Başbakanlık devlet planlama teşkilatı ulusal gıda ve beslenme stratejisi çalışma grubu raporu. 2003, DPT:2670.
8. WHO. Diet nutrition and the prevention of chronic diseases. WHO Technical Report Series. Geneva 1990;7.
9. The prevalence of anemia in women. A tabulation of available information. 2nd edition, WHO, Geneva, 1992.
10. Royston E. The prevalence of nutritional anemia in women in developing countries. Critical review of available information. *World Health Statistics* 1982;25:94-115.
11. Karagüzel N. Fertil çağdaki kadınlarda kontraseptif yöntemler ve anemi ilişkisi. (Uzmanlık Tezi) Tez Danışmanı: Doç. Dr. E. Zeynep Vural Tuzcular İstanbul 2006;36-71-72.
12. Effects of cotraceptives on hemoglobin and ferritin. Task Force for Epidemiological Research on Reproductive Health, United Nations Development Programme/United Nations Population Found/ World Bank Special Programme of Research Training in Human Reproduction, World Health Organization, Geneva, Switzerland. *Contraception* 1998;58:262-73.
13. Haznedaroğlu İ.C. Erişkinlerde demir eksikliği anemisi. *Hacettepe Tıp Derg* 1998;29(3):79.
14. Harma M, Harma M, Yurtseven Ş, Demir N. Multipar gebe kadınlarda anemi sıklığı. *T Klin J Gynecol Obstet* 2004;2-14.
15. Çetin E, Aydın A. İstanbul'da yaşayan çocuk ve adolesanlarda anemi prevalansı ve anemilerin morfolojik dağılımı. *Türk Pediatri Arşivi* 1999;34:29-38.
16. Şahin A, Şahin G, Bayraklı B. Göçmen gebelerde anemi prevalansı. *Türk Aile Hek Derg* 2003;7:63-6.