

Kadın ve Erkek Sağlığını Koruma Stratejileri ve Tarama Programları

Health Prevention Strategies and Screening Programmes in Women and Men

Dr. Nilgün ÖZTÜRK TURHAN^a

^aKadın Hastalıkları ve Doğum AD,
Reproduktif Endokrinoloji BD,
Fatih Üniversitesi Çankaya Hastanesi,
ANKARA

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Nilgün ÖZTÜRK TURHAN
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,
Reproduktif Endokrinoloji BD,
Fatih Üniversitesi Çankaya Hastanesi,
ANKARA
nilgunturhan2003@yahoo.com

ÖZET Son yıllarda, yaşlanmanın geciktirilmesi ve genç kalım süresinin uzatılması konusunda tıpta önemli gelişmeler yaşanmaktadır. Günümüzde yüksek morbidite ve mortalitesi olan hastalıklardan korunabilmek için asemptomatik postmenopozal kadınlar ve erkeklerde risk faktörlerinin tanımlanması yönünde geniş olanaklar mevcuttur. Sağlıklı bir yaşam şekli için kardiyovasküler hastalıklar (KVH), osteoporoz ve kanser açısından risklere göre gruplandırmak önemlidir. KVH mortalitenin başlıca sebebidir. KVH için bağımsız risk faktörleri arasında yaş, sigara, kolesterol yüksekliği, diyabet, kan basıncı yüksekliği gelmektedir. Kadınlarda meme kanseri riski genetik ve üreme faktörleri ile ilişkilidir. Osteoporoz için ana risk faktörleri ise; yaş, aile öyküsü, önceki kırık öyküsü, düşük kemik mineral dansitesi, sigara, glukokortikoid kullanımımıdır. Risk faktörlerinin hastalıkları öngörmesindeki temel problem, bunların toplumlara göre farklılık göstermesidir. Sonuç olarak postmenopozal asemptomatik kadınlarda ve ileri yaş erkeklerde erken tanı ve tedavi toplum sağlığını korumada önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlanma; kalp damar hastalıkları; osteoporoz; meme kanseri

ABSTRACT At present, healthcare for post-menopausal asymptomatic women and aging men offer a great opportunity to identify risk factors for prevention of diseases which cause high mortality or disability. It is always necessary to promote a healthy lifestyle and identify RFs in order to stratify people according their risk of suffering cardiovascular disease (CVD), cancer (especially of the breast and colon) and osteoporosis. CVD is the leading cause of death. The main independent factors are: age, smoking, high blood pressure, elevated LDL, low HDL cholesterol, and diabetes. There are several genetic and reproductive factors related to breast cancer. Age, family history, previous fragility fractures, low body mass index, smoking and the administration of oral glucocorticoids are the main osteoporosis RFs. The common problem with RFs is their variability among different populations and fact that the extrapolation of data for an individual is difficult. In conclusion, early diagnosis and treatment is important for health prevention in postmenopausal women and aging men.

Key Words: Aging; cardiovascular diseases; osteoporosis; breast neoplasms

Türkiye Klinikleri J Med Sci 2008;28(Suppl):S255-S261

Uzun yaşamak herkesin isteği ancak yaşanan sürenin kaliteli geçirilmesi ise günümüzün giderek ilgi artan bir alanı olmaya devam ediyor. Bunu başarmanın yolu ise bilince dayalı sağlıklı bir yaşam tarzını benimsemektir. Çeşitli organlarda farklı derecelerde kendini gösterse de yaşlanma, organizmanın bütün fonksiyonlarını ilgilendirir. Kadın ve erkek sağlığını koruma kalp damar sistemi, beyin fonksiyonları, beş duyunun sağlıklı kalabilmesi, hormonal tetkiklerle organların yaşlanmasının olumsuz etkilerinin önlenmesi, cinsel yaşamdan, psikolojik bozuklukların önlenmesine kadar geniş bir yelpaze ele alınmalıdır.

Kadınlar, menopoz sırasında hayat kalitesini bozacak bir dizi hastalıkla karşılaşabileceklerinden haberdar olmalıdır. Postmenopozal semptomatik hastanın hormonal tedavisi mümkün ancak günümüzde asemptomatik ve hormon tedavisi alan kadınların korunması da giderek önemsenmektedir. Bu yaklaşım toplumda morbidite ve mortaliteyi azaltarak toplumsal kazancı artıracaktır. Kadınlarda korunma kilo kontrolü, sağlıklı beslenme, sigaranın bırakılması, fiziksel aktivite gibi genel önlemlerle sağlanmakla birlikte korunma kişinin ihtiyaçlarına ve hastalığına, o hastalığın da morbidite, mortalite ve insidansına göre daha selektif olmalıdır.

2004 Kasım ABD istatistiklerine göre 10 genel ölüm sebebi (10.000 de) sırası ile; kalp hastalıkları 197, kanser 183, inme 68.2, kronik akciğer hastalıkları 43.7, Alzheimer 28.5, diyabet 26.5, kazalar 25.6, pnömoni ve influenza 25.1, böbrek hastalıkları 14.5 ve septisemidir 12.5.¹ Bu oranlar hemen hemen batı toplumları ile aynıdır. Ölümlerin çoğunu koroner kalp hastalıkları ve serebrovasküler hastalıklar oluşturur. Genel olarak kardiyovasküler hastalıklar (KVH) fataldir ve ölenlerin 2/3 ünde önceden semptom yoktur. Bu nedenle KVH'dan korunma oldukça önemlidir. Ölüm sebeplerinden 2. sırada ise kanser gelmektedir. KVH ve kanserle beraber osteoporozdan da korunma önemlidir. Osteoporozun prevalansının yüksek olması morbidite ve mortaliteyi artırır.² Sağlığı bozar, hayat kalitesini azaltır, ciddi düşünlüğe yol açabilir ve ekonomik yükü ağırdır. Dolayısıyla erkek ve postmenopozal kadında osteoporozdan korunma ilk hedeflerden biridir.

Bu yazıda kadın ve erkek sağlığını koruma programları ve tarama programları özetlenmiştir.

KADINLARDA SAĞLIĞIN KORUNMASI STRATEJİLERİ VE TARAMA PROGRAMLARI

Populasyonu risklere göre sınıflamak önemlidir. Bazı risk faktörleri bazı hastalıklarda benzer iken bazılarında ise spesifiktir. Bu nedenle kardiyovasküler hastalıklar, meme kanseri, osteoporozu açan risk faktörlerini ayrı ayrı değerlendirmek gerekmektedir.

KARDİOVASKÜLER HASTALIKLAR

KVH lar kadın mortalitesinde önemli yer tutar. Menopoz öncesi risk azdır. 50-59 yaşlarındaki kadınlarda KKH insidansı 30-34 yaşlarındakilerden 50 kat fazladır. 65 yaşından sonra ise erkekleride geçer.

Risk faktörleri:

İyi bilinen major bağımsız risk faktörlerini içeren en önemli global skorlama sistemi Framingham Skorudur.³

Buna göre risk faktörleri; yaş, sigara, yüksek kan basıncı, düşük HDL düzeyleri, yüksek LDL düzeyleridir (Tablo 1). Yaş önemli bir risk faktörü olmasına karşın değiştirilemeyen risk faktörüdür.

Obezite, fiziksel aktivite azlığı gibi risk faktörleri ise global risk faktörü hesaplanmasına direkt olarak etki etmez ancak diğer major risk faktörlerini predispoze ederler. Son zamanlarda insülin rezistansı üzerinde durulmaktadır. İnsülin rezistansı varsa trunkal-abdominal obezite ve hiperinsülinemi ile ortaya çıkar ve KVH risk faktörlerine ek olarak aterosklerotik lipoprotein fenotipi, hipertansiyon, bozulmuş glukoz toleransı, protrombotik durumlarda risk faktörü olarak karşımıza çıkar.

Global risk değerlendirmesinde HDL düzeyleri dikkate alınırken serum TG düzeyleri risk değerlendirmesine dahil edilmez.^{4,5} Framingham skoru araştırmacıları düşük HDL düzeylerinin KVH hızı artışında yüksek TG seviyelerine oranla daha önemli olduğunu göstermişlerdir. Prospektif olarak yapılan AMORIS çalışmasında Apo B/Apo A1 oranının koroner hastalık riskini değerlendirmede en iyi lipoprotein ilişkili değişken olduğu gösterilmiştir.⁶ Koroner riskini ve statin tedavi etkinliğini değerlendirmede LDL oranlarına göre daha anlamlıdır.

Diğer bir risk belirleyicisi serum homosistein düzeyleridir. Çeşitli çalışmalara göre orta düzeyde yükselmiş serum homosistein düzeyleri KVH gelişimi ile koreledir.⁷

Son zamanlarda KVH değerlendirmesinde inflamatuvar markerlardan CRP ilgi çekmiştir. Çalışmalarda yüksek sensitif CRP değerinin artışı önemsenmiştir.

TABLO 1: National cholesterol education program adult panel III (NCEPATPIII) LDL, total ve HDL kolesterol (mg/dL) sınıflaması:⁴

LDL-kolesterol	
< 100	Optimal
100-129	Optimale yakın
130-159	Borderline yüksek
160-189	Yüksek
> 190	Çok yüksek
Total kolesterol	
< 200	Kabul edilebilir değer
200-239	Borderline yüksek
> 240	Yüksek
HDL-kolesterol	
< 40	Düşük
> 60	Yüksek
Obezite, fiziksel aktivite	

CLC ve AHA grupları nın yaptıkları çalışmalara göre yüksek sensitif CRP <1 düşük , 1-3 orta, >3 yüksek KVH riskini gösterir. Ancak genel populasyonda risk değerlendirilmesinde CRP'ye bakılması konusunda net bilgi yoktur.⁸⁻¹⁰

Framingham Global Risk Değerlendirme Skoru

Kişiye özel risk bir çok risk faktörü ile belirlendiği için tedavinin yararı risk düzeyi ile ilgilidir. Dolayısıyla global risk değerlendirilmesi önem kazanır (Tablo 2). Framingham kalp çalışmasında, risk değerlendirmesinin temelini ileri yaş, sigara, yüksek kan basıncı, total LDL kolesterol, HDL düşüklüğü ve DM oluşturur. Önemli olan her kişide bireysel KVH riskini hesaplamak ve riske göre gereken önerilerde bulunmaktır.^{11, 12}

Risk grubuna göre öncelikli korunma stratejileri:

1. Yüksek riskli kadınlar: (>%20 den fazla RF)

Class I öneriler: Kilo kontrolü, fiziksel aktivite, diyet, sigaranın bırakılması, kan basıncı kontrolü, lipit kontrolü, statin-aspirin-ACE inhibitörleri-B bloker kullanımı, DM lilerde glisemik kontrol

Class IIA: Depresyon değerlendirilmesi ve tedavisi

Class IIB: Omega 3-folik asit verilmesi

2. Orta derece riskli kadınlar: (%10-20 RF):

Class I: Sigaranın bırakılması, kilo-lipit kontrolü, fiziksel aktivite, kan basıncı kontrolü

Class IIA: Aspirin

3. Düşük riskli kadınlar: (<%10 RF)

Class I: Sigaranın bırakılması, fiziksel aktivite, diyet, kilo kontrolü ve risk faktörlerinin ayrı ayrı tedavisi

Class III: Aspirin

MEME KANSERİ

Meme Ca'dan korunma postmenopozal kadında sağlığın devamında en önemli hedeflerden biridir. Bilinen en önemli risk faktörü yaştır. Kadınlarda 50 yaş sonrası en çok görülen kanserdir. Yaşa ek olarak diğer risk faktörleri ise; BRCA 1-2 mutasyonu, ikiden fazla 1. derece akrabada erken yaşta meme Ca öyküsü, bir memede kanser öyküsü, postmenopozal kadında mammografide yüksek dansite, bir 1.derece akraba da meme Ca, yüksek doz radyasyon, yüksek postmenopozal kemik dansitesi, ilk fullterm gebeliğin 35 yaş üzerinde olması, 12 yaş öncesi menarş, 55 yaş sonrası menopoz, postmenopozal obezite, uzun dönem hormon tedavisi kullanımınıdır.¹³

MEME KANSER RİSKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ – MAMMOGRAFİK TARAMA:

40 yaş sonrası yılda bir mammografi ve meme muayenesi koruyucu tedavinin önemli parçası olarak önerilmektedir.¹³ Bazı ülkelerde 2-3 yılda bir tarama yapılmakta, yüksek risk grubunda yıllık tarama uygulanmaktadır. BRCA 1-2 geni taşıyan kadınlar gibi yüksek risk taşıyanlarda (% 35-85 meme Ca riski, % 16-57 over Ca riski) taramanın daha erken başlatılması gibi ek tarama stratejileri önem kazanır.¹³ Ailede en erken görülen meme Ca yaşından 5-10 yıl öncesinde tarama önerilmektedir.

BRCA 1-2 mutasyonu taşıyanlarda yıllık mammografiye 25-35 yaşta başlanması önerilmektedir. Yüksek riskli kadınlarda 6 ay gibi kısa aralarla tarama yapmanın yararı konusunda fikir birliği yoktur. Bilateral profilaktik mastektomi meme CA riskini % 90 azaltır.¹⁴ Diğer taraftan NSABP çalışmasında 13388 riskli kadında 5 yıl tamoksifen tedavisi plasebo ile karşılaştırılmış. Yüksek riskli populasyonda E2 reseptörü pozitif olanlarda tümör gelişimi %69 azaldığı görülmüştür.¹⁵ Bu çalışma ilk kez bir ilacın meme CA ni azalttığı gösterildiği çalışmadır.

TABLO 2: Kadınlarda KVH risk sınıflaması.

	Framingham global risk skoru (10-year absolute CHD risk)	Klinik örnekler
Yüksek risk	> 20%	Bilinen KVH, Serebrovasküler hastalık, Periferik arter hastalıkları, Abdominal aort anevrizması, Diabetes mellitus, Kronik böbrek hastalıkları
Orta risk	%10-20	Subklinik KVH, Metabolik sendrom, Multiple risk faktörleri, 55 yaş altı erkeklerde ve 65 yaş altı kadınlarda aterosklerotik KVH görülmesi
Düşük risk	<10%	Multiple risk faktörü bulunan kadınlar, metabolik sendrom, ya da birinin olması
Optimal risk	< 10%	Risk faktörü olmaması ve sağlıklı yaşam tarzı olması

Global risk skorlaması

Risk değerlendirmesi temel koruyucu uygulamaların kararını vermek için kullanılır. Kadının temel riskinin hesaplanması klinisyen için zordur. Temel riski çeşitli değişkenler belirler. Gail indeksi kadın için çeşitli risk faktörlerini ele alıp temel riski hesaplar. Bu indeks ile gelecek 5 yıl ve hayat boyu olan invaziv CA gelişim riski ayrı ayrı hesaplanabilir. Risk faktörleri; yaş, menarş yaşı, canlı ilk doğum yaşı, nulliparite, daha önceki meme biyopsi sayısı, herhangi bir biyopside atipik hiperplazi olması, meme CA li birinci derece akraba sayısıdır.¹⁶ Gail indeksi yıllık mammografi yapılan kadınlarda başarılı iken genç yıllık tarama yapılmayan kadında riski abarttığı gösterilmiştir. Claus modelinde ise akrabalığın derecesi ile meme CA nin ortaya çıkış yaşının riski belirlenir. İki birinci derece akrabada 30 yaş öncesi meme CA olan kadında yaşam boyu meme CA olma riski % 40 dır.^{17 18}

Meme Ca riski ve medikal korunma:

Yüksek riskli kadınlarda 5 yıllık medikal korunmanın endikasyonu Gail indeksi sınır değerinin % 1.66 nın üstünde olmasıdır.¹⁹ Kanser riski % 5 üzeri ise Tamoksifen kullanımının çok avantajlı olduğu bildirilmiştir. Primer hedefi postmenopozal osteoporozlu kadınlarda kırıkları azaltmak olan MORE çalışmasında kullanılan Raloksifen E2 reseptör (+) tümör gelişimini % 90 azaltmış ancak E2 reseptör (-) tümörlerde böyle bir etki gösterilmemiştir.²⁰ Raloksifenle postmenopozal osteoporozlu kadında 8 yıl sonra özellikle ER pozitif invaziv meme CA nın plaseboya göre % 59 azaldığı rapor edilmiştir.²¹⁻²⁵ Gail modelinde ise raloksifen yüksek ve düşük riskli meme CA da aynı etkiyi göstermiştir.²⁶⁻³⁰

OSTEOPOROZ

Osteoporoz bir çok ülkede en önemli sağlık problemlerinden biridir. Osteoporotik kırıklar osteoporozun başlıca sorunudur. Osteoporotik kırıklar tam düzelme, kronik ağrı, engelli olma veya ölümlerle sonuçlanabilir.³¹⁻³³ Kalça kırıkları %10-20 mortalite ile seyrederek. Yaklaşık bunların % 25'i uzun dönem bakım gerektirir.³⁴⁻³⁶ Vertebra kırıkları restriktif akciğer hastalıklarına yol açabileceği için osteoporozdan korunmada önemlidir.

Risk Faktörleri

Risk faktörlerinin ortaya konmasında yapılan çalışmalara daha çok 65 yaş üstü beyaz ırk dahil edilmiştir. Diğer etnik gruplarda bilgiler sınırlıdır. Değişik ülkelerdeki kırık oranlarının anlamlı oranda farklı olması risk faktörleri gruplamasını zorlaştırır.

Yetişkinde fraktür öyküsü, birinci derece akrabada fragiliteye bağlı fraktür öyküsü, düşük vücut ağırlığı, sigara içimi, 3 aydan fazla oral kortikosteroid kullanımı risk faktörleridir.³⁷⁻³⁸

Ek risk faktörleri: Görme kısıtlılığı, 45 yaş öncesi E₂ azlığı, demans, kötü sağlık koşulları, düşük Ca alımı, fiziksel inaktivite, günde 2 kadeh üzeri alkol alımı.³⁹

Global risk hesaplanmasında 5 major risk faktörü kullanılır bazı ülkelerde modifiye edilemeyen risk faktörü olarak 65 yaş üzeride kabul edilir.

Global Risk Skoru: Risk faktörleri değerlendirmesi, düşük kemik mineral dansitesine (KMD) sahip kadınların %30 unu tanımlar. Günümüzde osteoporoz tanısı KMD ölçümü ile yapılmaktadır.⁴⁰⁻⁴² Bu yöntemin yüksek maliyeti ve risk faktörlerinin ek etkileri olması nedeni ile çeşitli risk skorları geliştirilmiştir. Kanada çok merkezli osteoporoz çalışmasında yaş, kilo, devam eden E₂ tedavisi gibi 3 parametreye dayanarak KMD ölçümü için uygun adaylar tanımlanmış ve bu çalışmaya göre 9 puan üstü alanlarda KMD yaptırılması önerilmiştir.⁴²

Fraktür riski için en önemli faktör azalmış KMD' dir. Fraktür insidansını belirlemede 2 önemli risk faktörü vardır. 65 yaş üstü olmak ve fragiliteye bağlı fraktür öyküsü olmasıdır. Bu tip hastalar KMD ile değerlendirilmelidir. Bir veya daha fazla risk faktörü olanlar değerlendirmeye alınmalıdır. Canadian Task Force'a göre postmenopozal kadında 60 kg altındaki tüm kadınlar KMD ölçümü ile değerlendirilmelidir.³⁴

Risk faktörlerinin tedavi endikasyonundaki rolü: Klinik uygulamada osteoporoz tanımı her zaman -2.5 altında T skorunu içerir. Tedavinin bu hastalarda başlanmasına genel fikir birliği vardır. Ancak yüksek riskli hastada T skoru -2.5' in altında iken tedaviye başlanması konusunda fikir birliği yoktur. Bu hastaların değerlendirilmesinde risk faktörleri önemlidir. Bir veya daha fazla risk faktörü varsa T-1.5 altında ise tedavi başlanmalıdır.³⁶

ERKEK SAĞLIĞINI KORUMA STRATEJİLERİ VE TARAMA PROGRAMLARI

Son yıllarda erkek sağlığını koruma önem kazanmıştır. Kadınlarda olduğu gibi erkeklerde de yüksek mortalite ve morbiditeye yol açan hastalıklardan korunmada öncelikle risk faktörlerinin belirlenerek kişilerin risk gruplarına göre sınıflandırılması gerekmektedir. Erkeklerde sağlıklı yaşam için erken tanı ve koruma stratejileri önemlidir.

KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLAR VE RİSK FAKTÖRLERİ

Kadınlarda olduğu gibi erkeklerde de KVH major ölüm nedenidir. Ateroskleroz yavaş bir süreçtir ve semptomatik hale gelmesi uzun yıllar alır. KVH'ya bağlı ölümlerin çoğu aniden ve herhangi bir müdahale imkanı olmadan gerçekleşmektedir. Aterosklerotik KVH'ın ortaya çıkması genelde yaşam tarzı ve değiştirilebilen fiziksel ve biyokimyasal risk faktörlerine bağlı oluşmaktadır. Risk faktörlerinin modifikasyonu özellikle yüksek risk grubundaki hastalarda mortalite ve morbiditeyi azaltmaktadır. Bu nedenlerle KVH'dan korunma önemlidir. Risk faktörlerinin değerlendirilmesi, kadınlardaki gibi global risk değerlendirmesi adında Framingham skoru ile belirlenir. Yine global risk değerlendirmesinde 5 major risk faktörü temel alınır ve 10 yıllık KVH riski < % 10 düşük risk, % 10-20 orta risk, > % 20 ise yüksek risk grubuna girer. Risk grubundaki hastalarda ki bunlar orta yaş, sigara içen, abdominal obezitesi olan, bir veya daha fazla riski olan, ailede erken KVH'ı olan, KVH lehine semptomları olanlardır ki primer korunma önemlidir. Bu da kadınlardaki gibi yaşam tarzı değişikliği ve risk grubuna göre ilaç tedavisi ile mümkün olmaktadır.³⁻⁶

OSTEOPOROZ VE RİSK FAKTÖRLERİ

Erkeklerde de kadınlarda olduğu gibi yaşam kalitesinin sağlanması için osteoporozdan korunma önemlidir. Erşkin erkeklerde yaş artışı ile birlikte kortikal kemik kütlesi lineer olarak azalır. Ancak kadınlardaki kadar hızlı değildir. Erkeklerde menopozal hızlanma ile kayıp yoktur. Kortikal kemik kaybı ve endokortikal rezorpsiyon daha azdır, periostal formasyon ise daha fazladır. Kemik kütlesindeki azalma kortikal boyutlardaki değişikliklerle kompanse edilmeye çalışılır. Erkeklerde daha geniş kortikal kalınlığın olması, apendiküler kemik kırıklarının daha az görülmesini açıklar. Yaşlı kadın ve erkeklerde özellikle kaybın mikro mimarisinin farklıdır. Kadınlar hem trabeküler incelleme hem de trabeküler kayba (özellikle horizontal elementler) eğilimlidir.^{2,32}

Osteoporoz Açısından Risk Faktörleri: Asya ırkına mensup olmak, ince vücut yapısı, sedanter yaşam, fazla alkol kullanımı, oral glukokortikoid kullanımı, kronik hastalıklara bağlı immobilizasyon, kalsiyumdan fakir beslenmek, mide ve kolon operasyonu geçirmiş olmak, aile fertlerinde osteoporozla bağlı kırıkların olması, uzun süre ve fazla miktarda sodyum, protein, fosfor, kafein tüketimi söylenebilir.⁴²

Osteoporotik Erkeklerin Değerlendirilmesi: Erkeklerin osteoporozunun tanısı kadınlarda uygulanan yöntemler ile konur. Radyolojik değerlendirme ile vertebral kırıkların yeri, sayısı ve şiddeti ortaya konmalıdır. Spin

ve proksimal femurun dansitometrik ölçümleri yapılmalıdır. Biyokimyasal değerlendirme ile hipogonadizm ve kemik kaybına yol açan hastalıkları ekarte edilebilmek amacıyla serum kalsiyum, fosfat, alkalin fosfat, 25 hidroksivitamin D, paratiroid hormon, testesteron, gonadotropinler, prolaktin, kortizol, protein elektroforezi, üriner kalsiyum atılımı değerlerine bakılmalıdır.⁴⁶ Kemik rezorpsiyonunu gösteren hidroksiprolin, üriner geçişli kollajen degradasyon ürünleri ve kemik formasyonunu gösteren osteokalsin değerleri ölçülmelidir.^{39,41}

Erkeklerde osteoporozdan korunma:

- Testesteron eksikliği erken tanınmalı ve tedavi edilmeli
- Alkol kullanımı sınırlanmalı ve sigara içilmemeli
- Yaşam boyu düzenli fiziksel egzersiz yapılmalı
- Yüksek riskli erkekler erken tanınmalı
- Kronik glukokortikoid tedavisinden kaçınılmalı
- Birlikte görülen hastalıklar tedavi edilmeli
- Yaşam boyu yeterli kalsiyum (1000 mg/gün). 55-60 yaş üzerinde 1500 mg/gün
- Yaşam boyu yeterli vitamin D (400-800 IU/gün).
- Düşmelerden korunmalı

KOLON KANSERİ VE RİSK FAKTÖRLERİ

Erkekler ve kadınlarda erken tanı ve taramanın önemli olduğu kanser tipi kolon kanseridir. Kolon kanseri taramasında 5 test kullanılabilir. Bunların başarı oranları birbirine eşittir.¹

a. Dışkıda gizli kan aranması: Farklı günlerde alınan 3 dışkı örneği test edilir. Yılda bir tekrarlanır.

b. Sigmoidoskopi: Şüphelenilen bir bölge, polip, ülser, v.b. görülürse aynı zamanda biyopsi yapılmasına da olanak sağlar. 5 yılda bir tekrarlanmalıdır.

c. Sigmoidoskopi ve yıllık dışkıda gizli kan incelenmesinin birlikte yapılması.

d. Baryumlu kolon grafisi: 5 yılda bir tekrarlanmalıdır.

e. Kolonoskopi: Şüphelenilen bir bölge, polip, ülser, vb. görülürse aynı zamanda biyopsi yapılmasına olanak sağlar. 50 yaş ve üzerindeki kişilerde mutlaka yapılması gerektiği bildirilmekle birlikte hangi sıklıkta yapılacağı tartışmalıdır.

Rektal tuşe: 40 yaş üzerindeki kişilerde her yıl yapılmalıdır. Sadece bu yöntem tarama için tek başına yeterli değildir.

Adenomatöz polip veya kolorektal kanser tanısı alanlar, ailesinde yoğun kolorektal kanser veya polip görülme oranları, kronik inflamatuvar barsak hastalığı tanısı olanlar, ailevi adenomatöz poliposis veya herediter non-poliposis koli gibi genetik geçişli kolorektal kanser hastalıklarının ailede görülmesi gibi risk faktörlerine sahip olan kişilerin kolon kanserine yakalanma olasılıkları yüksektir. Bu nedenle tarama testlerine erken yaşlarda başlamalı ve sık yaptırılmalıdır.

Sonuç olarak; postmenopozal asemptomatik kadınlarda ve ileri yaş erkeklerde erken tanı ve tedavi toplum sağlığını korumada önemlidir. KVH, osteoporoz, kanserler gibi yüksek mortalite ve morbiditeye yol açan hastalıklar hedef alınmalıdır. Sağlıklı bir yaşam biçimi, hastalıklardan korunma stratejilerinin geliştirilmesi ve bireysel risk skorlarının değerlendirilip gerektiğinde agresif tedavinin sağlanması ile yaşlılıktaki hastalıklardan korunma mümkün olacaktır.

KAYNAKLAR

- Kochanek KD, Murphy SL, Anderson RN, Scott C. Deaths: final data for 2002. *Natl Vital Stat Rep* 2004;53:1-115.
- Johnell O, Kanis JA. An estimate of the worldwide prevalence, mortality and disability associated with hip fracture. *Osteoporos Int* 2004;15:897-902.
- Pearson TA. New tools for coronary risk assessment: what are their advantages and limitations? *Circulation* 2002;105:886-92.
- Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA* 2001;285: 2486-97.
- Conroy RM, Pyörälä K, Fitzgerald AP, Sans S, Menotti A, De Backer G, et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *Eur Heart J* 2003;24:987-1003.
- Walldius G, Jungner I, Aastveit AH, Holme I, Furberg CD, Sniderman AD. The apoB/apoA-I ratio is better than the cholesterol ratios to estimate the balance between plasma proatherogenic and antiatherogenic lipoproteins and to predict coronary risk. *Clin Chem Lab Med* 2004;42:1355-63.
- Stanger O, Herrmann W, Pietrzik K, Fowler B, Geisel J, Dierkes J, et al. DACH-LIGA homocystein (german, austrian and swiss homocysteine society): consensus paper on the rational clinical use of homocysteine, folic acid and B-vitamins in cardiovascular and thrombotic diseases: guidelines and recommendations. *Clin Chem Lab Med* 2003;41:1392-403.
- Ridker PM, Wilson PW, Grundy SM. Should C-reactive protein be added to metabolic syndrome and to assessment of global cardiovascular risk? *Circulation* 2004;109:2818-25.
- van der Meer IM, de Maat MP, Kiliaan AJ, van der Kuip DA, Hofman A, Witteman JC. The value of C-reactive protein in cardiovascular risk prediction: the Rotterdam Study. *Arch Intern Med* 2003;163:1323-8.
- Tosetto A, Prati P, Baracchini C, Manara R, Rodeghiero F. Age-adjusted reference limits for carotid intima-media thickness as better indicator of vascular risk: population-based estimates from the VITA project. *J Thromb Haemost* 2005;3:1224-30.
- Mosca L, Appel LJ, Benjamin EJ, Berra K, Chandra-Strobus N, Fabunmi RP, et al. Evidence-based guidelines for cardiovascular disease prevention in women. *Circulation* 2004;109:672-93.
- De Backer G, Ambrosioni E, Broch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice Third Joint Task Force of European and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of eight societies and by invited experts). *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2003;10 (Suppl. 1): S1-S78.
- Levine M, Moutquin JM, Walton R, Feightner J; Canadian Task Force on Preventive Health Care and the Canadian Breast Cancer Initiative's Steering Committee on Clinical Practice Guidelines for the Care and Treatment of Breast Cancer. *CMAJ* 2001;164:1681-90.
- Euhus DM, Smith KC, Robinson L, Stucky A, Olopade OI, Cummings S, et al. Pretest prediction of BRCA1 or BRCA2 mutation by risk counselors and the computer model BR-CAPRO. *J Natl Cancer Inst* 2002;94:844-51.
- Fisher B, Costantino JP, Wickerham DL, Redmond CK, Kavanah M, Cronin WM, et al. Tamoxifen for prevention of breast cancer: report of the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project P-1 Study. *J Natl Cancer Inst* 1998;90:1371-88.
- Smith RA, Saslow D, Sawyer KA, Burke W, Costanza ME, Evans WP 3rd, et al. American Cancer Society guidelines for breast cancer screening: update 2003. *CA Cancer J Clin* 2003;53:141-69.
- Colditz GA, Rosner B. Cumulative risk of breast cancer to age 70 years according to risk factor status: data from the Nurses' Health Study. *Am J Epidemiol* 2000;152:950-64.
- Gail MH, Brinton LA, Byar DP, Corle DK, Green SB, Schairer C, et al. Projecting individualized probabilities of developing breast cancer for white females who are being examined annually. *J Natl Cancer Inst* 1989;81:1879-86.
- Mc Tiernan A, Kuniyuki A, Yasui Y, Bowen D, Burke W, Culver JB, et al. Comparisons of Two Breast Cancer Risk Estimates in Women with a Family History of Breast Cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2001;10:333-8.
- Claus EB, Risch N, Thompson WD. Autosomal dominant inheritance of early-onset breast cancer. Implications for risk prediction. *Cancer* 1994;73:643-51.
- Hoskins KF, Stopfer JE, Calzone KA, Mera-lyer SD, Rebbeck TR, Garber JE, et al. Assessment and counseling for women with a family history of breast cancer. A guide for clinicians. *JAMA* 1995;273:577-85.
- Parmigiani G, Berry D, Aguilar O. Determining carrier probabilities for breast cancer-susceptibility genes BRCA1 and BRCA2. *Am J Hum Genet* 1998;62:145-58.
- Berry DA, Parmigiani G, Sanchez J, Schildkraut J, Winer E. Probability of carrying a mutation of breast-ovarian cancer gene BRCA1 based on family history. *J Natl Cancer Inst* 1997;89:227-38.
- Veronesi U, Maisonneuve P, Costa A, Sacchini V, Maltoni C, Robertson C, et al. Prevention of breast cancer with tamoxifen: preliminary findings from the Italian randomised trial among hysterectomised women. Italian Tamoxifen Prevention Study. *Lancet* 1998;352:93-7.
- Powles T, Eeles R, Ashley S, Easton D, Chang J, Dowsett M, et al. Interim analysis of the incidence of breast cancer in the Royal Marsden Hospital tamoxifen randomised chemoprevention trial. *Lancet* 1998;352:98-101.

26. Kinsinger LS, Harris R, Woolf SH, Sox HC, Lohr KN. Chemoprevention of breast cancer: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002;137:59-69.
27. Cummings SR, Eckert S, Krueger KA, Grady D, Powles TJ, Cauley JA, et al. The effect of raloxifene on risk of breast cancer in postmenopausal women: results from the MORE randomized trial. Multiple Outcomes of Raloxifene Evaluation. *JAMA* 1999;281:2189-97.
28. Martino S, Cauley JA, Barrett-Connor E, Powles TJ, Mershon J, Disch D, et al. Continuing outcomes relevant to Evista: breast cancer incidence in postmenopausal osteoporotic women in a randomized trial of raloxifene. *J Natl Cancer Inst* 2004;96:1751-61.
29. Martino S, Cauley JA, Barrett-Connor E, Powles TJ, Mershon JL, Disch D, et al. Incidence of invasive breast cancer following 8 years of raloxifene therapy in postmenopausal women with osteoporosis: Results from the Continuing Outcomes Relevant to Evista (CORE) trial. 2004 ASCO Annual Meeting Proceedings (Post-Meeting Edition). *J Clin Oncol* 2004;22(Suppl):1000.
30. Cauley JA, Martino S, Barrett-Connor E, Powles TJ, Mershon JL, Disch D, et al. CORE Investigators. Effect of raloxifene on invasive breast cancer incidence in post-menopausal women stratified by Gail risk assessment: results of the Continuing Outcomes Relevant to Evista (Core) trial. 2004 ASCO Annual Meeting Proceedings (Post-Meeting edition). *J Clin Oncol* 2004;22(Suppl):1018.
31. Cheung AM, Feig DS, Kapral M, Diaz-Granados N, Dodin S; Canadian Task Force on Preventive Health Care. Prevention of osteoporosis and osteoporotic fractures in postmenopausal women: recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ* 2004;170:1665-7.
32. Hannan MT, Felson DT, Dawson-Hughes B, Tucker KL, Cupples LA, Wilson PW, et al. Risk factors for longitudinal bone loss in elderly men and women: the Framingham Osteoporosis Study. *J Bone Miner Res* 2000;15:710-20.
33. Cummings SR, Nevitt MC, Browner WS, Stone K, Fox KM, Ensrud KE, et al. Risk factors for hip fracture in white women. Study of Osteoporotic Fractures Research Group. *N Engl J Med* 1995;332:767-73.
34. Roy DK, O'Neill TW, Finn JD, Lunt M, Silman AJ, Felsenberg D, et al. Determinants of incident vertebral fracture in men and women: results from the European Prospective Osteoporosis Study (EPOS). *Osteoporos Int* 2003;14:19-26.
35. Dargent-Molina P, Douchin MN, Cormier C, Meunier PJ, Bréart G; EPIDOS Study Group. Use of clinical risk factors in elderly women with low bone mineral density to identify women at higher risk of hip fracture: The EPIDOS prospective study. *Osteoporos Int* 2002;13:593-9.
36. Kanis JA, Johnell O, De Laet C, Jonsson B, Oden A, Ogelsby AK. International variations in hip fracture probabilities: implications for risk assessment. *J Bone Miner Res* 2002;17:1237-44.
37. North American Menopause Society.. Management of postmenopausal osteoporosis: position statement of the North American Menopause Society. *Menopause* 2002;9:84-101.
38. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for osteoporosis in postmenopausal women: recommendations and rationale. *Ann Intern Med* 2002;137:526-8.
39. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of osteoporosis. A National Clinical Guideline. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (SIGN publication; no. 71); 2003. 45p.
40. AACE Osteoporosis Task Force. American Association of Clinical Endocrinologists medical guidelines for clinical practice for the prevention and treatment of postmenopausal osteoporosis: 2001 edition, with selected updates for 2003. *Endocr Pract* 2003;9:544-64.
41. Fox KM, Cummings SR, Powell-Threets K, Stone K. Family history and risk of osteoporotic fracture. Study of Osteoporotic Fractures Research Group. *Osteoporos Int* 1998;8:557-62.
42. Hannan MT, Felson DT, Dawson-Hughes B, Tucker KL, Cupples LA, Wilson PW, Risk factors for longitudinal bone loss in elderly men and women: the Framingham Osteoporosis Study. *J Bone Miner Res* 2000;15:710-20