

## ŞANLIURFA'DA BRONŞ ASTIMLI OLGULARIN KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Erkan CEYLAN

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, ŞANLIURFA

### ÖZET

*Bu çalışmaya Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları polikliniğine 2001 temmuz-2002 temmuz tarihleri arasında başvuran 420 (%62 kadın, %38 erkek) bronş astımlı olgu alındı. Olguların yaş ortalaması 34±9, hastalık süreleri 5.7±5.8 yıldır. Hastanemize başvurdukları anda 22 olgu hafif intermittan, 114 olgu hafif persistan, 270 olgu orta persistan, 14 olgu ağır persistan astım evresindeydi. 174 olguda allerjik rinit, 24 olguda nazal polip, 2 olguda Samter sendromu vardı. Olguların 254'üne cilt testi yapıldı. Bunların 88(%35)'inde cilt testi pozitif bulundu. Cilt testi pozitif olguların 5(%5.7)'inde ev tozu akarına karşı, 2(%2.3)'sinde ağaç polenlerine karşı, 77(%87.5)'sinde çayır polenlerine karşı, 2(%2.3)'sinde yabancı ot polenlerine karşı ve 2(%2.3)'sinde epidermal karışımlara karşı pozitif cilt testi elde edilirken mantar sporlarına karşı pozitiflik saptanamamıştır. Astım tanısı ve tedavisinde standardizasyon sağlamak çok önemlidir. Bu standardizasyonu sağlayabilmek amacıyla Şanlıurfa'daki bronş astımlı olguların klinik özelliklerini, laboratuvar bilgilerini, bize başvurmadan önce kullandıkları tedaviyi, acil başvuru ve hospitalizasyon sayısını belirleyerek, bölgemizde astımlı olguların verilerine ulaşmak, bu olguların tanısı ve tedavilerindeki eksiklikleri görmeyi amaçladık.*

**Anahtar kelimeler:** Atopi, bronş astımı, capsaicin, ilaç kullanımı

(Solunum 2004;6;5-13)

### SUMMARY

#### Clinical Characteristics of Patients with Bronchial Asthma in Şanlıurfa

*420 patients (62 % female, 38% male) with bronchial asthma who attended to the Department of Chest Diseases of the Medical Faculty of Harran University between July 2001 and July 2002 were included in the study. Mean age of patients was 34± 9 years and the duration of disease was 5.7± 5.8 years. The disease was staged in the first visit as follows: 22 patients had intermittent asthma, 114 patients had mild persistent asthma, 270 patients had moderate persistent asthma and 14 patients had severe persistent asthma. 174 patients had accompanying allergic rhinitis, 24 patients had nasal polyposis and 2 patients had Samter syndrome. Skin test was applied to 254 patients. 88 patients (35%) had positive skin test results. 5 (5.7%) of these 88 patients responded positively to house dust mites, 2 (2.3%) of them to tree pollens, 77 (87.5%) of them to grass pollens, 2 (2.3%) of them to weed pollens and 2 (2.3%) of them to epidermal mixtures. No positive reaction to mould spores was observed. Standardization is crucial*

**Yazışma adresi:** Yrd. Doç. Dr. Erkan CEYLAN. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, ŞANLIURFA  
Tel: (0414) 314 11 70-2223 / e-mail: drerkanceylan@yahoo.com

Alındığı tarih: 23.5.2003, kabul tarihi: 8.12.2003

Toraks Demeği 6. Yıllık Kongresinde poster olarak sunulmuştur (23-26 Nisan 2003, Atlantis Otel Belek / ANTALYA).

*in the diagnosis as well as in the treatment of asthma. This study aimed to document the clinical characteristics, laboratory findings, treatment modalities before attendance, hospitalization rates, emergency department visits of the patients with asthma in Şanlıurfa. This type of documentation can help to make the data of the patients easily available and also to find out the possible deficiencies in the diagnosis and treatment.*

**Key words:** Atopy, bronchial asthma, capsaicin, drug utilization

(Solunum 2004;6;5-13)

## GİRİŞ

Astım, dünyada olduğu kadar Türkiye’de de önemli bir toplum sağlığı sorunudur. Bunun majör nedenlerinden birisi astım prevalansının kesin olarak belirlenememiş olmasıdır. Yapılan epidemiyolojik araştırmalar Batı Avrupa’da prevalansın %10-20 oranında olduğunu ve giderek artmakta olduğunu göstermektedir. Ülkemizde ise erişkinlerde bildirilen astım prevalansı %2.1 ile %9.5 arasında değişmekle beraber genel prevalansın  $\leq$  %5 dolayında olduğu tahmin edilmektedir<sup>(1,2,3)</sup>.

Değişen yaşam koşulları, çevre ve hava kirliliği, çocukluk çağında geçirilen infeksiyonlar, giderek daha çok kapalı ortamlarda yaşama, günlük yaşamda azalan egzersiz, sigara kullanımı veya maruz kalınması ve diyet alışkanlıklarındaki değişiklikler prevalanstaki artıştan sorumlu tutulmaktadır<sup>(1)</sup>.

Ülkemizde astım tedavisinde kullanılan ilaçlar, uluslararası tedavi rehberlerine uygunluk göstermesine rağmen, hastaların ancak yarısı yeterli boyutta tedavi görebilmektedir. Astım ülkemizin önde gelen morbidite ve mortalite nedenlerindedir. Astım patogenezinin giderek daha fazla aydınlatılmasına karşın geçtiğimiz 10 yıl içinde astıma bağlı morbidite ve mortalitede artışlar kaydedilmiştir. Bu artışın ana nedenlerinden birisi astım tanısının geç konulması ve hastaların astım konusunda yeterli bilgilendirilmemesidir<sup>(4,5,6)</sup>. Bu çalışma Şanlıurfa’daki astımlı olguların klinik, laboratuvar, tedavi özellikleri ve astım risk faktörlerinin araştırıldığı prospektif bir çalışmadır.

## GEREÇ VE YÖNTEMLER

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniğinde temmuz 2001 ve temmuz

2002 tarihleri arasında bronş astımı tanısı alan 260 kadın, 160 erkek toplam 420 olgu uluslararası astım konsensüs raporu tanı kriterlerine<sup>(7)</sup> göre değerlendirildi. Hastalara başvurdukları andaki yakınmaları, bunların geçmişteki seyri, sigara-aile öyküleri, yaşam şartları, meslekleri, başvuru anında ve geçmişte kullandıkları ilaçlar, immünoterapi görüp görmedikleri, astıma eşlik eden ek hastalıkları olup olmadığı, son bir yıl içinde hastaneye ve acil polikliniğe başvuru ve yatışları gibi soruların yanıtları ile; fizik muayene bulgularını içeren ve astım teşhisi ile hastalığın şiddetinin tayini açısından zorlu vital kapasite (FVC), zorlu vital kapasite 1. saniye (FEV<sub>1</sub>), FEV<sub>1</sub>/FVC, zirve akım hızı (PEF) değişkenliği, erken ve geç reverzibilite testi, cilt testi gibi laboratuvar verilerini kapsayan bir anket formu dolduruldu. Bu amaçla Mansmann’ın astım teşhisi için geliştirdiği form dolduruldu<sup>(8)</sup>. Allerji testleri, allerjik yakınmaları olan, atopisi veya ailesel atopi anamnezi veren olgulara uygulandı. Öncelikle ev tozu akarları, çayır, ağaç ve yabani ot polenleri, mantarlar, epidermal karışım ve pozitif testten oluşan karışım allerjenler (Center Laboratories, USA) prick test metoduyla uygulandı, çok az sayıda hastaya 56 adet allerjene kadar çıkılan sayıda test uygulandı. Pozitif kontrole göre eşit ya da daha büyük endurasyonlar pozitif olarak değerlendirildi. Ayrıca başvuru anında hastalara solunum fonksiyon testi (SFT) ve bronkodilatasyon testi yapıldı. SFT’leri normal olan hastalarda geç reverzibilite testi yapıldı. Semptomlar, genel durum, fizik muayene bulguları ve tüm laboratuvar sonuçları göz önünde bulundurularak olgular astım konsensüs kriterlerine göre hafif intermittan astım, hafif persistan astım, orta persistan astım, ağır persistan astım olarak dört gruba ayrıldı<sup>(7)</sup>.

Çalışmamızın istatistiksel analizi “SPSS 10.0” hazır paket programı ile yapılmıştır.

## BULGULAR

Yaş ortalamaları  $34 \pm 9$  olan 420 olgu (260 kadın, 160 erkek) çalışmaya alındı. En küçük yaş 14, en büyük yaş 66 olup hastalık süreleri  $5.7 \pm 5.8$  yıl idi. Olguların tamamı Şanlıurfa merkez ve ilçelerinden gelmekte olup %29'u kırsal kesimde, %71'i ise il ve ilçe merkezinde oturmaktaydı. Olguların meslek dağılımı Tablo I'de gösterilmiştir.

**Tablo I:** Hastaların mesleklerine göre dağılımı.

Meslek	n	%
Ev hanımı	224	53
Masa başı çalışan	62	15
Öğretmen	50	12
Öğrenci	44	11
Doktor	12	3
Sağlık personeli	12	3
Çiftçi	10	2
Polis	6	1
Toplam	420	100

Olgularımızda bronş astımı nedensel faktörü olabilecek meslek öyküsü saptamadık. Olgularımızdaki semptom dağılımı değerlendirildiğinde; %95'inde nefes darlığı, %87'sinde öksürük, %72'sinde hırıltılı solunum, %68'inde gece nefes darlığı, %43'ünde göğüste sıkışma hissi, %7'sinde göğüs ağrısı, %67'sinde nazal semptomlar, %12'sinde oküler, %18'inde dermal şikayetler mevcuttu.

Semptomlar olguların %63'ünde mevsimsel artış gösterirken, %68'inde semptomların gece-gündüz değişimi mevcuttu. Olgulara eşlik eden hastalıklar Tablo II'de gösterilmiştir.

**Tablo II:** Eşlik eden hastalıklar

Hastalık	n	%
Alerjik rinit	174	41
Sinüzit	176	42
Nazal polip	24	6
Samter sendromu	2	1
İlaç allerjisi	42	10
Besin allerjisi	10	2
Atopik dermatit	42	10
Ürtiker	34	8
Konjunktivit	50	12
Hipertansiyon	20	5

Allerjik rinitin eşlik ettiği 174 olgunun, 33(%19)'ü perennial, 92(%53)'si mevsimsel özellikler göstermekteydi. Bronş astımı ve allerjik rinitin birliktelik gösterdiği 174 olgunun 76(%44)'sında rinit ve astım semptomları hemen hemen aynı zamanda başlarken, 85(%49) olguda astım semptomları rinit semptomlarından  $3.89 \pm 1.67$  yıl sonra başlamış, 12(%7) olguda astım yakınmaları rinit bulgularından  $2.75 \pm 1.76$  yıl önce ortaya çıkmıştır.

Olguların %10'unda ilaç, %2'sinde besin allerjisi anamnezi vardı. İlaçlarla astım atağı tetiklenen 42 olgudan 34(%81)'ü aspirin intoleransı tarif ediyordu. Aspirin intoleranslı olgulardan 26'sı aspirinle beraber naproksen ve ibuprofen intoleransı tarif ediyordu. Aspirin duyarlılığı olan olgulardan ikisinde Samter sendromu saptandı. Aspirin duyarlılığı olan olgularımızın 32'si orta persistan ve ağır persistan klinik evresindeydi. Olguların 8(%19)'i penisilin ve sülfonamidler başta olmak üzere antibiyotiklere karşı allerjik reaksiyon tanımlıyordu. Hipertansiyon tedavisi alan 18 olgunun 6'sında ACE inhibitörlerine bağlı öksürük nöbetleri tespit edildi.

Çalışmamızda ev hanımı olan olgularımızın 23'ünde İsoot biberinden salça yapımı sonrasında astım semptomlarında artış ve acil polikliniğe başvurularda sıklık saptanmıştır.

Hastanemize başvurdıkları anda 22 olgu hafif intermitan astım, 114 olgu hafif persistan astım, 270 olgu orta persistan astım, 14 olgu ağır persistan astım kriterleri taşımakta idi. Olgularda astım atağını provoke eden faktörler Tablo III'de gösterilmiştir.

**Tablo III:** Astım atağını provoke eden durumlar

Provoke eden nedenler	n	%
Enfeksiyonlar	366	87
Sigara dumanı	306	73
Tandır dumanı	172	41
Toz, polen, hayvan epitel ve tüyü	268	64
Kokular	232	55
İlaçlar	42	10
Hava kirliliği, soğuk hava, hava değişimi	134	32
Emosyonel faktörler	264	63
Egzersiz	256	61
Gebelik-Menstruasyon	92	22
Gastroözofageal reflü	38	9
Toz isot biberi inhalasyonu	23	6

Olguların 191(%46)'inde kişisel atopi, 108(%26)'inde birinci dereceden ailesel atopi öyküsü mevcuttu. Olguların %27'sinde odun-kömür sobası, %41'inde elektrik sobası veya klima, %34'ünde katalitik soba kullanımı vardı. Olguların %84'ünde yün yatak ve yorgan kullanımı, %1 olgunun evinde rutubet, %2 olguda hayvan besleme öyküsü, %24'ünde çiçek yetiştirme öyküsü mevcuttu. Ev hanımı olan olgularımızın %82'sinde temizlik amacıyla hipoklorid ve/veya hidroklorik asid kullandığı saptandı. Astımlı olguların %3'ü halen sigara içmekte olup, %30'u sigarayı bırakmış, %67'si ise hiç sigara içmemişti. Olguların %46'sının kendileri hiç sigara içmedikleri halde çocukluktan beri ev içi pasif içici olduğu saptandı.

Çalışmamızda olgularda anamnez, fizik muayene, klinik izlem, tedaviye yanıt gibi parametreler değerlendirilerek, yeterli uyum sağlanamayan 14 ağır persistan astımlı olgu dışında tüm olgulara solunum fonksiyon testi ve bronkodilatasyon testi yapılmıştır. 36 olguda 1,5 ay süreyle PEF değişkenliği takibi yapılmıştır. SFT ve bronkodilatasyon testi sonucunda

384 hastada değişik derecelerde erken reverzibilite saptanmıştır. Hafif intermittan astımlı 22 olguda SFT değerleri normal olup, PEF değişkenliği %20'nin altında bulundu. Olguların 254'üne cilt testi yapıldı. Bunların 88(%35)'inde cilt testi pozitif bulundu. Allerji testi pozitif olan olguların 5(%5.7)'inde ev tozu akarına, 2(%2,3)'sinde ağaç polenlerine, 77(%87.5)'unda çayır polenlerine, 2(%2.3)'si yabancı ot polenlerine, 2(%2.3)'sinde epidermal karışımlara karşı pozitif cilt testi elde edilirken mantar sporlarına karşı pozitiflik saptanamamıştır.

Tüm olguların hastaneye başvuru sayısı ortalama  $2.87 \pm 2.91$  (1-17) olup hastaneye yatış sayısı  $0.51 \pm 0.69$  olarak bulundu. Hafif intermittan astımlı olgular son 1 yıl içinde ortalama  $1.91 \pm 1.76$  (0-1) kez hastaneye başvururken, hafif persistan astımlı olgular  $2.05 \pm 1.41$  (1-2) kez, orta persistan astımlı olgular  $3.12 \pm 3.21$  (1-4) kez, ağır persistan astımlı olgular  $4.41 \pm 4.76$  (1-17) kez hastaneye başvurmuşlardı. Hastaneye başvuru sayısına göre ağır persistan astımlı olgular ile diğer olgu grupları arasında, orta persistan astımlı olgular ile hafif intermittan ve hafif persistan astımlı olgular

**Tablo IV:** Olguların ilaç kullanımı

Kullanılan ilaç	Toplam sayı		Hafif intermittan	Hafif persistan	Orta persistan	Ağır persistan
	n	%				
$\beta_2$ agonist, KE	20	4.7	8	8	4	-
$\beta_2$ agonist, UE	22	5.2	4	8	10	-
KS	17	4	6	10	1	-
LA	8	1,9	1	4	3	-
T	34	8.1	2	8	24	-
Oral KS	6	1.4	-	1	3	2
KS+ $\beta_2$ agonist, UE	116	27,6	-	42	72	2
KS+ $\beta_2$ agonist, UE+LA	45	10.7	-	12	32	1
KS+ $\beta_2$ agonist, UE+LA+T	32	7.6	-	-	30	2
KS+ $\beta_2$ agonist, UE+T	65	15.5	-	6	55	4
KS+LA	7	1.7	-	6	1	-
KS+LA+T	3	0,7	-	1	2	-
KS+T	3	0,7	-	1	2	-
$\beta_2$ agonist, UE+T	18	4.3	-	2	13	3
$\beta_2$ agonist, UE+T+LA	6	1.4	-	1	5	-
$\beta_2$ agonist, UE+LA	4	1	-	1	3	-
T+LA	2	0.5	-	-	2	-
Hiç ilaç Kullanmayan	12	2.9	1	3	8	-
Toplam	420	100	22	114	270	14

KS: İnhalatör Kortikosteroid, LA: Lökotrien Reseptör Antagonisti, T: Oral teofilin, KE: Kısa etkili, UE: uzun etkili

arasında ( $p<0.0001$ ) ve hafif persistan astımlı olgular ile hafif intermittan astımlı olgular arasında istatistiksel olarak anlamlılık mevcuttu ( $p<0.001$ ).

Olgular son bir yıl içinde hastaneye yatışlarına göre değerlendirildiğinde ağır persistan astımlı olgular ortalama  $3\pm 1.11(1-5)$  kez, orta persistan astımlı olgular  $0.33\pm 0.41(0-2)$  kez, hafif persistan astımlı olgular  $0.17\pm 0.35(0-1)$  kez hastaneye yatmışlardı. Hafif intermittan astımlı olgulardan ise hastaneye yatan olmamıştı. Hastaneye yatış sıklığına göre ağır persistan astım ile diğer astım grupları arasında ( $p<0.0001$ ), orta persistan, hafif persistan ve hafif intermittan astımlı olgular arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptandı ( $p<0.05$ ).

Olguların klinik evrelerine göre kullandıkları tedaviler Tablo IV'de gösterilmiştir.

## TARTIŞMA

Polikliniğimize başvuran astımlı olguların hepsi Şanlıurfa il sınırları içinde oturmaktaydı. Olguların %29'u kırsal kesimde, %71'i ise il ve ilçe merkezinde oturmaktaydı. Ülkemizde yapılan benzer bir çalışmada şehir merkezinde yaşayanlarda astım prevalansı %21.9, şehir dışında yaşayanlarda ise %9.4 olarak bulunmuştur<sup>(9)</sup>.

Birçok çalışmada erişkin astımında kadın predominansı olduğu gösterilmiştir<sup>(10-12)</sup>. Astımda mesleksel dağılımı gösteren çalışmalarda ev hanımı oranı %47-%59 oranlarında bulunmuş ve ev içi solunumsal allerjenlerle fazla temasa, kullandıkları temizlik maddelerinin irritan etkilerine maruziyete, yetersiz sosyal güvenceye, hasta-hekim kaynaklı bilgi yetersizliğine bağlı olabileceği belirtilmiştir<sup>(13,14)</sup>. Prescott ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada<sup>(15)</sup> astımda kadın predominansının yanı sıra kadınlarda daha şiddetli astım özellikleri ve hastanede daha fazla kalım süreleri saptanmıştır. Şentürk ve arkadaşlarının çalışmasında<sup>(11)</sup> ev içi allerjenlere maruziyete ek olarak %30 olgunun temizlik amaçlı yoğun hipoklorik asid ve hidroklorik asid kullanımı saptanmıştır. Bizim çalışmamızda olguların %64'ü kadındı. Olguların mesleksel dağılımı değerlendirildiğinde, olguların %53'ünün ev hanımı olduğu gözlemlendi. Olgularımızın %48'i rahatsızlık

duymakla beraber temizlik amaçlı hipoklorik asid ve hidroklorik asit kullanmakta, %41'i de ekmek yapımı için kapalı ortamda tandır dumanına maruz kalmaktaydı. Çalışmamızda ev hanımı oranının fazla olması, ev hanımlarının daha çok kapalı ortamda uzun süre kalması ile ev içi solunumsal allerjenlere, kullandıkları temizlik maddelerinin irritan etkilerine ve ekmek yapımı için uzun süre kapalı ortamda tandır dumanına maruz kalmalarına bağlı olabileceği düşünüldü. Olgularımızın sadece %1'ini sosyal güvencesi olmayan hasta grubu oluşturmaktaydı.

Ev içi allerjenleri astım için önemli risk faktörüdür. Çünkü ev ortamı, hava daha az ventile olmakta, allerjenler için ılık ve nemli bir ortam görevi görmektedir<sup>(16)</sup>. Leung ve arkadaşları, üç farklı Güney Doğu Asya popülasyonunu karşılaştırdıkları çalışmada<sup>(17)</sup> astımlı olgularda %49-63.9 oranında atopi tespit etmiş olup, en sık karşılaşılan allerjenleri ev tozu akarları ve hamam böcekleri olarak bildirmişlerdir. Ülkemizde çeşitli bölgelerden yapılan çalışmalarda astımlı olgularda ev tozu akarı duyarlılığı oranı bölgesel farklılık göstermektedir. Nem oranının yüksek olduğu Karadeniz bölgesinde atopik astımlı çocuklarda %94 oranında ev tozu akarı duyarlılığı saptanırken kuru bir iklime sahip olan Diyarbakır'da erişkin allerjik astımlı olguların %28.1'inde ev tozu akarı duyarlılığı saptanmıştır<sup>(18,19)</sup>. Ülkemizde çeşitli bölgelerdeki ev tozlarındaki akar varlığını araştıran bir çalışmada Güneydoğu Anadolu bölgesinden gelen toz örneklerinde akara rastlanmazken Karadeniz bölgesinden gelen evlerin %46'sında akara rastlanılmıştır<sup>(20)</sup>. Çalışmamızda ise ev tozu akar oranı %5.7 gibi çok düşük değerlerde bulunmuştur. Bunu olasılıkla Şanlıurfa'nın hava sıcaklığının akarlar için çok aşırı değerlere ulaşması, nem oranının ise çok düşük olmasına bağlamaktayız. Ayrıca bölgemizde nisan-eylül ayları arasında evlerde sıcaklığın daha az hissedilmesi için evlerde tüm halılar kaldırılır ve evler haftada birkaç kez düzenli olarak yıkanır. Bölgemizin sıcak ve kuru iklimi olasılıkla ev tozu akarlarının üremelerini ve yaşamalarını zorlaştırmaktadır.

Polenler dış ortamda astımı tetikleyen başlıca etkenlerdir. Çayır, ağaç, yabancı ot polenleri başlıca sorumlu allerjenlerdir<sup>(21,22)</sup>. Polenlerin mevsimsel dağılım göstermesi, bu duyarlılığı gösteren olgularda

da mevsimsel yakınmaların oluşmasına neden olur. Bu olgularda rinit ve/veya konjunktivit ve/veya astım semptomları ortaya çıkar. Duyarlı olgular maruziyet ile semptom arasındaki ilişkiyi çok net olarak tanımlarlar ve polen mevsiminin sona ermesiyle yakınmaları sona erer<sup>(23)</sup>. Çayır polenleri dünyanın pek çok yerinde en etkili allerjenlerdir. Klasik olarak çayır polenizasyonu mayıs başında başlar ve temmuz sonunda biter. Ülkemizdeki polen dağılımları ayrıntılı olarak bilinmemekle beraber, polen dağılımının araştırıldığı çalışmalarda çayır polenlerinden en çok graminea'lar, yabancı otlardan ise urticaceae, plantago ve artemisa polenleri yoğun olarak gözlenmiştir<sup>(25,26)</sup>. Polen duyarlılık oranları astımlı olgularda %25 ile %62,5 arasında bildirilmiştir<sup>(27,28)</sup>. Nisan ayı ortası ile temmuz ayı ortası arasında polikliniğimize allerjik rinit ve astıma bağlı allerjik semptomlarla başvuran hasta sayısında belirgin derecede artış kaydedilmiştir. Bu olgularda yapılan cilt testlerinde %87.5 oranında çayır polenlerine, %2.3 oranında yabancı ot polenlerine karşı, %2.3 oranında ağaç polenlerine karşı pozitiflik saptanmıştır. Kuru ve güneşli havalarda polen düzeyinin arttığı bilinmektedir<sup>(29)</sup>. İlimizde düşük nem oranının ve güneşli ikliminin, polen düzeyinin sürekli yüksek kalmasına neden olduğunu düşünmekteyiz.

Allerjik rinit, astım gelişimi ve şiddeti için risk faktörüdür. Astım ve allerjik rinit tedavileri benzerlik göstermekle beraber etkin ve erken rinit tedavisi ile allerjik astımın gelişiminin önlenmesi ya da yavaşlatılması mümkün olabilmektedir<sup>(30,31)</sup>. Allerjik astımlıların %75'inde rinit bulunurken, perennial allerjik rinitli olguların %20'sinde astım gelişebilmektedir<sup>(32)</sup>. Bazı epidemiyolojik çalışmalarda ise astımlılarda nazal semptom oranı %78, allerjik rinitlerde astım gelişme oranı %38 olarak belirtilmiştir<sup>(33)</sup>. Çalışmamızda astımlı olgularımızın %67'sinde nazal semptomlar bulunmakla birlikte, %41'inde allerjik rinitin eşlik ettiği gösterildi. Allerjik rinitin eşlik ettiği 174 olgunun, 33(%19)'ü perennial, 92(%53)'si mevsimsel özellikler göstermekteydi. Bronş astımı ve allerjik rinitin birliktelik gösterdiği 174 olgunun 76(%44)'sında rinit ve astım semptomları hemen hemen aynı zamanda başlarken, 85(%49) olguda astım semptomları rinit semptomlarından 3.89±1.67 yıl sonra başladığı saptandı. Bu gruptaki hastaların çok azında geçici nazal

kortikosteroid kullanımı olmakla beraber hiçbiri düzenli rinit tedavisi kullanmamışlardı. Bu sonuç allerjik rinit-astım ilişkisinin yeterli düzeyde bilinmediğini ve allerjik rinit tedavisinin öneminin sürekli vurgulanması gerektiğini ortaya çıkarmıştır.

Erişkin astımlıların ortalama %10'u aspirin/analjezik intoleransı olan kişilerdir. Aspirin intoleransı gösteren hastaların şiddetli, steroide bağımlı astım tablosu gösterdikleri ve status astmatikus gelişme riskinin daha fazla olduğu bildirilmektedir. Ayrıca bu grup hastaların uzun yıllar bu ilacı almasalar dahi şiddetli astıma sahip olmaları dikkat çekici bir özellik olarak bildirilmektedir<sup>(34)</sup>. Olgularımızın sorgulamasında elde edilen ilaç ve besin allerjisi yüzdeleri %10 ve %2 idi. Çelik ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ilaç allerjisi %3.9, besin allerjisi %6.2 oranında saptanmıştır, fakat klinik olarak hiçbir olguda gösterememişlerdir<sup>(35)</sup>. Aspirin duyarlılığı olan olgularımızın 32(%94)'si orta persistan ve ağır persistan klinik evresindeydi. Bronş astımı hava yollarının kronik inflamatuvar bir hastalığıdır. Bu nedenle astım tedavisinin amacı hava yollarındaki inflamasyonu kontrol altına almaktır. Günümüzde astımın kesin tedavisi(kür) olmamakla birlikte uzun süre kullanılan antiinflamatuvar ilaçlarla hava yollarındaki inflamasyon kontrol altında tutulabilir. Ancak hekimlerin astım tedavisine yaklaşımını araştıran bir çalışmada son 12 aydır astım tanısıyla antiinflamatuvar ilaç kullanımı %49 oranı ile İngiltere'de en fazla izlenirken, İtalya'da %17, Fransa'da %20 ile en düşük seviyede bulunmuştur<sup>(36)</sup>. Köktürk ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada<sup>(37)</sup> pratisyen hekimlerde %26, iç hastalıkları hekimlerinde %43, göğüs hastalıkları uzmanları arasında %75 oranında inhaler kortikosteroid kullanımını saptamışlardır. Bizim çalışmamızda ise polikliniğimize başvuran hastalarımızın 290 (%69)'ünde inhaler kortikosteroid, 308 (%73)'ünde uzun etkili b2 agonist, 163(%39)'ünde oral teofilin, 107(%26)'sinde lökotrien reseptör antagonisti kullanımı vardı. Ancak çalışmamızda inhaler kortikosteroid kullanması gerekirken hiç kullanmayan %30 (n:110)'luk oran, ağır persistan evrede sadece oral kortikosteroid kullanan olgular veya hiç kortikosteroid kullanmayan olgular astım tedavisinde hekimlere çok görev düştüğünü göstermektedir.

Astımdan etkilenenler arttıkça astımdan acile başvuru,

yatış ve ölüm oranları artmaktadır. Uygun tedavi astım ataklarının tekrarını ve acile başvuru sıklığını azaltmaktadır. Hastanın astım tanısı, tedavi ve korunma yöntemleri hakkında bilgilendirilmesi ile sık hastaneye başvurular ve hastaneye yatışlar azalmaktadır<sup>(38)</sup>. Olguların hastaneye, acil polikliniğe başvuru sıklığı ve hastanede yatış sıklıkları değerlendirildiğinde orta persistan ve ağır persistan astımlı olgularda belirgin yükseklik saptandı. Ağır persistan astımlı 14 olgu ve 23 orta persistan astımlı olgu yatırılarak tedavi edilirken geri kalan 383 olgu ayaktan tedavi edildi. Orta persistan ve ağır persistan astımlı olgularımızda önemli oranda kortikosteroid kullanılmaması, kortikosteroid alanların ise yeterli bronkodilatör kullanmıyor olması hastaların astım konusunda yeterli bilgi sahibi olmadıklarını ve/veya hekimlerin bu konudaki yaklaşımlarının yetersizliğine bağlı olabilir<sup>(39)</sup>. Bu nedenlerle astım hastaları hafif klinik evrelerde uygun ve yeterli süre tedavi almadıklarından hızlı bir şekilde daha ileri klinik evrelere geçiş göstermekte ve sık sık krizlere girerek acil servislere başvurmakta veya hastaneye yatmaktadır.

Astımlı olgularımızın %46'sının ev veya işyerinde halen pasif sigara içici olması olgularımızın tedavilere yanıtını olumsuz etkileyen ve sıklıkla acil polikliniğe başvurmalarına neden olan ana faktörlerden biridir. İsoot biberi Şanlıurfa için olmazsa olmazlardandır. İsoot Şanlıurfa'da tarlada, fabrikada, mutfakta, kültürde, gelenekte, tarihte her zaman olmuş ve halen devam ede gelmektedir. İsoot taze biber olarak, kurutulmuş, kahvaltılık olarak, salça ve toz biber şeklinde tüketilmektedir. İsoot biberi yüksek miktarlarda kapsaicin maddesi içermektedir. Acı biber özü olarak bilinen kapsaicin potent bir bronkokonstrüktör maddedir. Capsaicin inhalasyon yolu ile alındığında hava yollarında doza bağlı daralmaya yol açmaktadır<sup>(40)</sup>. Şanlıurfa başta olmak üzere bölgemizde ev kadınları, her yıl ağustos-eylül aylarında evlerin damlarında, balkonlarda taze isoto biberinden salça yapmaktadırlar. Bu salça yapma işinde ortalama 100 kilo taze isoto biberi birkaç gün süren işlemde geçirilir. Bu salça yapma işlemi sırasında uzun süre isoto biberi ile temasta bulunan ve kapsaicin özütünü inhale eden duyarlı olgularda oluşan bronkokonstrüksiyon sonucu hafif derecelerden çok ağır krizlere kadar değişen seviyelerde

ataklar görülmektedir. Bölgemizde yapılan bir çalışmada Dikensoy ve arkadaşları<sup>(41)</sup> premenstrual astım tanısıyla takip ettikleri bir olgunun isoto biberinden salça yapımı sonrasında şuur kaybına kadar giden bir astım atağını bildirmişlerdir. Çalışmamızda ev hanımı olan olgularımızın %6'sında isoto biberi ile salça yapımı sonrasında astım semptomlarında ve acil polikliniğe başvurularda artış saptanmıştır.

Ülkemizde astımlı olguların en çok etkilendiği aeroallerjen ev tozu akarı olmasına rağmen Şanlıurfa'nın kuru ve sıcak ikliminin özelliği olarak ev tozu akarları çok az olguda izlenmiştir. İlimizde çayır polenlerine bağlı allerji ön planda gözükmektedir. Polen allerjisi olgularımızda sıklıkla mevsimsel özellik göstermekte ve bu dönemlerde olguların önemli bir bölümünde allerjik rinit saptanmaktadır. Genel olarak olgularımıza etkili allerjik rinit tedavisi verilmediği ve yeterli bilgilendirilmediği saptanırken, tedavi alan olguların ise allerjik riniti önemsemedikleri ve verilen tedavileri düzenli kullanmadıkları gözlenmiştir.

Astım kronik bir hastalık olmasına rağmen düzensiz tedavi alan veya doğru tedavi verilmeyen hastaların olduğu gözlenmektedir. Astım tanısı konulduğunda, geniş bir anamnezle birlikte astımın hastaya özel yönlerini saptamak, astımı tetikleyen faktörlerden hastayı uzaklaştırmak hastalığın daha kolay kontrol altına alınmasını sağlayacaktır.

Günümüzde astım tedavisinde en önemli kural eğitimidir. Hasta mutlaka hastalığını, ilaçlarını, bunları nasıl kullanacağını, nelerden kaçınacağını, ortaya çıkan bulgularda nasıl davranacağını, hastalığını nasıl izleyeceğini iyice öğrenmelidir. Bu nedenle hastalar düzenli takiplere çağrılmalı ve her seferinde eğitim üzerinde durulmalı ve hastanın tedaviye uyumu sağlanmalıdır. Astımda daha iyi sonuçlar almak ancak bu şekilde gerçekleştirilebilir.

## KAYNAKLAR

1. Kalyoncu AF. Ülkemizde Bronş Astım Epidemiyolojisi. In: Kalyoncu AF, ed. Bronş Astması. Ankara. 2001;1-14.
2. Burney P. Epidemiology and natural history of asthma In: Gibson GJ, Geddes DM, Costabel U, Sterk PJ, Corrin B, eds. Respiratory Medicine. 3rd eds. Saunders, 2003;1202-1203.

3. Kalyoncu AF. Epidemiyoloji. In: Kalyoncu AF, Türktaş H, eds. Ulusal verilerle astım. Ankara. 1999;8-20.
4. Unan M. Astım ilaçlarının ülkemizdeki kullanımı. Kalyoncu AF, ed. Bronş Astması. Ankara. 2001;201-217.
5. Statistical Yearbook of Directory of State Hospitals 1989 (publishing no: 539). Ministry of Health, Department of Therapy. Ankara. 1990;81-86.
6. Health Statistics 1994 (publishing no: 579). Ministry of Health, Research Planning and Coordination Council. Ankara. 1995;52.
7. Global initiative for asthma. National Asthma Education and Prevention Program. Expert Panel Report: Guidelines for the diagnosis and management of asthma. Update on selected topics. 2002;210-218.
8. Mansmann CH. Pediatric asthma allergy and immunology. National health, lung and blood institute. National asthma education program expert panel report. 1991;57-72.
9. Dağlı E, Başaran M, Hayran O, ve ark. Prevalence of asthma in two districts around İstanbul with different levels of air pollution. Annual Congress of ERS, Firenze, İtalya. 25-29 Eylül 1993. Eur Respir J 1993;6(Suppl 17):616s.
10. Skobeloff EM, Spivey WH, Clair SS, Schoffstall JM. The influence of age and sex on asthma. JAMA 1992;268:3437-3440.
11. Şentürk E, Çımrın A, Ellidokuz H ve ark. Astma polikliniğine başvuran hastaların genel özellikleri. Solunum 1998;9:13-23.
12. Canbakan SÖ, Çapan N, Ulubaş B ve ark. Bronş astmalı olguların klinik özellikleri. T Klin Allerji-Astım 2000;2:25-31.
13. Akkaya E, Türker H, Kosku M ve ark. Astım polikliniğimizde izlenen astmatik olguların özellikleri. Solunum 1990;15:723-729.
14. Yılmazkaya Y, Güneş F. Astımın epidemiyolojik görünümü. Solunum 1990;15:424-437.
15. Prescott E, Lange P, Vestbo J and Copenhagen City Heart Study Group. Effect of gender on hospital admission for asthma prevalence of self-reported asthma: A prospective study based on a sample of the general population. Thorax 1997;52:287-289.
16. Custovic A, Smith A, Woodcock A. Indoor allergens are a primary cause of asthma. Eur Respir Rev 1998;8:155-158.
17. Leung R, Ho P. Asthma, allergy and atopy in three South East Asian populations. Thorax 1994;49:1205-1210.
18. Baki A, Yıldırım A. Prevalences of respiratory allergic disease in school children aged 6-14 in Trabzon and some factors affecting them. XVIIth Congress of European Academy of Allergology and Clinical Immunology, 21-26 Haziran 1998, Birmingham, İngiltere. Allergy 1998;53(suppl.43);31 (P059).
19. Işık R, Topçu F, Yılmaz A ve ark. Astım ve/veya allerjik rinitli 60 olgunun değerlendirilmesi. VI. Ulusal Allerji ve Klinik İmmünoloji Kongresi, Ankara, 1996; Özet Kitabı, 32(ps 33)
20. Kalpaklıoğlu F, Emekçi M, Ferizli AG, Mısırlıgil Z. House dust mite fauna in Turkey. J Invest Allergol Clin Immunol 1997;76:578-582.
21. Solomon WR, Platts-Mills TAE. Aerobiology and inhalant allergens. In: Middleton E, Reed CE, Ellis EF, Adkinson NF, Yunginger JW, Busse WW, eds. Allergy, 5th edition. St Louis, Missouri: Mosby-Year Book Inc, 1998 Volume II;367-403.
22. Weber RW. Pollen identification. Ann Allergy Asthma Immunol 1998;80:141-147.
23. Suphioğlu C, Taylor P, Singh M, ve ark. Mechanism of grass pollen induced asthma. Lancet 1992;339:569-572.
24. Varga EM. Allerjenden kaçınma ve immünoterapi: Astım ve Etkili Tedavi Yaklaşımlarında Önemli İlerlemeler. G.Scadding, B.O'Concor, ed. 1998;37-43.
25. Yurdakoru S. Samsun ili havasındaki allerjenik polenler. Ankara Tıp Bülteni 1979;1:37-44.
26. Bıçakçı A, Akkaya A, Malyer H, ve ark. Airbone pollen grains of Isparta. Allergy 1997;52:55.
27. Bavbek S, Çelik G, Ediger D, ve ark. Severity and associated risk factors in adult asthma patients in Turkey. Ann Allergy Asthma Immunol 2000;85:134-139.
28. Öztürk U, Uzun A, Çamsarı G ve ark. Astım polikliniğimizde başvuran atopik olduğu düşünülen olguların klinik ve deri testi sonuçlarının değerlendirilmesi. Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği 20.Ulusal Kongresi, İstanbul 1992.Özet Kitabı:236-240.
29. Mygind N, Dahl R, Pederson S, ve ark. Allergens: Characteristics and determination. Essential allergy. 2nd eds Blackwell Science 1996;82-99.
30. Bousquet J. Allergic rhinitis and its impact on asthma, ARIA Workshop Report. J Allergy Clin Immunol 2001;108:5.
31. Demirel Y. Rinit ve astım ilişkisi. T Klin Allerji-Astım 2002;2: 65-68.
32. Jones R. The link between the nose and lung, perennial rhinitis and asthma-is it the same disease? Allergy1997;52(36Suppl):20-28.
33. Corren J. Allergic rhinitis and asthma: How important is the link? J Allergy Clin Immunol 1997;99:781-786.
34. Sampson AP. Drug-induced asthma: NSAIDs, beta-blockers, and ACE inhibitors. In:Holgate ST, Boushey HA, Fabbri LM eds. Difficult asthma. United Kingdom, Martin Dunitz Ltd. 1999:127.
35. Çelik G, Mungan D, Bavbek S, ve ark. The prevalence of allergic diseases and atopy in Ankara, Turkey. J Asthma 1999;36:281-290.