

**İNERAKTİF PANEL 6****İnteraktif Panel 6****Astım ve Rinit'te Tedavi (Olgu Sunumları)****Moderatörler:** Prof. Dr. Mecit Süerdem | Prof. Dr. Fikret İleri**Konuşmacılar:** Prof. Dr. Ahmet Akkaya | Prof. Dr. Bahattin Çolakoğlu | Doç. Dr. Adnan Ünal | Prof. Dr. Mustafa Kemal Adalı**ASTIM TEDAVİSİ**

Prof. Dr. Bahattin Çolakoğlu

*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD, Alerji BD, İstanbul*

Astım, bütün dünyada 300 milyon kadar insanın muzdarip olduğu, küresel bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. İnsanların yaşam kalitesi üzerinde olumsuz yönde büyük etki yaratmakta, fiziksel ve ruhsal problemlere yol açmakta, dolayısıyla işgücü kaybına, okul devamsızlığına ve ilaç tüketiminin artmasına, yani ekonomik olarak önemli kayıplara neden olmaktadır. Dünyada ülkeden ülkeye değişmekle birlikte, prevalansı %1-18 arasında değişmektedir ve özellikle çocuklardaki oranı daha fazla olmak üzere, astım prevalansı günümüze kadar gittikçe artış göstermiştir. Çocuklardaki prevalansının %3-38, yetişkinlerdekinin ise %2-12 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Yaşlılardaki KOAH'ın astımla karışarak astım gibi değerlendirilmesi de, bu prevalans yüksekliğinde etkili olmaktadır. Okul öncesi çocuklardaki bronşiyolit ve geçici vizing'in de astım olarak değerlendirilmesi, prevalansın yüksekliğinde rol oynamıştır. Astım ve diğer alerjik hastalıklarda en yüksek prevalans,

en gelişmiş ülkelerde görülmektedir. On beş yaşına kadar erkeklerde, 45 yaşından sonra ise kadınlarda daha fazla görülmektedir.

Astım, hava yollarının kronik enflamatuvar bir hastalığıdır. Bu enflamasyonun gelişmesinde mast hücreleri, bazofiller, eozinofiller, epitel hücreleri, T ve B lenfositler gibi hücreler, birtakım sitokin ve mediyatörler rol oynar. Astımın ortaya çıkmasında, genetik ve çevresel faktörlerin çok önemli etkisi vardır. Astımın ana semptomları, özellikle gece ve sabaha karşı artan nefes darlığı, öksürük ve vizing ile göğüste sıkışma hissidir.

Astımın tedavisi önceleri astımın şiddetine göre yapılrken, Küresel Astım Girişimi GİNA'nın (Global Initiative of Asthma) 2004 ve 2006 gözden geçirilmiş raporlarına göre artık tedavinin kontrol kriterlerine göre yapılması kararlaştırılmıştır. Astım kontrolü, kontrol altında, kısmen kontrol altında ve kontrolsüz olarak sınıflandırılmaktadır (Tablo-I).Tedavi de 5 basamak olarak sıralanmıştır ve has-

**Tablo-I: Astım kontrolünün değerlendirilmesi**

Özellikleri	Kontrol altında	Kısmi kontrol	Kontrolsüz
Gündüz semptomları	Yok veya haftada 2 kez veya daha az	Haftada >2	Herhangi bir haftada kısmi kontrol kriterlerinden 3'ü veya daha fazlası var ise
Aktivite kısıtlaması	Yok	Var	
Gece semptomu	Yok	Var	
Rahatlaticı ilaç ihtiyacı	Yok veya haftada 2 kez veya daha az	Haftada >2	
PEF ve FEV <sub>1</sub>	Normal	<%80	
Astım krizi	Yok	Yılda 1 veya daha fazla	Herhangi bir haftada bir

## İNTERAKTİF PANEL 6

**Tablo-II:** 5 yaş ve üzeri çocuklar ve erişkinlerde kontrole göre tedavi

Kontrol düzeyi	Tedavi Planı
Kontrol altında	En düşük basamağı saptayın ve koruyun
Kısmi kontrol	Kontrolü sağlayan basamaklı doz artırımını düşünün
Kontrolsüz	Kontrol sağlanıncaya kadar tedavi dozunu artırın
Astım krizi	Kriz için gereken tedaviyi verin

### Tedavi Basamakları

		Azaltılır ←			→ Artırılır	
Basamak 1	Basamak 2	Basamak 3	Basamak 4	Basamak 5		
Astım eğitimi - Çevre kontrolü						
Gerektiğinde hızlı etkili $\beta_2$ agonist						
Öncelikli tercih	<i>Birini tercih edin</i>	<i>Birini tercih edin</i>	<i>Birini ya da 2'sini ekleyin</i>	<i>Birini ya da 2'sini ekleyin</i>		
	Düşük doz İKS	Düşük doz İKS+LABA, <6yaş çocuklarda orta doz İKS	Orta veya yüksek doz İKS+LABA	Oral KS (en düşük doz)		
Alternatif tercih	Antilökotrien	Orta veya yüksek doz İKS	Antilökotrien	Anti-IgE		
		Düşük doz İKS+Antilökotrien	Yavaş salımlı teofilin			
		Düşük doz İKS+yavaş salımlı teofilin				

tanın kontrol durumuna göre basamaklar arasında azaltmalar ve artırmalar yapılmaktadır (Tablo-2).

Kontrol edici ilaçlar 2. basamaktan itibaren verilmeye başlanır. Kontrol sağlandıktan 3 ay sonra verilen İKS dozu %50 azaltılır. Kontrol sağlanan en düşük İKS dozuna kadar doz azaltılır ve bu İKS dozu günde bir verilir. En düşük dozda kontrol edici ilaç bir yıl kullanıldığında, semptomlar tekrarlamıyor ise tedavi kesilerek hasta izlemeye alınır. Erişkin ve çocuklarda İKS günlük eşdeğer dozları tablo-3 ve 4'te görülmektedir.

Astım tedavisinde kullanılan ilaçlar kanıt düzeylerine göre tavsiye edilmiştir. Artık yetişkinlerde tek kromonlarla tedavi, düşük doz İKS'lere alternatif olarak gösterilmemektedir. Lökotriyen antagonistleri, yetişkinlerde kontrol edici ilaç olarak daha öne çıkmıştır. Uzun etkili  $\beta_2$  agonistlerin, yalnız İKS ile birlikte kullanılmasının önemine ve bu ilaçların tek başına kullanılmamasına dikkat çekilmiştir. Sabit kombinasyon içeren inhalerlerin, hastaların tedaviye uyumunu artırdığı gösterilmiştir. Ayrıca  $\beta_2$  agonistlerin tek başına kullanımını da önlemektedir. Budesonid ve formoterol



## İTERAKTİF PANEL 6

içeren kombine inhalerlerin, hem kurtarıcı ilaç hem de idame tedavide kontrol edici olarak kullanılabilceği belirtilmiştir. İKS dozunu, semptom olduğunda iki kat doza geçici olarak artırmak artık tavsiye edilmemektedir. Dört ya da daha yüksek dozda artırılışın, kısa süreli oral kortikosteroite eşdeğer olduğu gösterilmiştir. Kontrol edici ilaçlara Anti IgE (Omalizumab) tedavisinin eklenmesi, ağır astımlı vakalarda yani 5. basamakta tavsiye edilmektedir.

Amerikada Ulusal Astım Eğitim ve Önleme Programı (NAEPP) ilk 1991 yılında yayımlanmıştır. En son 2007'de güncellenen, Astım Tanı ve Tedavi Rehberindeki tedavi planı Tablo-5'te görülmektedir. Astım şiddeti ve kontrolü bir arada değerlendirilerek tedavi planı yapılmıştır. Hasta ilk tedaviye alındığında, yüksek doz İKS ile tedaviye başlanması, ancak kontrol altına alındıktan sonra doz azaltılması tavsiye edilmektedir. Eski rapora ve GİNA rehberine göre bazı değişiklikler olmasına karşılık, bütün rehberlerde amaç, astımlıların doğru tedavilerini sağlamak ve yaşam kalitelerini artırmaktır. Bu rehberler, adlarından da anlaşılacağı gibi, hekimlere yol göstericidir. Yani kanun

gibi tamamen uygulanma mecburiyeti yoktur. Hekim ülke koşulları, coğrafi konum, ekonomik durum, çevre faktörleri ve hastanın durumunu göz önüne alarak, inisiyatifi kullanır ve bu rehberlerin ışığında bazı değişiklikler yaparak hastanın tedavisini ayarlar.

İlaç tedavisi ve korunmaya rağmen semptom ve bulguları devam eden, hafif ve orta dereceli alerjik astımlılara immunoterapi (İT) uygulanır. NHLBI, alerjiden korunmanın mümkün olmadığı durumlarda tıbbi tedaviye karşılık semptomların kontrol edilemediği hallerde İT'yi tavsiye etmektedir. İT hafif-orta astımlı hastalara, hastalıkları kontrol altındayken başlanmalıdır. Ağır astımda, ilaçla şikayetleri kontrol altına alınıp, akciğer fonksiyon testi kendi yaşının %75-80'ine ulaşıncaya yapılmalıdır. İT'nin >5 yaşından itibaren uygundur. İT sonrası hastaların semptomları ve ilaç kullanımları azalmakta, yaşam kaliteleri düzelmekte ve immun sistemde hücrel ve humoral değişiklikler olmaktadır. İT başlarken hasta şikayetlerinin şiddetinin yanı sıra, İT ve ilaç tedavisinin etkililik, süre ve maliyet açısından değerlendirilmesi gerekir.

### Kaynaklar

1. Weel C.V. at all.Asthma management pocket reference 2008.Allergy 2008;63:997-1004
2. Global Strategy for Asthma Management and Prevention 2007 (update). The GINA reports are available on [www.ginasthma.org](http://www.ginasthma.org).
3. Tang E.A.et al.Epidemiology of asthma and allergic diseases.NF Adkinson Jr,BS Bochner, WW Busse,ST Holgate,RF Lemanske Jr,FER Simons eds.Middleton's Allergy Principles &Practice.7.Ed.Mosby Elsevier.2009:715-769
4. National Institute of Health,Hearth,Lung and Blood Institute(NHLBI).Expert panel report 3:Guidelinesfor the diagnosis and management of asthma 2007.Available from [www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/asthgl.htm](http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/asthgl.htm)