

HEKİMLERİN STROK İLE İLGİLİ GÖRÜŞ VE YAKLAŞIMLARI

Gazi ÖZDEMİR, Cemil ÖTKER, A. Özcan ÖZDEMİR, Demet GÜCÜYENER

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji AD ve Servier İlaç

ÖZET

Amaç: Çalışmada amaç Nöroloji, İç Hastalıkları ve Kardiyoloji Uzmanları ile Pratisyen hekimlerin Strok ile ilgili genel bilgileri yanında hastaya yaklaşımlarını da değerlendirmektir.

Gereç ve yöntem: Bu amaçla 87'si Nörolog, 124'ü İç Hastalıkları Uzmanı, 72'si Kardiyolog toplam 283 uzman hekim ile 254'ü Pratisyen hekim toplam 537 hekime anket formu şeklinde hazırlanmış strok ile doğrudan veya dolaylı olarak ilgili ve genel bilgileri içeren sorular yöneltilmiştir. Uzmanlar ve pratisyenler için hazırlanan anket formunda 33 soru bulunmaktadır. Sorulardan 20 ve 21 nci sorular sadece uzmanlara yöneltilmiş, pratisyenlere sorulmamıştır.

Bulgular: Gerek uzmanlar ve gerekse pratisyenler, strokun sosyo-ekonomik önemi, subtiplerinin rastlanma oranları, TIA'lı hastaların önemsenip profilaktik girişimlere alınması, acil dönemde EKG, BT veya MR, ECHO kardiyografi, karotis doppler ultrason, glukoz tayini ve lipidlerin incelenmesi isteğinde bulunmaları, akut ve kronik dönemde tedavi edici hekimin kim olması, hipertansiyonun tedavi gerekliliği, iskemik ve hemorajik strok sekonder profilaksisinde uygulanacak tedavi seçenekleri, diyet ve sigarayı bırakmaya yönelik girişimlerde verdikleri yanıtlar bazen birbirine yakın, bazen de farklı oranlarda bulunmuştur.

Sonuç: Çalışma sonunda gerek strok hastalarının, gerek uzmanların ve gerekse pratisyenlerin strok hakkında eğitilmeleri gerektiği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Sözcükler: strok, uzman ve pratisyen, anket

WHAT DO SPECIALISTS AND PRACTITIONERS THINKING ABOUT STROKE PATIENTS?

Purpose: The aim of this study is to assess the approachments of specialists of neurology, cardiology, internal medicine and general practitioners besides their knowledge about stroke.

Material and methods: The inquiry including 33 direct or indirect general queries about stroke was applied total 537 physicians as 283 specialist (87 neurolog, 124 internist, 72 cardiolog) and 254 general practitioners.

Results: The answers that the both groups gave to questions like importance of stroke in social-economic area, ratio of subtypes of stroke, prophylaxis against to transient ischemic attack, electrocardiography, computerized tomography or magnetic resonance, Doppler ultrasonography investigations in acute state, levels of glucose and lipid, who to treat the stroke patients, treatment of hypertension, options of treatment in ischemia and haemorrhage, diet and smoking were found differently.

Conclusions: We conclude that either physicians or stroke patients should educate to stroke process.

Key words: Stroke, specialist, practitioners, and inquiry

GİRİŞ

Strok, önceki yıllarda ülkemizde olduğu gibi tüm Dünya'da kalp hastalıkları ve kanserden sonra üçüncü ölüm nedeni iken, son yıllarda ise ikinci ölüm nedeni olduğu anlaşılmıştır. Kişinin sakat olarak yaşamını devam ettiren hastalıklar içinde ise ilk sırada yer alması ile de strok, önemli sosyo-ekonomik bir problemdir. Yirminci asrın başlarında ve Dünya savaşlarından önce tüm ülkelerde 60 yaş sonrası yaşayan insanların sayısı genç nüfusa göre daha az iken son yıllarda uygulanan doğum kontrol yöntemleri, sağlık olanakları ile tanı ve tedavi yöntemlerindeki hızlı gelişmeler ve emekliliğe yönelik iyileştirmeler yaşlı nüfusun gittikçe artışına yol açmıştır. Yapılan hesaplamalara göre 2050 yılında tüm Dünyada

60 yaşın üstündeki insan sayısı genç sayısından daha fazla olacaktır. Strok, özellikle 60 yaşın üzerindeki insanlarda en sık rastlanan hastalık olduğuna göre hangi konum ve uzmanlıkta olursa olsun tüm hekimlerin strok konusunda yeterli bilgi düzeyinde olması gerekmektedir. Strok hastası akut dönemde ya doğrudan bir pratisyen hekime gitmekte veya daha önce kendisinde bulunan hipertansiyon, diyabet veya kalp hastalığı nedeniyle devam etmekte olduğu bir iç hastalıkları uzmanına, bir kardiyologa veya bir nöroloji uzmanına gitmektedir. Bu nedenle bu çalışma ile dört tip hekimin strok konusundaki bilgi ve yaklaşımlarının ne olduğu ve elde edilecek sonuçların hekim eğitimine nasıl uyarlanması gerektiğinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER:

Hekim grubu olarak 87'si Nörolog, 124'ü İç Hastalıkları Uzmanı ve 72'si Kardiyolog olan toplam 283 uzman ile 254'ü Pratisyen olmak üzere toplam 537 hekime, anket formu şeklinde hazırlanmış strok ile doğrudan veya dolaylı olarak ilgili ve genel bilgileri içeren sorular yöneltilmiştir. Hazırlanan anket formunda 33 soru bulunmaktadır (Tablo-I). Bu sorulardan 20 ve 21 nci sorular sadece uzmanlara yöneltilmiş, pratisyenlere sorulmamıştır. İstatistiki veriler için t testi kullanılmıştır.

Tablo-1: Anket soruları

1. İkinci ölüm nedeni strok'tur. Doğru/Yanlış işaretleyiniz.
2. Sakatlığın en sık rastlanan ilk nedeni strok'tur. Doğru/Yanlış işaretleyiniz
3. İskemik veya hemorajik en sık hangi strok tipi ile karşılaşıyorsunuz ?
4. Sizce strok için 3 ana risk faktörü nedir ?
5. İskemik strok'un en sık 3 nedenini yazınız.
6. İlk 30 gün içinde strok'un mortalitesi hangi oranlardadır (%35%25, %15, %10) ?
7. Strok, demansın en sık ikinci nedenidir. Doğru / Yanlış işaretleyiniz.
8. Bir ayda kaç strok hastası ile karşılaşıyorsunuz?
9. TIA'lı hastalarınızı tanusal amaçla incelemek üzere izliyor musunuz ?
10. Strok'lu hastalar ilgili uzmana yönlendiriliyorlar mı ?
11. Strok'lu hastayı kronik takibi için hangi uzmana yönlendiriyorsunuz?
12. Strok'lu hastalar hastaneye hangi süre içinde geliyorlar?
13. Strok'lu hastalarınızın hastanede ortalama yatış süreleri ne kadardır ?
14. İskemik veya hemorajik oluşuna göre strok'lu hastalarınıza akut dönemde hangi incelemeleri istiyorsunuz ? (EKG, BT, MR, ECHO kardiyografi, ambulatuar kan basıncı monitizasyonu, Karotis doppler, Holter EKG, kan glikozu, lipitler, tam kan sayımı).
15. Strok tiplerini ayırmak için hangi tetkiklerden yararlanıyorsunuz? (BT, klinik muayene).
16. Strok'un akut fazında hipertansiyonu tedavi ediyor musunuz? Evet/Hayır
17. Strok sonrası antihipertansif tedaviyi hangi hekim başlatmakta?
18. Strok'lu hasta taburcu olduktan sonra da hipertansiyonu tedaviye devam ediyor musunuz? Evet/Hayır
19. İskemik strok'tan sonra sekonder profilaksi için hangi girişimleri yapıyorsunuz? (Antiplatelet, antikoagulan, lipit düşürücü, sigarayı kesme, diyet önerileri, egzersiz yapma).
20. Hemorajik strok'tan sonra sekonder profilaksi için hangi girişimleri yapıyorsunuz? (Antiplatelet, antikoagulan, lipit düşürücü, sigarayı kesme, diyet önerileri, egzersiz yapma) (Sadece uzmanlara soruldu)
21. Kardiyembolik strok'tan sonra sekonder profilaksi için hangi girişimleri yapıyorsunuz? (Antiplatelet, antikoagulan, lipit düşürücü, sigarayı kesme, diyet önerileri, egzersiz yapma) (Sadece uzmanlara soruldu)
22. Sekonder profilakside antihipertansiflerden tercih ettiğiniz ilaç gruplarını sıralayınız.
23. Antipertansif ilaca sistolik kan basıncı kaç olunca başlıyorsunuz? (>180, >160, >140, >120 mmHg, düşürülmemeli).
24. Antipertansif ilaca diastolik kan basıncı kaç olunca başlıyorsunuz? (>120, >110, >100, >90, >80 mmHg, düşürülmemeli).
25. Hasta hem diyabetik, hem de hipertansif ise antipertansif ilaca sistolik kan basıncı kaç olunca başlıyorsunuz? (>180, >160, >140, >120 mmHg, düşürülmemeli).
26. Hasta hem diyabetik, hem de hipertansif ise antipertansif ilaca diastolik kan basıncı kaç olunca başlıyorsunuz? (>120, >110, >100, >90, >80 mmHg, düşürülmemeli).
27. Strok rekürrensi en sık hangi süre içinde olmaktadır? İlk 3 ayda, 3-6 ay, 6-12 ay arasında, 12 aydan sonra.
28. İlk strok'tan sonraki 5 yıl içinde ikinci strok riski sizce hangi orandadır? (%10, %20, %30, %40).
29. Strok'tan sonra kan basıncının regüle edilmesi şu seçeneklerden hangisine/lerine yarar sağlar? Nüks oranını azaltır/Mortaliteyi azaltır/Kardiyovasküler hastalık oluşumunu azaltır/pek yararı yoktur).
30. Strok'tan sonra rehabilitasyona ne zaman başlıyorsunuz? Hemen/5 gün sonra/15 gün sonra/mümkün olduğunca geç).
31. Ülkemiz insanları strok konusunda a) Daha fazla eğitilmelidir, b) Yeterince bilgilendirilmiştir
32. Strok tedavisi ile ilgili kılavuz ve bilgilere kolayca ulaşabiliyor musunuz? Evet/Hayır
33. Strok ile ilgili bilgi kaynaklarınız nelerdir?

BULGULAR

Tüm Dünyada olduğu gibi ülkemizde de strok'un ölümün en sık ikinci nedeni olduğunu tüm uzmanların %86'sı onaylarken, pratisyenler bu varsayımı % 77 olarak görmektedir.

Strok, sakatlığın en sık sebebidir diyen tüm uzmanların oranı %61 iken aynı kanıda olan pratisyen yüzdesi % 54 olmuştur.

Klinik pratik uygulamaları sırasında strok subtiplerine göre, nörologlar dahil tüm uzmanlar % 71 oranında iskemik strok, % 9 oranında hemorajik strok ve % 20 oranında her iki tip ile eşit oranlarda karşılaştığını belirtirken, pratisyenler % 60 iskemik, % 19 hemorajik strok ve % 21 oranında ise her ikisinden eşit karşılaşma belirtmişlerdir (Tablo-2). Pratisyen hekimlerin strok subtiplerinden hemorajilere rastlanma oranları uzmanlara göre daha yüksek olmuş ve bu değer istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur (p=0.048).

Tablo-2: Ölüm ve sakatlık nedeni sıralamasında strok ve subtipleri

Sorular	Tüm uzmanlar %	Pratisyen	p
Strok 2. ölüm nedenidir	85	77	P=0.073
Strok sakatlığın en sık nedenidir	61	54	
Strok subtipleri			
İskemik	71	60	
Hemorajik	9	19	P=0.048
Her ikisi eşit	20	21	

Tüm uzmanların % 55'i strok mortalitesinin %15-25 oranlarında olduğunu belirtirken, %20'si bu oranı % 35 olarak ön görmüşlerdir. Geri kalan uzmanların mortalite oranına ilişkin görüşleri ise %10 oranında olmuştur.

Strok, uzmanlarca % 62 oranında demansın en sık ikinci nedeni olarak görülürken, pratisyenlerce bu oran % 51 olarak bildirilmiştir (p=0.24).

Bir ay içinde 1-3 strok'lu hasta ile karşılaşan Nörolog oranı % 2, İç Hastalıkları Uzmanı %33, Kardiyolog oranı %45, pratisyen oranı % 64, 4-6 hasta ile karşılaşan Nörolog oranı % 10, İç Hastalıkları Uzmanı oranı % 23, Kardiyolog oranı % 23, pratisyen oranı % 15; 7-9 hasta ile karşılaşan Nörolog oranı % 20, İç Hastalıkları Uzmanı oranı %

13, Kardiyolog oranı % 15, pratisyen oranı % 4, 10 ve üzeri hasta ile karşılaşan Nörolog oranı % 68, İç Hastalıkları Uzmanı oranı % 29, Kardiyolog oranı % 17, pratisyen oranı ise % 9 olmuştur (Tablo-3).

Tablo-3: Bir ayda görülen strok'lu hasta sayısına göre hekimlerin dağılımı.

Sayı	Nörolog	İç Hastalıkları	Kardiyolog	Pratisyen
1-3	2	33	45	64
4-6	10	23	23	15
7-9	20	13	15	4
10≤	68	29	17	9

Yakın zamandaki geçici iskemik ataklı (TIA) hastaları tanısal amaçlı inceleme için takip eden uzman oranı % 60, pratisyen oranı % 26'dır (p=0.028). Uzmanlar bu hastaları % 26 oranında öncelikli ayaktan hasta olarak, % 21 oranında ise acil kabul edip takip ettiklerini, pratisyenler ise % 12 oranında öncelikli ayaktan hasta olarak, % 11 rutin ayaktan hasta olarak takip ettiklerini bildirmişlerdir.

Strok rekürrensi ilk strok'tan sonraki hangi dilimde en yüksektir sorusuna uzmanların % 42'si ilk 3 ayda, % 26'sı 3-6 ay arasında, % 19'u 6-12 ay arasında ve % 4'ü 1 yıldan sonraki dönemde olarak cevap vermişlerdir. Pratisyenlerin ise % 43'ü ilk 3 ayda, % 29'u 3-6 ay arasında, % 13'ü 6-12 ay arasında ve % 3'ü 1 yıldan sonraki dönemde olarak cevap vermişlerdir.

Strok'tan sonraki 5 yıl içinde sekonder strok riskini uzmanların % 35'i % 30, %26'sı %40, %21'i %20 olarak, pratisyenlerin %30'u % 30, %26'sı %40, %20'si %20 olarak değerlendirmişlerdir.

İskemik strok'un en sık üç nedeni olarak ateroskleroz, kalp hastalığı ve eski iskemik strok gerek tüm uzmanlar, gerekse pratisyenler tarafından aynı sıralamada yanıtlanmış olmakla beraber; ateroskleroz tüm uzmanlarca % 98, pratisyenlerce % 72, kardiyembolik kaynaklar (atrial fibrilasyon gibi) tüm uzmanlarca % 91, pratisyenlerce % 28 oranında sorumlu tutulmuştur. Üçüncü strok nedeni olarak eski strok tüm uzmanların % 50'i, pratisyenlerin ise sadece %8'i tarafından belirtilmiştir (Tablo-4).

Tablo-4: Strok nedenleri

Nedenler	Tüm uzmanlar	Pratisyenler
Ateroskleroz	98	72
Kalp hastalığı	91	28
Eski strok	50	8

Strok için ilk üç risk faktörünün sıralamasına olan yanıt bakıldığında nörologların hepsi, diğer uzmanların (İç hastalıkları ve kardiyologlar) ve pratisyenlerin ise % 96'sı hipertansiyonu ilk sırada gösterirken, diyabet, nörologların %92'si, diğer uzmanların %83'ü tarafından, pratisyenlerin ise %58'i tarafından ikinci, geçici iskemik atak ise %61 oranında nörologlar, %53 oranında diğer uzmanlar ve %65 oranında pratisyenler tarafından üçüncü sırada belirtilmiştir (Tablo-5)

Tablo-5: Strok'ta major risk faktörleri ve yanıtlar

Risk faktörleri	Nörologlar %	Diğer uzmanlar %	Pratisyenler %
Hipertansiyon	100	96	96
Diyabet	92	83	58
Öyküde TIA	61	53	64

Strok'lu hastaların hastaneye veya ilk basamak bir sağlık kuruluşuna müracaatı halinde takip için başka bir hekime uzmanlar tarafından yönlendirilme oranı % 60 iken, pratisyenler tarafından yönlendirilme oranı % 87'dir.

Deneyimlerine göre hastaların çoğunun hastaneye strok'tan ne kadar süre sonra müracaat ettiği sorulduğunda tüm uzmanlar % 31 oranında ilk 6 saat içinde, % 27 oranında ilk 3 saat içinde, % 22 oranında ilk 12 saat içinde şeklinde yanıt verirken, pratisyenler % 41 oranında ilk 3 saat içinde, % 33 oranında ilk 6 saat içinde, % 13 oranında ise ilk 12 saat içinde şeklinde yanıt vermişlerdir.

İskemik strok'ta akut fazda tetkik olarak EKG isteyen uzmanların oranı %89 iken pratisyenlerin oranı %75, hemorajik strok'ta EKG isteyen uzmanların oranı % 61, pratisyenlerin oranı ise %46 olarak bulunmuştur. İskemik strok'ta bilgisayarlı tomografi (BT) isteyen uzman oranı % 70, pratisyenlerin oranı ise %55, hemorajik strok'ta BT isteyen uzmanların oranı %74, pratisyenlerin oranı %62'dir. İskemik strok'ta MRI isteyen uzman

oranı %43 iken, pratisyen oranı %38, hemorajik strok'ta MRI isteyen uzman oranı % 23 iken, pratisyenlerde bu oran % 37 olmuştur. İskemik strok'ta ekokardiografi isteyen uzman oranı % 62, pratisyenlerde % 44; hemorajik strok'ta ekokardiografi isteyen uzman oranı % 23, pratisyenlerde % 20'dir. İskemik strok'ta ambulatuar kan basıncı monitorizasyonu isteyen uzman oranı % 39, pratisyen oranı % 36, hemorajik strok'ta aynı tetkiki isteyen uzman oranı % 50, pratisyen oranı % 45'tir. İskemik strok'ta karotid doppler isteyen uzman oranı % 57, pratisyen oranı % 27, hemorajik strok'ta bu tetkiki isteyen uzman oranı % 11, pratisyen oranı % 18'dir. İskemik strok'ta holter EKG isteyen uzman oranı % 28, pratisyen oranı % 23, hemorajik strok'ta bu tetkiki isteyen uzman oranı % 6, pratisyen oranı % 12'dir. İskemik strok'ta kan glikoz tayini isteyen uzman oranı % 77, pratisyen oranı % 65 iken, hemorajik strok'ta bu tetkik uzmanlarca % 67, pratisyenlerce % 58 oranında istenmektedir. İskemik strok'ta biyokimya incelemelerinden TG, LDL, tam kan sayımı isteyen uzman oranı % 81, pratisyen oranı % 74 iken, hemorajik strok'ta aynı tetkikler uzmanlar ve pratisyenlerce % 71 oranlarında talep edilmektedir.

Klinik pratiklerinde serebral infarkt ile serebral hemorajiyi bilgisayarlı tomografi ile ayırt eden uzman oranı % 72, pratisyen oranı % 63, klinik öykü ile ayırt eden uzman oranı % 20, pratisyen oranı % 24, fizik muayene ile ayırt eden uzman oranı % 14, pratisyen oranı % 15 olmuştur.

Strok'un akut fazında hipertansiyonu tedavi eden ve tedavi edilmesi gerektiğine inanan tüm uzmanların oranı % 68, pratisyenlerin oranı ise % 56'dır (P=0.08).

Strok sonrası antihipertansif tedaviyi genellikle kim başlatır sorusuna Nörologların % 80'i kendilerinin tedavi ettiklerini belirtirken, % 18'i kardiyologa göndermiş, % 2'si ise pratisyenin tedavi edebileceğini açıklamıştır. İç hastalıkları uzmanları % 50 oranında nörolog, % 37 oranında kardiyolog ve % 8 oranında kendileri yanıtını verirken, kardiyologlar %37 oranında nörolog, %59 oranında bu tedaviyi kendilerinin yapacağını belirtmiştir. Pratisyenler % 63 oranında nörolog, % 31 oranında kardiyolog yanıtını vermişlerdir. İç hastalıkları uzmanları bu tedaviyi % 5 oranında pratisyen hekimlerin başlatabileceğini düşünürken, pratisyen hekimler % 7 oranında tedaviye kendilerinin başlayabileceğini düşünmektedirler (Tablo-6).

Tablo-6: Antihipertansif tedaviye kim başlamalı

Tedavi edecek hekim	Nörolog	İç Hast. Uzm.	Kardiyolog	Pratisyen
Nörolog	80	50	37	63
Kardiyolog	18	37	59	30
İç Hast. Uzm.	0	8	0	0
Pratisyen	2	5	4	7

Strok sonrasında hastanede tedavi edilen hastaların ortalama yatış süresi tüm uzmanlarca % 63 oranında 1-2 hafta, % 19 oranında 3-4 hafta olarak tanımlanırken, pratisyenlerce % 56 oranında 1-2 hafta, % 14 oranında 3-4 hafta olarak belirtilmiştir.

İç hastalıkları uzmanları strok'lu hastaları kronik takip için % 81 oranında bir nörologa, % 8 oranında kardiyologa sevk ederken, % 11 oranında hekim ise başka bir hekime sevk etmeyip kendi tedavi etmektedir. Pratisyenler aynı tür hastaları % 85 oranında bir nörologa, % 12 oranında kardiyologa, % 11 oranında da İç hastalıkları uzmanına sevk etmektedir.

Strok'lu bir hastanın hipertansiyonunu taburcu olduktan sonra da genellikle tedavi eden uzman oranı % 95 iken, pratisyen oranı % 86 olmuştur. Bu oranlar uzmanlar lehine istatistiksel yöden anlamlı bulunmuştur (P=0.034).

İskemik strok'lu hastalarda ikincil koruma için antiplatelet tedavisini tüm uzmanların % 76'i daima, %21'i ise sıkça kullanmaktadır. Bu tedavi pratisyenler tarafından %51 oranında daima, % 25 oranında ise sıkça kullanılmaktadır. Uzmanlar antikoagülan tedaviyi % 41 oranında bazen, % 25 oranında daima ve % 24 oranında sıkça kullanmaktadır. Pratisyenler antikoagulan tedaviyi daima uzmanlara bırakmakta ve hiç kullanmamaktadırlar. Uzmanlar lipid düşürücü tedaviyi % 49 daima, % 39 sıkça ve % 12 bazen kullanmaktadır. Bu tedavi pratisyenler tarafından ise %58 daima, % 28 sıkça uygulanmaktadır. Uzmanlar sigarayı bırakma tavsiyesinde % 82 daima, % 17 sıkça bulunmaktadır. Pratisyenler ise %81 daima, % 11 sıkça bu tavsiyede bulunmaktadır. Uzmanlar % 78 daima, %19 sıkça diyet tavsiyesinde bulunurken, pratisyenler bu öneriyi %63 daima, % 29 sıkça yapmaktadırlar. Uzmanlar % 61 daima, %26 sıkça düzenli egzersiz önerisinde bulunmakta, pratisyenler ise % 53 daima, % 29 sıkça bu öneride bulunmaktadır (Tablo-7).

Tablo-7: İskemik strokta ikincil koruma girişimleri

Öneri	Tüm Uzmanlar			Pratisyen		
	Daima	Sıkça	Bazen/Hiç	Daima	Sıkça	Bazen/Hiç
Antiplatelet	76	21	3	51	25	24
Antikoagulan	25	24	41	0	0	0
Antilipid	49	39	12	58	28	14
Sigarayı bırakma	82	17	1	81	11	8
Diyet	78	19	3	63	29	8
Egzersiz	61	26	13	53	29	18

Hemorajik strok'lu hastalarda ikincil koruma için hangi önerilerde bulunur ve hangi tedavileri kullanırsınız sorusu yalnız uzmanlara sorulmuştur. Uzmanların % 50'si antiplatelet tedavisi kullanmamakta, % 26'sı daima, % 24'ü ise sıkça kullanmaktadır. % 78'i antikoagulan tedavi kullanmamakta, % 13'ü daima, % 9'u sıkça kullanmakta, lipid düşürücü ilaçları % 50'si daima, % 25'i sıkça kullanmaktadır. Sigara bırakmayı % 72'si daima, % 16'sı sıkça, diyet yapmayı % 68'i daima, % 21'i sıkça, düzenli ve uygun bir egzersizi % 47'si daima, % 19'u sıkça önermektedirler (Tablo-8).

Tablo-8: Hemorajik strok'ta ikincil korunma girişimleri

Öneri	Tüm Uzmanlar		
	Daima	Sıkça	Bazen/Hiç
Antiplatelet	26	24	50
Antikoagulan	13	9	78
Antilipid	50	25	25
Sigarayı bırakma	72	16	12
Diyet	68	21	11
Egzersiz	47	19	34

Kardiyoembolik nedenlerden kaynaklanan iskemik strok'ta genellikle hangi koruyucu ajan reçetelenmektedir sorusu sadece uzmanlara yöneltilmiştir. Bu soruya uzman hekimler cevap verirken antiplateletler için %50 daima, %22 sıkça,

%7 bazen, antikoagulanlar için % 47 daima, % 33 sıkça, % 9 bazen, antihipertansifler için %33 daima, %27 sıkça, %15 bazen yanıtını vermişlerdir.

Strok sonrasında sekonder korunma için hipertansiyon düşürülmek istendiğinde en sık tercih edilen ilaç sınıfı uzmanlar için % 78 ACE inhibitörü, % 10 Ca antagonisti, % 7 diüretik ve % 3 beta-bloker iken, pratisyenler için % 79 ACE inhibitörü, % 10 diüretik, % 8 Ca antagonisti ve % 2 beta-bloker olarak tespit edilmiştir.

Kan basıncının strok'tan sonra devamlı olarak regüle edilmesi uzmanların %80'ine göre nüks oranını, % 74'üne göre mortaliteyi, % 60'ına göre ise kardiyovasküler hastalıkların oluşmasını azaltarak yararlı etki sağlamaktadır. Pratisyenlerin % 78'ine göre ise nüks oranını, % 77'sine göre mortaliteyi ve % 55'ine göre kardiyovasküler hastalıkları azaltmaktadır.

Strok'tan sonra rehabilitasyona başlama zamanı uzmanların % 50'sine göre mümkün olduğunca erken, % 25'ine göre 15 günden sonra, % 15'ine göre en az 5 günden sonra olmalıdır. Pratisyenlerde ise % 62'sine göre mümkün olduğunca erken, % 18'ine göre 15 günden sonra, % 12'sine göre de en az 5 günden sonra olmalıdır.

Uzmanların % 91'ine, pratisyenlerin %96'sına göre ülkemizdeki strok'lu hastalar daha fazla eğitime ihtiyaç duymaktadırlar.

Uzmanların %63'ü, pratisyenlerin ise %48'i strok ile ilgili bilgilere, yayınlara, kılavuz ve yönergelere ulaşmakta olduklarını belirtmişlerdir (p=0.31). Strok'la ilgili bilgileri uzmanların %49'u yazılı yayınlardan, %40'ı kongrelerden, %24'ü İnternet'ten, %12'si ise sürekli tıp eğitimi yolu ile de sağladıklarını açıklamışlardır. Pratisyenlerin ise %42'si yazılı yayınlardan, %21'i sürekli tıp eğitiminden, %13'ü kongrelerden ve %10'u İnternet'ten sağlamaktadırlar.

Uzmanların %29'u, pratisyenlerin ise ancak %21'i strok tedavisi ile ilgili kılavuzlara ulaşmış olduklarını belirtmişlerdir (p=0.048).

TARTIŞMA

Tüm gelişmiş ülkelerde olduğu gibi Türkiye'nin de içinde olduğu gelişmekte olan ülkelerde de strok ikinci ölüm nedeni, sakat bırakan hastalıklarda ise ilk nedendir gerçeği hem uzmanlar, hem de pratisyenler tarafından büyük oranda bilinmektedir.

Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği'nin sponsorluğunda gerçekleştirilen çok merkezli

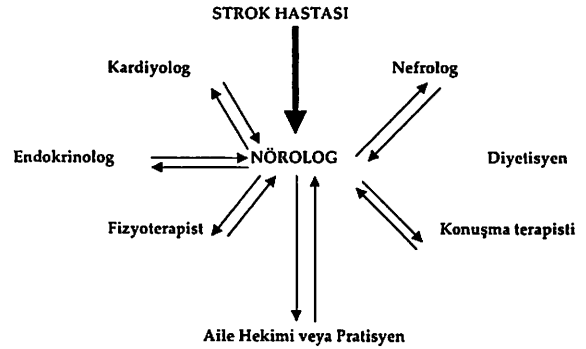
çalışmada (MST çalışması) iskemik stroke %72, hemorajik stroke ise %28 oranlarında bulunmuştur (1). Nörologların da dahil olduğu uzmanlar tarafından bildirilen iskemik stroke oranı MST çalışmasındaki oran ile aynı olduğu halde, hemorajik stroke oranı ise çok düşük çıkmıştır (%9). Gerek uzmanlar, gerek pratisyenler tarafından her iki tip strokeun eşit oranlarda rastlandığına ilişkin oranlar %20 civarında olmuştur. Böylesi bir oran, pratisyenler için uygun görülebilirse de, bu oran muhtemelen nörolog dışı uzmanlara aittir. Sonuç olarak yanıtlardaki oranlar, gerek uzman, gerekse pratisyenlerin stroke'un tiplerinin sıklığı konusunda henüz yeterli bilgiye sahip olmadıklarını göstermektedir.

Rastlanan demans vakalarının %55-60 kadarı Alzheimer tipi demans iken, ikinci demans nedeni ise vasküler demanstır. Bu bilgi uzmanların yarısından fazlası, pratisyenlerin ise sadece yarısı tarafından ancak bilinebilmiştir. Bu sonuç, stroke ve demans bağlantısı konusunda gerek uzmanların, gerekse pratisyen hekimlerin vasküler demans konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıklarını vurgulamaktadır.

İskemik stroke'un en sık üç nedeni olarak ateroskleroz, kalp hastalığı ve eski iskemik stroke gerek tüm uzmanlar, gerekse pratisyen hekimler tarafından aynı sıralama ile cevaplandırılmışsa da tüm uzmanların büyük çoğunluğu ateroskleroz ve kalp hastalığı varlığını vurgulamışlar, pratisyenlerin ise ¾'ü aterosklerozu, ¼'ü ise kalp hastalığını sorumlu bir neden olarak bildirmişlerdir. Geçirilmiş bir stroke'un iskemik stroke'ta üçüncü bir neden olduğunu bildirenler uzmanların yarısı, pratisyenlerin ise ancak %8'i olabilmıştır. Bu oranlar özellikle pratisyen eğitiminde stroke nedenlerine yönelik bilginin yetersiz veya yeterince pekişmemiş olduğunu göstermektedir.

Çalışmadan da anlaşıldığı gibi stroke'lu hastalar çoğunlukla Nöroloji uzmanına giderken, yine de azımsanmayacak orandaki stroke'lu hasta Nörolog dışındaki uzmanlara veya pratisyenlere de tedavi için gitmektedir. En ideali ise tüm akut stroke geçiren hastaların doğrudan ve sadece Nöroloji Uzmanına gitmesidir. Nöroloji uzmanı, hastayı başka sistem hastalıklarına göre kardiyolog, nefrolog, gastroenterolog, endokrinolog, diyetisyen, konuşma terapisti veya fizyoterapistten uygun gördüklerine yönlendirmesini yapmalı, fakat stroke'lu hastanın primer tedavi edicisi ve tedavi organizasyonunu sağlayan konumda olmalıdır (Şekil-1) (3).

Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi 2002, 8:2; 101-107



Şekil-1: Stroke hastası, Nörolog ve diğer hekimlerin ilişkisinin diyagramı

İskemik ve hemorajik stroke'ta tanı amacıyla BT veya MR isteme oranı uzmanlarda pratisyenlere göre daha fazla olmaktadır. Mitchel ve ark. ları yaptıkları bir çalışmada Nörologlar tarafından yapılan stroke'lu hasta tedavi giderlerinin diğer uzmanlar tarafından yapılan tedavi giderlerinden daha pahalı olduğu belirtilmiştir. Bu fiyat farkının Nörologlar tarafından başvuru tanı yöntemlerinin daha ayrıntılı ve tedavi girişimlerinin daha yeni ve pahalı olmalarına dayandırılmaktadır (4, 5).

Stroke'un akut fazında uzmanların yarısından fazlası, pratisyenlerin ise yarısı hipertansiyonun tedavi edilmesi gerektiğine inanmaktadır. Bu oranların yüksek olmaması iskemik stroke'un akut fazında sistolik tansiyon arteriyelin 140-160 mmHg, hemorajik stroke'ta ise 160-180 mmHg civarında olacak şekilde ayarlanması gerektiği bilgisine paralellik göstermiştir.

Stroke'tan sonra antihipertansif tedavinin tüm yaşam boyu uygulanması şarttır. Bu gerekliliğin hangi hekim grubu tarafından yapılmasının uygun olacağı sürekli tartışılan bir konudur. Bildiğimiz gibi hipertansiyonun %90 nedeni esansiyeldir. Bu tip hipertansiyonda kesin neden bilinmemekle birlikte şimdiki teknik olanaklarla saptanamayan merkez sinir sistemi etkilenişinin sorumlu olabileceği ileri sürülmektedir. Bu görüş paralelinde stroke'lu hastanın hipertansiyonunu özellikle Nörologun yapmasının gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Antihipertansif tedaviyi kim yapmalı sorusuna Nörologların %80'i kendilerini göstermişlerdir. İç hastalıkları uzmanları ile pratisyenlerin yarısından fazlası da aynı kanaatte olduğunu belirtirken, kardiyologlar bu tedaviyi daha çok kendilerinin yapmalarını açıklamışlardır.

İç hastalıkları uzmanları stroke'lu hastaları kronik

takip için çoğunlukla bir nörologa sevk ederken, çok az bir kısmı kendileri yapmakta veya hastayı bir kardiyologa göndermektedirler. Pratisyenler ise yine strok'lu hastayı büyük oranda bir nörologa göndermekte, çok az oranda kardiyologa veya iç hastalıkları uzmanına göndermektedirler. Hekimlerin bu davranışları stroklu hastalar yönünden sevindirici bir konumdadır denebilir.

Tüm uzmanlar, iskemik strok'ta ikincil koruma girişimlerinden antiplatelet ve antilipid kullanımını büyük çoğunlukla uygularken, az farkla aynı uygulamayı pratisyenler de yapmaktadırlar. Yine uzmanlar ve pratisyenler birbirlerine yakın oranlarda strok'lu hastalara sigarayı bıraktırmakta, diyet ve egzersiz önermektedirler. Antikoagulan kullanımı sadece uzmanların yarısından biraz fazlası tarafından kullanılırken, pratisyenlerin hiç birinin antikoagulan kullanmaması oldukça anlamlıdır. Bu sonuçlar, strok'ta ikincil korunma girişimlerine yönelik bilinçliliğin uzmanlar yanında pratisyenler tarafından da benimsenmiş olduğunu vurgulamaktadır.

Strok'lu hastalarda heparin kullanımına ilişkin yapılan bir çalışmada Kuzey Amerikalı Nörologların Kanadalı Nörologlara göre daha sık heparin kullandıklarını, ancak atrial fibrilasyonlu strok hastalarında her iki ülke Nörologlarının aynı sıklıkla heparin kullandıkları bildirilmiştir (2).

Sadece uzmanlara sorulan hemorajik strok'lu hastalarda ikincil koruma girişimlerine olan yanıtlarına bakıldığında antiplatelet önerilmesi uzmanların yarısı, antikoagulan önerilmesi ise dörtte biri tarafından yapılmaktadır. Bu oranlar hemorajik hastalara yaklaşımda uzmanların eğitim eksikliğini çarpıcı bir şekilde gündeme getirmektedir.

Gerek uzmanlar, gerekse pratisyenler aynı oranlarda olmak üzere antihipertansif ilaçlar grubundan sıra ile ACE inhibitörleri, Ca kanal blokerleri, diüretikler ve beta blokerler tercih edilmektedir. Diüretiklerin az oranda hekim tarafından tercih edilmesi olumlu bir sonuç olmakla birlikte tüm hekimlerin diüretik kullanmaya başlamadan önce hastaların hematokrit değerlerinin %42'nin üstünde olmadığını belirlemeleri gerekliliğini vurgulamak yerinde olacaktır.

Strok'tan sonra tansiyon arteriyelin devamlı olarak regüle edilmesi gerek uzmanlar, gerekse pratisyenler tarafından aynı oranlarda olmak üzere mortaliteyi, strok tekrarını azalttığı ve kardiyovasküler hastalıklardan koruduğu kabul edilmektedir.

Bu çalışma ile uzman ve pratisyen tüm hekimler, strok konusunda hastaların eğitime ihtiyaçları olduğuna inandıkları, hekimlerin de strok ile ilgili kılavuzlara ulaşım bilgilenmelerinin de oldukça yetersiz olduğu anlaşılmıştır.

KAYNAKLAR

1. Özdemir G, Özkan S, Uzuner N, Özdemir Ö, Gücüyener D. Türkiye'de Beyin Damar Hastalıkları için Majör Risk Faktörleri: Türk Çok Merkezli Strok Çalışması. Türk Beyin Damar Hast. Derg. 2000; 2: 31-35.
2. Al-Sadat A, Sunbulli M, Chaturvedi S. Use of Intravenous Heparin by North American Neurologist. Do the Data Matter?. Stroke 2002;33:1574-1577.
3. Ozdemir G. Should long-term follow-up of stroke patients be performed by specialists or general practitioners? Medicographia 2002;24: 4.
4. Ringel SP. The Neurologist's Role in Stroke Management. Stroke 1996;27:1935-36.
5. Mitchel JB, Ballard DJ, Whisnant JP, Ammering CJ, Samsa GP and Matchar DB. What Role Do Neurologist Play in Determining the Costs and Outcomes of Stroke Patients?. Stroke 1996;27:1937-43.