

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI (KOAİ) VE BİRİNCİ BASAMAKTA TEDAVİ REHBERLERİNİN KULLANIMI

Prof. Dr. Hakan Yaman

*Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı*

Yrd. Doç. Dr. Melahat Akdeniz

*Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı*

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAİ), tüm dünyada sıklığı gittikçe artan, yaygın ve tanısı yeterince konulamayan bir hastalıktır. Kalıcı ve ilerleyici semptomlarıyla hastaların yaşam kalitelerini önemli ölçüde olumsuz yönde etkileyen, mortalite ve morbiditeye neden olan bu hastalık ülkeler için de ciddi bir sağlık sorunu ve ekonomik yük oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre KOAİ nedeni ile 2005 yılında tüm dünyada üç milyon kişi yaşamını kaybetmiştir^{1,2}. Bu ölümlerin hemen hemen % 90'ının orta ve düşük gelir düzeyindeki ülkelerde olduğu bilinmektedir. Yine DSÖ tahminlerine göre 80 milyon KOAİ hastası vardır ve 2020 yılında KOAİ beşinci ölüm nedenine yükselecektir³. KOAİ'dan tüm ölümlerin, hastalığın risk faktörlerinin, özellikle sigara içiminin, azaltılması için bir an önce eyleme geçilmezse gelecek on yıl içinde % 30'dan daha fazla artması beklenmektedir. Tahminler KOAİ'nin 2030'da tüm dünyada ölüme yol açan dördüncü neden olacağı yönündedir³.

Birinci basamak sağlık merkez-

leri (BBSM) çoğu hastalar için ilk başvuru noktasıdır. Kronik solunum yolu hastalıkları olan hastalar durumlarının bilincinde olarak ya da durumlarını bilmeden başka sağlık sorunları ile BBSM'ne başvurumaktadırlar. Pek çok ülkede birinci basamak (BB) hekimleri astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAİ), alerjik rinit gibi kronik solunum yolu hastalıklarının (KSYH) büyük çoğunluğunu tedavi eder. İngiltere ve Hollanda'da astım ve KOAİ'li tüm hastaların yaklaşık % 85'i hemen hemen tümüyle birinci basamak hekimleri tarafından yönetilir⁴. KSYH'nın yönetimi birinci basamak sağlık merkezlerinin (BBSM) toplam iş yükünün önemli bir kısmını oluşturmaktadır.

Yoğun iş yükü ile sağlık hizmeti sunmaya çalışan BBSM'de solunum yolu hastalıklarının yönetiminde gecikmiş tanı, yetersiz tedavi ve sıklıkla psikososyal ve davranışsal risk etmenlerinin farkına varılamaması nedeniyle önlenmesi ve etkili tedavisi mümkün olan bu hastalıklardan ölümler hala önemli bir sağlık sorunudur. BB'de KSYH'nın yönetiminde gelişmeler

için duyulan gereksinim nedeniyle İngiltere'deki General Practise Airways Group (GPIAG) gibi birinci basamağa özel ilgi grupları kurulmaya başlanmıştır. Bu gelişme dünya çapında pek çok ülkede katlanarak çoğalmış, 2000'de BB solunum tıbbına özel ilgisi olan ve 34 ülkede grup ve dernekleri bulunan; International Primary Care Respiratory Group (IPCRG) adı ile bir çatı altında birleşen bir grup kurulmuştur. Bu gruplar KSYH'nın tanı ve yönetimi için uluslar arası rehberler geliştirmeye başlamışlardır. IPCRG, Birinci basamak klinik uygulamalarında kullanılmak üzere KOAH, Astım ve rinitin yönetimi için tüm dünyada geçerli kanıta dayalı rehberler hazırlamıştır⁵.

Birinci basamakta kanıta dayalı rehberlerin uygulanmasının, sağlık göstergelerinde ve sağlık çalışanlarının özgüveninde düzelme sağladığının kanıtları bulunmaktadır^{6,7,8}. Ayrıca kanıta dayalı hazırlanmış rehberleri kullanarak sergilenen klinik yaklaşımın, hastalar için daha verimli olduğu da bilinmektedir. Oysa ülkemizde, Sağlık Bakanlığınca 2003 yılında birinci basamağa yönelik tanı ve tedavi rehberi hazırlanmasına rağmen, birinci basamakta yaygın olarak klinik rehber kullanımı yoktur. Yoğun iş yükü, kişisel deneyim azlığı ve bazen de bilgi eksikliği nedeni ile rehber kullanımı gereken ilgiyi görmemektedir. Risk faktörlerinin araştırılması, sigara içiminin bırakılması, bedensel etkinliğinin artırılması için hazırlanan rehberler en az kullanılan rehberler arasındadır.

Ülkemizde KOAH ikinci basamakta tedavi edilmesi gereken bir hastalık olarak algılanmakta ve belirgin KOAH tablosu ile gelen hastalar ikinci veya üçüncü basamağa sevk edilmektedir. Birinci basamak hekimleri daha çok akut solunum yolu hastalıklarının tanı ve tedavisine yönelmekte, kronik hastalıklarla ilgili olarak da ikinci basamakta önerilen tedavilerin reçetelerini yenilemektedir.

KOAH hastalığının gelişim ve ilerleme sürecine baktığımızda hastalığın yavaş geliştiğini, hastaların hastalığın bu erken evrelerinde çok az yakınmaları olduğunu ve bu yakınmaları başka nedenlere bağlama eğilimleri olduğunu biliyoruz. Yine bu dönemde hastalık yakınmaları diğer solunum yolu hastalıkları ile ortak ve hastalığa özgün tanı koydurucu semptomlar yoktur. Hastalığın ilerleyişinin durdurulabileceği

bu erken evrede hastaların büyük bir kısmına BB'da uygun rehberlerin kullanılması ile ileri teknik gerektiren laboratuvar testleri gerekmezken tanı konulabilmekte ve yönetimleri de yine uygun rehberler yardımı ile planlanabilmektedir. Rehberler ayırıcı tanıda hastanın öyküsü ve fizik muayenenin önemini vurgular; hastanın yaşı, alışkanlıkları, mesleği, öksürük ve balgam varlığı ve tipi, risk etmenlerine maruziyeti, daha önceki tıbbi öyküsünün fizik muayene bulguları ile birleştirilmesi ile tanı konmaktadır. Hasta-hekim ilişkisinin sürekliliği bu süreçte yardımcıdır. Solunum fonksiyon testleri ve ek laboratuvar çalışmaları tanıyı doğrulamak için kullanılabilir. Tanı konulduktan sonra yine kanıta dayalı rehberler kullanılarak hastalığın yönetimi planlanabilir. Hastalığın erken tanınması ile sigaranın bırakılması en önemli tedavi yaklaşımlarıdır. Sigaranın bırakılması ile akciğer fonksiyonlarındaki azalma geri dönmese de hastanın fonksiyonel durumu iyileşir, yakınmaları azalır, alevlenmeler önlenir ve hastanın yaşam kalitesi artar. Sigaranın bırakılması çabaları hastalığın hasta üzerindeki yükünü azaltacak tedaviyi yapıllaştırmak için yaşamsal önemdedir. Tanıda gecikme hastanın yaşam kalitesinde geri döndürülemeyen kayıplara neden olmaktadır. Bu nedenle BB'da KOAH için geliştirilmiş tanı ve yönetim rehberlerinin kullanımını yaygınlaştırmak ve özendirmek gerekmektedir.

Uygulamada ise bu söylenildiği gibi kolay olmaktadır. Farklı girişimler denenmiştir ve küçük grup çalışmaları içerisinde uygulama ağırlıklı, deneyime dayalı ve erişkin eğitimini dikkate alan etkinliklerin etkin yöntem olduğu bulunmuştur⁹⁻¹¹. Buna rağmen BB'ta rehberlerin uygulanmasında bazı engellerin söz konusu olduğu bildirilmektedir¹⁰:

- Yapısal engeller (örn. zamanın kısıtlılığı, parasal ödüllendirme olmaması)
- Organizasyonel engeller (örn. sağlık hizmeti sunulan ortam, kanıtlanmamış ve etkisiz etkinliklerin gelişmesini özendiren sağlık politikaları)
- Bireysel engeller (örn. bilgi, tutum ve beceri eksikliği)
- Fikir liderlerinin ve akran gruplarının etkisi (örn. yerel standartların arzu edilen uygulamalar ile aynı çizgide olmaması)
- Hastayla ilgili etmenler (örn. sağlık bakımı için

istekler, algılar veya uygun sağlık hizmetiyle ilgili kültürel inançlar)

KOAİ yönetimi konusunda ise durumun daha da kötü olduğu bildirilmektedir. KOAİ toplum içerisinde yetersiz tanı almaktadır¹². Doğru tanı alan KOAİ hastaları yarıdan azıdır. Rehberlerin uygulanmaması, spirometri gibi tanusal araçların ulaşılamaması bu süreci etkileyen etmenler arasında sayılmaktadır. İkinci ve üçüncü basamak bakım hizmetleri için üretilen rehberlerin BB uygulamalarına uygun olamayacağı ileri sürülmektedir. Rehberlerin daha spesifik ve BB'ta bulunmayan tanı yöntemlerinden söz etmeleri, BB sağlık hizmetlerine yapılan başvuruların farklı ve daha hafif hastalar tarafından yapılıyor olması buna neden olarak gösterilmektedir. Rehberleri özel olarak ayırmamış yakınması olan hastaların olduğu ve hazır tanı ile gelmediği BB'daki uygulamalarda uygulamak gerçekten zor olabilmektedir. Örneğin, GINA, GOLD, ARIA tarafından geliştirilen global uygulama rehberleri tanı, izlem ve tedavi için altın standart niteliğinde olmakla birlikte BB'den çok ikinci ve üçüncü basamağa uygundur. BB'ta kullanılabilmesi için uyarlanmalıdır ve uygun kontekste verilmelidir. BB'de şüphesiz klinik rehberler başarılı ve etkili biçimde uygulanabilir ve başarılı sonuçlar vermektedir. Örneğin, İngiltere'den son yayınlanan veriler astımdan ölümlerin % 80'den fazlasının önlenilebilir olduğunu ve rutin astım bakımının astımdan ölen hastaların üçte ikisinde rehberlere göre yapılmadığını bildirmektedir¹³. Finlandiya'da astım rehberlerinin uygulanmasının aile hekimlerinin (AH) tanusal ve tedavisel davranışlarında değişiklik sonucu astım mortalite ve morbiditesinin her ikisinde de dramatik azalmaya yol açtığı bulunmuştur¹⁴. Hollanda astım rehberlerinin tanıtılması ile çocukların BB'de uygun tedavileri, tanusal becerilerinde olumlu değişiklikler gösterilmiştir^{15,16}. Latin Amerika'da pediatik astım rehberlerinin uygulanması, hastalığa ilişkin mortalite ve morbidite büyük azalmaya yol açmıştır¹².

IPCRG birinci basamakta kronik solunum yolu hastalıkları için GINA, GOLD ve ARIA'nın rehberlerini BB'de daha kolay ve uygulanabilir olması için uyarlamıştır. Ortaya konan rehberlerin hepsi farklı ülkelerden BB uzmanları tarafından yazılmış, kanıta dayalı rehberlerinin uygulama bulması ile daha iyi bir hasta

bakımı hizmeti sunulabileceği düşünülmektedir^{5,6,17}. KOAİ tüm dünyada görülme sıklığı giderek artan, yaygın ve yeterince tanı konulamayan ve yaşam kalitesini ileri derecede bozan bir sağlık sorunudur. Bu hastaların ilk başvuru noktaları olan BB sağlık kuruluşlarında tanı almaları ve bu sorunun etkili biçimde yönetilmesi son derece önemlidir. Sık KOAİ atakları yaşam kalitesini bozduğu gibi akciğer fonksiyonlarında da daha hızlı bir kayba neden olduğundan akut alevlenmeleri azaltmak, hastalığın ilerlemesini durdurmak, semptomları ortadan kaldırmak, bedensel etkinlik toleransını artırmak, komplikasyonları önlemek ve tedavi etmek ve genel sağlık durumunu iyileştirmek gerekmektedir. Bu amaçla geliştirilmiş IPCRG rehberlerinin BB'de kullanılmalarının yaygınlaşması bakımın kalitesini artırmaya adaydır. IPCRG rehberleri özel olarak BB uygulamalarında solunum yolu hastalıklarının yönetimine uygundur ve tüm dünyada BB hekimlerinin gereksinimlerine duyarlıdır.

CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE (COPD) AND THE IMPLEMENTATION OF PRIMARY CARE GUIDELINES

Chronic obstructif pulmonary disease (COPD) is a rising disease, which diagnosis is insufficiently made. The disease is deteriorating the quality of life by its premanent and progressve symptoms. Early diagnosis and management of this patients will enhance teir quality of life and lenghten their life. These patients frequently encounter primary care with pulmonary symptoms and other reasons. There-fore primary care physician mayan important role during the diagnosis and management of these patients. IPCRG has developed guidelines fort he management of respiratory problems. This guideline is addressing primary care issues and will certainly help to increase quality of life patients suffering from this disease.

Rehberlere ulaşabilmek için:

www.ipcrg.org
www.ailehek.org

Kaynaklar

1. **Chan-Yeung M, Ait-Khaled N, White N, M.S. İp W.c. Tan:** The burden and impact of COPD in Asia and Africa. The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease 8(1):2-14, 2004.
2. **Kocabaş A:** Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ile ilgili gerçekler. Dünya KOAH Günü 2002. <http://www.goldcopd.com>, Erişim tarihi: 20.07.2007
3. **Burden of COPD:** World Health Organization. 2007. <http://www.who.int/respiratory/copd/burden/en>, Erişim tarihi 26.07.2007
4. **Halbert R J, Isonaka S, George D, Iqbal A:** Interpreting COPD Prevalence estimates: What is the true burden of disease. Chest 123:1684-1692, 2003.
5. **Schayck CP, Levy ML, Stephenson P, Sheikh A:** The IPCR Guidelines: Developing guidelines for managing chronic respiratory diseases in primary care. Primary Care Respiratory Journal 15:1-4, 2006.
6. **Bellamy D, Bouchard J, Henrichsen S, Johansson G, Langhammer A, Reid J, Weel CV, Buist S:** International Primary Care Respiratory Group (IPCRG) Guidelines: Management of chronic Obstructive Pulmonary disease (COPD). Primary Care Respiratory Journal 15:48-57, 2006.
7. **Gellert AR, Gellert SL, Iliffe SR:** Prevalance and management of asthma in a London innercity general practice. British Journal of General Practice 40:197-201, 1990.
8. **British Thoracic Association:** Death from asthma in two regions of England. BMJ 285:1251-5, 1982.
9. **Bassand JP, Priori S, Tendera M:** Evidence-based vs. 'impressionist' medicine: how best to implement guidelines. European Heart Journal 26:1155-8, 2005.
10. **Brand C, Landgreen F, Hutchinson A, Jones C, Macgregor L, Campbell D:** Clinical practice guidelines: barriers to durability after effective early implementation. Internal Medicine Journal 35:162-9, 2005.
11. **Lesho EP, Myers CP, Ott M, Winslow C, Brown JE:** Do clinical practice guidelines improve processes or outcomes in primary care? Military Medicine 170:243, 2005.
12. **Global initiative for chronic obstructive lung disease.** Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. National institutes of Health, National Heart, Lung and Blood Institute; April 2001 (2004'de güncellenmiştir). Erişim: <http://www.goldcopd.com>; Erişim tarihi: 01.01.2008.
13. **Harrison B, Stephenson P, Mohan G, Nasser S:** An ongoing Confidential Enquiry into asthma deaths in the eastern Region of the UK, 2001-2003. Primary Care Respiratory Journal 14(6):303-13, 2005.
14. **Hahtela T, Klauka T, Koskela K, Erhola M, Laitinen LA:** Asthma programme in Finland: a community problem needs community solutions. Thorax 56:806-14, 2001.
15. **Monmers M, Gielkens-Sijtermans C, Swaen GMH, van Schayck CP:** Trends in prevalence of respiratory symptoms and treatment in Dutch children over a 12-year period: results from the fourth consecutive surveys. Thorax 60(2):97-99, 2005.
16. **Van Schayck CP, Smit HA:** Prevalence asthma in children: a reversing trend in the Netherlands? European Respiratory Journal 26:647-50, 2005.
17. **Fischer GB, Camargos PA, Mocelin HT:** The burden of asthma in children: a latin American perspective. Pediatric Respiratory Review 6(1):8-13, 2005.
18. **Bellamy D, Bouchard J, Henrichsen S, Johansson G, Langhammer A, Reid J, Weel CV, Buist S:** International Primary Care Respiratory Group (IPCRG) Guidelines: Management of chronic Obstructive Pulmonary disease (COPD). Primary Care Respiratory Journal 15:48-57, 2006.
19. **Levy ML, Fletcher M, Price DB, Hausen T, Halbert RJ, Yawn BP:** International Primary Health Care Respiratory Group (IPCRG) Guidelines: Diagnosis of respiratory disease in Primary Care. Primary Care Respiratory Journal 15:20-34, 2006.

IV. TÜRKİYE ULUSLAR ARASI SOSYAL VE UYGULAMALI GERONTOLOJİ SEMPOZYUMU

28-30 Nisan 2010

Akdeniz Üniversitesi, Antalya

www.gerontoloji2010.com