

Hastanede Yatan Yaşları 4-12 Ay Arasında Olan İnfantlarda Rikets Sıklığı

**Dr. Muhammed BARAN (1), Dr. Hüseyin ALDEMİR (2), Dr. Hakan GEMİCİ (3),
Dr. Aydın KÜÇÜK (3), Dr. Güngör TEKOĞLU (4), Dr. Cengiz YAVUZ (5)**

ÖZET

Çalışmamızda değişik hastalıklardan dolayı hastaneye yatırılan yaşları 4 ile 12 ay arasında değişen 233 infanтта rikets sıklığı %30.9 olarak saptanmıştır. Klinik rikets olgularının %76,4'ünde biyokimyasal, %55,6'sında ise radyolojik rikets bulgusu saptanmıştır. Rikets gelişiminde uygun olmayan beslenme yöntemlerinin ve güneş ışınlarından yeterli yararlanılamamasının en önemli faktörler olduğu görülmüştür. Olgularımızın %43'ünde anemi ve %33,3'ünde malnütrisyon saptanması infanıt beslenmesindeki yetersizliği göstermesi bakımından da düşündürücüdür.

Riketsin önlenmesinde yönelik çabaların artırılmasını ve klinik rikets olgularının biyokimsiyal ve / veya radyolojik bulgu aranmaksızın uygun şekilde tedavi edilmelerinin gerekliliğini düşünüyoruz.

Anahtar Sözcükler: Rikets, infanıt

SUMMARY

Rickets Incidens in Hospitalized Infants Between 4-12 Months of Ages.

In our study, we found the incidence of clinical rickets as 30.9 percent in 233 infants who were hospitalized due to various diseases. Their ages were between 4 and 12 months. 76.4 percent of clinical rickets cases had characteristic biochemical findings and 55.6 percent also had radiologic features. We found out that the main causative factors in rickets were inappropriate feeding methods and being exposed to insufficient sunlight. It deserved attention to see also anemia (43 percent) and malnutrition (33.3 percent) in our cases.

As a result we advocate that the preventive measures for rickets should be taken and the clinical rickets cases (without taking into consideration the biochemical and radiologic findings) should be treated in a suitable way.

Key Words: Rickets, infancy.

GİRİŞ

D vitamini yetersizliğine bağlı rikets sıklığında; coğrafi koşullar, toplumların kültürel yapısı ve koruyucu sağlık hizmetlerinin niteliği gibi pek çok faktör rol oynar. Günümüzde gelişmiş ülkelerde nadir rastlanılan bir hastalık haline gelen rikets, gelişmekte olan ülkelerde önemli bir çocuk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir (1-5).

Klinik gözlemlerimiz hastalarımızda riketsin oldukça yüksek düzeylerde görüldüğünü düşündürmüştür. Buradan hareketle rikets sıklığını saptamaya çalıştığımız bu incelemede, tanıda ve rikets gelişiminde etkili bazı etkenler de irdelenmeye çalışılmıştır.

SSK Bakırköy Doğumevi Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Hastanesi Çocuk Kliniği Başasistanı (1), Şef Yardımcısı (2), Asistanı (3), Radyoloji Uzmanı (4), Çocuk Kliniği Şefi (5).

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma grubumuzu 31.01.1995 ile 31.05.1995 tarihleri arasında SSK Bakırköy Doğumevi Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Hastanesi Süt Çocuğu Servisine yatırılan yaşları 4 ile 12 ay arasında olan infanıtlar oluşturmuştur.

Hastalarda kraniotabes ve/veya raşitik rozari varlığı klinik rikets olarak kabul edilmiş ve bu hastalardan biyokimyasal tetkikler (serum kalsiyum, fosfor ve alkalin fosfat) ile radyolojik tetkik (el-bilek grafisi) istenmiştir. Biyokimyasal tetkikler hastane biyokimya laboratuvarında Technicon RA-XT System ile çalışılmıştır. Serum kalsiyum veya fosfor düzeyinde azalma ya da alkalin fosfat düzeyinde artma (bir ya da daha fazlasının birlikte olması) patolojik kabul edilmiştir. El-bilek grafisinde ulna ve/veya radius alt uçta çanaklaşma varlığı riketsin radyolojik bulgusu olarak değerlendirilmiştir. Hastaların klinik muayeneleri pediatri uzmanı tarafından yapılmış, el-bilek

grafileri ise pediatri ise pediatri uzmanı ve radyolog tarafından değerlendirilmiştir. Tüm olguların yaş, cinsiyet, gebelik yaşı, beslenme şekli ve vitamin kullanımı ile eşlik eden hastalıklar yönünden özellikleri özel formlara işlenmiştir.

BULGULAR

Çalışma döneminde servise uygun yaşta 248 hasta yatışı yapılmış olup bunlardan 15'i tekrar yatış oldukları için çalışma dışı bırakılmıştır. Geri kalan 233 hastanın 72 (%30.9)'ünde klinik rikets bulguları saptanmıştır (Tablo 1). Olguların 49 (%68.1)unu erkek, 23 (%31.9)'ünü ise kız hastalar oluşturmuştur. Klinik rikets olgularının 55 (%76.4)'ünde biyokimyasal ve 40 (%55.6)'ında radyolojik bulgu saptanırken, 14 (%19.4)'ünde biyokimyasal ve radyolojik bulgu saptanamamış, 1 (%1.4)'ünde ise biyokimyasal bozukluk olmadan radyolojik bulgu saptanmıştır.

Tablo 1: Klinik Rikets Bulguları

Bulgu	Sıklık
Kraniotabes	47 (%65.3)
Raşit rozari	6 (%8.3)
Kraniotbes+raşitik rozari	19 (%26.4)

Olguların özgeçmişleri incelendiğinde 48 (%66.7)'inin terimde, 14 (%19.4)'ünün ise preterm olarak doğdukları, 10 (%13.9) olguda ise gebelik yaşının bilinmediği gözlenmiştir. Olgularımızın hemen tümünün uygun olmayan şekilde beslendikleri dikkati çekmiştir (Tablo II).

Tablo II: Olguların Beslenme Durumları

Anne sütü alımı	50 (%69.4)
Yeterli süre anne sütü alımı	27 (%37.5)
Düzenli vitamin kullanımı	8 (%11.1)
Yeterli süre anne sütü alımı +vitamin kullanımı	4 (%5.5)

Riketsli olguların 49 (%68)'u solunum sistemine ait hastalıklardan hastaneye yatırılmışken, 17 (%23.6)'sinde konvülsiyon saptanmıştır. Hipokalsemik konvülsiyon ise 11 (%15.3) olguda gözlenmiştir. Anemi 4 (%5.5) olguda hastaneye yatırılma nedeni iken, yatırılan hastaların 31 (%33.3)'ünün ağırlıkları 10. persentilin altında bulunmuştur.

TARTIŞMA

Ülkemizde rikets sıklığının farklı bölgelerde %4.39-19 arasında değiştiği belirtilmektedir (6). Tahran'da (İran) yapılan bir çalışma rikets sıklığı %30.9 oranında saptanmıştır. Çalışma yöntemlerimizin farklılığı rikets sıklığının saptanmasında önemli bir etken olarak görülmektedir. Nitekim bu çalışmalarda incelenen çocuk yaş grupları daha geniş bir kesiti kapsamaktadır ve tanıda farklı ölçütler kullanılmıştır (3, 5).

Rikets çocukluk çağının herhangi bir döneminde ortaya çıkabilirse de en sık 4-5 ay ile 12 ay arasında görülür (3,5). Çalışmamızda da 4-12 ay arasındaki infantların seçilmiş olması yüksek rikets sıklığında önemli bir etken olarak görülmekte ise de bu seçimin rikets sıklığını daha gerçekçi yansıtacağını düşünüyoruz.

Kraniotabes ve raşitik rozari riketsin erken bulgularındandır ve tanımlanması da diğer bulgulara göre (fontanel genişliği, Harrison oluğu, el bileklerinde genişleme gibi) daha kolay, güvenilir ve ayırıcı tanıda yanılırlara yol açmayacağından çalışmamızda temel olarak alınmıştır.

Rikets biyokimyasal bozukluklar her olguda görülmeyebilir. Özellikle malnütrisyon ve akut infeksiyon varlığında, serum kalsiyum, fosfor ve alkalen fosfataz düzeylerinin etkilenebildiği belirtilmektedir radius alt uçta başlar ve çanaklaşma, düzensizlik, genişleme, kemiğin görülebilen distal ucu ile epifiz nesafede relatif artış şeklinde görülür (4, 8). Bu radyolojik bulguların hepsinin tanımlanması her zaman kolay olmayabilir. Rikets radyolojik bulgular biyokimyasal bulgulardan daha geç ortaya çıkar (8), ayrıca malnütrisyonlu olgularda radyolojik bulgular maskelenebilir (5). Çalışmamızda kolay tanımlanabilmesi açısından yalnızca ulna ve/veya radius alt uçta çanaklaşma kriter olarak alınmıştır. Klinik olarak rikets saptanan olgularımızın ancak %76.4'ünde biyokimyasal ve %55.6'sında radyolojik bulgu saptanmıştır ki bulgularımız ülkemizde infeksiyon ve malnütrisyon olgularının sıklığı da gözönüne alındığında klinik tanının biyokimyasal ve radyolojik tanıdan daha önemli olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmalarda riketsin erkek çocuklarda daha sık görüldüğü belirtilmektedir (3, 5, 7). Olgularımızın da %68.1'ini erkekler oluşturmuştur. Toplumumuzda erkek çocuklara daha fazla önem verilmesinin ve hastaneye daha sık getirilmesinin bu sıklıkta etkili olduğunu düşünüyoruz. Nitekim çalışma döneminizde servise yatırılıp rikets saptanmayan infantların %62.7'sini erkeklerin oluşturması bu kanımızı destekler niteliktedir. Bununla birlikte riketsin erkek çocuklara genetik bir eğilimden de sözedilmektedir (6).

Hastanemize hizmet verdiğimiz toplum kesiminin düşük ekonomik ve kültürel düzeye sahip olmaları ve ailelerin çoğunun uygun olmayan konutlarda oturmaları (yayımlanmamış veriler), ayrıca olgularımızın büyük çoğunluğunun sonbahar ve kış aylarında doğmuş olmaları bu bebeklerin güneş ışınlarından yeterince yararlandırılmadıklarını düşündürmektedir. İlave olarak olgularımızın hemen tümünün uygun olmayan şekilde beslenmiş olmaları bebek beslenmesindeki yetersizliği göstermesi açısından da düşündürücüdür.

Riketsli hastalarda hastaneye başvuru nedenleri içinde solunum yolu infeksiyonlarının başta geldiği belirtilmektedir (3). Çalışmamızda da solunum yolu infeksiyonları hastaneye yatırılma nedenleri içinde ilk sırayı almıştır. Anemi olgularımızın %43'ünde saptanmıştır. Riketse bağlı olarak anemi görülebilirse de olgularımızda uygun olmayan beslenme yöntemlerinin ve infeksiyonların anemi gelişiminde daha önemli bir bulgu olmasına karşın her rikets olgusunda görülmez. Hipokalsemi ve hipomagnezemiye bağlı konvülsiyonların yanısıra, febril konvülsiyonlar da görülebilir. Olgularımızın ancak düzeyleri çalışılmadığı için hipomagnezemi ve hipomagnezematik konvülsiyon sıklığı değerlendirilememiştir. Öcal ve arkadaşları, 30 riketsli olgunun 16'sında konvülsiyon saptamışlar ve bunların 6'sında konvülsiyonların hipokalsemiye bağlı olduğunu belirtmişlerdir (7).

Sonuç olarak bulgularımız riketsin bölgemizdeki infantlar için çok ciddi sorun oluşturduğunu göstermektedir. Önlenebilir bir hastalık olan riketsin önlenmesine yönelik olarak toplumun her düzeyindeki kişilerin bilinçlendirilmesinin zorunlu olduğunu düşünüyoruz. Klinik rikets saptanan olguların ise biyokimyasal ve/veya radyolojik bulgu aranmaksızın uygun şekilde tedavi edilmelerinin kolay, ucuz ve etkili olacağı kanısındayız.

- 4- Teziç T., Yıldız Ş., Gedik Y. ve ark.: Malnütrisyonlu Çocuklarda Nütrisyonel Raşitizm Tedavisi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 1986; 29: 301-306.
- 5- Salimpour R: Rickets in Tehran. Arch Dis Child 1975; 80: 63-66.
- 6- Çoşkun T: D Vitamini Yetersizliğine Bağlı Rikets. Katkı Pediatri Dergisi 1990; 11(4): 369-380.
- 7- Öcal G, Berki R, Abal G, ve ark.: Süt Çocukluğu Döneminde Güncelliğini Koruyan D Vitamini Yetersizliğine Bağlı Raşitizm Sorunu, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi; 1983; 26(1): 39-44.
- 8- Besim A.: Rikette Radyolojik Bulgular. Katkı Pediatri Dergisi 1990; 11(4): 427-430.

KAYNAKLAR

- 1- Committe on Nutrition. Infantile scurvy and nutritional rickets in the United States Pediatrics 1962; 29: 646.
- 2- Ford JA, Mc Intosh WV, Butterfield R, et al: Clinical and subclinical vitamin D deficiency in Bradford children. Arch Dis Child 1976; 51: 939.
- 3- Gültekin A, Savaş A, Özalp İ: 0-3 Yaş Grubunda Raşitizmin Görülme Sıklığı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 1985; 28: 119-125.