

ŞANLIURFA'DAKİ HEKİMLERİN TÜBERKÜLOZ TANI VE TEDAVİSİNE YAKLAŞIMLARI

Mehmet GENCER¹, Erkan CEYLAN¹, Ahmet BAYAT², Zafer Hasan Ali ŞAFAK²

¹ Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, ŞANLIURFA

² Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, ŞANLIURFA

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, Şanlıurfa'da çalışan hekimlerin tüberkülozun tanı ve tedavisine olan yaklaşımlarını belirlemeyi amaçladık.

Gereç ve yöntem: Çalışmamıza 143 pratisyen 44 uzman olmak üzere toplam 187 hekim alındı. Bu hekimlerden; 15 sorudan oluşan ve çoktan seçmeli anket formunu cevaplandırmaları istendi.

Bulgular: Tüberkülozda bulaşmanın solunum yoluyla olduğunu ifade edenlerin oranı %98.9 idi. Hekimlerin %56.8'i tüberküloz tanısının bakteriyolojik olarak koyulduğunu belirtti. Ankete katılan hekimlerin %33.9'u tüberküloz tanısının radyoloji ile konduğunu, %51'i takibin sadece radyoloji ile yapıldığını ve tedavi süresi olarak hekimlerin %38.5'i 6 ay, %44.9'si 9 ay olduğu yanıtlarını verdiler. İlaç kombinasyonu olarak en sıklıkla %19.7 oranında RIF+INH+SM tercih ediliyordu. Tedavi başarısızlığı olan olgularda hekimlerin %65.8'i tek ilaç ekleyeceklerini işaretlediler.

Sonuç: Tüberküloz tanı ve tedavisi konusunda hekimlerin önemli ölçüde bilgi eksikliği olduğu saptanmış olup buna yönelik çalışmaların yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: anket, hekim, tüberküloz

SUMMARY

Approaches of Physicians to the Diagnosis and Treatment of Tuberculosis in Sanliurfa

Objective: The aim of this study was to determine the approaches to diagnosis and treatment of tuberculosis of the physicians in Sanliurfa.

Material and method: The study group was consisted of 187 physicians with 44 specialists and 143 general practitioners. Data were obtained by a self administered questionnaire in 15 questions.

Results: The 98.9 percent of the participants reported respiratory route as transmission way of tuberculosis. While 56.8 percent of inquired physicians diagnosed tuberculosis by bacteriology, 33.9 percent of them diagnosed it with radiology. The 51 percent of the physicians reported that follow up of cases were made with radiology. Preferred therapy durations were 9 (44.9%) and 6 (38.5%) months. The most selected combination was INH+RIF+SM (19.7%). For the patients with treatment failure, 65.8 percent of the physicians decided to add a new drug to the regimen.

Conclusion: In conclusion, as insufficient knowledge of the doctors about tuberculosis diagnosis and therapy were determined, we think that education of physicians in Sanliurfa region concerning tuberculous is necessary.

Key words: physician, questionnaire, tuberculosis

Yazışma adresi: Mehmet GENCER, Yeni Şehir Mah. 8. Sokak Cemal Güllüoğlu Ap. Kat3, No:7 ŞANLIURFA

Tel: (0414) 313 99 97

e-mail: drmehmetgencer@yahoo.com

Alındığı tarih: 17.08.2006, revizyon sonrası alınma: 29.08.2006, kabul tarihi: 17.03.2007

GİRİŞ

Tüberküloz günümüzde halen tüm dünyada önemli bir halk sağlığı sorunudur. Tbc olgularının %95'i ve tüberküloza bağlı ölümlerin büyük çoğunluğu üçüncü dünya ülkelerindedir⁽¹⁾. Mycobacterium tuberculosis ile enfeksiyon sonrasında normal immuniteye sahip bireylerin yalnızca %5-10'unda tüberküloz hastalığı ortaya çıkmaktadır. Bununla birlikte M. tuberculosis, yeryüzünde en fazla ölüme yol açan mikroorganizma olarak bilinmektedir^(1,2).

Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerdeki tüberküloz hastalığının etkili bir şekilde kontrolünü sağlayabilmek için 3 temel kontrol stratejisi bulunmaktadır. Bunlar; enfekte olmayan kişilerin aşılınması, asemptomatik tüberküloz enfeksiyonunun kemoprofilaksisi ve tüberkülozlu hastaların saptanıp tedavi edilmesi ve sağlamların korunmasıdır (3,4).

Bu çalışmada, tüberküloz hastalığının kontrolüne yönelik olarak, hekimlerin tbc'nin tanı ve tedavisine olan yaklaşımlarını belirlemek amaçlandı.

GEREÇ VE YÖNTEM

2006 yılında Şanlıurfa'da bulunan pratisyen hekim, dahiliye, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı ve enfeksiyon hastalıkları uzmanı olan toplam 187 hekim çalışmaya alındı. Şanlıurfa il genelinde çalışan 380 pratisyen hekimden 143, 34 dahiliye uzmanından 18, 36 çocuk hekiminden 20'sine ulaşılabildi, 6 enfeksiyon hastalıkları uzmanının tümüne ulaşılarak anket uygulandı. Hekimler seçilirken tüberküloz tanısı ile karşılaşabilecek ve bu hastalara tedavi verebilecek hekim grupları olması göz önünde bulunduruldu. Göğüs hastalıkları, aile hekimi kliniği doktorları tarafından hekimlere rahat bir ortamda gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra yüz yüze görüşme yöntemi ile 15 sorudan oluşan ve çoktan seçmeli anket formunu cevaplandırmaları istendi. Ankete katılanların isimleri istenmedi, sadece çalıştığı merkezi belirtmesi istendi. Anket; tüberkülozun bulaşma yolları, kliniği, tanı ve tedavide en sık kullanılan yöntem, tüberkülozda kullanılan ilaç kombinasyonları ve tedavi süresi, gebelik ve çocukluk

çağında tüberküloz tedavisinde tercih edilecek ilaçlar, tedavi başarısızlığı durumunda izlenecek yol gibi sorulardan oluşuyordu. Anketten elde edilen sonuçlar daha sonra değerlendirmeye alındı.

İstatistiksel Yöntem

Elde edilen verilerin istatistiksel analizleri "SPSS 10.0 for Windows" paket programı kullanılarak yapıldı. χ^2 testi ve Mann-Whitney U testi ile gruplar arası karşılaştırmalar yapıldı.

BULGULAR

Ankete katılan hekimlerin 143'ü pratisyen, 44'ü uzman (20'si çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı, 18'i dahiliye uzmanı, 6'sı enfeksiyon hastalıkları uzmanı) hekim idi. Hekimlerin demografik verileri Tablo I'de gösterilmiştir. Hekimlerin sorulara verdikleri cevaplar yaş, çalışılan merkez ve uzman-pratisyen olmaları yönünden anlamlı fark göstermedi ($p>0.05$).

Tablo I: Hekimlerin demografik özellikleri

Ortalama yaş (yıl)	31.7±6
Erkek/Kadın (n)	156/31
Uzman/pratisyen (n)	143/44

Hekimlerin %98.9'u tüberkülozun solunum yolları ile bulaştığını belirtti. Tüberküloz kliniği sorulduğunda % 74.1 oranında öksürük, balgam, hemoptizi, iştahsızlık, zayıflama, terleme semptomlarının tümünün olabileceğini belirtilirken, %16.8 oranında hekim klinik olarak sadece öksürük ve balgam olduğunu söyledi.

Hekimlerin %56.8'i tüberküloz tanısının bakteriyolojik olarak, % 33.9'u ise radyoloji ile konulduğunu bildirdi (Tablo II). Burada uzman ve pratisyen hekimler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo III). Hekimlerin %38.5'i 6 aylık, %44.9'u 9 aylık tedavinin yeterli olduğu görüşü bildirdiler (Tablo IV).

Tablo II: Hekimlerin tüberküloz tanısı hakkındaki görüşleri

Tanı Yöntemi	Tercih sıklığı (%)
Bakteriyolojik	56.8
Radyolojik	33.9
Kan tetkikleri	0.5
PPD	6
Diğer	2.8

Tablo III: Uzman ve pratisyen hekimlerin verdikleri cevapların karşılaştırılması

Yöneltilen soru	Uzman (%)	Pratisyen (%)	p
Solunum yolu ile bulaşma	97.7	99.3	AD
Tbc'de görülen semptomlar (tümü)*	84.1	70.9	AD
Bakteriyolojik tanı	61.4	55.4	AD
Radyolojik tanı	34.1	33.8	AD
Yeni olgu akciğer tbc'de 6 aylık tedavi	38.6	38.5	AD
Yeni olgu akciğer tbc'de 9 aylık tedavi	52.3	42.7	AD
Tedavi başarısızlığında tek ilaç eklemeyi önerenler**	63.6	66.4	AD
Gebe tbc'de SM hariç diğer ajanlarla tedavi	21.2	31.6	AD

AD:p>0,05

* Semptomların tümü= Öksürük, balgam, hemoptizi, iştahsızlık, kilo kaybı, terleme.

**Tedavi başarısızlığı= Tedavinin 5. ayı sonunda basil müspet olan olgu.

Tablo IV: Hekimlerin tüberküloz tedavi süresi hakkındaki görüşleri*

Süre (ay)	Sıklık (%)
4	5
6	37.2
9	44.8
12	13

*INH: İzonyazid, RIF: Rifampisin, EMB: Etambutol,

MPZ: Morfazonamid, SM: Streptomisin.

Kombinasyon olarak hekimler %19.7 ile en sık INH+RIF+SM, %14 ile ikinci sıklıkta RIF+ MPZ+ EMB+ INH kombinasyonunu tercih ediyordu (Tablo V). Çocuk hastalıkları uzmanları en sık (%60) INH+RIF+MPZ kombinasyonunu tercih ediyordu. Tedavi başarısızlığı olan olgularda hekimlerin %65.8'i tek ilaç ekleyeceğini, %23.4'ü ise hastayı ileri bir merkeze sevk edeceklerini belirttiler. Gebelikte görülen tüberküloz için, hekimler % 9.6 oranında tedavi için doğum sonrasının beklenmesi gerektiğini, % 60.8'i INH+RIF ile tedavi edilmesi gerektiğini, %29.5'i ise streptomisin hariç bütün ilaçların kullanılabileceğini belirtti.

Tablo V: Tüberküloz tedavisinde başlanan ilaçlar

İlaç Kombinasyonu	Tercih Sıklığı (%)
INH+RIF+SM	19.7
INH+RIF+SM+EMB	10.2
INH+RIF+EMB	11.2
INH+RIF+MPZ	12.2
INH+RIF+MPZ+SM	10.6
INH+RIF+MPZ+EMB	14.7
INH+RIF	7.4

TARTIŞMA

Son yıllarda artan HIV ve iatrojenik immünsupresyon nedeniyle artış gösteren tüberküloz dünyada enfeksiyon kaynaklı ölüm nedenleri arasında başta gelmektedir. Tanı ve tedavi aşamasındaki zorluklar; ülkelerin yanlış veya yetersiz tüberküloz politikaları yanında hasta uyumsuzluğu önemli yer tutmaktadır. Ancak burada hekim kaynaklı hata ve eksiklerin de tüberkülozun kontrol ve tedavisindeki başarısızlıkta, hatta MDR (çok ilaca dirençli) tüberküloz olgularının artmasında önemli payının olduğu bilinmektedir^(4,5).

Tüberkülozun kesin tanısı bakteriyolojiktir. Radyoloji, klinik, PPD tanıda yardımcı tanı yöntemleri olup yalnızca radyoloji ile tanı konulamaz^(1,4). Cirit ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; Afyon ilindeki hekimlerin % 75'i bakteriyolojik olarak tanı gerekliliğini belirtmiştir⁽⁵⁾. Ülkemizdeki hastaların yaklaşık yarısını yansıtan bir çalışmada, yeni akciğer tüberküloz olgularının %25.8'inde tanıda mikroskopi yapılmamıştır⁽⁶⁾. Bizim çalışmamızda hekimlerin % 33.9'u tüberküloz tanısının radyoloji ile konulduğunu, % 56.8'i bakteriyolojik olarak konulduğunu bildirmiştir. Bu sonuçlar; tüberküloz ile ilgili olarak önemli bir bilgi eksikliğinin hekimler arasında devam ettiğini göstermektedir ve bu eksiklik ilimiz hekimlerinde daha yüksek oranda görülmektedir. Hatta % 6 hekimin PPD ile tanı konulabileceğini bildirmesi önemli bir bilgi eksikliğini göstermektedir. Yine tüberküloz takibinin bakteriyolojik olması gerekirken çalışmamızdaki hekimlerin ancak %40.2'si bakteriyolojik takip olması gerektiğini belirtmiştir.

Ülkemizde olduğu gibi; INH direnci %4'ten yüksek olan yerlerde başlangıç döneminde dört ilaç, idame döneminde en az iki ilaç kullanılmalıdır^(3,7). Çalışmamızda hekimlerin en sık INH+RIF+ SM'den oluşan 3'lü ilaç kombinasyonunu tercih ettikleri görülmüştür (Tablo V). Bu sonuçlardan, ilaç kombinasyonlarının hekimler tarafından yeterli sayıda ve doğru ilaçlarla düzenlenemeyeceğini göstermektedir. Dahiliye ve çocuk hastalıkları uzmanları ayrı olarak değerlendirildiğinde erişkin ve çocuk tüberküloz tedavi prensiplerine uygunluk yönünden daha uygun kombinasyonları tercih ettikleri saptandı.

Hekimlerin %37.2'si 6 ay, %44.8'i 9 ay, %13'ü 12 ay tedavi verilmesi gerektiğini belirtti. Buradan da hekimlerin tüberküloz tedavi süresini uzatmaya

eğilimli oldukları söylenebilir. Tedavi süreleri açısından, uzman ve pratisyen hekimler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$). Karadeniz bölgesindeki hekimler üzerinde yapılan bir çalışmada da hekimlerin tüberküloz konusunda önemli bilgi eksiklikleri olduğu ve bunun pratisyen hekimler ile uzman hekimler arasında farklılık göstermediği saptanmıştır⁽⁸⁾. Çalışmamızda uzman hekimlerin %52.3'ünün yeni olgu akciğer tüberkülozunun 9 ay süreyle tedavi edilmesi gerektiğini söylemesi, tüberküloz ile ilgili yeni bilgi ve uygulamalar konusunda da bilgi eksikliği bulunduğunu düşündürmektedir.

Çocuklarda görülen tüberküloz 6 aylık INH+RIF tedavisine ilk 2 ay MPZ eklenmesi ile tedavi edilmektedir. Eğer primer direnç riskinde artış var ise bu tedaviye EMB'de eklenebilmektedir⁽⁹⁾. Çocuk tüberkülozunda hekimlerin % 81.3'ü INH'in tedavide mutlak olması gerektiğini belirtirken RIF olması gerektiğini söyleyenlerde bu oran %77.5 saptandı. Tüberküloz tedavisinin temeli olan bu iki ilaç hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları görülmektedir.

Gebelikte görülen tüberküloz hastalığında, hamile kadınlara standart tedavi verilmelidir. Yalnızca SM ve diğer aminoglikozidler fetusa ototoksik olduğundan kullanılmasından kaçınılmalıdır⁽¹⁰⁾. Ancak çalışmamızda hekimlerin % 29.5'i SM hariç standard tedavinin verilebileceğini, büyük çoğunluk (%60.8) ise sadece INH+RIF ikilisinin verilebileceğini belirtti. Bununla birlikte hekimlerin %9.6'sı tedavi için doğum sonrasının beklenilmesi gerektiğini bildirdiler.

Tüberküloz tedavisinin 5. ayın sonunda tedaviye yanıt alınamayan (balgamda basil müsbet olan) olgularda tedavi başarısızlığından söz edilir⁽⁴⁾. Böyle bir durumda tedaviye tek bir ilaç eklemek yanlıştır. Tedavi başarısızlığı olan olgularda; çalışmamıza katılan hekimlerin %65.8'i tek ilaç ekleyeceğini belirtirken, %23.4'ü hastayı ileri bir merkeze sevk edeceğini belirtti. Pratisyen hekimlerin %66.4'ü , uzman hekimlerin %63.6'sı tek ilaç eklemeyi uygun görmüştür ($p>0.05$). Böyle bir durumun dirençli tüberküloz gelişimine yol açabileceği unutulmamalıdır⁽¹¹⁾.

Sonuç olarak; hekimlerin tüberkülozun tanı ve

tedavisi ile ilgili önemli eksiklikleri olduğu görülmektedir. Özellikle zor ve karmaşık tüberküloz vakaları ile karşılaştığımız günümüzde en azından hekim hatalarından kaynaklanan zorluğun üstesinden gelebilmek için tüberküloz eğitim programlarının önemini ve bunun sürekli olması gerektiğini düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Gülesen Ö. Tüberküloz epidemiyolojisi. In: Özyardımcı N, ed. Akciğer ve akciğer dışı organ tüberkülozları. Bursa; 1999: 33-50.
2. Dolin PJ, Raviglione MC, Kochi A. Global tuberculosis incidence and mortality during 1990-2000. Bull World Health Organ 1994; 72: 213-20.
3. Türkiye'de Tüberkülozun Kontrolü İçin Başvuru Kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı Verem Savaş Daire Başkanlığı. Ankara: 2003.
4. Squire SB. Tuberculosis control programmes: developing countries. In: Wilson R, ed. Tuberculosis. European Respiratory Monograph, Monograph:41997; 116-44.
5. Cirit M, Orman A, Ünlü M. Afyon ilindeki hekimlerin tüberküloz tanı ve tedavisine yaklaşımları. Toraks Derg 2003; 4: 133-37.
6. Özkara Ş, Kılıçaslan Z, Öztürk F, Seymenoğlu, Erdoğan AR, Tellioğlu C, ve ark. Bölge verileriyle Türkiye'de tüberküloz. Toraks Derg 2002; 3: 178-87.
7. World Health Organisation. Treatment of tuberculosis. Guidelines for national programmes. Geneva 1993.
8. Bülbül Y, Özlü T. Doğu Karadeniz Bölgesindeki hekimlerin tüberküloz tedavi yaklaşımları. Solunum Hastalıkları 1998; 9: 485-92.
9. Scheinmann P, Refabert L, Delacourt C, Bourgeois M, Le Bourgeois M, Paupe J, et al. Pediatric tuberculosis. In: Wilson R. Tuberculosis. European Respiratory Monograph. Vol:2, Monograph:4, 1997; 144-47.
10. Ormerod LP. Chemotherapy of tuberculosis. In Wilson R. Tuberculosis. European Respiratory Monograph. Vol:2, Monograph:4, 1997; 273-97.
11. Çalışır HC, Ulukavak T, Türker G, Özkara Ş, Öğretensoy M. Tüberkülozda "tedavi başarısızlığına" neden olan olası etkenler. Solunum Hastalıkları 1997;8:225-33.