

Çocukluk Astmasında Prognoz

F. Yaşar ANLAR*

* Doç.Dr.Bayındır Tıp Merkezi, ANKARA

Son verilere göre bronşiyal astmanın görülme sıklığı giderek artmaktadır. Bu artışın nedeni çocukluk çağında " wheezy bronşit " denilen çocukların astmalı olarak kabul edilmesi veya gerçekten astma prevalansının artışı ile ilgili olabilir (1,2).

Bronşiyal astma çocukluk çağında başlayan bir hastalıktır. Astmanın ileri yaşlarda başlama olasılığı giderek azalır (Şekil 1) (3).

Astmaya bağlı ölümler son zamanlarda üzerinde çok durulan konulardandır. Mortaliteyi arttıran etkenler arasında astma atağı tedavisinin iyi yapılmaması, akciğer enfeksiyonu, sedatiflerin kullanımı, aminofilin zehirlenmesi, hipoadrenalizm, kor pulmonale, kalp yetmezliği, adrenalin toksisitesi, aşırı isoproterenol kullanımı gibi nedenler sıralanabilir. Astmaya bağlı ölümler ileri yaşlarda daha sık görülmektedir (Şekil 2) (3).

Ailede atopinin bulunması ve çevresel faktörlerin katkısı ile ortaya çıkan bronşiyal astmada allerjik inflammasyon hem solunum fonksiyonlarını bozar hem de uzun süren inflammasyon neticesinde akciğerlerde bazal membran altında kollajen ve matriks proteinlerinin birikmesi ile beraber akciğer dokusunda yapısal değişikliklere neden olur (4).

Astmanın ileri yaşlarda nasıl olacağını gösteren kesin bir test yoktur. Deri testleri pozitifliği yaş ilerledikçe artmaktadır. Çocukluk döneminde deri testlerinin zayıf olması ileride astma belirtilerinin daha hafif olacağını göstergesi olabilir. Periferik kanda eozinofil sayısı ile astma bulguları arasında veya bronşiyal hiperreaktivite arasında önemli bir ilişki gösterilememiştir (5).

Genetik ve çevre faktörlerinin astmanın gelişiminde rol oynadığı bilinmektedir. Yaşamın erken

dönemlerinde annenin ve bebeğin besin allerjenlerinden korunması besin allerjileri, atopik dermatit, allerjik nezle ve bronşiyal astmanın gelişmesinde etkili değildir. Zeiger'e göre erken dönemde besin eliminasyonu ancak besin allerjisinin ilk 2 yaş içinde görülmesini engellemekte fakat ileri yaşlarda bu etki ortadan kalkmaktadır (6).

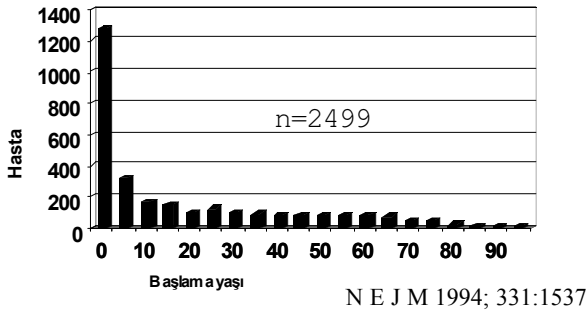
Hasta ve yakınlarının en çok merak ettikleri konu astmanın kısa, orta ve uzun dönemlerde nasıl sonuçlanacağıdır. Astmanın çocuklardaki ilk belirtisi genellikle öksürük ve hırıltılı solunum ataklarıdır. Bebeklerde "wheezy bronşitin" doğal seyrinin nasıl olduğu halen tam anlaşılamamıştır. Ancak bu tanıyı alan bebeklerin %40-50'sinde hırıltılı solunum ileri yaşlarda da devam etmektedir. Tekrarlayan hırıltılı atakları erken çocukluk çağında daha sık iken büyük çocuklarda ataklar giderek azalır. IgE'nin yüksek olması ile astma belirtilerinin devam etmesi veya gelişmesi arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu ileri sürülmektedir (7). Bronşiyal hiperreaktivite'ye çocukluk döneminde "wheezy bronşit" tanısı alanlarda daha sık rastlanır (8).

Çocuklarda bronşiyal astma hafif, orta veya ağır şiddette olabilir. Bazı çocuklar sürekli hırıltılı ve nefes darlığından yakınırken bazılarında ancak belli ortamlarda klinik bulgular ortaya çıkar. Astmanın klinik belirtileri ile ailede atopi öyküsü ve çocukluk döneminde astma yakınmalarının şiddetli olması, sigara dumanı, allerjik nezle, atopik dermatit gibi diğer allerjik hastalıkların bulunması, allerjenlerle karşılaşma oranı ve sosyal çevrenin ilgisi vardır (9).

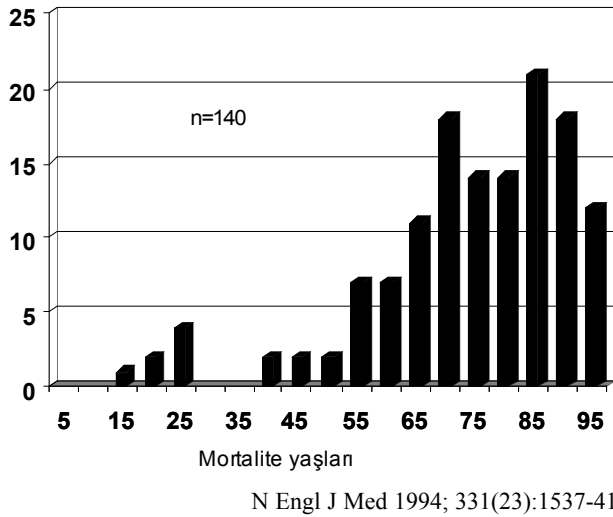
Wennergren ve arkadaşlarının çalışmalarında ise atopik bünye, ilaç kullanım süresi ve hastalığın başlangıç yaşının prognozu etkilediği, sigara, ailede atopi, eozinofil sayımı, tüylü hayvanlar, respiratuvar sinitiyal virüs enfeksiyonlarının, serum immünglobulin E düzeyinin astma gelişiminde etkili olmadığı iddia edilmektedir (Şekil 3) (10).

Geliş Tarihi: 15.07.1997

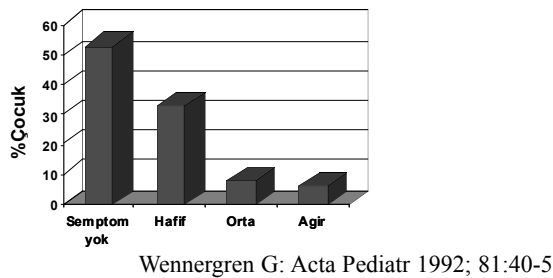
Yazışma Adresi: Dr.F. Yaşar ANLAR
Bayındır Tıp Merkezi, ANKARA

ASTMANIN BAŞLAMA YAŞI

Şekil 1.

ASTMADA MORTALİTE

Şekil 2.

Wheezing ile gelen çocuklarda 3-4.5 yıl sonra astma görülme oranları

Şekil 3.

Astmanın klinik bulguları ağır seyreden çocuklarda ileri yaşlarda astma yakınmalarının devam ettiği gözlenmiştir (11). Kjellman klinik bulgular, akciğer fonksiyon testleri, deri testleri ile izlediği astmalı çocuklarda astmanın zaman içinde şiddetini kaybettiğini göstermiştir. Ev tozu akarları ve küf mantarlarına karşı deri testi reaksiyonlarının azaldığını ancak polen ve hayvanlara karşı olan allerjilerin %90 oranında devam ettiğini göstermiştir. Ailede allerjik yakınmaların olması, ekzema, başlangıçta solunum fonksiyon testlerinin bozuk olması ilerde yakınmaların daha ağır geçeceğini göstermektedir (12-14).

Birinci saniyede zorlu akım hızının düşüklüğü ile ileri yaşlardaki solunum fonksiyonları arasında doğrudan ilgi vardır. Çocukluk döneminde düşük değerlerin ölçülmesi astmanın ağır geçeceğinin bir göstergesidir (15).

Bronşiyal astma sinüzit, gastroözefagal reflü, gebelik, aspergillozis, menstruasyon sırasında değişerek hastaların yakınmalarında artma görülebilir. Diğer taraftan bronşiyal astma kendiliğinden düzelebilmektedir. Polen allerjisi olanlarda mevsimler arasında klinik bulgularda belirgin düzelmeler görülür. Ev tozundan korunma, meslek astmasında iş değişikliği, enfeksiyonların kontrolü, spesifik immünoterapi hastalığın seyrini olumlu yönde etkiler. İmmünosüpresif tedavi alanlarda yakınmalar belirgin şekilde azalır.

Bronşiyal astma erken tanı alır ve tedavi edilirse prognozu iyi olan bir hastalıktır. Geç tedavi edildiğinde ise akciğerde kalıcı hasara yol açabilir. Yaşamın erken dönemlerinden itibaren çevre kontrolü ve etkin antiinflamatuar tedaviler prognozun daha iyi olmasını sağlar.

KAYNAKLAR

1. Robertson CF, Heycock E, Bishop J, Nolan T, Olinsky A, Phelan PD. Prevalence of asthma in Melbourne school children: changes over 26 years. *BMJ* 1991; 302:1116-8.
2. Ninan TK, Russel G. Respiratory symptoms and atopy in Aberdeen school children: evidence from two surveys 25 years apart. *BMJ* 1992; 304: 873-5.
3. Silverstein-MD, Reed-CE, O'Connell-EJ, Melton-LJ-3rd, O'Fallon-WM, Yunginger-JW. Long-term survival of a cohort of community residents with asthma *N-Engl-J-Med.* 1994 331(23): 1537-41.
4. Montefort S, Herbert CA, Robinson C, Holgate ST. The bronchial epithelium as a target for inflammatory attack. *Clin Exp Allergy* 1992 22:511-20.
5. Roorda-RJ, Gerritsen-J, van-Aalderen-WM, Knol-K. Skin reactivity and eosinophil count in relation to the outcome of childhood asthma. *Eur Respir J* 1993; 6(4): 509-16.
6. Zeiger-RS, Heller S. The development and prediction of atopy in high-risk children: follow-up at age seven years in a prospective randomized study of combined maternal and infant food allergen avoidance. *J Allergy Clin Immunol* 1995; 95(6): 1179-90.

7. Kuikka L, Reijonen T, Remes K, Korppi M. Bronchial asthma after early childhood wheezing: a follow-up until 4.5-6 years of age. *Acta Paediatr* 1994; 83(7): 744-8.
8. Godden DJ, Ross S, Abdalla M, McMurray D, Douglas A, Oldman D, Friend JA, Legge JS, Douglas JG. Outcome of wheeze in childhood. Symptoms and pulmonary function 25 years later. *Am J Respir Crit Care Med* 1994; 149(1): 106-12.
9. Kokkonen J, Linna O. The state of childhood asthma in young adulthood. *Eur Respir J* 1993; 6(5): 657-61.
10. Wennergren G, Hansson S, Engstrom I, Jodal U, Amark M, Brodin I, Juto P. Characteristics and prognosis of hospital-treated obstructive bronchitis in children aged less than two years. *Acta-Paediatr*. 1992 81:40-5.
11. Kelly WJW, Hudson I, Phelan PD, Pain MCF, Olinsky A. Childhood asthma in adult life: a further study at 28 years of age. 1987; 294:1059-62.
12. Kjellman B, Hesselmar B. Prognosis of asthma in children: a cohort study into adulthood. *Acta-Paediatr*. 1994; 83(8): 854-61.
13. Godden DJ, Ross S, Abdalla M, McMurray D, Douglas A, Oldman D, Friend JA, Legge JS, Douglas JG. Outcome of wheeze in childhood. Symptoms and pulmonary function 25 years later. *Am J Respir Crit Care Med* 1994; 149(1): 106-12.
14. Jenkins MA, Hopper JL, Bowes G, Carlin JB, Flander LB, Giles GG. Factors in childhood as predictors of asthma in adult life *BMJ* 1994; 309(6947): 90-3.
15. Roorda RJ, Gerritsen J, van-Aalderen WM, Schouten JP, Veltman JC, Weiss ST, Knol K. Follow-up of asthma from childhood to adulthood: influence of potential childhood risk factors on the outcome of pulmonary function and bronchial responsiveness in adulthood. *J Allergy Clin Immunol* 1994; 93(3): 575-84.