

“CHECK-UP” DEYİNCE NE ANLIYORUZ ?

M.Akif KARAN

“Check-up” kelime olarak tıbbi muayene anlamını taşımaktadır. Günlük kullanımda ise genellikle belirgin bir sağlık sorunu olmayan bireyde yapılan sağlık kontrolünü ifade etmektedir. Herhangi bir belirti veya bulgusu olan hasta karşısında ise tamamen farklı olarak bir klinisyen hekimlik yaklaşımı gerekir. “Check-up” konusunun sınırlarını ortaya koyabilmek için koruyucu hekimlik, tarama çalışmaları, risk grupları, mutlak ve relatif risk kavramlarını tartışacağız.

American Society of Internal Medicine, U.S. Preventive Services Task Force, Canadian Task Force on the Periodic Health Examination, The American College of Physicians gibi gruplar koruyucu hekimlik ve tarama rehberleri geliştirmektedirler. Bu kılavuzlar doktorların davranışlarını yönlendirmektedir.

Tarama çalışmaları, tanım olarak subklinik hastalıkları yakalayabilmek amacıyla, asemptomatik kişilerde yapılacak fizik muayene, laboratuvar testleri ve radyolojik incelemeleri ifade eder. Pozitif sonuç elde edilirse daha ileri tanısal girişimlerin gerektiği anlaşılır. **Erken tanı** terimi semptom ve bulguları ortaya çıkmadan önce hastalığın teşhisinin konulabilmesini anlatır. **Tanı koymak** ise semptomatik olan hastadaki hastalığın teyid edilmesidir.

Primer koruma hastalık ortaya çıkmadan önce riskinin azaltılmasıdır, yani hastalığın insidensini azaltmayı amaçlar: Aşılama, sigara içiminden vazgeçme, egzersiz, diyet düzenlemeleri, kemoprofilaksi gibi. **Sekonder koruma** hastalığın seyri yavaşlatmak veya tamamen geri döndürmek, böylece prognozu iyileştirmek amacıyla yöneliktir, yani hastalığın prevalansını azaltır: Mammografiler, PAP smirler, PSA (prostat spesifik antijen) testleri gibi. **Tersiyer koruma** ise hastalığın gelecekte sağlık üzerine olacak olumsuz etkilerini azaltmayı amaçlar: İskemik kalb hastalığı olan bireyde hiperlipidemi arayıp tedavi etmek gibi.

Bir hastalığın taramasının yapılması planlanıyorsa, (1) hastalık morbidite ve mortalite açısından bir sorun olmalı, (2) insidens ve prevalans açısından yaygın bir sorun olmalı, (3) kolayca ve mevcut imkanlarla tedavi edilebilmeli, (4) tarama testi duyarlı, hassas ve prediktif olmalı, (5) testin sağlık ve finans açısından maliyeti uygun olmalı, (6) tarama işlemi hasta ve toplum açısından kabul edilebilir olmalıdır.

Uygulamada tarama çalışmaları süreci üçe ayrılır:

• Rutin taramalar: Yaş ve cinse göre otomatik olarak yapılan, tekrarlanan testler.

• Kitle taramaları: Kişiler birey olarak veya risk profillerine göre değerlendirilmeksizin, üzerinde çok da tereddüt olmayan, evrensel bir kabul gören taramalar: Kan basıncı ve kolesterol gibi.

• Bireysel taramalar: Hastaya göre doktorun verdiği kararlar.

Tarama çalışmalarına karşı bazı engeller söz konusudur: Önemsememek, doktorlara karşı duyulan kuşku, maliyet, işlemin verdiği rahatsızlık, kişinin davranışlarını ve yaşam biçimini değiştirmek istememesi ve sosyal ve kültürel kurallar nedeniyle hastalar tarafından bir engel ortaya konulması. Diğer taraftan, sağlık sistemi ile ilişkili olarak yetersiz finans kaynakları, sağlık sigortalarının yaklaşımı, toplumsal taramaların gücü, birden fazla doktor tarafından izlenen hastalardaki güçlükler ve korkular nedeni ile yapılan gereksiz taramaların varlığı ayrı bir grup engeli oluşturur. Doktorların da tarama çalışmalarına engel oldukları açık bir gerçektir, bu bilgi eksikliği, çelişkili önerilerin varlığı, testlerin değerlerinin belirsizliği, tıbbi kayıtların yetersizliği, kazanımların geç ortaya çıkması veya dolaylı olması, zaman sıkıntısı, alışkanlıklar ve kişisel özelliklerden kaynaklanır.

Rutin bir “check-up”ın ilk aşaması iyi bir anamnez almayı takiben yapılan ayrıntılı bir fizik muayeneden oluşmaktadır. Bu muayene özellikle tiroid, testis, prostat, overler, lenf düğümleri, ağız boşluğu ve deriyi içermeli, kan basıncı ölçülmelidir. Kırk yaşından sonra muayeneler her yıl tekrarlanmalıdır; kadınlarda 40 yaşından sonra her yıl pelvik muayene de yapılmalıdır.

Günümüzde en önde gelen ölüm nedeni kardiyovasküler hastalıklardır. Bu ölümlerin yarısı koroner kalp hastalığına (KKH) bağlıdır. Kan basıncı kontrolü, hiperkolesterolemi tedavisi ve sigaranın bırakılması ile ABD’de son 30 yılda KKH ve inme mortalitesi azalmıştır. Kardiyovasküler hastalıkları tarama çalışmalarının amacı primer korunmadır; yani hastalığı belgelenmiş olmayan (sağlıklı görülen) bireylerdeki riskin değerlendirilmesidir.

Tarama çalışması ile hastalık tanısı konamayabilir. Sonuçlar hekime daha çok açıkça veya sezgi yoluyla mevcut veya gelişmekte olan bir hastalık riskini söyleyecektir. Epidemiyoloji bilimi ve klinik büyük çalışmalar sonucunda, birçok algoritmeler, skorlama sistemleri ve kılavuzlar geliştirilerek, bu değerlendirmelerle tanılar net olarak konmasına çalışılmaktadır. Risk faktörleri genetik faktörler, laboratuvar sonuçları, kişisel veya yaşam tarzı ile ilişkili alışkanlıklar ve fizik muayene sonuçları olabilir.

Kardiyovasküler sistem hastalığı ile risk faktörlerinin ilişkisi genellikle “mutlak risk” ve “relatif risk” şeklinde ifade edilir. Relatif risk kavramı bir risk faktörü bulunan ve bulunmayan hastalar içinde hastalığın oranı karşılaştırılarak hastalığın gelişme riskindeki artışı gösterir (yüksek kolesterol düzeyi olanlarda düşük olanlara göre KKH daha sık).

Yani relatif risk ilgili risk faktörü açısından iki farklı grup arasındaki insidensin oranını gösterir. Bir risk faktörü ile onun sonucu olan hastalık arasında gözlenen nedensellik ilişkisini kurmak gerekir. Mutlak risk kavramında, risk faktörü ile hastalık arasındaki neden-sonuç ilişkisi kanıtlanmıştır. Bu durumda risk faktörünün varlığında, belirli bir zaman biriminde belirli bir hastalığın gelişme ihtimali söylenebilir.

Mutlak risk populasyon çalışmalarında saptanan hastalığın prevalans hızına bağlıdır. Prevalans düşükse mutlak risk düşüktür, hatta relatif risk sayılabilir. Risk tahmini, risk faktörü açısından farklı iki grubun karşılaştırılmasına dayanıyorsa, risk faktörü için toplumdaki "normal" veya "ideal" düzeylerin bilinmesi çok önemlidir. Giderek kılavuzlar, daha fizyolojik bir yaklaşım olan düşük risk tanımına dayanmaktadır. Bu da o risk için verilen toplumsal normlara göre farklılık gösterebilmektedir. Bunun sonucu olarak yeni kılavuzlar daha düşük kan basıncı, kolesterol düzeyi, glisemi düzeyini önermeye başlamışlardır.

Mutlak ve relatif risk arasındaki farkı anlamak büyük klinik çalışmaların sonuçlarını yorumlamada yararlıdır. Statin çalışmalarında ilacın etkisi relatif risk azalması olarak morbidite ve mortaliteyi azaltmasının bir sonucu olarak bildirilir. Tedavi öncesi mutlak risk ise çalışmaların kontrol gruplarındaki hastalıkla ilişkili olayların insidensini hesaplayan epidemiyolojik çalışmalarla ortaya konur. Tedavi öncesi mutlak risk ne kadar yüksek ise tedavi o kadar yararlıdır.

Tedavi öncesi mutlak risk hesapları major skorlama sis-

temlerine dayanır. Genellikle risk faktörleri izole değildir.

KKH için, LDL-kolesterol düzeyi ve diabet dışındaki risk faktörleri sigara içimi, hipertansiyon ($\geq 140/90$ mmHg veya antihipertansif tedavi almak), düşük HDL-kolesterol (yüksek HDL negatif risk faktörüdür), ailede erken KKH öyküsü (erkek birinci derece akrabalarda 55 yaşından önce, kadınlarda 65 yaşından önce) ve yaştır (erkekler ≤ 45 yaş, kadınlar ≥ 55 yaş). Yaşam biçimi ve alışkanlıklarla ilgili risk faktörleri obezite, fiziksel inaktivite, aterosjenik diyetdir. Ortaya çıkaran risk faktörleri arasında bozulmuş glukoz toleransı, protrombotik faktörler (hiperfibrinojenemi, doku plazminojen aktivatörü inhibitörü artışı, hipertrigliseridemi, F V Leiden mutasyonu gibi), Lp(a), hiperhomosisteinemi, CRP, $\epsilon 4$ allel varlığı sayılabilir.

Riskli gruplarda noninvazif yöntemler kullanılarak subklinik aterosklerozu göstermek mümkün olabilir; bu yöntemler arasında karotis ve femoral arter dupleks ultrasonografisi, "Electron-beam CT", ayak:kol kan basıncı oranı, "flow mediated arterial dilatation" ölçümü yer alır.

Ülke ve toplumlar arası sağlık sorunları ve hastalıklarda farklılıklar söz konusu olabileceğinden, milli ölçekte koruyucu hekimlik ve tarama çalışmaları rehberliklerinin geliştirilmesi gerekmektedir. En iyi yaklaşım klinisyenin her bir hasta için taramanın fayda ve risklerini kestirmesini, tarama testleri, gerekirse diğer müteakip testler ve anormal sonuçlar karşısında tedaviye karşı hastanın davranışlarını da hesaba katmasını gerektirir.

KAYNAKLAR

- 1- Austin MA, McKnight B, Edwards KL et al: Cardiovascular disease mortality in familial forms of hypertriglyceridaemia: a 20-year prospective study, *Circulation* 101:2777 (2000).
- 2- Expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults, *JAMA* 285:2486 (2001).
- 3- Lefebvre RC, Hursey KG, Carleton RA: Labeling of participants in high blood pressure screening programs: Implications for blood cholesterol screenings, *Arch Intern Med* 148:1993 (1998).
- 4- Makikallio TH, Huikuri HV: Risks in risk stratification: what is relevant in practice? *Circulation* 105:69 (2002).
- 5- Nielsen C, Lang R S: Principles of screening, *Med Clin North Am* 83:1323 (1999).
- 6- Palmer RM: Geriatric assessment, *Med Clin North Am* 83:1503 (1999).
- 7- Ridker PM, Glynn RJ, Hennekens CH: C-reactive protein adds to the predictive value of total and HDL cholesterol in determining risk of first myocardial infarction, *Circulation* 97:2007 (1998).
- 8- Swanson JR, Pearson TA: Screening family members at high risk for coronary disease. Why isn't it done? *J Prev Dis* 20:50 (2001).
- 9- Thompson GR: Screening relatives of patients with premature coronary heart disease, *Heart* 87:390 (2002).
- 10- Welch H G, Albertsen P C, Nease R F, Bubolz T, Wasson J H: Estimating treatment benefits for the elderly: The effect of competing risks, *Am Coll Physicians* 124:577 (1996).
- 11- Zyzanski SJ, Stange KC, Kelly R et al: Family physicians' disagreements with the US Preventive Services Task Force Recommendations, *J Fam Pract* 39:140 (1994).