

# Ülkemizde Astım Tanı ve Tedavisinde Yanlış Uygulamalar

A. Fuat Kalyoncu

Hacettepe Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD, Erişkin Alerji Ünitesi, Ankara

## ÖZET

Her hastalığın ders kitaplarında ve yenilenen uzlaşma raporlarında belirtilen tanı ve tedavi protokolleri olmasına rağmen, günlük uygulamada her zaman bu yol izlenmemektedir. Ülkemizde astım hastalığı ile ilgili özel bazı yanlış uygulamaların da olduğu bilinmektedir. Astımlı hastalar yanlış tanı alabilmekte veya başka hastalara astım tanısı konabilmektedir. Tedavide eksiklik sık karşılaşılan bir durumdur. Hastaların eğitimi konusuna daha çok zaman ayrılmalıdır. Yaşanan sorunların çoğu hasta ve hekim eğitimiyle çözülebilir.

Anahtar sözcükler: bronş astımı, Türkiye, klinik uygulama

*Toraks Dergisi, 2002;3(2):213-216*

## ABSTRACT

### Mistakes in Daily Clinical Practice in the Diagnosis and Treatment of Bronchial Asthma in Our Country

Although there are some diagnostic and therapeutic protocols mentioned in the textbooks and in some renewed consensus reports, these are not always applied to daily practice. It is supposed that there are some special mistakes in the clinical practice of asthma in our country. Asthmatic patients can be misdiagnosed or other patients can be diagnosed as asthma, in addition to undertreatment which is a common problem. Patient education is important and more time should be spent on it. Most of the problems can be solved by training the physicians in addition to asthmatic patients.

Key words: bronchial asthma, Turkey, clinical practice

Bronş astımı göğüs hastalıklarına ilişkin klinik uygulamada en sık karşılaşılan birkaç hastalıktan biridir. Bazı günler polikliniğe başvuranların yarıya yakını bu grup hastalar oluşturmaktadır. Hastalığın tanısı genellikle anamneze dayalıdır ve çok da zor konulmamaktadır, ancak bir grup hastada önemli tanı ve tedavi sorunları yaşanmaktadır. Nefes darlığının, hırıltılı solunum ve öksürükle birlikte olduğu klasik tablolarda, hastalar zaten kendileri tanı koyarak gelmektedir. Sorun öksürük gibi tek semptomu olan, eşzamanlı başka kronik özellikte hastalıkları bulunan ve tedaviye yeterli yanıt vermeyen hasta gruplarında ortaya çıkmaktadır. Bu açıdan bakıldığında ülkemiz astım uygulamasında önemli boyutta sorunların olduğu kabul edilmelidir.

### 1. Hasta astımlı, ama tanısı yanlış

Bu durum giderek daha az görülmektedir. Son yıllarda üzerinde en çok eğitim çalışması yapılan hastalıklardan biri astımdır. Başta göğüs hastalıkları alanı olmak üzere birçok tıp branşında sayısız astım eğitim toplantısı yapılmıştır. Astım konusunda Toraks Derneği öncülüğünde 1996 ve 2000 yıllarında iki ayrı uzlaşma raporu yayımlanmış ve yurt genelinde dağıtılmıştır [1,2]. Bu raporlara internet yoluyla da ulaşmak mümkündür. En çok karıştırılan tanılar, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve bronş hiperreaktivitesidir (BHR). Daha sonra özgül olmayan bronşit tanısı gelmektedir.

Bu durumun önemli bir diğer nedeni de, bazı hastaların astımdan fobi derecesinde korktuğunu gören hekimin bileerek, hastayı rahatlatmak amacıyla, buna benzer bir başka tanı koymasındır. Spastik bronşit, obstrüktif bronşit, alerjik bronşit, müzmin bronşit gibi tanılar sık kullanılan paravan isimlerdir [3].

Yazışma adresi: Prof. Dr. A. Fuat Kalyoncu  
Hacettepe Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD  
Erişkin Alerji Ünitesi, Ankara  
Tel: (0312) 305 15 31; Faks (0312) 310 08 09  
e-posta: kalyon@ada.net.tr

## 2. Tanı astım, ama hasta astımlı değil

Bu durum en sık, kalp yetersizliği, akciğer ve hava yoluyla ilgili diğer hastalıklar (örneğin reaktif hava yolu disfonksiyonu sendromu vs) ve psikojenik nedenlerle ortaya çıkmaktadır. Kardiyak astım aslında anamnez ve fizik muayene ile bir dereceye kadar kolayca ayırt edilecek bir hastalıktır. Akciğer grafisindeki kardiomegali, Kerley B çizgileri, plevral effüzyon ve oskültasyonda bazallerde duyulan ince raller tipiktir. EKG ve ekokardiyografi genellikle tanıya yardımcı olmamaktadır [4,5]. Kalp yetersizliğinde klinik tabloya eşlik edebilen bronş hiperreaktivitesi, solunum fonksiyon testlerini bazen astımdan ayırt edemeyebilir. Akciğer ve hava yoluna ait hastalıklar ayrıntılı bir göğüs hastalıkları muayenesiyle aydınlatılabilir. Psikojenik nedenleri (örneğin vokal kord disfonksiyonu, depresyon vs) ayırt etmek bazen oldukça zor olmaktadır.

Bu bölümde tartışılması gereken önemli bir başka tanı da bronş hiperreaktivitesidir. Genellikle viral bir üst solunum yolu infeksiyonu gibi geçici bir nedenle ortaya çıkan BHR, normalde 4-6 hafta içerisinde kendiliğinden düzelmektedir. Ancak bu hastaların da bir bölümüne astım tanısı konulmakta ve uzun süren çeşitli tedaviler uygulanmaktadır. Gerçekten de bazen bu durumu hafif veya orta derece persistan astımdan ayırt etmek oldukça zordur. Herkes tarafından kabul görmeyen ve tartışmalı bir tedavi yöntemi olan aşı tedavisine (alerjen immünoterapisi) iyi yanıt veren hastaların, genellikle bu grup olduğu, günlük uygulamada sık karşılaşılan bir durumdur. BHR'nin toplumun %20-40'ında görüldüğü göz önüne alınırsa, bu durumun önemi anlaşılacaktır.

## 3. Hasta astımlı, ama tedavisi uygun ve/veya yeterli değil

Astımın izlenmesinde en sık yapılan hata, hastanın yanlış veya yetersiz tedavi ile yaşamını sürdürmesidir. Hekim yeterli tedavi verdiğini zannetmekte, hasta da alabileceği azami tedavinin verilen olduğunu düşünmektedir. Bu nedenle kontrollerde hasta ayrıntılı olarak sorgulanmamakta ve hasta da yakınmalarını dile getirmemektedir. Hasta efor dispnesini, noktürnal astımını, öksürmesini ve sık sık bronkodilatör ilacını kullanmayı kanıksamıştır. Üzerine gidilmeyip sorgulanmazsa, atak yaşamadığı sürece belirgin yakınması olmadığını söyleyebilir. Hastanın tedavisi zamanla (sadece kısa sürede rahatlatan) bronkodilatör tedaviye dönüşebilir [6,7]. Hasta verilen ilacı usulüne uygun ve düzenli kullanmıyor olabilir. İlaçları eksik dozda alabileceği gibi çok ve yüksek dozda da alabilir. Çözüm her astımlının hastalığı konusunda eğitilmesidir [8]. Mümkünse hem bir eğitim toplantısına katılmalı hem de evde açıp bakabileceği bir kitabı olmalıdır [9]. Toraks Derneği Astım Grubu hastalar ve yakınları için bir kitap hazırlamış olup, kısa sürede tüm hekimle-

re ulaştırılacaktır. İmkan olduğu takdirde, astım için heyet raporu verilen her hastanın, rapor öncesi, zorunlu bir eğitime tabi tutulması çok yararlı olacaktır. Bu yöntem bugün bazı kliniklerimizde başarıyla uygulanmaktadır. Avrupa'da bazı ülkelerde astım tanısı konulan hastalar, ücreti sağlık sisteminden ödenmek üzere bir haftalık (veya en azından birkaç günlük) özel bir "astım okuluna" katılmaktadır. Eğitimli bir hastanın ülke ekonomisine getirdiği yük de azdır.

Tedavideki diğer sorun aşı tedavisidir (alerjen immünoterapisi). Etki mekanizmasından sonuçlarına kadar tamamen tartışmalı bir konu olup, bazı meslektaşlarımız tarafından hastalara tek tedavi yöntemi şeklinde tanıtılmaktadır. Ender olarak ölüme kadar varan yan etkileri nedeniyle bazı ülkelerde kullanımı kısıtlanmıştır. Ülkemizde ise ne yazık ki istismar boyutunda kullanıldığı bir gerçektir [10,11]. Eğer yapılmasının yarar verebileceği düşünülüyorsa, sadece alerji hastalıkları uzmanı tarafından, hastaya riskleri anlatılarak ve yazılı bir onayı alındıktan sonra denenebilir [2]. Hasta yarar görmüyorsa birinci yılın sonunda kesilmelidir. Kanımca bu tedavi yönteminin günümüzde tartışmasız olarak kullanıldığı tek alan, arı alerjisidir.

4. Hasta astımlı, eğitimli, tedavisi doğru ama gene sorun var  
Hastaları aileleri ve yakınları etkilemektedir. En önemli sorunlar kortikofobi ve alternatif tedavi baskılarıdır [12,13]. Düzenli bir tedaviye alınan hasta, iyileşince kortikofobi nedeniyle kullandığı ilacı bırakmaktadır. Burada özellikle kadınlar hirsutizm ve kilo artışıyla korkutulmaktadır. Bazen iyi bir eğitim dahi gazete ve televizyondaki yanlış haberler ve komşu tavsiyeleriyle başa çıkamamaktadır. Hekimler alternatif tıp konusunda yeterli bilgi sahibi olmadıkları için, hastaların sorularını tam olarak yanıtlayamamaktadır. Bu güvensizlik ortamı bazı hastaların tedavilerini keserek akupunktur, mağara tedavisi, bildircin yumurtası veya bitkisel ilaçlar gibi yöntemlere yönelmelerine zemin hazırlayabilir. İlaç bedelini kendileri ödeyen sosyal güvencesiz hastalar da ekonomik nedenlerle alternatif tıba kayabilir.

Yurt dışında yaşayan vatandaşlarımız tatile gelirken hasta yakınlarına hediye olarak ilaç getirmektedir. Bu şekilde gereksiz ilaç kullanan, aynı ilacı iki farklı isimle ve çift doz olarak kullanan, sürekli yurtdışından ilaç getiren hastalar da bulunmaktadır. Maddi durumu çok iyi olup da mutlaka yurtdışından (özellikle ABD'den) ilaç getiren bazı hastaların ellerinde zaman zaman çok eski, ancak ABD'de hâlâ kullanılan ilaçlara da rastlanmaktadır.

5. Hasta baştan itibaren eksik değerlendirilmiş olabilir  
Hasta kayıtlarında mutlaka yaşam koşulları, sigara öyküsü, iş ortamı, atopik durumu ve diğer hastalıkları, hayvanlarla

teması, astım ilaçlarının yan etkileri ve analjezik alerjisi gibi konular sorgulanmalı ve kaydedilmiş olmalıdır. İlaç alerji/intoleransı varsa mutlaka o alanda güvenli alternatifler bulunmalıdır. Bu nedenle hasta her başvurusunda, adı geçen risk faktörleri açısından tekrar değerlendirilmelidir.

**6. Farklı branştaki hekimlerin farklı tedavi yaklaşımları**  
Astım esasen anamnez ve fizik muayene ile tanı koyulan ve izlenebilen bir hastalıktır. İlk muayene sonrası kontrollerinde genellikle basit solunum fonksiyon testi ve/veya kendi PEF ölçümleri yeterlidir [14]. Daha önce bir kardiyoloji veya gastroenteroloji muayenesinden geçen bir hasta için ne yazık ki astım muayenesi doyurucu olmamaktadır. Ekokardiyografi, EKG, anjiyo, kateter, ultrasonografi, endoskopi veya biyopsi gibi tanı yöntemleri bekleyen hasta, sadece bu basit inceleme karşısında (o da hekimi isterse) hayal kırıklığına uğramaktadır. Bu durum hastaya açıklanmalıdır. Anamnezin yol gösterici olmadığı hastalara alerji incelemelerinin veya bilgisayarlı akciğer tomografilerinin gereksizliği anlatılmalıdır [15]. Bu durum hasta uyumu açısından çok önemlidir.

En yüz güldürücü tedavi sonuçları olasılıkla pediatri uzmanları tarafından alınmaktadır, çünkü astımlı çocukların önemli bir bölümü zamanla kendiliğinden remisyona girmektedir. Tıbbi tedaviye alternatif veya ilave olarak aşı tedavisini önerme, en sık pediatrist ve alerji uzmanları arasında görülmektedir [11]. Alerji uzmanları tanıda deri prick testleri ve serumda bazı alerjenlere özgü spesifik IgE incelemelerini sık (bazı yerlerde rutin) olarak istemektedir. Göğüs ve iç hastalıkları uzmanları ve pratisyenler genellikle fazla inceleme istemeden hastaya tıbbi tedavi verme eğilimindedirler [11]. Üniversite ve eğitim hastanelerinde incelemeler genellikle veri kaydedilmesi ve araştırmalar nedeniyle yapılır. Astımlı hastaların önemli bir bölümü önceden septum deviasyonu, sinüzit, tonsillektomi veya polipektomi ameliyatı olmuştur. Hastaların bu ameliyatlardan ne oranda yararlandığı konusu ise tartışmalıdır. KBB kliniklerinde sıkça ve serbestçe reçete edilen “dekonjestan + antihistaminik” preparatları ise astımlılarda semptomları artırabilmektedir.

### 7. Gereksiz yasaklar

Uygulamada bazı meslektaşlarımızın hastalara başta aspirin olmak üzere tüm ağrı kesici ve antiromatizmal ilaçları, spor yapmayı ve bazen gebeliği yasakladığı görülmektedir. Bu durum birçok hastanın tıbbi güvenini sarsmakta, uyumunu olumsuz etkilemekte ve sonuçta alternatif tedavilere eğilim artmaktadır. Eğer ilaç intoleransları varsa, astımlılar her zaman emniyetli bir alternatif bulabilir [16,17], yeterli bir tedavi ile spor yapabilir ve evlenip çocuk sahibi olabilirler.

Diyet düzenlemeleri belki sadece çok küçük bir grup hastaya önerilebilir. Hastalar gereksiz yasaklamalar yerine, normal sosyal yaşamlarını sürdürmeye özendirilmelidir.

**8. Astımın ve ilaçların komplikasyon ve yan etkileri önemlidir**  
Bu konu “astıma ve ilaçlara bağlı komplikasyonlar” şeklinde iki başlık altında irdelenmelidir. Tedavi edilmeyen birçok astımlının kan basıncı yüksek olup yeterli bir astım tedavisi ile kan basınçları normal sınırlar içine geri çekilmektedir. Bu nedenle astımlıların hipertansiyon tanılarında kuşkuyla yaklaşmak gerekir. Bazen kontrolsüz hipertansif hastaların da nefes darlığı ve retrosternal baskı ile başvurduğunu unutmamak gerekir. Kronik öksürük birçok hastada inguinal, umbilikal ve disk hernisine yol açabilir. Özellikle kadınlar öksürüğün kendisinden çok inkontinanstan yakınmaktadır [18]. Öksüren kadınların üçte ikisinin inkontinansı vardır ve uygun bir tedavi ile 10 gün içinde düzelir. Osteoporoz, spontan kot fraktürü, intraorbiküler hemoraji diğer sık görülen komplikasyonlardır.

İlaç yan etkileri de sık görülmekte, ancak yeterince sorgulanmamaktadır. Betamimetikler sıklıkla tremor, taşikardi, baş ağrısı ve adale krampları yapar. Özellikle baş ağrısı ve kramplar hem hasta hem de hekimlerin ihmal ettiği önemli konulardır. Uykusuzluk metilksantinler ve betamimetiklerde görülebilir [19].

### 9. Sosyal sorunlar

Bu başlık altında çeşitli sorunların yaşandığı görülmektedir.

**a. İlaç fiyatları yüksektir ve artmaya devam etmektedir.**  
Sosyal güvencesi olmayan hastalar zor durumdadır. Hastalara aynı derecede etkili, kullanabileceği en ucuz ilaç yazılmalıdır. İnhaler kullanan bir hastaya kuru toz tipi ilaç yazılmamalıdır. Uzun etkili betamimetik ilaçlar oldukça pahalıdır, alternatif olarak oral yavaş salımlı kısa etkili betamimetik tabletler veya teofilin önerilmelidir.

**b. Bazı özel sağlık sigortaları astım harcamalarını karşılamamaktadır.** Bu durum düzeltilmelidir.

**c. Astımı olan hastalara ilaç raporu verilmeli, verilmeden önce hastanın zorunlu olarak bir eğitim toplantısına katılması sağlanmalıdır.**

**d. Nedense bazı acil servislerde astımlı hastalar önemsenmediği hissine kapılmaktadır.** Bunda en büyük hata hekimlerin ve sağlık personelinin yanlış davranışlarıdır. Hastaların bir kısmı ayrıntılı muayene edilmeden hemen klasik bir astım serumu takılmaktadır. Astıma bağlı mortalitenin henüz azaltılmadığı akıldan çıkarılmamalıdır.

**e. Hastaların ilaçları, tercihan kullanabildiği bir tek ilaç, aynı inhaler yöntemiyle verilmelidir.** Uygulamada sık olarak, steroidi turbuhaler, uzun etkili betamimetik diskhaler ve kısa etkili betamimetik sprey yoluyla kullanan hastalar-

la karşılaşmaktadır. Hasta kullanabildiği sürece tüm ilaçları (karışıklığa yol açmamak için) aynı ve en ucuz yöntemle almalıdır. Bu türde reçetelerin yazılmasında ne yazık ki bazı ilaç firmalarının da olumsuz özendirici rolleri bulunmaktadır. Bu tür lokal ilaçları rahatlıkla kullanan hastaların evlerine nebulizatör cihazı verilmemelidir. Hastalar bu cihazın kolaylığına kapılarak, ilaçları gereğinden yüksek dozda ve hijyenik olmayan koşullarda alabilir.

Sonuç olarak ülkemizde astım uygulamasında gerçekten bazı sorunlar yaşanmaktadır. Burada dile getirilmeyen başka sorunlar da olabilir. Bu sorunların çoğunun camiamız ve sürekli mesleki eğitim sayesinde çözülebileceğinin inancındayım.

## KAYNAKLAR

1. Toraks Derneği Bronş Astımı Grubu. Bronş astımı tanı ve tedavi ilkeleri. İstanbul; 1996.
2. Ulusal astım tanı ve tedavi rehberi. Toraks Dergisi 2000; 1(ek 1).
3. Kalyoncu AF. Epidemiyoloji. In: Kalyoncu AF ve Türkteş H eds. Ulusal verilerle astma. Kent Matbaası, Ankara 1999;8-38.
4. Öztürk S, Kırıl F, Dodurğalı F, Poluman A. Kriz dışı astmatiklerde radyolojik bulgular. Göğüs Hast Arş Derg 1995 (özel sayı):35-37.
5. Kadı H, Şahin Ü, Ergin H ve ark. Astma şiddeti ile elektrokardiografik bulgular arasındaki ilişki. Solunum Hast 1998; 9:1-4.
6. Şekerel B, Saraçlar Y, Öneş Ü ve ark. Astuma bakış: Hekimler, çocuk hastalar ve çocuk hastaların yakınları. Allerji-Astım 2000; 2: 49-56.
7. Gemicioğlu B Ed. Astım algılama değerlendirmesi. ARGOS iletişim hizmetleri reklamcılık ve ticaret AŞ, İstanbul; 2000.
8. Akkaya E, Yılmaz A, Ece F ve ark. Effects of patient education to the life quality in asthma patients: 3 years experience. European Respiratory Society Annual Congress, Berlin-Almanya, 20-24 Eylül 1997. Eur Respir J 1997;10 (Suppl 25): 194.
9. Kalyoncu AF ed. Bronş astması. Genişletilmiş ikinci basım. Türkiye Akciğer Hastalıkları Vakfı Yayınları No:4. Kent Matbaası, Ankara, 1996.
10. Kalyoncu AF. A prospect on immunotherapy from Turkey. Clin Exp Allergy 1995; 25: 380-1.
11. Bavbek S. Tanı ve tedavi. In: Kalyoncu AF, Türkteş H eds. Ulusal verilerle astma. Kent Matbaası, Ankara 1999:90-155.
12. Kalyoncu AF, Selçuk ZT, Iskandarani A et al. Alternative and complementary medicine for Bronchial Asthma in Turkey. Thorax 1992; 47:762.
13. Kalyoncu AF. Astmalı hastaların alternatif tedavi eğilimleri. Astma Kliniği. Kent Matbaacılık, Ankara, 1997; 152-6.
14. Oğuzülgen İK. Astımın tanı ve tedavisinde peak flow metrenin yeri. Toraks Dergisi 2000; 1: 69-75.
15. Osma E, Çımrın AH, Manisalı M ve ark. Bronşial astmadaki patolojik değişimlerin gösterilmesinde yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografinin yeri. Dokuz Eylül Üniv Tıp Fak Derg 1994; 8: 26-32.
16. Kalyoncu AF, Karakaya G, Şahin AA & Barış Yİ. Occurrence of allergic conditions in asthmatics with analgesic intolerance. Allergy 1999; 54: 428-35.
17. Karakaya G, Kalyoncu AF. Clinical features of antibiotic allergy/intolerance in Ankara. Int Rev Allergol Clin Immunol 2000; 6:103-6.
18. Kalyoncu AF, Kısacık G, Çöplü L, et al. Stress incontinence and sexual life: Occult problems of the female asthmatics. Türk J Med Sci 1997;27: 243-6.
19. Kısacık G, Selçuk T, Kalyoncu AF & Barış Yİ. Clinical characteristics of adult asthmatics in Ankara. Int Rev Allergol Clin Immunol 1998;4: 66-70