

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAİH) Olgularında Alevlenme Nedenleri Tanı, Tedavi Ve Risk Grubu Olgularda Farkındalık

Exacerbation Causes In Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) Diagnosis, Treatment, And Awareness Of Risk Group Patients

Özet

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAİH), tüm dünyada ve ülkemizde sık görülen bir hastalıktır. KOAİH önlenemeyen, tedavi edilemeyen hastalık olmasına rağmen, geç tanı ve gecikmiş tedavi nedeniyle mortalitesi yüksek bir hastalıktır. Mevcut verilere göre doktor tanılı KOAİH sıklığı gerçek hasta sayısını yansıtmamaktadır. Bunun nedeni, KOAİH'nin en önemli semptomlarından olan öksürük ve balgam yakınmalarının hastalık belirtisi olarak değerlendirilmemesidir. KOAİH genellikle alevlenmelerle seyrederek. Alevlenmeler başta enfektif ataklar, daha az sıklıkta da pnömotoraks, pulmoner emboli ve kalp yetmezliği gibi sebeplerle oluşmaktadır.

Sonuç olarak; KOAİH önlenemeyen ve tedavi edilebilir progresif seyirli hastalıktır. Koruyucu önlemlerle KOAİH oluşumu önlenemeyeceği gibi, erken tanı ve tedavilerle hastalık progresyonu ve mortalite riski azaltılabilir.

Abstract

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), is a frequent disease in all over the world and in our country. Although COPD is preventable, treatable disease, it's mortality is high due to delayed diagnosis and delayed treatment. Available data shows that doctors diagnosed COPD prevalence does not reflect the actual number of patients. The reason is that cough and sputum which are the most common symptoms of COPD are not considered as disease symptoms. COPD is a disease usually occurs with exacerbation. Infections are the most common causes of exacerbations and the less frequent reasons are pneumothorax, pulmonary embolism and heart failure.

As a result; COPD is a progressive disease which is also preventable and treatable. COPD can be prevented by the formation of such preventive measures, early diagnosis and treatment will reduce disease progression and mortality.

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAİH), önlenemeyen genellikle ilerleyici ve alevlenmelerle seyreden bir hastalıktır. KOAİH tüm dünya ülkelerinde önemli morbidite ve mortalite nedenidir. Dünyada 40 yaş üstü yetişkinlerde KOAİH prevalansı %20, ülkemizde ise Adana ilinde yapılan pilot çalışmaya göre %19.1'dir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'verilerinde KOAİH'nin, dünyada 4. ölüm nedeni olduğu ve her yıl 3 milyon kişinin bu nedenle hayatını kaybettiği bildirilmektedir. Ülkemizde ise KOAİH 3. ölüm nedenidir ve 2020 yılında 40 bin ölüme neden olması tahmin edilmektedir. DSÖ tarafından, KOAİH'nin hastalık yükü açısından 2020 yılında dünyada beşinci sıraya yükseleceği öngörülmektedir (1,2,3).

Doç. Dr. Züleyha BİNGÖL,
Prof. Dr. Tülin ÇAĞATAY
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp
Fak. Göğüs Hastalıkları Anabilim
Dalı.

Yazışma Adresleri /Address for
Correspondence:
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp
Fak. Göğüs Hastalıkları Anabilim
Dalı, İstanbul

Tel/phone: +90 414 20 00
E-mail: tulcagat@gmail.com

Anahtar Kelimeler:

KOAİH, Alevlenme

Keywords:

COPD, Exacerbation

Geliş Tarihi - Received
10/10/2016
Kabul Tarihi - Accepted
25/10/2016

KOAH; tam olarak geri dönüşümsüz, ilerleyici hava akımı kısıtlanması ile karakterizedir. Hastalık, sigara, zararlı gaz ve partiküllere karşı oluşan enflamatuvar bir süreç sonucu gelişir. Enflamasyon yalnızca akciğerlerle sınırlı olmayıp, sistemik özellikler de göstermektedir. KOAH önlenbilir ve tedavi edilebilir bir hastalık olup, alevlenmelerle seyredir. Eşlik eden hastalıklar KOAH'ın doğal gidişini etkiler (4).

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde KOAH hastalarına tanı konulamamakta yada geç tanı konulmaktadır. Bunun en büyük sebebi KOAH hastalarının tama yakınının aktif yada pasif sigaraya maruz kalması ve KOAH'ın en önemli semptomu olan öksürük ve balgam yakınması sigaraya bağlamasıdır. Gelişmiş ülkelerde bile KOAH'lı hastaların sadece %25-40'ına tanı konulabildiği belirtilmiş, ülkemizde ise Adana ilinde yapılan çalışmaya göre hastaların %8,4'ü doktor tanılıdır (5,6). Bir diğer ifade ile, ülkemizde bulunan 3-5 milyona yakın KOAH'lı hastanın sadece 300-500bini kendisinde hastalık bulunduğunu bilmektedir. Oysa hastalık erken dönemde saptanabilse, risk faktörlerinden sakınmak ve böylece hastalığın ilerlemesini durdurmak mümkün olabilecektir (1,7).

KOAH Gelişiminde Risk Faktörleri

- Genetik risk faktörleri
- Sigara
- Çevresel ve mesleki risk faktörleri
- İç ve dış ortam hava kirliliği
- Akciğer gelişimine etkili faktörler
- Hava yolu patolojileri

KOAH Astım birlikteliği (ACOS) olduğunda: risk faktörlerinin birçoğu bir arada olabilir. Örneğin; Atopik bir kişinin sigara içmesi gibi.

KOAH' da Ayırıcı Tanı

- Bronşektazi
- Kistikfibroz
- Bronşiyolitisi obliterans
- Astım

KOAH' da Semptomlar

- Öksürük
- Balgam çıkarma
- Nefes darlığı
- Hırıltılı solunum

KOAH'da Fizik Muayene Bulgular (Kronik Bronşit veya Amfizem Alt Grubuna Göre Değişmekle Birlikte)

- Göğüs ön-arka çapı artışı
- Yardımcı solunum kaslarının kullanılması
- Ortopne
- Hışıltılı solunum (wheezing)
- Büzük dudak solunumu
- Boyunda venöz dolgunluk ve ödem
- Kaşeksi (özellikle amfizemli hastalarda)
- Perküsyonla hipersonorite (özellikle amfizemli hastalarda)
- Oskültasyonla ekspiryum uzunluğu, ronküsler ve inspiryum boyunca orta kaba raller

KOAH alevlenmelerle seyreden bir hastalıktır. Alevlenme tanımı hastalığın doğal seyri sırasında, günlük olağan değişimlerin ötesinde öksürük sıklığı ve şiddetinde artış, balgam miktarı ve pürülansında artış, nefes darlığında artış olarak tanımlanır. Alevlenmelerin sayı ve şiddeti hastaya ve hastalığın şiddetine bağlı olarak değişmektedir. KOAH alevlenmeleri tedavide düzenleme gerektirecek kadar belirgin, akut olaylar” olarak tanımlanır. Genellikle sonbahar-kış aylarında görülür (1,8).

KOAH Alevlenme Etiyolojisi

Aşağıda sayılan faktörler KOAH alevlenmesine sebep olabilir.

- Trakeobronşiyal enfeksiyonlar: Streptococcuspnömonia, Haemofilusinfluenza, Moraksellakataralis,viruslar, nadiren diğer gram negatif bakteriler bronş enfeksiyonuna veya pnömoniye yol açabilirler.
- Pulmoneremboli: Hareketsizlik ve polisitemi, derin venöz tromboza ve ardından pulmoneremboliye yol açabilir.
- Konjestif kalp yetmezliği, aritmiler
- Pnömotoraks
- Hava kirliliği
- İlaçlar: antidepresan ve sedatif kullanımına bağlı solunum merkezi depresyonu
- Tedaviye uyumsuzluk: düzensiz oksijenkullanımı , cihazları ve tedavileri kullanmaması veya yetersiz kullanması
- Metabolik hastalıklar(sıvı ve elektrolit dengesizliği)
- Yetersiz beslenme
- Aniden yüksek rakıma çıkma (1,4,8).

KOAH Alevlenmelerinde Tedavi Yaklaşımı Evde Tedavi

1. Tedaviye kısa etkili bronkodilatörlerle başlanır (tercihan kısa etkili beta-2 agonist nebül veya inhaler olarak altı saatte bir uygulanır). Hasta bu ilaç veya ilaçları daha önceden kullanıyorsa dozu ve sıklığı artırılır; örneğin 4 saatte bir uygulamaya geçilir. Salbutamol-ipratropium bromür kombinasyonu de 4-6 saatte bir inhaler veya nebül olarak kullanılabilir. Birkaç saat sonra hasta yeniden değerlendirilir; semptom ve bulgularda düzelme ya da azalma varsa, tedaviye devam edilir; mümkün olduğunca azaltılır ve uzun süreli tedavi gözden geçirilir.
- c. Semptom ve bulgularda düzelme veya azalma yoksa (FEV₁ değeri %50'den düşük ise) tedaviye oral steroid (32-48 mg/gün metil prednizolon) (piyasada 4 mg ve 16mg'lık tabletler mevcut) eklenir. Tedavide 5 günlük uygulama çoğu kez yeterlidir.
2. Antibiyotik uygulaması gündeme gelmelidir. Poliklinik hastasında oral yoldan amoksilin-klavulanik asit (625 mg ve 1000 mg'lık tabletler mevcuttur; standart dozajı: 2X1000 mg'dır).

Hastaneye Yatış İndikasyonları

1. Yeni ortaya çıkan fizik muayene bulgularının (örneğin; siyanoz, periferik ödem, bilinç düzeyinde bozulma, aritmi) saptanması,
2. Birinci basamak ilaç tedavisine yanıt vermemesi,
3. Yüksek risk oluşturan akciğer hastalığının (örneğin; pnö-

moni) veya akciğer dışı eşlik eden hastalık durumunun (örneğin; kalp hastalığı, diabetes mellitus) bulunması

- Arter kan gazı analizinde asidoz ($\text{pH} < 7.35$) ya da hipoksemi ($\text{PaO}_2 < 60$ mmHg veya $\text{SaO}_2 < \%90$) saptanması

Hastanede Tedavi

- Semptomların ağırlığı, kan gazları ve akciğer grafisi ile değerlendirilir.
- Kontrollü oksijen tedavisi uygulanır ($\text{SaO}_2 < \%90$ veya $\text{PaO}_2 < 60$ mmHg ise) ve 30-60 dakika sonra arteriyel kan gazı ölçümü tekrarlanır. PaCO_2 de artış yoksa veya artış 10 mmHg altında kalıyorsa ve nazal PaO_2 60 mm Hg üzerine yükseltilebilmişse nazal oksijen verilir. Bu iki hedeften biri dahi karşılanmıyorsa, oksijen noninvazif mekanik ventilasyon (BiPAP: bilevel positive airway pressure) ile verilir.
- Kısa etkili bronkodilatörlerin dozu ve sıklığı artırılır (hava haznesi veya basınçlı nebulizerlerle). Kısa etkili bir beta agonistle, kısa etkili bir antikolinerjik birlikte kullanılır. Salbutamol 2,5 mg nebül veya daha iyisi salbutamol ve ipratropium bromür kombinasyonu olan solüsyonu nebulizatörle verilir. Nebulizatör yerine bu iki ilacın kombinasyonu ölçülü doz inhaler ve ara parça ile 2-4 nefes verilir. Tedavi aralığı 4-6 saattir.
- Kısa etkili bronkodilatatörlere yanıt vermeyen hastalara, intravenöz metilksantin [örneğin; teofilin 200-400 mg/ gün intravenöz] (Teobag 100ml medifleks) eklenir. Kalp, böbrek ve karaciğer yetersizliğinde çok dikkatli olmak gereklidir. Önceden teofilin kullanan hastalarda düşük doz (200 mg) tercih edilmeli ve serum düzeyi ölçülmelidir.
- Beş gün süre ile, metil prednizolon, (16 mg; günde 32-48 mg) oral yoldan ya da intravenöz yoldan (20 mg; günde 30-40 mg) tedaviye eklenir.
- Bakteriyel infeksiyon belirtisi varsa (oral ya da bazen intravenöz) antibiyotikler uygulanır. İntravenöz yoldan verilecekse ampisilin-sulbaktam (500 mg., 4x1 gr. İV başlanır; kültür sonuçlarına göre sonraki tedavi ayarlanır.
- Noninvaziv mekanik ventilasyon indikasyonları değerlendirilir.
- Tüm bu süre içinde hastanın durumu yakından izlenir; sıvı dengesi ve beslenme ayarlanır; emboli profilaksisi için subkutan heparin veya düşük molekül ağırlıklı heparin uygulamak gündeme gelir. Eşlik eden hastalıkların (kalp yetmezliği, aritmi vb.) varlığı araştırılır (1,4).

Yoğun Bakıma Yatırma İndikasyonları

Aşağıda sayılan indikasyonların varlığında hasta yoğun bakıma yatırılmalıdır:

- Mental durum değişiklikleri (konfüzyon, letarji, koma)
- Oksijen desteğine ve noninvaziv mekanik ventilasyona rağmen yanıt alınamayan belirgin hipoksemi ($\text{PaO}_2 < 40$ mmHg) ve/veya şiddetli/ağırlaşan hiperkapni ($\text{PaCO}_2 > 60$ mmHg) ve/veya şiddetli/ağırlaşan solunumsal asidoz ($\text{pH} < 7.25$)
- İntübasyon ve invaziv mekanik ventilasyon gereksinimi
- Hemodinamik dengesizlik-vazopressör uygulaması gereksinimi

Prognoz

KOAH atakta prognoz, atağın ağırlık derecesine (hiperkapninin varlığı, konfüzyon vs.) ve komorbiditelere (sağ kalp yetmezliği, aritmi, emboli..) bağlıdır.

İntübasyon ve invaziv mekanik ventilasyon gereği ortaya çıkmışsa, hastanın cihazdan ayrılama olasılığı ve mortalitenin %50 civarında olduğu aileye anlatılmalıdır (1,4).

Korunma

KOAH' ilerleyici bir hastalık olması nedeniyle, hastalık oluşmadan önce önlenmesi ve KOAH gelişiminde en önemli faktör olan sigara içiminin engellenmesi ve hastalığın farkındalığının artırılması için tüm hekimlere görev düşmektedir,

Diğer önlemler arasında mesleki ve çevresel risklerin en aza indirilmesi, düzenli ve uygun tedavi, infeksiyonlardan korunma için risk grubuna göre grip ve pnömokok aşularının uygulanması bulunur.

Kaynaklar

- Türk Toraks Derneği KOAH Çalışma Grubu. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Raporu. Turkish Thoracic Journal 2014; 15 : Suppl 2. <http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/2832014162121-5.pdf>.
- Klaus F. Rabe, Suzanne Hurd, Antonio Anzueto, et al. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease GOLD Executive Summary. Am J Respir Crit Care Med 2007; 176:532-555.
- Lopez AD, Shibuya K, Rao C, et al. Chronic obstructive pulmonary disease: current burden and future projects. Eur Respir J 2006; 27:397-412.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease (COPD) 2016 update. [http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/Watermarked Global, Strategy, 2016\(1\).pdf](http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/Watermarked%20Global%20Strategy%202016(1).pdf).
- Kocabas A, Hancioglu A, Turkyilmaz S, et al. Prevalence of COPD in Adana, Turkey (BOLD-Turkey Study). Proceedings of the American Thoracic Society 2006; 3 (Abstract Issue): A543.
- Buist AS, Mc Burnia MA, Vollmer WM, et al. BOLD Collaborative Research Group. International variation in the prevalence of COPD (The BOLD Study): A population-based prevalence study. Lancet 2007; 370: 741-50.
- Chapman KR, Mannino DM, Soriano JB, et al. Epidemiology and cost of chronic obstructive pulmonary disease. Eur Respir J 2006;
- Sercan E. Ö KOAH'ta Alevlenme Nedenleri ve Alevlenmenin Değerlendirilmesi. Solunum Dergisi Solunum 2009; KOAH Alevlenmesi Ek Sayı: 7-10