

# Yetişkin Astmada Prognoz

Hayati BİLGİÇ\*

\*Prof.Dr.GATA Göğüs Hastalıkları ve Tbc. ABD, ANKARA

Bronş astması dünyada, üzerinde en çok araştırma yapılan bir kaç hastalıktan birisidir. Hastalık hakkında her geçen gün yeni bir ilerleme sağlanmasına, fizyopatolojisinin giderek daha iyi anlaşılmasına, tedavi alanında büyük ilerlemeler olmasına rağmen morbidite ve mortalitesinin giderek artmakta olduğu zannedilmektedir (1,2).

Astma prevalansı yönünden ülkeler arasında büyük farklılıklar bulunmasına rağmen, gelişmiş ülkelerde yetişkinlerin %5'inde, çocukların ise %10'unda astma olduğu bildirilmiştir. ABD'de hastalığın prevalansı ortalama %4 kadardır. Ülkemizde son yıllarda yapılan çalışmalarda astma prevalansının yetişkinler arasında %2.2-6.4, çocuklarda ise %5.6-9.4 civarında olduğu tahmin edilmektedir. ABD'de ölüm hızı 10.000'de 0.3'tür (0.3/10.000). Bu her yıl 2000-3000 kişinin ölümü demektir. Ülkemizde bronşit, ampiem ve/veya astmaya bağlı ölüm oranı, Sağlık Bakanlığı verileri ile 1.5-2.09/100.000'dur. Ancak bu ölümler hastane ölümleridir. Astma için bunu net sağlıklı bir veri kabul etmek zordur (1-3).

Astma, insan yaşamının iki döneminde de (çocukluk ve yetişkinlik) başlayabilmektedir. Çocukluk astması, daha çok 5 yaşından önce başlamaya ve genellikle erkek çocuklarda daha fazla oluşmaya eğilimlidir. Adolesan döneminden sonra ise, prevalansdaki cinsiyet farklılığı ortadan kalkmaktadır (1,2,4).

Yeni doğan döneminde solunumsal infeksiyonlar sırasında tekrarlayan "wheezing" atakları geçiren çocukların bir kısmında okul çağında astma tablosu ortaya çıkabilmektedir. Astma gelişiminde atopi varlığı ve yaşamın ilk yıllarında (özellikle 0-1 yaşta) çevresel allerjenlerle yoğun karşılaşma ve annenin sigara içmesi

önemli risk faktörleri olarak görülmektedir. Çocukluk döneminde astması bulunan çocukların %30-50'sinde puberte döneminde hastalık kaybolmakta, fakat yetişkinlik döneminde çoğunlukla tekrar ortaya çıkmaktadır. Genel olarak, astmalı çocukların 2/3'ünde hastalık puberte ve yetişkin döneminde de devam etmektedir. Hastalık klinik olarak kaybolursa bile, bu hastaların akciğer fonksiyonlarında bozulma veya hava yolu aşırı cevaplılığı veya öksürük devam edebilmektedir. Çocukluk astmasının yetişkin döneminde de devam etmesinde bazı risk faktörleri önemli rol oynamaktadır. Bunlar; hastalığın 3 yaşından önce başlaması (özellikle yeni doğan döneminde sık "wheezing" atakları) egzema veya allerjik rinit varlığı (veya ailede egzama öyküsünün bulunuşu), aeroallerjenlere karşı cilt testlerinin pozitif oluşu, çocukluk döneminde hastalığın şiddetli oluşu, allerjenlerle özellikle iç ortam allerjenleri ile yoğun karşılaşma olarak tanımlanmıştır (1,2,4, 5).

Astma, işyerinde duyarlılaştırıcı etkenlerle karşılaşmaya ve muhtemelen yaşamın ileri dönemlerinde atopi gelişmesi nedeniyle yetişkin yaşta da başlayabilmektedir. Yetişkinlerde görülen astmanın ne kadarının yeni başladığı ve ne kadarının çocukluktan beri süregeldiğini belirlemek güçtür. Yetişkinlik döneminde astmanın sürekli hale gelişinde birçok risk faktörü önemli rol oynamaktadır. Bunlar; geri döndürülemez hava yolu obstrüksiyonu ile karakterize şiddetli hastalık varlığı, hastalığın 40 yaşından sonra başlaması, sık görülen allerjenlere karşı deri testlerinin negatif oluşu, astma geliştikten sonra allerjenlerle ve mesleki etkenlerle sürekli karşılaşma olarak özetlenebilir (2,3).

Mekanizması tam olarak açıklanamamakla birlikte immunoterapi (İT) alan hastaların küçük bir bölümü İT süresince remisyona girebilmekte ve İT sonrası yeniden agreve olmaktadır. Hastalığa bağlı mortalite ve morbidite tüm dünyada artış trendi göstermektedir. Ölümlerin 2/3'ü hastane dışında olmaktadır. Fatal artma denenilen bu durum için risk faktörleri Tablo 1'de verilmiştir (1).

Geliş Tarihi: 21.07.1997

Yazışma Adresi: Dr.Hayati BİLGİÇ  
GATA Göğüs Hastalıkları ve Tbc. ABD,  
06018, Etilik, ANKARA

**Tablo 1.** Fatal artma için risk faktörleri

1. Önceden astma atağı nedeniyle hastaneye başvuru ve yoğun bakımda izlenmiş olma, entübasyon öyküsü.
2. Son bir yıl içinde ikiden fazla astma nedenli hospitalizasyon.
3. Ciddi psikiyatrik veya psikososyal problemler.
4. Havayolundaki diüurnal varyasyonun çok fazla oynama gösterdiği durumlar (unstabil astmalılar; brittle astma, nokturnal astma ve premenstrüel astmalılar).
5. Yetersiz tedavi, yetersiz izlem

Astmanın kesin bir tanımlanmasının yapılmamış olması ve hastalığın standart tanı yöntemlerinin belirlenmemiş oluşu, değişik epidemiyolojik çalışmalardan elde edilen sonuçların değerlendirilmesini ve karşılaştırılmasını güçleştirmektedir (2,4,5).

Benson ve Perlman'in (1948) inhale adrenerjik ajanlara bağlı ölümlerin giderek arttığına dair sundukları ilk raporları oldukça dikkat çekici olmuştur. Bir dekatlık süre içinde 2236 olguyu ileriye dönük incelemişlerdir. Bu olguların 648'i adrenalın sprej kullanan olgulardı. Bu 648 olgunun 48'i (%7,4) ölmüştür. Diğer 1588 olguda ölüm sadece 22 idi (%1,4). Sprej kullanımına bağlı 5 kat daha fazla ölüm oldukça önemlidir. Bu ölümü tek başına sprej kullanımına bağlamak oldukça önemli ve zor bir soru gibi görülmektedir. Bununla beraber pro-

gramda, yetersiz tedavi kadar, eğitilmemiş ve çok fazla b-agonist sprej kullanımının da önemli bir rolü olduğu kesindir (4).

Yeni Zelanda'da son yıllarda, fenoterol ve diğer B-agonistlerin yüksek dozda kullanımı ile, astma ölümlerinde artışın görülmesi, eski hikayeyi tekrar gündeme getirmiştir (Crane ve Ark. 1989; Pearce ve Ark. 1990) (4).

Eğitim, düzenli tedavi sürekli izlemeye rağmen (gelişmiş ülkelerde bile) astmaya bağlı ölümler tam anlamıyla saptanamamakta ve maalesef önlenememektedir (2,3,5,6).

#### KAYNAKLAR

1. Kalyoncu AF. Hava yolu hastalıkları. In: Barış YI. ed. Solunum Hastalıkları. Ankara: Kent Matbaa 1995: 106-46.
2. Kocabaş A. Bronşiyal Astım In: İliçin G, Ünal S, Biberöğlü K, Akalın S, Süleymanlar G. eds. Temel İç hastalıkları, Ankara: Güneş Kitapevi, 1996: 476-96.
3. Mc Faddon ER. Asthma: General Features, Pathogenesis and Pathophysiology. In: Fishman AP. Pulmonary Diseases and Disorders. New York, 1988: 1295-1310.
4. Burney PGY. Epidemiology. In: Clark TJH, Godfrey S, Lee TH. eds. Asthma, London: Chapman-Hall Medical, 1992: 254-307.
5. Woolcock AY. Asthma. In: Murray, YF, Nadel JA eds. Textbook Respiratory Medicine. Philadelphia: WB Saunders Cowpany, 1988: 1030-68.
6. Cade YF, Pain MCF. Essentials of Respiratory Medicine. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1988: 88-96.