

Afyon İlindeki Hekimlerin Tüberküloz Tanı ve Tedavisine Yaklaşımları

Murat Cirit, Ayşe Orman, Mehmet Ünlü

Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz AD, Afyon

ÖZET

Afyon ili ve çevre ilçelerinde bulunan 162'si pratisyen, 46'sı uzman hekim olmak üzere toplam 208 hekime tüberküloz tanı ve tedavisine yaklaşımlarını belirlemek amacıyla 9 sorudan oluşan bir anket çalışması uygulandı. Hekimlerin %75'i tüberküloz tanısının bakteriyolojik olarak konulması gerektiğini, %64.4'ü 3 ilaç, %30.8'i 4 ilaç ile tedaviye başlamayı uygun gördüklerini belirtmişlerdir. INH+RIF+EMB'nin (%36.5) en sık tercih ettikleri kombinasyon olduğu, %34.6'sının tedavi süresi olarak 6 ay, %38.5'inin ise 9 ayı yeterli gördüğü saptanmıştır. Tedavi başarısızlığı olan olgularda hekimlerin %65.4'ü hastayı ileri bir merkeze sevk etmeyi, %20.2'si tedaviye yeni bir ilaç eklemeyi uygun gördüklerini belirtmişlerdir. Çocuklarda görülen tüberkülozun tedavisinde hekimlerin %38.5'i 2 ilaç ile tedavinin yeterli olacağını, gebelikte görülen tüberküloz için de hekimlerin %9.7'si tedavi için doğum sonrasında beklenmesi gerektiğini, %11.5'i abortus yaptıktan sonra tedavi edilmesi gerektiğini vurgulamışlardır. Sonuç olarak tüberküloz tanı ve tedavisi konusunda hekimlerin önemli ölçüde bilgi eksikliği olduğu saptanmış olup buna yönelik daha etkili eğitim çalışmalarının yapılması gerektiği kanısındayız.

Anahtar sözcükler: tüberküloz, tanı, tedavi

Toraks Dergisi, 2003;4(2):133-137

ABSTRACT

Approaches of Physicians to the Diagnosis and Treatment of Tuberculosis in Afyon

This study was planned in order to evaluate the approaches of the physicians in Afyon and its districts to the diagnosis and treatment of tuberculosis. Study group consisted of 208 physicians with 46 specialists and 162 general practitioners. Data were obtained by a self administered questionnaire. 75% (n=156) of the physicians preferred to make the diagnosis by bacteriology, 64.4% choosed three drug combination and 30.8% preferred four drug combination for the therapy of newly diagnosed tuberculosis. The most selected combination was INH, RIF, EMB (36.5%). Preferred therapy durations were 9 (38.5%) and 6 (34.6%) months. For the patients with treatment failure, 20.2% of the physicians decided to add a new drug to regimen while 65.4% of them referred the patient to the specialised units of tuberculosis. In childhood tuberculosis, 38.5% of the physicians thought that two drug treatment is enough. On the other hand, in cases of tuberculosis during pregnancy, 9.7% of the physicians offer the treatment after completion of pregnancy while 11.5% offer after abortion.

In conclusion, the knowledge of the physicians about the diagnosis and treatment of tuberculosis was found to be insufficient so we think that education of tuberculosis should be more effective.

Key words: tuberculosis, diagnosis, treatment

GİRİŞ

Mycobacterium tuberculosis ile infeksiyon sonrasında normal immüniteye sahip bireylerin yalnızca %5-10'unda tü-

berküloz (tbc) hastalığı ortaya çıkmaktadır [1]. Bununla birlikte *M. tuberculosis*, yeryüzünde en fazla ölüme yol açan mikroorganizma olarak bilinmektedir [2].

Tüberküloz olgularının %97'si ve tüberküloza bağlı ölümlerin %99'u gelişmekte olan ülkelerde saptanmaktadır [3]. Bu sonuçlardan da gelişmekte olan ülkelerde tüberküloza bağlı ölüm riskinin yüksek olduğu anlaşılmaktadır.

Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerdeki tüberküloz hasta-

Yazışma adresi: Yrd. Doç. Dr. Murat Cirit
Afyon Kocatepe Üniversitesi Göğüs Hastalıkları AD, Afyon
Tel: 0272 217 17 53
e-posta: egemencirit@hotmail.com

Tablo I. Hekimlerin demografik özellikleri	
Ortalama yaş (yıl)	38.01±11.4
Erkek/kadın (n)	159/49
Uzman/pratisyen (n)	46/162

Tablo III. Yeni tanı konulmuş tüberkülozlu hastalara başlanan ilaç kombinasyon sayısı	
	(%)
2 ilaç	3.8
3 ilaç	64.4
4 ilaç	30.8
Diğer	1.0

Tablo V. Hekimlerin tedavi süreleri hakkındaki görüşleri	
Süre	(%)
6 ay	34.6
9 ay	38.5
12 ay	24.0
Diğer	2.9

İğnin etkili bir şekilde kontrolünü sağlayabilmek için 3 temel kontrol stratejisi bulunmaktadır. Bunlar; BCG ile aşılama, asemptomatik tüberküloz enfeksiyonunun kemoprofilaksisi ve tüberkülozlu hastaların saptanıp, tedavi edilmesidir [4].

Bu çalışmada, tüberküloz hastalığının kontrolüne yönelik olarak, hekimlerin tüberkülozun tanı ve tedavisine yaklaşımlarını belirlemek amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Mayıs-Haziran 2001 tarihlerinde Afyon ve ilçelerinde bulunan ve tüberküloz enfeksiyonu ile karşılaşabileceğini ve antitüberküloz tedaviye başlayabileceğini düşündüğümüz pratisyen hekim, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, enfeksiyon hastalıkları uzmanı olan toplam 208 hekim çalışmaya alınmıştır. Bu hekimlerden, yüzyüze görüşme yöntemi ile, 9 sorudan oluşan ve çoktan seçmeli anket formunu yanıtladıklarını istenmiştir (Ek 1).

İstatistiksel değerlendirmeler SPSS 9.0 paket programında, ki kare testi kullanılarak yapılmıştır.

SONUÇLAR

Ankete katılan hekimlerin 162'sinin pratisyen, 22'sinin çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı, 16'sının dahiliye uzmanı, 8'inin enfeksiyon hastalıkları uzmanı olduğu görülmüştür. Hekimlerin demografik verileri Tablo I'de gösterilmiştir.

Tablo II. Hekimlerin tüberküloz tanısı hakkındaki görüşleri	
Tanı	(%)
Klinik	8.1
Klinik+radyolojik	16.1
Bakteriyolojik	75.0
Diğer	0.8

Tablo IV. Tüberkülozlu hastalara başlanan ilaç kombinasyonları	
	(%)
INH, RIF, EMB	36.5
INH, RIF, MPZ	19.2
INH, RIF, MPZ, EMB	19.2
INH, RIF, SM, EMB	20.2
INH, RIF	4.9

Tablo VI. Hekimlerin tedaviden sonra bulaştırıcılığın ne zaman kaybolacağı hakkındaki görüşleri	
Süre	(%)
15 gün	39.4
30 gün	22.1
45 gün	15.4
60 gün	16.3
Yanıtızsız	6.8

Tablo VII. Tedavi başarısızlığı karşısında hekimlerin tutumları	
	(%)
Yeni 1 ilaç eklerim	20.2
Yeni 2 ilaç eklerim	6.7
İleri merkeze sevk ederim	65.4
Diğer	6.7
Yanıtızsız	1.0

Hekimlerin %75'i tüberküloz tanısının bakteriyolojik olarak konulması gerektiğini belirtmiştir (Tablo II). Uzman ve pratisyen hekimler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05).

Yeni tanı konulmuş aktif tüberkülozlu bir hastaya hekimlerin %64.4'ü 3 ilaç, %30.8'i 4 ilaç ile tedavi başlamayı uygun görmüştür (Tablo III). Pratisyen hekimlerin %71.3'ü 3 ilaç ile tedaviye başlarken, uzman hekimlerin %41'i 3 ilaç ile tedaviye başlamıştır (p<0.05). Yine pratisyen hekimlerin

%25'i 4 ilaç ile tedaviye başlamış, uzman hekimlerin ise %50'si 4 ilaç ile tedaviye başlamıştır (p<0.05).

INH, RIF ve EMB'nin en sık tercih edilen ilaç kombinasyonu olduğu görülmüştür (Tablo IV).

Hekimlerin %34.6'sının 6 aylık tedaviyi, %38.5'inin 9 aylık tedaviyi tercih ettiği saptanmıştır (Tablo V). Tedavi süreleri açısından, uzman ve pratisyen hekimler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05).

Hekimlerin %39.4'ü tüberküloz tedavisi başladıktan 15 gün sonra bulaşıcılığın kaybolacağını belirtmiştir (Tablo VI).

Yeterli doz ve sürede tedavi kullanılmasına ve 5 aylık tedaviye rağmen yanıt alınmayan olgularda hekimlerin %65.4'ü hastayı ileri bir merkeze sevk etmeyi, %20.2'si tedaviye bir ilaç eklemeyi uygun gördüğünü belirtmiştir (Tablo VII). Pratisyen hekimlerin %22.8'i tek ilaç eklerken, uzman hekimlerin %12.5'i tek ilaç eklemeyi uygun görmüştür (p<0.05).

Gebelikte görülen tüberküloz için, hekimlerin %9.7'si tedavi için doğum sonrasının beklenmesi gerektiği, %11.5'i abortus yapıldıktan sonra tedavi edilmesi gerektiği, %50'si gebelikte de tedavi edilebileceği şeklinde görüş belirtmiştir. Bu konuda görüş bildirmeyenlerin oranı ise %28.8'dir. Çocuklarda görülen tüberküloz tedavisi için hekimlerin %30.8'i erişkindeki gibi tedavi edilebileceğini, %38.5'i 2 ilaç ile (INH, RIF) tedavi edilebileceğini, %17.3'ü tek ilaç ile tedavi edilebileceğini belirtmiştir. Bu konuda herhangi bir görüş bildirmeyenlerin oranı ise %13.4'tür. Pratisyen hekimlerin %23.1'i erişkinlerdeki gibi tedavi edilebilir derken, uzman hekimlerin %41'i bu yanıtı vermiştir (p<0.01). Çocuk hastalıkları hekimlerinin hepsi çocuklardaki tüberkülozun erişkinlerdeki gibi tedavi edilebileceğini belirtmişlerdir.

Ayrıca hekimlerin %51'inin, iki aylık hücum tedavisi sonrası gözlem altında haftada 2 gün ilaç verilmesinin, hergün ilaç verilmesi kadar etkili olduğunu bildiği saptanmıştır. Pratisyen hekimlerin %49.3'ü, uzman hekimlerin ise %70.8'i devam fazında haftada 2 kez ilaç kullanılmasını etkili gördüğünü belirtmiştir (p<0.05).

TARTIŞMA

Tüberküloz, teoride %90'ın üzerinde tıbbi başarı ile tedavi edilebilen bir infeksiyon hastalığıdır. Fakat uygulamada hem hasta hem de hekimlere bağlı hatalar dolayısıyla tedavi başarı oranları düşmekte ve çağımızın önemli bir sorunu olan ilaca dirençli tüberküloz oranları artmaktadır. Dünyada son yıllarda HIV infeksiyonunun yaygınlığı, ayrıca tıbbi olarak daha sık immüno-supresyon oluşturulması dolayısıyla da tüberküloz infeksiyonu önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bu çalışmada hekimlerin %75'i (n=156) tüberküloz tanısının vücut materyallerinde basil gösterilmesi ile konulabileceğini, %25'i ise bakteriyoloji dışında bir yöntem ile tanı ko-

nulabileceğini belirtmiştir. Bilindiği gibi tüberküloz tanısı bakteriyolojiktir ve bu sonuçlara bakılacak olursa hekimlerimizin %25'inin daha zor ve uğraş isteyen bakteriyolojiyi atlayarak, klinik ve radyolojik özelliklerle tüberküloz tanısı koymayı tercih ettiği saptanmıştır.

Çalışmamızda pratisyen hekimlerin daha çok 3 ilaç ile, uzman hekimlerin ise 4 ilaç ile tedaviye başladıkları saptanmıştır. Bugün kabul edilen görüş tüberküloz infeksiyon prevalansı ve ilaç dirençlerinin düşük olduğu bölgelerde 3 ilaç ile tedaviye başlanabileceği, tersi durum gösteren bölgelerde ise (INH direnci %4'ün üzerinde olan yerler) 4 ilaç ile tedaviye başlanması gerektiğidir [5]. Ülkemizde de INH direncinin yüksek olduğu bilinmekte ve bu nedenle 4 ilaç ile tedaviye başlanması gerekmektedir [6,7]. Dolayısıyla ülkemiz için 3 ilaç ile tedaviye başlamak yetersiz tedavi olarak düşünülmektedir. Uçan ve arkadaşlarının [8] Ege bölgesi hekimleri üzerinde yaptıkları çalışmada, çalışmaya alınan hekimlerin %53'ünün 4'lü antitüberküloz tedavi ile tedaviye başladıkları bildirilmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü 2 aylık INH, RIF, MPZ ve bunlara SM veya EMB eklenmesiyle oluşan kombinasyonun, 4 ay INH, RIF veya 6 ay INH, EMB ile devam etmesini önermektedir [9]. Bizim çalışmamızda hekimlerin en sık INH, RIF, EMB'den oluşan 3'lü ilaç kombinasyonunu tercih ettikleri görülmüştür. INH, RIF, MPZ'den oluşan kombinasyonun %19.2, INH, RIF, MPZ, EMB'den oluşan kombinasyonun %19.2, INH, RIF, SM, EMB'den oluşan kombinasyonun ise %20.2 oranında tercih edildiği görülmektedir. İlaç kombinasyonlarının hekimler tarafından doğru ilaçlarla ve yeterli sayıda düzenlenmediğini bu sonuçlardan söylemek olasıdır.

Hekimlerin %34.6'sı 6 ay, %38.5'i 9 ay, %24'ü 12 ay tedavi verilmesi gerektiğini belirtmiştir. Buradan da hekimlerin tüberküloz tedavisi süresini uzatmaya eğilimli oldukları söylenebilir.

Tedavi başarısızlığı olan olgularda hekimlerin %65.4'ü hastanın ileri bir merkeze sevk edilmesi gerektiğini belirtmiştir. Böyle bir durumda tedaviye tek bir ilaç eklemek yanlıştır. Oysa %20.2 hekim tek ilaç ekleyeceğini belirtmiştir. Çalışmamızda pratisyen hekimlerin uzman hekimlere oranla daha fazla tek ilaç ekledikleri saptanmıştır. Böyle bir durumun dirençli tüberküloz gelişimine yol açabileceği unutulmamalıdır [10].

Uygulamada, çocuklarda görülen tüberküloz 6 aylık INH, RIF tedavisine ilk 2 ay MPZ eklenmesi ile tedavi edilmektedir. Eğer primer direnç riskinde artış var ise bu tedaviye EMB de eklenebilmektedir [11]. Diğer bir deyişle erişkinlerdeki tedavi kuralları geçerlidir. Bu çalışmaya katılan hekimlerden, çocuklardaki tüberküloz tedavisi için, pratisyenlerin %23.1'i erişkinlerdeki gibi tedavi edilebilir derken, uzman

hekimlerin %41'i bu yanıtı vermiştir. Çocuklar ve erişkinler arasında antitüberküloz ilaçların farmakokinetikleri değişik olduğundan kilogram başına daha büyük dozlar çocuklar tarafından tolere edilebilmektedir [12,13].

Gebelikte görülen tüberküloz hastalığında, hamile kadınlara standart tedavi verilmelidir. Yalnızca SM ve diğer aminoglikozidler, fetusa ototoksik olduğundan kullanılmamalıdır [14]. Bununla birlikte hekimlerin %9.7'si tedavi için doğum sonrasının beklenilmesi gerektiğini, %11.5'i de abortus yapılması ve sonrasında tedavi edilmesi gerektiğini belirtmiştir. Uzman hekimlerin pratisyen hekimlere oranla gebelerde daha yüksek oranda standart tedavi uyguladıkları saptanmıştır.

DSÖ'nün tüberküloz tedavisi ile ilgili önerilerinde, devam fazında haftada 2 veya 3 kez verilen ilaçların, her gün verilmesi kadar etkili olduğu belirtilmektedir [6]. Bu çalışmada ise pratisyen hekimlerin %49.3'ü, uzman hekimlerin

%70.8'i, hekimlerin ortalama %51'i devam fazında haftada 2 kez ilaç kullanılmasını etkili olarak gördüğünü belirtmiştir.

Karadeniz bölgesindeki hekimler üzerinde yapılan benzer çalışmada, yukarıda vurgulanan eksiklikler açısından uzman ve pratisyen hekimler arasında farklılık saptanmamıştır [15]. Fakat o çalışmaya cerrahi dallardaki uzmanlar da alınmış, bizim çalışmamızda ise dahili birimlerdeki uzmanlar alınmıştır. Farklılığın bu nedenle olabileceğini düşünmekteyiz.

Sonuç olarak hekimlerin tüberküloz tedavisi ile ilgili önemli eksiklikleri olduğu ve bu eksikliğin pratisyen hekimlerde, uzman hekimlere göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu nedenle, özellikle daha zor ve karmaşık tüberküloz olguları (çok ilaca dirençli tüberküloz) ile karşılaştığımız günümüzde, en azından hekim hatalarından kaynaklanan zorluğun üstesinden gelebilmek için, düzenli tüberküloz eğitim programları yapılmasını ve bunun da sürekli olması gerektiğini düşünmekteyiz.

Ek 1. Hekimlerin Tüberküloz Tanı ve Tedavisine Yaklaşımlarının Araştırılması Anket Formu

- 1- Tüberküloz tanısı aşağıdakilerden hangisine göre konulmalıdır?
 - a- klinik
 - b- klinik ve radyolojik
 - c- vücut materyallerinde basil gösterilmesi
 - d- diğer.....
- 2- Yeni tanı konulmuş aktif tüberkülozlu bir olgunun tedavisi kaç ilacın kombinasyonu ile yapılmalıdır?
 - a- 3 ilaç
 - b- 2 ilaç
 - c- 4 ilaç
 - d- diğer.....
- 3- İlaç kombinasyonu olarak hangilerini tercih edersiniz?
 - a- INH-RİF-EMB
 - b- INH-RİF-PZA
 - c- INH-RİF-EMB-PZA
 - d- INH-RİF-EMB-SM
 - e- INH-RİF
- 4- Tüberküloz tedavisi kaç aya tamamlanmalıdır?
 - a- 6 ay
 - b- 9 ay
 - c- 12 ay
 - d- diğer.....
- 5- Antitüberküloz tedavi başladıktan kaç gün sonra bulaşıcılığın kaybolduğu kabul edilir?
 - a- 30 gün
 - b- 15 gün
 - c- 45 gün
 - d- 60 gün
- 6- Yeterli doz ve sürede antitüberküloz ilaçlarını kullanmasına ve 5 aylık tedaviye rağmen yanıt alınamayan olgularda nasıl davranırsınız?
 - a- tedaviye yeni bir ilaç eklerim
 - b- hastayı ileri bir merkeze sevk ederim
 - c- tedaviye yeni ilaç eklerim
 - d- diğer.....
- 7- Çocuklarda görülen tüberküloz tedavisinde hangisini tercih edersiniz?
 - a- tek ilaç olarak INH
 - b- erişkinlerdeki gibi tedavi ederim
 - c- iki ilaç; INH, RIF ile tedavi ederim
 - d- diğer.....
- 8- Gebelerde görülen tüberküloz tedavisi için hangisini tercih edersiniz?
 - a- tedavi için doğum sonrası beklenmelidir
 - b- abortus yapılmalı sonra tedavi edilmelidir
 - c- gebelikte de tedavi edilebilir
 - d- diğer.....
- 9- İki aylık hücum tedavisi sonrası, gözlem altında haftada iki gün ilaç verilmesi, her gün ilaç verilmesi kadar
 - a- etkilidir
 - b- etkili değildir

KAYNAKLAR

1. Chiba Y, Kurihara T. Development of pulmonary tuberculosis with special reference to the time interval after tuberculin conversion. *Bull Int Union Tuberc* 1979; 54: 263-4.
2. World Health Organization. Global Comparative Assessments in the Health Sector. Geneva, WHO 1994.
3. Dolin PJ, Raviglione MC, Kochi A. Global tuberculosis incidence and mortality during 1990-2000. *Bull World Health Organ* 1994; 72: 213-20.
4. Squire SB. Tuberculosis control programmes: developing countries. In: Wilson R. Tuberculosis. European Respiratory Monograph. Vol:2, Monograph:4, July 1997.
5. ATS. Treatment of tuberculosis and tuberculosis infection in adults and children. *Am J Respir Crit Care Med* 1994; 149: 1359-73.
6. Koşar F, Altın S. Tüberkülozda direnç sorunu. XXII. Tüberküloz ve Göğüs Hastalıkları Kongresi. İstanbul, 1996; 27-36 (Kongre Kitabı).
7. Yıldız F, Becerik F, Özkarakuş O. Kocaeli Merkez Verem Savaş Dispanseri 1994 Yılı Bakteriyojik Tanı ve İlaç Direnç Sorunları. XXI. Ulusal Türk Tüberküloz ve Göğüs Hastalıkları Kongresi Marmaris, bildiri özetleri, 1996; 65.
8. Uçan ES, Altınışık G, Akpınar O, ve ark. Tüberkülozun endemik olduğu Türkiye’de Ege bölgesi hekimlerinin tüberküloz savaşına bakışları. TUSAD XXIII. Ulusal Kongresi 11-14 Haziran 1995 İstanbul. *Solunum* (20): 1996.
9. World Health Organisation. Treatment of tuberculosis. Guidelines for national programmes. Geneva 1993.
10. Çalışır HC, Ulukavak T, Türker G ve ark. Tüberkülozda “Tedavi Başarısızlığına” neden olan olası etkenler. *Solunum Hastalıkları* 1997; 8(2): 225-33.
11. Scheinmann P, Refabert L, Delacourt C, Bourgeois M, et al. Pediatric tuberculosis. In: Wilson R. Tuberculosis. European Respiratory Monograph. Vol:2, Monograph:4, July 1997.
12. Le Bourgeois M, de Blic J, Paupe J, Scheinmann P. Good tolerance of pyrazinamide in children with pulmonary tuberculosis (Letter). *Arch Dis Child* 1989; 64, 177-8.
13. Erk M. Özel durumlarda tüberküloz tedavisi. In: Kocabaş A, (ed). Tüberküloz Kliniği ve Kontrolü. Çukurova Üniversitesi Basımevi, 1991; 309-13.
14. Ormerod LP. Chemotherapy of tuberculosis. In Wilson R. Tuberculosis. European Respiratory Monograph. Vol:2, Mongraph:4, July, 1997.
15. Bülbül Y, Özlü T. Doğu Karadeniz Bölgesindeki hekimlerin tüberküloz tedavi yaklaşımları. *Solunum Hastalıkları* 1998; 9: 485-92.