

Klinik Çalışma

0-1 Yaş Arası Bebeklerde Demir Profilaksisi Kullanımı ve Uyumu

Özlem Suvak

Özet

Amaç: Demir eksikliği 0–12 aylık bebeklerde sık görülen ve önlem alınmadığında ciddi sorunlara yol açabilen önemli bir sağlık sorunudur. Bu çalışmanın amacı, 0-1 yaş bebeklerde oral demir profilaksisi kullanım durumu, profilaksiye uyumu ve yan etkilerinin değerlendirilmesidir.

Metod: Ankara’da Ocak 2011-Aralık 2012 tarihleri arasında Keçiören Aşağıeğlence Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran ve demir profilaksisi verilen 0-1 yaş arası sağlıklı bebeklerin ailelerine anket soruları yöneltildi.

Bulgular: Yan etki görülenlerin %42.1’i erkek iken %57.9’u kadın idi. İlaçları önerilen doz ve şekilde kullanıp kullanmadıkları ile yan etki sıklığı değerlendirildiğinde doz uyumu olan grupta, olmayan grup arasında anlamlı fark izlenmedi. Bebeklerde en fazla görülen yan etki ağızda kötü tat, kusma ve kabızlık olarak saptandı.

Sonuç: Sonuç olarak ülkemiz gibi demir eksikliği anemisi insidansının yüksek olduğu ülkelerde etkin ve uygulanması kolay olan demir profilaksisinin kullanımı tercih edilebilir.

Anahtar kelimeler: Demir eksikliği, demir eksikliği anemisi, oral demir profilaksisi

Demir, eritosit yapımı ve protein sentezi gibi yaşamsal fonksiyonlarda gerekli önemli bir elementtir. Demir eksikliği, aneminin yanı sıra sistemik semptomlara da yol açar. Yaşamın 6. ayından itibaren hızlı büyüme ve yetersiz alım nedeniyle demir eksikliği gelişir. Erken dönemde anemi gelişmeden iştahsızlık, halsizlik, büyüme-gelişme geriliği, huzursuzluk ve uyku bozukluğu gibi semptomlar olabilir. Demir eksikliği anemisi (DEA); demir eksikliği sonucu hemoglobün (Hb) konsantrasyonunun azalmasıdır. Tüm yaş gruplarında aneminin en sık sebebi demir eksikliğidir. En önemli anemi göstergeleri de demir depolarının boşalmasına bağlı Hb ve hematokrit seviyesinde azalmadır. Demir metabolizmasında, depo demirinin bittiği ancak henüz hematolojik parametrelerin normal olduğu durum olarak da bilinen demir eksikliği, iki yaşından küçük çocukların %9’unda, adolesan kızların % 9-11’inde ve adolesan erkeklerin % 1’inde görülür. DEA ise iki yaşından küçük çocukların % 3’ünde, adolesan kızların % 3’ünden fazlasında ve adolesan erkeklerin % 1’inden azında görülmektedir (1). Prematüre ve düşük

doğum ağırlıklı bebekler, 1 yaşından önce inek sütü başlanan ve günlük süt tüketimi 500 ml’den fazla olanlar, öyküsünden demirden zengin gıdaları az aldığı belirlenen çocuklar, altta yatan kronik hastalığı olan çocuklar DE açısından risk altındadır (2).

Sağlık Bakanlığı DEA önleme ile ilgili olarak; doğumdan sonraki ilk 4–6 ay anne sütünün yeterli olduğunu, 4 aydan sonra ise demir destek tedavisi verilmesini önermektedir. Buna göre miadında doğan bebeklere 4 aydan sonra, 1 mg/kg/gün dozunda; prematüre ve 2500 g altında doğan bebeklere 2 aydan sonra 2 mg/kg/gün dozunda elementer demir içeren damlalar başlanarak, 1 yaşına kadar demir profilaksisine devam edilmesi önerilmektedir.

Bu çalışmada, 0-1 yaş arası bebeklerde profilaktik demir tedavisine hasta uyumu ve görülen yan etkilerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Ankara’da Ocak 2011-Aralık 2012 tarihleri arasında Keçiören Aşağıeğlence Aile Sağlığı merkezlerine başvuran ve Sağlık Bakanlığı önerilerine göre demir profilaksisi verilen 0-1 yaş arası sağlıklı bebeklerin anneleriyle yüz yüze görüşerek Tablo 1’de belirtilen anket uygulaması yapıldı. Tüm bebeklere ferröz sülfat 1 mg/kg/gün dozla başlandı. Yan etki nedeniyle ferröz formunu tolere edemeyen bebeklere ferrik formu preparatlara geçildi.

Keçiören Aile Sağlığı Merkezi, Ankara, Türkiye

Yazışma Adresi: Özlem Suvak, M.D.

Telefon: 05054962397

E-mail: ozlemsuvak@gmail.com

Makalenin Geliş Tarihi: 26.06.2014

Makalenin Kabul Tarihi: 08.07.2014

Tablo 1. Uygulanan anket formu

T.C.SAĞLIK BAKANLIĞI KEÇİÖREN AŞAĞIEĞLENCE AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ 0-12 AY BEBEKLERDE ANEMİ PROFİLAKSİ ANKETİ	
1.Bebeğin ad-soyadı:	
2.Cinsiyet:	
1.Erkek	2.Kız
3.Bebeğiniz kaç aylık:	
4.Bebeğinize bir hekim tarafından demir ilacı kullanmanız önerildi mi?	
1.Evet	2.Hayır
5.Demir ilacı kullanıyor musunuz?	
1.Evet	2.Hayır
6. Kullanıyorsanız kaç gün/aylıkken başladınız?	
7. Doktorunuz tarafından önerilen doza uyuyor musunuz?	
1.Evet	2.Hayır
8.Bebeğiniz damlayı aldıktan sonra herhangi bir yan etki oldu mu?	
1.Evet	2.Hayır
9.Yan etki	
1.Kötü tat	
2.Kusma	
3.İshal	
4.Kabızlık	
5.Dişlerde renk değişikliği	
6.Diğer	
10.Yan etki nedeniyle başka ilaca geçildi mi?	
1.Evet	2.Hayır

Anketlerin istatistik analizinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 16.versiyondan yararlanılmış olup, verilerin değerlendirilmesinde Ki kare testi kullanıldı. İstatistik analizde $p < 0,05$ değeri anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Ankara'da Ocak 2011-Aralık 2012 tarihleri arasında takibi yapılan 132 bebekten 1 bebeğe daha önceden bilinen talasemi majör hastalığı nedeniyle demir profilaksisi verilmedi. Demir profilaksisi verilen 131 bebekten 2 bebek ailesinin görev yerinin değişmesi, 4 bebek annesinin ankete katılmayı reddetmesi nedeniyle toplamda ankete katılmayı kabul eden 125 bebeğin annesiyle yüz yüze görüşüldü. Çalışmaya miadında doğan ve prematüre bebekler dahil edildi. Çalışmaya demir tedavisine bilinen kontrendike durumu olanlar, çalışmaya katılmak istemeyen anneler ve adres değişikliği nedeniyle takibi yapılamayacak olanlar alınmadı. Çalışmaya alınan bebeklerin demografik özellikleri Tablo 2'de gösterilmiştir.

Bebek cinsiyetlerine göre yan etki sıklığı incelendiğinde; yan etki görülenlerin %42.1'i

erkek iken, %57.9'u kadın idi. Yan etki ile cinsiyet arasında istatistik olarak anlamlı ilişki bulunmadı ($p:0.37$).

Bebekler yaşlarına göre 6 aydan küçük, 6 ve üzeri aylık olarak iki gruba ayrıldığında; yaş grubu ile yan etki arasında istatistik olarak anlamlı ilişki bulunmadı ($p:0.32$).

Annelerin büyük kısmı ilaçları önerilen dozda kullanıyordu. İlaçları önerilen doz ve şekilde kullanıp kullanmadıkları ile yan etki sıklığı değerlendirildiğinde doz uyumu olan grupla, olmayan grup arasında anlamlı ilişki izlenmedi ($p:0.07$) (Tablo 3). Bebeklerde en fazla görülen yan etki, ağızda kötü tat, kusma ve kabızlık olarak saptandı. Yan etki nedeniyle bebeklerin %23.2'sinde ilaç değişikliği yapıldı ve bebeklerin bu durumda ilaçları daha iyi tolere ettikleri gözlemlendi.

Tartışma

Gelişmiş ülkelerde çocukluk dönemi DEA prevalansı %1 ile %8 arasında değişmektedir (3-6). Ülkemizde en önemli sağlık problemlerinden birisi olan DEA ile ilgili birçok çalışma yapılmış olmasına rağmen, yeterli ve geniş kapsamlı çalışma sayısı yok denecek kadar azdır.

Tablo 2. Bebeklerin demografik özellikleri

Parametre	N (%)
Cinsiyet	
Erkek	58 (46.4)
Kız	67 (53.6)
İlaç önerilmesi	125
İlaç kullanım durumu	
Kullanan	125 (100)
İlaç başlama ayı	
<6 ay	30 (24)
≥6 ay	95 (76)
Doza uyma	
Uyan	116 (92.8)
Uymayan	9 (7.2)
Yan etki olması	
Yan etki olan	57 (45,6)
Yan etki olmayan	68 (54,4)
Yan etki türü*	
Ağızda kötü tat hiss	36 (41.3)
Kusma	20 (22.9)
İshal	2 (2.29)
Kabızlık	15 (17.2)
Dişlerde renk değişikliği	11 (12.6)
Diğer	3 (3.44)
İlaç değişim durumu	
Değiştiren	29 (23.2)
Değiştirmeyen	95 (76)
Toplam	125 (100)

N: Birey sayısı

*Bazı çocuklarda birden fazla yan etki görülmüştür.

Tablo 3. Gruplarla yan etki gözlenme durumu arasındaki ilişki

	Yan etki gözlenen N (%)	Yan etki gözlenmeyen N (%)	P
Cinsiyet			
Erkek	24 (42.1)	34 (50)	0,37
Kadın	33 (57.9)	34 (50)	
İlaç başlama yaşı			
6 ay<	16 (28.1)	14 (20.6)	0.32
6 ay≥	41 (71.9)	54 (79.4)	
Doz uyumu			
Uyan	50 (87.7)	66 (97.1)	0.07
Uymayan	7 (12.3)		

Değişik yaş gruplarında yapılan geniş kapsamlı çalışmalarda, Türkiye 'de çocukluk yaş grubunda DEA'nın %15-62 gibi yüksek oranlarda görüldüğü tespit edilmiştir (7-9). Yapılan bir çalışmada 6 aylık bebeklere profilaktik demir verilmesiyle, DEA insidansının %2'ye kadar

düşüğü gösterilmiştir (10). Ancak profilaksi programlarına rağmen DEA oranının yüksek olması, çabaların yetersiz kaldığını göstermektedir. Birçok kılavuz, anemi gelişmeden profilaktik demir tedavisi verilmesini önermektedir (10-12).

DEA'yı önlemek için profilaktik olarak verilen demir preparatlarının yan etkileri Tablo 4'te özetlenmiştir. DEA profilaksisinde öncelikle demirin ferro (+2) tuz formunu içeren ilaçlar (ferro sülfat) kullanılır. Hastalar oral olarak bu formu tolere edemezlerse ferri (+3) formunu içeren ilaçlara geçilebilir. Çalışmamızda ferro sülfat formunu tolere edemeyen hastalarda ferri formuna geçildi ve birçok bebeğin ilaç değişikliğini daha iyi tolere ettiği görüldü.

Tablo 4. Oral demir tedavisinin yan etkileri %

Kötü tat	34
Kusma	12.8
İshal	2.1
Kabızlık	10.6
Dişlerin siyaha boyanması	2.1
Diğer	6.4

Çalışmalarda demir profilaksisi ile, aneminin önlenileceği, bebeklerin motor ve mental gelişimlerinin daha iyi olacağı gösterilmiştir (13). Çalışmamızda annelerin bebekler için ilaç kullanımını üzerinde hassasiyet gösterdiği anlaşılmaktadır. Dolayısıyla birinci basamak sağlık kurumunda anneye ilaç kullanım esasları ile ilgili gerekli önerilerde bulunmak çok önemlidir. Çalışmamızda bebeklerin 6 aydan büyük veya küçük olmasının yan etki gelişmesi açısından anlamlı olmadığı, dolayısıyla annelere bu konuda telkinde bulunulması önem arz etmektedir.

Sonuç olarak ülkemiz gibi DEA insidansının yüksek olduğu ülkelerde etkin, uygulanması kolay ve özellikle hastaların bebek olduğu düşünülerek yan etkileri daha az demir profilaksi metodlarının kullanımı tercih edilebilir.

The Use of Iron Prophylaxis in Infants Aged 0-1 Years and its Harmony

Abstract

Objective: Iron deficiency is an important and common health problem in infants aged between 0-12 months. It can lead to serious problems when no measures are taken. The aim of this study is oral iron prophylaxis in infants aged between 0-1 years, and to assess its compliance and side effects.

Method: Between January 2011 and December 2012 in Kecioren Asagieglence Family Health Center,

survey questions were asked to the families applying for iron prophylaxis of healthy infants aged 0-1 year.

Results: In terms of side effects, age and sex of the infants were not an important variable.

Conclusion: As a result, iron deficiency anemia in countries with a high incidence like our country, effective use of iron prophylaxis may be preferred which is easy to implement.

Key words: Iron deficiency, iron deficiency anemia, oral iron prophylaxis

Kaynaklar

1. Çocuklarda DEA tanı ve tedavi klavuzu 2011. Türk Hematoloji Derneği
2. Thorsdottir I, Gunnarsson BS, Atladottir H, Michaelsen KF, Palsson G. Iron status at 12 months of age -- effects of body size, growth and diet in a population with high birth weight. Eur J Clin Nutr 2003; 57(4):505-513.
3. Male C, Persson LA, Freeman V, Guerra A, van't Hof MA, Haschke F. Euro-Growth Iron Study Group. Prevalence of iron deficiency in 12-mo-old infants from 11 European areas and influence of dietary factors on iron status (Euro-Growth study). Acta Paediatr 2001; 90(5):492-498.
4. Lind T, Lönnerdal B, Persson LA, Stenlund H, Tennefors C, Hernell O. Effects of weaning cereals with different phytate contents on hemoglobin, iron stores, and serum zinc: a randomized intervention in infants from 6 to 12 mo of age. Am J Clin Nutr 2003; 78(1):168-175.
5. Brotanek JM, Gosz J, Weitzman M, Flores G. Iron deficiency in early childhood in the United States: risk factors and racial/ethnic disparities. Pediatrics 2007; 120(3):568-575.
6. Ayşe Kılıç, Gülbin Gökçay. Çocuklarda Demir Eksikliği Anemisi. STED Kasım 1999.
7. Çetin E. İstanbul'da yaşayan çocuk ve adolesanlarda anemi prevalansının araştırılması. Uzmanlık tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Anabilim Dalı 1997.
8. Gökçay G, Kılıç A. Çocuklarda demir eksikliği anemisinin epidemiyolojisi; Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2000; 43:3-13.
9. Evliyaoğlu N, Altıntaş D, Atıcı A. Anne sütü, inek sütü ve formül mama ile beslenenlerde demir durumu. Türkiye Klinikleri Pediatri Dergisi 1996; 5:249-259.
10. Vatandaş N, Atay G, Tarcan A, Kanra S, Özbek N. Hayatın ilk yılında demir profilaksisi ve anemi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2007; 50:12-15.
11. 12-23 aylık çocuklarda demir kullanımı araştırması raporu, T.C. Sağlık Bakanlığı, Anne Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü. 2008, Ankara.
12. Iron deficiency-Investigation and management. British Columbia Medical Association, Guidelines and Protocols Advisory Committee. 201
13. Friel JK, Aziz K, Andrews WL, Harding SV, Courage ML, Adams RJ. A double-masked, randomized control trial of iron supplementation in early infancy in healthy term breast-fed infants. J Pediatr 2003; 143(5):582-586.