

BÖLÜM 4

ERKEN TANI VE HASTALIĞIN İLERLEMESİNİN
ÖNLENMESİ (İKİNCİL KORUMA)

ANAHTAR NOKTALAR

- Dünya’da ve Türkiye’de KOAH’lı hastaların %70-90’nına henüz tanı konulmamıştır.
- Yapılan çalışmalar, KOAH’lı hastaların %85’inin tanı konulmadan önceki beş yıl içinde solunumsal semptomları nedeniyle en bir kez doktora başvurduğunu göstermektedir.
- KOAH’ta erken tanı için, hekimlerin kendilerine solunumsal semptomları nedeniyle başvuran 40 yaş üstü ve risk faktörlerine maruziyeti bulunan tüm hastalarında spirometri yaptırması büyük önem taşımaktadır.
- Genel popülasyonda, KOAH gelişimi için risk faktörlerine maruz kalan (sigara içen ve bırakanlar, riskli işlerde çalışanlar veya iç ortam hava kirliliğine maruz kalanlar), 40 yaş üstü ve semptomları bulunan yetişkinlerde aktif tarama çalışmalarının yapılması (spirometri ve anket), KOAH’lı hastaların erken dönemde saptanmasına katkıda bulunacaktır.
- Erken tanı için kamuoyu ve sağlık görevlileri arasında KOAH konusunda (özellikle hastalığın semptomları, spirometri ve korunma konularında) farkındalık yaratılması önemlidir.
- Sağlık kuruluşlarına spirometrinin temin edilmesi ve bu testin uygun yapılması konusunda önem alınmalıdır.
- Tanı konulan vakalarda hastalığın ilerlemesini önlemek için; risk faktörlerine maruziyetin azaltılması/kaldırılması, özellikle sigara içiminin bırakılması, günlük düzenli fiziksel aktivite, aşılama ve gerektiğinde semptomatik tedavi uygulanmalıdır.
- Hastalığın ilerlemesinin önlenmesinde, hastalığın sosyal belirleyicileri (hastanın yaşadığı koşullar, işi, ilişkileri, eğitimi, gelir durumu, nitelikli sağlık hizmetlerine ulaşımındaki engeller) dikkate alınmalıdır.

KOAH’ta ikincil koruma, esas olarak erken tanı ve hastalığın ilerlemesinin önlenmesine yönelik çalışmaları içerir. Bu çalışmalar dört başlık altında incelenebilir:

a. KAMUOYU VE SAĞLIK GÖREVLİLERİ ARASINDA KOAH KONUSUNDA FARKINDALIK YARATILMASI

KOAH erken tanısında ilk adım kamuoyu ve sağlık görevlileri arasında KOAH konusunda farkındalık yaratılmasıdır.

Uzun süredir nefes darlığı, öksürük veya balgam yakınlaması bulunan hastalar, bu yakınlmalarını ya sigara içimlerine ya da yaşlanmalarına bağlamakta ve bu yakınlmaları çok ileri boyutlara gelinceye kadar bir sağlık kuruluşuna başvurmamaktadırlar. KOAH konusunda toplumda yeterli farkındalık yaratılmamış olması bu sonuçtan büyük oranda sorumludur. 2001 yılından beri yürütülen Dünya KOAH Günü etkinlikleri, spirometri çadırları, konu ile ilgili medya etkinlikleri ve Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarını (Astım-KOAH) Önleme ve Kontrol Programı çerçevesinde yürütülen etkinlikler son 10 yılda bu konuda önemli iyileşmeler sağlamıştır. Nitekim, Türkiye nüfusunu temsil eden 4182 bireyin katıldığı bir çalışmada; KOAH’ın akciğerlerle ilgili bir hastalık olduğunu söyleyenlerin oranı %49.6 KOAH’ta en önemli etkenin sigara olduğu söyleyenlerin oranı ise %51 bulunmuştur. Yine bu çalışmada çalışmaya katılanların sadece %25.2’si KOAH’ın tedavi edilebilir bir hastalık olduğunu bildirmişlerdir (1). Bu sonuçlar, farkındalık çalışmalarının etkin olarak sürdürülmesinin gerekli olduğunu göstermektedir.

Hekimlerin bir kısmı ise, hastanın kendi hatası (sigara içimi) yüzünden bu hastalığın oluştuğunu ve hastalığın geri dönüşümsüz ve tedavisi mümkün olmayan bir hastalık olduğunu düşünmekte ve bu hastalara karşı olumsuz bir tutum takınmaktadırlar. Bu durum, onların etkin tanı ve tedavi çalışmaları yürütmelerini engellemektedir. Hekimlere yönelik etkin eğitim çalışmaları yürütülmesi, öncelikle solunumsal semptomları bulunan hastalarına spirometri yaptırılmalarının sağlanması erken tanı için büyük önem taşımaktadır.

Sağlık kuruluşlarında spirometre bulunmaması erken tanı çalışmalarında en büyük engeldir. Spirometre bulunan sağlık kuruluşlarında ise, bu testin deneyimsiz kişilerce yapılması yanlış tanıya yol açabilmektedir. Şu anda ülkemizde nitelikli spirometre yapımında ciddi sorunlar bulunmaktadır. Akredite edilmiş spirometri laboratuvarları

ve teknisyenleri sistemi oluşturulmadan, bu sorunu aşma olanağımız yok görünmektedir (2).

b. RİSK FAKTÖRLERİNİN AZALTILMASI

KOAH tanısı konulan bir hastada hastalığın ilerlemesinin önlenmesi için, risk faktörlerine maruziyetin azaltılması ve ortadan kaldırılması büyük önem taşımaktadır (3).

Hastalığın en önemli risk faktörlerinden yoksulluk ve sağ-lıkta eşitsizliğin iyileştirilmesi, sadece hastalığın gelişimini önlemede değil, hastalığın ilerlemesinin durdurulması için de büyük öneme sahiptir. Bunun için, hükümetin sağ-lıkta eşitsizliği azaltmaya yönelik bir program oluşturması ve hayata geçirmesi konusunda teşvik edilmesi, kamuoyunda bu konuda farkındalık yaratılması gereklidir. Bunlara ek olarak, KOAH'lı bir hastayı izleyen her hekim hastalığın sosyal belirleyicilerini her hastasında sorgulamalı ve hasta-nın eğitim, iş, ekonomik durum, yaşam koşulları, inançları, ilişkileri ve nitelikli sağlık hizmetine ulaşımı konusundaki sorunları araştırmalı ve bu sorunların aşılması için hasta ve yakınları ile konuyu tartışmalıdır.

KOAH'ın en önemli çevresel risk faktörü olan sigara içimi-ne karşı hastalar her görüşmede uyarılmalı ve mutlaka sigarayı bırakmaları sağlanmalıdır. Hastalığın doğal gelişi-mini, bir diğer ifade ile ilerlemesini durdurduğu kanıtlanan tek girişim, sigara içiminin bırakılmasıdır. Bu anlamıyla sigara içiminin bırakılması, KOAH'ın en güçlü ilacıdır.

Sigaranın bırakılması KOAH'ın önlenmesinde en önemli yöntemdir. Bununla ilgili birçok araştırma mevcuttur. Bu konudaki önemli araştırmalardan birisi 8045 kişilik retrospektif kohort çalışmasıdır. Bu çalışmada 25 yıl süresince hiç sigara içmeyenler, çalışmadan önce sigarayı bırakanlar, çalışmanın ilk 5 yılında sigarayı bırakanlar, 5-15 yıl arasında sigarayı bırakanlar ve 15-25 yıl arasında sigarayı bırakanlar arasında KOAH insidansı araştırılmıştır. Erkeklerde KOAH insidansı sırası ile; %4, %12, %5, %14 ve %24; kadınlar da ise sırası ile %9, %11, %20, % 25, %29, ve %31 olarak bulunmuştur. Sonuç olarak sigara içme süresi ile KOAH insidansı arasında bağlantı olduğu gösterilmiştir (4). Sigara konusunda daha fazla ayrıntı bu raporun ilgili bölümünde mevcuttur.

İyi havalanmayan evlerde ısınma ve yemek pişirme amacıyla odun, tezek, bitki kökleri gibi biyomas yakıt kullanımı, özellikle kadınlarda KOAH gelişiminde belirleyici rol oynamaktadır. Hastalığın ilerlemesinin önlenmesi açısından, biyomas yakıt gaz ve dumanlarının etkisi konusunda kamuoyunda farkındalık yaratılması, uygun yakıt ve soba kullanımı konusunun teşvik edilmesi, hükümetin bu konuda uygun önlemleri almasının sağlanması yararlı olacaktır. Hekimlerin de, bu yakıt türünü kullanan hastalarını uyar-ması büyük önem taşımaktadır.

Çevresel partiküllere, tozlara, dumana ve organik antijenle-re maruziyetin azaltılması da akciğer fonksiyonlarındaki düşüşü azaltabilir. Ancak bu azalma sigaranın bırakılmasın-daki azalma kadar belirgin değildir. 9651 kişiyi kapsayan retrospektif kohort çalışmada 11 yıl süresince partikül konsantrasyonundaki azalmanın FEV₁'deki yıllık düşüşe etkisi incelenmiştir. Partikül konsantrasyonundaki 10 mcg/m³ yıl-

lık azalmanın FEV₁'de yıllık 3 mL etkisi olduğu saptanmıştır. FEV₁ düşüşündeki yıllık 3 mL azalma klinik olarak anlamlı değildir. Ancak halk sağlığı açısından önemli bir veridir (5).

İşyeri ortamında toz, duman gaz ve kimyasallarla karşılaş-manın azaltılması, hastalığın ilerlemesinin önlenmesi açıs-ından yararlı olacaktır. Bunun için, hükümetin işyerlerinde hava kalitesini iyileştirme ve denetleme konusunda girişim-de bulunması teşvik edilirken, hastalara da kişisel koruyucu maskeler kullanmaları konusunda uyarılmaktadır.

Çevresel ve mesleki maruziyetin önlenmesi için özellikle işyeri ortamında gereken tedbirler alınmalıdır. Maruziyetin niteliği araştırılmalı; partikül ve toz ölçümleri yapılarak ortam havası incelenmelidir. İşçilerin, işverenlerin, işyeri hekimlerinin ve sosyal güvenlik kurumu yetkililerinin eğiti-mi de önemli bir konudur. Ayrıca işyeri ortamında sigara içilmemesi partikül maruziyetini azaltan önemli bir faktör-dür (3).

Hastaları uygun kiloda olmaları, sağlıklı beslenmeleri ve düzenli günlük fiziksel aktivitede bulunmaları konusunda uyarılmaktadır. Özellikle haftada en az beş gün, ve her gün en az 30 dakika yapılacak günlük yürüyüşler, hastalığın ilerlemesini önlemek açısından yararlı olacaktır. Hekimler hem bu konuda yürütülen kamusal etkinlikleri teşvik etmek, hem de saptadıkları her hastaya bu konuda öneride bulunmak durumundadırlar. Yapılan çalışmalarda, düzenli fiziksel aktivitenin KOAH'ta akciğer fonksiyonlarındaki azalmayı yavaşlattığı ve hastalığın ilerlemesini önledi-ği bildirilmiştir (6).

c. AKTİF TARAMA

KOAH taramaları, hastalığın erken dönemde tanısına yöne-lik çalışmalardır (7). Bu kapsamda yapılacak en önemli çalışma spirometri taramalarıdır. KOAH olgularının erken tanısına yönelik çalışmaları hipertansiyon ve hiperlipidemi tarama çalışmalarına benzetebiliriz. Değişik toplum kat-manlarında hipertansiyon ve hiperlipidemi taraması konu-sunda ayrıntılı bilgi bulunmasına rağmen spirometri ve KOAH semptomlarına yönelik çalışmalar ve bu konudaki bilgiler yeterli düzeyde değildir.

İngilterede 1990-2009 yılları arasında tanı konulan >40 yaşındaki 38859 KOAH'lı hastanın bilgilerinin Genel Pratisyenlik Araştırma Veri Bankasından incelendiği yeni bir çalışmada, bu hastaların 32900'ünün (%85) tanı konmadan önceki beş yıl içinde alt solunum yolu semptomları nede-niyle bir pratisyen hekime veya ikinci basamak bir sağlık kuruluşuna en az bir kez başvurduğu saptanmıştır (8). Bu bulgu, KOAH'lı hastaların %85'inde erken tanı fırsatının kaçırılmış olduğunu göstermektedir.

Asemptomatik KOAH olgularının saptanmasına yönelik çalışmalarda sigara içen bireylerde spirometrik ölçümlerin yapılması temel yaklaşımdır. Genellikle prebronkodilatör ölçümler esas alınır. Amaç KOAH olgularını erken saptayıp, sigara içimini durdurarak KOAH'ın ilerlemesini önlemektir (7). Spirometri ile asemptomatik KOAH olgularının saptan-masına yönelik çalışmalar konusunda tartışmalar vardır. Birçok uzman tek başına spirometrisinin hava yolu obstrüksiyonunu belirlemede yetersiz kaldığını öne sürmektedir. Bu

nedenle anketle KOAH semptomları saptanan hastalarda spirometri çalışmasıyla olguların belirlenmesinin daha yararlı olduğu ileri sürülmektedir (7,9).

İsviçre’de yapılan SAPALDIA çalışmasında GOLD Evre 1 olarak sınıflandırılan kişilerden sadece öksürük, balgam, nefes darlığı gibi semptomları olanlarda, FEV₁’de hızlı azalma, sağlık harcamalarında artış ve yaşam kalitesinde bozulma olduğu, asemptomatik GOLD Evre 1 olan bireylerin ise solunum fonksiyonları normal olanlardan farklılık göstermediği bulunmuştur (10). Sonuç olarak, semptomlar ortaya çıkmadan tanı konulmasının yararına dair kanıt bulunmadığından, KOAH için risk faktörlerine maruziyet olan asemptomatik kişilerde hava yolu obstrüksiyonunu belirlemek üzere spirometrik tarama yapılması önerilmemektedir (11).

Semptomatik KOAH olgularının saptanmasına yönelik çalışmalarda KOAH açısından yüksek risk belirlenen ve/veya sigara içen gruplarda KOAH semptomlarına yönelik anketlerle birlikte spirometrik ölçümlerinin yapılması hedeflenir. Spirometri çalışmalarında postbronkodilatör ölçümler esas alınır (7).

KOAH erken tanısında spirometrik incelemenin yararını gösteren araştırmalardan birisi Buffels ve arkadaşlarının yaptığı çalışmadır (12). Bu araştırmada birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran 3408 hastanın solunum sistemine ait yakınmaları olan 728’ine ve random olarak seçilen ve yakınmaları olmayan 243 hastaya spirometri yapılmış ve belirtileri bulunan hastaların %18’inde , belirtileri olmayan hastaların ise %4’ünde hava yolu obstrüksiyonu saptanmıştır. Yüksek riskli gruplarda tarama ve olgu saptama çalışmaları Finlandiya, Polonya ve İngiltere’de geniş ölçekli olarak yapılmıştır (13-17).

Yakın zamanda Jithoo ve arkadaşlarının BOLD grubu ile ortak yaptığı bir araştırmada orta ve ağır KOAH olgularının saptanmasına yönelik olarak prebronkodilatör PEF ölçümlerinin etkili ve ucuz bir yöntem olduğu öne sürülmektedir (18).

KOAH taramalarında hava yolu obstrüksiyonunu spirometriden daha iyi belirleyecek yöntemler üzerinde durulmaktadır. SERPIN2 gene mutasyon analizi, radyolojik tetkiklerle akciğer hacimlerinin saptanması, diffüzyon faktör , ekspiratuvar akım kısıtlılığı [expiratory flow limitation (EFTL)], zorlu osilasyon teknikleri [forced oscillation techniques (FOT)] bu yöntemler arasındadır. Ancak bunlar henüz pratik uygulamada spirometrinin yerini alacak gibi durmamaktadır (7,9).

d. ERKEN DÖNEM KOAH TEDAVİSİ

Erken dönemde tanı konulan vakalarda hastalığın ilerlemesini önlemek için; risk faktörlerine maruziyetin azaltılması/kaldırılması, özellikle sigara içiminin bırakılması, günlük düzenli fiziksel aktivite, aşılama ve gerektiğinde semptomatik tedavi uygulanmalıdır. Bu hastalara sağlığın sosyal belirleyicileri ile ilgili olumsuzlukların (yaşam koşulları, işi, geliri, ilişkileri, sosyal desteği, nitelikli sağlık hizmetlerine ulaşımı vb.) giderilmesi konusunda hasta ve yakınları ile birlikte çaba gösterilmelidir.

FEV₁’in beklenenin >%70’i olduğu (GOLD evre 1) hastalarda ilaç tedavisinin etkinliğini gösteren hemen hiçbir

kanıt yoktur. FEV₁’in beklenenin >%60 olduğu hastalarda antiinflatuvar tedavinin etkinliğine ilişkin de hiçbir kanıt bulunmamaktadır (19).

KOAH’ın erken dönemde tedavisinde düzenli günlük fiziksel aktivitenin etkinliğini gösteren çalışmalar vardır. 6790 gönüllüyü kapsayan retrospektif kohort çalışmada 11 yıl boyunca orta ve yüksek düzeyde fiziksel aktivite gösteren aktif sigara içenlerde KOAH gelişiminin hafif fiziksel aktivite gösteren aktif sigara içenlere göre daha az olduğu saptanmıştır (OR 0.77, %95 CI 0.61-0.97). Bu konudaki araştırmaların artmasıyla birlikte fiziksel aktivitenin daha da önem kazanacağı düşünülmektedir (20).

SONUÇ

Dünya’da ve Türkiye’de 210 milyon KOAH olduğu ve bunların büyük bir bölümünün tanı almadığı (%70-90) tahmin edilmektedir (21). Erken tanı, risk faktörlerinden uzaklaşılması, dolayısıyla hastalığın ilerlemesinin önlenmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle hekimlerin 40 yaş üstü ve solunumsal semptomları bulunan hastalarında spirometri yaptırması, riskli gruplarda spirometri ve semptomlara yönelik anketleri içeren aktif tarama çalışmaları yapılması, KOAH’lı hastaların erken dönemde saptanması açısından büyük yarar sağlayacaktır.

Türkiye’de kamuoyunda KOAH konusunda farkındalık oluşturulmaya yönelik çalışmalara rağmen amaçlanan hedeflere tam ulaşıldığı söylenemez (1). Doktor ve sağlık görevlileri arasında KOAH ile ilgili eğitim çalışmalarını yararlı olduğu kabul edilebilir. Ancak spirometri temini ve özellikle doğru kullanımı konusunda daha fazla çabaya gereksinim bulunmaktadır (22).

KAYNAKLAR

1. Yıldız F, Bingöl Karakoç G, Ersu Hamutçu R. Türkiye’de astım ve KOAH farkındalığının değerlendirilmesi (GARD Türkiye projesi- Kronik Hava Yolları Hastalıklarının Ulusal Kontrol Programı) Tüberküloz Toraks 2013;61:175-182.
2. Kocabaş A. KOAH epidemiyolojisi. In: Kocabaş A (edit): Göğüs Hastalıklarında Son Gelişmeler. Akademisyen Tıp Kitabevi. Ankara, 2004.sah: 95-110
3. Weiss ST. Chronic obstructive pulmonary disease: Risk factors and risk reduction. www.uptodate.com 2014.
4. Løkke A, Lange P, Scharling H, et al. Developing COPD: a 25 year follow up study of the general population. Thorax 2006; 61:935.
5. Korn RJ, Dockery DW, Speizer FE, et al. Occupational exposures and chronic respiratory symptoms. A population-based study. Am Rev Respir Dis 1987; 136:298.
6. Troosters T, van der Molen T, Polkey M, et al. Improving physical activity in COPD: towards a new paradigm. Respir Res 2013; 14: 115
7. Soriano JB, Zielinski J, Price D. Screening for and early detection chronic obstructive pulmonary disease. Lancet 2009;374:721-732.
8. Jones RCM, Price D, Ryan D, et al. Opportunities to diagnose chronic obstructive pulmonary disease in routine care in the UK: a retrospective study of a clinical cohort. Lancet Respir Med 2014, 13 Febr (early online)
9. Lam DCL, Hui CKM, Ip MSM. Issues in pulmonary function testing for the Screening and diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease. Curr Opin Pulm Med 2012;18:104-111.
10. Bridevaux PO, Gerbase MW, Probst-Hensch NM, Schindler C, Gaspoz JM, Rochat T: Long-term decline in lung function,

- utilisa- tion of care and quality of life in modified GOLD stage 1 COPD. *Thorax* 2008;63:768-74.
11. Qaseem A, Wilt TJ, Weinberger SE, et al. Diagnosis and management of stable chronic obstructive pulmonary disease: a clinical practice guideline update from the American College of Physicians, American College of Chest Physicians, American Thoracic Society, and European Respiratory Society. *Ann Intern Med* 2011;155:179-91.
 12. Buffels J, Degryse J, Heyrman J, Decramer M. Office spirometry significantly improves early detection of COPD in general practice: the DIDASCO Study. *Chest* 2004; 125: 1394-99.
 13. Zielinski J, Bednarek M. Early detection of COPD in a high-risk population using spirometric screening. *Chest* 2001; 119: 731-36.
 14. Zielinski J, Bednarek M, Gorecka D, et al. Increasing COPD awareness. *Eur Respir J* 2006; 27: 833-52.
 15. Pietinalho A, Innula VL, Sovijarvi ARA, et al. Chronic bronchitis and chronic obstructive pulmonary disease: the Finnish Action Programme, interim report. *Respir Med* 2007; 101: 1419-25.
 16. Tuomisto L, Jarvinen V, Laitinen J, et al. Asthma programme in Finland: the quality of primary care spirometry is good. *Prim Care Respir J* 2008; 17: 238-42.
 17. Department of Health. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) national service framework. <http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/COPD/index.htm> (accessed July 16, 2009).
 18. Jithoo A, Enright PL, Burney P et al. Case- finding options for COPD: results from the Burden of Obstructive Lung Disease Study. *Eur Respir J* 2013;41:548-555.
 19. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2014. Available from: <http://www.goldcopd.org/>.
 20. Garcia-Aymerich J, Lange P, Benet M, et al. Regular physical activity modifies smoking-related lung function decline and reduces risk of chronic obstructive pulmonary disease: a population-based cohort study. *Am J Respir Crit Care Med* 2007; 175:458.
 21. Steenbruggen I, Zielinski J, Lange P et al. A BOLD statement on how to case-find moderate/ severe COPD (ed). *Eur Respir J* 2013;41:503-504.
 22. Başyığıt İ, Yıldız F, Başoğul A ve ark. Mezuniyet sonrası eğitimin pratisyen hekimlerin KOAH ile ilgili bilgi düzeyine etkisi. *Tüberküloz Toraks* 2006;54:51-55.