

ASTMA KLİNİĞİ



Doç. Dr. A. Fuat Kalyoncu

Ankara 1997

ASTMA KLİNİĞİ

Doç. Dr. A. Fuat Kalyoncu

Ankara-1997

ASTMA KLİNİĞİ

Doç. Dr. A. Fuat Kalyoncu

ISBN: 975-94702-0-9

Dizgi : Nehir Dizgi Sistemleri
Tel : 232 16 47 Ankara

Baskı : Kent Matbaacılık
Tel : 229 84 84 Ankara

Kapak Resmi: PÉCUB, Pierpaolo PUGNALE

Resimler : Mustafa Tektürk
Tel : 310 55 93

Telif hakkı A. Fuat Kalyoncu'ya aittir. İzinsiz bir kısmı ya da tümü çoğaltılamaz, 1997.

Sipariş : Doç. Dr. A. Fuat Kalyoncu
Hacettepe Üniversitesi Hastanesi
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı
Erişkin Allerji Ünitesi
06100 Sıhhiye - ANKARA
Tel: (0.312) 324 37 16
Fax: (0.312) 310 08 09

Kitabımı, bana Göğüs ve Allerji Hastalıklarını sevdirek araştır-
macılığı öğreten, sürekli destek almaktan gurur duyduğum ve bu kitabı
yazmam için fikir ve teşvik veren Sayın Hocam Prof.Dr.Y. İzzettin
Barış'a ithaf ediyorum.

İçindekiler

Kısaltmalar	VI
Önsöz	XIII
Bronş Astmasında anamnez ve klinik değerlendirme	1
I. Provoke edici faktör ve durumlar	2
II. Hafifletici durum ve etkenler	3
III. Hastalığın derecesi	3
IV. Astmanın birlikte olduğu diğer hastalıklar ve durumlar	3
V. Halen almakta olduğu ilaçlar	4
VI. Psikososyal durumu	4
VII. Ailesi	5
Yüksek riskli hastaların tanınması	5
Astma, genetik ve atopik hastalıklar	6
Hastalığı etkileyen faktörler	7
Fizik muayene	8
Solunum fonksiyon testleri	9
Akciğer grafisi	11
Diğer testler	11
Klinik sınıflama	14
Komplikasyonlar	15
Ayırıcı tanı	16
Doğal seyir ve prognoz	17
Tedavi	17

Hasta Öyküleri

1. Sigara içen program yapımcısı genç kız.....	25
2. Yıllardır öksüren kronik farenjitli ev hanımı.....	28
3. Elma ve fındık yiyemeyen otelci hanım.....	31
4. İmmünoterapiden yarar görmeyen Adıyaman'lı hanım.....	35
5. Beta mimetikler çarpıntı, titreme ve kramp yapabilir.....	40
6. Klostrofobisi olan kuruyemişiçi.....	43
7. Bazı ev hanımları kokulardan rahatsız olur.....	46
8. Astmalı hanımların gizli sorunu: enkontinans.....	49
9. Glokomu olan astmalı hanım.....	53
10. Astma Samsun'da Ankara'dan farklı seyreder.....	56
11. Eşinden sigara yüzünden dayak yiyen kapıcı hanım.....	61
12. İnguinal herni operasyonu remisyonadaki astmalıyı atağa sokar mı?.....	64
13. Astmalılar daha sık nazal septoplasti ve tonsillektomi olur.....	70
14. Önceden immünoterapi olup da yarar görmeyen bir hastaya tekrar aynı yöntem önerilir mi?.....	74
15. Sürekli öksürmek insanı hayattan bezdirir.....	78
16. Otuz yıllık astma da kontrol altına girer.....	81
17. Milli sporcular da astma olabilir.....	83
18. Üst düzey bürokratların nefesini sadece politikacılar daraltmaz.....	86
19. Astma tedavi edilmezse, eşler arasındaki "evlilik münasebetini" etkiler.....	89
20. Astmalılar tenis de oynar.....	93
21. Astmalı sigara içemez ki!.....	98
22. Erzurum yakınlarındaki bir trafik kazasının sonucu.....	101
23. Eskiden astmalı olmak daha zordu.....	104
24. Talihsiz nişanlılıklar remisyonadaki astmayı uyandırabilir.....	113
25. Acaba allerji testleri neden farklı kliniklerde farklı sonuç veriyor?.....	115

26. "Channel No:5"i kullanamayan sekreter hanım	118
27. Dili şişen emekli terzi	123
28. Antihistaminik, antiinflamatuvar tedavinin yerini tutmaz	127
29. On yılda nereden nereye	129
30. Astma yaşlılarda da remisyona girer	133
31. Sonu hüznüyle biten bir hikaye. Hayat, Adalet hanıma adil davranmadı	137
32. Ayda bir kutudan fazla kısa etkili inhaler beta mimetik kullanmak tehlikelidir	141
33. Anlar astmalıları da sokar	145
34. Biz millet olarak alternatif tedavileri severiz	148
Ek: Astmalı hastaların alternatif tedavi eğilimleri.....	152
35 Kedi allerjisi olan genç kütüphaneci.....	157
36. Uzun süre öksürene bronkoskopi de yapılır	160
37. Akvaryumcularda hemoptizi nedeni farklı olabilir.....	163
38. Koku ve lezzet almanın önemi, kaybedince anlaşılır.....	166
39. Astmalıların doktor ziyaretleri, bazen KBB bölümünden başlar	170
40. Koku alamamak bazen bir polisin işine yarayabilir	175
41. Kortikofobi, tedavi edilmesi gereken bir durumdur	180
42. Astma spreyleri ciğeri kurutmaz	184
43. Depresyondan güzellik uzmanlığına.....	188
44. Bebeğin erkek olması mı astmayı kötüleştiriyor?	191
45. Hem sara hastalığı hem astma, ama hayat yine de güzel	194
46. Astmalı biri için Kanada çok soğuk	198
47. Astmaya benzemeyen bir öykü: bir intihann analizi	202
Son söz.....	207
İndeks	209

Kısaltmalar

BDP	: Beclomethasone dipropionate
Bud	: Budesonide
DLCO	: Akciğerin karbonmonoksit ile diffüzyon kapasitesi
FDP	: Flutikazone dipropionate
FEV ₁	: Zorlu ekspiratuar hacim birinci saniye
FVC	: Zorlu vital kapasite
Fungus	: Küf mantarı
IgE	: İmmünglobulin E
Kısa oral steroid kürü	: Prednizolon 30 mg/gün/oral olarak başlanır ve 7-10 gün içinde azaltılarak veya azaltılmadan kesilir.
MDI	: Metered dose inhaler = ölçülü doz sprey.
Mite	: Ev tozu akarı.
PRN	: Pro Re Nata = Gerekliğinde kullanılmak üzere
PA	: Postero-anterior= arka-ön
PEF	: Peak ekspiratuar flow
Pefmetre	: Peakflowmetre
RAST	: Radioallergosorbent test
VC	: Vital kapasite

Önsöz

Astma, çocuk ve erişkinler arasında en sık görülen bir kaç kronik hastalıktan birisidir. Dünyanın bir çok yerinden bildirilen araştırmalar, bu hastalığın prevalansında genel bir artış olduğunu göstermektedir. Ülkemizde yapılan bazı araştırmalar da astmanın çocuklarda %5-8, erişkinler arasında ise %2-5 oranında görüldüğünü bildirmektedir. Bu oran henüz nedeni kesin olarak açıklanamamakla birlikte Avrupa'nın çeşitli ülkelerinde yaşayan göçmen Türk'ler arasında daha yüksek düzeydedir.

Günlük tecrübelerimizden "Göğüs Hastalıkları Polikliniklerine" başvuran hastaların hemen yarısının astmalı olduğunu hepimiz bilmekteyiz. Hastaların kalabalık ve hızlı geçen poliklinik muayeneleri sonucunda verilen tedaviden ne oranda istifade ettiği ise zannediyorum tartışmalı bir konudur. Ülke genelinde polikliniklerde en çok hasta görüp muayene edenler; intern ve pratisyen hekimler ile ihtisas aşamasındaki asistanlardır. İhtisas yapan bir asistanın belki her zaman danışacağı kıdemli birisi bulunabilir ama sağlık ocaklarında veya hastanelerde çalışan doktorlar o konuda tecrübe sahibi olsun olmasın sadece hasta ile başbaşadır. Bu düşünceden yola çıkarak özellikle zor şartlar altında çalışan meslekdaşlarıma astma konusunda kliniğimin tecrübelerini aktarmak istedim.

Astma teşhisi, bazı laboratuvar testlerinden de yararlanılmakla birlikte esasen anamnez ve fizik muayene ile konur. Hasta nefes darlığı, öksürük veya gece bu nedenlerle uykudan uyanma gibi subjektif yakınmalardan bahsetmekte, ama laboratuvar testleri ve fizik muayene bulguları normal olabilmektedir. Radyolojinin yardımı çok kısıtlıdır. Hastalığın henüz güvenilir bir laboratuvar markeri yoktur. Allerjik deri testleri rutin olmayıp, her yerde yapılmamakta ve her zaman da büyük bir önem taşımamaktadır. Hastaların çoğu bırakın pefmetre takibini, verilen ilaçları dahi doğru dürüst kullanama-

maktadır. Hastalarda alternatif tedavi (bitkisel, hayvansal ilaçlar, mağara tedavisi vs) eğilimi çok yüksek olup, ortalama yarısı bu yöntemlerden birini uygulamaktadır. Bugünkü bilgilerimizle astma tedavisinde çok tartışmalı bir yeri olan immünoterapi, neredeyse hastaları istismar düzeyinde kullanılmaktadır. Hastalar aşı tedavisi olmak için iş ve aile ortamlarından büyük fedakarlıklar yapmakta sonuçta da çoğunluğu hüsrana uğramaktadır. Hastalığın zaten doğal gidişatı, bazı hastalarda semptomlu ve asemptomatik dönemlerle seyretmesidir. Hastalık günlük pratikten görüldüğü üzere bazen kolayca remisyona girmekte ve bu durum yıllarca sürebilmektedir. Özellikle çocuk astmalıların ortalama yarısı tedavi almasa dahi zamanla asemptomatik olmaktadır. Bu esnada uygulanan bir aşı kürü veya alternatif bir yöntem hastalar arasında mucizevi tedavi reklamlarına yol açmaktadır. İşte hasta eğitimi burada devreye girmektedir.

Kitapta günlük polikliniklerde görülen "olabildiğince sıradan" hasta öyküleri vermeye çalıştım. Bu öykülerin hepsi gerçektir, benzer gibi görülsede aralarında belirgin farklılıklar vardır. Çünkü her astmalının astması farklıdır. Ancak daha iyi anlaşılması için öykülere bazı ufak ilave ve açıklamalar koyma zorunluluğunu hissettim. Kısa süreli izlenenler olduğu gibi yıllardır takip edilen hastaların öykülerini de vermek istedim. Gerçekten de örneğin 20 yıllık bir astmalının öyküsünü dinlediğinizde sadece onun kendi hikayesini değil, tıbbın gelişimini, tedavinin değişimini ve ülkemizdeki değişiklikleri de öğrenmiş oluyorsunuz. Çok önceleri değil, 1980'lerin başında MDI betamimetik bir ilacın ancak yurt dışından nice zorlukla getirilebildiğini veya inhaler steroidlerin ancak 1980'lerin sonuna doğru ülkemizde piyasaya çıktığını hatırlıyorsunuz. Belki bugünkü şartları beğenmiyorsunuz ama bugünlere gelene kadar çok zor günlerin de geçirildiğini unutmamak gerekir.

Kitaptaki hastalar sadece ayaktan izlenen poliklinik hastaları arasından seçilmiştir. Tedavisi zor, steroide dirençli, komplikasyonlu ve hayatı tehdit edici boyutta astmalı hastalar bu kitaba alınmamıştır. Bu hastaların ayrı bir kitap konusu olduğunu düşünüyorum. Hastalar arasında, analjezik intoleransı olan Samter sendrom'lulara özellikle ağırlık vermeye çalıştım. Çünkü bu hastaların erişkin astmalılar arasında önemli bir yer tuttuğunu ve diğerlerine kıyasla daha farklı boyutta sorunları olduğunu inanıyorum.

Hastalara uygulanan tedaviler günümüzde giderek standardize edilme-ye çalışılıyorsa da yine de klinikten kliniğe bazı farklılıkların olduğu görülmektedir. Tedavideki farklılıklar ülkeden ülkeye de değişmekte ve son tedavi konsensusunda da bazı tartışmalı noktalar bulunmaktadır. Burada verilenler, Hacettepe Üniversitesi Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği tecrübe ve uygulamalarıdır. Halen kliniğimizde, astma tedavisi konusunda Toraks Derneği'nce hazırlanan ve ülkemiz koşullarına uyarlanarak kabul edilen son tedavi konsensusu izlenmektedir.

Kitapta öyküleri verilen hastaların tedavisinde emeği geçen tüm hocalarım ve klinik arkadaşlarıma, hastanemizin ülke koşullarına göre gayet iyi çalışan arşivine, kitabın basımına destek veren Novartis Ürünleri A.Ş. İlaç Sektörü'ne, başta sayın İsmail Ejderoğlu olmak üzere Kent Matbaası çalışanlarına ve tabii ki hastalarımıza sonsuz teşekkür etmeyi bir borç bilirim.

Doç.Dr.A.Fuat Kalyoncu

Ankara, 22 Şubat 1997

Bronş Astması'nda Anamnez ve Klinik Değerlendirme

Bronş astması esas olarak anamnez ile tanı konan bir hastalıktır. Fizik muayene bulguları ve laboratuvar tetkikleri ancak "anormal" ise, tanıya yardımcı olur. Hastaların dörtte üçüne anamnez ve fizik muayene ile nisbeten kolay olarak teşhis konulabilmekte, kalan dörtte biri için ise çeşitli tanısız sorunlar yaşanmaktadır. Yapılması düşünülen bazı sofistike testler ise çok gelişmiş merkezlerde dahi her zaman aynı standardizasyon korunarak yapılamamaktadır (ör: bronş provokasyon testleri, komple solunum fonksiyon testleri, ilaç duyarlılığı olan astmalılar için ilaç provokasyon testleri, serumda bakılan bronş inflamasyonunu gösterdiği düşünülen bazı inflamasyon markerleri, daha ender durumlar için bazı allerji testleri, bronkoskopi yardımıyla alınan lavajın incelenmesi vs). Bu nedenle, bu bölümde sadece ayrıntılı olarak anamnez ve klinik değerlendirmeden bahsedilecektir.

Anamnez esnasında hastaya arkadaşça yaklaşmak ve onun güvenini kazanmak, astma tedavisinde çok önemlidir. Hastalık kronik özellikte olduğundan belki de hasta-doktor ilişkisi yıllar boyu sürecektir. Hasta sürekli geleceği doktora herşeyden önce sıcaklık ve yakın ilgi aramaktadır. Bu ilgiyi bulamayan astmalılar doktor doktor gezerler. Yani bir başka deyişle bir astmalıyı tedavi etmek, gözlük reçetesi yazmaya veya akut tonsillit tedavi etmeye benzemez.

Anamnezde önce esas yakınmaları, hastalığın başlama ve gelişimi öğrenilmelidir. Major semptomlar;

- nefes darlığı
- hırıltılı solunum (wheezing)
- öksürük atakları
- göğüste darlık ve sıkışıklık hissidir.

Bu yakınmalar sık sık tekrarlar, genellikle gece ve sabaha karşı artar veya yoksa bu saatlerde ortaya çıkabilir. Egzersiz, infeksiyon, çeşitli iritanlar ve duyarlı olunan allerjenler tetik çeken faktör olabilir. Bu semptomların hiçbiri astma için

%100 karakteristik olmayıp, diğer bir çok göğüs hastalığında da görülebilir. Bu nedenle astma tanısı koymak bazen çok zor olmaktadır.

Hastaların yarıya yakınında perrenial rinit veya rinosinüzit olaya eşlik eder. Göğüs ve sırt ağrıları, terleme fazlalığı, astma atağı öncesi boyun civarında kızarıklık ve kaşıntı da bazı hastalarda şikayet nedenidir. Bazı durumlarda kronik ve rekürren öksürük, astmanın tek bulgusudur. Geceleri ortaya çıkan ve devam etme eğilimi gösteren kuru öksürüğün en önemli sebebi astmadır. Şiddetli öksürük nöbetleri sonucu bazen mukoid, açık renkli, koyu kıvamlı, parça şeklinde sanki tıkaç gibi az miktarda bir balgam ekspektore edilebilir ve hastalar bu balgamı çıkarınca rahatladıklarını ifade ederler. Erişkin astmalıların yaklaşık %5'inde atopik dermatit vardır. Anamnezde mutlaka provoke edici faktör ve durumlar, hafifletici durum ve etkenler, hastalığın derecesi, astmanın birlikte olduğu diğer hastalıklar ile hastanın psikososyal statusu ayrıntılı olarak sorgulanmalıdır. Böylelikle kontrollerdeki değerlendirmeler, bazal bilgilerin ışığında daha kolay ve yararlı olacaktır. Ayrıca yüksek riskli hastaların da bilinmesi özel bir önem arz etmektedir. Astma genellikle tedaviye çok iyi yanıt verirken, bazı özel riskli hasta gruplarının tedavisi ise zor olmaktadır (ömeğin; brittle astma gibi unstable kliniği olanlar).

I- Provoke edici faktör ve durumlar

Bunlar kabaca allerjik veya nonallerjik özellikte olabilirler. Hastayı etkileyen bir faktörle sürekli temas halinde olmak, astmayı kötüleştirebilir. Bu nedenle tesbit edilen faktörlerden eğer imkan dahilindeyse, kaçınılmalıdır. Hasta uygun bir tedavi ile, zamanla, bu faktörleri tolere edebilir.

- Egzersiz (işte, okulda, diğer zamanlarda, süresi)
- Enfeksiyonlar (sıklığı, şiddeti ve tedavilere yanıtı)
- Allerjenlerle ilgisi (mevsim, hayvanlar, iş ortamı, ev tozu teması, hobileri, eşlik eden rinokonjonktivit, önceki allerji testi sonuçları)
- İrritanlar (sigara, tozlu ortamlar, çevresel hava kirliliği)
- Soğuk (soğuk havada egzersiz, soğuk sıvı içme)
- Diğer ilaçlar (beta blokerler, aspirin ve diğer nonsteroid antiinflamatuar analjezikler, diğerleri)
- Emosyonel durum, stress (hiperventilasyon, panik ataklar)
- Gıdalar ve gıda katkı maddeleri (sülfidler, monosodyum glutamad, boyalar).
- Hanımlar için adet dönemleri ve hamilelik esnasında hastalığın seyrinde değişiklik olup olmadığı

II- Hafifletici durum ve etkenler

- Dinlenme, fiziksel aktiviteden kaçınma
- Tesbit edebildiği allerjen ve iritanlardan kaçınma
- İlaçlara yanıt (beta mimetikler, steroid vs)
- Daha önce immünoterapi olmuş mu? Yarar görmüş mü? Nerede ve hangi allerjenlere karşı yapılmış? Yan etkileri olmuş mu? Kaç yıl sürmüştü? Bu esnada ilaç tedavisi de kullanmış mı?

III- Hastalığın derecesi

- Semptomların şiddeti: Sıklığı, günlük ve haftalık epizod sayısı, süresi, tedaviye yanıtlan
 - Günlük aktivitenin kısıtlanması: Yürüme (düz yol ve yokuşta), kaç kat merdiven çıkabildiği, spor yapıp yapmadığı, günlük uykusu, nokturnal astma olup olmadığı, sayısı ve sıklığı, cinsel yaşamı ve diğer günlük aktiviteleri
 - Hastane başvuruları: Sayısı, sıklığı, yatışı varsa süresi, entübe edilip edilmediği, yoğun bakıma alınıp alınmadığı
 - Acil servis ziyaretleri: Sayı ve sıklığı (son bir ayda, son bir yılda), provoke eden faktörler nelerdir?
 - Kaybolan iş ve okul günleri: İş ve okuldaki performansı
 - Semptomların (özellikle öksürüğün) yan etkileri: inkontinans (özellikle hanım astmalılarda üriner ve fekal olarak), hemiler, kosta kırıkları, göz içi kanamaları, kusma, senkop, pnömotoraks ve pnömomediasten öyküsü
 - İlaç kullanımı: Sistemik steroid, beta mimetik (uzun etkili, kısa etkili, günde kaç puf kullandığı, ayda kaç tüp kullandığı), inhaler steroid, nedokromil sodyum, teofilin, ipratropium bromide ve diğerleri (öksürük şurupları, mukolitik, ekseptoranlar, antihistaminikler, antibiyotikler vs).
 - Önceki testleri: Pefmetre takibi ve spirometri sonuçları

IV- Astmanın birlikte olduğu diğer hastalıklar ve durumlar (başlangıcı ve süresi)

- Rinit: Mevsimsel, perrenial (yılboyu)
- Sinüzit ve nazal polip

- Kronik obstrüktif akciğer hastalığı
- Gastroözofageal reflü
- Egzema: Lokalizasyonu, süresi, astma aktivasyonu ile ilgisi
- Kalp hastalığı
- Hipertansiyon
- Glökom
- Psikiyatrik hastalıklar

V- Halen alınan tüm ilaçların tam listesi;

- Astma için alınanlar
- Eğer varsa diğer hastalıklar için alınanlar
- Reçetesiz ilaçlar
- Uyguladığı alternatif tedavi metodu veya metodları olmuş mu?
- Aşılari: İnflüenza, pnömokok

VI- Psikososyal durumunun da ayrıntılı olarak öğrenilmesi bizlere, hastaya yaklaşımda büyük oranda yardım sağlayacaktır.

— Evi: Isınması, eşya durumu, halılar, evde hayvan olup olmadığı (hamam-böceği, fare gibi hayvanlar dahil), hobileri var mı? şimdiki evde oturma süresi, önceki oturduğu evlerle fark var mı? evde kaç kişiler?

— Mesleği: Halen ve önceden çalıştığı yerler, iş ortamı, günlük aktivitesi, ortamda kendisini etkileyen allerjen ve iritanlar var mı?

— Okul : Performansı, öğretmen ve arkadaşları ile uyumu

— Hobileri: Hayvan besleme, evdeki diğer kişilerin hobileri

— Eğitimi: Genel eğitim düzeyi, astma hakkındaki bilgisi, astma hakkında özel eğitime ihtiyacı olup olmadığı

— Maddi durumu: Sosyal güvencesi var mı? yoksa genel olarak maddi imkanları ne düzeydedir?

— Hastanın astmasına yaklaşımı : Genel değerlendirme, korkuları, astmayı kabul edip etmediği, ailesinin astmasına yaklaşımı, astmanın hayatına etkisi ne oranda olmuştur?

— Kişiliği ve varsa psikiyatrik sorunları: Anksiyete, ilaç ve madde bağımlılığı, depresyon, inkar, evlilik ilişkisi, somatizasyon, kabaca cinsel sorunu olup olmadığı (halen ve önceden), major psikiyatrik sorunları

VII- Ailesi hakkındaki bilgiler de unutulmadan sorgulanmalıdır.

- Astmalı akrabaların olup olmadığı (bronşit, nefes darlığı vs)
- Solunum sistemi hastalıkları
- Allerji, rinit ve egzema
- Evlilik durumu

YÜKSEK RİSKLİ HASTALARIN TANINMASI

Aşağıdaki özelliklere sahip olan astmalı hastalar, hayatı tehdit edici astma atağı geçirme yönünden potansiyel olarak risklidir ve yakın takip gerektirirler:

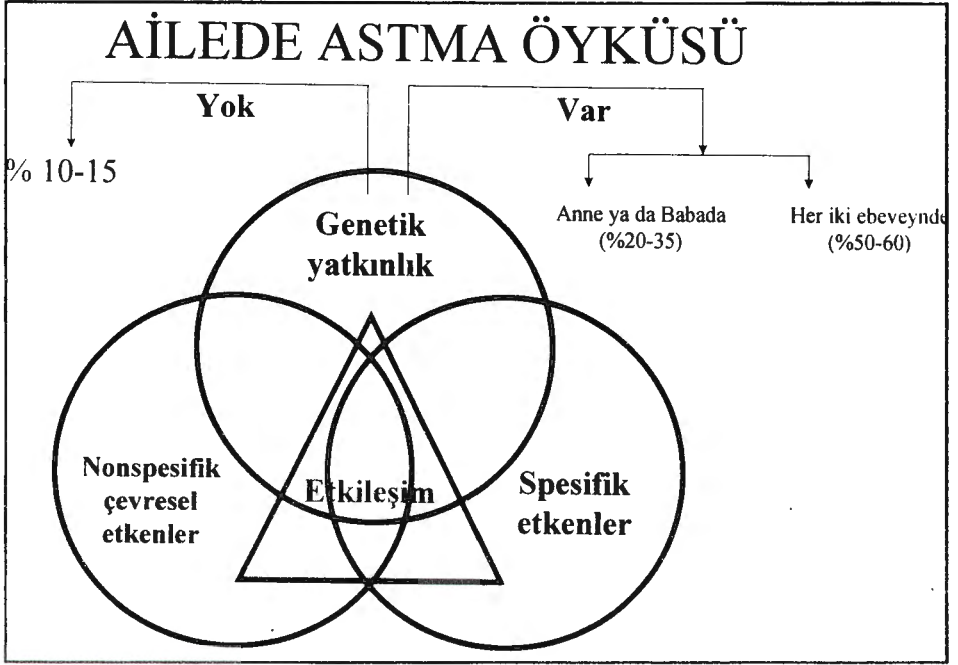
- Son 12 ay içinde astma atağı nedeniyle sık acil servis ziyaretleri ve hastaneye bu nedenle yatırılma,
- Önceki astma atağı başvurularında yoğun bakıma yatırılma veya ölümcül derecede tehlikeli atak (near-fatal) geçirme öyküsü,
- Özellikle ciddi nefes darlığı veya boğulma hissi ile birlikte olan gece atakları,
- Günlük pefmetre takibinde %25'den fazla diüurnal değişim,
- Gıdalara (özellikle fındık türü) karşı allerjik olmak. Bunlar bir çok gıdanın içine katıldığından, hasta bilmeden yiyebilir,
- Aspirin ve diğer nonsteroid antiinflatuar ilaçlara intolerans,
- Özellikle gençlerdeki yetersiz tedavi kullanma eğilimi ve kötü hasta-doktor ilişkisi,
- Bazı hastalar spirometrik testlerle gösterilen solunum kapasite bozukluğunu hissetmeyebilir veya önemsemeyebilir. Veya başka bir deyişle hastalıkları önemli derecede olmasına rağmen, semptom vermeyebilirler,
- MDI bronkodilatörleri çok sık kullanmak,
- Hastanın astma hastalığını kabul etmemesi, inkar etmesi ve psikososyal sorunları olması.
- Halen sistemik steroid kullanan veya yakın zamanda bırakan hastalar.

ASTMA, GENETİK VE ATOPIK HASTALIKLAR

Astma genetik zeminli bir hastalık olduğundan aile öyküsü çok önemlidir ve çoğu kez (%60-90) birinci/ikinci derece akrabalarda astma/rinit ve/veya dermatit teşhisi veya semptomları bulunur. Hastanın özgeçmişinde, çocukluk döneminde atopik dermatit, rinit, tekrarlayan bronşit, spastik bronşit, allerjik bronşit vs gibi hastalıkların olması da astma lehine kuvvetli delillerdir.

Günümüzde kabul gören genel bir görüşe göre astma ve rinit tamamen aynı patogeneze sahip muhtemelen tek bir hastalıktır. Astmadan rinite veya rinitten astmaya geçiş ve birliktelikler çok sık olarak karşımıza çıkan durumlardır. Mevsimsel rinite göre yılboyu süren rinit veya rinosinüzitte astmaya geçiş daha sık olmaktadır. Bazı araştırmacılar burunu, iki adet düz adalesi olmayan konjeste bronş olarak tanımlamakta ve astma ile riniti muhtemelen aynı hastalığın iki ayrı komponenti olarak görmektedir. Astmalılann yaklaşık %30-50' sinde perrenial rinosinüzit bulunmaktadır.

Yapılan bronş provokasyon testleri ile atopik dermatitli çocuklarda %70'e varan oranlarda bronş hiperreaktivitesi bulunmuştur. Atopik dermatit genellikle daha erken yaşlarda başlamakta ve çocukluk çağı astması için bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Atopik dermatit ve astma'nın birlikte olduğu hastaların yanında, semptomların şiddeti arasında bir paralellik vardır. Yani astmanın alevlendiği dönemlerde, hastaların dermatolojik sorunu da artma eğilimi göstermekte veya düzelmeye dönemine beraber girilmektedir. Her iki hastalık zamanla spontan olarak düzelebilmekte veya en azından semptomların şiddeti azalabilmektedir. Düzelmeye oranı, her iki hastalığın birlikte olduğu durumlarda daha seyrek olur. Eğer ailede atopik dermatit öyküsü var, hastalık 1 yaşından önce ve şiddetli olarak başlamışsa ve astma ve/veya rinit olaya eşlik ediyorsa spontan düzelmeye şansı %15'den azdır. Buna karşın bu sayılan tablonun olmadığı durumlarda iyileşme oranı %80'den fazladır. Cinsiyet yönünden bakıldığında erkekler biraz daha şanslı olarak görünmektedir. Migrenli annelerden doğan çocuklarda astma ve atopik dermatit'in biraz daha sık görüldüğü zannedilmektedir. Önceden veya halen sigara kullanmakhastada astmaya ilave diğer hava yolu hastalıklarının da olabileceğini işaret eder. Astmalılar genelde sigara içemedikleri gibi içen birisinin de yanında duramazlar. Ancak hafif intermittan astmalıların bazıları, aradaki sağlıklı dönemlerinde etkilenmeden sigara içebilir. Enteresan olarak, önceden sigara içip bırakmış kişilerde astma daha yüksek oranda ortaya çıkmaktadır.



Şekil 1: Spesifik ve nonspesifik çevresel etkenler ile genetik yatkınlık, astmanın ortaya çıkmasında birlikte rol oynarlar.

Bronş astması genelde yılboyu sürer, ancak ender olarak sadece belli mevsimlerde de ortaya çıkabilir. Mevsimsel olan astmalılar genellikle polenlere karşı duyarlıdır (polen astması). Ancak nadiren ev tozu akarı (mite) ve küf mantarı (fungus) allerjisi olan hastalarda da mevsimsel yakınma dönemleri olabilir. Mite allerjik astmalıların az bir bölümünde yakınmalar sadece mite'lerin yoğun olarak bulunduğu sahil bölgelerinde ortaya çıkar. Bunlar yakınmalarının belli şehirlerde olduğunu anlatan hastalardır.

HASTALIĞI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Normal kişilerin solunum fonksiyon kapasiteleri vücudun diümal varyasyonundan etkilenmekte ve bunun sonucu olarak sabah-akşam PEF değerleri arasında ortalama %8'lik bir fark ortaya çıkmaktadır. Bu diümal değişim, astmalı kişilerde spontan olarak veya bazı faktör ve olaylardan etkilenerek, daha abartılı bir şekilde karşımıza çıkar. Üst ve alt solunum yolu infeksiyonları (çoğunlukla rinovi-

rus, adenovirus, influenza, parainfluenza, klamidya), allerjenler (inhalasyon, injeksiyon veya oral yoldan alınanlar), egzersiz, soğuk hava ile temas, gastro-özofageal reflü, hiperventilasyon, tiroid hastalıkları, mesleksi ajanlar (hayvan antijenleri, toluen diizosiyanat, un vs.), ilaçlar (aspirin ve diğeri nonsteroid antiinflatuar ilaçlar, beta agonistler, lokal anestezipler, anjiyotensin konvertan enzim inhibitörleri vs), çevresel kirlenimler (sülfürdioksit vs), psikolojik faktörler ve seyrek olarak bazı gıdalar ve gıda katkı maddeleri (sodyum benzoat, sülfidler, monosodyum glutamat, tartrazin vs) hastaları etkileyen belli başlı faktörlerdendir. Hanım hastaların üçte biri menstrüel siklus ve gebelik dönemlerinden olumlu veya olumsuz olarak etkilenmektedir. Bazı hastaların semptomları ise sadece viral infeksiyonlarla ağırlaşmaktadır.

FİZİK MUAYENE

Muayene esnasında hastanın semptomları varsa fizik bulguları da olabilir. Ama semptomsuz dönemlerde başvuran hastalarda genellikle olumlu bir bulgu bulunmaz. Bu nedenle fizik muayenenin normal oluşu asla astmayı ekarte ettirmez.

Ağızdan derin nefes alıp verme esnasında, bronş hiperreaktivitesi olanlar kuru kuru öksürük olabilir. Veya zorlu bir ekspirasyon yapıldığında wheezing/ronküs duyulabilir. Akciğerde rallerin oskulte edilmesi astma dışı bir başka hastalığı düşündürmelidir. Atak esnasında değişen derecedeki bronkospazm ve hiperinflasyonun yol açtığı bulgular saptanabilir. Yani;

- öksürük
- belirgin nefes darlığı
- hırıltılı solunum (wheezing)
- ortopne
- ronküs
- taşikardi
- terleme
- kan basıncı oynamaları
- yardımcı solunum adalelerini kullanma
- pulsus paradoksus bulunabilir.

- Atak derinleştikçe akciğere giren hava azalacağından solunum sesleri yüzeyleşerek kaybolabilir (silent chest=sessiz göğüs), bu durum kritikleşmenin önemli bir bulgusudur.
- Göğüs ön-arka çapı genişlemiş, venöz dolgunluk, vibrasyonda azalma ve perküsyonda hipersonorite tabloya eşlik etmektedir.
- Atağın şiddeti arttıkça hastanın konuşması bozulur ve giderek cümleleri rahat söyleyememeye başlar.
- Nisbeten rahat, sırtüstü yatabilen ve terlememiş hastalarda PEF ortalama 225 lt/dk, ortopneik ancak terlememiş hastalarda 135 lt/dk ve ortopneik ve terlemiş hastalarda ise 75 lt/dk civarındadır.
- Tesbit edilen santral siyanoz ventilasyonun ciddi olarak bozulduğunun ve PaO₂'nin yaklaşık 50 mmHg ve SaO₂'nin %85'in altında olduğunun ifadesidir.
- Nabızın 120/dk üzerine çıkması atağın ciddiyetini gösteren bir diğer önemli bulgudur.

Pulsus paradoksus; dinlenme pozisyonunda normal bir kimsenin inspirasyon ve ekspirasyonu, sistolik kan basıncında hafif bir değişikliğe yol açmaktadır. Bu değişiklik en fazla 8 mmHg'dir. Astma atağında kalbe dönüş yapan kan miktarı azalacağından, bu fark 50 mmHg kadar olabilmektedir. Tüm klasik kitaplarda belirtilmesine karşın pratikte sık olarak kullanılmamaktadır. Erişkin astmalıların bir bölümünde ise hastalıkları kontrol altına değilse, hafif derecede bir kan basıncı yüksekliği saptanabilir. Bu direkt hipertansiyon olarak yorumlanmamalı ve astmaya yönelik antiinflamatuvar tedavi başladıktan sonra tekrar kontrol edilmelidir. Hastanın astması kontrol altına girdikten sonra genellikle kan basıncı değerleri de buna paralel olarak normale inmektedir.

Şuur bozukluğu, koma hali, solunumun durmak üzere olması hastanın terminal döneme yaklaşımını gösteren önemli bulgulardır.

SOLUNUM FONKSİYON TESTLERİ

Bu testler reversibl hava yolu obstrüksiyonu paterni gösterebilir. Beta mimetik bir ilaçla yapılan "bronkodilatasyon testi" sıklıkla yol göstericidir. Burada 200 mcg salbutamol veya 500 mcg terbutalin inhalasyonundan 10-15 dk sonra FVC ve/veya FEV₁'de bazal değer üzerinden %12 civarında veya mutlak 200 ml'lik bir düzelme sağlanıyorsa, tipik anamnez de uyumlu ise astma tanısı konur. Bazı hastalarda bu erken reversibilite testi negatifse, hasta 2-6 haftalık inhale/sistemik steroid tedavisine alınır. Tedavi sonrasında ölçülen değerlerde %15'lik bir düzelme varsa

"geç reverzibilite testi" pozitif olarak yorumlanır. Hastalarda PEF, FEV₁, FEV₁/FVC oranı, MMEFR azalmış buna karşılık FRC, RV, TLC ve hava yolu direnci artmıştır. Ayrıca FEF_{%25-75}, FEF_{%25}, FEF_{%50}, FEF_{%75} ve FEF_{%75-85} değerleri de azalabilir.

Normal solunum fonksiyonu bulunan hastalarda tanı için "PEF izlemi" yapılabilir. Burada hastadan sabah ve akşam saatlerinde ve semptomlu olduğu esnada kendi kendine PEF ölçümü yapması istenir. Ölçüm sürekli olarak aynı aletle yapılmalı ve hasta kontrole geldiğinde aletini yanında getirmelidir. Günlük PEF değişkenliğinin;

$$\left(= \frac{\text{PEF akşam} - \text{PEF sabah}}{1/2 (\text{PEF akşam} + \text{PEF sabah})} \times 100 \right)$$

Tablo I

Solunum fonksiyon testi sonuçlarının değerlendirilmesinde önemli noktalar

1. FEV₁, PEF, VC, FVC ve DLCO'nun normal değerleri %80'in üzerindedir.
2. FEV₁/FVC <%70 kesinlikle obstrüktif bozukluğu gösterir.
3. Bronkodilatatör (BD) yanıtta; akım hızlarında en az %12'lik bir artış olmalıdır.
4. Obstrüktif hastalıklarda bazen FEV₁ normal olabilir. Bu durumda obstrüksiyon kararı;
 - FEV₁/FVC oranına bakılarak ve/veya
 - BD sonrası FEV₁'de artış olup olmadığına bakarak verilmelidir.
5. Nadiren FEV₁/FVC oranı da obstrüktif hastalıklarda normal olabilir. Bu durumda obstrüksiyon kararı;
 - FEV₁ değerindeki düşüklüğe ve/veya
 - BD sonrası FEV₁'de artış olup olmadığına bakarak verilmelidir.
6. Restriktif ve obstrüktif tipte bozukluğu birlikte olan hastalarda, FEV₁/FVC oranı bazen normal olabilir. Bu durumda obstrüksiyon kararı daima BD sonrası FEV₁'de artış olup olmadığına bakarak verilmelidir.
7. DLCO amfizemde azalır ama kronik bronşit veya astma'da azalmaz.
8. Obstrüktif hava yolu bozukluğu düşünülen bir hastada aşağıdaki durumlarda bronkodilatatör yanıt alınmayabilir:
 - Hasta zaten kısa bir süre önce bronkodilatatör ilacını kullanmış ve maksimal bronkodilatasyon sağlanmıştır. Bu nedenle test esnasında verilen bronkodilatatöre yanıt olmaz.
 - Hava yolunu kaplayan kuvvetli bir ödem ve sekresyon vardır.
 - Bazen ender olarak, viral bir infeksiyon sonrasında hava yolundaki beta reseptörler tahrip olur ve yeniden rejenere olan kadar betamimetiklere yanıt görülmez.
9. Normal solunum fonksiyon testleri, testin yapıldığı kişinin her zaman normal olduğu anlamına gelmez.

%20 ve daha fazla olması durumu anlamlı ve astma lehinedir. PEF izlemi bronş astması ile kronik obstrüktif akciğer hastalıklarının ayırıcı tanısında da güvenilir bir yöntem olarak kullanılmaktadır. Astmada günlük diümal değişkenlik, çok daha abartılı olarak ortaya çıkmaktadır. Unutulmaması gereken nokta, PEF ölçümünün efora bağımlı olduğudur. Şu ya da bu nedenle yapılan "submaksimal efor" bu testin güvenilirliğini azaltır.

Testlerde bulunan hava yolu obstrüksiyonunun derecesi her zaman astmanın semptomları ve muayene bulguları ile korele olmayabilir. Bazen çok ciddi hava yolu obstrüksiyonunda dahi oskültasyonla anormallik alınmayabilir. Veya bazen de minimal hava yolu obstrüksiyonu olan hastaların çok fazla şikayeti vardır.

AKCİĞER GRAFİSİ

Akciğer grafisi normal olabileceği gibi, atak esnasında hiperinflasyon bulguları da gösterebilir (yaygın olarak havalanmada artma, interkostal aralıklarda genişleme, diafragmalarda düzleşme vs). Seyrek olarak pnömotoraks, pnömomediastinum, derialtı amfizemi bulguları, pnömoni, atelektazi, kosta kırıkları vs tesbit edilebilir. Hastanın her muayenesinde ve ataklar arası dönemde rutin olarak istenmesi gereksizdir. Ancak; tanı kesin değilse, astma ile açıklanması zor semptomlar ve komplikasyonlara ait (mukus tıkaçı, atelektazi, pnömotoraks vs) fizik bulgular varsa istenmelidir. Astmadan ziyade, astma dışı durumları göstermek için yararlıdır.

DIĞER TESTLER

Bu grupta yer alan testlerin rutin olarak her hastaya yapılması gerekmez. Yapılmasının gerekli olduğu düşünülüyorsa ve eğer hasta ilk basamak sağlık merkezlerinde ise, bu testlerin yapıldığı daha büyük bir merkeze gönderilebilir. Bunlar; bronş provokasyon testleri, allerji deri testleri, IgE ölçümü ve periferik kanda eozinofil sayımıdır.

Nonspesifik bronş provokasyon testleri (Metakolin, distile su ve/veya Histamin ile) hastanın bronş hiperreaktivitesini gösterebilir. Hastaların kendi ölçtükları günlük PEF kayıtları da, hava yolu hiperreaktivitesini aynı Metakolin testi kadar veya belki de ondan daha güvenilir olarak gösteren bir diğer önemli parametre olarak kabul edilmektedir.

Allerjik değerlendirme ise tüm dünyada, standart bazı allerjenler kullanılarak yapılır. Bunlar o ülkede bulunan bazı bitki polenleri(karışımı da olabilir), bazı sıcakkanlı ev hayvanı antijenleri, evtozu akarları ve genellikle kapalı ortamlarda allerjik problemlere yol açan birkaç fungus türünün antijenleridir. Bu standart test için genellikle 6-8 arası antijen yeterlidir. Sadece araştırma amacıyla, daha fazla sayıda antijen kullanılabilir. Çocuk hastalarda kullanılabilen gıda antijenleri, erişkinlerde rutin olarak kullanılmaz.

Bu test sonucu (deride prick test veya kanda RAST, ELISA ile herhangi bir yaygın inhalant allerjen için spesifik IgE antikorunun bulunması) en az bir antijene karşı pozitifliğin olması, hastada atopik bir yapının bulunduğunu gösterir. **Atopi**; sağlıklı, hiçbir yakınması olmayan kişilerin de yaklaşık üçte birinde tesbit edilen bir durum olduğundan, eğer hastanın yakınmaları test sonuçları ile uygunluk göstermiyorsa fazla bir önem taşımayabilir. Başka bir deyişle astma ile atopi arasında kuvvetli bir ilişki vardır ama bu ne bütün astmalıların atopik olduğu ve ne de bütün atopiklerin astmalı olacağı anlamına gelmez. Atopik kişilerin çoğu astmalı değildir, deri testi ile tesbit edilen atopi erişkin astmalıların %35-40'ında, çocuk astmalıların ise kabaca yansında tesbit edilen, ayrı genetik geçişi olan bir durumdur. Bu testi yapmanın esas amacı; eğer hastanın bulunduğu ortamda kendisine dokunan bir allerjen varsa ondan uzaklaşmanın sağlanmasıdır (bakınız Tablo II).

Tablo II
Deri prick testinin değerlendirilmesi

- Atopik yapının gösterilmesi
- Klinik öyküde geçen bazı durumların pozitif ya da negatif anlamda açıklanabilmesi
- Korumaya önlemlerin tavsiyesi
- Allerjik etyoloji açısından anamnez yeterli ise rutin olarak yapılması gereksizdir (ör; polen veya kedi allerjisi çoğu kez anamnez ile teşhis edilebilir)
- Antihistaminik alan, dermografizmi ve test alanında ciddi egzaması olan hastalara ve hamilelere yapılmamalı
- Üç yaşından küçük ve çok yaşlılara yapılmamalı
- Çok ender de olsa bu test esnasında ölümcül anafilaktik reaksiyonlar bildirilmiştir, mutlaka gerekli önlemler alınmalıdır.

Ülkemizde de astmalılar için diğer Avrupa ülkelerinde olduğu üzere, eğer atopik bir yapı varsa, en sıklıkla evtozu akarlarına (mite) karşı duyarlılık saptanmaktadır. Bu durumda en geçerli tedavi yöntemi, hastanın yaşadığı ortamda uygulanan çeşitli koruyucu önlemlerle (yatak odasından halının kaldırılması, her gün elektrik süpürgesi ile evin süpürülmesi, evden kaldırılamayan halı ve mobilyaların özel akarisitlerle temizlenmesi vs) bu canlıların popülasyonunu azaltmak veya ortadan kaldırmaktır. Burada belirtilmesi gereken önemli bir nokta; pozitif deri testi yanıtının immünoterapiye (aşı tedavisi) başlama kriteri olmadığıdır. Üstelik immünoterapi astım hastalığında etkisi kesin olarak kanıtlanmış bir tedavi yöntemi bile değildir ve üzerinde hala tartışmalar sürmektedir. Özellikle erişkin astmalılarda buna bağlı bazı ölümcül reaksiyonların görüldüğü de bilinmektedir. Maalesef ülkemizde bu tedavi yönteminin gereğinden daha sık ve istismar düzeyinde kullanıldığı da bir gerçektir.

Kan gazları klinik durumun ağırlığına göre değişkenlik göstermektedir. Astma atağı başlangıcında hiperventilasyona sekonder olarak PaCO₂ düzeyi düşük-

Tablo III
Normal ve astmalı kişilerde, hastalığın değişik dönemlerinde tesbit edilen arter kan gazı bulguları.

	PaO ₂	PaCO ₂	Yorum
Normal kişi	85-100 mm Hg	36-44 mm Hg	Normal
Hafif astma	>80 mm Hg	35-40 mm Hg	Gaz değişiminde minimal bozulma başlıyor
Orta astma	60-80 mm Hg	35-40 mm Hg	Akciğerde V/Q'u bozuk alanlarda artma
Ciddi astma	40-60 mm Hg	Düşük/normal	Akciğerde V/Q'u bozuk alanlarda artma. A-a pO ₂ >70 mm Hg
Ciddi astma	40-60 mm Hg	>44 mm Hg	Ventilasyon yetersiz, asidoz ve A-a pO ₂ >70 mm Hg
Ciddi astma	<40 mm Hg	Düşük, normal veya yüksek olabilir	Akciğerde ciddi V/Q bozukluğu ve hayatı tehdit edici boyutta hipoksi

*A-a pO₂ : Alveoler-arteriyel oksijen gradienti

tür. PaCO₂ tablo ağırlaştıkça önce normale gelir ve daha sonra birikmeye başlar. Yani astma atağının şiddetinin erken göstergesi olarak PaCO₂ önemli bir yere sahiptir ve düzeyinin 40 mmHg civarında olması normal kabul edilmemelidir (bakınız Tablo III). Bu durumun en önemli nedenlerinden biri solunum adalelerindeki yorulmadır. FEV₁'de %50'den fazla azalma solunum adalelerinin iş yükünü 7-10 misli artırır. FEV₁ %25'in altına indiğinde ise PaCO₂ birikimi başlar. Tesbit edilen santral siyanoz ventilasyonun ciddi olarak bozulduğunun ve PaO₂'nin yaklaşık 50 mmHg ve SaO₂'nin %85'in altında olduğunun ifadesidir. pH takibi de önemli olup, ortaya çıkan metabolik asidoz ciddi hava yolu obstrüksiyonunu gösterir. Atak esnasındaki en objektif değerlendirmenin arter kangazları analizi olduğu kabul edilmektedir.

Elektrokardiografi; genellikle normaldir. Atak esnasında sinüzal taşikardi, sağ dal bloğu, P pulmonale ve ST-T değişiklikleri görülebilir. Rutin olarak çekilmesi gereksizdir.

Astmalılann balgamı genellikle az, koyu kıvamlı ve açık renklidir. Rengi içerdiği inflamatuvar hücrelere bağlı olarak infeksiyon olmadan da sarı ya da yeşil olabilir. Bu nedenle Gram ve Write boyamaları gerek duyulduğunda yapılmalıdır. Balgamda sıklıkla eozinofiller, **Charcot-Leyden kristalleri** (kristalize eozinofil proteinleri), **Curschmann's spiralleri** (mukus ve hücresel artıkların koyulaşarak bronşiolerin şeklini alması) veya **Creola cisimciği** (hava yolundaki epitel hücre demetleri) saptanabilir. Özel ve spesifik bir teşhis markeri olmayan astma için son yıllarda bir çok tetkik üzerinde durulmakta, balgamda ve serumda bakılan eozinofil hücrelerinin bir ürünü olan **Eozinofil Katyonik Protein (ECP)** ile ilgili yoğun araştırmalar yapılmaktadır.

Astmalılarda total IgE düzeyi ölçümleri de sağlıklı kişilere göre yüksek olarak bulunmaktadır. Ancak bu testin spesifite ve sensitivitesi çok düşük olduğundan rutinde kullanımı önerilmemektedir.

KLİNİK SINIFLAMA

Astma hakkında bir çok sınıflama bulunmakla birlikte klinik bakımdan bu sınıflamaların büyük bir önemi yoktur. Esas olarak bilimsel araştırmalarda, tedavi denemelerinde ve ilaç çalışmalarında kolaylık olması nedeniyle düşünülmüştür (atopik-nonatopik, intrinsek-extrensek vs). Geleneksel olarak atopik kişilerin astmasına ekstrinsek veya allerjik astma, non-atopik kişilerin astmasına da intrinsek

veya nonallerjik astma denmektedir. Ayrıca başlama yaşına göre erken veya geç başlayan astma (30 yaşından önce ve sonra), egzersiz ile oluşan astma, mesleki nedenlerle tetiklenen astma, premenstrüel astma, aspirin astması (=Samter sendromu; bronş astması, perrenial rinosinüzit, nazal polip ve analjezik intoleransı), kliniğin aniden değiştiği instabil astma (ki bu grup; brittle astma, noktural astma ve premenstrüel astma'dan oluşur) vs gibi bir çok çeşit tanımlanmıştır. Hastaların çoğunluğu mikst durumdadır ve çok ender olarak "tek özelliğe" bulunurlar. Tedavi edilmeyen hastaların hemen hepsinde noktural astma bulunur, hanım hastaların üçte birinde premenstrüel astma kliniği vardır, egzersiz hemen tüm hastalar için tetik çeken önemli bir faktör olup izole egzersiz astması çok nadir olarak görülmektedir. Genç hastalarda deri/kan testleriyle gösterilen ve %30-50'ye varan atopi oranı, orta yaş geçtikten sonra azalarak %15'lere kadar düşer. Hastalığın klinik özellikleri hangi gruptan olursa olsun, hepsini birleştiren ortak özellik, bronş sisteminin kronik inflamasyondur.

KOMPLİKASYONLAR

Hastalığın akut atak ve kronik dönemlerinde değişik boyutlarda komplikasyonlar görülmektedir. İyi tedavi edilmeyen veya hiç tedavi edilmeyen hastalarda öksürüğe bağlı hemiler, senkop, göz içi kanamaları ve hanım hastalarda üriner enkontinans sık olarak görülür. Özellikle üriner enkontinans astmalı hanımların doktorlarına dahi açıklamakta zorluk çektikleri önemli bir sorundur. Yeterli bir anti-inflamatuar tedavi ile enkontinans sorunu da (eğer organik bir bozukluk yoksa) ortalama 10 gün içinde ya tamamen düzelmekte ya da minimuma inmektedir.

Akut atak esnasında görülen komplikasyonlar ise; pnömotoraks, mediastinal amfizem, pnömoni, atelektazi ve kosta kırıklardır. Kosta kırıkları atak dışı dönemlerde genellikle hanım hastalarda olmak üzere sıradan öksürükler esnasında da görülebilir. Pnömotoraks ve mediastinal amfizem, astma atağı esnasında seyrek görülen durumlardır. Her iki durum da hastanın kliniğinden şüphelenilip çekilen akciğer grafisi ile teşhis edilir. Ancak hiperinflasyonun çok belirgin olduğu ataklarda, akciğer grafisinin değerlendirilmesi her zaman pek de kolay olmamaktadır. Mediastinal amfizeme bazen ciltaltı amfizemi de eşlik edebilir.

Hastalığın ileri dönemlerinde olaya amfizem ve küçük hava yolu hastalığı da katılabilir. Bu gibi durumlarda göğüs ön-arka çapı genişler. Özellikle çocukluk döneminde başlayan astmalılarda çeşitli göğüs deformitelerine sık olarak rastlanır.

Astmanın küçük hava yolu hastalığı ile birlikte olduğu durumlarda kor pulmonale tablosu da gelişebilmektedir.

AYIRICI TANI

Bronş astması ile karışan diğer hastalıklar Tablo IV'de gösterilmiştir. Bu hastalıkların bazılarını anamnez ve fizik muayene ile kolayca ayırdedilebilirken bazılarının için ileri tetkikler gerekmektedir.

Tablo IV
Bronş astması ile karışan diğer hastalıklar.

- Kronik hava yolu obstrüksiyonuna neden olan astma dışı akciğer hastalıkları
- Üst hava yolu obstrüksiyonu yapan nedenler (tümör, yabancı cisim, vokal kord paralizileri, psikojenik, glottik disfonksiyon, trakeomalazi, bronkomalazi, Munchausen sendromu vs)
- Sol ventrikül yetmezliği
- Pulmoner tromboemboli
- Hiperventilasyon sendromu
- Akut bronşiolitis
- Rekürrent aspirasyon
- Kistik fibrozis ve bronşektazi
- Endobronşial patolojiler; tüberküloz, amiloidoz, metastaz, karsinoid tümör, sarkoidoz, yabancı cisimler
- İmmotil silia sendromu
- Psikojenik veya alışkanlık öksürüğü
- İnterstisyel akciğer hastalıkları
- İnaktivite veya obezite nedenli egzersiz intoleransı.
- Anafilaksi veya anafilaktoid reaksiyonlar
- Vaskülitler (ör; Wegener granülomatosisi)

DOĞAL SEYİR VE PROGNOZ

Astmanın doğal seyri henüz tam olarak bilinmemektedir. Çocukluk astması ortalama yarı yarıya erişkin yaşta da devam edebilmekte; astmanın erken yaşta başlaması, çocukluk döneminde geçirilen pulmoner infeksiyonlar, atopik dermatit, sigara ile yoğun bir temas, FEV₁'de önemli düşüşler ve hastanın atopik olması önemli risk faktörleri olarak görülmektedir. Hastaların küçük bir bölümünde yeterli tedaviye rağmen ileriki dönemlerde irreversibl hava yolu obstrüksiyonu gelişebilir. Her zaman spontan remisyonlar görülebileceği gibi düzenli antiinflamatuvar tedavi alanların da bir bölümü remisyona girmektedir. İki yıllık düzenli bir antiinflamatuvar tedavi sonrasında hastaların %20-30'u asemptomatik olmakta veya bir başka deyişle remisyona girmektedir. Yani hastalık semptomatik ve asemptomatik dönemlerle seyreder. Bu özelliğinden dolayı da kolayca istismar edilmekte ve bir çok etkinliği olmayan metodlar hastalara önerilmektedir. Astma bazı hastalarda ömür boyu semptomlu olarak sürebilir. Remisyona giren ve klinik olarak düzeldiğini bildiren kişilerin çoğunda bronş hiperreaktivitesi testleri (örneğin metakolinle) pozitifliğini korumaktadır.

Hastalığa bağlı mortalite ve morbidite tüm dünyada artış trendi göstermektedir. Ölümlerin 2/3'ü hastane dışındadır. Hospitalize edilen hastalarda mortalite %1'in altındadır.

TEDAVİ

Günümüzde geçerli olan tıbbi tedavi "Uluslararası Astma Tedavi Konsensus Raporu" ve "Türk Toraks Derneği Bronş Astması Tanı ve Tedavi Rehberi"nde belirtilen esaslar üzerine kurulmuştur. Tedavi üç ana bölümden oluşmaktadır; hasta eğitimi, etkenlerden kaçınma ve ilaç tedavisi.

İlaç tedavisinin temeli; lokal olarak uygulama ve antiinflamatuvar + bronkodilatör tedaviye dayanmaktadır. Yeterli bir antiinflamatuvar tedavi alan astmalının yakınması olmayacağı gibi genelde bronkodilatör ilaçlara da pek ihtiyacı kalmayacaktır. Bronkodilatör olarak ilk tercih edilen grup, inhaler β 2 mimetiklerdir. İdeal olanı, hasta başına yılda bir kutudan az kısa etkili inhaler β 2 mimetik kullanılmasıdır. Atak nedeniyle olan sık acil servis ziyaretleri ve hastane yatışları, uygun bir antiinflamatuvar tedavi alınmadığının en güzel göstergesidir. Ancak hastalığın şiddeti arttıkça veya antiinflamatuvar tedavi ile ilgili bazı sorunlar ortaya çıkarsa, esas teda-

viye uzun etkili inhaler β_2 mimetikler, teofilin ve antikolinerjikler eklenmelidir. Astma devam ettiği sürece, tedavi de sürecektir.

KAYNAKLAR

1. National Asthma Education Program Expert Panel Report. Guidelines for the diagnosis and management of asthma. US Department of Health and Human Services. National Institutes of Health. Publication no: 91-3042A, Bethesda/Maryland, 1991.
2. International Asthma Management Project. International Consensus Report on Diagnosis and Management of Asthma. Allergy 1992; 47 (suppl 13).
3. Committee on the Definition, Treatment, and Management of Bronchial Asthma. Guidelines for the Diagnosis and Management of Bronchial Asthma. Allergy 1995; 50 (suppl 27).
4. Global Initiative for Asthma. Asthma Management and Prevention. A practical guide for public health officials and health care professionals. US Department of Health and Human Services. National Institutes of Health. Publication no: 96-3659A, 1995.
5. Barış YI (Editör). Solunum Hastalıkları Temel Yaklaşım. Türkiye Akciğer Hastalıkları Vakfı Yayınları No:6. Ankara 1995.
6. Toraks Derneği Bronş Astması Grubu. Bronş Astması Tanı ve Tedavi Rehberi. 1996.
7. National Asthma Education and Prevention Program Coordinating Committee. National Asthma Education and Prevention Program Task Force Report on the Cost Effectiveness, Quality of Care, and Financing of Asthma Care. Am J Respir Crit Care Med 1996; 154 (suppl 3).
8. National Asthma Campaign. Asthma Management Handbook 1996. National Asthma Campaign Ltd., Melbourne 1996.
9. International Union Against Tuberculosis and Lung Diseases. Management of Asthma in Adults. A guide for low income countries. Paris, 1996.
10. Barış YI, Şahin AA, Çöplü L, Emri S, Selçuk ZT, Savcı S. Bronş Astması El Kitabı(Editör Kalyoncu AF). Türkiye Akciğer Hastalıkları Vakfı Yayınları No:4. II. Baskı, Ankara 1996.

Ülkemizdeki Astmalıların Klinik Profili Üzerine Çok Merkezli Bir Araştırma

Astmalı hastaların klinik profilleri ülkeler arasında bazı farklılıklar göstermektedir. Burada bahsedilecek olan çalışmada ülkemizdeki astmalıların genel demografik özellikleri ile ilgili ayrıntılı döküman elde edilmiştir. TÜBİTAK tarafından TAG-0759 no ile desteklenen ve kliniğimiz yürütücülüğünde gerçekleştirilen bu çalışmada Ekim 1991'den itibaren bir yıl boyunca Ankara, İzmir, Adana, Samsun ve Elazığ'daki araştırma merkezlerine başvuran astmalılar prospektif olarak klinik yönden incelenmiştir. Çalışmaya Ankara'dan 459, Elazığ'dan 231, Adana'dan 188, İzmir'den 144 ve Samsun'dan 127 hasta alınmıştır (801 kadın, 348 erkek olmak üzere toplam 1149 astmalı). Hastaların ortalama yaşları 39.9 ± 13.3 olup, yaş dağılımları 15-91 arasındadır.

Kadınların %10.7'si ve erkeklerin %13.5'i hafif astmalı olup halen sigara içebiliyorken, kadınların %79.3'ü ve erkeklerin %49.1'i hayatlarında hiç sigara içmemiştir. Astmalı hanımların eşlerinin %49.4'ü ve erkek hastaların eşlerinin %5.3'ü ev içinde hasta yanında sigara içmektedir.

Hastaların %12.8'i evde hayvan beslemektedir. En sık beslenen hayvanlar kedi, kafes kuşları ve köpektir.

Astmanın teşhisinde çok önemli bir yeri olan pozitif aile öyküsü hastaların %60'ında vardır.

Hastaların çocukluk dönemlerinde %17.2 astma, %17 mevsimsel ya da perrenial rinit ve %7.8 atopik dermatit anamnezi bulunmuştur.

Hastaların muayenesi esnasında %34 oranında perrenial rinit ve/ veya rinosinüzit, %5.7 oranında atopik dermatit ve %2.5 oranında nazal polip tesbit edilmiştir.

Astma genelde hastaların %75.5'inde 16-45 yaş arasında başlamıştır. 16 yaşından önce başlama oranı %10.5 iken 45 yaşından sonra başlama %14'dür. Kadınlarda beş yaş öncesinde hastalığı başlayan yokken, erkeklerin %6.7'sinde astma bu dönemde başlamıştır. 15 yaşından önce erkek hastalarda astma başlama

oranı %16.9 iken bu durum kadınlarda %7.9'dur. Yani astma erkeklerde daha erken yaşlarda başlamaktadır. 60 yaşından sonra başlama oranı ise kadınlarda %1.7, erkeklerde %2.6'dır.

Hastaların %78.5'i araştırmaya alındıkları tarihte herhangi bir antiastma ilaç kullanmaktaydı. Kullanılan ilaçların dağılımları Tablo V'de gösterilmiştir. Düzenli ilaç kullanma oranı %41.1'di ve hastaların %19.1'i son iki hafta içerisinde hiç ilaç almamıştı. MDI tipi ilaç kullananların %37.1'i bunu yanlış kullanıyordu ve hastaların %35.5'i hayatlarında hiç MDI ilaç kullanmamıştı.

205 hasta (%17.8) önceden ya da halen immünoterapi olmuş ya da olmaktadır. Hastaların %56.4'ü bu yöntemi faydasız, %21.3'ü sadece yapıldığı sürece kısmen yararlı, %12.4'ü astmasına faydalı, %5'i rinitine faydalı ve %5'i de astması için zararlı olarak değerlendirilmiştir.

429 hasta herhangi bir alternatif tedavi yöntemini uygulamış ya da uygulamaktaydı. Bu hastaların elde edilen farklı reçeteler kitabın 152-156. sayfalarında ayrıntılı olarak verilmiştir. Bildirgin yumurtası en revaçta olan hayvansal ilacı. Hastaların genelde tba ve karpuzdan, sümüklüböcek veya kirpi kanına ve hatta insan plasentasına kadar bir çok enteresan(!) maddeyi kullandığı görüldü.

Son bir yıl içerisinde acil servislere astma atağı ile başvurma ve hospitalizasyon oranları da Tablo VII'de gösterilmiştir. Astma tedavisinin amacı, hastanın bronkodialatörlere ihtiyacının çeyrek ya da hiç olmamasıdır. Ancak bu araştırmaya alınan

Tablo V
Astmalılı hastaların kullandığı antiastma tedaviler (n: 901).

İlaç türü	Kullanım yüzdesi	MDI %	Tablet %	Şurup %	İM/TV %	Suppozituar %
Beta mimetik	64.7	77.1	41.1	8.5	-	-
Metilksantin	33.2	-	100	-	-/23.6	8.2
Steroid	32.6	83.5	14.4	-	5.1/4.2	-
Öksürük ilacı	18.8	-	3.8	96.2	-	-
Antibiyotik	15.5	-	85	-	15/-	-
Antihistaminik	13.6	-	100	-	-	-
Mukolitik	6.8	-	-	100	-	-
Kromolin	5.4	100	-	-	-	-
Antikolinergik	0.6	100	-	-	-	-

Tablo VI
Alternatif tedavi uygulayanların seçtikleri yöntemler (n: 429).

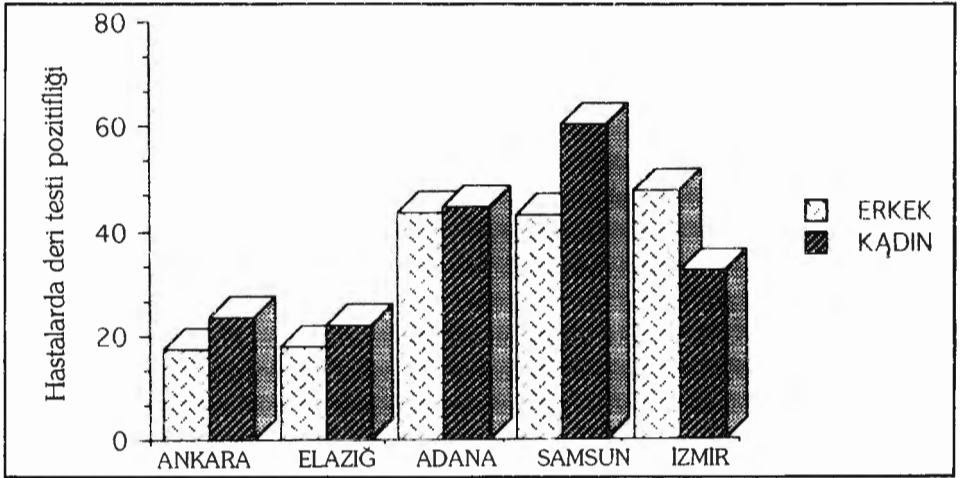
Yöntem	%
Bitkisel ilaçlar	56.6
Bitkisel+hayvansal ilaçlar	28.7
Hayvansal ilaçlar	6.3
Mağara tedavisi	1.6
Akupunktur	0.2
Bütün yöntemler	4.7

hastaların yaklaşık üçte biri son bir yılda ortalama 4 kez acil ziyareti yaparken, yaklaşık beşte biri de ortalama iki hafta kadar hospitalize edilmiştir. Bu sonuçlar hastaların yeterli bir tedavi görmediklerinin belirtisi olarak kabul edilebilir.

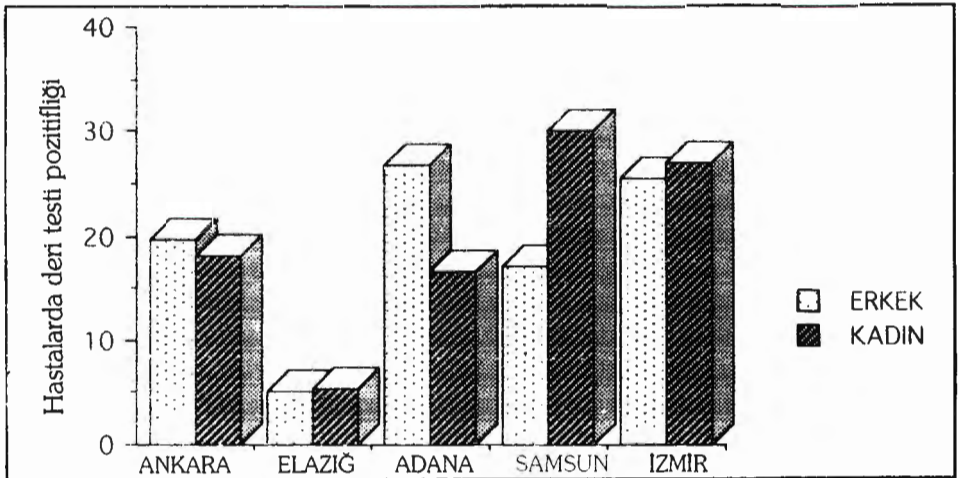
Hastalarda yapılan deri prick testi sonuçlarına göre atopi oranı %42'dir. Hastaların çeşitli allerjen gruplarına karşı duyarlılık oranları grafik 1-5'te gösterilmiştir. Sonuç olarak ülkemizdeki atopik astmalılar en sık olarak **ev tozu akarlarından** etkilenmektedir. Bazı başka ülkelerde daha sık olarak gözlenen ev hayvanı ve küf mantar duyarlılıkları, Türkiye'de aynı boyutta sonuç oluşturmamaktadır. Hamamböceğine olan duyarlılık ise tüm bölgelerimizde biriktirine benzer düzeydedir.

Tablo VII
Astmalı hastaların son bir yıldaki acil servis başvuru ve hospitalizasyon durumları

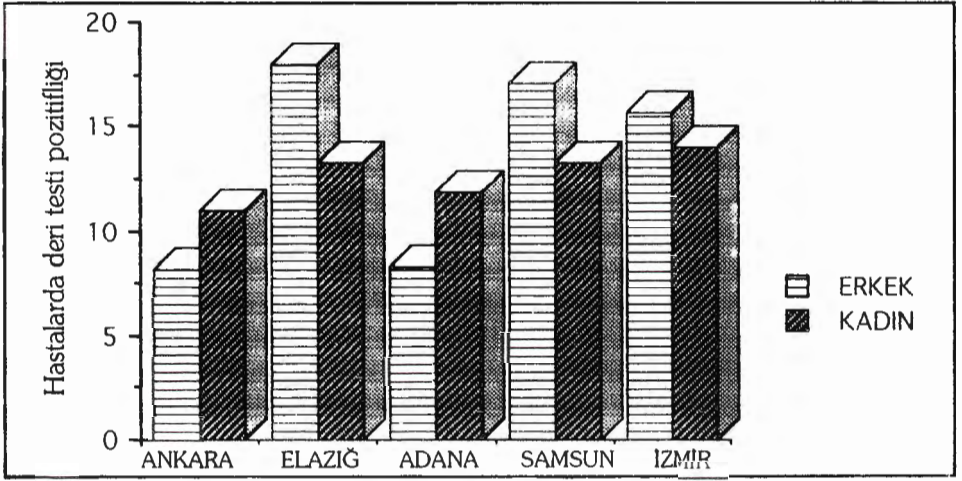
	Kadın		Erkek	
	n	%	n	%
Acil servis başvurusu olanlar	301	37.6	109	31.3
Son bir yılda kaç kez olduğu	3.9±7.7(1-70)		4.9±12.2(1-100)	
Hospitalizasyon oranı	143	17.9	58	16.7
Hastanede ortalama kalış(gün)	genelde 15.7±14(2-120 gün)			



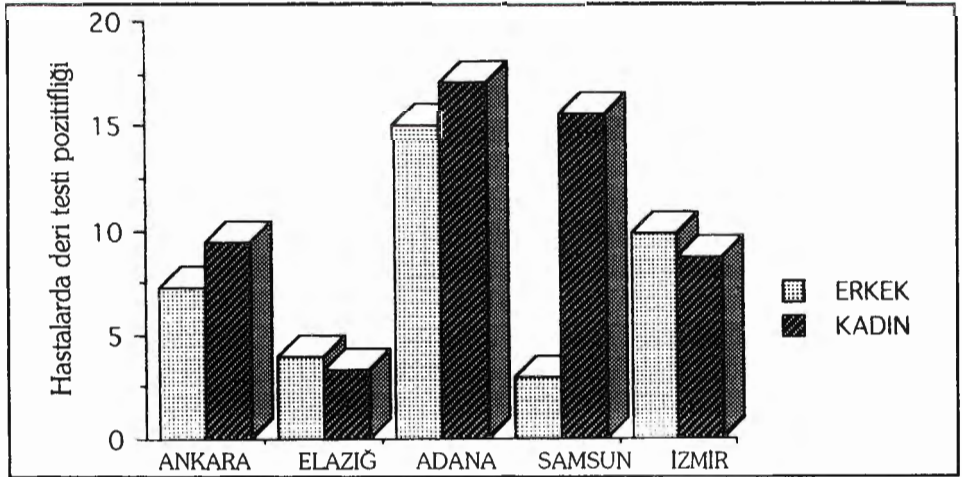
Grafik 1
Ev tozu akarlarına karşı deri testi ile duyarlılık düzeyi.



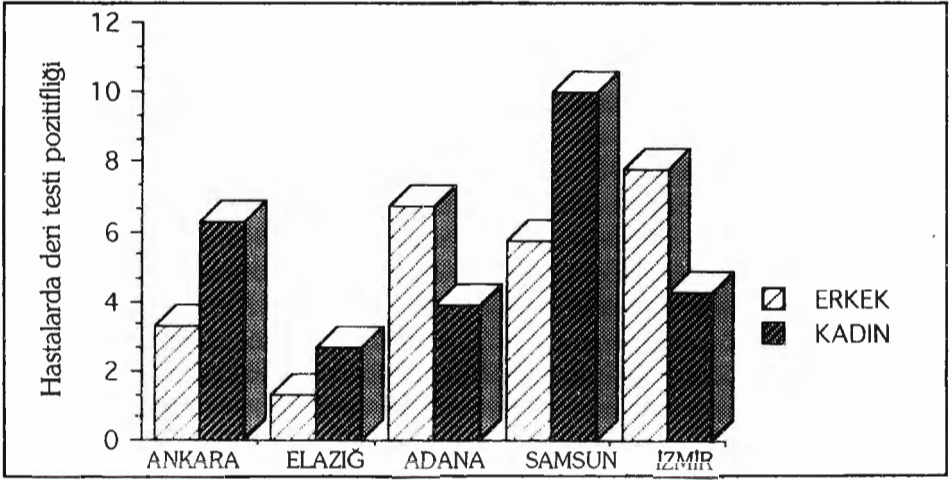
Grafik 2
Polenlere karşı deri testi ile duyarlılık düzeyi.



Grafik 3
Hamamböceğine karşı deri testi ile duyarlılık düzeyi.



Grafik 4
Ev hayvanlarına karşı deri testi ile duyarlılık düzeyi.



Grafik 5
Küf mantarlarına karşı deri testi ile duyarlılık düzeyi.

KAYNAK

1. Kalyoncu AF, Çöplü L, Selçuk ZT, Emri S, Kolaçan B, Akkoçlu A, Kocabaş A, Erkan L, Şahin AA & Barış YI. Türkiye'de Bronş Astmalı hastaların atopi oranı ve allerjen spektrumları. Türkiye Bilimsel ve Teknik Araştırma Kurumu Tıp Araştırma Grubu tarafından proje no: TAG- 0759 ile desteklenmiştir.

1

Sigara İçen Program Yapımcısı Genç Kız

26 yaşında bekar genç kız, özel bir yayın kuruluşunda program yapımcısı, doğma büyüme Ankara'lı.

Sorun : Nefes darlığı

Öyküsü : Hasta son iki yıldır kendisini ilerleyici şekilde rahatsız eden nefes darlığından yakınıyordu. Eforu eskiye göre epeyce kısıtlanmıştı ve özellikle soğuk havalarda zorlanıyordu. Günlük yaşamı çok hareketli olmamakla birlikte en az haftada iki gün bu nedenlerle etkileniyormuş. Son 4 yıldır günde 3-5 adet sigara içiyor ve kendisinin değil ama başkasının içtiği sigaradan rahatsız olduğunu söylüyordu. Nefes darlığı yaptığından her parfümü kullanamıyordu. Program için özellikle kapalı stüdyolarda çalışırken sürekli retrosternal baskı ve tıkanıklık hissi duyuyormuş. Kendisini sürekli halsiz olarak hissediyordu.

Annesi, dayısı, yeğenleri ve iki kardeşi astma tedavisi görüyor. Hasta çocukluğunda sık sık bronşit geçirirmiş, beş yaşındayken bir ilaç yan etkisine bağlanan böbrek rahatsızlığı atlatmış. Fobik derecede ilaç kullanmaktan korkuyordu.

Fizik muayenesinde tüm bulgular normal sınırlardaydı. PA akciğer grafisinde; her iki kostofrenik sinüs kapalılığı dışında (ki bu durum çocukluğundan beri varmış) anormallik saptanmadı. Deri prick testlerinde herhangi bir allerjene karşı duyarlılık yoktu. Solunum fonksiyon testi normal sınırlardaydı.

	BEKLENEN	ÖLÇÜLEN	%
FEV ₁	3.20	3.26	102
FVC	3.74	3.56	95
FEV ₁ /FVC	86	92	6
PEF	405	438	108

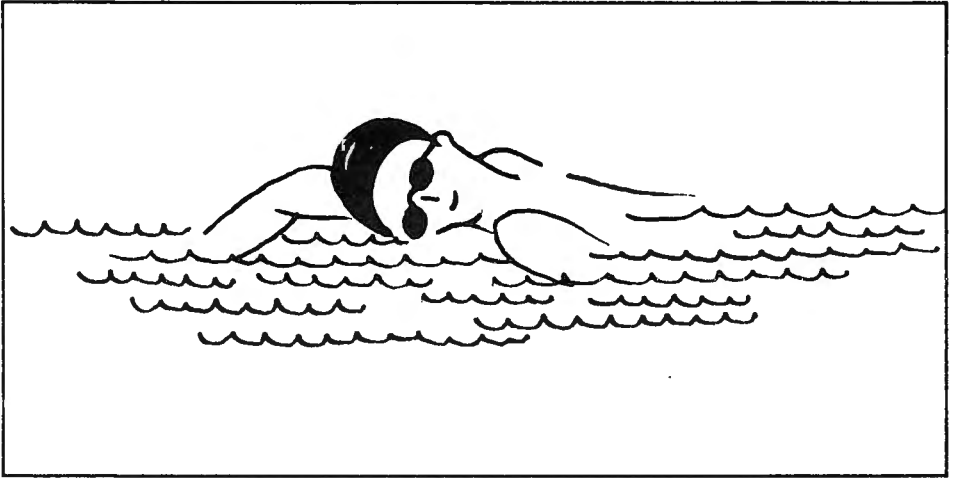
YORUM, ÖNERİ ve İZLEM

Muayene ve testler normal sınırlarda olmasına karşın, hastanın anamnezi "hafif derecede astma" tanısı için yeterliydi. Hastaya sigarayı bırakmasının önemi anlatıldı. Çocukluğundaki böbrek hastalığının etkisiyle ilaç yan etkisinden çok korkuyordu. Kendisine tedavide kullanılacak ilaçlarla ilgili bilgi verildi. Antiinflatuar tedavi olarak 4 x 4 mg MDI Nedokromil sodyum ve gerektiğinde bronkodilatör olarak kullanabileceği kısa etkili beta₂ mimetik MDI verildi. Hastaya spor yapması önerildi.

Hasta iki ay sonra kontrole geldiğinde yakınmaları kontrol altına girmişti. Yüzmeye başlamıştı ve kendisini çok daha iyi hissediyordu.

Halen bir yıldır bu ilacı 2x2 puf/gün olarak kullanmaya devam ediyor ve seyrek olarak ayda bir-iki kez MDI bronkodilatör kullanıyor.

Astmalı hastaların tedavisinde, ilaç tedavisine ek olarak imkanları ölçüsünde yapabildikleri sporun da önemli olduğu son yıllarda anlaşılmıştır. Hastanın spora başlayabilmesi için asemptomatik hale gelmesi yeterlidir. Yüzme, bisiklet, jimnastik ve aerobik en çok tavsiye edilen sporlardır. Astmalıların sporda ne kadar başarılı olabileceklerinin kanıtı ise olimpiyatlardır. 1972 Munich Olimpiyatlarında yüzmede 7 altın madalya kazanan Mark Spitz ve 1996 Atlanta Olimpiyatlarında 400 metre yüzmede altın madalya kazanan Tom Dolan astmalıdır. Tom Dolan yüzmeye yeni başladığında havuzda iki kez astma atağı geçirmiş, ikinci atakta havuzun dibinden çıkılarak hastaneye ancak yetiştirilmiş, buna rağmen yüzmeye devam edeceğini açıklayınca da doktoru kendisine "boğulmaman için hiç değilse sırtüstü yüz, burnun suyun dışında kalsın" demiş ve uygun bir astma tedavisinin önemini anlatmıştır. Dolan ise tedavi ile kendini iyi hissedince, her türlü stilde yüzmüş ve sonuçta şampiyonluğa 400 metre bireysel kaşıkta; 100'er metre kelebek, sırtüstü, kurbağalama ve serbest stilde yüzerek ulaşmıştır. Anektodal olarak bowling oynamanın da astmalılar için yararlı olduğu bildirilmektedir.



KAYNAK

1. Gong H. Breathing easy: exercise despite asthma. *Phys Sportmed* 1992; 20:159-167.

2

Yıllardır Öksüren Kronik Farenjitli Ev Hanımı

53 yaşında ilkokul mezunu 2 çocuklu evhanımı. Anamur doğumlu, 24 yıldır Ankara'da yaşıyor.

Sorun : Kuru öksürük

Öyküsü: Hasta çocukluğundan beri her yıl sık sık tekrarlayan ve uzun süren öksürük nöbetleri nedeniyle başvuruyordu. Bu nedenle aşağı yukarı piyasadaki hemen tüm antibiyotikleri, öksürük şurup ve tabletlerini kullanmış ancak belirgin yarar görmemişti. Son 1.5 yıldır öksürüğüne seyrek olarak ortaya çıkan hırıltılı solunum eklenmişti. Son iki aydır haftada 3-4 akşam bu nedenle uyumakta güçlük çekiyor ve sabaha karşı uyanıyormuş. Yıllardır Kulak Burun Boğaz uzmanlarınca tedavi edilmekte ve en son 6 gün önce gittiği uzman kendisine "Kronik farenjit ve sinüzit" tanısıyla "trimetoprim-sulfametaksazol, astemizol ve naproksen Na" önermişti. Ancak hasta bunları kullanıp da belirgin yarar görmeyince kliniğimize başvurmuştu.

23 yıldır günde 2-5 adet sigara içiyor ve evde hayvan beslemiyordu. İki çocuğu, ağabeyi ve yeğenleri astmalıydı. Disk hernisi vardı. Stress inkontinansı için 2 yıl önce ameliyat önerilmiş ancak kabul etmemişti. Midesinde dispeptik yakınmaları vardı.

Fizik muayenede; hastanın inspiriyumda öksürmesi dışında anormal bir bulgu saptanmadı. PA akciğer grafisi normaldi. Waters grafide ise, her iki maxiller sinüs mukozasında hafif kalınlaşma tesbit edildi Solunum fonksiyon testinde hafif obstrüktif tipte bozukluk vardı.

Hastanın Metakolin ile yapılan nonspesifik bronş provokasyon testi (PC₂₀: 0.02 mg'da) pozitif olarak sonuçlandı. Deri prick testinde herhangi bir yaygın allergene duyarlılık bulunmadı .

	BEKLENEN	ÖLÇÜLEN	%
FEV ₁	2.54	2.14	85
FVC	3.10	2.89	93
FEV ₁ / FVC	82	74	-7
PEF	353	315	89
FEF _{25%}	5.51	3.96	72
FEF _{50%}	3.42	2.65	77
FEF _{75%}	1.30	0.91	70
FEF _{75-85%}	0.80	0.47	59

YORUM, ÖNERİ ve İZLEM

Hastaya bronş astması tanısı ile kısa oral steroid kürü, bir H₂ reseptör antagonistisi ile birlikte (dispeptik yakınmaları olduğu için) verildi. Ayrıca BDP 4 puf/ sabah ve β_2 mimetik MDI PRN başlandı. Sigarayı bırakması tavsiye edildi.

Hasta iki ay sonra kontrole geldiğinde, sadece oral steroid kullandığı sürece düzeldiğini, daha sonra yine yakınmalarının eskiye döndüğünü belirtti. Muayenede oskültasyonla yaygın ronkuslar bulundu. Öykü yeniden alındığında ilk muayenede gözden kaçan, aslında son bir kaç yıldır süren postnazal akıntı ve nazal konjesyon yakınmaları tesbit edildi. Önceki muayenede önerilen BDP MDI 2x3 puf'a çıkıldı ve tedaviye nazal bud sprey 2x2 puf eklendi.

Hasta 3 ay sonra kontrole geldiğinde ilk iki ay durumunun gayet iyi olduğu ve buna güvenerek ilaçlarını kestiği ve son 15 gündür yakınmalarının tekrar eskiye döndüğü öğrenildi. Fizik muayenede bilateral ronkuslar vardı. Hastaya astma hakkında ayrıntılı bilgi ve bir "hasta eğitim kitabı" verildi. Nazal ve inhaler steroide tekrar başlandı. Hastanın daha sonraki iki yıllık klinik izleminde nazal yakınmalarının düzelmesi üzerine ilk yılın sonunda nazal steroidi kesildi. Kullandığı inhaler BDP tedrici olarak azaltılarak sadece 3 puf/sabah'a inildi. Hasta yaşamının tamamen normale döndüğünü ifade ediyordu. Bu arada hastayı çok memnun eden bir diğer gelişme de, öksürüğünün ortadan kalkmasına bağlı olarak üriner enkontinans yakınmasının çok azalmasıydı.

Hasta eğitim kitapları

1. Başı Yİ, Şahin AA, Çöplü L, Emri AS, Selçuk ZT & Savcı S. Bronş Astması El Kitabı (Editör Kalyoncu AF). Türkiye Akciğer Hastalıkları Vakfı Yayınları No:4. Ankara, ikinci baskı 1996 (194 sayfa). Dağıtım ücretsiz olarak; Ciba-Geigy İlaç ve Kimya Ürünleri San tic AŞ. PK:245 Beşiktaş 80693 İstanbul.
2. Aktif yaşam. Astım Hasta El Kitabı. Eczacıbaşı yayınları 1996 (36 sayfa). Hastalara ücretsiz olarak dağıtılmaktadır.
3. Kalyoncu AF. Nedir Bu Allerji? Türkiye Akciğer Hastalıkları Vakfı Yayınları No:7. Ankara,1995 (156 sayfa).

KAYNAKLAR

1. Fujimura M, Kamio Y, Hashimoto T & Matsuda T. Cough receptor sensitivity and bronchial responsiveness in patients with only chronic nonproductive cough: In view of effect of bronchodilator therapy. J Asthma 1994; 31: 463-472.
2. Kısacık G. Stress incontinence in woman with asthma. NZ Med J 1995; 108: 156
3. Kennedy DW. International conference on sinus disease: Terminology, staging, therapy. Ann Otol Rhin Laryngol 1995; 104 (10 pt 2 suppl 167): 22-30.
4. Senior BA & Kennedy DW. Management of sinusitis in the asthmatic patient. Ann Allergy Asthma Immunol 1996; 77: 6-19.

3

Elma ve Fındık Yiyemeyen Otelci Hanım

50 yaşında hanım, otel işletmecisi, doğum yeri Ankara, 8 yıldır Akçay'da oturuyor. 1 çocuklu, hiç sigara içmemiş.

Sorun: Bahar mevsimlerinde nezle ve nefes darlığı (Muayene tarihi:
Gıda allerjisi Mayıs ortası)

Öyküsü: 1972-1983 arası Berlin'de çalışan hastanın 1978 baharından itibaren, her Mart-Nisan döneminde yaklaşık bir ay süreli rinokonjonktiviti olmaya başlamış. Hasta aynı yıl fındık yediğinde boğazında ve kulak içlerinde kaşıntı, dil ve dudaklarında şişmeler olduğunu farkederek fındığı yememeğe başlamış. 1983'de Türkiye'ye döndükten sonra rinokonjonktiviti "Mayıs-Haziran-Temmuz" aylarına yayılmış ve artık önceden sorunsuz yediği kırmızı elmayı yediğinde aynen fındık yediğinde olan yakınmaların ortaya çıktığını farketmiş. Son 3 yıldır Mayıs-Temmuz arası dönemde rinokonjonktivitine ek olarak nefes darlığı, hırıltılı solunum ve kuru öksürük eklenmiş. Yakınmaları Temmuz sonrası dönemde tamamen düzeliyormuş. Bu yıl 10 gündür yakınmaları başlamış durumda.

Evde 8 yıldır kedi besliyor ancak kedi teması yakınmalarını arttırmıyormuş. 25 yıldır saçlı deride psöriazis'i var, annesi de psöriazis. Babası egzamalı imiş.

Fizik muayenede; nazal mukozalar ödemli, farenks hiperemik bulundu. Oskültasyonda bilateral ronküsler ve saçlı deride psöriazisi bulundu. PA akciğer grafisi normaldi. Waters grafi; bilateral maksiller sinüs mukozalarında kalınlaşma gösteriyordu. Statik solunum fonksiyon testi yapıldı.

Deri prick testi; çimen, fındık, huş ağacı, zeytin polenleri ve kedi için pozitif olarak değerlendirildi. Huş ağacı ve fındık için bakılan RAST yöntemiyle spesifik IgE (+++) olarak bulundu. Total IgE: 30.4 IU/ml idi.

	BEKLENEN	ÖLÇÜLEN	%
FEV ₁	2.53	2.08	82
FVC	3.06	2.63	86
FEV ₁ /FVC	83	79	4
PEF	351	323	92
FEF _{25%}	5.50	5.06	92
FEF _{50%}	3.45	2.83	82
FEF _{75%}	1.36	0.81	60
FEF _{75-85%}	0.85	0.55	65

YORUM

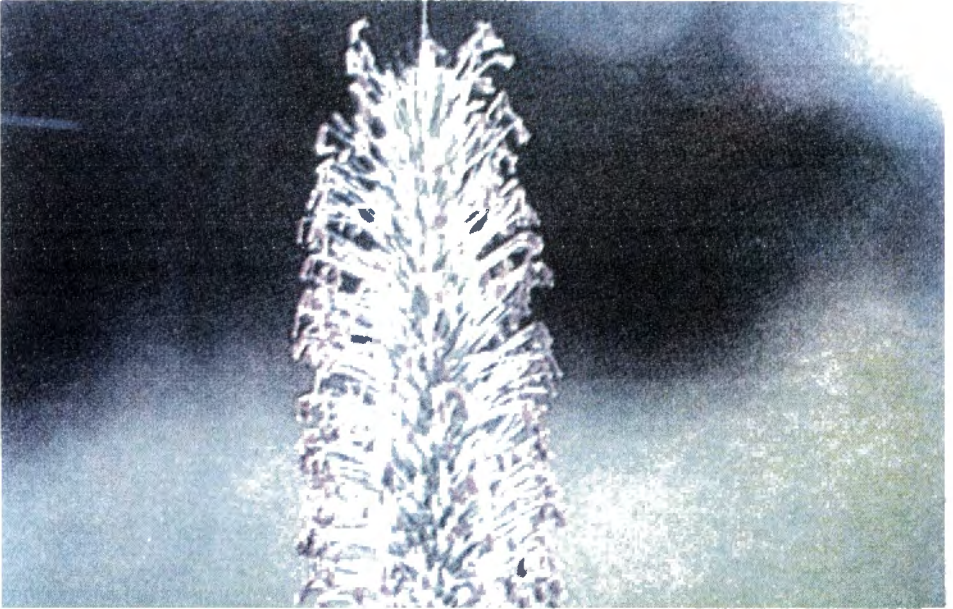
Hastanın sorunu, orta ve kuzey Avrupa ülkelerine çalışmak amacıyla giden bir çok Türk işçisinin ortak sorunuymdu. Avrupa'da önemli bir allerjik neden olan *Betula verrucosa* (ingilizce;birch, almanca; birke, isveççe; björk veya türkçe; huş ağacı) polenine karşı ortalama bir kaç yıl içinde duyarlılık gelişmekte ve ilkbaharda ortalama bir ay süren polen sezonunda rinokonjonktivit görülmektedir. Bu polene allerjik olanların yaklaşık üçte birinde zaman içinde huş allerjenleri ile çapraz reaksiyon veren bazı gıdalara karşı da intolerans gelişmektedir. Bunlar fındık, elma, kiraz gibi tek çekirdekli meyveler ve havuç benzeri köksü sebzelerdir. Hasta Türkiye'ye döndükten sonra Ankara ve Akçay'da yaşamıştır. Muhtemelen çimen ve zeytin polenine karşı duyarlılık burada zamanla gelişmiş ve allerjik nezlesi yaz ortasına kadar uzamıştır. Ülkemizde mevsimsel allerjik nezlenin en sık nedeni, çimen poleni olup ortalama 4 ay kadar sürmektedir. Son üç yıldır da klasik **polen astması** denilen tablo ortaya çıkmıştır.

Hastaya sadece Mayıs-Temmuz arası dönemde nazal steroid, nedokromil sodyum inhaler ve gerektiğinde β_2 mimetik MDI kullanması önerildi. Elma ve fındığı muhtemelen ömürboyu yiyemeyecekti. Deri testleriyle kedi duyarlılığı olduğundan, evde kedi beslemesinin riskli olduğu anlatıldı. Ancak hasta kediyi evden atmaya kıyamadı.

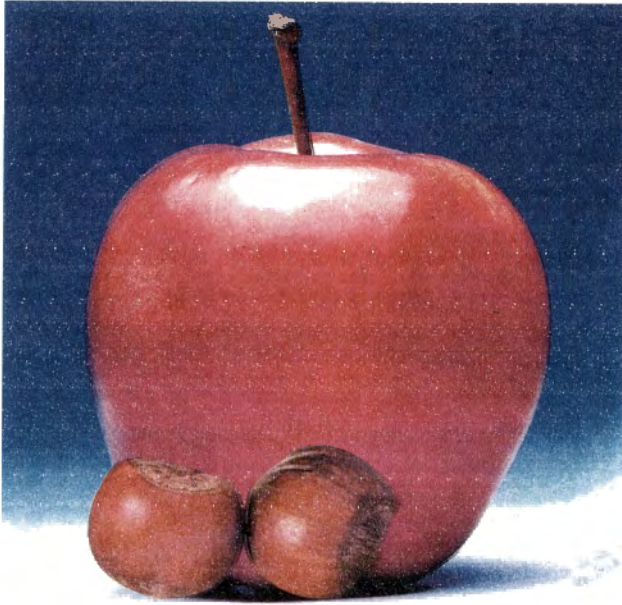
Bu tedavi ile son üç yıldır izlenen hastanın yakınmaları her yıl daha da azalarak sürmekte ve kedisini beslemeye de devam etmektedir.



Resim 2: Avrupa'da önemli bir allerji etkeni olan Huş Ağacı.



Resim 3: Türkiye'de en sık polen allerjisi nedeni çimen polenleridir (Phleum pratense: kedi kuyruğu).



KAYNAKLAR

1. Dreborg S. Food allergy in pollen-sensitive patients. *Ann Allergy* 1988; 61: 41-46.
2. Çanakçıoğlu S. Balıkesir yöresindeki allerjik rinitli hastalarda allerjenlerin dağılımı ve etyolojik faktörleri. *Yeni Symposium* 1991; 29: 57-68.
3. Kalyoncu AF & Stålenheim G. Survey on the allergic status in a Turkish population in Sweden. *Allergol Immunopathol* 1993; 21: 11-14.
4. Kalyoncu AF, Demir AU, Kısacık G, Karakoca Y, Iskandarani A, Çöplü L, Şahin AA & Banş YI. Birch pollen related food hypersensitivity: as a para-occupational syndrome. *Allergol Immunopathol* 1995; 23: 94-95.
5. Iskandarani A, Kısacık G, Demir AU & Kalyoncu AF. Seasonal rhinoconjunctivitis in Ankara (kongre özeti). XV. International Congress of Allergology and Clinical Immunology, Stockholm, İsveç 1994. *Allergy Clin Immunol* 1994 (Suppl 2): 416.
6. Tahami RV & Çanakçıoğlu S. Pollen allergens distribution in allergic rhinitis in İstanbul (kongre özeti). Annual Meeting of the European Academy of Allergology and Clinical Immunology, Budapeşte, Macaristan 1996. *Allergy* 1996 (Suppl 31): 124.
7. Kalyoncu AF. Is immigration a prognostic factor for oral allergy syndrome in patients with birch pollen hypersensitivity? *J Allergy Clin Immunol* 1996: 96:1135.

4

İmmünoterapiden Yarar Görmeyen Adıyamanlı Hanım

25 yaşında evli 3 çocuklu, ilkokul mezunu evhanımı. Doğduğu ve yaşadığı yer Çelikhan/Adıyaman.

Sorun: Astma atağı

Öyküsü : Hasta sabah 04.00 sularında başlayan astma atağı ile hastanemiz acil servisine başvurmuştu. Son iki gündür Ankara'da bir akrabasında misafir olarak bulunmakta ve önceden 6 yıldır astma tanısı ile izlenmekteymiş. Kullandığı ilaçlar; BDP MDI, salbutamol MDI, salmeterol MDI, yavaş salınlı salbutamol tablet ve her gün 2-3 kez intravenöz aminofilin idi.

Hastanın acil servisteki muayenesinde; dispneik halde olduğu görülmüş, ekspiriumu belirgin olarak uzamış, wheezingi ve bilateral ronkusalrı varmış. Yardımcı solunum adalelerini kullanıyor ve soruları ancak bir-iki kelime ile cevaplayabiliyormuş. Kan basıncı 100/60 mmHg, nabızı 110/dk olarak ölçülmüş. Hastaya burada nebulizatörle 1 ampul salbutamol ve 60 mg intravenöz prednizolon verilerek, durumunun nisbeten düzelmesi üzerine Göğüs Hastalıkları polikliniğine gönderilmişti.

Anamnezinde 3 yıl önceye kadar bir Allerji kliniğinde 2 yıl süreyle immünoterapi olduğu ancak daha sonra yarar görmediği için bu tedaviyi kestiği öğrenildi. Astması yılboyu aralıksız sürmekte ve kışları çok artmaktaymış. Yıllardır astma nedeniyle kesintisiz bir gece uykusu uyumamış, oturarak uyumaya çalışıyor. Son bir yılda her hafta en az 2 kez acil hastane ziyareti ve iki kez (15 ve 8 gün) hastane yatışı olmuş. Bumundan yakınması yok, hiç sigara içmemiş ve evde hayvan beslemiyordu. Çocukluğunda uzun süreli bronşit geçirmiş, amcasının oğlu astmalı. Yakınmaları adet dönemlerinde artmıyor, ağnkesici ilaçları sorunsuz kullanabiliyordu. Halen eşinin ailesi ile birlikte aynı evde toplam 15 kişi birlikte yaşıyorlar ve evde yoğun biçimde sigara içiliyormuş. Teofilin'in midesine dokunduğunu söyledi.

Muayenede genel durumu iyi, bilinci açık koopere bulundu. Kollarında multipl injeksiyon yerleri ve ekimozlar vardı. Bilateral yaygın ronkusları devam ediyordu. PA akciğer grafisi normaldi. Deri prick testleri at ve aspergillus için pozitifti.

Solunum fonksiyon testleri obstrüktif tipte bozukluk gösteriyordu.

	BEKLENEN	ÖLÇÜLEN	%
FEV ₁	2.80	1.67	60
FVC	3.48	3.38	97
FEV ₁ /FVC	81	49	62
PEF	368	196	53
FEF _{25%}	5.82	1.93	33
FEF _{50%}	3.99	1.00	25
FEF _{75%}	1.94	0.45	23
FEF _{75-85%}	1.30	0.37	28

YORUM, ÖNERİ ve İZLEM

Hasta 6 yıldır astmalı olmasına rağmen MDI'ı yanlış kullanıyordu, öğretildi. İki haftalık kısa kür oral steroide ilaveten BDP 1500 mcg/gün ve salbutamol MDI PRN önerildi. Deri testlerindeki pozitifliğin, hastanın atopik yapısını göstermesinden başka bir önemi yoktu. Çünkü at ile hayat boyu hiç ilişkisi olmamıştı ve yaşadığı ortamda belirgin küf mantarı maruziyeti de tanımlamıyordu. Hasta önceden iki yıl aşı tedavisi olmuştu ancak neye veya nelere karşı allerjik olduğunu bilmiyordu, kendisine o konuda herhangi bir bilgi verilmemişti. Eğer aşı tedavisi, halen duyarlı olduğu tesbit edilen allerjenlere karşı yapıldıysa da bundan yarar görmemesi gayet doğaldı.

1. KONTROL (3 ay sonra)

Hasta bu süre içerisinde eskiye göre bir miktar düzelmiş ve sadece 2 kez acil hastane ziyareti ile 8 gün hastane yatışı olmuştu. Son bir aydır ailesini razı ederek eşi ile birlikte aynı eve taşınmışlar. Ayrıca son bir aydır Malatya'da pratisyen bir

doktor'un elde hazırladığı astma tedavisine yönelik burun damlalarını kullanıyor(!) ve kendisini daha iyi hissediyordu ama son bir ayda 7 kg almıştı. Yüzünde son günlerde, kullanmada hafif artma farketmişti (yani hasta "cushingoid" görünümdeydi).

Hastaya içinde ne olduğu tam belli olmayan ancak muhtemelen ölçüsüzce yüksek düzeyde steroid içeren damlaları kesmesi, en azından bir kaç hafta düzenli gün aşırı 10 mg prednizolon alması ve uzun etkili beta₂ mimetik MDI düzenli kullanması önerildi. Hastanın, miktan tam olarak bilinmeden kullandığı steroidin aniden kesilmesi sorun yaratabilirdi (zaman zaman bu tip damlaları kullanan hastalarla karşılaşmaktayız, bazı meslekdaşlarımızın bu tür istismar olaylarına kanşması gerçekten üzücüdür). Ayrıca hastaya evinde kullanması için, nasıl kullanacağı öğretilerek bir nebulizer cihazı verildi

2. KONTROL (3 ay sonra)

Hasta bu üç ayı hemen hiç astma yakınması olmadan geçirmiş, oral steroidi pek kullanmamış ama burun damlalarına devam etmişti. İnhaler ilaçları kullanmaya devam ediyordu. Hastanın tipik Cushingoid görünümü sürmekteydi. Yaygın ronkusleri devam ediyordu, birkaç kilo daha almıştı ve yaygın hirsutizmi vardı.

Hastaya kullandığı burun damlalarının içinde "muhtemelen kontrolsüz miktarda steroid" bulunduğu, steroidin aslında yararlı olduğu fakat kullandığı miktarın kontrol altında olması gerektiği tekrar anlatıldı.

3. KONTROL (7 ay sonra, kış sonrası)

Bu sürede sadece BDP 2x3 puf, salbutamol MDI PRN ve haftada 2 gün 10 mg prednizolon kullanmış. 6 kg zayıflamış ve hirsutizmi kaybolmuştu. Üç kez evde nebulizer cihazı kullanmış, 2 kez hastaneye başvurmuş ve bir kez 5 gün hospitalize edilmiş. Bütün bunlara rağmen son yıllardaki "en rahat kışını" geçirdiğini ifade ediyordu. Hasta en çok ayın bir eve çıkmış olmasına memnundu.

4. KONTROL (3 ay sonra)

Bu dönemde hiç acil ziyareti veya evde nebulizer kullanımı olmamıştı. Prednizolonu çok azaltmış, haftada bir gün 5 mg alıyordu ve artık geceleri uyanmıyordu. Fizik muayenede ilk defa normal solunum sesleri alındı. Ancak nazal septumda bir kaç mm genişliğinde bir **perforasyon** saptandı. Hastanın burnu ile

İlgili hiç bir yakınması yoktu. Perforasyon muhtemelen önceden kullandığı burun damlaları ile ilgiliydi. Aynı tedaviye devam etmesi önerildi. Tıbbi literatürde muhtemelen lokal nazal steroid kullanımına bağlı bu tür bir kaç ender vaka takdimi bulunmaktadır. Hastanın bu kontrol esnasında yaptırılan KBB muayenesinde ayrıca uzunca bir zamandır tıkalı olan sağ dışkulak yolundan, kir tıkaçı içinde bir böcek çıkarıldı, hastanın az işiten bu kulağı normale döndü.

5. KONTROL (8 ay sonra, kış ertesi)

Bu kış 6 kez 10 günlük kısa oral steroid kürü kullanması gerekmişti (haftada bir gün aldığı 5 mg'ı da 2 gün 10 mg'a çıkarmasına rağmen). Son iki aydır nebülizer cihazı da öksürüğünü arttırdığından yine eski IV aminofilin'e dönmüş (son iki ayda 5 kez). Yine de (eskiyle kıyaslayınca) iyi bir kış geçirmiş ve hiç hastaneye yatmamıştı. Oskültasyonda yaygın ronkusleri bulundu. Hastaya, tekrar denediği ve tolere etmeye başladığı teofilin tablet 2x200 mg olarak başlandı. BDP MDI 2x3 puf, haftada iki gün 10 mg prednizolon ve salbutamol MDI PRN olarak kullanmaya devam edecekti. Sonbaharda influenza aşısı önerildi.

6. KONTROL (11 ay sonra)

Eskiye göre çok daha iyi olduğundan artık kontrolunu aksatıyor. Bu sürede hiç acil ziyareti olmamış, geceleri rahat uyuyor. Nebülizer cihazını hiç kullanmadığından ihtiyacı olan olan birisine vermek üzere bizden yardım istedi. Tek sorunu bir miktar kilolu olmasıydı. Nazal septumdaki perforasyonu yaklaşık 5-6 mm çapa ulaşmıştı ancak burunu ile ilgili yakınması yoktu. Haftada sadece bir gün 5 mg'lık prednizolon tablet, düzenli olarak BDP MDI 2x3 puf, gerektiğinde teofilin tablet+uzun etkili beta₂ mimetik ve salbutamol MDI alıyordu. Hastanın aldığı teofilin de kesildi ve diğer ilaçlara devam önerisiyle kontrole çağrıldı. Nazal septumdaki perforasyonun onarımı için septoplasti randevusu alındı.



KAYNAKLAR

1. Murray AB, Ferguson AC & Morrison BJ. Non-allergic bronchial hyperreactivity in asthmatic children decreases with age and increases with mite immunotherapy. *Ann Allergy* 1985; 54: 541-544.
2. Lane DJ & Lane TV. Alternative and complementary medicine for asthma. *Thorax* 1991; 46:787-797.
3. Kalyoncu AF. A prospect on immunotherapy from Turkey. *Clin Exp Allergy* 1995; 25: 380-81.
4. Mygind N & Dahl R. The rationale for use of topical corticosteroids in allergic rhinitis. *Clin Exp Allergy* 1996; 26(suppl 3): 2-10.
5. Creticos PS, Reed CE, Norman PS ve ark. Ragweed immunotherapy in adult asthma. *N Engl J Med* 1996; 334: 501-506.
6. Adkinson NF, Peyton PA, Eney D ve ark. A controlled trial of immunotherapy for asthma in allergic children. *N Engl J Med* 1997; 336: 324-331.

5

Beta Mimetikler arpıntı, Titreme ve Kramp Yapabilir

19 yaşında bekar lise mezunu ev kızı. Almanya'da doğmuş ve burada 4 yıl kalmış. Halen 15 yıldır Gaziantep'te oturuyor.

Sorun: Nefes darlığı ve s¼rekli nezle

yk¼: 13 yaşından beri bronş astması, yılboyu s¼ren nezle, sık sık sin¼zít ve postnazal akıntı yakınmaları olan hastanın nezlesi ve nefes darlığı ilkbahar sonu ve yazları artmaktadır. Hasta bu nedenlerle son 2.5 yıldır Adana'da imm¼noterapi olmakta ancak belirgin yarar g¼rmemektedir. Haftada 3 veya 4 g¼n sabaha karşı 03.00 sularında nefes darlığı ile uyanmaktadır. Yakınmaları efor, g¼lme, ağlama, t¼m kuvvetli kokularla temasta ve premenstr¼el d¼nemde artmaktadır. Halen "BDP+Salbutamol kombine" inhaler'ı l¼zumu halinde bir puf, salbutamol tablet 2x1/g¼n, uzun etkili nonsedatif bir antihistaminik ve teofilin 2x200 mg/g¼n kullanmaktadır. Son iki aydır ks¼r¼ę¼ ve nefes darlığı çok artmış, ayrıca çarpıntı ve ellerinde titreme bařg¼stermiřtir. Bir bardak suyu dahi içerken zorlanmaktadır, t¼m i organlarında s¼rekli bir titreme hissetmektedir. Sık sık v¼cudunun çeşitli yerlerine kramp girmektedir ve hatta uykudan uyandırmaktadır. Hasta boğazında s¼rekli bir gıcıklandıktan yakınmakta, sanki balgam çıkarsa rahatlayacakmış gibi d¼ř¼nmekte ancak hiç balgam çıkaramamaktadır. Bu nedenle bir çok bitkisel ilaç reçetesi denemiş ancak hiçbirinden yarar g¼rmemiřtir.

Hiç sigara içmemiş olan hasta evinde hayvan beslememektedir. Çocukluğunda Almanya'da iken çok sık ř¼t¼r ve bronřít olurmuş. Bir kez de orada hastanede yatırılmış. Anneannesi ve ağabeyi s¼rekli nezle, babası ise astmalıydı.

Muayenesinde; nazal mukozaları soluk ve ödemli, bilateral nazal pasajda sulu kıvamda sekresyon vardı. Postnazal seröz akıntı g¼r¼ld¼ ve bilateral ronkuslar osk¼lte edildi. Ağzında s¼rekli emdiği boğaz pastili vardı. PA akciğer grafisi normaldi. Waters grafide bilateral maksiller sin¼s mukozalarında kalınlaşma

saptandı. Hastanın kan sayımı ve biokimya tetkikleri normaldi. Deri prick testlerinde polen duyarlılığı (çimen ve zeytin ağacı) saptandı.

ÖNERİ, YORUM ve İZLEM

Hastanın teşhisi bronş astması ve perrenial rinosinüzit idi. Polen duyarlılığı nedeniyle ilkbahar sonu ve yazın dış ortamda yakınmaları artmaktaydı. Hastanın kontrol altında olmayan astmasına ilave olan; **çarpıntı, el titremesi ve adale krampları** $\beta 2$ mimetiklerin pek de seyrek görülmeyen yan etkileriydi. Astmada endikasyonu tartışmalı olan ve zaten hastanın da yarar görmediği immünoterapi kesildi. Tedavi olarak; nazal Bud sprey 2x2 puf/gün, BDP MDI 2x2 puf/gün ve salbutamol MDI PRN olarak önerildi. Hasta astma hakkında eğitildi ve kendisine eğitim dökümanı verildi. Yapılan klinik epidemiyolojik araştırmalar, ülkemizdeki hekimlerin %63'ünün ya eğitime vakit bulamadığı veya 10 dakikadan kısa süre eğitim verdiğini göstermektedir. Bu oran göğüs hastalıkları uzmanları için %49'dur.

İLK KONTROL (6 ay sonra)

Yakınmaları kontrol altında iken son iki aydır baharla birlikte yakınmaları tedrici olarak artmıştı. Son bir ayda astma atağı nedeniyle iki kez acil servis ziyareti olmuş. Hastaya kısa kür oral steroid verildi, kullandığı inhaler steroid artırılarak BDP 2x3 puf/gün'e çıkıldı. Ayrıca evde gerektiğinde kullanmak üzere nebulizer cihazı verildi ve salbutamol nebulizer solüsyonu yazıldı.

İKİNCİ KONTROL (4 ay sonra)

Yazdan sonra yakınmaları azalan hastanın bu süre içinde sadece 3 kez nebulizer kullanma ihtiyacı olmuştu. Nazal steroid ve BDP MDI'yi sadece sabah 2'şer puf'a indirmişti. Son 10 günde sadece bir kez MDI bronkodilatöre ihtiyacı olmuştu. Artık premenstrüel dönemde nefes darlığı hissetmiyordu. Eforu daha iyiydi.

SONUÇ

Hasta halen yılda ortalama 3 kez kontrole gelmek üzere 2.5 yıldır izlenmektedir. Yazları kullandığı ilaçların dozu bir miktar artmakta ancak yaz sonunda yine

azalmaktadır. Hiç acil ziyareti olmamıştır, geceleri rahat uyumakta ve günlük yaşantısını sorunsuz sürdürmektedir. İkinci kontrolden sonra hiç nebulizer kullanımına gerek kalmadı. Birbuçuk yıl önce evlendi, önceden bizimle danışıp planlayarak yaz sonunda hamile kaldı. Halen 7 aylık hamile. Hamilelikte kendisini çok iyi hissettiği için ilk 6 ay hiç ilaç kullanmadı ama son bir aydır tekrar BDP MDI'a 2x2 puf/gün dozunda başladı.

KAYNAKLAR

1. Schatz M, Harden K, Forsythe A, Chilingar L, Hoffman C, Sperling W & Zeiger RS. The course of asthma during pregnancy, post partum, and successive pregnancies: A prospective analysis. *J Allergy Clin Immunol* 1988; 81: 509-517.
2. Settipane RA & Simon RA. Menstruel cycle and asthma. *Ann Allergy* 1989; 63: 373-378.
3. Löfdahl CG & Svedmyr N. β -agonists: still more friends than foes. *Eur Respir J* 1992; 5: 898-900.
4. Ziment I. The β -agonist controversy. *Chest* 1995; 107(suppl 5): 198s-205s.
5. Köktürk O, Türkteş H & Amber Z. Türk hekimlerinin Bronş Astması tanı ve tedavisine yaklaşımları. *Solunum Hastalıkları* 1996; 7(3): 535-546.
6. Adcock IM, Stevens DA & Barnes PJ. Interactions of glucocorticoids and β -agonists. *Eur Respir J* 1996; 9:160-168.
7. Gustafson T, Boman K, Rosenhall L, Sandström T & Wester PO. Skeletal muscle magnesium and potassium in asthmatics treated with oral beta2-agonists. *Eur Respir J* 1996; 9:237-240.
8. Adkinson NF, Peyton PA, Eney D ve ark. A controlled trial of immunotherapy for asthma in allergic children. *N Engl J Med* 1997; 336: 324-331.

6

Klostrofobisi Olan Kuru emiŐiŐi

52 yaşında erkek kuru emiŐiŐi, evli ve 3 çocuklu. Doğum yeri ve halen yaşadığı yer Őanlıurfa, hiç sigara içmemiş.

Sorun: Nefes darlığı

 yküsü: Son dört aydır nefes darlığı, hırıltılı solunum ve kuru öksürükten yakınıyordu. Yakınmaları esasen gündüz ve kuvvetli kokularla temas esnasında ve efor yaptığında ortaya çıkıyormuş. İŞyerindeki  ekirdek kavrulması esnasında çıkan koku ve sigara dumanı en çok rahatsız eden etkenler. Bu nedenle işyerinde sürekli kalamıyormuŐ. Başvurduğu doktorlar kendisine antibiotik, antihistaminik ve  ks r k Şurubu türünde ilaçlar önermişler. Hasta bunlardan yarar görmeyince, astmalı kızının kullandığı terbutalin inhalerden almış ve yarar görmüş. Gece rahat uyuyor ve hiç uyanmazmıŐ.

Çocukluğunda muhtemelen difteri sonucu trakeostomi geçirmiş. Teyzesi ve oğlu perrenial rinit, kızı ise astmalı.

Muayenesinde genel durum iyi, bilinci açık ve koopere, vital bulgular stabildi. Fossa jugulariste eski trakeostomi skarı görülüyordu. Oskültasyonda bilateral yaygın ronkuslar duyuldu. PA akciğer grafisi normal olarak değerlendirildi. Yapılan bronkodilatasyon testinde objektif yanıt olmamasına karşın, hasta kendisini subjektif olarak daha iyi hissettiğini belirtti. Hastanın deri prick testleri total olarak negatifti.

YORUM, ÖNERİ ve İZLEM

Hastaya "bronş astması" teşhisiyle Bud MDI 4 puf/gün ve gerektiğinde kullanmak üzere terbutalin MDI başlandı. Hasta 3 ay sonra kontrole geldiğinde kendini daha iyi hissediyordu ancak kokulara duyarlılık devam ediyor ve haftada en

	BRONKODİLATASYON					
	ÖNCESİ			SONRASI		
	BEKLENEN	ÖLÇÜLEN	%	ÖLÇÜLEN	%	FARK
FVC	3.91	3.45	88	3.52	90	2
FEV ₁	3.18	2.56	80	2.69	85	5
FEV ₁ /FVC	81	74	-8	76	-5	2
PEF	490	479	98	500	102	4

az 3-4 gün terbutalin kullanma ihtiyacı duyuyordu. Açık havada ve düz yolda eforu tamamen normale dönmesine rağmen merdiven çıkarken nefes darlığından yakınıyordu. Ayrıntılı sorgulamada apartman merdivenlerini çıkarken aydınlıkta nefesi iyi olmasına karşın, karanlıkta veya ışık sönünce nefesinin daraldığını söyledi. Hasta aslında kapalı yerlerde kalmaktan korkuyordu ve örneğin asansöre de binemiyordu. Yani hastada klostrrofobi veya diğer adıyla "**panik hastalığı**" vardı. Gerçekten de bu tür psikolojik sorunlarla astmalılarda sık olarak karşılaşmaktadır. Kullandığı Bud MDI'in dozu 2x3 puf/gün'e arttırıldı. Üç ay sonra tekrar kontrole geldiğinde kokulara duyarlılığı azalmıştı.

Hasta halen günde 4-5 puf Bud MDI ile normal yaşantısını sürdürmekte ve çok seyrek olarak bronkodilatöre ihtiyacı olmaktadır. Yaklaşık 2.5 yıldır tarafımızdan izlenen hasta son kontrolünde impotansı olduğunu belirterek üroloji kontrolünden geçmiş ve kendisine penil protez takılmak üzere randevu verilmiştir.



KAYNAKLAR

1. Lask B. Psychological treatments of asthma. Clin Exp Allergy 1991, 21: 625-626.
2. Bernstein JA, Sheridan E & Patterson R. Asthmatic patients with panic disorders: report of three cases with management and outcome. Ann Allergy 1991, 66: 311-314.
3. Toraks Derneği. Bronş Astması Tanı ve Tedavi Rehberi. Editör Prof.Dr. F.Erkan, 1996.
4. Smoller JW, Pollack MH, Otto MW, Rosenbaum JF & Kradin RL. Panic anxiety, dyspnea, and respiratory disease. Theoretical and clinical considerations. Am J Respir Crit Care Med 1996, 154: 6-17.

7

Bazı Evhanımları Kokulardan Rahatsız Olur

31 yaşında evli 2 çocuklu, ilkokuldan terk tahsilli evhanımı. Gerede doğumlu 10 yıldır Ankara'da yaşıyor, hiç sigara içmemiş.

Sorun: Kokulara duyarlılık ve nefesinde tıkanma

Öykü: Hasta üç yıldır tüm kuvvetli kokularla temas esnasında nefesinde daralma, tıkanma hissi ve retrosternal baskı hissediyordu. Bu nedenle evde sürekli olarak camları açmak istiyor, mutfakta çalışırken de sürekli balkon kapısını açık bırakıyordu. Sigara, parfüm, sprej, yemek kokusu, deterjanlar, ev tozu, boya badana kokusu, böcek ilacı, kolonya, ter kokusu, egzoz, sabah gazete kokusu gibi tüm keskin kokular hastayı etkiliyordu. Hırıltılı solunum ya da öksürüğü yoktu. Geceleri rahat uyuyordu. Yaklaşık iki ay önce sol alt lob pnömonisi nedeniyle 11 gün bir hastanede yatırılarak tedavi edilmiş, yatış sebebi esasen o esnada nefesinin çok daralmış olmasıymış. Burada antibiotik tedavinin yanısıra bronkodilatatör tedavi de verilmiş. Halen arasıra formoterol MDI kullanıyor, ancak yakınmaları tam olarak düzelmeyormuş. Sık sık, üzülmediği, sıkıldığı dönemlerde sesi kısılıyor ve hemen boğazında daralma hissediyormuş.

7 yıl önce tonsillektomi geçirmiş. 4 yıl önce de çocuğunun yanlışlıkla burnuna vurması sonucu burnu kınlanmış, halen burnunun sağ tarafı tıkalı, muayene olduğu KBB uzmanı nazal septoplasti önermiş.

Muayenede nazal septumda gerçekten de açıklığı sola bakan deviasyon vardı ve sağda pasaj çok daralmıştı. Solunum sesleri normaldi ancak derin inspiriyum esnasında hasta öksürüyordu. Elindeki son iki aylık seri akciğer grafilerinden sol alt lobda pnömoni geçirdiği anlaşılıyordu. Waters grafide ise nazal septumda ileri derecede deviasyon olduğu görüldü. Solunum fonksiyon testleri yapıldı. Deri prick testinde ev tozu akarı (Dermatophagoides pteronyssinus) duyarlılığı saptandı.

	BEKLENEN	ÖLÇÜLEN	%
FEV ₁	3.09	2.57	83
FVC	3.62	3.21	88
FEV ₁ /FVC	85	80	-5
PEF	396	317	80
FEF _{25%}	6.21	5.03	81
FEF _{50%}	4.16	3.68	88
FEF _{75%}	1.92	1.11	57
FEF _{75-85%}	1.31	0.78	59

ÖNERİ

Hastanın teşhisi "bronş astması" idi. Septoplasti burnunu rahat kullanma imkanı sağlayacağından yararlı olabilirdi. Hastanın formoterolden yarar görmemesinin nedeni; MDI'ı yanlış kullanmasıydı ve bir türlü doğru kullanması öğretilmedi. Kendisine Bud turbuhaler 2x2 kez/gün önerildi ve duyarlı olduğu ev tozu akarları hakkında bilgi verildi, nasıl korunacağı anlatıldı (hastanın yakınmaları çoğunlukla evde ve kapalı ortamlarda ortaya çıkıyor, ev tozu maruziyeti ile de artma gösteriyordu).

Hasta iki ay sonra kontrole geldiğinde astma ile uyumlu yakınmaları belirgin olarak azalmıştı. Akarlara yönelik önlemleri elden geldiğince uygulamış ve yarar gördüğüne inanıyordu. Ancak genelde üzülmeye, sıkılma esnasında veya bazen sebepsiz de olabilen boğazında tıkanıklık ve sesinin kısılması durumu hala devam ediyordu. Hastada **vokal kord disfonksiyonu** (VKD) düşünülerek KBB muayenesi istendi. Gerçekten de flexibl laringoskopi yapılan muayenede; vokal kordların ön kısmında adduksiyon olduğu ve arka kısmının ise tam kapanmadığı saptandı. Vokal kordlarda istemsiz olarak ortaya çıkan bu epizodik veya sürekli spazm bazı hastalarda inspirasyon ve ekspirasyonu engellemektedir. VKD astmayı taklit edebileceği gibi, astmaya eşlik de edebilmektedir. Bugün için VKD'nin en başarılı tedavisi, solunum ve ses egzersizleri ile Foniatri bölümlerinde yapılmaktadır. Hastamızın VKD'u Foniatri bölümünde yaklaşık 2 aylık bir tedavi periodu sonrasında düzeldi.

Halen yaklaşık bir yıldır kontrolümüzde olup Bud'e düzenli olarak devam etmektedir, kokulara duyarlılığı eskiyle kıyaslandığında çok azalmıştır.

KAYNAKLAR

1. Erkan F, Kılıçaslan Z, Çavdar T, Tabak L, Ece T & Erelel M. House dust mite: An important etiological factor for asthma in Istanbul. XVth Congress of the EAACI. Paris, Fransa 1992. *Allergy* 1992; 47(Suppl): 77.
2. Demirel YS, Acıcan T, Kalpaklıoğlu F ve ark. 1983-1993 yılları arasında takip edilen 997 bronş astımı ve rinitli olgunun IgE, eozinofil ve cilt testleri açısından değerlendirilmesi. *Tüberküloz Toraks* 1994; 42: 1-5.
3. Newman KB, Mason UG & Schmaling KB. Clinical features of vocal cord dysfunction. *Am J Respir Crit Care Med* 1995; 152: 1382-1386.
4. Lin FJ, Wong D & Moira CY. Immediate skin reactivity in adult asthmatic patients. *Ann Allergy Asthma Immunol* 1995; 74: 398-404.
5. Van der Palen J, Klein JJ, Kerkhoff & van Herwaarden CLA. Evaluation of the effectiveness of four different inhalers in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 1995; 50: 1183-1187.
6. Durham SR. British Thoracic Society Asthma Guidelines Reviews: Allergen avoidance measures. *Respir Med* 1996, 90: 441-115.
7. Wood RP & Milgrom H. Vocal cord dysfunction. *J Allergy Clin Immunol* 1996; 98: 481-485.

8

Astmalı Hanımların Gizli Sorunu: Enkontinans

45 yaşında evli, 3 çocuklu evhanımı. Antalya doğumlu, evlendiğinden beri 25 yıldır Denizli'de yaşıyor. Hastanın ilk muayenesi sonbahar mevsiminde.

Sorun: Öksürük ve nefes darlığı

En az 15 yıldır ilkbaharlarda saman nezlesi

Öyküsü: Yaklaşık 7 yıldır sürekli kuru öksürük, boğazında gıcıklanma ve daralma hissi olan hastanın son bir yıldır eforla nefes darlığı ortaya çıkmış. Hasta düz yolda yürümesine karşın merdiven ve yokuş çıkarken hemen nefesi daralıyor ve öksürüyordu. Başvurduğu doktorlar bronşit veya farenjit gibi tanılarla sürekli antibiyotik, öksürük şurubu ve boğaz pastili türünde ilaçlar önermişler ancak hasta bunlardan yarar görmemiş. Son yıllarda özellikle öksürük esnasında üriner enkontinansı oluyor ve bunun için kendisine ameliyat önerilmiş. Hasta sigara, parfüm, deterjan, boya gibi yoğun kokularla temasta hemen öksürmesine ve göğüs ardında baskı hissetmesine rağmen, özellikle "üriner enkontinans" sonrasında oluşabilecek bir kokuyu maskeleyerek için yoğun parfüm sürüyor ve bu koku da öksürüğünü arttırıyordu. Enkontinans için çantasında sürekli olarak yedek iç çamaşır taşıyor. 3 yıl önce subtotal tiroidektomi geçirmiş ve operasyondan beri sürekli Bitiron 2 tablet/gün kullanıyor. 15 yıldır her ilkbahar başlayan ve "Mayıs-Haziran-Temmuz" aylarında süren rinokonjonktivit hikayesi var. Öksürüğü bu aylarda daha da artırmış.

Hasta çocukluğundan beri endişeli ve her olaydan korkan bir tabiatı olduğunu belirtti, özellikle son yıllarda çeşitli korkuları giderek artmış. En son olarak halen, iki ay sonra yapacağı bir yurtdışı seyahat için çok endişeli. Hem yabancı bir ülkeye gitmek hem de uçak yolculuğu çok korkutuyormuş. Bu nedenle üç hafta önce başvurduğu bir psikiyatrist kendisinde "panik hastalığı" düşünerek; fluoksetin, mianserin ve çarpıntı için propranolol tablet önermiş. Hasta bu ilaçlarla endişelerinin azaldığını ancak nefes darlığında bir miktar artma olduğunu söylüyor.

Hastanın muayenesinde; bilateral ronkuslar duyuldu. Hasta inspiriyum esnasında sık sık öksürüyordu. Yapılan röntgenolojik ve spirometrik tetkiklerde anormallik saptanmadı. Deri prick testinde çimen ve zeytin ağacı polenlerine duyarlılık saptandı.

ÖNERİ, YORUM ve İZLEM

Hastada teşhis olarak "Bronş astması, mevsimsel rinokonjonktivit (polen allerjisi), stress inkontinans, tiroid hastalığı ve panik hastalığı" düşünüldü.

Öyküsünden 15 yıldır polen allerjisi, 7 yıldır astma ve muhtemelen yıllardır **panik hastalığı** (ki bu durum astmalılarda nisbeten sık görülmektedir) olduğu anlaşılmaktadır. **Enkontinans** bir diğer önemli sorun olup; astma tedavisi sonrasında nefes darlığının düzelmesi kadar bu sorunun ortadan kalkması da sevindirici olmaktadır. Sağlıklı hanımların üçte birinde (özellikle birden çok doğum yapanlarda) ıkınma, gülme veya öksürmekle minimal enkontinans olmakta ancak bu durum tedavi edilmemiş astmalı hanımlarda %60 civarında görülmektedir. Astma tedavisi ile özellikle öksürüğün kesilmesi, enkontinansı ortalama 8-10 gün içinde ortadan kaldırmakta veya en azından belirgin azaltmaktadır.

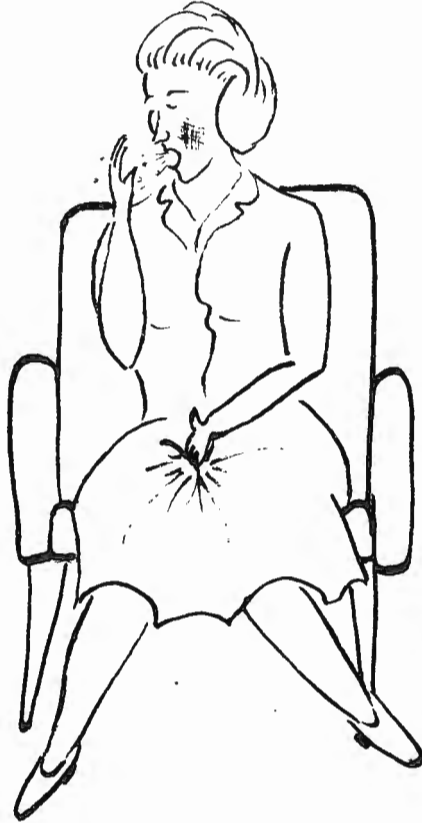
Hastamız "panik hastalığı" için verilen tedaviden yararlanmıştı ancak bir "**beta bloker**" olan propranolol, nefesini bir miktar olumsuz yönde etkilemişti. Hastanın propranolol'u kesildi, BDP 2x3 puf/gün ve gerektiğinde salbutamol MDI PRN başlandı.

Panik atakları gerçekten de bazen astma ile karışabilmekte veya bu iki durum genellikle birlikte olmaktadır. Astma dışında KOAH, pnömotoraks, pulmoner hipertansiyon, laringeal disfonksiyon, pulmoner emboli, uyku apnesi, pulmoner ödem, pnömoni veya mekanik ventilasyon gibi durumlarda da panik atakları kolayca gelişebilmektedir. Ayıncı tanı için izole panik atağında; çarpıntı, soğuk terleme veya sıcak basması, titreme, boğulma hissi, göğüste huzursuzluk, bulantı, karında sıkıntı, başdönmesi, kontrolü kaybetme korkusu, ölüm korkusu ve parestezilerin olabileceği unutulmamalıdır.

Hasta 3 ay sonra kontrole geldiğinde; öksürük ve nefesle ilgili yakınmalarının BDP MDI başlandıktan sonra, yaklaşık 10 gün içinde tedricen azalarak kesildiği öğrenildi. Hastanın yaklaşık bu tarihten itibaren enkontinans yakınması da ortadan kalkmıştı. Yurt dışı yolculuğunu eşi ile birlikte gayet rahat geçiren hastanın

aktüel yakınması yoktu. Kullandığı BDP 2x2 puf/gün'e inildi. Yaklaşan bahar mevsimindeki polen allerjisi için; nazal kromolin sprey ve kromolin göz damlası önerildi. Panik hastalığı yönünden tedavisini sürdürecekti. Ayrıca burada eklenmesi gereken bir konu da astmalıların **uçak yolculuğunu** genelde sorunsuz yapmasıdır. Eğer astmasına eşlik eden tedavi edilmemiş rinosinüziti varsa, basınç değişikliği belki **barosinüzit** veya **barotitis media**'ya yol açabilir. Ayrıca kuru kabin atmosferi hava yolundaki sekresyonları bazen bir miktar etkileyebilir. Yurtdışındaki bir çok hava yolu şirketi, uçaklarında antiastma ilaçlar bulundurmaktadır.

Hasta halen iki yıldır kliniğimizde izlenmekte ve BDP MDI 3-4 puf/gün dozda kullanımını sürdürmektedir. Astması kontrol altındadır. Bu yıl ilk kez ilkbahar dönemini sadece arada sırada Na kromoglikat göz damlasına ihtiyacı olarak atlattı. Yani mevsimsel rinokonjunktiviti artık doğal seyrinde düzelmeye yoluna girmişti.



KAYNAKLAR

1. Bernstein JA, Sheridan E & Patterson R. Asthmatic patients with panic disorders: report of three cases with management and outcome. *Ann Allergy* 1991, 66: 311-314.
2. Kalyoncu AF, Kısacık G, Demir AU, Çöplü L, Şahin AA & Başı YI. Urinary incontinence and sexual life: occult problems of the female asthmatics (kongre bildirisi). *European Respiratory Society Annual Congress Nice/Fransa, 1-5 Ekim 1994. Eur Respir J* 1994; 7 (suppl 18): 165s.
3. Lara C & Nacey J. Ethnic differences between Maori, Pacific Island and European New Zealand women in prevalence and attitudes to urinary incontinence. *NZ Med J* 1994; 107: 374-376.
4. Smoller JW, Pollack MH, Otto MW, Rosenbaum JF & Kradin RL. Panic anxiety, dyspnea, and respiratory disease. Theoretical and clinical considerations. *Am J Respir Crit Care Med* 1996, 154: 6-17.
5. Glazer T. Air travel of asthmatic patients. *Ann Allergy Asthma Immunol* 1997; 78: 117.

9

Glokomu Olan Astmalı Hanım

64 yaşında evli, 5 çocuklu evhanımı. Doğup yaşadığı yer Sungurlu/ Çorum.

Sorun: Öksürük ve nefes darlığı

Öyküsü: Hasta yaklaşık 10 yıldır yılboyu süren kuru öksürük, hırıltılı solunum ve nefes darlığından yakınmaktaydı. Üst solunum yolu infeksiyonu esnasında ve eve misafirler gelip sigara içtiklerinde gece bu nedenlerle uykudan uyanıyordu. Gündüzleri efor, tüm yoğun kokular (parfüm, sabah gelen gazete, ev tozu vs) ve soğuk yakınmalarını arttırıyor. Son beş yıldır yakınmaları daha da artmış ve sürekli olarak boğazında rahatsız edici bir gıcık hissi ortaya çıkmıştı. Boğazındaki gıcık nedeniyle fazla konuşamıyor ve sürekli başörtüsünün ucu ile ağzını kapatma ihtiyacı duyuyor. Fazla konuşamadığı için de komşular arası ziyaretlere gidememekten yakınıyordu. Öksürdüğünde idrarını tutamıyordu, bu nedenle ameliyat olmaya karar verilmişken doktoru son anda öksürüğü düzelmeden ameliyat olamayacağını söylemiş.

Babası astmadan ölmüş. Hiç sigara içmemiş, evde içen yoktu. Evde hayvan beslemiyordu.

Son beş yıldır glokomu var ve bu nedenle Betoptic ve Protagent damla kullanıyordu.

Fizik muayenede; hastanın genel durumu iyi, bilinci açık koopere ve vital bulguları stabil bulundu. 162 cm boyunda ve 84.5 kg ağırlığında idi. İnspiryumda sık sık öksürüyordu, oskültasyonda normal solunum sesleri duyuldu. Röntgenolojik tetkik normaldi, hasta koopere olamadığından spirometrik inceleme yapılamadı.

YORUM, ÖNERİ ve İZLEM

Hastanın hafif düzeyde olan bronş astmasının derecesi, son 5 yıldır kullandığı glokomuna yönelik göz damlaları nedeniyle artmıştı. **Betabloker** ilaç içeren bu damlalar, hastayı astma atağına sokabildikleri gibi, sürekli kullanıldıklarında astmanın derecesini de arttırdılar. Göz hekimiyile konsülte edilen hastanın, bu damlaların kullanmasının zorunlu olduğu öğrenildi. Hastaya sürekli ve düzenli kullanmak üzere BDP diskhaler 2x3 puf/gün ve gerektiğinde salbutamol diskhaler 1-2 puf alması önerildi (hasta MDI ilacı bir türlü kullanamadığından toz biçimde ilaç verildi).

Üç ay sonra kontrole gelen hastanın hemen hemen tüm yakınmaları ortadan kalmıştı. İlacın dozu 2x2 puf/gün'e inildi. Hasta bu sürede bronkodilatatörü sadece bir kaç kez kullanma ihtiyacı hissetmişti. Hasta halen birbuçuk yıldır hemen hemen asemptomatik olarak kliniğimizde izlenmektedir.



KAYNAKLAR

1. Dow L. The diagnosis of asthma in older people. Clin Exp Allergy 1994, 24: 156-159.
2. Selçuk ZT. İlaçlara bağlı akciğer hastalıkları. Editör Prof.Dr.Y. İzzettin Barış "Solunum Hastalıkları Temel Yaklaşım". Türkiye Akciğer Hastalıkları Vakfı Yayınları No:6. Ankara 1995: 295-297.

10

Astma Samsun'da Ankara'dan Farklı Seyreder

18 yaşında bekar Üniversite öğrencisi. Doğum yeri İstanbul, Samsun'da büyümüş ve son 4 yıldır Ankara'da teyzesinin yanında okuyor. Ailesi halen Samsun'da oturmakta.

Sorun: Nefes darlığı

Öyküsü: 8 yaşından beri astma tanısı ile izlenmekte olan hasta, 11-15 yaşları arasında İstanbul'da bir Allerji kliniğinde astması için immünoterapi olmuş ancak yarar görmemiş. Halen yakınması için düzenli bir ilaç kullanmıyor ama elinin altında sürekli salbutamol şurup bulunduruyor ve haftada en az bir kaç gün bunu kullanmak zorunda kalıyormuş. Daha önceden bir süre denediği bazı MDI türü ilaçlardan hiç bir yarar görmemiş ve bu nedenle bunları bırakmış. Nefes darlığı efor, sigara dumanı, bazı parfüm ve deterjanların kokusu, soğuk teması, gülme ile ve premenstrüel dönemde artıyordu. Üst solunum yolu infeksiyonu geçirdiğinde ve Samsun'a gittiğinde yakınması çok artıyormuş. Ankara'da daha iyi. Her ikisi de Samsun'da olmak üzere, son bir yılda iki kez astma atağı nedeniyle acil servis ziyareti vardı. Hiç sigara içmemiş ve evde hayvan beslemiyordu.

Astması ile aynı dönemde başlayan sürekli nezlesi hala devam ediyordu. Ellerinde 1.5 yıl önceye kadar egzama varmış, düzelmiş. Halası ve annesi astmalı.

Fizik muayenede; hastanın belirgin nefes darlığı içinde olduğu gözleniyordu ve wheezing'i vardı. Yaygın ronküsler oskülte edildi. Her iki nazal kavitede mukozalar ödemli ve pasajlar dardı. Spirometrik incelemede obstrüktif tipte bozukluk saptandı; FEV₁: 1.80 lt (beklenenin %57'si) ve PEF: 242 lt/dk (beklenenin %62'si) olarak ölçüldü. Hastanın bronkodilatasyona %20'den fazla yanıtı vardı. Deri prick testinde; evtozu akan (Dermatophagoides pteronyssinus), ağaç poleni (fındık ve zeytin) ve küf mantarları (Cladosporium ve Alternaria) 'na karşı duyarlılık saptandı. Total IgE düzeyi; 180 kU/L idi. Kan sayımı; Hb 13.1 gr, Hematokrit %41, Beyaz

küre: 5800/mm³ ve periferik yaymada %8 eozinofilisi vardı. Nazal yaymada ise bol eozinofil ve nötrofil görüldü. PA akciğer grafisi normaldi, Waters grafisinde bilateral maksiller sinüs mukozasında kalınlaşma ile birlikte sağ maksiller sinüste kistik oluşum görüldü.

YORUM, ÖNERİ ve İZLEM

Hastaya "Bronş astması ve perrenial rinit" teşhisiyle antiinflamatuvar tedavi başlandı (nazal Bud sprey 2x2 puf/gün, MDI Bud 2x2 puf/gün ve gerektiğinde MDI terbutalin). Hastamız MDI ilacı yanlış kullanıyordu ve bu nedenle önceden bu tür ilaçlardan yarar görmemişti. Doğru kullanması öğretildi.

Deri testlerindeki polen, mite ve fungus duyarlılığı muhtemelen hastanın Samsun'a gittiğinde, neden yakınmalarının arttığını açıklıyordu. Türkiye'nin sahil kesimlerinde, eviçi ortamında mite yoğunluğunun daha yüksek olmasına bağlı olarak, astmalılarda daha yüksek oranda mite duyarlılığı görülmektedir. Rakım yükseldikçe ve havadaki nem azaldıkça ortamdaki mite dansitesi de azalmakta ve dolayısıyla atopik hastalardaki duyarlılık da azalmaktadır. Ankara'daki astmalılarda da mite duyarlılığı vardır ancak bu, Samsun veya İzmir gibi sahil kentlerinde yaşayan astmalıların yarı oranındadır (yaklaşık %20'ye karşı %40 oranında. Bakınız 21. sayfa).

Hastamıza (bir çok hasta gibi), aşı olduğu dönemde neye karşı allerjisi olduğu veya ne türde aşı yapıldığı konusunda herhangi bir bilgi verilmemişti. Ancak gerek anamnez ve gerekse deri testleriyle gösterildiği üzere atopik durumu halen hastalığını etkilemekteydi. Hastaya mite, fungus ve polenlerle ilgili aydınlatıcı bilgiler verildi ve uyması gereken önlemler anlatıldı.

İLK KONTROL (iki ay sonra)

Hastanın yakınmaları büyük oranda gerilemişti. Burnu tamamen normaldi ve son bir aydır hiç bronkodilatör kullanmamıştı. Fizik muayenesi normal sınırlardaydı.

Spirometrik inceleme de normaldi. Hastaya aynı ilaçlara devam ve düzenli kontrol önerildi.

İKİNCİ KONTROL (4 ay sonra)

Eskiye göre azalmakla birlikte kuvvetli kokulara duyarlılık dışında yakınması kalmamıştı. Fizik muayenesi normaldi. Bu sürede sadece bir kez MDI terbutalin

	BEKLENEN	ÖLÇÜLEN	%
FEV ₁	3.17	3.07	97
FVC	3.48	3.45	99
FEV ₁ /FVC	91	89	-2
PEF	3.92	418	107

kullanma ihtiyacı olmuştu. Düzenli kullandığı ilaçların her ikisi sadece sabah üçer puf'a inildi (Nazal Bud 3puf/sabah ve Bud MDI 3 Puf/sabah).

ÜÇÜNCÜ KONTROL (10 ay sonra)

Hastanın artık Ankara'da hiçbir yakınması kalmamıştı. Bu sürede birer kez Samsun ve İstanbul'a gitmiş ve sadece oralarda MDI bronkodilatör'e ihtiyacı olmuş. Düzenli kullandığı ilaçların her ikisi de sadece sabah olmak üzere ikişer pufa inildi (Nazal Bud 2 puf/sabah ve Bud MDI 2 Puf/sabah). Hastaya böyle devam ettiği sürece bir kaç ay içinde ilaçlarını kesebileceği anlatıldı.

DÖRDÜNCÜ KONTROL (4.5 yıl sonra)

Hasta durumunu iyi bularak 3. kontolden bir kaç ay sonra nazal ve inhaler steroidlerini kesmiş. Ankara'da hiç yakınması yokken hala Samsun, İstanbul ve bir kez gittiği Antalya'da da nefes darlığı ve riniti ortaya çıkıyordu. Örneğin Samsun'a gittikten sonra bir gün içersinde önce bumu akmaya başlıyor ve daha sonra nefesinin daraldığını hissediyor. Ankara'ya döndükten sonra da 3 gün içinde normale geliyormuş. Yine de eskiyle kıyasladığında kendini çok daha iyi buluyor.

Üniversiteyi bitiren genç hasta Ankara'da serbest olarak iş yeri açmak istiyor, düzenli olarak jimnastik yapıyor ve tenis oynuyordu.

Hastanın fizik muayenesi tamamen normaldi. Deri testleri kontrolünde polenlere ve akarlar'a karşı olan duyarlılığın azalmakla birlikte sürdüğü, funguslara karşı olan duyarlılığın ise kaybolduğu görüldü. Yani atopik duyarlılığı doğal ve spontan olarak azalarak kaybolmaktaydı. Hastanın dinamik solunum fonksiyon testi normal sınırlardaydı.

	BEKLENEN	ÖLÇÜLEN
FEV ₁	3.17	3.93
FVC	3.48	3.77
FEV ₁ /FVC	91	1
PEF	3.92	443

Hastaya sadece sahil bölgelerine gittiği dönemlerde kullanmak üzere nazal ve inhaler steroid önerildi. Polen ve mite allerjisi muhtemelen hastayı sadece buralarda etkiliyordu, Ankara'da sürekli ilaç kullanmasına artık gerek yoktu. Hastanın sigara kullanan nişanlısına, sigarayı bırakması tavsiye edildi.



Resim 9: Ev tozu akarı (mite).



Resim 10: Samsun

KAYNAKLAR

1. Aytuğ B. Pollen calender for Turkey. In: Charpin J & Surinyach H (editör) "Atlas of European Allergenic Pollens". Sandoz yayınları 1974: 206-216.
2. Settipane RA & Simon RA. Menstruel cycle and asthma. Ann Allergy 1989; 63: 373-378.
3. Charpin D, Birnbaum J, Haddi E ve ark. Altitude and allergy to house dust mites: A paradigm of the influence of environmental exposure on allergic sensitization. Am Rev Respir Dis 1991; 143: 983-986.
4. Inceoğlu Ö, Pınar NM, Şakıyan N & Sorkun K. Airborne pollen concentration in Ankara, Turkey 1990-1993. Grana 1994; 33:158-161.
5. Kalyoncu AF, Çöplü L, Selçuk ZT, Emri AS, Kolaçan B, Kocabaş A, Akkoçlu A, Erkan L, Şahin AA & Barış Yİ. Survey of the allergic status of patients with bronchial asthma in Turkey: a multicenter study. Allergy 1995; 50: 451-5.
6. Van der Palen J, Klein JJ, Kerckhoff & van Herwaarden CLA. Evaluation of the effectiveness of four different inhalers in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Thorax 1995; 50: 1183-1187.
7. Durham SR. British Thoracic Society Asthma Guidelines Reviews: Allergen avoidance measures. Respir Med 1996, 90: 441-445.

11

Eşinden Sigara Yüzünden Dayak Yiyen Kapıcı Hanım

47 yaşında evli 3 çocuklu apartman kapıcısı hanım. Doğum yeri Süşehri/Sivas, 24 yıldır Ankara'da oturuyor, okuryazar değil.

Sorun: Nefes darlığı

Öyküsü: Son üç yıldır yılboyu süren nefes darlığı, hırıltılı solunumu, kuru öksürüğü ve haftada en az bir kez bu nedenlerle gece uykudan uyanma yakınmaları vardı. Özellikle nefes darlığı kışın çok artıyordu. Apartmanlarında oturan bir pediatristin kendisine önerdiği ilaçları kullanıyor ancak pek de yarar görmüyormuş.

Aslında eşi apartman kapıcısı ama evlenip Ankara'ya geldiğinden bu yana apartmanın tüm işlerini ve kalorifer yakmayı hastamız yapıyormuş. Önceden kaloriferde kömür kullanılırken çok rahatsız olurmuş, son 5 yıldır doğal gaza geçmişler ancak bu sefer de nefes darlığı ortaya çıkmış. Doğumlarını sezaryenle yapmış, son iki yıldır göbek fıtığı var, SSK hastanesinde ameliyat gerektiği ancak astması tedavi olmadan ameliyat olamayacağı söylenmiş.

Eşi evde sigara içtiği için sürekli tartışıyorlar, bu nedenle eşinden bir kaç kez dayak yemiş ve bir seferinde burnu kırılmış. Gece rüyasında sık olarak, eşinin sigara dumanını yüzüne üflediğini görüyor ve nefesi daralarak uyanıyormuş. Halen cebinde salbutamol MDI taşıyor, günde bir kaç kez bunu kullanıyor, az çok yarar görüyormuş. Kendisine daha önce önerilen BDP MDI'i ağzında yara yaptığı için kullanmamış. Ayrıca bir tanıdığından bu tür sprey ilaçların "ciğeri kuruttuğunu" duymuş, bu nedenle pek kullanmak istemiyor. Teyzesinde de nefes darlığı hastalığı varmış.

Muayenede genel durumu iyi, bilinci açık, koopere ve vital bulguları stabil bulundu. Nazal septumda açıklığı sağa bakan deviasyon ve batında orta derecede umbilikal hernisi vardı. Göğüste yaygın ronkuslar oskülte edildi. PA akciğer grafisi

normaldi. Solunum fonksiyon testleri hasta bir türlü koopere olamadığından yapılamadı. Deri prick testine göre hasta nonatopikti.

YORUM, ÖNERİ ve İZLEM

Hastanın teşhisi klasik bronş astması idi. Kendisinden MDI ilacını nasıl kullandığını göstermesi istendi. Hasta ilacını yanlış biçimde kullanıyor ve her kullanım sonrasında ağzını su ile temizleyeceğini bilmiyordu (veya söylenmiş hasta üzerinde durmamış da olabilir). Hastaya BDP 2x3 puf/gün (1500 mcg/gün) başlandı. Umbilikal hernisinin ortaya çıkmasında muhtemelen tedavi edilmeyen kronik öksürüğü de önemli rol oynamıştı.

Hasta bir ay sonra kontrole geldiğinde hemen hemen hiç bir yakınması kalmamıştı. Artık bronkodilatör ilaç kullanmıyordu. BDP'ın dozu 4 puf/gün'e inildi.

Hasta son iki yıldır sadece sabahları kullandığı ve artık dozunu kendi ayarladığı BDP'ı düzenli olarak kullanıyor (2-4 puf/gün arası dozlarda). Son aldığı salbutamol MDI bir yıldır bitmedi. KBB muayenesi septoplastinin yararı olacağını bildirdi. SSK hastanesinden umbilikal herni onarımı için gün bekliyor.



KAYNAKLAR

1. Van der Palen J, Klein JJ, Kerkhoff & van Herwaarden CLA. Evaluation of the effectiveness of four different inhalers in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Thorax 1995; 50: 1183-1187.
2. Peat JK. Prevention of asthma. Eur Respir J 1996; 9:1545-1555.

12

İnguinal Herni Operasyonu Remisyondaki Astmalıyı Atağa Sokar mı?

36 yaşında erkek devlet memuru, bekar. Doğma büyüme Ankara'lı.

Sorun: Astma öyküsü
Aspirin intoleransı
Preoperatif değerlendirme

Öyküsü: Hastanın beş yaşında başlayan bronş astması 25 yaşına kadar tedricen azalarak sürmüştü ve bu tarihten sonra da ortadan kalkmış. Son 11 yıldır sadece bir kaç yılda bir olan üst solunum yolu infeksiyonları esnasında bir miktar olan öksürük ve hırıltılı solunum yakınmaları dışında (ki bu durum üç-dört gün içinde spontan düzelmekte) şikayeti yoktur. Çocukluğundan beri olan ve giderek büyüyen sağ inguinal herni onarımı yapılacaktır, bu nedenle preoperatif değerlendirme için gelmiştir. Hasta çocukluğundan beri hastanemizde izlendiğini belirtmektedir. Annesi de son 4 yıldır "bronş astması, analjezik intoleransı ve kronik ürtiker" tanılarıyla bölümümüzün hastasıdır.

Hastanın arşivdeki dosya bilgileri incelendiğinde; gerçekten de ilk olarak beş yaşında iken yani 1965'de astma atağı ile acilen yatışı olduğu görülmüştür. Aslında 2.5 yaşından beri burun tıkanıklığı vardır ve dört yaşına kadar sık sık akut ürtiker atakları geçirirmiş. Aspirin alınca nefesi daralmış ve sedef hastalığı varmış. Çocuk Hastanesinde penisilin ve kortizon ile durumu düzelen hasta "Benadryl 3x1 kapsül/ gün" profilaksisine alınmış. Ayrıca hastaya düzenli olarak;

Chlorhydrate d'ephedrine	1 gr
Luminal	0.75 gr
Eau distille	30 cc 'den; 4x10 damla/gün önerilmiş.

Bu ilaçları düzenli olarak kullanan hasta yine de çocukluğu süresince astma atağı nedeniyle sayısız acil ziyaretleri yapmış (yılıda ortalama 10 kez) ve 8 kez de

hospitalize edilmiş. Atakların bazılarında hastada kalp yetersizliği bulguları da tesbit edilmiştir. Acil ziyaretlerinde hastaya; bol IV sıvı, O₂, buhar tedavisi, adrenalin, aminofilin, efedrin, Benadryl Elixir ve kortizon verilmektedir. İnfeksiyonun ekarte edilemediği bazı acil gelişlerde tetrasiklin, penisilin ve gentamisin gibi antibiotikler de verilmiştir. Hastanın astma atakları genelde tedaviye zor yanıt vermektedir. 1966'da 8 gün süren bir astma atağında; PA akciğer grafisinde sol hilusta infiltrasyon ve sol alt lobda atelektazi görülür. Hastaya yine aynı tedavi protokolü ve ilave-ten kloramfenikol+ streptomisin verilir. Çıkışta; kendisine nisbeten daha yeni bir terkip önerilir:

Ephedrin chlorhydrate	0.4 gr
Codein phosphate	0.25 gr
Benylin exp.	100 cc.

Hastaya önerilen ve eczanede hazırlanan bu efedrinli ilacın içeriği zaman zaman (hasta her acilen geldiğinde) bir miktar değişikliğe uğramaktadır. Örneğin;

Ephedrin chlorhydrate	2 gr
Luminal	1 gr
Eau distille	60 cc; 4x15 damla/gün gibi.

Hastaya atak esnasında genellikle ACTH verilmektedir. Bazen ekspektoran da önerilir:

Potassium iodure	10-20 gr
Eau distille	20 cc; 10 damla x 4 kez gün.

Hastaya ancak nefesinin eskiye kıyasla nisbeten rahatlamaya başladığı 15 yaşında sünnet yapılabilir. 12-17 yaşlar arasında immünoterapi görür. Hasta kendisine neye/nelere karşı aşı yapıldığını bilmemektedir. 16 yaşından sonra astma atağına girmez, 19 yaşında bumunda polipler tesbit edilir, artık kontrolleri Erişkin Göğüs Hastalıklarında yapılmaktadır. 1981 yılında yapılan bir kontrolünde; hastanın nefes darlığı hala devam etmektedir. Oskültasyonda yaygın ronkusalı vardır. Yapılan dinamik solunum fonksiyon testi;

	BEKLENEN	ÖLÇÜLEN	%
FEV ₁	4.70± 0.5	2.83	60
FVC	5.70± 0.6	5.13	90
FEV ₁ /FVC	83 ± 5	55	-30

olarak bulunur ve halen kullanmakta olduğu "Aminofilin+Terbutalin" karışımı kaşelere devam etmesi önerilir. 1982'de hastaya KBB bölümünce "nazal polipektomi ve Caldwell-Luc operasyonu" önerilir. Hastanın o dönemdeki nefes darlığı kendisini çok rahatsız etmektedir ve riskli olabileceği söylenen bu operasyonu kabul etmez. Dinamik solunum fonksiyon testi;

	BEKLENEN	ÖLÇÜLEN	%
FEV ₁	4.93	3.17	64
FVC	5.76	5.45	95
FEV ₁ /FVC	86	58	-28
PEF	6.31	293	46

şeklinde dir. Zaman içinde nefesi düzelen hasta 1985'den sonra astma ilaçlarını keser. 1987'de kullandığı Baktrim tablet ile penisinde büllöz lezyon gelişir. 1988'de "nazal polipektomi + sağ Caldwell Luc ve intranasal etmoidektomi" operasyonu sorunsuzca yapılır. Patoloji sonucu; yaygın kronik iltihabi dokular olarak rapor edilir. Hasta artık kendini çok daha iyi hissetmektedir. 1991'de lokal anestezi ile tekrar nazal polipektomi olur, ameliyat sorunsuz geçmiştir. Hasta yıllardan beri analjezik olarak sadece parasetamol ve kodein kullanabilmektedir. Metamizol içeren (yani sonu genellikle -jin ile biten) analjezikler de aynı aspirin gibi astma atağını presipite etmektedir.

Hastanın şimdiki fizik muayenesi sağ inguinal herni dışında tamamen normaldi. Deri prick testi negatif olarak bulundu. Dinamik solunum fonksiyon testi;

	BEKLENEN	ÖLÇÜLEN	%
FEV ₁	4.97	3.01	61
FVC	6.04	5.15	85
FEV ₁ /FVC	83	58	-25
PEF	6.27	379	60

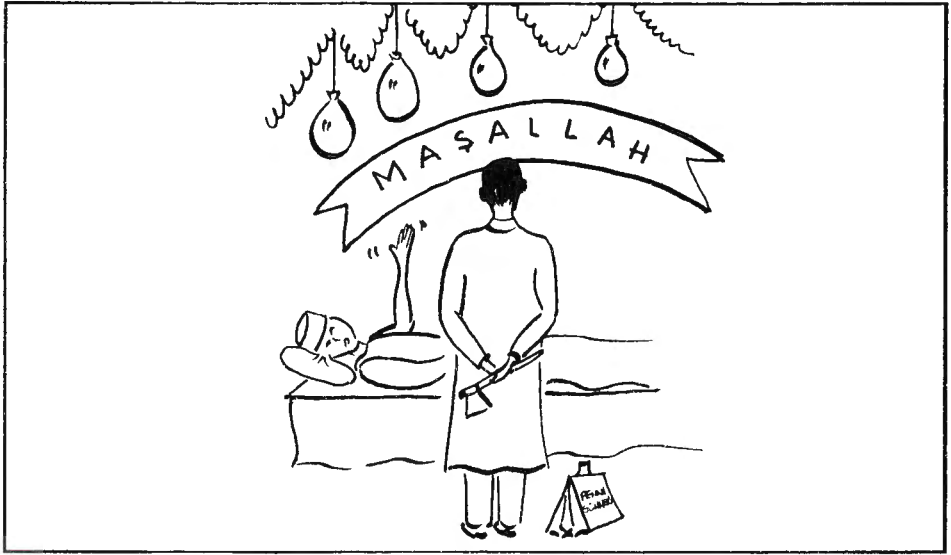
şeklindeydi. Hastaya rahatça opere olabileceği anlatıldı. Profilaktik tedaviye ihtiyacı yoktu. Hemi ameliyatını tanıdığı bir ürolog nedeniyle bir başka hastanede yaptırmak istediğinden eline durumunu bildirir bir rapor verildi. Raporda postoperatif dönemde analjezik olarak sadece parasetamol, kodein ve narkotik analjeziklerin verilmesi gerektiği bildirildi.

SONUÇ

Annesi gibi Samter sendromu olan hasta tüm uyarılara rağmen postoperatif dönemde, yıllardan beri ilk kez astma atağına girdi. Hastanın ameliyathane gözlem kağıtları incelendiğinde, postoperatif dönemde serumuna Metamizol ampul katıldığı ortaya çıktı. Oral steroid ve β_2 mimetik MDI PRN başlanan hastanın atağı kolayca kontrol altına alındı.

Postoperatif öksürük ve wheezing'i devam eden hasta, yaklaşık iki ay süreyle BDP MDI 2x2 puf/gün kullandı ve yakınmalarının düzelmesi üzerine tedricen azaltarak bu ilacı bıraktı. Hasta son bir yıldır tamamen asemptomatik olup normal yaşantısını sürmektedir. Halen bekar olup sigara içmeyen bir hanımla evlenmek istemektedir.

Genelde astmalılarda ameliyatın riskli olduğu düşünülür. Ancak **preoperatif** dönemde yeterli bir antiinflamatuvar tedavi verildiyse genel veya lokal anestezi büyük bir risk taşımaz. Ama hava yolu inflamasyonunun kontrol altında olmadığı, önceden ağır astma atağı öyküsü bulunan ve sadece MDI steroidle kontrol altına girmeyen hastalara preop/perop ve postop 8 saatlik aralarla 100'er mg hidrokortizon veya eşdeğeri steroid parenteral olarak verilmelidir. Anestezide **halotan** ve **ketamin** türü maddeler tercih edilmelidir. Ayrıca, daha önceden aylar veya yıllar boyu oral/parenteral steroid kullanan hastalarda cerrahi stresi ile steroid gereksinimi endojen olarak karşılanamayabilir, bu hastalara da ihtiyaçları ölçüsünde steroid verilmelidir.



Resim 12: Hasta ancak 15 yaşında sünnet olabildiği.

KAYNAKLAR

1. Atademir SR. Asthma tedavisi ve müstahzarlar. "Tıbbi formüller ve tedavi esasları" kitabı. Ülkü Basımevi 1950.
2. Samter M & Beers RF. Intolerance to aspirin. Clinical studies and consideration of its pathogenesis. Ann Internal Med 1968; 68: 975-983.
3. Zeits HJ. Bronchial asthma, nasal polyps and aspirin sensitivity: Samter's Syndrome. Clin Chest Med 1988; 9: 567-576.
4. Orfan N, Greenberger PA & Patterson R. Perioperatif management of asthma and idiopathic anaphylaxis. Ann Allergy 1991; 67: 377-385.
5. Sykes LA & Bowe EA. Cardiorespiratory effects of anaesthesia. Clin Chest Med 1993; 14: 211-226.
6. Power I. Aspirin-induced asthma. Br J Anaesthesia 1993; 71: 619-621.
7. Kalyoncu AF. Acetaminophen hypersensitivity and other analgesics. Ann Allergy 1994; 72: 285-286.
8. Şahin AA. Akciğer hastalıkları ve cerrahi. Editör Prof. Dr. Y. İzzettin Barış "Solunum Hastalıkları Temel Yaklaşım". Türkiye Akciğer Hastalıkları Vakfı Yayınları No: 6. Ankara, 1995: 370-374.
9. Panhuysen CIM, Vonk JM, Koëter GH ve ark. Adult patients may outgrow their asthma. A 25-year follow-up study. Am J Respir Crit Care Med 1997; 155: 1267-1272.

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
HASTANELERİ

ÇIKIŞ ÖZETİ

Soyadı, Adı :
Dosya No :
Bölümü : Pediatri, Ş.Ş.II

Giriş Tarihi : 13-8-966
Çıkış Tarihi : 19-8-966
Kaldığı Gün : 6 gün

Bu 6 yaşındaki erkek çocuğu, nefes almada güçlük şikâyeti ile 13-8-966 da hastanemize yatırıldı, 19-8-966 da taburcu edildi.

HİKAYESİNDEN: Astma teşhisi ile müteaddit defalar hastanemizde yattığı, 4 saat önce nefes darlığının başladığı, ve gittikçe arttığı öğrenildi.

FİZİK MUAYENESİNDEN: Ateş: 36,7°C, nabız: 112/Dak., teneffüs: 28/Dak., TA: 110/70mm.Hg. bulundu. Genel durumu orta, hasta dispneik stiridor mevcuttu. Subkostal ve interkostal retraksiyonları vardı. Dinlemekle yaygın sibilan ve ronflan raller, vizing mevcuttu. Diğer sistemler tabii bulundu.

LABORATUAR MUAYENESİNDEN: İdrar normaldi. Hb: % 14,55 gm., BK: 5000/mm.³ idi. Formülde parçalılar hakimdi. Boğaz kültüründe, neisseria üredi.

KLİNİK SEYİR VE TEDAVİ: Hastaya, 1200cc. %5 dextrose içinde 1 amp. solu de cortin, 24 saatte ~~çıkış~~ gitmek üzere, buhar ve oksijen verildi. 125mg. aminophyllin puşe edildi. 1/4 amp. adrenalin subcutan yapıldı.

Genel durumu düzelen hasta, epedrin solusyonu, aminophyllin supposituvar ile allerjiye kontrole gelmek üzere taburcu edildi.

KOD NO: TANI: SONUÇ:

Astma bronşitle

Dr.

AA/TF

33 yaşında evli 3 çocuklu, ilkokul mezunu evhanımı. Kırşehir/Mucur doğumlu olup halen 12 yıldır Ankara'da yaşıyor.

Sorun: Öksürük, nefes darlığı

Nezle ve geniz akıntısı

Öyküsü: Yaklaşık 15 yıldır sürekli nezle, burun tıkanıklığı ve postnazal akıntısı olan hasta, 8 yıldır yılboyu süren nefes darlığı, hırıltılı solunum ve kuru öksürükten yakınuyordu. Son bir yıldır tüm yakınmaları artmıştı. Her gece en az bir kez sabaha karşı uyanıyor, ayrıca adet öncesi dönemde nefes darlığında belirgin kötüleşme oluyordu (bu dönemlerde son bir yılda 7-8 kez acil servis ziyareti vardı). Evde bakmak zorunda olduğu çocukları küçük olduğundan, doktorların hastaneye yatırma önerilerini kabul etmemişti. Tüm yoğun kokular, sigara, deterjan, ev tozu, efor ve soğuk etkiliyordu. Kocasını evde sigara içiyordu. Hamileliklerinde yakınmalarında değişiklik olmamıştı.

Beş yıl önce nazal septoplasti operasyonu geçirmiş ancak hiç yararı olmamış. İlaç allerjisi yoktu. Hiç sigara içmemiş ve evde hayvan beslemiyordu. Annesi gençliğinde uzun yıllar egzama imiş, sonradan düzelmış.

Önceden kendisine verilen sprey şeklinde ilaçlardan yarar görmemiş. Halen ketotifen tablet, öksürük şurubu ve son 10 gündür kendisine önerilen makrolid grubu bir antibiyotik kullanıyordu. Sık sık kullandığı bu grup antibiyotiklerden yarar görüyormuş.

Fizik muayenede; genel durum iyi, bilinci açık, koopere ve vital bulgular stabil bulundu. Konuşması sık sık kuru ve kesik öksürükle bölünüyordu. Oskültasyon esnasında derin inspiriyum yaparken sürekli öksürdü. Ek ses yoktu. Nazal mukozalar soluk ve ödemli, postnazal seröz akıntısı vardı. Her iki tonsili

hipertrofik görünümlü idi. PA akciğer grafisi normaldi, Waters grafisinde ise; her iki maksiller sinüste havalanma azalması, mukoza kalınlaşması tesbit edildi. Nazal septumda halâ, hafif "S" biçimi deformite vardı. Deri prick testi ise; polen (çimen, çalı ve bazı ağaç), ev tozu akan(dermatophagoides pteronyssinus) ve hamamböceği duyarlılığı gösteriyordu. Solunum fonksiyon ve bronkodilatasyon testi yapıldı. Hastanın Total IgE düzeyi: 122 kU/L idi.

YORUM, ÖNERİ ve İZLEM

Hastanın teşhisi "Bronş astması ve perrenial rinosinüzit" idi. Hastanın yakınmalarında mevsimsel değişkenlik yoktu yani deri testlerinde duyarlılık gösterdiği polenler muhtemelen hastayı pek etkilemiyordu. Ancak yılboyu süren yakınmalar hamamböceği ve ev tozu akarı duyarlılığı ile ilgili olabilirdi, bu nedenle hastaya akar ve hamamböceği eliminasyonu önerileri anlatıldı. Eşi ile konuşularak evde sigara içmemesi sağlandı. Beş yıl önce geçirdiği septoplastiden yarar görmemişti. Bu tür ameliyatların başansı, hastada çok belirgin bir mekanik obstrüksiyon olmadığı sürece tartışmalıdır. Zaten genelde nazal pasajda obstrüksiyon yapmayan septum deviasyonunun görülme oranı %20 civarında olup bu durumun perrenial rinitle direk ilgili olduğu konusu kesin değildir.

Hastaya daha önce kullandığı ve yarar görmediğini söylediği spreyleri nasıl kullandığı soruldu, sonuç beklendiği gibiydi yani spreyi yanlış kullanıyordu (hasta bu ilacı ağzını açıp nefes verirken ağzına sıkıyordu çünkü doktoru nasıl kullanacağını izah etmemiştir). Bir spacer yardımıyla nasıl kullanacağını öğretildi.

Hastanın yakınmalarının esas sebebi olan, hava yolu inflamasyonunu kontrol altına almak için kısa kür oral steroid, MDI BDP 2x2 puf/gün ve nazal FDP başlandı. Salbutamol MDI'i gerektiğinde 1-2 puf kullanacaktı.

	BEKLELEN	BRONKODİLATASYON		SONRASI	FARK
		ÖNCESİ	%		
FVC	3.09	4.56	147	4.70	152 3
FEV ₁	2.67	3.63	136	3.84	144 6
FEV ₁ /FVC	86	80	-6	82	-5 1
PEF	384	405	106	435	113 7

BİRİNCİ KONTROL (2.5 ay sonra)

Hasta eskiye göre daha iyi olmakla birlikte yine de yakınmalarının sürdüğünü belirtiyordu. Kokulara duyarlılığı azalmış, eforu eskiye göre nisbeten düzelmiş, geceleri rahat uyuyordu ve ilk kez bu ay premenstrüel dönemi rahat geçirmişti. Burnu da daha iyiydi ancak son günlerde sık sık kanıyordu ve sesi kısılmıştı. Haftada en az 3-4 gün salbutamol'e ihtiyacı oluyordu.

Fizik muayenede; sol nazal pasajda septum üzerinde krutlu 0.5 cm'lik bir alan görüldü. Normal solunum sesleri oskulte edildi, hasta muayene esnasında eskisi gibi öksürmüyordu.

Hasta MDI BDP sonrası ağız ve boğazını çalkalamayı ihmal etmiş ve bu nedenle ses kısıklığı ortaya çıkmıştı. Nazal steroidler seyrek de olsa **epistaksis** ve krutlanmalar yapabilir. Hastaya ağız/boğaz temizliği ve nazal steroid dışı ilaçlarına devam önerildi. Nazal steroide, bir kaç gün bekleyip burnu düzeldikten sonra yeniden başlayacaktı.

İKİNCİ KONTROL (2 ay sonra)

Genel durumu eskiye göre daha iyi. Bronkodilatöre daha seyrek ihtiyacı oluyor. Burnu eskiye göre daha iyi, epistaksis bir daha tekrarlamamış ve nazal steroidi düzenli alıyor. Aslında tedavi öncesinde de arada sırada burnu kanarmış. Sık sık tonsillit nedeniyle bir ay önce muayene olduğu bir KBB uzmanı tonsillektomi önermişti. Hasta bu konuda bizlerin de fikrini almak istiyordu. Hastanın gerçekten de boğaz lümenini yarıdan fazla obstrükte eden **hipertrofik tonsilleri** vardı ve sık infekte olması bir yana belki bu durum kullandığı inhaler ilaçların tam layıkıyla inhalasyonunu engelliyordu. Bu nedenle tonsillektominin yararlı olacağı düşünüldü. Hasta aynı ilaçlara devam edecekti.

ÜÇÜNCÜ KONTROL (10 ay sonra)

Hasta son kontrolden 3 ay sonra tonsillektomi olmuş ancak durumunda belirgin değişiklik olmamıştı. İlaçlarını kullanmaya devam ediyordu ama son günlerde yine burun kanaması başgöstermişti. Son 6 aydır aspirin ve ibuprofen aldığı anda nefesinin daraldığını hissediyor ve salbutamol MDI kullanmak zorunda kalıyormuş. Salbutamol sonrasında taşikardi ve kramplar olduğunu farketmiş. Analjzik olarak parasetamol alabiliyor.

Hastada zaman içinde **Samter sendromu** gelişmekteydi. Burun kanaması olduğu dönemlerde daha zayıf bir antiinflamatuvar ilaç olan nazal Na kromoglikat spreye geçmesi ve ara ara bunu nazal steroidle dönüşümlü olarak kullanması önerildi. Ayrıca aspirine duyarlı olanlarda metamizol duyarlılığı da sık olduğundan, genelde sonu (-jin) ile biten ağrı kesicileri ve diğer romatizma ilaçlarını almaması tembihlendi. β_2 mimetiklerin sık yan etkileri taşıkardi, tremor ve adale kramplarıdır. Hastaya salbutamol sonrasında da bir bardak su ile ağız/boğaz temizliği yapılması önerildi.

Hasta halen üç yıldır kliniğimizde stabil olarak izlenmektedir.

KAYNAKLAR

1. Czemiawska-Mysik G & Szczeklik A. Idiosyncrasy to pyrazolone drugs. *Allergy* 1981; 36: 381-384.
2. Zeitz HJ. Bronchial asthma, nasal polyps and aspirin sensitivity: Samter's syndrome. *Clin Chest Med* 1988; 9: 567-576.
3. Carmona MJ, Blanca M, Garcia A ve ark. Intolerance to piroxicam with adverse reactions to nonsteroidal antiinflammatory drugs. *J Allergy Clin Immunol* 1992; 90: 873-879.
4. Settipane RA, Schrank PJ, Simon RA, Mathisson DA, Christiansen SC, Stevenson SC. Prevalence of cross-sensitivity with acetaminophen in aspirin-sensitive asthmatic subjects. *J Allergy Clin Immunol* 1995; 96: 480-485.
5. Van der Palen J, Klein JJ, Kerckhoff & van Herwaarden CLA. Evaluation of the effectiveness of four different inhalers in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 1995; 50: 1183-1187.

14

Önceden İmmünoterapi Olup da Yarar Görmeyen Bir Hastaya Tekrar Aynı Yöntem Önerilir mi?

27 yaşında evli, çocuksuz memur hanım. Doğma büyüme Ankara'lı.

Sorun : Allerjik nezle ve nefes darlığı

Öyküsü: Yaklaşık 12 yıldır, her yıl Nisan-Temmuz ayları arasında sürekli olarak nezle, hapşırık, gözlerinde kızanklık, akıntı, boğaz, burun ve gözlerinde kaşıntı yakınmaları ortaya çıkıyormuş. Kendisine "polen allerjisi" teşhisiyle 3 yıl immünoterapi yapılmış ancak hiç bir yararı olmamış. Son bir yıldır sürekli biçimde nefes darlığı, hırıltılı solunum ve kuru öksürük yakınmaları ortaya çıkmış. Haftada en az iki gece sabaha karşı nefes darlığı ile uyanıyor. Son bir aydır (nisan ayı) yine allerjik nezle dönemi başlamış ve nefes darlığı da iyice artmış.

Altı ay önce gittiği bir başka merkezde allerjik nezlesinin astmaya dönmüş olduğu ve tekrar immünoterapi olursa yarar göreceği söylenmiş. Elindeki belgelerden anlaşıldığı kadarıyla, burada yapılan "Metakolin ile bronş provokasyon testi" kuvvetli bronş hiperreaktivitesi gösterirken, bronkodilatasyon testi de "pozitif" olarak değerlendirilmiş. Hastanın yapılan deri testlerinde ise; sadece polen (kaşık çimen, domuz ayrığı, tatlı ilkbahar otu, ingiliz çimi, çayır kelp kuyruğu, çayır salkım otu, arpa, buğday, yulaf, mısır, çavdar, pelinotu, akkazayağı, kuzu kulağı, dik çam otu ve sinir otu vs.) duyarlılığı bulunmuş. Hasta kendisine tekrar önerilen aşı tedavisini kabul etmeyince ilaç tedavisi olarak; MDI nedokromil sodyum 2x2 puf/gün ve salbutamol diskhaler PRN önerilmiş. Hasta bu ilaçları halen düzenli olarak kullanıyor ancak belirgin düzelme görmemiş. Her gün en az 5-6 kez bronkodilatatöre ihtiyaç duyuyordu.

Şimdiye kadar hiç sigara içmemiş ve evde hayvan beslemiyor. Çocukluğundan beri küpe ve kolye takamıyor, hemen taktığı yerde kaşıntı ve sulanma oluyor-muş. Anneanesi astmadan vefat etmiş. İlaç ve gıda allerjisi yoktu. Hiç ameliyat olmamıştı.

Fizik muayenede; genel durum iyi, bilinci açık, koopere ve vital bulguları stabil olarak değerlendirildi. Konjonktivaları hiperemik, nazal mukozası soluk ve ödemliydi, lümeninde bol sulu sekresyon vardı. Hasta inspiriyumda öksürüyordu ve bilateral ronküsler oskulte edildi. PA akciğer grafisi normaldi. Deri prick testleri çimen polenleri duyarlılığı gösterdi. Bronkodilatasyon testi pozitif olarak değerlendirildi.

YORUM, ÖNERİ ve İZLEM

Hastada "Mevsimsel rinokonjonktivit, bronş astması ve metal allerjisi" vardı. Gerçekten de rinokonjonktiviti çimen poleni allerjisine bağlıydı. Daha önce kendisine yapılan aşı tedavisinden hiç bir yarar görmemişti. Bu nedenle daha önceden yarar görmediği bir tedaviyi tekrar denemek istememişti ve haklıydı. Üç yıl aşı olup da yarar görmeyen bir hastaya tekrar bu yöntemi önermek pek de doğru olmasa gerek. Yapılan deri testlerinde kullanılan allerjenlerin bir çoğunun araştırma dışında hiç bir önemi yoktur. Zaten adlarından da belli olacağı üzere bir çoğu zorlama bulunmuş, tercüme isimlerdir. Aslında ikinci başvurduğu merkezde Metakolin testi ile astması bir yerde tescil edilen hasta iyi incelenmiş ancak eksik tedavi verilmişti. Nedokromil sodyum hafif astmalılara önerilebilecek nisbeten zayıf antiinflamatuvar etkili bir ilaçtır. Hastanın her gün 5-6 kez β_2 mimetik kullanması da bu tedavinin yetersiz kaldığının güzel bir kanıtıdır. MDI ilacı doğru olarak kullanan iyi eğitilmiş bir hastaya verilecek en uygun bronkodilatör yine MDI türünde olmalıdır. Tedavinin ekonomik yönü de düşünüldüğünde en uygun seçeneğin bu olduğu anlaşılacaktır. Yani bu hastanın kuru toz tipi bir ilacı hem de çok sık olarak kullanması iyi bir seçim değildi.

BRONKODİLATASYON						
	BEKLENEN	ÖNCESİ ÖLÇÜLEN	%	SONRASI ÖLÇÜLEN	%	FARK %
FVC	3.38	3.17	94	3.51	104	10
FEV ₁	2.92	1.76	60	2.28	78	30
FEV ₁ /FVC	86	55	-31	65	-21	10
PEF	406	226	56	270	67	19

Hastanın astmasını kontrol altına almak için MDI BDP 2x2 puf/ gün, salbutamol MDI PRN, allerjik nezlesi için de nazal steroidli sprey ile kromolin sodyum göz damlası PRN olarak önerildi. Hasta polen sezonu sonunda nazal sprey ve göz damlasını kesecekti.

KONTROL (4 ay sonra)

Hasta çok rahat bir bahar sezonu geçirerek bir ay önce nazal sprey ve göz damlasını kesmişti. Nefesi eskiye göre daha iyiydi. Gece rahat uyuyordu ve eforu normale dönmüştü. Son bir ayda ancak 2-3 kez β_2 mimetik kullanmıştı.

İlaçlarına devam etmesi ve düzenli olarak kontrollere gelmesi önerildi. Hasta semptomları devam ettiği sürece tedaviyi sürdürecektir.



KAYNAKLAR

1. Murray AB, Ferguson AC & Morrison BJ. Non-allergic bronchial hyperreactivity in asthmatic children decreases with age and increases with mite immunotherapy. *Ann Allergy* 1985; 54: 541-544.
2. Burney PGJ, Britton JR, Chinn S ve ark. Descriptive epidemiology of bronchial reactivity in an adult population: results from a community study. *Thorax* 1987;42:38-44.
3. Nelson HS. The natural history of asthma. *Ann Allergy* 1991; 66:196-205.
4. Abramson MJ, Puy RM & Weiner JM. Is allergen immunotherapy effective in asthma? *Am J Respir Crit Care Med* 1995; 151:969-974.
5. Creticos PS, Reed CE, Norman PS ve ark. Ragweed immunotherapy in adult asthma. *N Engl J Med* 1996; 334: 501-506.
6. Norman PS & Barnes PJ. Is there a role for immunotherapy in the treatment of asthma? *Am J Respir Crit Care Med* 1996; 154: 1225-1228.
7. Adkinson NF, Peyton PA, Eney D ve ark. A controlled trial of immunotherapy for asthma in allergic children. *N Engl J Med* 1997; 336: 324-331.

15

Sürekli Öksürmek İnsanı Hayattan Bezdirir

52 yaşında evli bir çocuklu, öğretmen hanım. Halen özel bir okulda yöneticilik yapıyor. Doğma büyüme Ankara'lı ve hiç sigara içmemiş.

Sorun: Öksürük

Öyküsü: Daha önceden hiçbir yakınması olmayan hasta, son 6 aydır sürekli olarak öksürmekten yakınıyordu. Tüm kuvvetli kokular (sigara, parfüm, boya, badana, cila, böcek ilacı, egzoz, sabah gazete kokusu vs) kendisini öksürtüyordu. Özel büyük bir okulda müdür olan hasta günlük yaşamında çok aktif ve bütün gün kendisine dokunduğunu söylediği tüm kokularla ister istemez temas halinde. Okulda elinde mendilini ağzına kapatarak dolaşüyor ve peşinde sürekli olarak su taşıyan bir müstahdem her öksürüşünde kendisine su veriyordu, hasta elbetteki durumundan çok rahatsızdı. Öksürük nedeniyle geceleri uyuyamıyor ve bu nedenle eşi ile odalarını ayırmak zorunda kalmışlardı. Nefes darlığı ve hırıltılı solunumu yok, balgam çıkarmıyor ama her öksürüşte idrar kaçırıyor ve bu nedenle yanında sürekli olarak yedek iç çamaşın taşıyordu. Öksürükten dolayı sık sık başağrısı oluyor ve son aylarda bir kaç kez (daha önceden normal olan) tansiyonu yüksek olarak ölçülmüştü. Ayrıca son iki aydır her yerinde ortaya çıkan kramplar kendisini çok rahatsız ediyordu. Hasta bu yakınmalarının düzelmemesi nedeniyle kendisini umutsuzluk içinde görüyordu.

Hasta iki ay önce bu yakınmaları nedeniyle bir başka Göğüs Hastalıkları merkezinde muayene olmuştu. Elindeki kağıtlardan orada yapılan çeşitli kan tetkikleri ve akciğer grafisinin normal olduğu, astma düşünülerek yapılan Metakolin testinin ise kuvvetli pozitif bulunduğu öğrenildi. Bu merkezde hastaya Bud turbuhaler 2x1 puf/gün ve Salmeterol diskhaler 2x1 puf/gün önerilmişti. İki aydır bu ilaçları kullanan hasta hiçbir yarar görmemişti. Son günlerde eczaneden kendisinin aldığı bir öksürük şurubunu kullanıyordu. İki günde bir şişe bitirmiş ama bundan da pek yarar görmemişti.

Evde hayvan beslemiyor, gıda ve ilaç allerjisi yoktu ve 6 yıldır menopozdaydı. 1975'de Bartholin kisti operasyonu geçirmişti.

Fizik muayenede; genel durumu iyi, bilinci açık koopere ve vital bulgular stabil olarak değerlendirildi. Hasta anamnez esnasında sık sık öksürüyordu. Oskültasyonda normal solunum sesleri duyuldu. Ancak özellikle inspiriyum hastayı öksürtüyordu. PA akciğer grafisi ve önceden yapılan komple kan sayımı ve biokimya tetkikleri normaldi.

Bronkodilatasyon testi pozitif olarak değerlendirildi.

	BRONKODİLATASYON					
	BEKLENEN	ÖNCESİ ÖLÇÜLEN	%	SONRASI ÖLÇÜLEN	%	FARK %
FVC	3.35	2.63	79	2.85	85	8
FEV ₁	2.68	2.14	80	2.60	97	21
FEV ₁ / FVC	80	81	2	91	11	10
PEF	369	291	79	338	92	16

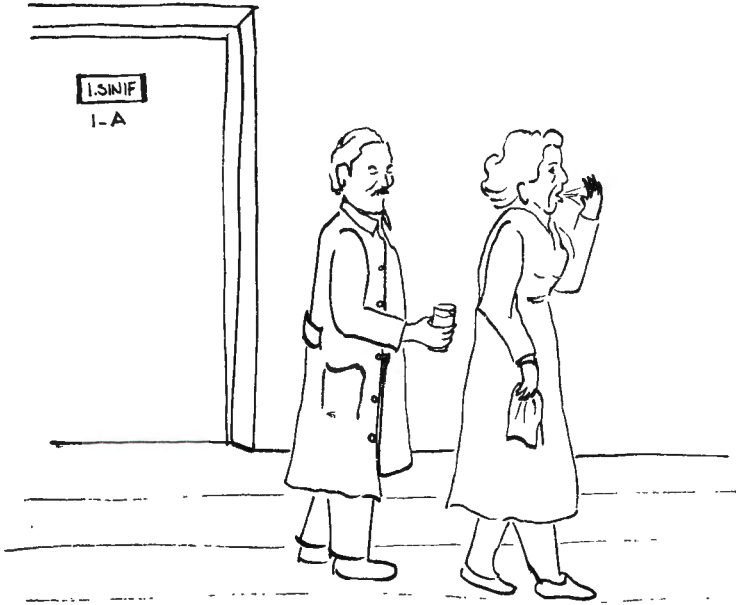
YORUM, ÖNERİ ve İZLEM

Hastanın kliniği "**Öksürikle seyreden astma**" ile uyumluydu. Kendisine zaten iki ay önce teşhis konmuş ancak verilen antiinflamatuvar ve bronkodilatatör tedavi yetersiz kalmıştı. Böyle durumlarda öksürüğü kontrol altına alabilmek için tedavinin başlangıç dönemlerinde mutlaka yoğun bir antiinflamatuvar ilaca yani oral steroide ihtiyaç duyulmaktadır. Hastaya 14 gün süreyle 30 mg/gün'den başlamak ve azaltılarak kesmek üzere Prednizolon tablet ve BDP diskhaler 2x3 puf/gün önerildi. Kramplar kullandığı uzun etkili betamimetikle ilgiliydi, bu nedenle Salmeterol kesildi. Hasta bir ay sonra kontrole geldiğinde öksürüğü tama yakın kesilmişti. Gece rahat uyuyordu, üriner enkontinansı ve kramplan ortadan kalkmıştı. Hastanın BDP'si 4 ay sonra 2x2 puf/gün'e inildi.

Hasta halen iki yıldır kliniğimizde takip edilmekte ve BDP'ye aynı dozda devam etmektedir, yakınmaları tamamen kontrol altındadır.

Öksürikle seyreden astma, persistan nonproduktif öksürükle birlikte olabilen minimal wheezing ve/veya nefes darlığı semptomları ile karakterizedir. Öksü-

rük uyku, iş ve sosyal aktiviteleri etkilemekte, fekal ve üriner enkontinansa neden olabilmektedir. Sofistike testlerin yapılamadığı durumlarda 30 mg/gün dozda oral prednizon 1-2 hafta verilerek, tedaviden teşhise ulaşılabilir. İdame tedavisi inhale steroidle yapılmalıdır. Bu konuda yapılan klinik bir araştırmada; 10 hasta ortalama 28 ay izlenmiş ve hastaların hepsi anılan tedavi ile kontrol altına girmiştir. Bu izlem süresi sonunda iki hasta tamamen remisyona girmiş, altı hasta inhaler steroidi kullanmayı sürdürürken kalan iki hastada ise düşük doz gınaşın oral steroid kullanımını kesilememiştir. Hastaların hiçbirisinin bu süre zarfında inhaler ya da oral bronkodilatöre ihtiyacı olmamıştır. Bu hastalarda bronkodilatör tedavi herhangi bir fayda sağlamamaktadır.



KAYNAKLAR

1. O'Connel EJ, Rojas AR & Sachs MI. Cough-type asthma: a review. Ann Allergy 1991; 66: 278-282.
2. Cheriyan S, Greenberger PA & Patterson R. Outcome of cough variant asthma treated with inhaled steroids. Ann Allergy 1994; 73: 478-480.
3. Fujimura M, Kamio Y, Hashimoto T & Matsuda T. Cough receptor sensitivity and bronchial responsiveness in patients with only chronic nonproductive cough: In view of effect of bronchodilator therapy. J Asthma 1994; 31: 463-472.

16

Otuz Yıllık Astma da Kontrol Altına Girer

34 yaşında erkek hasta, evli 2 çocuklu devlet memuru. Doğduğu ve halen bulunduğu yer Kadınhanı/Konya.

Sorun: Nefes darlığı ve sürekli nezle

Öyküsü: Kendini bildiğinden beri her efor yapışında hırıltılı solunum, kuru öksürük ve boğazında gıcıklanma hisseden hastada, sigara ve bazı ağır parfüm kokuları teması da hırıltılı solunumu ortaya çıkanyormuş. Üst solunum yolu infeksiyonu hemen göğsüne iniyor, en az bir ay geceleri öksürük ve nefes darlığı ile uyuyamıyormuş. Son iki yıldır sürekli nezle ve geniz akıntısı varmış. Burnu geceleri tikanıyor ve sürekli horluyormuş.

İki kez kullandığı Baktrim ile genital bölgesinde kaşıntı olduğunu belirtti. Burun tıkanıklığı için dönem dönem dekonjestan damlalar kullanmıştı. Halen ampisilin tablet, mukolitik şurup, nazal antibiotikli krem ve dekonjestan damla kullanıyordu.

Çocukluğunda sürekli bronşit tedavisi görmüş, çok sık ve sayısız penisilin iğnesi vurulmuştu. Annesi astmalıymış. Hiç sigara içmemişti ve evde hayvan beslemiyordu.

Hastanın fizik muayenesinde; genel durumu iyi, bilinci açık koopere ve vital bulguları stabildi. Nazal mukozaları bilateral ödemliydi ve bu nedenle her iki nazal pasaj çok daralmıştı. Postnazal seröz akıntı görüldü. Hasta derin inspiriyumda öksürüyordu. PA akciğer grafisinde anormallik saptanmadı. Deri prick testleri negatif olarak değerlendirildi. Dinamik solunum fonksiyon testi normal olarak bulundu.

	BEKLENEN	ÖLÇÜLEN	%
FEV ₁	4.02	3.43	85
FVC	4.81	4.14	86
FEV ₁ /FVC	83	83	-1
PEF	545	517	95

YORUM, ÖNERİ ve İZLEM

Hastada " hafif persistan/orta derece astma ve perrenial rinosinüzit" vardı. O güne kadar doğru dürüst bir antiinflamatuvar tedavi görmemişti. Kendisine Bud MDI 3 puf/gün ve nazal FDP 2 puf/gün başlandı. Hasta ihtiyacı oldukça bronkodilatör MDI kullanacaktı.

İki ay sonraki kontrolde hasta yakınmalarında yaklaşık %90 düzelme belirtti, hiç bronkodilatör MDI kullanma ihtiyacı hissetmemiştir. Burnu tama yakın düzelmiş ve postnazal akıntısı kesilmişti. Efor ile hırıltılı solunumu azalarak devam ediyordu.

Hasta iki yıldır kliniğimizde izlenmekte ve halen nazal FDP 2 puf/gün ve Bud MDI 2 puf/gün olarak kullanılmaktadır. İlaçlarına dönem dönem ara vermeye çalışmakta ancak semptomların relapsı nedeniyle yeniden başlamaktadır.

KAYNAKLAR

1. Nelson HS. The natural history of asthma. Ann Allergy 1991; 66:196-205.
2. Ulrik CS, Backer V & Dirksen A. A 10 year follow up of 180 adults with bronchial asthma: factors important for the decline in lung function. Thorax 1992; 47: 14-18.
3. Meltzer EO. An overview of current pharmacotherapy in perennial rhinitis. J Allergy Clin Immunol 1995; 95: 1097-1110.
4. Panhuysen CIM, Vonk JM, Koëter GH ve ark. Adult patients may outgrow their asthma. A 25-Year follow-up study. Am J Respir Crit Care Med 1997; 155: 1267-1272.

17

Millî Sporcular da Astma Olabilir

27 yaşında bekar milli güreşçi. Çeşitli uluslararası müsabakalarda dereceleri var. Doğum yeri Bitlis, 17 yıldır Ankara'da yaşıyor. Hiç sigara içmemiş.

Sorun: Nefes darlığı, öksürük ve performans düşüklüğü

Öyküsü: Hastanın geliş yakınması; son bir yıldır sürekli olarak eforla ortaya çıkan nefes darlığı, hırıltılı solunum, kuru öksürük, kuvvetli kokulardan etkilenme ve performans düşüklüğü idi. Yakınmaları özellikle grip olduğunda çok artıyor ve o dönemlerde gece öksürükleri nedeniyle uykudan uyanıyordu.

Güreşi çok seviyor ve muhtemelen gerekebilecek bir tedavinin spor hayatını etkileyeceğini düşündüğü için bugüne kadar doktora başvurmamıştı. Önceden katıldığı uluslararası çeşitli müsabakalardan altın ve gümüş madalyaları var. Eğer ilaç kullanırsa, bunların doping sayılıp sayılmayacağından endişeliydi. Anne tarafında astmalı akrabaları vardı.

Fizik muayenede; genel durum iyi, bilinci açık ve koopere bulundu. Vital bulguları stabil olarak değerlendirildi. Göğüste bilateral ronküsler oskülte edildi. PA akciğer grafisi ve solunum fonksiyon testleri normaldi. Hasta deri testlerine göre nonatopikti.

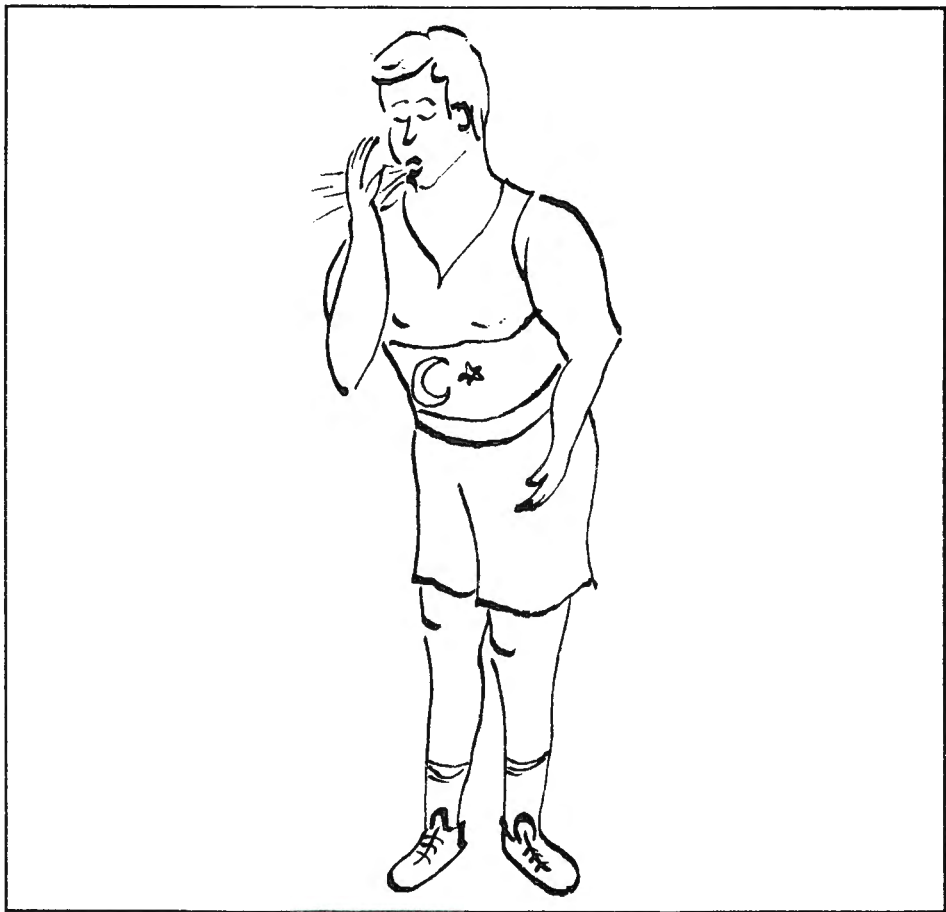
YORUM, ÖNERİ ve İZLEM

Hastada "orta derecede bronş astması" vardı. Kendisine inhaler olarak kullanacağı ilaçların doping kapsamına girmediği, ancak oral olarak kullanılan bronkodilatörlerin **doping** olarak kabul edildiği anlatıldı. Günde 1000 mcg/gün MDI BDP ve gerektiğinde kullanabileceği kısa etkili β_2 mimetik MDI önerildi.

Hasta iki ay sonra kontrole geldiğinde astmasının kontrol altına girmiş olduğu görüldü. Efor kapasitesi üç hafta içerisinde düzelmiş ve kokulara olan duyarlılığı azalmıştı. İlk günler bir kaç kez kullandığı kısa etkili β_2 mimetik MDI ilacı son bir aydır hiç kullanmamıştı. Hasta genelde olumlu giden gelişmeden çok memnundu.

Halen yaklaşık iki yıldır tarafımızdan izlenen hastanın inhaler steroidi zaman içinde 750 ve 500 mcg/gün'e inilerek bir yıl içinde kesildi. Bu arada hasta özel nedenlerinden dolayı son bir yıldır sporu bıraktı ve serbest bir işle uğraşmaya başladı.

Egzersiz sonucu oluşan bronkospazm, egzersizden 3-8 dakika sonra gelişmektedir. Bu durum astması olan sporcuların hemen hepsinde ve allerjik riniti olanların ise %35-40'ında görülür. Yapılan araştırmalarla yüksek performanslı atletlerin genelde %2.8 -14'ünde bu durumun olduğu bulunmuştur. Amerikan 1984 kış olimpiyatları takımının 126 sporcusundan 8'inde, yaz olimpiyatları takımının 597 sporcusundan 67'sinde ve Seul'daki XXIV.Olimpiyatlardaki 611 sporcudan 52'sinde egzersize bağlı bronkospazm tesbit edilmiştir. Ancak bu sporcular tamamen sağlam olanlara kıyasla daha fazla oranda madalya toplamıştır. Örneğin yaz olimpiyat takımının %11'i astmalı iken, bunlar tüm madalyaların %13'ünü almıştır. Egzersiz sonucu neden böyle bir durumun ortaya çıktığı araştırıldığında; efor esnasındaki derin nefes alıp vermenin bronş sisteminden ısı ve su kaybına yol açtığı ve bunun da bronş sistemindeki damar yapısını olumsuz olarak etkilediği görülmüştür. Gerçekten de sporculara suya doymuş havanın solutulmasıyla, bu durumun kontrol altına alınabileceği gösterilmiştir. Kuru ve soğuk havada bronkospazm artmaktadır. Bu durumun spor çevrelerinde herkezce bilinen bir özelliği de tekrarlanan egzersiz peroidlarıyla, hava yollarındaki spazmın şiddetinin azalabilmesidir. Yani bilinen klasik ısınma antremanları.



KAYNAKLAR

1. Pierson WE. Treatment of the asthmatic athlete. *Immunol Allergy Clin North America* 1991; 11: 143-151.
2. Kujala UM, Sarna S, Kaprio J & Koskenvuo M. Asthma and other pulmonary diseases in former elite athletes. *Thorax* 1996; 51: 288-292.
3. Helenius IJ, Tikkanen HO & Haahtela T. Association between type of training and risk of asthma in elite athletes. *Thorax* 1997; 52: 157-160.

48 yaşında eşinden ayrılmış, 1 çocuklu bürokrat hanım. İstanbul doğumlu, 25 yıldır Ankara'da oturuyor.

Sorun: Nefes darlığı

Öyküsü: Son 3 aydır sürekli olarak nezle ve burnu tıkalı. Son dört gündür işi nedeniyle çok sıkıntılı günler geçiriyor ve nefes darlığı ortaya çıkmıştı. İki gece- dir nefes darlığı, hınlı solunum ve öksürük nedeniyle uyuyamıyordu. Bu sabah özel bir kliniğe acil olarak başvurmuş, burada kendisine oksijen verilmiş ve bir serum takılmış, hasta kısmen rahatlamış ancak sıkıntısının devamı üzerine kliniğimize başvurmuştu. Hasta öksürük şurubu, ketotifen, teofilin tablet, vitamin, burun damlası ve terbutalin tablet kullanıyordu. Sürekli bir şeyler isteyen milletvekilleri ve gazeteciler kendisini çok sınırlendiriyordu ve özellikle bunlarla konuşurken nefesinin daraldığını hissediyormuş.

İki yıl önceye kadar tamamen sağlıklı iken, bu tarihten sonra üst solunum yolu infeksiyonlarında ve stressli olduğu dönemlerde nefes darlığı ortaya çıkmaya başlamıştı. Bu durum bir-iki hafta içerisinde kendiliğinden düzeliyor ve ilaç kullanma ihtiyacı olmuyordu. Araba kullanırken cam açıldığında buradan gelen soğuk havayla dahi nefesi daralıyormuş. Denize sadece Akdeniz sahillerinde girebiliyor, diğer bölgelerde denize girdiğinde soğuk nedeniyle nefesinde aniden daralma hissediyormuş.

Babası ve kardeşinin oğlu astmalı, annesinin egzaması varmış. Yıllardır evde köpek besliyor ancak hayvan teması yakınmasını arttırmıyordu. Hiç sigara içmemişti. İki yıl önce demir eksikliği anemisi teşhisiyle 7 ay süreli demir tedavisi görmüş. Halen menopozda.

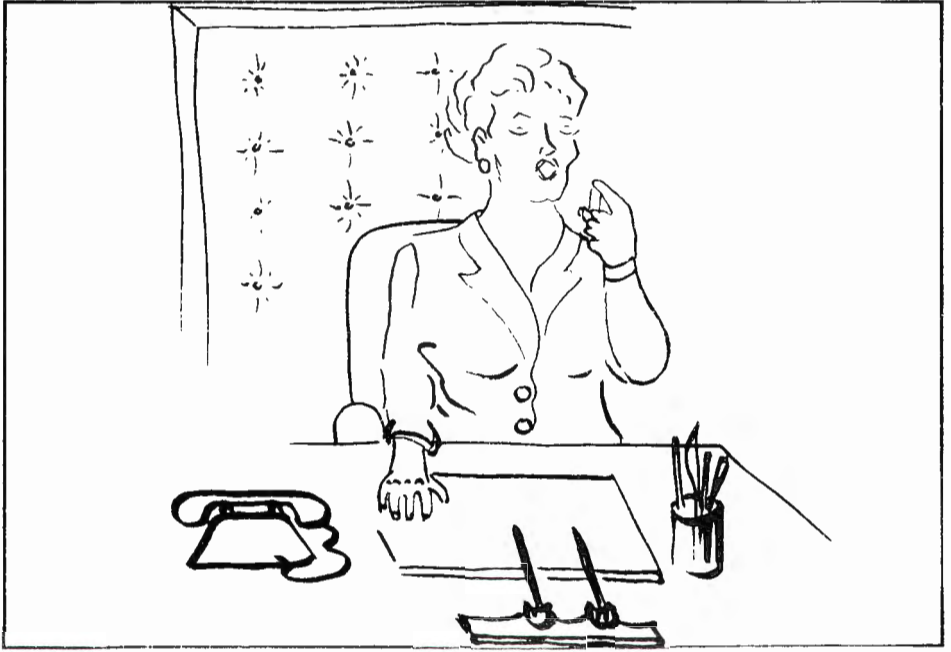
Muayenede solunum sıkıntısı içerisinde olduğu görüldü. Wheezingi vardı ve kısmen yardımcı solunum adalelerini kullanıyordu. Göğsünde yaygın ronküsler oskülte edildi. Ölçülen PEF'i; 260 lt/dk idi. Poliklinik şartlarında spacer içinden 5 puf salbutamol inhale ettirildi. Hasta bir kaç dakika içerisinde rahatladı, 10 dakika sonra PEF'i; 330 lt/dk'ya çıktı.

YORUM, ÖNERİ ve İZLEM

Hastada özellikle üst solunum yolu enfeksiyonu, soğuk ve stress tarafından tetiklenen bronş astması vardı. Genetik olarak astmaya uygun bir yapıya sahipti.

Hastaya 7 günlük oral kısa steroid kürü verildi. Nazal Bud sprey 2x2 puf/gün, BDP MDI 2x2 puf/gün ve salbutamol MDI PRN olarak önerildi. Hasta 14 gün sonra kontrole geldiğinde hiçbir yakınması kalmamıştı. Kontrolde bakılan PEF'i; 479 lt/dk bulundu. Hastanın deri testlerinde herhangi bir pozitiflik yoktu ve total IgE düzeyi; 34 kU/l idi. Hastanın kullandığı ilaçlar iki ay içinde azaltılarak kesildi.

Hasta bu olaydan bir yıl sonra emekli oldu ve aynı yıl yeniden evlendi. Beş yıldır sadece elinin altında salbutamol MDI bulunduruyor ve yılda bir kaç kez kullanma ihtiyacı duyuyor. Son kontrolde torununun sık sık bronşit olduğundan yakınıyordu. Kendisine; ailesinde astmalı akrabası olan çocukların evlerinde sigara içilmemesi, hayvan beslenmemesi ve lüzumu halinde mutlaka konunun uzmanı olan bir hekime başvurmasını gerektiği hatırlatıldı.



KAYNAKLAR

1. Peat JK. Prevention of asthma. Eur Respir J 1996; 9:1545-1555.
2. Barnes PJ. Current therapies for asthma. Chest 1997; 111: 17s-26s.

19

Astma Tedavi Edilmezse, Eşler Arasındaki "Evlilik Münasebetini" Etkiler

38 yaşında evli 5 çocuklu ilkokul mezunu evhanımı. Muş doğumlu, 12 yıldır Adana'da yaşıyor.

Sorun: Nefes darlığı

Öyküsü: Hasta son 3 yıldır mevsim değişiklikleri dönemlerinde ve üst solunum yolu infeksiyonları ile ortaya çıkan ve bir-iki ay süren nefes darlığı, öksürük ve hırıltılı solunumdan yakınıyordu. Rahatsızlığı ilaçla veya kendiliğinden düzeldikten sonra hemen hemen normale dönüyordu. Eforu, bu ara dönemlerde gayet normal ancak nefes darlığı ortaya çıktığı zamanlarda çok kısıtlanıyor. Beşinci katta oturuyor ve rahatsızlandığı dönemlerde bazen kocası, sırtında eve çıkarmak zorunda kalıyormuş. Son bir yıldır yakınmaları hemen hemen sürekli bir hal almış, bir ay önce bir gece Adana'da bu nedenle (bir kez) acil servise başvurmak zorunda kalmış. Ayda en az 15 gün gece sabaha karşı (saat 03.00-04.00 dolaylarında) nefes darlığı ile uyanıyor. İştahı çok fazla ve kilo almaktan yakınıyor. Bir diğer yakınması da son zamanlarda ortaya çıkan ellerinde titreme, çarpıntı ve yaygın kramplar. Kocası ise son aylarda eşi ile "evlilik münasebetinin" ortadan kalkmasından çok şikayetçiydi.

Çocukluğu sağlıklı geçmiş, hiç sigara içmemiş, evde hayvan beslemiyor. Eşi de sigara içmiyor. Burun rahatsızlığı yok, ilaç allerjisi yok.

Halen öksürük şurubu, uzun etkili salbutamol tablet ve günde en az 8-10 kez salbutamol MDI kullanıyordu. Son bir aydır sık sık intravenöz olarak steroid ve aminofilin yaptırmış.

Fizik muayenede; genel durum iyi, bilinci açık ve koopere bulundu. Vital bulgular stabildi ancak oskültasyonda yaygın ronküsler vardı. Hastanın daha önce iki ayrı merkezde yapılan prick ve intradermal allerji testleri negatif bulunmuştu (bu durum aşı tedavisinin astmayı kesin olarak tedavi ettiğini zanneden

hastayı epeyce üzümüştü). Yine kısa süre önce bakılan kan sayımı normal, sedimantasyon hızı 1 saatte 35 mm, total eozinofil sayısı: 300/mm³ ve Total IgE düzeyi ise 275 kU/l idi. PA Akc.grafisi normaldi. Bronkodilatasyon testi sonucunda hafif bir dilatasyon görüldü. Ancak hasta bu testten kısa bir süre salbutamol MDI aldığı- nı söyledi.

	BRONKODİLATASYON					
	BEKLENEN	ÖNCESİ ÖLÇÜLEN	%	SONRASI ÖLÇÜLEN	%	FARK %
FVC	3.21	2.81	87	3.27	102	16
FEV ₁	2.77	1.49	54	1.62	58	8
FEV ₁ /FVC	86	53	-3.3	50	-37	-4
PEF	393	232	59	243	62	5

YORUM, ÖNERİ VE İZLEM

Hastanın teşhisi "bronş astması" idi. Elindeki MDI'ı yanlış kullanıyordu, doğru kullanması öğretilti. Taşikardi, tremor ve kas krampları muhtemelen kullandığı β_2 mimetiklere bağlı olarak ortaya çıkmıştı, bu nedenle bunlar kesildi. Sadece salbutamol MDI'ı ihtiyaç anında 1 veya 2 kez kullanacaktı. Hastaya astması için düzenli kullanması gereken antiinflamatuvar bir tedavi başlandı (BDP MDI 2x3 puf/gün).

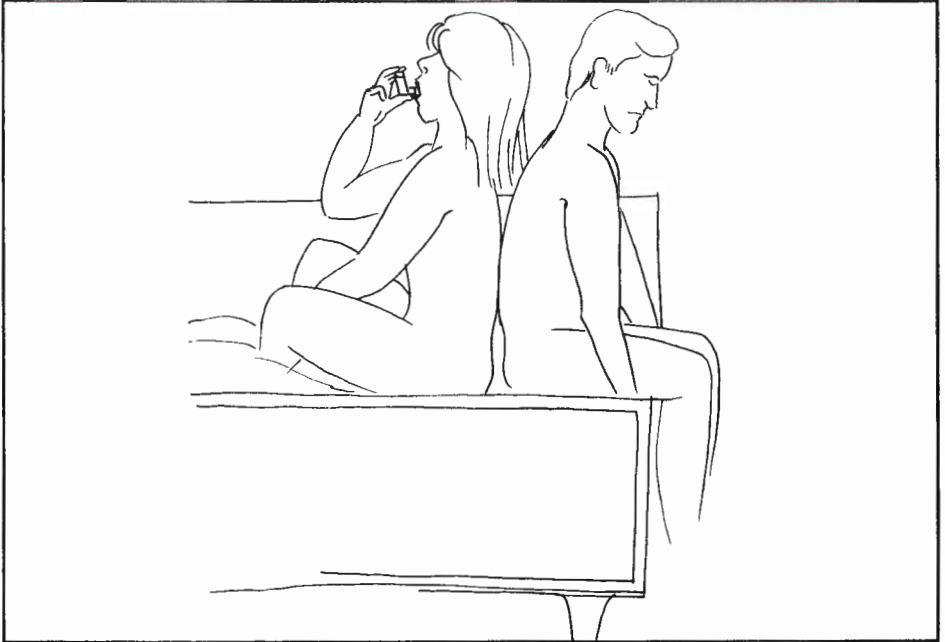
Hasta **immünoterapi** hakkında bir çok hasta gibi yanlış bilgiye sahipti. Bu tedavi yönteminin hastalığı tamamen ortadan kaldırdığını zannediyordu. Hastaya durumun böyle olmadığı, bugünkü modern tedavi imkanlarıyla artık immünoterapinin eski popüleritesinin kalmadığı ve astma tedavisinde gayet tartışmalı bir yeri olduğu anlatıldı. Tıp literatüründe astmalı hastalara yapılan immünoterapi sonucu bir çok ölüm vakası olduğu ve bu tedavi yönteminin artık bazı batı ülkelerinde (örneğin İngiltere, Kanada vs) kullanılmadığı söylendi. Hasta yine de şanslıydı, çünkü kendisine yapılan deri testleri negatif bulunarak aşı başlanmamıştı. Ne yazık ki bazen aynı bu durumda olduğu halde aşı tedavisine alınan ve bir sürü komplikasyon yaşayan hastalarla karşılaşmaktayız. Zannediyorum hastanın hakkını arama ve gereğinde doktorundan hesap sorabilme bilinci gelişmediği sürece bu tür yanlışlıklar devam edecektir.

BİRİNCİ KONTROL (3 ay sonra)

Hastanın yakınmaları yaklaşık bir ay içinde tama yakın düzelmmişti. Son bir aydır bronkodilatör spreyi hiç kullanmamıştı. Solunum fonksiyon testleri normal sınırlardaydı. BDP MDI 2x2'ye inildi ve bu ilaca devam önerildi. Bu arada hastanın eşi ve elbette kendisi de evlilik yaşantısının "normale" dönmesinden çok memnundu.

Hasta daha sonraki 4.5 yıl içinde 9 kez kontrole geldi. Dozunu kendi ayarladığı BDP'ı günde 2 ile 6 puf arasında değişen dozlarda halen kullanıyor. Üst solunum yolu infeksiyonu hala önemli bir sorun, bu dönemde BDP MDI 6 puf/gün'e çıkartılıyor. İki yıldır **influenza aşısı** yaptırıldı ve gerçekten de hasta bu aşidan yararlandı (her hastada bu sonucu almak mümkün olmuyor). Son 4.5 yılda sadece bir kez, o da bir tailede iken üst solunum yolu infeksiyonu sonucu acil servis ziyareti gerekti. Hasta BDP'ı aksattığı zaman nefes darlığı kendini hissettiriyor.

Hastaya sürekli ilaç kullanması için heyet raporu verildi. Hasta inhaler steroidi gereksinim duyduğu sürece kullanacaktır.



KAYNAKLAR

1. Lockey RF, Benedict LM, Turkeltaub PC & Bukantz SC. Fatalities from immunotherapy and skin testing. *J Allergy Clin Immunol* 1987; 79: 660-677.
2. Löfdahl CG & Svedmyr N. β_2 -agonists: still more friends than foes. *Eur Respir J* 1992; 5: 898-900.
3. Kınıklı G, Turgay M, Şengül A & Bektaş A. The incidence and type of adverse reactions to immunotherapy. *J Ankara Med Sch* 1992; 14: 301-306.
4. Tinkelman DG, Cole WQ & Tunno J. Immunotherapy: A one-year prospective study to evaluate risk factors of systemic reactions. *J Allergy Clin Immunol* 1995; 95: 8-14.
5. Ziment I. The β -agonist controversy. *Chest* 1995; 107(suppl 5): 198s-205s.
6. Norman PS & Barnes PJ. Is there a role for immunotherapy in the treatment of asthma? *Am J Respir Crit Care Med* 1996; 154: 1225-1228.
7. Adkinson NF, Peyton PA, Eney D ve ark. A controlled trial of immunotherapy for asthma in allergic children. *N Engl J Med* 1997; 336: 324-331.

33 yaşında evli 2 çocuklu mühendis hanım. Doğum yeri İstanbul, 25 yıldır Zonguldak'ta yaşıyor.

Sorun: Nefes darlığı ve nezle

Öyküsü: İlk kez 24 yaşında iken akut bir astma atağı ile hastaneye başvurmuş ve 15 gün yatarak tedavi görmüş. Daha sonra İstanbul'da bir Allerji kliniğinde astması için 3 yıl süreyle immünoterapi gören hasta, yarar görmemesi üzerine bu tedaviyi bırakmış. Hastaya o dönemde "herşeye karşı" allerjisi olduğu söylenmiş. Son 6 yıldır yılboyu süren nezle, burun tıkanıklığı, postnazal akıntısı, nefes darlığı, hırıltılı solunum ve öksürüğü vardı. Evtozu ile temas, yoğun kokular ve efor özellikle nefes darlığını etkiliyordu. Yılda en az 2 kez (özellikle ilkbahar dönemlerinde) acil servislere astma atağı ile başvuruyormuş. Bu nedenle son üç yıldır her ilkbahar başlangıcında profilaksi amacıyla "intramusküler depo steroid" yapıtıyormuş. Halen son bir kaç aydır, kullandığı bir çok ilaçtan yarar görmediği düşüncesiyle tüm ilaçlarını kesmişti. Son günlerde artan nefes darlığı nedeniyle geceleri uyuyamaz hale geldiği için kliniğimize başvuruyordu. Son bir hafta içinde astma atağı nedeniyle iki kez acil ziyareti yapmıştı.

Astma öncesi dönemde 8 yıl sigara içmişti. Önceden evde kuş, tavşan ve kedi beslemiş halen de bahçede köpekleri vardı. Annesi ve iki kızkardeşinde de benzer yakınmalar varmış. Gebeliklerinde astması sorun yaratmamış ama premenstrüel dönemde belirgin olarak nefes darlığı artıyormuş. Çok sık hastalandığı ve rapor kullandığı için işyeri ile ilgili sorunları vardı. Astma öncesinde aktif olarak spor yapıtıyormuş.

Fizik muayenede genel durum iyi, bilinci açık ve koopere bulundu. Nazal mukozalar ödemli, pasaj bilateral dar ve postnazal seröz akıntı vardı. Bilateral yaygın ronkuslar oskulte edildi. PA akciğer grafisi normaldi. Waters grafide maksil-

ler sinüs mukozalarında bilateral kalınlaşma mevcuttu. Deri prick testinde; ev tozu akan (*Dermatophagoides pteronyssinus* ve *D. farinae*) ve hamamböceğine karşı pozitiflik bulundu. Total IgE düzeyi 562.4 IU/ml idi. Yapılan bronkodilatasyon testi kuvvetli pozitifti.

	BEKLENEN	BRONKODİLATASYON				FARK %
		ÖNCESİ ÖLÇÜLEN	%	SONRASI ÖLÇÜLEN	%	
FVC	368	2.04	56	2.90	79	42
FEV ₁	3.15	1.44	46	2.21	70	54
FEV ₁ /FVC	86	70	-16	76	-10	6
PEF	401	174	43	292	73	68

YORUM, ÖNERİ ve İZLEM

Hastada "Bronş astması ve perrenial tipte rinosinüzit" vardı. Hasta atopik yapıda, anamnez ve deri testi ile gösterildiği üzere evtozu akarlarına ve hamamböceğine karşı duyarlı idi. Türkiye'de deniz kenarı bölgelerde yaşayan astmalılardan ortalama %40'ında ev tozu akana karşı duyarlılık vardır ve tüm astmalılardan yarıya yakınında tabloya perrenial tipte rinosinüzit eşlik eder. Yani bir başka deyişle astmadaki kronik inflamasyon, hastaların yarıya yakınında burun ve sinüsleri de kapsamaktadır. Ev tozu akarları en çok mevsim değişim dönemlerinde ürerler ve bu durum bazı hastalarda polen allerjisine benzer bir tablo yaratabilir. Hasta daha önce olduğu aşı tedavisinden hiç bir yarar görmemiş ve üstelik Zonguldak-İstanbul arasında gidip gelme ile ilgili 3 yıl boyunca bir çok sorun yaşamıştı. Aşıdan yarar görmemek hastayı psikolojik olarak da etkilemiş ve hasta doktorlara karşı güvensiz bir hale gelmişti.

Hastaya ev içersinde akarlar ve hamamböceklerine karşı alınabilecek önlemler konusunda bilgi verildi (bakınız Tablo VIII). Daha önceden denediği ancak yanlış kullanım nedeniyle yararlanamadığı sprey kullanımı öğretili. Zaten hasta bronkodilatasyon testi sonrasında sadece 2 puf salbutamol ile nefesinin rahatlamasına memnun olmuştu. Hastaya yakın zamandaki acil ziyaretleri de göz önüne alınarak, 10 günlük kısa steroid kürü verildi. Ayrıca BDP 2x2 puf/gün ve nazal

Tablo VIII
Ev tozu akarı duyarlılığı olan hastalara öneriler

EV İÇİN GENEL ÖNLEMLER

- Zemin, halılar ve mobilya üzerleri elektrik süpürgesi ile en az haftada bir kez temizlenmeli. Bu esnada hasta mümkünse ev dışında olmalıdır.
- Halılar kaldırılmalı ya da en azından duvardan duvara halı kesinlikle olmamalıdır.
- Genel olarak evdeki tekstil yüzeyler azaltılmalı. Yani koltuk, kanape vs üzeri sentetik yapıda olmalı, yeni alınacak mobilyalar mümkünse deri/vinylex kaplama, tahta, plastik ya da mümkün olduğunca az kumaşlı olarak seçilmelidir.
- Evhayvanı beslenmemeli. Çünkü bunlar, kedi-köpek gibi hayvanların tüyleri arasında da yaşayabilirler.
- Eviçi sıcaklığı 22°C'de ve relatif humidite yani nem oranı %50'nin altında tutulmalıdır.
- Mite allerjenlerini azaltmak için %3'lük tannik asit veya mite miktarını azaltmak için akarisitler kullanılabilir.

YATAK ODASI İÇİN ÖNLEMLER

- Halı, keçe, kilim, paspas, perde, battaniye ve tüylü oyuncaklar odada mümkün olduğunca azaltılmalı, kaldırılabilenler kaldırılmalı.
- Sentetik yastık ve yatak malzemesi kullanılmalıdır. Bunları 7-10 günde bir >55°C'nin üzerinde sıcaklıkta yıkanmalıdır.

Bud sprey 2x2 puf/gün verildi. Hasta salbutamol'u gerektiğinde 1-2 puf olarak kullanacaktı.

BİRİNCİ KONTROL (3 Ay sonra)

Hasta ilk ziyareti sonrasında 10 gün içerisinde belirgin olarak düzelmisti. İlaçlarını düzenli olarak kullanıyordu ve son 20 gündür hiç bronkodilatör MDI'a ihtiyacı olmamisti. Son iki haftadır ses kısıklığı ortaya çıkmisti çünkü kendini iyi hissetmesi nedeniyle BDP MDI sonrası ağız ve boğazını su ile çalkalamayı ihmal etmisti. Oskültasyonda seyrek ronkuslar duyuldu. Bunu düzelmiş ve postnazal akıntı kesilmisti. Akarlarla ilgili tavsiyeleri uygulamaya başlamisti. İlaçlarına devam önerildi.

İKİNCİ KONTROL (3 ay sonra)

Hastanın durumu stabil gidiyordu. Ayda bir-iki kez bronkodilatör MDI'a ihtiyacı oluyor. Oskültasyonda duyulan ronkuslar eskiye kıyasla azalmış olarak devam ediyordu. İlaçlarına devam önerildi.

ÜÇÜNCÜ KONTROL (4 ay sonra)

Hasta durumunun iyi olması nedeniyle düzenli kullandığı her iki ilacı da yan doza indirmişti. Biraz kilo almış, retrosternal yanma ve eğildiğinde ağzına acı bir tad gelmesinden yakınyordu. Bu kez oskültasyonda normal solunum sesleri duyuldu. Hastada "**gastroözofageal reflü**" düşünülerek uygun tedavi verildi, kilo vermesi ve spora başlaması önerildi. İlaçlarına devam edecekti.

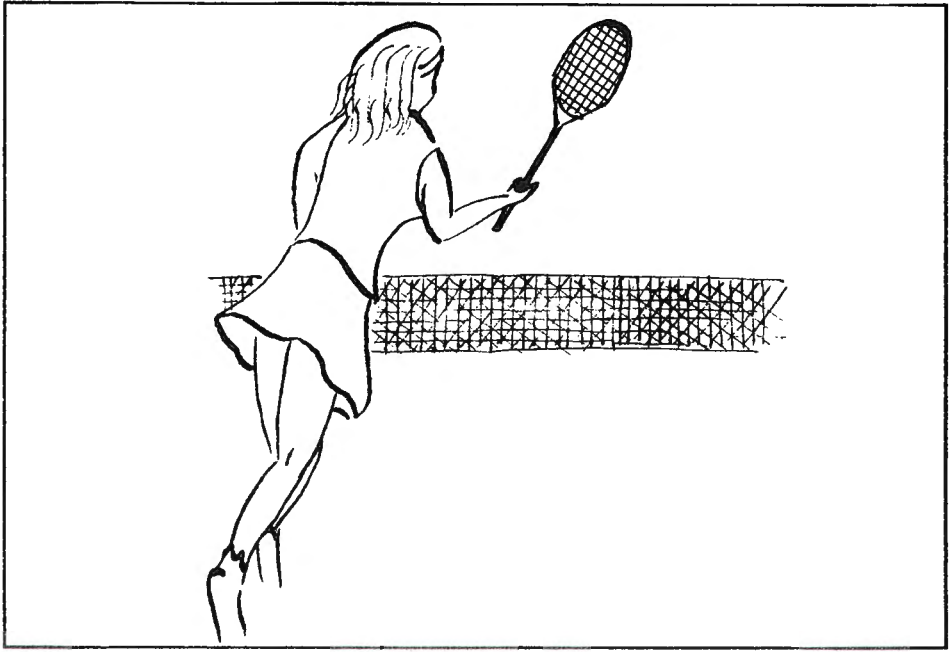
DÖRDÜNCÜ KONTROL (3 ay sonra)

Hasta ilkbahar yıllardan beri ilk kez bu kadar rahat geçirdiğini söyledi. Tenise başlamıştı ve eforu fena değildi. Nazal Bud ve BDP MDI'ı sabahları sadece birer puf alıyordu. Bronkodilatörünü son aylarda hiç kullanmamıştı. Normal solunum sesleri oskülte edildi. Hastaya ilaçlarını artık kesebileceği ama yakınmaları ortaya çıkarsa hemen yeniden başlaması gerektiği anlatıldı.

BEŞİNCİ KONTROL (6 ay sonra)

Hasta son kontrolden bir ay sonra ilaçlarını kesmiş ancak bir süre sonra postnazal akıntı nedeniyle nazal Bud spreye yeniden başlamıştı. Tenise devam ediyordu. İş arkadaşlarının son bir yıldır hiç rapor almadığı için takıldıklarını söyledi. Evde akar mücadelesini sürdürüyordu.

Hasta halen yaklaşık üç yıldır, yılda bir kez kliniğimize kontrole gelmekte ve hiç bir yakınması bulunmamaktadır. Düzenli tenis oynamakta ve düzelmesinde tenisin büyük yaran olduğuna inanmaktadır.



KAYNAKLAR

1. International Workshop report. Dust mite allergens and asthma: A worldwide problem. Bull WHO 1988; 66: 769-780.
2. Settipane RA & Simon RA. Menstruel cycle and asthma. Ann Allergy 1989; 63: 373-380.
3. Chapman KR, Verbeek PR, White JG & Rebeck AS. Effect of a short course of prednisone in the prevention of early relapse after the emergency room treatment of acute asthma. N Engl J Med 1991; 324: 788-794.
4. Kang BC, Wilson M, Price KH & Kambara T. Cockroach-allergen study: Allergen patterns of three common cockroach species probed by allergic sera collected in two cities. J Allergy Clin Immunol 1991; 87: 1073-1080.
5. Gong JR. Breathing easy: Exercise despite asthma. Phys Sportsmed 1992, 20: 159-167.
6. Ayres JG & Miles JF. Oesophageal reflux and asthma. Eur Respir J 1996; 9: 1073-1078.
7. Panhuysen CIM, Vonk JM, Koeter GH ve ark. Adult patients may outgrow their asthma. A 25-year follow-up study. Am J Respir Crit Care Med 1997; 155: 1267-1272.

21

Astmalı Sigara İçemez ki!

20 yaşında bekar üniversite öğrencisi genç kız. Doğum yeri Samsun, okul nedeniyle 4 yıldır Ankara'da bulunuyor.

Sorun : Nefes darlığı

Öyküsü: Altı yaşından beri devam eden perrenial rinosinüziti ve hafif/orta derecede bronş astması olan hastanın yakınmaları, üst solunum yolu infeksiyonları esnasında ve kuvvetli kokularla temasta artıyormuş. Apartmanlarında iki gün önce böcek ilaçlaması yapılmış ve ani olarak nefes darlığı ortaya çıkmış. İki günden beri öksürük ve nefes darlığı nedeniyle geceleri uyuyamıyor.

Aslında yakınmaları son iki yıldır eskiye göre azalma eğilimi gösteriyormuş. Sigara içmiyor ve içilen ortamda eskisi gibi rahatsız olmuyormuş. Evde çocukluğundan beri kedi besliyordu. Çocukluğunda çilek, balık, domates, yumurta ve çikolata yediğinde akut ürtiker ve anjionörotik ödem olumuş, ama şimdi gıdalarla ilgili sorunu yok. Annesi perrenial rinit, dedesi egzama. Hiç astma nedeniyle acil ziyareti olmamış ve hospitalize edilmemiş. Ankara'da bir Allerji kliniğinde 10-14 yaşlar arası immünoterapi olmuş ama belirgin yarar görmemiş. Halen her gün bir kaç kez salbutamol MDI kullanıyor ve nefes açıcı bitkisel çaylar içiyordu.

Fizik muayenede genel durumu iyi, bilinci açık, koopere ve vital bulguları stabil bulundu. Nazal mukozaları ödemli ve bilateral nazal pasaj çok dardı. Postnazal seröz akıntı vardı. Hasta muayenenin hemen öncesinde salbutamol kullanmasına rağmen inspiriyumda öksürüyordu .

PA akciğer grafisi normaldi. Dinamik solunum fonksiyon testinde;

- zorlu vital kapasite beklenen değerlerin %98'i olmasına karşın,
- 1.saniye zorlu ekspirasyon volümü beklenen değerlerin %76'sı ve

• bu iki değerin birbirine oranı ise %68'di. Hastanın deri prick testinde; ev tozu akarları ve kediye karşı kuvvetli pozitif reaksiyon tespit edildi. Hastanın Total IgE düzeyi 584 kU/l idi.

YORUM, ÖNERİ ve İZLEM

Hastada "Bronş astması ve perrenial rinosinüzit" vardı. Atopik yapısı olan hastanın ev tozu akarı ve evde beslediği kediye olan yakın teması hastalığı için muhtemelen tetikleyici rol oynamaktaydı. Hastanın hafif persistan ve zaman zaman orta düzeyde olan astması genelde stabil olarak seyretmekteydi. Hastaya kediyi evden uzaklaştırması ve akarlaraya yönelik korunma önlemleri (bakınız Tablo VIII) tavsiye edildi. BDP MDI 2X2 puf/gün, nazal Bud sprey 2X2/gün ve salbutamol MDI PRN reçete edildi. Hasta MDI tipte ilacı doğru olarak kullanmasını biliyordu.

BİRİNCİ KONTROL (3 ay sonra)

Yakınmaları genelde kontrol altına girmişti ancak hemen her gün (belki çok ihtiyacı olmasa da) 1-2 kez bronkodilatör MDI kullanıyordu. Burun spreyini her gün kullanırsa iyi ama bir gün aksatsa hemen nezlesi başgösteriyormuş. Akarlaraya yönelik önerilere uymaya çalışıyor ama kediyi evden atamamış. Kediye yaklaşıyor ve yatak odasına sokmuyordu. Fizik muayenesi tamamen normaldi. PEF'i 320 lt/dk (normalde beklenen değerin %86'sı). Aynı ilaçlara devam ve kontrol önerildi.

İKİNCİ KONTROL (34 ay sonra)

Hastadan, bir önceki gelişinden 8 ay sonra durumunun düzelmesi üzerine ilaçlarını azaltarak kestiği öğrenildi. Kediyi evden uzaklaştırmışlardı. Son bir yıldır durumunun iyiliğine güvenen hasta sigaraya başlamış ve halen günde 10-15 adet sigara kullanmaktaydı.

Hastanın 3-4 ay önce postnazal akıntısı ve son bir ay önce de yeniden nefes darlığı başlamıştı. Son iki yıldır 3-4 ayda bir kez salbutamol MDI kullanan hasta, son bir aydır hemen her gün bu ilaca ihtiyaç hisseder hale gelmişti. Geceleri de aynı nedenle uyanmaya başlayan hasta, tekrar kliniğimize başvurmak zorunda kalmıştı. Bu arada nişanlanan hasta son aylarda ortaya çıkan **ağız kokusundan** da yakınıyordu.

Hastanın muayenesinde; postnazal seröz akıntı ve yaygın ronkuslar bulundu. PEF'i beklenen değerin %65'i civarındaydı. Hastaya sigarayı bırakması önerildi. Yeniden nazal ve inhaler steroidli spreyler başlandı. Ağız kokusunun postnazal akıntısına ve sigaraya bağlı olduğu anlatıldı.

Hasta bu kontrol sonrası sigarayı bıraktı ve ilaçları yaklaşık 6 ay kullandıktan sonra durumunun düzelmesi üzerine yine kesti. Halen bir yıldır evli, 4 aylık hamile ve asemptomatik olarak izleniyor. Ancak hastalığının zaman içerisinde relaps olma şansını biliyor ve kliniğimizle temasını kesmiyor.

35 yaşında evli 3 çocuklu erkek, sebze komisyoncusu. Doğum yeri Ardahan, bir yıldır Mersin'de oturuyor. İşi nedeniyle sık seyahat ediyor, ilkokul mezunu.

Sorun: Nefes darlığı

Öyküsü: 25 yaşından beri yılboyu devam eden bronş astması önceden hafif persistan ve/veya orta düzeyde iken, hastalığın derecesi son bir yıldır artmış. Hasta bir yıl önce kışın, bir trafik kazası sonrası Erzurum yakınlarında -30°C'de bir kaç saat geçirdiğini, muhtemelen pnömöni olduğunu ve astmasının bu olay sonrası kötüleştiğini anlatıyordu. Son 3 aydır her gece, bir kaç kez nefes darlığı ile uyanıyor, eforu çok kısıtlı ve ayda ortalama bir kutu terbutalin MDI tüketiyordu. Rahatsız edici boyutta taşikardi, tremor ve yaygın krampları vardı. İki yıl önce İstanbul'da gittiği bir doktor kendisine aşı tedavisi önermiş ancak hasta işlerinin yoğunluğu nedeniyle kabul etmemiş. Doktor bunun üzerine hastaya; Bud MDI 2X1 puf/gün, Nedokromil sodyum 2X2 puf/gün ve yavaş salımlı β_2 mimetik tablet 4 mg 2x1/gün vermiş, ancak hasta bunlardan yarar görmeyerek ilaçlarını kısa sürede kesmiş. Bazı tanıdıklarının teşvikiyle daha önce olamadığı "aşı tedavisini" olmak üzere kliniğimize gelmişti.

Hasta işi gereği çok sık seyahat etmek zorunda ama rahatsızlığı işini engelliyordu. Astma öncesi dönemde bir kaç yıl sigara kullanmış ancak şimdi içilen ortamlarda dahi bulunamıyordu. Ankara'ya gelirken otobüste çok sigara içildiği için rahatsız olmuş ve otobüsü yolda durdurup, aşağıya bavulların bulunduğu bagaj kısmına girmiş ve yolculuğunun kalan kısmını burada tamamlamıştı. Amcası ve bir yeğeni astmalıydı.

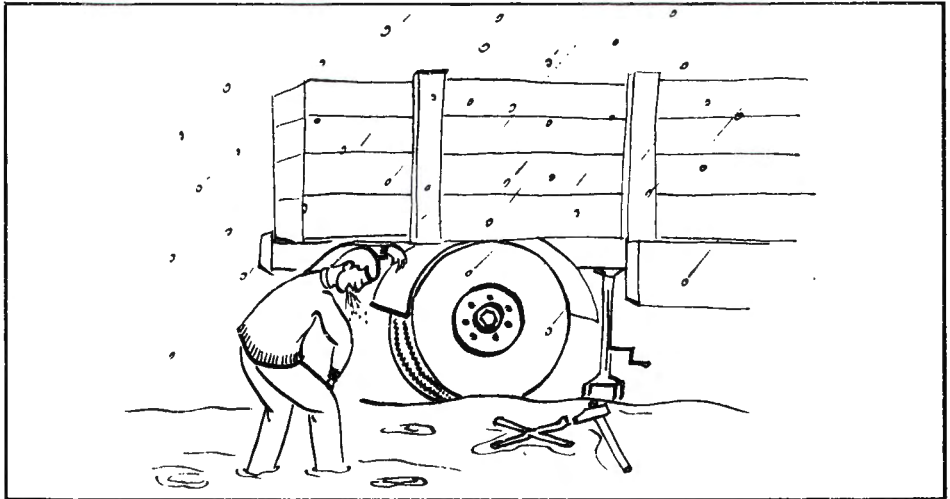
Fizik muayenesinde wheezingi vardı ve yaygın bilateral ronkuslar oskülte edildi. Akciğer grafisi normaldi. Deri prick testinde her hangi bir allerjene duyarlılık saptanmadı. Bronkodilatasyon testi pozitif olarak değerlendirildi.

	BRONKODİLATASYON					
	BEKLENEN	ÖNCESİ ÖLÇÜLEN	%	SONRASI ÖLÇÜLEN	%	FARK %
FVC	5.20	3.14	60	3.36	65	7
FEV ₁	4.30	1.75	41	2.02	47	16
FEV ₁ /FVC	83	56	-27	60	-23	5
PEF	571	209	37	261	46	25

YORUM, ÖNERİ ve İZLEM

Hastanın teşhisi klasik "Bronş astması" idi ve nonatopik yapısı vardı. Kendisine aşı tedavisinin değil ilaç tedavisinin yararlı olacağı anlatıldı. Hasta inhale-ri ağızını açıp öylece sıkıyor ve ilaç havaya gidiyordu, bunun nasıl kullanılacağı öğretildi. Bud 2X3 puf/gün ve terbutalin MDI PRN önerildi.

Hasta üç ay sonra kontrole geldiğinde yakınmalarının büyük oranda düzeldiği görüldü. Eforu düzelmmişti ve gece rahat uyuyordu. Terbutalin'i haftada ancak bir kaç kez kullanıyordu ve bunu çok kullanmasına bağlı ortaya çıkan yan etkiler yani taşikardi, tremor ve kramplar kaybolmuştu. Hasta halen üç yıldır Bud 2X2 puf/gün kullanmakta ve normal günlük yaşantısını sürdürmektedir.



KAYNAKLAR

1. Ayres J. Asthma and the atmosphere. BMJ 1994; 309: 619-620.
2. Dales RE, Scheitzer I, Toogood JH, Drouin M, Yang W, Dolowich J & Boulet J. Respiratory infections and the autumn increase in asthma morbidity. Eur Respir J 1996; 9: 72-77.

23

Eskiden Astmalı Olmak Daha Zordu

44 yaşında bekar, teknisyen hanım. Doğum yeri ve halen oturduğu yer Çorum.

Sorun: Nefes darlığı

Öyküsü: 16 yıldır astma tanısıyla kliniğimizde izlenen hasta üst solunum yolu infeksiyonu geçirdiğini söyleyerek kliniğimize başvurdu. Son üç gündür hafif ateş, kırgınlık, halsizlik, ses kısıklığı ve nefes darlığında belirgin artış ortaya çıkmıştı. Geceleri uyuyana kadar epeyi öksürüyor ve balgam çıkarmıyormuş. Hasta halen düzenli olarak; BDP diskhaler 2x2 puf/gün, teofilin 300 mg 2X1 tablet/gün ve salbutamol diskhaler PRN kullanıyor ve aslında eskiyle kıyaslanınca bu ilaçlardan çok memnundu. Son üç gündür, günde 4-5 kez bronkodilatöre ihtiyaç duyuyordu. Halbuki son bir kaç aydır en fazla haftada 1-2 kez kullanıyormuş.

Anne tarafında astmalı akrabaları vardı.

Fizik muayenede genel durumu iyi, bilinci açık, koopere ve vital bulguları stabildi. Bilateral yaygın ronküsler vardı ve hasta inspiriyumda sürekli olarak öksürüyordu. PA Akciğer grafisinde yaygın havalanma artışı dışında anormallik yoktu. Kan sayımı normal sınırlar dahilindeydi. Basit solunum fonksiyon testinde obstrüktif tipte bozukluk saptandı.

	BEKLENEN	ÖLÇÜLEN	%
FEV ₁	3.03	2.81	93
FVC	2.57	1.19	46
FEV ₁ /FVC	85	42	-43
PEF	352	170	48

YORUM, ÖNERİ ve İZLEM

Hastaya kullandığı BDP'ı 2x3 puf'a çıkarması önerildi. Muhtemelen viral bir enfeksiyon geçirmekteydi ve kullandığı antiinflamatuvar tedavi bir süre için yetersiz kalmıştı. 10 gün sonra kontrole gelen hastanın durumu düzelmiş ve PEF'i 260 lt/dk'ya çıkmıştı.

Bu durumda olan hastalara günlük pratikte gereksiz yere bir çok antibiotik verilmekte ve örneğin **makrolid** grubu gibi bazı antibiotiklerin, antibakteriyel etkisi yanında bir miktar antiinflamatuvar etkisi de olduğundan neticede hasta yararlanmaktadır (aslında eğer tablodan atipik pnömöni etkenlerinin sorumlu olduğu düşünülüyorsa, bu durumda ülkemiz şartlarında verilebilecek en ucuz antibiotiğin **tetrasiklin** veya **doxsisiklin** olduğunu düşünüyorum).

Hastanın arşivden gelen dosyası epeyce kalındı. Hasta daha önce 4 kez hastahanemize astma atağı nedeniyle başvurmuş ve her seferinde hospitalize edilmişti. **Hastanın dosyası incelendiğinde:**

İLK BAŞVURU (1980)

Bir yıldır nefes darlığı ve öksürük yakınması olan hastanın önceden beri devam eden perrenial riniti de varmış. Hasta bu bir yıl içerisinde; tetrasiklin, Cal De Ce, Digimerck, Asmac, Pirasmin, Eupnase, Aminocardol tablet ve Becozym C forte gibi ilaçlar kullanmış ve yarar görmemiş. Her gece nefes darlığı ile uyanıyor, çok sık acil servise başvuruyor ve ancak intravenöz Aminofilin ile steroid yaptırdığında rahatlıyormuş. Hastada yaygın ronkuslar oskülte edilmiş. IV aminofilin verilerek yapılan bronkodilatasyon testinde; FVC 2.72 lt iken 3.10'a ve FEV₁ 1.28 lt iken 2.03'e çıkmış. Yani test kuvvetli pozitif olarak değerlendirilmiş. Hastaya Aminocardol tablet 4x2/gün ve terbutalin tablet 2x1/gün önerilmiş. Ayrıca Almanya'dan getirtmek üzere Sultanol ve Viarox (betamimetik MDI) reçetesi verilmiş.

Hasta bir ay sonra tekrar geldiğinde durumunda hiç bir değişiklik yokmuş. Hastaya ilaçlarına ilaveten prednisolon 5 mg tablet 4x1/gün başlanmış ve 20 gün içinde azaltarak kesmesi önerilmiş.

Hasta bu tarihten 1 yıl sonra tekrar kontrole geldiğinde her gün Sultanol MDI 4x2 puf ve Viarox MDI 4x2-6x2 puf kullanmasına rağmen durumu yine de iyi değilmiş ve özellikle son 10 gündür bir grip sonrası durumu kötüleşmiş. Yine sık olarak IV aminofilin yaptırıyormuş. Hastaya tekrar 10 günlük steroid kürü verilerek kontola çağrılmış.

Üç ay sonra kontrole geldiğinde, iki gün önce Çorum'daki Devlet Hastanesi'nden yeni taburcu olduğunu söyleyen hastanın nefes darlığı ve ronkuslan halen devam ediyormuş. Hastanın bakılan arter kan gazlarında;

PaCO₂ : 25 mmHg,

PaO₂ : 66.9 mmHg ve

pH : 7.45 olarak bulunmuş. Solunum fonksiyon testi;

FEV₁ : 0.428 lt,

FVC : 1.49 lt ve bu iki değerin birbirine oranı %29 imiş. Hastaya polinikte 40 mg prednisolon yapılmış ve yine 15 gün kısa kür oral steroid verilmiş.

Öyküden rahatça izlenebildiği üzere sadece bronkodilatör tedavi yeterli olmamakta ve o zamanın şartlarında sık sık verilen kısa kür oral veya IV steroidlerle hastanın inflamasyonu bir miktar baskılanmaktadır(düzenli lokal antiinflamatuvar tedavinin öneminin 1980'lerin ikinci yarısından sonra anlaşılmaya başlandığı hatırlanmalıdır).

Hasta 7 ay sonra bu sefer Hastanemizin Pediatrik Allerji Ünitesine aynı yakınmalarla başvurmuş, aşı olmak istiyormuş. Ancak burada da kendisine aynı ilaçlara devam önerilmiş ve aşı tedavisine uygun bulunmamış.

Hasta 1982 Ekim'inde 6 gün, 1983 Şubat'ında 20, 1984 Şubat'ında 12 ve 1985 Mayıs'ında 7 gün hastanemizde hospitalize edilmiş. Hasta bu yıllarda sürekli olarak Aminocardol tablet, Viarox, Sultanol ve haftada en az bir kaç gün 10-20 mg/gün prednizolon tablet kullanıyormuş. Ayrıca perrenial rinosinüziti için de KBB bölümünden sık sık verilen çeşitli antibiyotik, antihistaminik tabletleri ve burun damlalarını alıyor ama kalıcı bir yarar görmüyormuş.

Hasta 1985 Temmuz ayında kontrole geldiğinde yine esas yakınması, devam eden nefes darlığıdır. Tedavi olarak Aminofilin tablet 4x2, salbutamol MDI PRN ve günde 10 mg Deltacortil almaktadır. Artık Türkiye'de de inhaler ilaçlar piyasaya çıkmıştır. Solunum fonksiyon testi; FEV₁/FVC= 0.635/2.14= %30 ve kanda Aminofilin düzeyi 14.17 mcgr/ml 'dir. Bir şüphe üzerine yapılan "aspirin provokasyon testi" negatif olarak bulunmuştur.

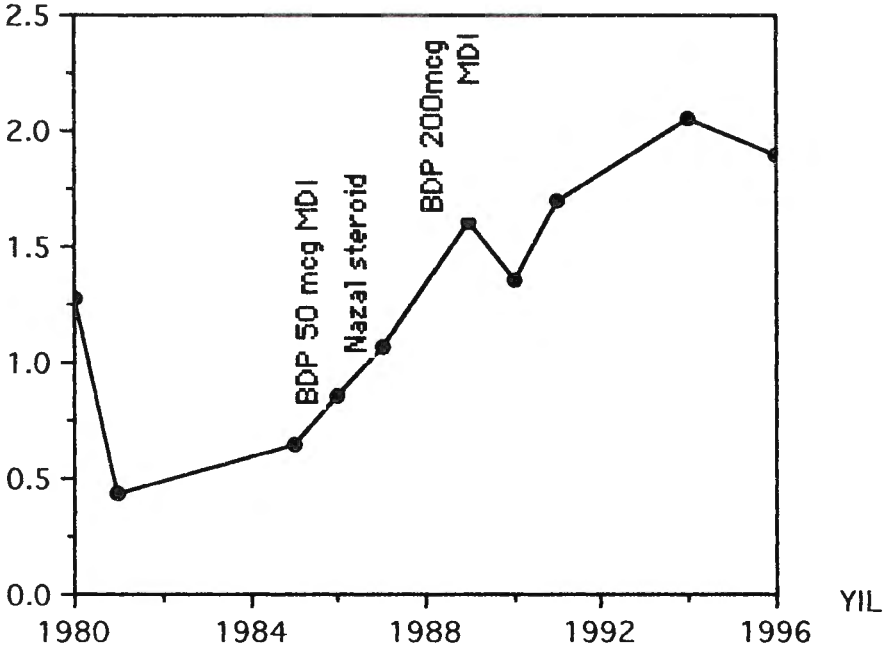
1986'ya gelindiğinde tedavi yavaş yavaş değişmeye başlar. Hasta her gün düzenli olarak BDP (50 mcg) MDI 4x2 puf, Teofilin tablet 300mg 2x1 ve salbutamol MDI 4x2 puf kullanmaya başlamış ve prednisolon tablet günaşın 5 mg'a düşülmüştür. Hastanın genel durumu eskiye göre nisbeten daha iyidir. Yani ülkemizde MDI BDP'da (her puf'unda 50 mcg BDP içeren) artık bulunmaktadır.

1986 kasım ayında $FEV_1/FVC = 0.856/2.88 = \%30$ 'dir.

1987'de bu değerler $FEV_1/FVC = 1.07/2.67 = \%40$ olarak bulunur. Hasta aynı yıl Şubat ayından itibaren BDP nasal sprey 3x2 puf olarak kullanmaya başlar ve yarar görür. 1987 sonuna doğru Deltacortil'i sadece haftada 1 gün 5 mg olarak almaktadır.

Ekim 1989'da $FEV_1/FVC = 1.60/2.70 = \%59$ olarak bulunur, hastanın ağzında **candida infeksiyonu** vardır. Hastaya yeni çıkan **spacer cihazı** ile BDP (250 mcg) 2x2 puf/gün dozda başlanır ve o yıl ilk kez **İnfluenza aşısı** yapılır. Hasta kendi tanımlamasına göre iyi bir yıl geçirir (Bu tarihten itibaren her yıl sonbaharda bu aşidan tekrar yapılmaktadır). 1990 Kasım'da kontrole geldiğinde; BDP MDI 2x2 puf/gün, nasal BDP sprey 2x2 puf/gün, salbutamol MDI 4x2 puf ve Teofilin tablet 300 mg 2x1/gün almaktadır. Uzun süredir oral steroid almamış, acil servis başvurusu olmamış ve (kendi değerlendirmesine göre) İnfluenza aşısı işe yaramıştır. $FEV_1/FVC = 1.35/3.41 = \%40$, PEF'i 199 lt/dk'dır. 1991 Kasım'da nasal BDP hastanın rinitini kontrol altına almada yetersiz kaldığından Bud 2x2 puf/gün'e değiştirilir. diğer ilaçlara aynen devam etmektedir.

FEV1 (Lt)



Grafik 6: Hastanın 16 yıl içindeki FEV_1 değerleri.

Aralık 1993'te kontrole gelen hastanın $FEV_1/FVC = 1.70/2.78 = \%61$ 'dir. Durumu stabil olarak gitmektedir. Artık astma nedeniyle acil ziyaretleri kalmamıştır. 1994 Haziran'da yakınması olmadan, ilaçlarını düzenli kullanarak geldiği kontrole; $FEV_1/FVC = 2.05/3.68 = \%56$ olarak bulunur. Hastaya ilaçlarını Volumatic'le almak zahmetli gelmektedir, bu nedenle diskhaler biçimi ilaçlar yazılır, burnu eskiye göre çok iyi olduğundan nasal Bud sadece sabahları 2 puf'a inilir.

Hastanın kliniğimize en son gelişi Ocak 1996'da olup, öykünün başlangıcında ayrıntılı bilgi verilmiştir. Hasta halen yılda iki kez kliniğimize kontrole gelmektedir.

Hastanın yıllar içindeki FEV_1 değerlerinin, antiinflamatuar tedaviyi düzenli kullanmasıyla birlikte artış trendi gösterdiği anlaşılmaktadır. Hastanın FEV_1 değerlerindeki artış bir başka deyişle astma tedavisindeki gelişmelere de paralellik göstermektedir. Tabii ki hastanın astmasının derecesi yıllar içersinde spontan olarak azalmış da olabilir.

KAYNAKLAR

1. Chapman KR, Verbeek PR, White JG & Rebeck AS. Effect of a short course of prednisone in the prevention of early relapse after the emergency room treatment of acute asthma. *N Engl J Med* 1991; 324: 788-794.
2. O'Byrne PM. The natural history of asthma. *Eur Respir Rev* 1996; 6 (32): 23-26.
3. Barnes N. Evaluating asthma and its treatment: clinical markers and indicators of efficacy. *Eur Respir Rev* 1996; 6 (32): 31-37.
4. Barnes PJ, Jonsson B & Klim JB. The costs of asthma. *Eur Respir J* 1996; 9: 636-642.
5. Barnes PJ. Current therapies for asthma. Promise and limitations. *Chest* 1997; 111: 17s-26s.

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
HASTANELERİ

ÇIKIŞ ÖZETİ

Soyadı, Adı : Giriş Tarihi : 14.10.82
Dosya No. : Çıkış Tarihi : 20.10.82
Bölümü : Dahiliye Yatışı Gün : Altı gün

Hacettepe Üniversitesi Hastanelerine 1.kez kabul edilen 30 yaşındaki hanım hasta, öksürük ve nefes darlığı yakınmaları ile yatırıldı.

HİKAYESİ:Hastanın 1979 yılından beri kuru bir öksürük ve nefes darlığı yakınmaları varmış. Nefes darlığı üzüldüğü ve sevindiği zamanlar, eforla ve menstruasyon dönemlerinde artıyormuş. Nefes darlığının polenlerle ilgisi yokmuş. Çocukluğunda allerji öyküsü ve ailesinde astmalı yokmuş. Aminocardol, Deltacortil tablet, Bricanyl, Sultanol ve Viarox alıyor ama belirgin yarar görmüyormuş.

ÖZ GEÇMİŞİ:İlkokuldayken bronşit geçirmiş.

SOY GEÇMİŞİ: Özellik yok.

SİSTEMLERİN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ: Nefes darlığı olduğunda baş ağrısı ve ağız kuruluğu, postnazal akıntı, öksürük, ortopne, nokturnal astma ve bazen bazı ilaçları aldığıında poliüri oluyormuş.

FİZİK MUAYENE: Genel durumu iyi, şuur açık ve koopere. Nabız 120/dk düzenli, solunum 22/dk, PA 130/90 mmHg, Ateş 36.6 C. Sağ supraklavikuler çukur dolgun sol juguler mikro LAP. Akciğerlerde perküsyonla hipersonbrite, eskültasyonla yaygın sibilan ronkuslar vardı. wheezing (+). Expirium uzamıştı.

LABORATUVAR BULGULARI: 15.10.1982: Hb: %13.80 gr, Hct: %45, BK: 8400 mm³, Sedimentasyon 3 mm/saat, İdrarda özellik yok. Periferik yayma: parçalı %62, monosit %2, lenfosit %24. BUN: %10 mg, AKŞ: %60 mg, Na:140, K: 4.3, Cl:100, Boğaz kültürü: Beta hemolitik streptokok, Balgam kültürü: Candida. Solunum fonksiyon testleri: ZEV_I: 1.60, ZVK: 3.20 ve ZEV_I/ZVK:%50. Akciğer grafisinde havalanmada yaygın artış. Arter kan gazları: PO₂:80 mmHg, PCO₂: 25 mmHg, PH: 7.47, HCO₃: 10.8 mEq/lit ve BE: -10.

HASTANEDEKİ SEYRİ: Hastanın servisteki izlemi esnasında nefes darlığı yönünden önemli bir sorunu olmadı. Aldığı 20 mg/gün prednisolon 10 mg'a inildi. Göğüs Hastalıkları bölümü, hastanın işyerindeki ortamın hasta üzerine olumsuz etki yaptığını düşünmektedir. Tedavisi düzenlenerek kontrole gelmek üzere, taburcu edildi.

ÖNERİLER : Gün aşırı 10 mg prednisolon, Aminocardol 4x1 tablet, yemeklerden 1-3 saat sonra ve yatarken Mucaine süspansiyon, Viarox veya Sultanol gerektiğinde kullanılmak üzere. IV no'lu ülser diyeti. Hasta ayaktan Göğüs Hastalıkları ve KBB bölümüne (sinüzit yönünden) 15 gün sonra kontrole gelecektir.

KOD NO

TANI

SONUÇ

Bronş astması

Haliyle taburcu

Kd.Dr.TF.

Dr.OY.

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
HASTANELERİ

ÇIKIŞ ÖZETİ

Soyadı, Adı : Giriş Tarihi : 20.2.84
Dosya No. : Çıkış Tarihi : 2.3.84
Bölümü : Dahiliye Kaldığı Gün : 12 gün

Hacettepe Üniversitesi Hastanelerine 3. kez kabul edilen 31 yaşındaki kadın hasta nefes darlığı şikayeti ile yatırıldı.

ÖYKÜSÜ: İlk kez 1979 sonlarında gripal bir enfeksiyon sonucu nefes darlığı şikayeti başlamış. Beraberinde şiddetli öksürük balganda varmış. Ateş olmamış. Başlangıçta balgam beyaz, köpüklü, kokusuzmuş. Daha sonra koyulaşmış. Bu şikayetle Hacettepe Hastanesine başvurmuş ve astım bronşiale olarak tedavi edilmiş. Hacettepe Hastanesine 2 kez yatan hastanın son şikayetleri 15 gündür varmış. Nefes darlığı şikayeti ile Çorum göğüs hastalıkları hastanesine başvurmuş ve yatırılmış. Tedaviden yararlanamayıp hastanemize başvurmuş. Son şikayetleri yine gripal enf. şeklinde başlayıp nefes darlığı gidererek artmış. Ev tozları, peler, yün gibi eşyalara allerjisi yokmuş. Ailede astmalı birey yokmuş. Hemoptezi olmamış. Ateş, terleme, hışıme yok. Öksürükten sonra az miktarda kusması ve bulantısı oluyormuş.

ÖZ GEÇMİŞİ: 9 yaşında bronşit.

SOY GEÇMİŞİ: Özellik yok.

SİSTEMLERİN GÜZDEN GEÇİRİLMESİ: Ağız kuruluğu (15 gündür), sık ÜSYE (+). Burun tıkanaklığı (15 gündür), ishal, kabızlık, parazit yok. Adetleri düzenliymiş. 15 gündür iştahsızlığı varmış.

FİZİK MUAYENE: Ateş: 36,7°C, N: 120/dak, TA: 150/80 mmHg. T: 30/dak. Genel durumu orta, şuur açık, koopere, oryante, dispneik sık solunum yapıyor. Expirium uzamış, wheezing duyulmakta. Hafif derecede venöz dolgunluk mevcut. Tiroid doğal, konka nasalar hiperemik, Burunda sever akıntı +, post nasal akıntı (+), akciğer sesleri azalmış. Bazalde kreptan raller mevcut. Kalp ritmik, taşikardik, ek'ses, üfürüm hali yok.
GİS: Karaciğer arkus kostayı orta hatta 5 cm geçiyor. Üst sınır 8. İCA. ta total uzunluk 11 cm (pitotik), CVAH -/-, refleksler doğal.
Ekstremiteler: Bilateral cubitus valgus deformitesi (+).

LABORATUVAR BULGULARI: İdrar: Reaksiyon: Asit, Dansite: 1020, Protid, Şeker, Bilirubin, Ürobilin, Ürobilinojen: Ø. Mikroskopik: 3-4 l8kosit, nadir epitel. Kan: Hb: % 15.20 gr. BK: 12.200 mm³, PYP P: 78, Mono: 10, lenfosit 12, trombosit bol, NN, Sedia: 25 mm/h, BUN: % 8 mg, AKŞ: % 77 mg, Na: 128, K: 3,5, Cl: 101 mEq/lt. Bilirubin total: % 0,8 mg, direkt % 0,4 mg, Alkaleen fosfataz: 68 BU, SGOT: 20 U, Total Protein: % 0,1 gr, Albumin: % 4,0 gr. Total Lipit: % 433 mg, Kolesterol: % 200 mg, Kreatinin: % 0,6 mg. PPD (-), Boğaz kültürü: Normal boğaz florası, Balgam kültürü: Normal boğaz florası, İdrar kültürü: Candida cinsi mantar, Akciğer grafisi: RVG. de artım, EKG: Normal.

HASTANINDEKİ SEYRİ: Hasta ~~staj~~ astmatikus kabul edilerek servise yatırıldı. 1000 cc SF içinde 2 amp Aminofilin İV infuze edildi. İnf. sonu tekrar 1000 cc SF içine 1 amp Aminofilin İV gönderildi. Önce 4x5 mg ile başlanan Deltacortil 2 gün sonra 4x10 mg. a çıktı. Aminocardol 4x3 tb. başlandı. Genel durumu düzelen ve akciğer fizik muayene bulguları tamamen düzelen hastanın deltacortili önce 20 mg ve sonra 10 mg.'a indirdi. Bulantı ve kusmaları kayboldu. Tavsiyelerle taburcu edildi. Tavsiyeler: Deltacortil 2x5 mgr. (1 hafta 2x5 mg, daha sonra gün aşırı 2x5 mg Aminocardol tb 4.3 tb, Talcid süsp. yemeklerden 1-3 saat sonra 2 şer ölçek. Oral bol mayi, Sulfanöl ihtiyaç olursa, 1 hafta istirahat, 1 ay sonra kontrol.

<u>KOD NO</u>	<u>TANI</u>	<u>SONUÇ</u>
	Astım bronşiale	Salan
	Staj Astmatikus	Şifa

Dr.

Dr.

MF/SÜ

23 yaşında bekar, ortaokul mezunu ev kızı. Doğma büyüme Ankara'lı.
Hiç sigara içmemiş.

Sorun : Nefes darlığı

Öyküsü: Hastanın son beş aydır sürekli olarak nefes darlığı, hırıltılı solunum ve öksürük yakınmaları vardı. Bu nedenle sabah erken saatlerde uyanıyor ve çok öksürüyordu. Sigara, parfüm, yemek kokusu, gülmek, ağlamak, soğuk su içmek ve efor yapmak yakınmalarını ortaya çıkarıyor veya arttırıyordu. Adet öncesi dönemde de nefes darlığının arttığını hissediyordu. Babası evde sürekli sigara içiyor ve bunu önleyemiyorlarmış. Evde muhabbet kuşu besliyorlardı.

Bir ay önce başvurduğu, babasının çalıştığı daire doktoru; terbutalin tablet 3x1/gün, Ampisilin 500 mg kapsül ve öksürük şurubu vermiş. Hasta bu ilaçlardan pek yarar görmediği gibi çarpıntı ve el titremesi ortaya çıkmış. Halen terbutalin tableti PRN olarak alıyor. Sırt ağrısı ve aşırı terlemekten yakınyordu. Annesi yıllardır bronş astması.

Hastanın aslında ilk yakınmaları 5.5 yıl önce ortaya çıkmış ve bronşit teşhisiyle yaklaşık iki yıl teofilin tablet ve salbutamol MDI PRN kullanarak düzelmiş. Üç yıldır hiç bir yakınması yokken, 6 ay önce başından talihsiz bir nişanlılık dönemi geçmiş ve yakınmaları nüksetmiş.

Fizik muayenede genel durumu iyi, bilinci açık, vital bulguları stabil ve koopereydi. Hastanın boyu 155 cm ve ağırlığı 79 kg'dı. Oskültasyonda normal solunum sesleri alındı. PA akciğer grafisi normaldi. Deri testlerinde her hangi bir aeroallerjene karşı pozitif yanıt yoktu yani hasta nonatopikti. Solunum fonksiyon testlerinde küçük hava yolu düzeyinde obstrüksiyon tesbit edildi.

	BEKLENEN	ÖLÇÜLEN	%
FEV ₁	2.88	2.25	78
FVC	3.28	3.06	93
FEV ₁ /FVC	88	74	-15
PEF	374	331	88
FEF _{25%}	5.91	3.58	61
FEF _{50%}	4.04	2.13	53
FEF _{75%}	1.96	1.02	52
FEF _{75-85%}	1.32	0.80	61
FEF _{25-75%}	3.51	1.93	55
MVV IND.	108	85	78

YORUM, ÖNERİ VE İZLEM

Hastanın önceden beri varolan ve remisyona giren astması (muhtemelen öyküye göre stress sonucu) relaps olmuştu. Kullandığı ilaçlar kesildi. Sadece BDP MDI 2x3 puf/gün ve salbutamol MDI PRN başlandı. Hastanın babası ile konuşularak evde sigara içmemesi sağlandı. Bu gelişmeden astmalı anne de memnun olmuştu çünkü yıllardır evde olan bir huzursuzluk nedeni ortadan kalkmıştı.

Hasta iki ay sonra kontrole geldiğinde neredeyse normale dönmüştü ve son iki haftadır bronkodilatör ilacı hiç kullanmamıştı. BDP 2x2 puf/gün dozuna inildi, hasta halen bu dozda antiinflamatuvar tedavi ile dört aydır asemptomatik olarak izlenmektedir.

28 yaşında evli, iki çocuklu lise mezunu hanım hasta. Doğma büyüme Gaziantep'li.

Sorun: Nefes darlığı ve sürekli nezle

Öyküsü: Hasta 10 aydır sürekli devam eden nefes darlığı, hırıltılı solunum, kuru öksürük, nezle, burun tıkanıklığı ve postnazal akıntı nedeniyle başvuruyordu. Gaziantep'te 7 aydır "ev tozu akarları ve fungus allerjisi" için aşı tedavisi oluyor, ayrıca spacer ile BDP MDI 2x2 puf/gün, salmeterol MDI 2x2 puf/gün, salbutamol MDI PRN (bunu spacer cihazı olmadan kullanıyor) ve teofilin 300 mg 2x1 tablet/gün kullanıyordu. Dört ay önce İstanbul'da gittiği bir doktor da aynı ilaçlara ve aşıya devam önermiş. Ancak hasta bu tedaviden pek yarar görmediği gibi, son iki haftadır gripal bir enfeksiyon sonrasında hemen her gece nokturnal astma nedeniyle acillere taşınyordu. En son iki gün önce özel bir hastaneye acilen başvuran hastaya "antihistaminik, aminofilin ve kortizonlu bir iğne" yapılarak oksijen verilmiş. Hasta özel bir nedenle geldiği Ankara'da, kliniğimizde de muayene olmak istemiş. Özellikle aşidan sonra 7-8 kg aldığını belirtiyordu.

Babası ve halası astmalı. Çocukluğunda penisilin allerjisi olduğu söylenmiş. Astma öncesi 6 yıl günde bir kaç sigara içmişti. Evde hayvan beslemiyordu.

Fizik muayenede genel durumu iyi, vital bulguları stabil, bilinci açık ve koopere bulundu. Boyu 159 cm ve ağırlığı 72 kilo idi. Wheezing'i duyuluyordu. Nazal mukozaları ödemli, seröz postnazal akıntı vardı ve yaygın ronküsler oskülte edildi. PA akciğer grafisi normaldi. Waters grafisinde bilateral maksiller sinüs mukozaları kalınlaşmış olarak izlendi. Nazal septumunda hafif olarak sola deviasyon vardı. Deri prick testinde sadece çimen polenlerine karşı duyarlılık bulundu. Halbuki hastaya kendisine aşı yapılan merkezde; tüy, yün, kedi, akar, küf mantarı, deodorant ve sigaraya karşı allerjisi olduğu söylenmişti. Bronkodilatasyon testi; obstrüktif tipte solunum fonksiyon bozukluğu gösterdi.

	BRONKODİLATASYON					
	BEKLELEN	ÖNCESİ ÖLÇÜLEN	%	SONRASI ÖLÇÜLEN	%	FARK %
FVC	3.40	1.66	49	1.97	58	19
FEV ₁	2.95	1.17	40	1.53	52	30
FEV ₁ / FVC	87	71	-16	77	-10	7
PEF	381	175	46	238	62	36

YORUM, ÖNERİ ve İZLEM

Hastada gerçekten "Bronş astması ve perrenial rinosinüzit" vardı. Deri testinde çimen poleni duyarlılığı saptanması atopik yapıyı göstermesi dışında hiç bir önem taşıyordu. Çünkü çimen poleni ülkemizde ilkbahardan sonbahara kadar atmosferde bulunmasına ve duyarlı kişileri etkileyebilmesine rağmen, hastanın öyküsü dikkatli olarak tekrar incelendiğinde; yakınmaların sonbaharda başladığı ve kışın da aynı şiddette sürdüğü ve daha sonra da aynen devam ettiği öğrenilmiştir. Halbuki hastada klinik olarak **çimen poleni allerjisi** olsa, astmasının belki sadece ilkbahar ve yazın ortalama 4 ay kadar bir süre mevsimsel rinokonjonktivitle birlikte olması veya sürekli olan hastalık şiddetinin bu aylarda artması beklenirdi. Öykü bunlara uymamaktadır. Hem bu nedenlerle, hem astmasının orta/ağır derecede olması ve hem de hastanın yarar görmemesi nedeniyle aşı tedavisi kesildi. Hastaya test yaparak aşı başlayan meslekdaşımız ne yazık ki, ne göğüs ne de allerji hastalıkları uzmanıydı.

Hastaya 10 günlük kısa oral steroid kürü başlandı. Yapılan kontrolde hastanın hem MDI ilacı ve hem de spacer'ı yanlış kullandığı görülerek, doğrusu öğretildi. Hasta MDI preparatları direk olarak, olması gereken biçimde kullanır hale geldi. Daha önceden bir çok kez kullandığı ve pek yararlanamadığı salbutamol'u usulüne uygun olarak kullandığında kendisini hemen rahatlatması bir anlamda moral takviyesi oldu. Nazal FDP sprey 2 puf/sabah, BDP MDI 2x3 puf/gün ve gerektiğinde 1 ya da 2 puf kullanmak üzere MDI salbutamol önerildi. Ayrıca hastaya kilo vermesinin önemi anlatıldı.

Hasta 10 gün sonra kontrole geldiğinde durumu epeyce düzelmişti. Gece rahat uyuyordu ve wheezing'i kaybolmuştu. Günde bir kaç kez salbutamol'a ihtiyaç duyuyordu.

Üç ay sonraki kontrolde durumunun normale yaklaşması ve MDI bronkodi-latöre ayda 1-2 kez ihtiyacı olması üzerine BDP 2x2 puf/gün dozuna inildi. Burnu eskiye göre daha iyiydi ve postnazal akıntısı azalmıştı. Hasta halen kliniğimizde bu tedavi ile izlenmektedir. Son kontrolde durumunun iyi olması üzerine, BDP'ı sadece sabah kullanmak üzere 3 puf'a inildi. Ancak daha sonra bizi telefonla arayarak yakınmalarının tekrar ortaya çıktığını bildirmesi üzerine, BDP'ın dozu tekrar 2x2 puf/gün'e çıktı.

KAYNAKLAR

1. Janson C, Gislason T, Boman G, Hetta J & Roos BE. Sleep disturbances in patients with asthma. *Respir Med* 1990; 84: 37-42.
2. Martin RJ. Circadian rhythms, nocturnal asthma and management. *Ann Allergy* 1992; 69: 264-272.
3. Barnes PJ. Current therapies for asthma. Promise and limitations. *Chest* 1997; 111: 17s-26s.

30 yaşında bekar sekreter hanım. Doğum yeri Erzincan/Refahiye, 27 yıldır Ankara'da yaşıyor. Hiç sigara içmemiş ve evde hayvan beslemiyor.

Sorun: Nezle ve nefes darlığı

Öyküsü: Son beş yıldır Nisan-Haziran ayları arasında yaklaşık üç ay süreli rinokonjunktivit yakınması ortaya çıkıyor ve daha sonra kendiliğinden düzeliyor-muş. Son bir yıldır sürekli olarak hafif hafif başlayıp, giderek artan şiddette nefes darlığı hissediyordu. Nefes darlığı ilkbahardaki nezle döneminde artış göstermişti. Kokulara karşı giderek artma gösteren bir duyarlılığı vardı. Başta sigara, parfüm, makyaj malzemeleri, deterjanlar olmak üzere tüm keskin kokulu maddelerle temasta, soğuk su içerken ve efor ile nefes darlığı, retrosternal yanma/tıkanma hissi duyuyordu. Üst düzeyde bir kişinin sekreterliğini yapıyor, güzel giyinmesini ve makyaj yapmasını seviyordu. Ancak bazı kokulu makyaj malzemeleri ve özellikle önceden çok sevdiği Channel No:5 gibi bazı parfümleri kullanamamak hastayı üzüyordu. Hiç hırıltılı solunumu ya da öksürüğü olmamıştı. Adet öncesi dönemde nefes darlığında artma oluyormuş. Gece genelde rahat uyuyordu. Bir kaç kez yediği hamburger sonrasında da nefes darlığının ortaya çıktığını farketmişti.

Yedi ay önce nefes darlığı yakınması nisbeten daha azken başvurduğu bir Göğüs Hastalıkları Kliniğinde deri testi yapılmış ve 50 maddeden 23'üne karşı allerjik bulunmuş. Kendisine bir ay süreyle pefmetre izlemi yaptırılmış ve sonuçta sadece allerjik nezlesi olduğu söylenerek bahar aylarında kullanmak üzere antihistaminik tablet ve FDP nasal sprey önerilmiş. Hasta halen iki aydır mevsimsel rino-konjunktivit dönemine girmiş, bu ilaçları kullanmaya başlamış ancak bir ay önce burnunda yanmaya yol açtığı için nazal steroidi kesmişti. Yani halen yalnızca anti-histaminik tablet almaktaydı.

Çocukluğunda zatürre geçirmiş, 11 yıl önce henüz çalışmaya başlamadığı, evdeki işleri yaptığı ve bulaşıkları yıkadığı dönemde ellerinde egzaması varmış. Deterjan allerjisi denmiş, iki yıl sürmüştü ve memur olarak çalışmaya başladıktan sonra da düzelmış. Çünkü artık ev işlerini yapmıyormuş. Altı yıl önce Baktrim kullandığında deri döküntüleri olmuş. Çocukluğundan beri her yumurta yediğinde ürtiker oluyor. Annesi de nefesinin tıkanırdığı gerekçesiyle evde sigara içirmez ve deodorant kullanırdırmazmış.

Fizik muayenede genel durumu iyi, bilinci açık, koopere ve vital bulgular stabildi. Nazal mukozaları ödemli, pasajda bol su gibi sekresyon vardı ve konjonktivaları hiperemikti. Normal solunum sesleri oskültte edildi. Hastanın elinde bulunan bir kaç ay önceki PA akciğer grafisi, tam kan sayımı ve biokimya tetkikleri normaldi. Yedi ay önceki pefmetre takibi (bir aylık süreyle yapılan) tekrar incelendiğinde, astma ile uyumlu olduğu görüldü. Aynı dönemdeki solunum fonksiyon testi sonucu normal olarak değerlendirilmişti.

Hastanın halen olan dinamik solunum fonksiyon testi sonucu ise; yine normal sınırlardaydı. Yapılan deri testlerinde ise yabancı çalı ve çimen polenlerine karşı duyarlılık olduğu görüldü.

	BEKLENEN	ÖLÇÜLEN	%
FEV ₁	2.99	2.56	86
FVC	3.44	2.84	83
FEV ₁ /FVC	84	90	107
PEF	3.81	3.55	93
MMEF	3.93	3.28	83
MEF _{%25}	2.06	1.84	89
MEF _{%50}	4.35	2.88	66
MEF _{%75}	6.02	3.68	61

ÖNERİ, YORUM ve İZLEM

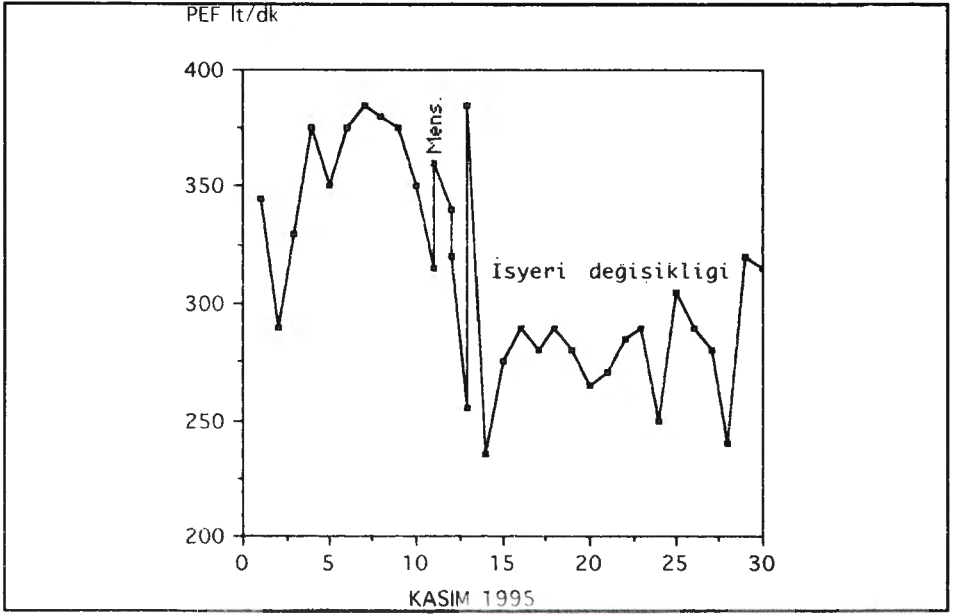
Hasta çocukluğunda pnömoni, genç kızlığında egzama geçirmiş ve halen de mevsimsel allerjik rinit ile bronş astması bulunmaktadır. Annesinde de öyküden

anlaşıldığı kadarıyla en azından bronş hiperreaktivitesi vardır. Pefmetre takibi teşhiste önemli olup astma ile uyumludur. Enteresan olarak hasta; klasik koku, efor ve soğuk teması dışında hamburger yeme ile de atağa girmektedir. Yapılan araştırmalarla astmalıların yaklaşık üçte birinin, bazı gıdalarla bu tür tecrübeler yaşadıkları anlaşılmıştır. **Gıda duyarlılığı** olanların küçük bir bölümünde gıda allerjisi veya boya/katkı maddesi intoleransı gösterilirken, çoğunluğunda objektif bir açıklama bulunamamaktadır. Gıdayla ilgili bir diğer sorun da, çocukluğundan beri her yumurta yediğinde ürtiker olmasıdır. Hastaya tedavi olarak nasal Bud sprey 2x2 puf/gün, oftalmik Na kromoglikat damla (sadece polen döneminde), Bud MDI 2X2 puf/gün ve terbutalin MDI PRN başlandı.

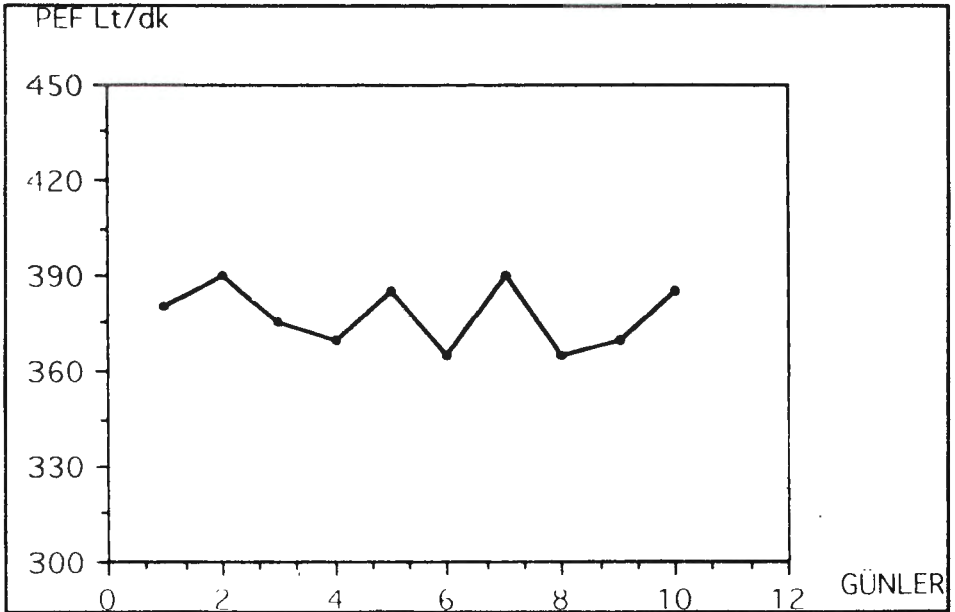
Hasta iki ay sonra kontrole geldiğinde polen dönemi geçmiş ve nazal steroid ile göz damlasını kesmişti. MDI Bud'e devam ediyordu ve nefes darlığı belirgin olarak azalmıştı. Terbutalin MDI'a son bir ayda 8-10 kez ihtiyaç duymuştu. MDI steroid'e devam önerildi. Bu yılki polen dönemi hastanın değerlendirmesine göre iyi geçmişti.

Üç ay sonraki kontrolde daha da iyiydi ve MDI bronkodilatör'e ihtiyacı ayda 2-3 kez'e düşmüştü. Kokulan daha iyi tolere ediyordu ve eforu normale dönmüştü. Çalıştığı yerde sigara içilmesi hala en büyük sorunuydu. Ayrıca kendisi ile evlenmek isteyen bir damat adayı vardı ama o da sigara içen bir kişiydi.

	BEKLENEN	ÖLÇÜLEN	%
FEV ₁	2.94	2.66	91
FVC	3.41	2.81	83
FEV ₁ /FVC	86	94	108
PEF	381	462	121



Grafik 7: Kasım 1995'deki bir aylık PEF izlemi.



Grafik 8: Üç aylık tedavi sonrasında PEF izlemi.



KAYNAKLAR

1. Uwyed K, Springer C, Avital A, Bar-Yishay E & Godfrey S. Home recording of PEF in young asthmatics: does it contribute to management. *Eur Respir J* 1996; 9: 872-879.
2. Woods RK, Weiner J, Abramson M, Thien F & Walters E. Patients perceptions of food-induced asthma. *Aust NZ J Med* 1996; 26: 504-512.

27

Dili Şişen Emekli Terzi

62 yaşında erkek, Bağ-Kur'dan emekli terzi. Doğum yeri Aksaray, 30 yıldır Ankara'da yaşıyor. Evli ve 5 çocuklu.

Sorun: Dilinde şişlik ve nefes darlığı

Öyküsü: Bir Ağustos 1993 saat 15.15'te Hacettepe Tıp Fakültesi Büyük Acil Servisi'ne yukandaki yakınmalarla başvuran hasta dilinin şişliği nedeniyle konuşamadığından, kızından alınan öyküsünde, son bir aydır sık sık bu durumun



tekrarladığı öğrenilmiş. Gerçekten de dili bütünüyle ödemli, ağzından taşmış ve nefes alıp vermesi nisbeten zor görünümdeymiş. Hastanın kan basıncı 140/80 mmHg, nabızı ise 72/dk ve aritmik bulunmuş. Oskültasyonda solunum sesleri normal iken, kalbin aritmik olduğu anlaşılacak şekilde çekilen elektrokardiografide sık ventriküler ve supraventriküler ekstrasistollerin olduğu görülmüş. Kan gazları respiratuar alkaloz ile uyumlu olarak değerlendirilen hastaya hemen antihistaminik, lido-kain ve 100 mg prednizolon verilmiş. Hastanın bu esnada bakılan tam kan sayımı ve biokimya değerleri normal sınırlar içindeymiş. Acil serviste dahiliye, deri hastalıkları ve kulak burun boğaz bölümlerince de görülen hasta, yaklaşık 8 saatlik bir izlem sonunda dilindeki ödemin belirgin azalması ve kardiak ritmin normale dönmesi sonucu kendi isteği ile taburcu edilmiş.

Hasta bu tarihten yaklaşık iki ay sonra; kuru öksürük ve dilde tekrarlayan ödem yakınmalarıyla polikliniğimize başvurdu. Hasta son iki ayda dört kez aynı nedenle çeşitli hastanelerin acil servislerine başvurmuştu. Dili şişmeye başladığında tüm vücudunda kaşıntı da hissediyordu. Son bir aydır her böyle bir durum hissettiğinde cebinde taşımaya başladığı antihistaminik'ten (Tavegil) bir adet alıyordu, son bir ayda iki kutu antihistaminik bitirmişti. Yaklaşık son üç aydır çok sık öksürmeye başlamıştı. Haftada en az 2 gece bu nedenle uykudan uyanıyordu. Hiç sigara içmeyen hasta, balgam çıkarabilse rahatlayacağını düşünüyor ve zamanında sigara içmediğine hayıflanıyordu. 15 yıldır koroner arter hastalığı vardı, dijitalizeydi, ayrıca Ca kanal blokleri, antiagregan tablet ve diüretik alıyordu. Yaklaşık üç ay önce son kontrole gittiğinde kendisine ayrıca enalapril başlanmıştı.

Hasta sırf bu dil şişmesi için bir çok doktora başvurmuş, ancak çare bulunamamış. İki hafta önce İstanbul'da gittiği bir özel doktor kendisine deri testleri yaparak polen allerjisi olduğunu söylemiş ve aşı önermiş. Tahsili orta ikiden terk olan hasta dahi bu öneriyi pek mantıklı bulmayarak kabul etmemiş. Hastanın orada bakılan total IgE düzeyi 91 IU/ml imiş.

Hastanın fizik muayenesinde anormallik saptanmadı. Solunum fonksiyon testleri normaldi ve deri testlerinde hiç bir allerjene duyarlılık yoktu. PA akciğer grafisinde aort topuzunda belirginlik ve kardiomegali dışında patoloji görülmedi.

YORUM, ÖNERİ ve İZLEM

Hastanın tüm yakınmaları son aylarda kullandığı bir **anjiotensin konverting enzim inhibitörü (ACEİ)** olan enalapril'in yan etkilerine bağlıydı. ACEİ ilaç-

lar son yıllarda giderek artan bir sıklıkta hipertansiyon, kalp yetmezliği olan ve diabetik hastalara verilmektedir. Bu ilaçları kullananların %5-20'sinde öksürük, ilaca başladıktan bir hafta ila 6 ay içinde ortaya çıkmakta ve ilaç kesilirse 1-4 gün içinde kaybolmaktadır. Öksürük ACEİ ilacın dozuna bağlı olmayıp, alışılmış öksürük tedavilerine de yanıt vermez, mutlaka ACEİ ilacın kesilmesi gerekmektedir. Bu durum hanım hastalarda daha sık görülmektedir.

Olayın mekanizması tam olarak bilinmemekle birlikte, muhtemelen öksürük reseptörlerinin uyarılma eşiği düşürülerek kuru ve irritatif bir öksürüğe yol açılmaktadır.

Ayrıca daha ender olmak üzere özellikle dil, yüz, ağzıçi, dudaklar ve boğazda (ve bütün gastrointestinal kanalda) **rekürren anjionörotik ödem ve ürtiker** yaratabilirler. Ani oluşan üst hava yolu obstrüksiyonu çok ender olarak ölüme dahi sebebiyet verebilir. Anjionörotik ödem genellikle ilacın alınmasından hemen sonra saatler içinde ortaya çıkabildiği gibi aylar sonra da görülebilmekte ve oluş mekanizması net olarak bilinmemektedir. Pankreatik kanaldaki anjionörotik ödem sonucu vaka raporu olarak akut ve fulminan pankreatit de bildirilmiştir.

Hastanın kullandığı bu ilaç kesildi. Ödem hemen, öksürük ise bir kaç gün içinde kayboldu. Dört ay sonra kontrole gelen hasta eski yakınmaları yönünden tamamen normale dönmüştü.

KAYNAKLAR

1. Committee on Safety of Medicines. Angio-oedema and urticaria associated with angiotensin converting enzyme inhibitors. *BMJ* 1987; 294: 91.
2. Israili ZH & Hall WD. Cough and angioneurotic edema associated with Angiotensin-converting enzyme inhibitor therapy. A review of the literature and pathophysiology. *Ann Intern Med* 1992; 117: 234-42.
3. Standridge JB. Fulminant pancreatitis associated with Lisinopril therapy. *Southern Med J* 1994; 87: 179-181.
4. Goodfriend TL, Elliot ME & Catt KJ. Angiotensin receptors and their antagonists. *N Engl J Med* 1996; 334: 1649-1650.
5. Eberhart GY, Amudson DE & Lin FL. Angioedema associated with angiotensin-converting enzyme inhibitors. *Ann Allergy Asthma Immunol* 1997; 78: 80.



34 yaşında öğretmen hanım, evli ve iki çocuklu. Doğma büyüme Mersin'li. Hiç sigara içmemiş ve evinde hayvan beslemiyor.

Sorun: Sürekli nezle ve nefes darlığı

Öyküsü: Yaklaşık 11 yıldır sürekli olarak devam eden nezle, hapşırık ve burun tıkanıklığı özellikle sabahları 1-2 saat çok rahatsız edici düzeyde oluyormuş. Son bir yıldır sürekli olarak nefes darlığı, hırıltılı solunum, kuru öksürük, aşırı terleme ve sırt ağrısından yakınıyordu. Geceleri genelde rahat uyuyordu.

Son bir yıldır sürekli hasta olması nedeniyle hem eşi ve hem de işi ile olan ilişkileri sorunluydu. Bu nedenle eşi ile ciddi boyuta sürtüşmesi oluyormuş. Üç ay önce kendisine verilen ketotifen tablet'i ve salbutamol MDI'i kullanıyor ancak hiç yarar görmüyordu.

Çocukluğunda da sık sık nezle olurmuş. Babası saman nezlesi, kızkardeşi perrenial rinit ve oğlu bronş astması. Çocukları 11 ve 8 yaşlarında olup, her iki gebeliğinde de sürekli öksürmüş ve burnu hep tıkalıymış. Bu yakınmaları doğumdan sonraki dönemlerde düzeliyormuş. Hiç astma atağı geçirmemiş.

Fizik muayenede nazal mukozalar ödemli ve soluk renkli görünümdeydi. Diğer sistem muayenelerinde anormallik saptanmadı. PA akciğer ve Waters grafisinde anormallik yoktu. Spirometrik solunum fonksiyon testleri normaldi. Uzun etkili antihistaminik kullandığından deri testleri yapılmadı. Total IgE düzeyi 45 kU/L idi.

ÖNERİ, YORUM VE İZLEM

Hasta "perrenial rinit ve bronş astması" kabul edilerek; nazal Bud sprey 2x2 puf/gün, Bud MDI 2x2 puf/gün ve MDI terbutalin PRN olarak başlandı. Daha önceden salbutamol MDI'dan yarar görmemesinin nedeni inhaler ilacı yanlış

	BEKLENEN	ÖLÇÜLEN	%
FEV ₁	3.30	4.19	127
FVC	2.86	3.18	111
FEV ₁ /FVC	87	76	-11
PEF	399	527	132

kullanmasıydı, öğretildi. Ancak hasta yine de salbutamol'u istemediği için eşit etkili bir diğer beta mimetik olan terbutalin'e geçildi. Antihistaminik kullanmanın tedavi-
de belirgin bir yararı olmadığı için kullandığı ketotifen kesildi.

İLK KONTROL (3 ay sonra)

Hastanın riniti tamamen kontrol altına girmişti. Astması için verilen MDI steroidi düzenli kullanmamış ama buna karşın günde bir kaç kez terbutalin kullanıyordu. İlaçları ilk muayenede verildiği düzende kullanması önerildi. Sağlığı eskiye göre düzelmeye gösteren hastanın en azından eşi ile arası düzelmmişti. Yapılan deri testlerinde hiç bir allerjene duyarlılık saptanmadı.

İKİNCİ KONTROL (3 ay sonra)

Hastanın tüm yakınmaları kontrol altına girmişti ve MDI β_2 mimetik'e çok seyrek ihtiyaç duyuyordu. Aynı ilaçlara devam önerildi.

ÜÇÜNCÜ KONTROL (6 ay sonra)

Durumu iyi idi. Seyrek olan öksürük ve azalarak devam eden sırt ağrısı dışında yakınması yoktu. MDI steroidi aksattığında hemen yakınmaları ortaya çıkma eğilimi gösteriyordu. β_2 mimetik MDI'a çok seyrek ihtiyaç duyuyordu. Aynı ilaçlara devam etmesi önerildi. Grip olduğu zaman aldığı **dekonjestan tabletlerin** kendisini öksürttüğünü keşfetmişti.

Hasta bu kontrolden itibaren 2 yıldır yaklaşık 6 ayda bir kontrole gelmektedir, hastalığı tamamen kontrol altındadır. Son bir yıldır nazal steroidi kesildi, riniti düzeldi ama MDI Budesonid'i kullanmaya devam etmektedir.

42 yaşında evli çocuksuz, tütün işçisi hanım. Doğduğu ve büyüdüğü yer Samsun.

Sorun : Kontrolde bronş astması

Öyküsü: Yaklaşık 18 yıldır bronş astması olan hasta son 10 yıldır kliniğimizde izlenmektedir. İlk 8 yıl Karadeniz'de bir çok şehirde doktorları dolaşmış ve İstanbul'da bir merkezde 4.5 yıl immünoterapi olmuş ancak tüm bu tedavilerden belirgin yarar görmeyerek kliniğimize başvurmuştu. Hastanın astması yıllar içinde belirgin azalma eğilimi göstermişti ve halen eski yıllara göre epeyce iyi olduğunu söylüyordu. Genelde eforu düz yolda iyi, ancak yokuş ve merdiven çıkarken dinlenme ihtiyacı oluyordu. Önceki yıllarda işyerindeki tozlu ortamda çok rahatsız olurken, bu durum son bir kaç yıldır azalmıştı. Sadece üst solunum yolu infeksiyonunu geçirdiğinde geceleri uyanıyor, diğer dönemlerde gece rahat uyuyordu. Babaannesi ve annesi astmalıymış.

Hasta son dört yıldır düzenli olarak BDP MDI 2x2 puf/gün, teofilin 1x300 mg tablet ve salbutamol MDI PRN (ayda bir kaç kez olmak üzere) kullanıyordu.

Hastanın fizik muayenesi normal sınırlar içerisindeydi. PA akciğer grafisi normal olarak değerlendirildi. Spirometrik incelemede hafif obstrüktif tipte fonksiyon bozukluğu vardı. Hastaya aynı ilaçları kullanması önerilerek, kontrole çağrıldı.

	BEKLENEN	ÖLÇÜLEN	%
FEV ₁	2.58	1.90	74
FVC	3.00	2.68	89
FEV ₁ /FVC	86	71	-15
PEF	378	324	86

Hastanın dosyası incelendiğinde; 10 yıl önceki ilk başvuru esnasında nefes darlığının çok önemli bir sorun olduğu, düz yolda ancak 100-200 m yürüyebildiği ve her gece nokturnal astmasının olduğu görüldü. Hasta o dönemde ketotifen tablet 2x1/gün, teofilin tablet 3x1/gün, salbutamol tablet 3x1/gün, salbutamol MDI (her gün en az 10 kez) kullanıyor ve sık sık intravenöz aminofilin injeksiyon yaptırıyor. Fizik muayenede göğüste yaygın ronküsler oskulte edilen hastanın bronkodilatasyon testi pozitif olarak değerlendirilmiş.

	BEKLENEN	BRONKODİLATASYON ÖNCESİ	SONRASI	FARK %
FVC	2.70±0.4	0.856	0.963	12
FEV ₁	2.90±0.4	1.60	1.81	13
FEV ₁ / FVC	84±5	53	53	—

Hastaya o dönemde ülkemizde bulunan yegane inhaler steroid olan BDP MDI(50 mcg/puf) 4x2 puf/gün ve teofilin 2x300 mg tablet/gün başlanarak, aldığı ketotifen kesilmiş. Salbutamol sadece MDI olarak ve 4x2 puf/gün düzeninde önerilmiş. Hasta bu tarihten 3 ay sonra kontrole geldiğinde durumunda belirgin bir iyileşme saptanmış. Eforu ve gece uykusu düzelen hastaya aynı ilaçlara devam önerilmiş.

Yılda 2-3 kez kontrole gelen ve durumu eskiye kıyasla nisbeten stabilize olan hastanın her kontrolünde ronküsleri muhakkak oskulte ediliyormuş. İki yıl sonraki spirometrik incelemede;

FEV₁ 1.28

FVC 1.92

FEV₁/FVC %66 imiş. Aynı değerler bir yıl sonrasında;

FEV₁ 1.82

FVC 2.28

FEV₁/FVC %80'e yükselmiş. Bu dönemde hastanın kullandığı

BDP 3x2 puf/gün'e, teofilin tablet günde bir'e ve salbutamol MDI sadece lüzumu halinde kullanma durumuna inilmiş. Teofilin bir ara bırakılmak istenmişse de, hasta

bunu kestiğinde kötüleştiği için hemen tekrar başlamış. Hasta belki de teofilin'in sadece bronkodilatör değil bir miktar olan antiinflamatuvar etkisinden de yararlanıyordu.

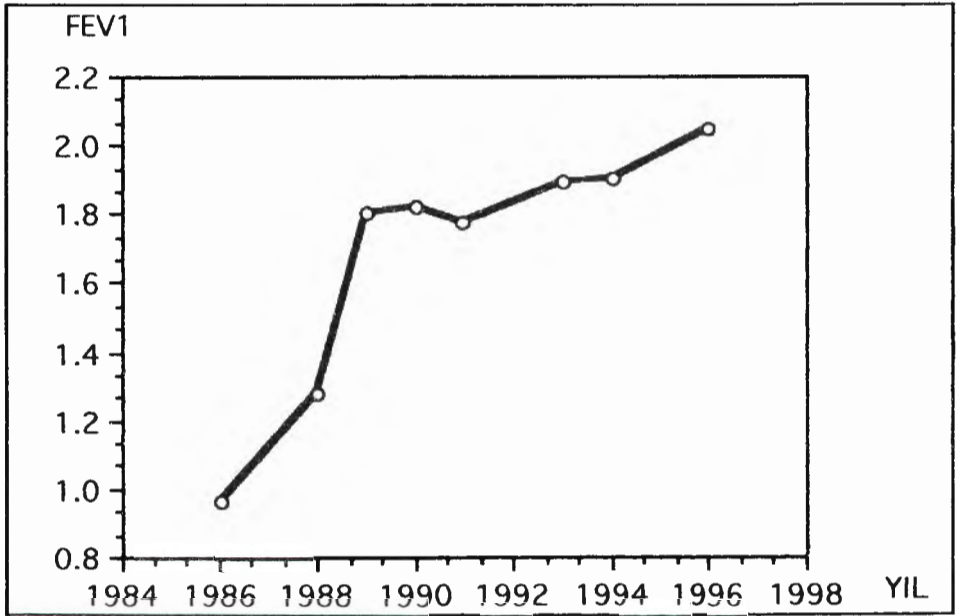
Durumunun giderek düzelmesine memnun olan hasta bir süre sonra kullandığı BDP'ı kesmiş. Ancak bu tarihten dört ay sonraki kontrolde yakınmalarında eskiye dönme eğilimi gözlenerek, hastaya bu kez o dönemde ülkemizde yeni kullanıma giren BDP (250 mcg/puf) 2x2 puf/gün başlanmış. Bu esnadaki spirometrik incelemede solunum fonksiyonlarının bir önceki incelemeye göre obstrüktif olduğu bulunmuş.

FEV ₁	1.78
FVC	2.76
FEV ₁ /FVC	%64
PEF	204 lt/dk (normalin %54'ü)

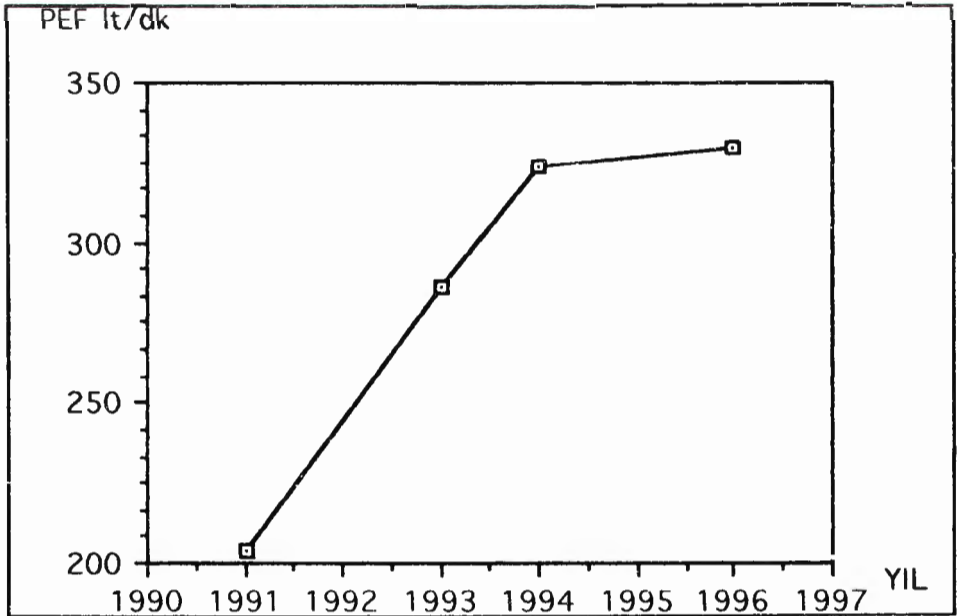
Hasta halen kliniğimizde son dört yıldır BDP 2x2 puf/gün, teofilin 300 mg 1x1 tablet/gün ve salbutamol MDI PRN (ayda bir kaç kez olmak üzere) kullanılarak izlenmektedir. Geçen yıl geçirdiği muhtemel bir atipik pnömoni esnasında bu ilaçlara 6 hafta kadar formoterol MDI 2x1 puf eklendi ve daha sonra durumun eskiye dönmesi üzerine kesildi. Kendisine o dönemde 10 gün doxsisiklin verildi.

KAYNAKLAR

1. Kesten S, Chapman KR, Broder I ve ark. Sustained improvement in asthma with long-term use of formoterol fumarate. *Ann Allergy* 1992;69: 415-416.
2. Wong JB, Dolowich E, Ramsale H ve ark. Formoterol compared with beclomethasone and placebo on allergen-induced asthmatic responses. *Am Rev Respir Dis* 1992; 146: 1156-1160.
3. Jenne JW. What role theophylline? *Thorax* 1994; 49: 97-100.
4. Page CP. Theophylline as an anti-inflammatory agent. *Eur Respir rev* 1996; 6: 74-78
5. Pauwels R. The position of theophylline in therapeutic guidelines of asthma. *Eur Respir rev* 1996; 6: 93-94.



Grafik 9: Hastanın yıllar içindeki FEV₁ izlemi



Grafik 10: Hastanın yıllar içindeki PEF izlemi.

30

Astma Yaşlılarda da Remisyona Girer

62 yaşında 3 çocuklu okuryazar evhanımı. Doğum yeri Gümüşhane, 37 yıldır Ankara'da oturuyor.

Sorun: 20 yıldır devam eden bronş astması

Öyküsü: Son bir aydır, yıllardan beri varolan nefes darlığı, hırıltılı solunum ve öksürük krizleri çok artmış. Son iki haftadır geceleri oturur durumda uyumaya çalışıyordu. Balgam çıkarabilse rahatlayacağını zannediyor ama çıkaramıyormuş. İki gün önce bu nedenle acil servise başvurmuş, intravenöz ilaç ve serum takılarak tedavi edilmiş. Son yıllarda düzenli olarak teofilin 300 mg tablet 2x1/gün ve günde 15-20 kez salbutamol MDI kullanıyor ancak bu ilaçlardan pek de yarar görmüyormuş. Önceden başka bir merkezde yapılan deri testleri negatif bulununca hastalığının allerjik olmadığı söylenmiş (buradaki total IgE düzeyi 15 kU/l olarak ölçülmüş). Hipertansiyonu için diüretik alıyordu. Bir başka yakınması da çok sık tekrarlayan kramplar. Özellikle geceleri uykudan bu nedenle uyanabiliyor. Gençlik yıllarında 8-10 yıl günde yarım paket sigara kullanmış. Ancak astması ortaya çıktıktan sonra evde içilmesine izin vermiyormuş. Dört kardeşi de astmalı.

Fizik muayenede genel durumu iyi, bilinci açık ve koopere idi. Hastanın wheezing'i vardı ve yaygın ronkuslar oskulte edildi. Hasta koopere olamadığından spirometrik testler yapılamadı. Akciğer grafisinde yaygın havalanma artışı ve aort topuzunda belirginlik dikkati çekiyordu. Balgam yaymasında eozinofil hücre hakimiyeti dışında özellik yoktu.

Hastanın yapılan kontrolde MDI ilacı doğru olarak kullanamadığı görüldü ve kendisine spacer ile kullanması öğretilerek; BDP MDI 2x3 puf, teofilin 300 mg tablet 2x1/gün ve salbutamol MDI PRN olarak önerildi.

İLK KONTROL (Bir ay sonra)

Hastanın tüm yakınmaları azalmış, gece uykusu düzelmiş ve krampları kaybolmuştu. Artık eskisi gibi öksürmüyor, günde 1-2 kez bronkodilatör'e ihtiyaç duyuyor ama kullandığı zaman da rahatlıyordu. Oskültasyonla ronkusalın devam ettiği duyuldu. Ama bu sefer gerçekleştirilebilen spirometrik ölçümler normal sınırdı. Hastanın teofilini kesildi ve diğer ilaçlara devamı önerildi.

	BEKLENEN	ÖLÇÜLEN	%
FEV ₁	2.01	2.08	103
FVC	2.41	2.48	103
FEV ₁ /FVC	84	84	—
PEF	337	355	105

2. KONTROL (6 ay sonra)

Hasta kendisini iyi hissettiğinden son iki aydır tüm ilaçlarını kesmişti. Arasına hırıltılı solunum ve retrosternal bir baskı hissetmekle birlikte salbutamol dahi kullanmamıştı. Artık gece uykusu tamamen normale dönmüş ve eforu yaşına göre düzelmışti. Fizik muayenesi tamamen normaldi. Hastaya gerektiğinde salbutamol'u kullanabileceği hatırlatıldı.

3. KONTROL (4 ay sonra)

Son iki aydır nefes darlığı nedeniyle BDP MDI'a 2x2 puf/gün dozda yeniden başlamış ama su ile ağız/boğaz temizliğini ihmal ettiğinden ağız içinde muhtemel **candida** infeksiyonu gelişmişti. Hareketi azaldığından kilo almaktan yakınıyordu. Hastada bilateral ronkusal osküle edildi. Gerçekten de ağızda beyaz candida plakları vardı. Kullandığı BDP'ye ara verildi, oral antifungal(mikostatin) damla önerildi (4x1 damlalık, bir hafta süreyle). Gerektiğinde salbutamol MDI kullanacaktı.

4. KONTROL (3 ay sonra)

Genel durum iyi, aktüel yakınması yok, BDP'ye devam ediyor, ayda bir kaç kez salbutamol kullanıyordu. İlaçlara devam etmesi ve konrole gelmesi önerildi.

Son gittiği Kardiolog hipertansiyon için kullandığı ilacı Ca kanal blokerine çevirmişti.

5. KONTROL (7 ay sonra)

Hasta kendini iyi hissedince 4 ay önce ilaçlarını tekrar kesmişti. Nefes darlığı sadece ağır eforla veya ağır kokular ile temasta ortaya çıkıyor ve hemen kendiliğinden düzeliyordu. Zaman zaman hırıltılı solunum da hissediyormuş. Gece rahat uyuyordu. Muayenede hastanın solunum sesleri normal bulundu ve spirometrik inceleme normal sınırlardaydı.

Hasta bu tarihten itibaren 3 yıldır polikliniğimizde izlenmektedir ve ilaç kullanmayı gerektirecek boyutta yakınması olmamıştır. Halen dejeneratif osteoartrit ile uğraşmaktadır. Yani hastanın yıllar süren astması bir yılı aşkın bir sürelik anti-inflamatuar tedavi ile bir anlamda remisyona girmiştir.



KAYNAKLAR

1. Burrows B, Barbee RA, Cline MG ve ark. Characteristics of asthma among elderly adults in a sample of the general population. *Chest* 1991; 100: 935-942.
2. Bauer BA, Reed CE, Yunginger JW ve ark. Incidence and outcomes of asthma in the elderly. *Chest* 1997; 111: 303-310.
3. Panhuysen CIM, Vonk JM, Koëter GH ve ark. Adult patients may outgrow their asthma. A 25-year follow-up study. *Am J Respir Crit Care Med* 1997; 155: 1267-1272.

39 yaşında evli iki çocuklu, devlet memuru hanım. Doğma büyüme Ankara'lı.

Sorun: Nefes darlığı ve sürekli sinüzit

Öyküsü: Adalet hanım son iki yıldır ortaya çıkan ve şiddeti giderek artan nefes darlığı, hırıltılı solunum, öksürük ve son bir yıldır yılboyu nezle olmaktan yakınıyordu. Aslında yıllardır postnazal akıntısı vardı ve bu nedenle gittiği bir çok KBB uzmanı sinüzit teşhisiyle defalarca antibiotik tedavisi vermişti ama sorunu bir türlü çözülmemişti. Bir yıldır koku ve tad alamıyordu. Son iki aydır her gece nokturnal astması oluyordu ve bu sürede en az 10 kez acil servislere astma atağı nedeniyle başvurmak zorunda kalmıştı.

Nefes darlığı ortaya çıkana kadar 18 yıl günde bir paket sigara içmişti. Halen sigara dahil tüm yoğun kokular, efor, soğuk teması, gülme ve üzülmeyle nefesinde tıkanma hissediyordu. Kolalı içecekler, kuru fasulye ve bulgur pilavı yediğinde de aynı durum oluyormuş, bu nedenle bunları dietinden çıkarmıştı. Adet öncesinde iki gün nefes darlığı belirgin şekilde artıyordu. Evde son iki yıldır papağan vardı ama bununla temasın, yakınmasını etkilemediğini belirtti. Aspirin ve Novalgine kullandığı iki kez acil servise başvuracak kadar nefes darlığı, hırıltılı solunum ve öksürük atağına girmişti. Parasetamol içeren analjezikleri sorunsuz kullanabiliyordu. İşyerinde çok sigara içiliyor ve tabii ki çok rahatsız oluyordu. Maddi ihtiyacı olmasa hemen işini bırakacaktı.

Ailesinde astmalı yokmuş. İki ay önce başvurduğu bir klinikte deri testleri yapılmış ve kendisine allerjik olmadığı söylenmiş. Burada ev tozu akarları için RAST yöntemiyle istenen spesifik IgE değerleri negatif bulunmuş (Dermatop-hagoides pteronyssinus ve D.farinae için). Kendisine buradan önerilen "BDP+ salbutamol kombine" inhaler ve Pirasmin tablet'i (efedrin+teofilin+barbitürik asit) lüzumu halinde kullanıyordu.

Fizik muayenede genel durum iyi, bilinci açık, koopere ve vital bulgular stabildi. Wheezing'i vardı. Her iki nazal kavitede mukozalar ödemli ve bilateral nazal pasaj dardı. Postnazal seröz akıntı ve yaygın ronküsler saptandı. PA akciğer grafisi normaldi. Waters grafide her iki maksiller sinüste aerasyon, mukozal kalınlaşmaya bağlı azalmıştı ve frontal sinüsler izlenemiyordu (muhtemel aplazi). Anamnez yeterli görüldüğünden, deri prick testi tekrarlanmadı. Bronkodilatasyon testi pozitif olarak değerlendirildi.

ÖNERİ ve YORUM

Hastada; bronş astması, perrenial rinosinüzit ve analjezik intoleransının birlikte olmasından dolayı "**Samter sendromu**" düşünüldü. Bu sendroma nazal polip de zaman içinde eşlik edebilmektedir. Hastada ayrıca "**premenstrüel astma**" ve muhtemelen **gıda** katkı maddelerine karşı duyarlılık da mevcuttu (kolalı içeceklerle atağa girdiği için). Premenstrüel astma, hastalığı kontrol altına alınmamış fertil dönemdeki hanımların yaklaşık üçte birinde görülen bir durumdur ve anti-inflamatuar tedavi ile kaybolur. İzole olarak sadece o dönemde astma krizi ile acil servislere başvuran hastalar da vardır ama çok nadirdir ve bunların tedavileri nisbeten daha zordur.

	BEKLENEN	BRONKODİLATASYON			
		ÖNCESİ	%	SONRASI	%
FEV ₁	2.86	1.73	60	1.78	62
FVC	3.32	2.11	64	2.45	74
FEV ₁ /FVC	86	82	-5	73	-14
PEF	401	204	51	264	66
FEF _{25%}	5.87	3.36	57	3.82	65
FEF _{50%}	4.18	2.12	51	1.68	40
FEF _{75%}	1.85	0.81	44	0.54	29
FEF _{75-85%}	1.11	0.73	66	0.40	36
FEF _{25-75%}	3.63	1.79	49	1.39	38

Hasta MDI tipi ilaçları, öğretilmeye çalışılmasına rağmen bir türlü kullanmadı. Bu nedenle kendisine kuru toz içeren diskhaller tipi ilaçlar verildi. Öncelikle son günlerde bozulan durumunu kontrol altına almak için kısa bir oral steroid kürü önerildi. Bunu, dispeptik yakınmaları da olduğundan profilaktik olarak aynı sürede H2 reseptör antagonisti bir ilaçla birlikte alacaktı. Düzenli olarak kullanmak üzere BDP diskhaller 2x3 puf/gün, nazal Bud sprey 2x2 puf/gün ve salbutamol diskhaller PRN olarak önerildi. İşyeri idaresine verilmek üzere "hastanın bulunduğu ortamda sigara içilmesinin sağlığı açısından sakıncalı olduğunu" bildirir bir rapor verildi.

İLK KONTROL (7 ay sonra)

Hasta bu dönemi çok rahat geçirmiş ve bu nedenle kontrolünü geciktirmişti. Yaklaşık bir hafta içinde durumu stabilleşmişti. Kendisini çok memnun eden bir diğer gelişme koku ve tad duyusunun geri gelmesiydi. Aylar içinde kullandığı ilaçları azaltmış (önceden kendisine önerildiği üzere), halen BDP ve nazal steroidi sadece 3'er puf olmak üzere sabahları kullanıyordu, üç aydır hiç bronkodilatör ihtiyacı olmamıştı. Gece rahat uyuyordu ve premenstrüel astması düzelmışti. Kolalı içecekler, aspirin ve sonu -jin ile biten analjeziklerden uzak duruyor, parasetamol kullanıyordu. Durumu düzeldiği için hastaya alternatif bir analjezik daha bulmak amacıyla "**Kodein**" testi önerildi. Oral provokasyon esasına dayalı bu test sorunsuz olarak tamamlandı. Hasta parasetamole ek olarak 10-20 mg'lık kodein kaşe'lerden de kullanabilecekti (her eczanede yaptırılabilir).

Bu durumda kliniğimizde iki yıl (6 kez kontrole gelen) izlenen hastanın birinci yıl sonunda postnazal akıntısı kesildi, kendi gayreti ile işyerindeki odası değişti, kendisi gibi sigara içmeyen (ve rahatsız olan) 3 memurla birlikte ayrı bir oda tahsis edildi. Kullandığı nazal steroidi 2 puf/gün'e inilebilmesine rağmen astması için kullandığı BDP'ı 3 puf/gün'den aşağı inemedi. Bronkodilatör ihtiyacı ayda bir-iki kez kadardı. Ancak kısa bir süre önce bir yakınından, hastamızın bir kaza sonucu kafa travması geçirdiğini ve 7 gün bir Üniversite Hastanesi yoğun bakımında kaldıktan sonra exitus olduğunu üzümlere öğrendik.

KAYNAKLAR

1. Settipane RA & Simon RA. Menstruel cycle and asthma. Ann Allergy 1989; 63: 373-380.
2. Zeitz HJ. Bronchial asthma, nasal polyps and aspirin sensitivity: Samter's Syndrome. Clin Chest Med 1988; 9: 567-576.
3. Herrera AM & deShazo RD. Sinusitis. Its association with asthma. Postgrad Med 1990; 87: 153-164.
4. Apter AJ, Mott AE, Cain WS, Spiro JD & Barwick MC. Olfactory loss and allergic rhinitis. J Allergy Clin Immunol 1992; 90: 674-680.
5. Sibbald B, Anderson HR & McGuigan S. Asthma and employment in adults. Thorax 1992; 47: 19-24.
6. Kısacık G, Karakoca Y, Demir AU, Fındık S, Kalyoncu AF, Şahin AA & Barış Yİ. Analgesic intolerance in Ankara (Kongre özeti). XVI.European Congress of Allergology and Clinical Immunology, Madrid-İspanya 1995. Allergy 1995; 50(suppl 26): 204.
7. Hodge L, Yan KY & Loblay RL. Assessment of food chemical intolerance in adult asthmatic subjects. Thorax 1996; 51: 805-809.

23 yaşında bekar öğretmen hanım. Doğma büyüme Adana'lı, Üniversiteyi Ankara'da okumuş ve halen iki aydır Giresun'da görevli. Hiç sigara içmemiş ve evde hayvan beslemiyor.

Sorun: Nefes darlığı, sürekli nezle ve ilaç allerjileri

Öyküsü: Yedi yıldır perrenial rinosinüziti ve dört yıldır bronş astması olan hastanın tüm yakınmaları Adana'da fazla iken Ankara'da okuduğu dönemde epeyce azalmış. Ancak tatillerde Adana'ya gittiğinde yine artış gösteriyormuş. Öğretmen olarak atandığı ilk görev yeri olan Giresun'da (iki aydır) tüm yakınmaları yeniden artış göstermiş. Nefes darlığı, sürekli hırıltılı solunum ve kuru gıcık tarzı öksürüğü vardı. Hemen her gece nokturnal astma nedeniyle en az bir kez uyanıyordu. Teofilin tablet 300 mg 2x1/gün, ayda ortalama 1-1.5 kutu salbutamol MDI ve öksürük şurupları kullanıyordu.

Dört yıl önce Adana'da bir yıl süreyle immünoterapi olmuş, pek yarar görmediği gibi injeksiyonlar sonrasında ortaya çıkan akut ürtiker ve anjionörotik ödem atakları kendisini epeyce rahatsız etmiş, bu nedenlerle aşı tedavisini bırakmış. Daha sonra Ankara'da okuduğu Üniversite'nin Mediko-Sosyal merkezi'nden kendisine önerilen nazal steroidle epeyce düzelmiş, arasıra burun kanaması olmakla birlikte halen bunu kullanmaya devam ediyordu. Annesi ve teyzesinin kızı astmalıydı.

Penisilin injeksiyonu, semisentetik penisilin tablet, aspirin, naproksen ve tenoksikam türü antibiyotik/nonsteroid antiinflatuar ilaçlarla akut generalize ürtiker ve anjioödem gelişiyormuş. İki yıl önce intravenöz pyelografi (IVP) çekilirken kontrast madde verildikten sonra başlayan başdönmesi ve halsizlik 24 saat sürmüştü. Bir yıl önce başağrısı nedeniyle istenen serebral BT esnasında anafilaktik reaksiyon geçirerek 7 gün hospitalize edilmiş.

Fizik muayenesinde nazal mukozalar ödemliydi, postnazal akıntı vardı ve yaygın ronkuslar oskulte edildi. PA akciğer grafisi normaldi. Deri testi; çimen poleni, akar, kedi, köpek ve at duyarlılığı olduğunu gösterdi. Bronkodilatasyon testi pozitif olarak değerlendirildi.

	BRONKODİLATASYON					
	BEKLENEN	ÖNCESİ ÖLÇÜLEN	%	SONRASI ÖLÇÜLEN	%	FARK %
FVC	3.16	1.57	50	1.82	58	16
FEV ₁	2.72	0.91	33	1.02	38	13
FEV ₁ /FVC	86	58	-28	56	-30	-2
PEF	389	195	50	175	45	-10

ÖNERİ, YORUM ve İZLEM

Hastada "bronş astması + perrenial rinosinüzit + analjezik, beta laktam halka içeren antibiotiklere ve radiokontrast maddeye intolerans" bulunmaktadır. Deri testi ile atopik yapısı gösterilen hastanın öyküsüne göre ayrıca akar duyarlılığı da mevcuttur. Hastanın Adana ve Giresun'da kötüleşmesi, Ankara'da nisbeten yakınmaların azalması, kapalı ortamdaki mite yoğunluğu ile doğru orantılıdır (Genelde sahil kesimlerinde ev içi ortamlarda daha yüksek oranda mite bulunmakta ve bu durum iç ve yüksek bölgelerde azalmaktadır. Ülkemizde yapılan araştırmalar da bu durumu desteklemektedir). Hastanın yakınmaları genelde dış ortama çıktığında azalmaktadır ve hasta evde hayvan beslememektedir. Yani deri testindeki polen ve hayvan duyarlılığının klinik olarak bir önemi yoktur. Hastaya evindeki akarlarla mücadeleye yönelik tavsiyeler anlatıldı (bakınız sayfa 95). Yapılan araştırmalarla kısa etkili beta mimetikleri sık kullanma ile ölüm arasında bir ilişki gösterilmiştir. Ayda 1.4 kutu MDI'dan daha fazla kullananlarda, bu risk gündeme gelmektedir. Sürekli kullanmak üzere MDI Bud 2x3 puf/gün, nazal Bud sprey 2x2/gün ve terbutalin MDI PRN önerildi.

Hasta halen iki yıldır Giresun'da görev yapmakta ve kontrollerine düzenli olarak gelmektedir. Kendine göre sade, az eşyalı ve yerleri çıplak bir evde oturu-

yor. Son gelişte kullandığı ilaçları yarı doza indirildi. Seyrek olarak MDI bronkodilatör kullanıyor. Nişanlısı sigara içiyordu, bunu bıraktırması veya sigara içmeyen biriyle evlenmesi önerildi (tavsiye: sigarayı bıraktırma için en uygun zaman nişanlılık dönemi, evlendikten sonra eşler sigarayı bırakmaya pek yanaşmıyor).

KAYNAKLAR

1. Nelson HS. β_2 -adrenerjik bronchodilators. New Engl J Med 1995; 333: 499-506.
2. Devoy MAB, Fuller RW & Palmer JBD. Are there any detrimental effects of use of inhaled long-acting β_2 -agonists in the treatment of asthma? Chest 1995; 107: 1116-1124.
3. Barret TE & Strom BL. Inhaled beta-adrenergic receptor agonists in asthma: more harm than good? Am J Respir Crit Care Med 1995; 151: 574-577.
4. Munir AKM, Björkstén B, Einarsson R ve ark. Mite allergens in relation to home conditions and sensitization of asthmatic children from three climatic regions. Allergy 1995; 50: 55-64.

GİRESUN



Giresun



ADANA



Adana

45 yaşında erkek memur, evli 2 çocuklu. Doğma büyüme Malatya'lı.

Sorun: Nefes darlığı ve arı allerjisi

Öyküsü: Altı yıldır efor yaptığında, sigara dumanı ile temasta ve soğukta nefes darlığı hissediyormuş. Yakınması kış boyu artıyor, yazları ise azalıyor. Öksürük ve balgam çıkarması yoktu ve gece rahat uyuyordu. Grip olduğunda göğsü çok hırıltıyor ve nefes darlığında belirgin artış ortaya çıkıyormuş. Sadece zaman zaman betamimetik MDI kullanıyor ve bunu yararlı buluyordu (kullanma sıklığı haftada ortalama bir kaç kez).

Annesi de astmalıymış. 20 yıl önceye kadar 12 yıl günde 1-2 paket sigara kullanmış. Evde hayvan beslemiyor ancak son dört yıldır evinin bahçesinde kovanları var, ancılık yapıyordu. Önceki yıl ilkbaharda aynı gün aynı anda 6 balansı tarafından sokulmuş (dördü ellerinden ve ikisi de ensesinden). Bu esnada elleri ve ensesinde ödem, akut generalize ürtiker ve bronkospazm (nefes darlığı, öksürük, hırıltılı solunum) gelişmiş ve yaklaşık 30 dk içinde spontan olarak düzelmiş. Geçen yıl da, iki kez yine bal arısı tarafından sokulmuş ve her seferinde 30-60 dk süren aynı reaksiyon gelişerek kendiliğinden düzelmiş. Daha önceleri bir çok kez arı tarafından sokulmuş ama her hangi bir sorun yaşamamış. Örneğin dört yıl önce bir seferinde yaklaşık 30 bal arısı tarafından sokulmuş ama sadece basit bir lokal reaksiyon gelişmiş.

Bir yıl önce sağ böbrek taşı, ses dalgaları ile kırılmış. İki yıldır sık kanayan hemoroidleri var.

Fizik muayenede genel durumu iyi, bilinci açık ve koopereydi. Sistemik muayenesinde anormallik saptanmadı. Akciğer grafisi normaldi. Yaygın allerjenlerle yapılan deri prick testi negatifti ama arı türleri ekstraktları ile yapılan deri testlerinde; bal arısı pozitif sonuç verdi. Kontrol histamin çözeltisi 25 mm² reaksiyon

verirken, bal arısı ile 90 mm² reaksiyon ortaya çıktı. Serumda RAST yöntemiyle bakılan spesifik IgE düzeyi de bal arısı için pozitif bulundu. Hastanın total IgE düzeyi 605 IU/mL idi. Statik solunum fonksiyon testi tamamen normal sınırlar içersindeydi.

ÖNERİ, YORUM ve İZLEM

Hastada "hafif persistan astma" ve "bal arısı allerjisi" vardı. Hastaya arıcılığı bırakması ve anlardan uzak durması tavsiye edildi (bakınız Tablo IX). BDP 3 puf/gün ve salbutamol MDI PRN önerildi.

İmmünoterapinin bugünkü koşullarda endike olduğu tek durumun **arı allerjisi** olduğu kabul edilebilir. Bu nedenle hastaya bu tedavi yönteminden bahsedildi ancak hasta an sokması sonucu ortaya çıkan reaksiyonların pek önemli

Tablo IX
Arı allerjisi olan hastalara koruyucu öneriler

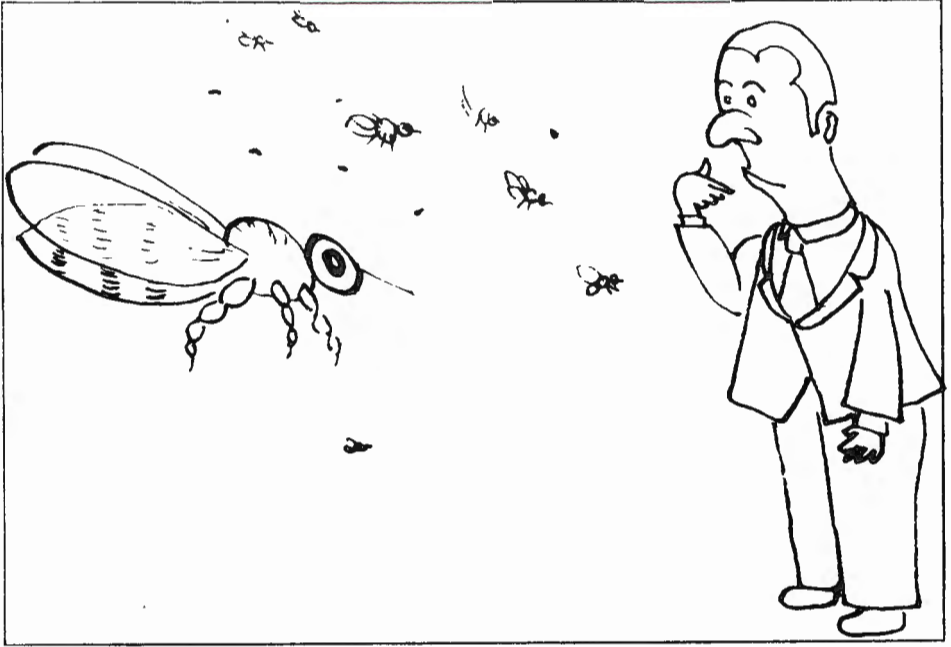
- Anlardan mümkün olduğunca kaçınmak ve onları davet etmemek (yazın pazar alışverişi, bahçede dolaşmak, açık yerde yemek ve meyve yemek, piknik, yakaya çiçek takmak, parfüm sürmek, çiçekli ve parlak desenli elbiseler giymek, insanın ter kokusunu etkileyebilecek hoş kokulu meyve suyu ve gazoz içmek, hoş kokulu sabun ve şampuan kullanmak)
- Tatile gittiğinizde çevrede arı kovarı olup olmadığını kontrol edin.
- Sakın bir yabanarısını kovarı civarında öldürmeyin. Bu esnada arının salacağı bazı kokular diğerlerini üzerinize çekecektir.
- Unutmayın terlemek bütün böcekler için çok çekicidir.
- Çıplak ayakla yürümeyin. Mümkünse dış ortamda pantolon ve uzun kollu gömlekle dolaşınız. Bahçe ile uğraşmayı seviyorsanız ya bu alışkanlığınızı değiştirin ya da bahçedeyseniz şapka ve eldiven kullanın.
- Anların hoşlanmadığı renk kahverengidir, bu renk giyinin.
- Yabanarları genelde saldırganlardır. Baları ise genelde sakın olup ancak kızdırdığında saldırganlaşırlar. Hava ısındıkça her çeşit arının saldırganlığı artar.
- Sizi balarısı soktuğunda iğnesi kalmıştır ve bu iğneyi elinizle çıkarmaya uğraşmayın. Çünkü iğnenin ucunda bulunan keseyi bu esnada sıkarak, daha çok zehirin vücuda girmesine neden olabilirsiniz. İğneyi mümkünse bir büyüteç ve cımbızla çıkarmak en iyisi. İğne deri üzerinde durduğu sürece ucundaki keseden deri içine zehir akacağından iğneyi de bir an önce çıkarmakta yarar vardır.
- Ağız çevresi sokmalarında iğneyi bir doktor çıkarabilir veya bu durumda mutlaka bir doktor görmelidir.

olmadığını ve kendiliğinden geçtiği için böyle bir tedavi yöntemine ihtiyacı olmadığını düşünüyordu. Kendisine arı sokması sonucu ortaya çıkan tablonun, hayatı tehdit edebilecek boyutları anlatıldı. Arı sokması esnasında kullanılabilecek tedavi hakkında bilgilendirildi (hemen oral 50 mg prednizolon, 2 tablet Tavegil ve gerekirse adrenalin -otoinjektör veya inhaler olarak-).

Hasta bir yıl sonra kontrole geldi, BDP ile nefes darlığı düzelmişti ve hala bu ilaca devam ediyordu. Salbutamol'a ayda ancak 1-2 kez ihtiyacı oluyordu. Arıcılığı bırakmıştı ve bir daha arı tarafından sokulmamıştı. Kullandığı BDP 2 puf/gün'e inildi ve kontrole çağrıldı.

KAYNAK

1. Kalyoncu AF, Demir AU, Özcan Ü, Özkuyumcu C, Şahin AA & Barış YI. Bee and wasp venom allergy in Turkey. Ann Allergy Asthma Immunol 1997 (baskıda).



45 yaşında evli 3 çocuklu ev hanımı. Doğma büyüme Isparta'lı. Orta okul mezunu.

Sorun: Nefes darlığı

Öyküsü: Çocukluğundan beri nefes darlığı, hırıltılı solunum, sık sık öksürük ve küçük beyaz parçacıklar halinde balgam çıkarma yakınmaları olan hastanın, son bir yıldır tüm yakınmaları giderek artmış. Öksürüp balgam çıkardığında rahatlıyor ama balgamı çıkarana kadar epey öksürmesi gerekiyormuş. Balgam parçacıklarının bazıları sanki tıkaç gibi bazıları da ince uzun biçimde oluyormuş. Sırt ağrısı ve aşırı terleme de diğer önemli sorunları. Öksürmekle idrarını ve bazan gaitasını da kaçırabiliyor. Nazal yakınması yoktu. Hiç sigara içmemiş ve evde hayvan beslemiyordu. Bir yıl önce kolesistektomi geçirmiş ve postoperatif dönemde çok öksürmüştü.

Son bir yılda dört kez acil servis ziyareti vardı ve bir kez 16 gün bu nedenle hospitalize edilmişti. Halen öksürük şurupları ve bronkodilatör tabletler kullanıyordu. İki yıl önce kendisine önerilen MDI biçimi ilaçlardan yarar görmemiş ve bu tür ilaçları alışkanlık yaptığı düşüncesiyle kullanmak da istememiş. Alternatif tedavilere düşküncüdü. Astma için bir çok bitkisel ilaçlar kullanmış ve astma mağaralarına gitmiş. Halen hem kurutulmuş bitkisel karışımlardan oluşan bir çay içiyor ve bula bildiği sürece bildircin yumurtası yiyordu. Ancak kullandığı tüm bu alternatif ilaçlardan da pek belirgin yarar görmemişti. Babaannesi, babası, annesinin babası astmalı, kızı da astma ve ağrı kesici ilaçlara allerjik.

Fizik muayenede hastada yaygın ronküsler dışında anormallik saptanmadı. PA akciğer grafisi normaldi. Yapılan deri testinde; zeytin poleni, fungus(*cladosporium* ve *alternaria*), hamamböceği, ev tozu ve silo akarlarına karşı duyarlılık bulundu. Bronkodilatasyon testi ise pozitif olarak değerlendirildi.

	BRONKODİLATASYON					
	BEKLENEN	ÖNCESİ ÖLÇÜLEN	%	SONRASI ÖLÇÜLEN	%	FARK %
FVC	2.94	3.21	109	3.59	122	12
FEV ₁	2.52	2.33	93	2.64	105	13
FEV ₁ /FVC	86	73	-13	74	-12	1
PEF	374	300	80	352	94	17
FEF _{75-85%}	0.93	0.89	96	0.72	77	-20
FEF _{25%}	5.56	3.43	62	4.62	83	35
FEF _{50%}	3.91	2.28	58	2.68	69	18
FEF _{75%}	1.64	1.08	66	1.04	63	-4

YORUM, ÖNERİ ve İZLEM

Hasta çocukluğundan beri bronş astmasıydı ama 45 yaşına kadar doğru dürüst bir tedavi görmemişti. Bir çok hasta gibi geleneksel olarak **alternatif tedavilere** eğilim gösteriyordu. Ancak yakınmaları giderek ağırlaştığından kliniğimize başvurmak zorunda kalmıştı. Daha önceden denediği MDI ilacı öğretilmediği için yanlış kullanmış ve yararlanamamıştı. Bu tür ilaçların **alışkanlık yaptığına** dair halk arasında yanlış bir inanç bulunmaktadır. Belki de bu tür söylentileri, bu hastalardan başka türlü yarar sağlayan kişiler çıkarmaktadır. Hastaya daha kolay kabul edebileceği kuru toz türü ilaç verildi (BDP diskhaler 2x2 puf/gün ve salbutamol PRN). Hastanın deri testlerindeki multiduyarlılık sadece atopik yapısını gösteriyordu.

İLK KONTROL (İki ay sonra)

Hastanın yakınmaları genelde azalmıştı. Öksürük ve balgam kaybolmuş, gece rahat uyuyor, enkontinansı düzelmişti. Sırt ağrısı ve terlemesi devam ediyordu. Oskültasyonla bilateral ronkuslar duyuldu. Aynı ilaçlara devam önerildi.

2. KONTROL (altı ay sonra)

Genel durum daha iyiydi, ilacını düzenli alıyordu ve bronkodilatöre pek ihti-

yacı olmuyordu. Oskültasyonla normal solunum sesleri alındı. Yoğun kokular ve efor eskiye kıyasla daha az etkiliyordu. Aynı ilaçlara devam önerildi.

Hasta daha sonra altı ay arayla iki kez kontrole geldi. Her iki kontrolde de durumu iyi idi. Yani çocukluğundan beri süren astması kontrol altına girmişti. Sonbaharda **grip aşısı** yapılmış ama kışın eskiye göre daha çok grip olmuştu. İkinci yıl sonundaki kontrolünde BDP'ı 3 puf/gün'e inildi, hala bir kaç ayda bir bronkodilatöre ihtiyacı oluyordu, sırtağrısı ve terlemesi azalarak sürüyordu. Oskültasyonda seyrek ronkuslar duyuldu. Kontrol deri prick testinde sadece ev tozu akan D.Pteronyssinus'a karşı zayıf bir reaksiyon vardı (hasta bu esnada deri testi sonucunu etkileyecek herhangi bir ilaç kullanmamıştı). Yani deri testleri ile tesbit edilebilen atopi, doğal seyrinde yaşla birlikte azalıyordu. Solunum fonksiyon testi normal sınırlar içersindeydi.

	BEKLENEN	ÖLÇÜLEN	%
FVC	3.13	3.37	108
FEV ₁	2.61	2.35	90
FEV ₁ /FVC	83	70	-14
PEF	357	368	103

Hastaya aynı ilaçlara devam etmesi ve düzenli olarak yılda iki kez kontrole gelmesi önerildi.

KAYNAKLAR

1. Kalyoncu AF, Selçuk ZT, Iskandarani A, Çöplü L, Emri S, Şahin AA & Barış YI. Alternative and complementary medicine for Bronchial Asthma in Turkey. Thorax, 47:762, 1992.
2. Abramson M, Pearson L, Kutin J, Czarny D, Dziukas L & Bowes G. Allergies, upper respiratory tract infections and asthma. J Asthma 1994; 31: 367-374.
3. Lewith GT & Watkins AD. Unconventional therapies in asthma: an overview. Allergy 1996; 51: 761-769.
4. MacLennan AH, Wilson DH & Taylor AW. Prevalence and cost of alternative medicine in Australia. Lancet 1996; 347: 569-573.



Ek: Astmalı Hastaların Alternatif Tedavi Eğilimleri

1991 yılında kliniğimizde yapılan bir araştırmada, 205 bronş astmalı hastaya önceden veya halen her hangi bir alternatif tedavi metodu uygulayıp uygulamadığı soruldu. Hastaların 92'si (%45) bu soruyu olumlu olarak yanıtladı. Bunlar en az bir veya birden çok alternatif tedavi metodu deneyen kişilerdi. Hastalarımızdaki tedavi eğilimlerinin ayrıntılı olarak irdelenmesinin yararlı olacağı ve kişilerin tedavi olmak için ne gibi zorluklara katlandığının görülmesi için bu listeler ayrıntılı olarak verilmiştir. Uygulanan tedaviler sıklık sırasına göre:

1. Bitkisel ilaçlar	48 hasta
2. Hayvansal ilaçlar (büyük çoğunluğu bildircin yumurtası)	46 hasta
2. Speleoterapi (mağara tedavisi)	10 hasta
3. Bileğe madeni bilezik takmak	6 hasta
4. Nefes darlığı atağında hamama gitmek	5 hasta
5. Kuduz aşısı olmak	3 hasta
6. Çeşitli elementler karışımından yapılan şuruptan içme	3 hasta

BITKİSEL KAYNAKLI REÇETELER

Bu hastalardan elde edilen reçeteler aşağıda verilmiştir. Bazı reçetelerin yanına hastaların kendi yorumları eklenmiştir.

1. 500 gr. sarımsak tereyağında kavrulup, yenir (ekspektoran).
2. Zencefil, bal ile karıştırılıp, sabah akşam aç karnına birer yemek kaşığı yenir.
3. Akşamları 2 yemek kaşığı zeytinyağı içmek.

4. Bol kuru badem ve kuru üzüm karıştırılarak yenir.
5. İhlamur, elma kabuğu ve hatmi çiçeği kaynatılarak çay gibi içilir.
6. Salep içmek.
7. Isırgan otu tohumu çay gibi kaynatılıp içilir.
8. Kekikotu kökü, ihlamur, papatya çiçeği ve ısırganotu tohumu çay gibi demlenip içilir.
9. Kuru soğan salata yapar gibi doğranır, üzerine bal konularak iyice karıştırılır. Sabahları 2 kaşık alınır ama tadı çok kötü olduğundan herkez kullanamaz.
10. Günde bir kilogram çiğ soğan yenir.
11. Aktarlarda satılan 7 baharat, bal ile karıştırılır ve her sabah 2 yemek kaşığı alınır.
12. Adaçayı içmek.
13. Ayva yaprağı ve limon birlikte kaynatılıp içilir.
14. Yedi tavuk yumurtası, 7 limon ve yarım kilo toz şeker, 100 cc votka içinde 3 gün bekletilip, içilir.
15. Bir kilogram turp, çay ve bal karıştırılıp, her gün bir küçük kase yenir, bir hafta içinde iyileşme başlanmış.
16. Savlıcan (veya sevecen) kökü çayından her gün 2 bardak içilir (bu tarifi veren hasta, bu çaydan içtiğinin 3.günü astma atağına girerek acil servise başvurmak zorunda kalmış).
17. Ayva yaprağı ve ihlamur birlikte kaynatılıp içilir.
18. Karpuzun içi geceden oyulur, içine bal konarak buzdolabında bekletilir ve sabahları yenir. Yazboyu yapılırsa yararlı olurmuş.
19. Bir litre suda 50 gram meyankökü kaynatılır ve süzülür. Sabahları aç karnına birer çay bardağı içildiğinde, bir haftada sonuç alınmış.
20. Sabahları açken bir bardak ılık suya bir kaşık bal ve limon sıkılarak içilir.
21. Akasya çiçeği kaynatılır, bu sudan günde üç kez birer çay kaşığı içilir.
22. Büyükçe bir turpun içi geceden oyulur ve içine toz şeker konur. Geceboyu bekleyen turpun içinde biriken su, sabahleyin içilir.
23. İncir, kayısı, dut, elma ve yenedünya ağacı yaprakları birlikte kaynatılır ve iki gün bekletilir. Akşamları birer bardak içmek öksürüğe iyi geliyormuş.

24. Karpuzun içi oyularak buraya bal ve çeşitli baharatlar konur. Karpuz fırında pişirilir, daha sonra içi bir kavanoza aktarılır ve sabah akşam birer kaşık yenir.
25. Isırgan tohumu, kekik ve nane birlikte kaynatılıp, daha sonra içine limon sıkılarak sabahları bir çay bardağı içilir (etkili bir nefes açıcı imiş).
26. Bir kilo doğranmış sarımsak, beş kilo bal içinde bir ay bekletilip sonra sabahları aç karnına birer yemek kaşığı yenecek (tabii yenebilirse !).
27. İhlamur içmek.
28. Her gün en az üç bardak kaynatılmış kekik suyu içmek.
29. Karpuz içine enjektörle rakı verilir (miktarı kişiye bağlı). Sonra karpuz fırında pişirilerek hem içi yenip hem de suyu içiliyormuş (deneyenler tadının çok kötü olduğunu belirtiyor).
30. Nefes daraldığında bronkodilatör olarak pekmez (tercihan dut pekmezi) içmek.
31. Çörekotu, Andız katranı ve çeşitli otlardan hazırlanan tabletlerden 2-3x1 alınır.
32. Çamkozalağı (veya köknar da olabilir) kaynatılıp, çay gibi içilir.
33. Meyan kökü, kuru incir, ebegümece tohum (veya yaprakları) kaynatılıp, içilir (ekspektoran).
34. Zakkumlu reçeteler de var ama zehirlenme riski olduğundan denemesi çok tehlikeli imiş.
35. Kışın temiz kar üzerine pekmez dökülerek, kaşıkla bir miktar yenilir, öksürüğe ve astmaya faydalı olduğu söyleniyor.
36. 25 limon küçük parçalara ayrılır, üzerine pelinotu ve bol toz şeker konarak 10 gün bekletilir. Sonra bu karışımdan sabah akşam birer fincan alınır.
37. Öksürük ve nefes darlığı esnasında, bir yemek kaşığı bal üzerine bir kaç damla limon sıkılır ve yenir.
38. Damla sakızı buzdolabında saklanır, iyice soğutulduktan sonra havanda dövülerek toz haline getirilir ve sabahları bir çay kaşığı yenir.

HAYVANSAL KAYNAKLI OLANLAR

Bunların içinde en popüler olanı bal ve bildırcın yumurtası yemektir. Bugün Ankara gibi bazı şehirlerin yakınına sıf astmahılar için bildırcın çiftlikleri kurulmuştur.

1. Bildırcın yumurtası, çiğ olarak sabah akşam ikişer adet en az bir ay içilir. Bazıları sadece sabah 2 adet içmenin de yeterli olduğunu savunuyor. İştah açarak kilo da aldırıyormuş.

2. Yedi tavuk yumurtası bütün olarak kırılmadan, 250 gr nöbet şekeri ve 2 kg limon suyu içine konarak ışık görmeyen bir yerde 20 gün bekletilecek. Bu sürede yumurtaların kabukları eriyecektir. Her sabah aç karına bir bardak içilecek.

3. Üç kilo limon içinde 30 yumurta, kabukları ile birlikte 20 gün bekletilecek. Bu sürede yumurta kabukları eriyecek ve sonra sabahları bir çay bardağı bu karışımdan içilecek (içilebilirsel!).

4. Her gün bal ve yumurta yenmesi.

5. Kirpi, kaplumbağa ve kurban kanı içmek (herhalde binlerce yıl önceden kalan bir adet olsa gerek).

MAĞARA TEDAVİSİ

Antalya Damlataş mağarası en popülerleri olmak üzere Akdeniz ve Karadeniz bölgesinde bir çok mağara bu amaçla ziyaret edilmektedir.

1. Her sabah 05.00'da kalkış, bir saat yürüyüş. Ardından saat 6.00- 10.00 arası Damlataş mağarasında kalış. Toplam 21 gün yeterli. Bu sürede denize girilmez.

2. Aynı kürü 15 gün sabah ve öğleden sonra ikişer saat olarak uygulayanlar da var.

3. Mağara ziyareti 3 aya kadar uzayabilmektedir.

DIĞER

1. Kuduz aşısı olmak.

2. Akupunktur, yoga, hipnoz, homeopati, Ayurveda, bioenerji vs.

3. Nefes daraldığında bronkodilatör ilaç yerine hamama gitmek. Burada iyice terlemekle nefes açılabilirmiş (Tokat/Niksar'dan serbest meslek sahibi bir erkek hastanın ifadesi. Bu amaçla batı ülkelerinde saunalara gidenler de vardır).

4. El bileğine değişik metallere bilezik takmak.

5. Hastanın kendi kanının kalçasına injeksiyonu.

6. Sabahları kendi ilk idrarını içmek. Veya kendi idrarının injeksiyonu.

7. Yeni doğum yapan kadının plasentasını yemek: Bunu Elazığ'lı bir erkek hasta anlattı. Hastanın karısı ve annesi, yeni doğum yapan bir tanıdıklarından aldıkları plasentayı dalak ve böbrek ile karıştırarak tavada kavurma şeklinde pişirip, hastaya söylemeden yedirmişler. Hasta belirgin bir yarar görmemiş ama tadını da yadırgamamış. Kendisi plasentanın tadının aynen dalak gibi olduğunu belirtti. Hastayı dinlerken o sıralarda popüler bir film olan "Silence of the lambs"deki psikiyatrist Dr.Hannibal'ı anımsamıştım.

RİNİT, SİNÜZİT VE KONJONKTİVİT İÇİN OLANLAR

1. Rinit ve sinüzit için en sık kullanılan bitkisel kökenli ilaç acı kavun'dur. Buruna damlatıldıktan sonra çok ağrı yapmakta ve arkasından hastalar epeyce sekresyon çıkarmaktadır. Muhtemelen içinde dekonjestan özellikte maddeler bulunmaktadır.

2. Yatmadan önce buruna susam yağı veya kekik yağı damlatmak.

3. Konjonktivit kaşıntısı için göze sulu bal damlatmak.

KAYNAKLAR

1. Kalyoncu AF, Selçuk ZT, Iskandarani A, Çöplü L, Emri S, Şahin AA & Barış Yİ. Alternative and complementary medicine for Bronchial Asthma in Turkey. Thorax, 47:762, 1992.
2. Karakoca Y, Demir AU, Kısacık G, Fındık S & Kalyoncu AF. Speleotherapy in asthma and allergic diseases. Clin Exp Allergy, 25: 666,1995.
3. Gençoğlu A & Artvinli M. Speleotherapy. An alternative therapy in COPD patients. XVth World Congress of Asthmology, 24-27 Nisan 1996 Montpellier/Fransa. Allergy 1996, 51 (Suppl 30): 54.

26 yaşında nişanlı, kütüphaneci hanım. Doğma büyüme Ankara'lı.

Sorun: Sürekli nezle ve nefes darlığı

Öyküsü: Hastamızın son beş yıldır yılboyu süren nezle, postnazal akıntı, hapşırık, burun tıkanıklığı, nefes darlığı, hırıltılı solunum ve öksürük yakınmaları vardı. Yakınması son aylarda giderek artmış ve haftada en az 2-3 gece noktural astması oluyordu. İki buçuk yıldır özel bir doktorda aşı tedavisi oluyor ve aynı doktorun önerdiği; uzun etkili salbutamol tablet 2x1/gün, teofilin tablet 2x1/gün ve salbutamol MDI PRN olarak kullanıyordu. Son bir ayda üç kutu salbutamol MDI bitirmişti. Özellikle geceleri el ve ayaklarına çok sık kramp giriyor ve bazen bu yüzden uyanıyormuş.

Çocukluğunda diz arkasında ve dirsek eklemleri civarında egzaması ve sık akut ürtiker atakları olurmuş. Halen de çilek ve şeftali yediğinde akut ürtiker ve anjionörotik ödem atakları ortaya çıkıyor. Hiç sigara içmemiş. Evde altı-yedi yıldır sürekli olarak kedileri vardı. Annesi perrenial rinit, dedesi, teyzesi ve erkek kardeşi astmalı idi. Ailesi ile birlikte oturuyordu.

Fizik muayenede; genel durum iyi, bilinci açık koopere ve vital bulgular stabildi. Wheezing'i duyuluyordu. Her iki nazal pasaj ödemli mukoza ile neredeyse tıkalı ve postnazal seröz akıntısı vardı. Bilateral ronkuslar oskulte edildi. PA akciğer grafisi ve Waters grafisi normaldi. Total IgE düzeyi 180 IU/ml idi. Deri prick testinde; kedi ve köpek duyarlılığı bulundu. Kan sayımı normal değerlerdeydi. Bronkodilatasyon testi pozitif olarak değerlendirildi.

	BEKLENEN	BRONKODİLATASYON		SONRASI	FARK
		ÖNCESİ	%		
FVC	2.32	1.63	70	1.75	7
FEV ₁	1.94	1.11	57	1.34	21
FEV ₁ /FVC	84	68	-16	77	9
PEF	329	221	67	286	29

YORUM, ÖNERİ ve İZLEM

Hastada perrenial tipte rinit ve bronş astması vardı. Anamnezi tekrar ayrıntılı olarak gözden geçirildiğinde, evdeki **kedinin** hastanın yakınmaları üzerine epeyce etkili olduğu görüldü. Hasta da bu durumu tahmin etmekte ancak kediyi çok sevdiğinden, kedinin evden gönderilme ihtimali nedeniyle ailesinden saklamaktaydı. Kedinin evden gönderilmesi için, hasta ikna edilmeye çalışıldı. İki buçuk yıldır olduğu aşından bermutad yarar görmemişti, zaten kendisine çeşitli polenler, mite ve funguslar için aşı yapılıyordu. Halbuki yapılan deri testlerinde bu allerjenlere karşı duyarlılığı yoktu, aşısı kesildi. Aldığı tedavi antiinflamatuvar özellikte değildi, değiştirildi. Yaygın krampları sık oral ve MDI kısa etkili β_2 mimetik kullanımının sonucuydu. Hastaya nazal Bud sprey 2x2 puf/gün ile MDI Bud 2x2 puf/gün başlandı, MDI bronkodilatör ilacını gerektiği durumlarda kullanacaktı.

İLK KONTROL (20 gün sonra)

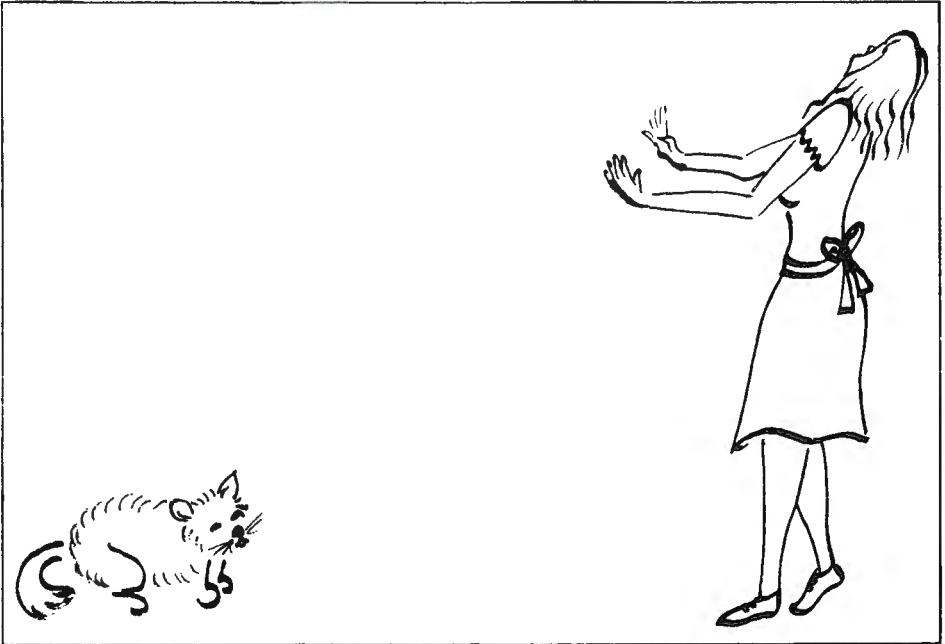
İlaçlarını düzenli olarak kullanıyordu ve burnu epeyce düzelmişti. Nefesi önceye göre daha iyi idi, son bir haftadır MDI bronkodilatör ilacını günde ancak 1-2 kez kullanıyordu ve gece rahat uyumaya başlamıştı. Krampları azalmakla birlikte devam ediyordu. Zaten yakında evlenip kendi evine taşınacağı için, kediyi evden atmaya kıyamamışlardı ama kediyi eskisi gibi yaklaşıyor ve yatak odasına sokmuyordu. Ronkusları kaybolmuştu. Hastaya aynı ilaçlara devam etmesi önerildi.

İKİNCİ KONTROL (6 ay sonra)

Genel olarak eskiye göre daha iyiydi ve üç ay önce evlenmişti. Antiinflatuar ilaçlarına aynen devam ediyor, MDI bronkodilatör ilacını ise ancak haftada 1-2 kez kullanıyordu. Krampları kaybolmuştu, arasıra burnunda kabuklanma ve kanama oluyor, böyle günlerde nazal steroide bir kaç gün ara veriyordu. Anne ve babasını ziyarete gittiğinde kendine engel olamayıp kedisini seviyor. Bu esnada gözlerinde kaşıntı, hapşırık ve hırıltılı solunum hissediyor. Evlenip evden ayrıldıktan sonra, kedinin kendisini nasıl etkilediğini daha iyi anlamış. Fizik muayenesi normaldi. PEF'i 340 lt/dk olarak ölçüldü.

Hastanın bir kaç ay içinde, aldığı antiinflatuar tedavi azaltılarak kesildi. Hasta durumunun stabil seyretmesi üzerine evliliğinin birinci yılı sonunda hamile kaldı, sorunsuz bir hamilelik dönemi sonrası sağlıklı bir oğlu oldu.

Hasta halen beş yıldır neredeyse tam sağlıklı olarak takip edilmekte ve sadece gerektiğinde MDI bronkodilatör ilacını kullanmaktadır (yılda birkaç kez). Halen aktüel sorunu; çocuğunun da egzaması olması ve sık bronşit geçirmesidir



57 yaşında dul, iki çocuklu evhanımı. Doğma büyüme Trabzon'lu.

Sorun: Öksürük

Öyküsü: Hasta son bir yıldır sürekli olarak gıcık şeklinde kuru öksürükten yakınıyordu. Efor yaptığında ve sigara ile temasta ilaveten nefes darlığı ve göğüste tıkanma hissediyormuş. Kışın soğuk havalarda daha çok öksürürmüş. Hırıltılı solunumu ve balgam çıkarması yoktu ve gece rahat uyuyordu.

Öksürük nedeniyle bir kaç ay önce başvurduğu bir merkezde verilen bronkodilatör tabletlere yanıt alınamayınca, olası endobronşial bir nedeni ekarte etmek amacıyla fiberoptik bronkoskopi yapılmış ve normal bulunmuş (bronkoskopi çok zor olmuş). Hasta halen teofilin tablet ve çeşitli öksürük şurupları kullanıyordu, kısmen yarar görmüş ama düzelmemişti.

13 yıldır glokom nedeniyle izleniyor, iki yıl önceye kadar timolol maleate (5 mg/ml) kullanıyorken, son iki yıldır pilokarpin %2 ve levobutonolol'a (%0.5'lik) geçilmişti. Ayrıca 6 yıldır yaygın vitiligosu ortaya çıkmış ve beş yıl önce myoma uteri nedeniyle "total abdominal histerektomi" geçirmişti. Hiç sigara içmemişti, evde hayvan beslemez ve sağlıklı bir çocukluk dönemi geçirmişti. Ailesinde astmalı yoktu.

Fizik muayenede; hastanın sık sık nonproduktif olarak öksürdüğü gözlendi. Sistemik muayenesi ve PA akciğer grafisi normaldi. Deri prick testleri negatif olarak bulundu. Solunum fonksiyon testleri normal sınırlar içindeydi.

Yapılan Metakolin ile bronş provokasyon testi: PC₂₀: 0.05 mg'da pozitif olarak bulundu.

	BEKLENEN	ÖLÇÜLEN	%
FEV ₁	2.56	2.72	106
FVC	3.07	3.26	106
FEV ₁ / FVC	83	84	-
PEF	353	418	118
FEF _{25%}	5.53	6.48	117
FEF _{50%}	3.51	3.62	103
FEF _{75%}	1.43	1.19	84
FEF _{25-75%}	2.83	3.07	108
FEF _{75-85%}	0.90	0.93	104

YORUM, ÖNERİ ve İZLEM

Hastada son bir yıldır bronş hiperreaktivitesi bulgularından biri olan öksürük vardı ve bronş provokasyon testi pozitif. Öksürük nedeni olabilecek endobronşial bir patolojisi yoktu.

Hastanın öyküsünde anılan **glokom** ilaçlarından bazıları **beta bloker** etkili olup duyarlı kişilerde hastamızda olduğu gibi bir tablo yaratabilir. Bu yönden tekrar görüşü alınan ve glokomu yönünden hastayı izleyen göz hekimi, hastanın adı geçen her iki göz damlasını da kullanması gerektiğini bildirdi. Bunun üzerine hastaya sabahları 3 puf BDP MDI ve gerektiğinde kullanmak üzere bronkodilatör MDI önerildi.

Hasta 4 ay sonra kontrole geldiğinde, BDP'ye başladıktan sonra öksürüğünün kesildiği ve nefesinin rahatladığı öğrenildi. Buna güvenen hasta ilaçlarını 2.5 ay kullanıp, kesmişti. Ancak son günlerde yine eski öksürüğünün ortaya çıkması üzerine bize tekrar başvuruyordu. Hastanın fizik muayenesinde özellik yoktu ve solunum fonksiyon testleri normaldi. Hastaya yine, BDP MDI'a 3 puf/gün dozunda başlaması önerildi. Yakınması kontrol altına girdikten sonra BDP 2 puf/gün dozuna inilecekti. Hastaya bu ilaca muhtemelen kullandığı glokom tedavisi devam ettiği sürece, ihtiyacı olacağı anlatıldı.

KAYNAKLAR

1. Fujimura M, Sakamoto S & Matsuda T. Bronchodilator-resistive cough in atopic patients: Bronchial reversibility and hyperresponsiveness. Intern Med 1992; 31: 447-452.
2. Selçuk ZT. İlaçlara bağlı akciğer hastalıkları. "Solunum Hastalıkları Temel Yaklaşım".Editör Prof.Dr.Yİ Banş. Türkiye Akciğer hastalıkları Vakfı Yayınları No:6. Ankara, 1995: 295-297.

37

Akvaryumcularda Hemoptizi Nedeni Farklı Olabilir

54 yaşında erkek hasta, evli 2 çocuklu, akvaryumcu. Kırklareli doğumlu, 32 yıldır Ankara'da bulunuyor. Önceden sigara içmiş.

Sorun: Nefes darlığı ve balgamında kan gelmesi

Öyküsü: Son üç yıldır "hafif intermittan astma" tanısıyla izlenen hasta ihtiyaç hissettiği zamanlar yani birkaç ayda bir-iki kez kısa etkili MDI β_2 mimetik kullanıyormuş. Bir yıl önce kışın bir üst solunum yolu infeksiyonunu takiben iki ay kadar düzenli biçimde MDI steroid kullanmış ve sonra ihtiyacı kalmaması üzerine kesilmiş. Halen son üç aydır nefes darlığında belirgin artma vardı ve haftada bir kaç gece nefes darlığı ile uyanmaktaydı. Eforu eskiye göre azalmıştı ve son 10 gündür balgamında her gün az miktarda kan geliyordu.

10 yıl önceye kadar 24 yıl günde 10 adet sigara kullanmış. Daha önceden memur iken 6 yıl önce emekli olmuş ve akvaryumculuğa başlamıştı. Öz ve soygeçmişinde özellik bulunmadı.

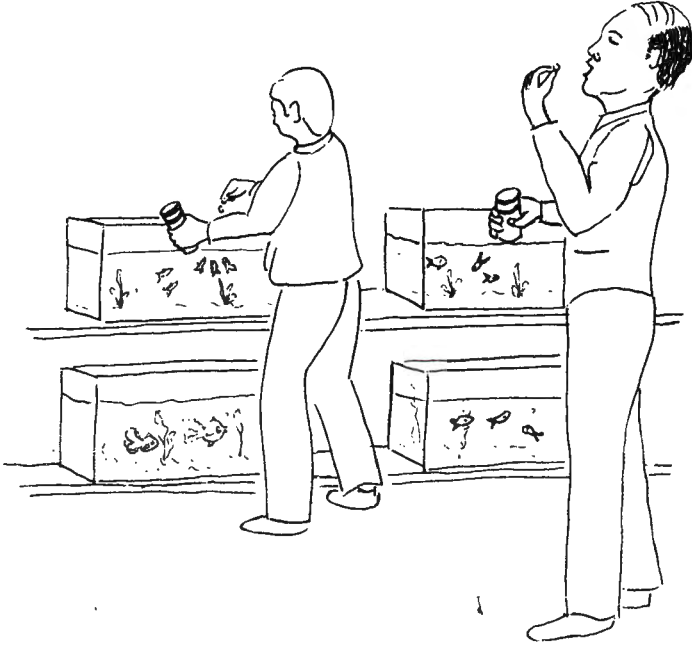
Fizik muayene ve PA akciğer grafisi normaldi. Kan sayımı normal sınırlar içinde, solunum fonksiyon testleri ise normale yakındı.

	BEKLENEN	ÖLÇÜLEN	%
FVC	2.97	2.63	88
FEV ₁	2.43	2.00	82
FEV ₁ /FVC	82	76	-6
PEF	344	266	77

YORUM, ÖNERİ ve İZLEM

Hastada önceden beri var olan hafif astmanın derecesi artmıştı. Düzenli olarak kullanması önerilen MDI BDP 2x2 puf/gün ile, bir hafta içinde nefes darlığı düzeldi. Önceden sigara içen bir kişi olması ve hemoptizisi nedeniyle Fiberoptik bronkoskopi yapıldı (akciğer grafisi normal, hemoptizisi olan ve önceden sigara içen kişilerde bronkoskopi ile kanser teşhisi şansı yaklaşık %5'tir). Hastada endo-bronşial yapı tamamen normaldi.

Hasta fiberoptik bronkoskopi sonrasında, son üç aydır "bir ilaç" kullandığını itiraf etti. Kullandığı ilaç akvaryum balıklarının cinsel açıdan stimule eden bir ilaçtı. Orta yaşta olan hasta kendisinde "bazı yönlerden" zayıflama olduğunu düşünerek bu ilaca başlamıştı. Bu tür ilaçları bazı akvaryumcu meslekdaşlarının da kullandığını ve onların tavsiyesi üzerine bu yola başvurduğunu açıkladı. Hastaya bu ilacı bırakması önerildi. Tıbbi literatürde buna benzer bir vaka bildirimini yoktu. Üç ay sonra kontrole geldiğinde durumu tamamen eskiye dönmüş, inhaler steroidi bir ay önce kesmiş ve hemoptizisi düzelmışti. Muhtemelen hastanın hemoptizisi ve astmasının şiddetlenmesi bu ilacı kullanmasına bağlıydı.



KAYNAKLAR

1. Alpbaz A. Akvaryum. MAS Sanayii ve Ticaret AŞ, İzmir 1993.
2. Mills D. Akvaryum bakımı. Akvaryum sahiplerine rehber kitap. Besleme, üreme, yetiştirme ve tüm bilgiler. Türkçesi E.Kütevin & Z.Kütevin. İnkılap Kitabevi, İstanbul 1994.

37 yaşında bekar dikiş öğretmeni hanım. Doğma büyüme Çorum'lu.

Sorun: Nefes darlığı

Öyküsü: Hastanın on yıldır yılboyu süren nezle, hapşırık, burun tıkanıklığı ve postnazal akıntı yakınmalarına son iki yıldır bronş astması ilave olmuş. Nezle ve hapşırığı günboyu her ortamda ve yılın her mevsiminde aynı şiddette sürüyor, 5-6 yıldır koku ve lezzet almıyormuş. Nefes darlığı; efor, tozlu ortam, soğuk, üzülmeye ile ve premenstrüel dönemde artıyor veya yoksa ortaya çıkıyormuş. Bazıları premenstrüel günlerde olmak üzere, son bir yılda yaklaşık 10 kez astma atağı nedeniyle acil servis ziyareti vardı. Astma krizini ortaya çıkaran ve acil servise kadar götüren son iki olay; evlerinin boyanması ve böcek nedeniyle evde insektisid kullanımı imiş. Son iki yıldır hemen her gece nokturnal astma atakları yaşıyordu. Hastalığı nedeniyle çok sık rapor almak zorunda kalıyor, bu nedenle amirleriyle ve mesai arkadaşlarıyla sorunlar yaşıyordu.

İki yıl önce rinit ve sinüzitine faydası olacağı düşüncesiyle yapılan nazal septoplastinin hiç bir yararını görmemiş. Elindeki bir naylon torba dolusu ilaçtan, piyasada bulunan hemen tüm antirinit, antiastma, antitussif, ekspektoran, mukolitik ve bazı antihistaminik ilaçları kullandığı anlaşıldı. Birbuçuk yıl süreyle Fransa'dan özel olarak getirtilen "lysats d'antigens bactériens" içeren nazal spreyden sabah akşam kullanmış, kendi deyimiyle "bunun bile yararını görmemiş" (!). MDI tipi ilaçlar özellikle nefes darlığı ve öksürüğünü arttırmış. Bir yıl önce astması için başvurduğu bir Allerji kliniğinde yapılan deri testlerinde herhangi bir nedene karşı duyarlılık tesbit edilememiş. Astması daha hafif olsa aşı tedavisi denenebileceği (!) ancak astması ağır olduğundan aşı yapılamıyacağı söylenerek teselli edilmiş.

Hastanın halası çok sık bronşit olmuş. Annesinin en büyük derdi ise elbet-teki kızının tedavisi olmayan hastalığı ve bu yaşında hala evlenememesiydi.

Fizik muayenede; genel durum iyi, bilinci açık, koopere ve vital bulguları stabildi. Nazal mukozaları ödemi ve soluk, her iki nazal pasaj bu nedenle çok dar görümlü ve bol pürülan postnazal akıntısı vardı. Oskültasyonda bilateral yaygın ronkuslar duyuldu. Hastanın PA akciğer grafisi normaldi. Waters grafisinde ise bilateral maksiller sinüs mukozalarında kalınlaşma ve aerasyonda azalma vardı. Anamnezi yeterli kabul edilerek, deri testleri yapılmadı. Bronkodilatasyon testi pozitif olarak değerlendirildi.

	BRONKODİLATASYON					
	BEKLENEEN	ÖNCESİ ÖLÇÜLEN	%	SONRASI ÖLÇÜLEN	%	FARK %
FEV ₁	2.86	1.56	55	1.73	61	11
FVC	3.37	2.58	77	2.61	77	1
FEV ₁ /FVC	85	60	-24	66	-18	6
PEF	377	193	51	215	57	11
FEF _{%25}	5.91	2.59	44	2.99	51	16
FEF _{%50}	3.88	1.08	28	1.31	34	22
FEF _{%75}	1.71	0.47	28	0.55	32	16
FEF _{%25-75}	3.24	0.92	28	1.22	38	32
FEF _{%75-85}	1.14	0.33	29	0.45	39	36

YORUM, ÖNERİ ve İZLEM

Hastanın tanısı "perrenial rinosinüzit ve bronş astması" olarak kabul edildi. Postnazal pürülan akıntı sinüslerindeki infeksiyonu göstermekteydi. Hasta sprey tipi ilaçları kullandığında rahatlayacağına bilakis yakınmalarının iyice arttığını söylemekteydi. Hastanın MDI tipi ilaçları nasıl kullandığı kontrol edildiğinde, doğru olarak kullandığı görüldü. Gerçekten de hastaların küçük bir bölümü muhtemelen MDI içindeki bazı ilaç dışı prezervativ maddelere karşı bu tip duyarlılık reaksiyonları gösterebilmektedir. Hastaya yakınmalarını kontrol altına almak üzere; sinüs

infeksiyonu için antibiyotik, antibiyotik bitiminden sonra 10 günlük oral kısa kür steroid, nazal FDP sprey 2 puf/gün, toz şekilde BDP 2x3 puf/gün ve diskhaler bronkodilatör PRN olarak başlandı.

Astmalıların yarıya yakınında perrenial rinit/rinosinüzit tabloya eşlik eder ve bu tip hastaların en sık olduğu ameliyatlar; **nazal septoplasti, sinüs temizleme** ile **tonsillektomidir**. Ne yazık ki hastaların çoğu (hastamızda da olduğu üzere) bu tür ameliyatlardan belirgin yarar görmemektedir. Çünkü burun ve sinüslerdeki olaylar da aslında astma hastalığının bir uzantısı olup, sebebi kontrol altına alınmamış "kronik inflamasyondur". Hastalar bu nedenlerle çok sık antibiyotik, antihistaminik ve dekonjestan türü ilaçlar kullanmaktadır. Kullanılan **antihistaminik ve dekonjestan** türü ilaçlar bronşlardaki sekresyonun viskozitesini bir miktar arttırarak astmalılarda özellikle öksürüğün artmasına neden olabilmekte ve daha sonra da olay iyice içinden çıkılmaz hale gelmektedir. Dekonjestan ilaçlar (damla ve tablet olarak) özellikle orta ve ileri yaş grubundaki hastalarda kan basıncını yükselterek vasküler bazı sorunlara da yol açabilmektedir. Perrenial rinosinüzitin önemli sayılabilecek komplikasyonlarından birisi de; **koku ve tad duyusunun kaybıdır**. Bu hastalar hem hayatın önemli bir yanını algılayamazlar hem de gıda ve zehirli gaz intoksikasyonlarına daha sık maruz kalabilirler.

İLK KONTROL (3 ay sonra)

Hastanın durumu büyük oranda düzelmişti. İlk ayın sonunda BDP'ı 2x2 puf'a indirmiş ve son birbuçuk ayda hiç bronkodilatör ihtiyacı olmamıştı. Rinosinüziti büyük oranda düzelmiş, ilk bir ay yeniden koku ve lezzet almaya başlamışken sonradan bu duyusu yine kaybolmuştu. Artık gece rahat uyuyordu, eforu daha iyiydi, son adet dönemini sorunsuz geçirmişti. Ancak postnazal akıntısı devam ediyordu.

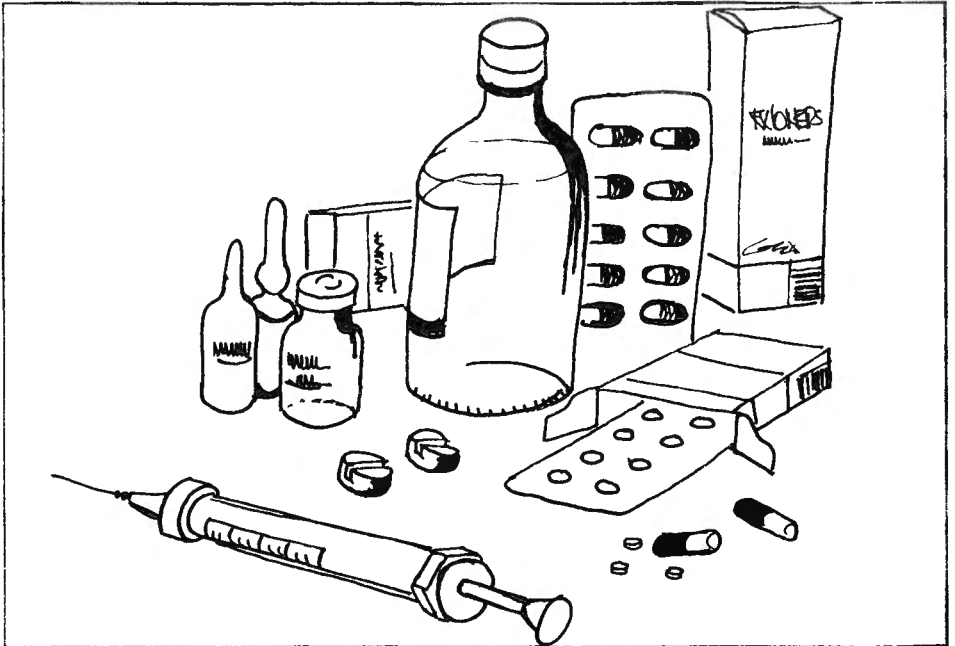
Öskültasyonda normal solunum sesleri duyuldu. Postnazal akıntısı seröz bir vasıf almıştı. PEF 340 lt/dk olarak ölçüldü. Hastaya aynı ilaçlara devam önerildi. Koku ve tad duyusunun geçici olarak düzelmesi sistemik steroid'in etkisiydi ancak sadece bu nedenle tekrar sistemik steroid kullanımının gereksiz olduğu düşünüldü.

Hasta bu kontrolden itibaren üç yıldır, yılda iki kez muayeneye gelmektedir. Astması tamamen kontrol altına girmiş ancak postnazal akıntısı azalmakla birlikte halen devam etmektedir. Astması için verilen BDP tedavinin 6. ayında 3 puf/gün'e ve 11. ayında 2 puf/gün'e inilerek ikinci yılda kesilmiştir. Halen hastanın son bir yılda iki veya üç kez bronkodilatör ihtiyacı oldu. Nazal steroide halen

devam etmekte ve her kontrole geldiğinde bize hediye olarak lezzetli Çorum leblebisi getirmektedir.

KAYNAKLAR

1. Herrera AM & deShazo RD. Sinusitis: Its association with asthma. Postgrad Med 1990; 87: 153-164.
2. Apter AJ, Mott AE, Cain WS, Spiro JD & Barwick MC. Olfactory loss and allergic rhinitis. J Allergy Clin Immunol 1992; 90:670-680.
3. Picado C. Response of nose and bronchi to exercise in asthma and rhinitis: similarities and differences. Clin Exp Allergy 1996; 26(suppl 3) : 36-38.
4. Djukanovic R, Wilson SJ & Howarth PH. Pathology of rhinitis and bronchial asthma. Clin Exp Allergy 1996; 26(suppl 3) : 44-51.



41 yaşında 3 çocuklu lise mezunu evhanımı. Doğum yeri Niğde, 18 yıldır Ankara'da yaşıyor.

Sorun: Yıllardır olan nezle, sinüzit ve boğazda tıkanıklık hissi
Nefes darlığı

Öyküsü: Yaklaşık 20 yıldır sık sık tekrarlayan sinüzit atakları ve boğazında sürekli olarak tıkanma, postnazal akıntı hissi olan hastanın zaman zaman ses kısıklığı da olup düzeliyormuş. Bu nedenle defalarca Kulak Burun Boğaz polikliniklerine başvuran hastaya "kronik farenjit ve sinüzit" tanıları konmuş ve hatta yakınmalarının psikojenik kökenli olabileceği de söylenmiş. Hasta kendisine verilen antihistaminik, antibiyotik grubu ilaçlar ve çeşitli burun damlalarından hiç yarar görmediğini ifade ediyordu. Allerjik nezle teşhisiyle 8 yıl kadar önce, birbuçuk yıl aşı tedavisi olmuş, ancak bu sürenin son aylarında her enjeksiyon sonrası kollarında ve yüzünde şişlikler ve tüm vücudunda kaşıntı ortaya çıkması üzerine bu tedaviyi kesmiş. Zaten bu tedaviden hiçbir yarar da görmemiş. Son 3 yıldır sürekli olarak nezlesi, burun tıkanıklığı ve postnazal akıntısı var. İki yıl önceki bir KBB muayenesinde bilateral nazal polip bulunarak steroidli sprey (nazal BDP) önerilmiş, hasta bu ilaçla bir miktar rahatlamış ancak bir kutudan fazla kullanımının sakıncalı olduğu söylendiğinden bu ilaca devam etmemiş. Son iki yıldır sürekli olarak horluyor ve eşi bu durumdan çok rahatsız oluyormuş.

İki yıl önce yaklaşık 3 ay kadar nefes darlığı, hırıltılı solunum ve öksürük yakınmaları olmuş ve sonra kendiliğinden düzelmiş. Bu durum 8 ay öncesinde yine tekrarlamış ve 3 ay kadar sürüp geçmiş. En son ikibuçuk aydır tekrar ancak eskiye göre daha artmış bir biçimde ortaya çıkmış. Halen geceleri öksürük ve hırıltılı solunum nedeniyle uyumakta zorlanıyor ve sabaha karşı uyanıyordu. Efor, gülme, ağlama, soğuk gibi etkenlerle nefes darlığı ortaya çıkıyor veya varsa artıyordu. Son iki aydır günde 3 kez salbutamol tablet alıyordu.

Boğazı için 3 yıl öncesinde özel bir merkezde, bir yıl boyunca "çinko replasman tedavisi" görmüş ancak bunun belirgin bir yararı olmamış. 12 yıldır "benign diffüz guatr" tanısı ile izleniyor, 3 ay önce tiroid sağ lobundaki hiperaktif nodül için 8 mcuri radyoaktif iyot tedavisi verilmiş. Halen bu nedenle günde 1.5 tablet Tefor kullanıyor. Yıllardır migreni var, sık olarak çeşitli analjezikleri kullanıyor ve bu ilaçlarla ilgili hiç bir sorunu yok. Domates, ıspanak ve soğan yediğinde boğazında kaşınma, tıkanıklık, şişlik hissediyordu.

Hastanın fizik muayenesinde; sağ nazal kavitede tavandan sarkan polip görüldü. Uvulası normale göre uzundu ve tonusu yoktu, postnazal seröz akıntısı vardı. Hastada normal solunum sesleri oskulte edildi. Waters grafide bilateral maksiller sinüs mukozalarında kalınlaşma ile birlikte frontal sinüslerde havalanma yoktu. PA akciğer grafisinde anormallik saptanmadı. Deri prick testleri atopik yapısını gösteriyordu. Polen (çalı, çimen, ağaç) ve ev tozu akarı duyarlılığı vardı. Total IgE düzeyi 295.4 IU/ml olarak ölçüldü. Dinamik solunum fonksiyon testleri normal sınırlardaydı.

	BEKLENEN	ÖLÇÜLEN	%
FVC	3.39	3.07	91
FEV ₁	2.84	2.54	89
FEV ₁ /FVC	84	83	-1
PEF	377	408	108

YORUM, ÖNERİ ve İZLEM

Hastanın teşhisi "perrenial rinosinüzit, nazal polip, bronş astması, tiroid hastalığı ve migren" idi. Hastanın astması yıllardır süren rinosinüzit zemininde ortaya çıkmıştı. Bu iki durum birbiri için risk oluşturmakta ve astmalılarda rinit, rinitilerde astma gelişimi sık olarak görülmektedir. Nazal polip olması akla **Samter sendromunu** getirmektedir, hastanın henüz aspirin veya diğer analjeziklerle ilgili bir sorunu yoktu ama profilaktik olarak sadece parasetamol veya Na salisilat kullanması önerildi.

Hastanın ayrıntılı öyküsünde polen duyarlılığına uyan bir durum bulunmadı (yakınmaların mevsimsel olması ve dış ortamda artması gibi). Ama gıda duyarlılığı

(domates, ispanak ve soğan ile olan boğaz yakınması) muhtemelen **polen allerjisi**ne eşlik eden bir bulguydu. Klinik olarak polen allerjisi düzelse dahi yıllar içinde bu kişilerin belli bir bölümünde belli meyve/sebzelere karşı duyarlılık (**parapolen sendrom**) ortaya çıkabilir ve muhtemelen ömür boyu sürebilir. Ancak ev tozu, hastayı epeyce etkilemekteydi, bu nedenle akarlardan korunma önlemleri tavsiye edildi. Tedavide; nazal Bud sprey 2x2 puf/gün, BDP MDI 3 puf/gün ve kısa etkili β_2 mimetik MDI PRN olarak önerildi.

İLK KONTROL (3 ay sonra)

Hasta kendisini eskiye göre epeyce düzelmiş olarak hissediyordu. Nefes darlığı ve bumu daha iyi idi. Muayenede nazal polip görülemedi. Haftada ortalama bir kez β_2 mimetik MDI kullanıyor ve gece rahat uyuyordu. **Burun kanaması** nedeniyle nazal steroidi 15 gün önce kesmişti. Postnazal akıntısı azalarak devam ediyordu. Hastaya BDP MDI'a aynı dozda devam etmesi önerildi. Rinosinüziti için daha zayıf antiinflamatuvar etkili ancak yan etkisi olmayan nazal "Na kromoglikat" sprey başlandı.

İKİNCİ KONTROL (6 ay sonra)

Hasta kendini düzelmiş hissettiğinden 1,5 ay önce BDP'ı kesmiş ve bu dönemde bronkodilatör'e hiç ihtiyacı olmamıştı. Yoğun kokulara duyarlılığı devam ediyor ama eskisi gibi rahatsız olmuyordu. Postnazal akıntısı kesilmişti ama nazal "Na kromoglikat" sprey, rinitini kontrol altına almada yeterli değildi. Hastaya sadece nazal FDP sprey 2 puf/gün önerildi. **Horlaması** eskiye göre epeyce azalmıştı.

ÜÇÜNCÜ KONTROL (6 ay sonra)

Hasta son iki aydır nefes darlığının tekrar ortaya çıktığından yakınıyordu. Haftada 2-3 kez geceleri uyanıyor ve hemen her gün bronkodilatör MDI kullanıyordu. Efor yaptığında, yoğun kokularla, soğuk teması ile nefes darlığı ve hırıltılı solunum ortaya çıkıyordu. Burun spreyinden memnun, kullanmaya devam ediyor, arada bıraktığında riniti hemen yeniden başlıyormuş. Hastanın fizik muayenesinde bilateral ronküsler oskülte edildi. PEF'i 260 lt/dk (normalin %69'u) idi. Hastaya tekrar BDP MDI 2x3 puf/gün başlandı. Hastaya tedricen BDP'ı basamak basamak nasıl azaltacağı anlatıldı.

DÖRDÜNCÜ KONTROL (6 ay sonra)

Hasta nefes darlığı düzeldiği için kullandığı BDP'ı azaltarak 2 ay önce kesmişti. Yoğun kokulara duyarlılık azalarak devam ediyordu. Eforu normal, gece

rahat uyuyor. Nazal steroidi kullanmayı sürdürüyor, bununla yıllardır olan rahatsızlığı kontrol altında olduğundan çok memnundu. Son aylarda eskiden daha sık olan migren ağrıları seyrekleşmiş ve şiddeti azalmıştı. Fizik muayenesi normaldi, PEF'i 350 lt/dk olarak ölçüldü.

Hasta halen 1.5 yıldır, 6 ayda bir kontrole gelmekte ve nazal steroidi kullanmaya devam etmektedir. Dört ay önce astması tekrar relaps oldu. Bu esnadaki kontrolde PEF'i 280 lt/dk olarak bulundu, ronkusleri yine ortaya çıkmıştı. Tekrar BDP MDI 2x2 puf/gün başlandı. Kısa etkili MDI betamimetikleri çarpıntı ve başağrısı nedeniyle artık kullanmak istemiyordu. Bronkodilatör olarak uzun etkili MDI formoterol önerildi. Hastanın ayrıca **gastroözofageal** reflü ile uyumlu yakınmaları da vardı. Bu yönden de tedaviye alındı. Hasta halen bu tedaviyi kullanmaktadır.

Tablo X.
Gastroözofageal reflü ve akciğer hastalığı olanlara öneriler.

1. Yataklarının başı biraz kaldırılmalı. Bunun için yatağın arka ayakları altına kitap veya tuğla konabilir. Yatak en az 15 cm yükseltilmelidir.
2. Baharatlı, asitli ve yağlı gıdalardan kaçınma.
3. Şişmansa kilo vermesi, dar veya sıkı elbise giymemesi.
4. Düzenli olarak üç öğün yemek yemesi ve öğünlerde aşırı yemekden kaçınılması.
5. Reflüye sebep olabilecek alkol ve çay/kahve/çikolata gibi kafeinli içeceklerden kaçınması.
6. Yemek sonrası egzersizden kaçınması.
7. Yatmadan 2-3 saat öncesinde her hangi bir şey yeyip içmemesi.
8. Eğer içiyorsa sigarayı kesmesi gerekir.
9. Teofilin kullanıyorsa bunun yerine bir β , mimetiğe geçilebilir.

KAYNAKLAR

1. Mansfield LE. Gastroesophageal reflux and respiratory disorders: a review. *Ann Allergy* 1989; 62:158-164.
2. Farrel BP. Endoscopic sinus surgery: Sinonasal polyposis and allergy. *ENT Journal* 1993; 72: 544-554.
3. Meltzer EO. An overview of current pharmacotherapy in perennial rhinitis. *J Allergy Clin Immunol* 1995; 95: 1097-1110.
4. Holmberg K & Karlsson G. Nasal polyps: medical or surgical managements? *Clin Exp Allergy* 1996; 26 (suppl 3): 23-30.
5. Ayres JG & Miles JF. Oesophageal reflux and asthma. *Eur Respir J* 1996; 9: 1073-1078.
6. Field SK, Underwood M, Brant R & Cowie RL. Prevalance of gastroesophageal reflux symptoms in asthma. *Chest* 1996; 109: 316-322.
7. Senior BA & Kennedy DW. Management of sinusitis in the asthmatic patient. *Ann Allergy Asthma Immunol* 1996; 77: 6-19.
8. Norman PS & Barnes PJ. Is there a role for immunotherapy in the treatment of asthma? *Am J Respir Crit Care Med* 1996; 154: 1225-1228.

40

Koku Alamamak Bazen Bir Polisin İşine Yarayabilir

27 yaşında evli 2 çocuklu polis memuru. Doğum yeri Adana, iki yıldır Ankara'da görev yapıyor.

Sorun : Nezle, burun tıkanıklığı
Öksürük
İlaç allerjisi

Öyküsü : Daha önceden her hangi bir yakınması olmayan hastanın Ankara'ya tayinle geldikten sonra yani iki yıldır sürekli nezle ve postnazal akıntısı ortaya çıkmıştı. Görevi gereği sürekli dış ortamda bulunan hasta, özellikle sıcak ortamdaki soğuğa çıktığında dakikalar boyu süren nefes darlığı, göğsünde baskı hissi ve hırıltılı solunum hissediyor ve kuru öksürükten yakınıyordu. Son bir yıldır tedrici biçimde ilerleyen burun tıkanıklığı vardı ve koku almadığını farketmişti ancak tad duygusu normaldi. Sigara dumanı teması da hırıltılı solunumu ortaya çıkarıyormuş. Koku alamaması bazen işine bile yarayabiliyordu. Bir süre önce, kapalı bir evde yaklaşık 20 gün önce ölen ve kokuşan bir cesedin yanına, hastadan başka kimse girememiş. Bu nedenle amiri kendisini takdir etmiş.

Hasta bu yakınmalarla bir yıl önce, 40 gün süreyle bir Devlet Hastanesinde hospitalize edilmiş. Burada kendisine penisilin ve uzun etkili salbutamol tablet tedavisi verilmiş. Halen düzenli bir ilaç tedavisi kullanmıyor, uzun etkili nonsedatif anti-histaminik tablet, dekonjestan nazal damlalar ve MDI salbutamol'u düzensiz olarak kullanıyordu (hemen her gün bir kaç kez). Dış ortamda çalışmak, efor yapmak ve sürekli sigara içilen ortamlarda bulunmaktan çok rahatsız oluyordu. Bazen bilgi toplamak için sivil olarak kahvelere gitmesi gerekiyormuş ve buralardan işi bitir bitmez zor kaçıyormuş. İşyerinde sık sık sevk kağıdı çıkarmak bazen sorun yaratıyor, amiri hastanın durumunu pek önemsemiyor ve muhtemelen onun işten kaçmak istediğini zannediyormuş. İşyerindeki bu durumu hastayı üzüyor ve korkutuyordu.

Bir yıldır seyrek olarak kullandığı Aspirin ve metamizol ile nefes darlığının ortaya çıktığını farketmiş, bu nedenle analjezik kullanmıyor. Baktrim ile eller ve ayaklarında kırmızı kaşıntılı döküntüler olmuş. Önceden tek tük sigara kullanmış ama öksürmeye başladığından beri hiç içmiyor (daha doğrusu içemiyor). Evde hayvan beslemiyor. Annesinin babası da astmalıymış. Çocukları sağlıklı.

Hastanın muayenesinde; genel durumu iyi ve vital bulguları stabil (kan basıncı 120/85 mmHg, nabız 84/dk, ritmik) bulundu. Burnu tıkalı olduğundan disfonik konuşuyordu, bilateral nazal pasajları tıkayan polipleri vardı. Göğüs muayenesinde yaygın ronküsler oskülte edildi. Hastanın PA akciğer grafisi normaldi. Yapılan bronkodilatasyon testi "pozitif" olarak değerlendirildi. Deri prick testi ise negatifti.

	BRONKODİLATASYON					
	BEKLENEN	ÖNCEŞİ ÖLÇÜLEN	%	SONRASI ÖLÇÜLEN	%	FARK %
FVC	4.62	5.25	114	5.34	116	2
FEV ₁	3.95	3.60	91	4.40	111	22
FEV ₁ /FVC	86	69	-16	82	-3	13
PEF	558	381	68	519	93	36

ÖNERİ, YORUM ve İZLEM

Hastada; astma, perrenial rinosinüzit, nazal polip ve analjezik intoleansı yani klasik **Samter Sendromu (Aspirin astması)** da denilebilir vardı. Hastaya poliplerini küçültmek amacıyla kısa kür oral steroid, burnu açıldıktan sonra başlamak üzere nazal Bud sprey 2x2 puf/gün, BDP MDI 2x2 puf/gün ve salbutamol MDI PRN önerildi. Analjezik testleri esnasında **parasetamole** karşı da dıyari olduğu anlaşılan hastaya, analjezik olarak sadece **kodein** ve **sodyum salisilat** kullanması önerildi. Hastada test esnasında 50 mg parasetamol ile dahi 15 dakika içinde nefes darlığı ve wheezing oluştu, PEF değeri 340 lt/dk'ya düştü.

İLK KONTROL (2 ay sonra)

Hasta kısa kür oral steroidi kullanırken burnu açılmışken daha sonra tekrar kapanmış ve burnu tıkanınca da nazal steroidli spreyi kullanamamıştı. Ancak 3DP

MDI'a devam ediyordu ve nefesi daha iyi idi. Muayenede normal solunum sesleri oskulte edildi.

Hasta değerlendirilmek üzere Kulak Burun Boğaz polikliniğine gönderildi. Burada yapılan muayenesinde; sağ nazal pasajda tavandan sarkan ve solda pasajı tamamen tıkayan polipler görüldü. Adrenalin ve pantokainli tampon ile sağdaki polip küçülürken solda değişiklik olmadı. Hasta KBB servisine yatırılarak genel anestezi altında "**Endoskopik nazal ve sinüs cerrahisi**" uygulandı, her iki nazal pasajı dolduran polipler ve sinüs ostiumları temizlenerek patent hale getirildi. Hastaya postoperatif dönemde tekrar nazal Bud sprey 2x2 puf/gün önerildi.

İKİNCİ KONTROL (6 ay sonra)

Hasta polipektomiden çok yararlanmıştı. Aktüel yakınması yoktu, fizik muayenesi normaldi ve PEF'i 510 lt/dk olarak bulundu. Burun ve astmasına yönelik lokal steroidlerini (nazal Bud ve inhaler BDP) düzenli olarak kullanıyordu. Salbutamol MDI'a çok seyrek olarak ihtiyacı oluyordu.

ÜÇÜNCÜ KONTROL (4 ay sonra)

Hastanın son bir aydır burnu yine tıkanmış, sürekli rinit ve postnazal akıntısı ortaya çıkmıştı. Astma ile ilgili yakınması yoktu ve ilaçlarını düzenli kullanıyordu. Her iki nazal pasajda polipoid oluşumlar görülerek hasta tekrar KBB bölümüne gönderildi. Burada değerlendirilen hastada "poliplerde rekürrens" kabul edilerek, bilateral nazal polipektomi önerildi.

Gayet uyumlu bir kişiliği olan hastaya bu muayeneden iki hafta sonra genel anestezi altında "endoskopik sinüs cerrahisi+sağ Caldwell Luc ve bilateral nazal polipektomi" yapıldı. Hasta postoperatif üçüncü gün komplikasyonsuz bir biçimde taburcu edildi.

DÖRDÜNCÜ KONTROL (4 ay sonra, şubat ayı)

Hasta ikinci ameliyat sonrasında kendisini çok iyi hissetmiş ve kendi kurumunun doktorunun da tavsiyesi ile tüm ilaçlarını kesmişti. Halen son bir aydır özellikle soğuğa çıkınca nefesi daralıyor, tam derin nefes alamıyor ve göğsünde kasılma oluyormuş. Dört gün önce bir kez gece sabaha karşı bu yakınmalarla uyanmış. Son bir aydır yine salbutamol MDI'ı sık olarak kullanıyordu. Hastada ronkuslar oskulte edildi, PEF değeri 440 lt/dk'ya düşmüştü. Hastaya eski ilaçları tekrar başlandı (BDP MDI 2x2 puf/gün ve nazal Bud 2x2 puf/gün).

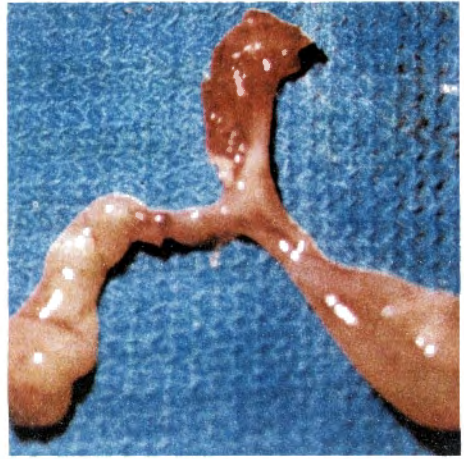
BEŞİNCİ KONTROL (2 ay sonra)

Hasta yaklaşık 10 gün içinde düzelmişti ve halen hiç bir yakınması yoktu. Normal solunum sesleri oskulte edildi. FEV₁ 3.51 lt ve PEF'i 551 lt/dk olarak bulundu. İlaçlarına aynı dozda devam önerildi.

Hasta halen beşinci kontrolden bu yana, dört yıldır kliniğimizde izlenmektedir. BDP MDI'i düzenli kullanmasına rağmen nazal Bud'i pek düzenli kullanmadı. Bir yıl önce nazal poliplerinde tekrar rekürrens saptanarak üçüncü kez polipektomi geçirdi. Halen nazal steroide ve BDP'a devam ediyor. Kendisi zaman zaman BDP'ye ara vermeyi deniyor ama nefes darlığının ortaya çıkması nedeniyle hemen tekrar başlıyor. En son kontrolde; FEV₁ 3.45 lt ve PEF'i 577 lt/dk idi.

Hasta üç yıl önce masabaşı göreve tayin oldu, burada hayatından memnun. İlaçlarını rahat alabilmesi için "heyet raporu" önerilen hasta (belki de iş yerinde ortaya çıkabilecek bazı sorunlar yönünden) daha önce bunu istememişti, ancak son gelişinde bu raporu kendisi istedi. Üç yıl önce sağlıklı bir çocuğu daha oldu. Koku almadığı için bir kez **şofben zehirlenmesi** geçirdi ancak vaktinde müdahale ile kurtuldu. Analjezik olarak seyrek ve sorunsuz biçimde kodein kullanıyor. Lokal anestezi ile diş tedavisi yapıldı ve burada verilen **klindamisin**'i sorunsuz olarak kullandı.





Hastanın nazal poliplerinin muayenesi ve postoperatif görünümü.

KAYNAKLAR

1. English GM. Nasal polypectomy and sinus surgery in patients with asthma and aspirin idiosyncrasy. Laryngoscope 1986; 96: 374-380.
2. Leung R, Plomley R & Czarny D. Paracetamol anaphylaxis. Clin Exp Allergy 1992; 22: 831-833.
3. Nishioka GJ, Cook PR, Davis WE & McKinsey JP. Functional endoscopic sinus surgery in patients with chronic sinusitis and asthma. Otolaryngol Head Neck Surg 1994; 110: 494-500.
4. Senior BA & Kennedy DW. Management of sinusitis in the asthmatic patient. Ann Allergy Asthma Immunol 1996; 77: 6-19.
5. Kalyoncu AF, Kısacık G, Şahin AA & Barış Yİ. Prevalence of cross-sensitivity with acetaminophen and other nonsteroidal antiinflammatory drugs in asthmatic patients. J Allergy Clin Immunol 1996; 98:713.
6. Önerci M. Endoskopik sinüs cerrahisi: Nazal polipozis (Bölüm 11). Kutsan Ofset, Ankara 1996: 66-70.

41

Kortikofobi, Tedavi Edilmesi Gereken Bir Durumdur

36 yaşında evli 3 çocuklu hemşire. Doğum yeri Adana, 3 yıldır Muş'ta bulunuyorlar (ilk muayene kasım ayında).

Sorun: Nefes darlığı
Allerjik nezle

Öyküsü: Sekiz yıldır sürekli olarak nefes darlığı, hırıltılı solunum ve öksürüğü olan hasta "bronş astması" tanısıyla çeşitli merkezlerde izlenmiş. Egzersiz sonrasında, kuvvetli kokularla temasta, adet öncesi dönemde, üst solunum yolu enfeksiyonu olduğunda, soğukta, güldüğü ve ağladığı zamanlar ve "eşi ile birlikte olduğu" esnada yakınmaları ortaya çıkıyor veya varsa ağırlaşıyor. Geceleri genelde rahat uyuyor. Hiç sigara içmemiş ve evde hayvan beslememiş. Aslında çocukluğunda da sürekli bu tür yakınmaları varmış ama ilkokulu bitirince düzelmiş. Annesinin babası da astmadan exitus olmuş.

Çocukluğundan beri her ilkbaharda 2-3 ay süren nezle, hapşırık, burun tıkanıklığı, konjonktivit türünde yakınmaları oluyor ve daha sonra düzeliyor. Üç yıldır Muş'ta ilkbaharda ortaya çıkan allerjik nezlesi çok azalmış. Önceden sonbaharda da 1-2 ay nezle olurken, son yıllarda bu durum ortadan kalkmış.

Muş'a gitmeden önce bir Allerji kliniğinde 1.5 yıl "evtozu, polen ve küf mantarı allerjisi" için immünoterapi olmuş. Ancak bu tedavi sonucu astmasının şiddeti arttığından aşırı bırakmak zorunda kalmış. Son bir yılda 4 kez astma atağı nedeniyle acil servis ziyareti vardı. Sadece salbutamol (tablet ve MDI) PRN olarak kullanıyor (ortalama ayda 1-1.5 kutu MDI tüketiyordu). Çarpıntı, ellerinde titreme ve sık sık ortaya çıkan kramplardan yakınyordu.

Hastanın muayenesinde; wheezing duyuluyordu ve bilateral ronkuslar oskültte edildi. PA akciğer grafisinde anormallik yoktu. Deri prick testinde; çimen poleni ve evtozu akarlarına karşı duyarlılık bulundu. Bronkodilatasyon testi pozitif olarak değerlendirildi.

	BRONKODİLATASYON					
	BEKLENEN	ÖNCESİ ÖLÇÜLEN	%	SONRASI ÖLÇÜLEN	%	FARK %
FVC	3.09	3.09	100	3.22	104	4
FEV ₁	2.62	2.20	84	2.49	95	14
FEV ₁ /FVC	85	71	-14	77	-8	6
PEF	356	308	87	408	115	32

YORUM, ÖNERİ ve İZLEM

Hasta hemşire olduğu için, kendisini hastalığı konusunda bilgili zannediyordu. Ancak en basitinden MDI ilacı dahi yanlış kullanıyordu, sorunu esas olarak inspiryumda ilacı almayı beceremeyişiydi. Bu nedenle **spacer** cihazı kullanması öğretilti. Hastada ayrıca **kortikofobi** vardı, bazı doktorların kendisine kortizon dahi önerdiklerini ancak bu ilacın zararlarını bildiği için kullanmadığını söylüyordu. Kendisine kortizon hakkında bilgi verildi, sistemik kullanımla inhaler biçimindeki lokal kullanımın farkı anlatıldı ve bronş astması tanısıyla BDP MDI 1000 mcg/gün dozunda başlandı.

Hastada ayrıca polen allerjisine bağlı mevsimsel rinokonjonktivit ve yılboyu süren ev tozu akan duyarlılığı vardı. Ya ilerleyen zamanla birlikte mevsimsel rinokonjonktivit'in spontan olarak azalması ya da Muş'ta kendisini etkileyen türde ve yoğunlukta polen olmaması nedeniyle son yıllarda allerjik nezlesi düzelmmişti. Mite allerjisi ilk ve sonbahar dönemindeki rinitin nedeni olabilir, önceden olup da düzelen sonbahar riniti de muhtemelen buna bağlıydı. Hastaya akarlarla ilgili korunma önerileri anlatıldı.

İLK KONTROL (İki ay sonra, kışın)

Hastanın tüm yakınmaları kontrol altına girmiş ve buna bağlı olarak sosyal yaşantısı normale dönmüştü. Soğuk kendisini etkilemeye devam ediyordu, son premenstrüel dönemini eskilere kıyasla epeyi rahat geçirmişti. MDI bronkodilatöre ihtiyacı çok azalmıştı. Fizik muayenesi normaldi. PEF; 395 lt/dk olarak ölçüldü. Hastaya aynı ilaçlara devam etmesi önerildi.

İKİNCİ KONTROL (3 ay sonra, ilkbaharda)

Astması tedavi ile stabil halde. Hasta BDP'in iştahını çok arttırdığını ve **kilo** aldığını söylüyordu. Kendisine düşük kalorili diet önerildi. Haftada bir kaç kez MDI bronkodilatöre ihtiyacı oluyordu. BDP'ye devam önerildi.

ÜÇÜNCÜ KONTROL (12 ay sonra)

Hasta genel durumunun iyi olması nedeniyle düzenli kullandığı BDP'ı 1.5 ay önce kesmiş ve son bir aydır tekrar tedricen eski durumuna dönmüştü (nefes darlığı, öksürük, wheezing ve geceleri bu nedenlerle uykudan uyanma). Yaklaşık iki saatte bir MDI salbutamol kullanıyordu. Sırtı çok ağrıyor ve aşın terlemeden yakınıyordu. Bu arada hastayı memnun eden tek gelişme, tayinlerinin Ankara'ya çıkmış olmasıydı. Fizik muayenede yaygın ronkusler oskulte edildi, PEF'i 280 dk/lit olarak ölçüldü. Hastaya yeniden astması hakkında bilgi verilerek tedaviyi doktoruna danışmadan kesmemesi söylendi ve BDP MDI 1000 mcg/gün tekrar başlandı.

DÖRDÜNCÜ KONTROL (5 ay sonra)

Son aylarda durumu iyi iken, 15 gündür havalarn soğuması ve bazı özel üzüntüleri nedeniyle nefes darlığında artış ve öksürük ortaya çıkmıştı. Salbutamol MDI'ı haftada ancak 1 kez kullanıyordu. BDP'si 1250 mcg/güne çıkıldı.

BEŞİNCİ KONTROL (13 ay sonra, kış)

Eskiye göre çok daha iyi, BDP'ı düzenli kullanıyor, yazdan beri 1000 mcg/gün'e inmiş. Hala 7-10 günde bir MDI salbutamol'e ihtiyacı oluyor. Kışın soğuk hava etkiliyor ve dış ortama çıktığında wheezing'i başlıyormuş. Oskültasyonla ronkuslar duyuldu. BDP tekrar 1250 mcg/güne çıkıldı.

ALTINCI KONTROL (11 ay sonra)

Hasta kışın gelmesiyle birlikte tekrar kontrolünü hatırlamıştı. Son bir haftadır ateş, öksürük, pürülan balgam çıkarma, nefes darlığında artma ve hırıltılı solunum ortaya çıkmıştı. Yaygın ronkuslar oskulte edildi. PA akciğer grafisinde solda lingulada nonhomojen bir infiltrasyon vardı. Balgam yaymasında; bol polimorfonükleer lökosit görüldü. Hastada bu bulgularla akciğer infeksiyonu düşünülerek, makrolid bir antibiotik başlandı ve BDP'ı 1500 mcg/gün'e çıkıldı.

Hasta 10 gün sonra kontrole geldiğinde, büyük oranda düzelmişti. BDP'ı tekrar 1250 mcg/gün'e inildi.

Hasta toplam 6 yıldır kliniğimizce izlenmekte olup halen son 6 aydır MDI BDP'a 1000 mcg/gün dozda devam etmektedir. Durumu eskiye göre çok daha iyidir. MDI salbutamol'a bir-iki ayda bir kez ihtiyacı olmaktadır. Son kontrolde Mersin'e tayanleri çıktığı öğrenildi.

40 yaşında evli 3 çocuklu ilkokul öğretmeni hanım. Doğum yeri Van, 18 yıldır Diyarbakır'da oturuyor. Hiç sigara içmemiş.

Sorun: Nefes darlığı ve kuru öksürtük

Öyküsü: Hasta son altı aydır devam eden kuru öksürtük, hırıltılı solunum ve nefes darlığı nedeniyle polikliniğimize başvuruyordu. Rahatsızlığının ilk dönemlerinde Diyarbakır'da beş gün hospitalize edilmiş ve orada kendisine astmalı olduğu söylenmişti. Hasta o günden beri bir çok doktora gitmiş, piyasadaki bir çok antiastma ilacı kullanmış ve bu ilaçların bazılarında kısmi yarar görmüş. Ancak son kullandığı tablet biçiminde bazı ilaçlar çarpıntı ve el titremesi yaptığından iki haftadır kullandığı tüm ilaçlarını kesmiş ve yeniden yakınmaları eskiye dönmüştü. Genellikle tablet biçiminde ilaçları kullanmış, kendisine verilmesine rağmen sprej tipi ilaçları pek kullanmamıştı. Hasta esasen halk arasında sprej tipi ilaçlar hakkında söylenen bazı sözlerden epeyce etkilenmişti. Bunlar; "ciğerin kuruyabilir, alışkanlık yapabilir, spreje bir başladın mı bir daha bırakamazsın veya öldürebilir" türünden sözlerdi.

Halen haftada en az 3 kez geceleri öksürtük ve nefes darlığı nedeniyle uyanıyor, gece uykusunu iyi alamadığından gündüz okulda öğrencilere karşı sert davranıyor ve evde de çok sinirli oluyordu. Okulda çok sigara içildiği için öğretmenler odasına giremiyordu. Eşine de sırf bu nedenle sigarayı bıraktırmıştı (hastanın çok uyumlu bir eşi vardı).

Geçen yıl bir üst solunum yolu infeksiyonunu takiben yaklaşık iki hafta kadar öksürmüş ve hırıltılı solunumu olmuş, ancak bu yakınmaları daha sonra kendiliğinden düzelmiş. Babası sürekli bronşit olurmuş, çocukları sağlıklı. Hiç ameliyat olmamış. Zaman zaman 1-2 gün süreli nezle olup düzeliyor. İlaç alerjisi yoktu. Yıllardır evde kanaryaları vardı. Midesinde zaman zaman dispeptik yakınmaları oluyor ve bunun için antiasit kullanıyordu. Adetleri düzenli ve spirali vardı.

Hasta bir çok **alternatif tedavi** reçetesi denemiş ancak hiçbirisinden belirgin yarar görmemişti. Halen son haftalarda kekikotu, ıhlamur, papatya çiçeği ve ısırganotu tohumunu çay gibi demleyip içiyordu.

Fizik muayenede hastada herhangi bir anormallik saptanmadı. PA akciğer grafisi normaldi. Yapılan deri testinde herhangi bir yaygın allerjene karşı duyarlılık bulunmadı. Önceden başvurduğu merkezlerde yapılan tüm kan sayımı ve biokimya testleri normaldi, Total IgE düzeyi 15.2 lu/ml idi. Hasta bronkodilatasyon testi sonucunda subjektif olarak rahatladığını ifade etti ve test pozitif olarak değerlendirildi.

	BRONKODİLATASYON					
	BEKLENEN	ÖNCESİ ÖLÇÜLEN	%	SONRASI ÖLÇÜLEN	%	FARK %
FVC	3.45	3.01	87	3.24	94	8
FEV ₁	2.89	2.35	81	2.53	87	7
FEV ₁ /FVC	84	78	-5	78	-6	-
PEF	381	455	119	463	122	2
FEF _{75-85%}	1.10	0.60	54	0.77	70	28
FEF _{25%}	5.96	5.97	100	7.70	129	29
FEF _{50%}	387	3.03	78	3.80	98	25
FEF _{75%}	1.67	0.87	52	1.21	72	38

YORUM, ÖNERİ ve İZLEM

Hastanın teşhisi bronş astmasıydı ve hastalığı için yeterli bir tedavi görmemişti. Bir çok hasta gibi alternatif tedaviye inancı, ilaçlardan daha fazlaydı. Ancak yakınmalarının giderek ilerlemesi ve bitkisel ilaçlardan yarar görmemesi üzerine kliniğimize başvurmak zorunda kalmıştı. İnhaler tipi ilaçlar hakkında halk arasında söylenen yanlış sözler, hastayı çok etkilemişti. Kendisine bunların doğru olmadığı anlatıldığı halde inhaler tipi ilacı kullanmayı istemedi. Hastaya daha kolay kabul edebileceği kuru toz türü ilaç verildi (kuru toz BDP 3 puf/gün ve salbutamol PRN). Hastaya ayrıca kendi kendini daha iyi monitorize edebilmesi ve sonuçları da getiren bizlere getirmesi için **pefmetre** verildi.

İLK KONTROL (iki ay sonra)

Hasta iki aydır sürekli nezle ve postnazal akıntısının ortaya çıktığını söyledi. Nedeni kesin olarak anlaşılamamakla birlikte bu süre içinde 2 kez acil servis ziyareti yapmak zorunda kalmış ve intravenöz aminofilin verilmişti. Hasta acil servislerde çok sıkıntı çektiğinden yakınıyordu. İkinci acil servis ziyaretinde kendisine ilk önce durumunun psikolojik olduğu söylenmiş ancak daha sonra nefes darlığı iyice artınca IV aminofilin yapılmış. Genelde gündüzleri eskiye göre daha iyi ama akşam ve geceleri nefes darlığı ortaya çıkıyor. Betamimetikçi ancak 5-6 kez kullanmış ve yarar görmüştü.

Fizik muayenesinde nazal mukozaları ödemli bulundu ve postnazal akıntısı görüldü. Solunum sesleri normaldi. Hastanın kullandığı BDP 1000 mcg/gün'e çıkıldı ve nazal Bud eklendi. Hastaya gerektiğinde evde kullanması için bir nebülizer cihazı alması önerildi.

İKİNCİ KONTROL (dört ay sonra, kış sonrası)

Kendi ifadesine göre kışı iyi geçirmiş. Hiç acil servise gitmemiş ancak ayda bir nebülizer cihazı ile salbutamol kullanmış. Yakınmaları son üç haftadır artma eğiliminde, hemen her gün beta mimetik kullanıyor. Burun spreyini **epistaksis** nedeniyle sürekli alamıyordu. Anamnez esnasında sık sık kuru kuru öksürüyordu. Oskütasyonla yaygın ronküsler alındı. PEF'i 240 lt/dk olarak ölçüldü. Hastaya kısa oral steroid kürü başlandı, BDP 1500 mcg/gün'e çıkıldı ve nazal steroidi FDP'ye çevrildi. Hasta kendini iyi hissettikçe BDP'ı azaltacaktı.

ÜÇÜNCÜ KONTROL (üç ay sonra)

Bu dönemi gayet rahat geçiren hasta sadece iki kez nebülizer cihazını kullanmak zorunda kalmış. PEF takibini düzenli yapıyor, genelde değerler 350-450 lt/dk arasında oynuyor. Nebülizer kullandığı günler PEF'i 250 lt/dk civarındaymış. Kullandığı BDP'ı tedricen 3 puf/gün'e indirmiş. Kuru toz beta mimetikçi seyrek kullanıyor. Burnu nazal FDP ile çok rahat, kanamıyor. (gerçekten de bazı hastalar bir ilaçtan yan etki görürken, ona benzer bir diğer ilaçta yan etki görmez). Nazal FDP 2 puf/gün, BDP 3 puf/gün ve gereğinde beta mimetik kullanmak üzere hasta gönderildi.

DÖRDÜNCÜ KONTROL (dokuz ay sonra)

Hasta 10 gün öncesine kadar gayet iyi ve sadece BDP 2 puf/gün ve nazal FDP PRN olarak kullanıyorken, 10 gündür yeniden astması alevlenmiş. Son bir

haftadır PEF değerleri sürekli 150-200 lt/dk civarında seyretmiş. Her gece nokturnal astması oluyor ve her gece nebulizer kullanıyordu. Muayeneden kısa süre önce salbutamol kullandığı için, oskültasyonda anormal ses duyulmadı. PEF'i 270 lt/dk olarak ölçüldü. Hastanın son günlerdeki ani kötüleşmesi için belirgin bir sebep bulunamadı. Hastaya kısa kür oral steroid başlandı ve BDP'si 2x3 puf/gün'e çıkıldı.

BEŞİNCİ KONTROL (altı ay sonra)

Hasta bir önceki kontrolden sonra kısa sürede iyileşmiş ve bu dönemde hiç kötüleşmemişti. Gece rahat uyuyordu ve eforu gayet iyiydi. Sadece bir kaç kez bronkodilatör kullanmıştı. PEF değerleri sürekli 350 lt/dk'nın üzerinde seyrediyordu. BDP'ı üç aydır sadece sabahları üç puf dozunda alıyordu. Fizik muayenesi normaldi ve PEF değeri 410 lt/dk olarak ölçüldü. Hastaya BDP'ı 2 puf/gün'e indirmesi önerildi.

Hasta halen bu son kontrolden itibaren 1.5 yıldır kliniğimizde takip edilmektedir. Bir sonraki kontrolde kendisine daha önceden defalarca sorulan ve hep reddettiği bazı ilaçların dokunduğunu farkettiğini belirtti. Hasta arasına bazı romatizmal yakınmaları için NSAI türde ilaçlar almaktaydı ve bazı dönemler açıklanamayan astma atakları muhtemelen bunlara bağlıydı. Yapılan testlerle parasetamol ve Na salisilat'ı sorunsuz kullandığı bulunarak, sadece bunları kullanması önerildi. Hasta halen günde 2-3 puf/gün arası değişen dozda BDP'ı kendisi ayarlayarak kullanmaya devam etmektedir. Burnu normale döndüğünden nazal steroid almamaktadır.

Hastanın astma ataklarının sebebi mutlaka araştırılmalıdır. Hastalara her kontrole gelişinde bu durum ayrıntılı olarak tekrar tekrar sorulmalıdır. Başlangıçta ilaç intoleransı olmayan bir hastanın ilaç duyarlılığı zaman içerisinde gelişebilir.

43. 28 yaşında bekar evkızı, doğma büyüme Gaziantep'li.

Sorun: Nefes darlığı

Öyküsü: Altı yaşından beri bronş astması olarak izlenen hasta Türkiye'nin bir çok yerindeki doktorları dolaşmış. Üç yıl önceye kadar İstanbul'da iki ayrı özel doktorda aşı tedavisi olmuş, ancak sonuçta yarar görmediği gibi nefes darlığı daha da artmış. En son iki ay önce Ankara'da bir merkezde aşı tedavisine yeniden başlanmış. Hastanın halen eforu çok kısıtlı, tüm kokular, soğuk, hava değişimi, üst solunum yolu enfeksiyonu ve stress hemen nefesini daraltıyor ve öksürtüyordu. Haftada en az 2-3 gece noktural astma ile uyanıyormuş. Son bir yıl içinde en az 10 kez acil servis ziyareti vardı. Son aşıya başlandığından beri elleri, ayakları ve yüzünde sürekli şişlik oluyormuş. Son günlerde cetirizin'in bu şişliklere iyi geldiğini farketmiş. Ayrıca çocukluğundan beri olan sürekli nezle ve burun tıkanıklığının derecesi de aşı tedavisinden sonra artmış. Hasta aşı tedavisi dışında bir tedavinin olup olmayacağını merak ediyordu ve depressif görünümdeydi.

İki amca çocuğu astmalı, evde hayvan beslemiyor ve eritromisin kullandığında da deri döküntüleri oluyormuş. Halen teofilin tablet, salbutamol MDI (ayda 2-3 kutu) ve öksürük şurubu kullanıyordu. Daha önce de hep bunlara benzer ilaçlar kullanmıştı.

Fizik muayenede; her iki nazal pasajın ödemle daraldığı ve göğüste yaygın ronkusalrın olduğu görüldü. Hastanın PA akciğer grafisi normaldi. Elinde daha önceye ait farklı sonuçlar gösteren allerji testi kağıtları vardı, iki ay önceki total IgE'si 405 kU/L idi. Hastanın yapılan deri prick testinde herhangi bir reaksiyon bulunmadı. Solunum fonksiyon testi ise obstrüktif tipte bozukluk gösteriyordu.

	BEKLENEN	BRONKODİLATASYON		SONRASI	%	FARK
		ÖNCESİ	%			
FVC	3.50	2.85	82	3.19	91	12
FEV ₁	3.05	1.19	39	1.33	44	12
FEV ₁ /FVC	87	42	-45	42	-45	-1
PEF	413	145	35	172	42	19

ÖNERİ, YORUM ve İZLEM

Hasta çocukluğundan beri astma ve perrenial rinitti. Halen deri testleriyle gösterilebilen atopik bir yapısı bulunmamasına rağmen ağı tedavisi olmaya devam ediyordu. Özellikle son başladığı aşıdan sonra vücudunda yaygın ödem ortaya çıkmıştı. Almakta olduğu tedavi antiinflamatuar özellikte değildi. Kendisine astma hakkında bilgi verildi ve aşısı bıraktırıldı. Düzenli olarak kullanmak üzere BDP MDI 1000 mcg/gün, nazal Bud sprey 1000 mcg/gün, salbutamol MDI PRN ve cetirizin tablet PRN nerildi.

BİRİNCİ KONTROL (4 ay sonra)

Hastanın tüm yakınmaları gerilemişti ve kendini eskiye kıyasla çok daha iyi hissediyordu. Efor kapasitesi artmış ve gece uykulan normale dnmşti. Salbutamolu hemen her gün 1-2 kez kullanıyordu. Burunu normale dnmşti ama son bir haftadır zaman zaman kanıyordu. Bu gelişte daha önceden bahsetmediği bir başka derdini de söyledi. Son iki yıldır eskiye göre kıllanmasında artma, sa dökülmesi ve adetlerinde düzensizlik vardı. Önceden bir kaç kez IM depo steroid yapılmıştı ve bu yakınmaları o dönemden kalmıştı.

Muayenede sağ nazal pasajda krutlar görüldü. Oskültasyonda ronkus yoktu. Hastanın nazal steroidine 5 gün ara verilip, yan doza inildi. BDP'ye aynı dozda devam edecekti. İstenen hormon tetkikleri (FSH, LH, Prolaktin, testosterone, sabahki plazma kortizolu, DHEA-S) normal sınırlar dahilindeydi.

İKİNCİ KONTROL (4 ay sonra)

Daha da iyi. Bir ay önce BDP'ı sadece sabah 3 puf'a indirmış ve nazal steroidi kesmişti. Sa dökülmesi kaybolmuş ve adetleri normale dnmşti. Bu

yakınmaları muhtemelen astmaya bağlı stress sonucu ortaya çıkmıştı ve hastalığı kontrol altına girince de düzelmişti. MDI betamimetığı seyrek olarak kullanıyordu.

Hasta halen 3.5 yıldır kliniğimizde kontrollerine gelmekte ve BDP MDI kullanmaya devam etmektedir. Nazal steroide ikinci kontrolden sonra bir daha ihtiyaçı olmadı, BDP ihtiyaçı günde 750-1250 mcg olarak kendisi ayarlıyor. Bir yıl önceki şubat ayında geğirdiği bir akciğer infeksiyonu sonucu astması 15 gün için kötüleşti, bu sürede 3 kez akut astma atağı geçirdi. Bulunduğu şehirdeki devlet hastanesinde IV steroid ve aminofilin ile tedavi edildi. Sürekli hastalıklı bir çocukluk dönemi geçirdiğinden çekingen ve içine kapanık bir yapısı vardı. Ancak astması düzeldikçe kendine olan güveni arttı ve özel bir kursu bitirerek 32 yaşında güzellik uzmanı olarak çalışmaya başladı. Son kontroldeki akciğer fonksiyon testleri; FEV₁ 2.51 lt (beklenen değerin %81'i), PEF 377 lt/dk (beklenen değerin %95'i) idi.

44

Bebeğin Erkek Olması mı Astmayı Kötüleştiriyor?

27 yaşında evli, bir çocuklu ve 3.5 aylık gebe memur hanım. Doğma büyüme Diyarbakır'lı.

Sorun : Astma ve gebelik

Öyküsü : Çocukluğundan beri astma hastalığı olan bu genç hanım yakınmalarının ergenlik dönemi sonrasında kısmen azaldığını, ilk hamileliğini çok rahat geçirdiğini ancak postpartum dönemden hemen sonra yakınmalarının tekrar arttığını belirtti. İlk doğumunu 3 yıl önce yapmış ve sağlıklı bir kız çocuk doğurmuştu. Halen 3.5 aylık hamileydi ve nefes darlığı, öksürüğü, hırıltılı solunumu son iki aydır epeyce artmıştı. Dört gün önce akut bir astma atağı nedeniyle Diyarbakır'da serum ile tedavi görmüş ancak hamileliği nedeniyle ilaç tedavisi kullanmasının sakıncalı olacağı söylenmişti. Halen kokular, efor, soğuk, gülme, üzüntü gibi nedenlerle hemen nefesi daralıyor ve geceleri bu nedenle uyuyamıyordu. Sırtı çok ağrıyor ve aşırı terlemekten yakınıyordu. Eşi sigara içmiyor ve evde hayvan beslemiyorlardı. Hamilelik öncesinde sadece sıkışıklık hissettiği dönemlerde BDP ve salbutamol MDI'ı birlikte, ikişer puf kullanırmış. Hiç düzenli bir ilaç tedavisi görmemiş.

Çocukluğunda yumurta ve çikolata ile ürtiker olurmuş. Halasının iki çocuğu astmalı. Aile büyükleri muhtemelen bebeğin erkek olacağını ve o yüzden astmasının arttığını söylemişler ve erkek çocuk beklentisi içindeler. Hasta bu beklenti nedeniyle de, ayrıca sıkıntıda.

Fizik muayenede yorgun görünümde ve sürekli öksürüyordu.

Wheezingi vardı ve yaygın ronkuslar oskulte edildi. Bronkodilatasyon testine kuvvetli bir pozitif yanıt alındı.

	BRONKODİLATASYON					
	BEKLENEN	ÖNCESİ ÖLÇÜLEN	%	SONRASI ÖLÇÜLEN	%	FARK %
FVC	3.38	1.96	58	2.75	82	41
FEV ₁	2.93	1.62	55	2.43	83	50
FEV ₁ /FVC	87	83	-4	88	1	5
PEF	380	255	67	328	86	29

ÖNERİ ve YORUM

Astmalı hanımların hamilelikleri ve bebeklerini emzirmeleri genelde pratik tababette "önemli bir sorun" olarak algılanmaktadır. Hastalara genellikle kullandıkları ilaçlar bırakılmakta ve bunları kullanmanın sakıncalı olacağı söylenmektedir. Halbuki kullanılan ilaçların riski ile ciddi bir astma atağı riski birbiriyle kıyaslanacak olursa, ilaçlara bağılı yan etkilerin çok minimal olduğu görülecektir. İyi tedavi edilmiş bir astmalı hamilelik döneminde, doğumda ve emzirmede sorun yaşamaz. Hastaların 4-6 hafta ara ile kontrole gelmesi ve jinekolog ile göğüs uzmanının birlikte takibi önerilmektedir.

Hamilelikte astmalılarnın %50'sinde durum değişikliği olmaz, %30'u düzelir ama %20'si de kötüleşir. Bebeğin cinsiyetinin annenin hastalığı üzerine etkisi belirlenememiştir. **Salbutamol, terbutaline, fenoterol ve Na kromoglikat** inhaler olarak emniyetle kullanılabilir. Teofilin ile ilgili çelişkili ifadeler olup bulantı, reflü, neonatal taşıkardi ve irritabiliteyi arttırıcı etkisinden bahsedilmektedir. Bir kaç vaka raporu şeklinde kardiovasküler anomali bildirilmişse de geniş serilerde fetal anomali riskini arttırdığı bulunmamıştır. Hamilelikte ilaç metabolizması değişeceğinden serum düzeyine bakılarak verilmesi önerilmektedir. **Kısa süreli oral steroid** kürleri emniyetle verilebilir. Her ne kadar hayvan deneylerinde yüksek oral steroid dozu ile damak yanęı ve plasental anomaliler bildirilmişse de bu durum insanlarda doğrulanmamıştır. Inhaler **BDP** hayvan deneylerinde teratojenik olmasına rağmen insanlarda emniyetle kullanılacak bir ilaçtır. BDP ile ilgili bu yönde olumsuz bir bildiri bulunmamaktadır. Budesonide, fluticasone, salmeterol ve ipratropium bromide ile ilgili henüz bu alandaki bilgiler yetersizdir. Methotrexate kullanımını ise kontrendikedir. Astmalı hamilelerde doğumda forseps kullanımı veya acil

sezaryan açısından ekstra bir risk yoktur yalnız elektif sezaryen seçimi daha fazladır. **Emzirmede** ise genelde önemli bir sorunla karşılaşılmaz. Kortikosteroidler %90'dan fazla oranda kan proteinlerine bağlı olduğundan, süte önemli dozda geçmemektedir. Budesonide'nin üretici firma tarafından laktasyon döneminde kullanımı önerilmemektedir. Maternal teofilinin ise %1'inden azı süte geçmektedir. Tetrasiklin ve iyod içeren preparatların gebelik ve laktasyon döneminde kullanımı çocukta dental renk bozulması ve guatr'a yol açabilir.

Hastaya sadece MDI BDP/düzenli ve salbutamol/PRN önerildi. Hamileliğini sorunsuz tamamlayan hasta sağlıklı bir erkek bebek doğurdu. Bebeğin sağlıklı ve de erkek olması hastayı çok memnun etti. Kesinlikle bir daha gebelik istemedi ve halen yaklaşık iki yıldır günde 500-1000 mcg arası dozda BDP kullanmaya devam ediyor.

KAYNAKLAR

1. Stenius-Aarniala B, Piitilla P & Teramo K. Asthma and pregnancy: a prospective study of 198 pregnancies. *Thorax* 1988; 43: 12-18.
2. Şahin AA. Gebelik ve akciğer. *Solumun Hastalıkları Temel Yaklaşım* (Editör YI Barış). Türkiye Akciğer Hastalıkları Vakfı Yayınları No:6, Ankara 1995. Sayfa: 380-384.
3. McDonald CF & Burdon JGW. Asthma in pregnancy and lactation. A position paper for the Thoracic Society of Australia and New Zealand. *Med J Austr* 1996; 165: 485- 488.

45

Hem Sara Hastalığı Hem Astma, Ama Hayat Yine de Güzel

32 yaşında erkek hasta, evli 2 çocuklu kuyumcu. Doğma büyüme İstanbul'lu. Hiç sigara içmemiş.

Sorun: Epilepsi ve astma

Öyküsü: Çocukluğunda geçirdiği bir kafa travması sonrasında epilepsi'si ortaya çıkan hasta ayrıca 15 yaşından beri sürekli olarak astmalı. Yılboyu devam eden postnazal akıntı ve sık sinüzit atakları astmasına eşlik etmekteydi. İstanbul'da bir merkezde çeşitli deri ve kan testleri yapıldıktan sonra kendisine allerjik olduğu söylenerek tam 7 yıl aşı tedavisi uygulanmıştı. Hasta aşı süresince çeşitli bronkodilatör tablet ve şuruplara ilaveten dönem dönem kromolin sodyum MDI da kullanmış. Kendisi bu tedavilerin hiç bir yararını görmediğini ve her yıl en bir kaç kez acil servislere taşındığını ifade etti. En son 10 gün önce geçirdiği bir üst solunum yolu infeksiyonu sonrasında özel bir poliklinikte acil olarak tedavi görmüş, serum ile tedavi edilmiş. Gecede en az iki kez astma nedeniyle uyanmaktaydı. Halen salbutamol MDI (günde 8-10 kez) ve tablet 2x1 ile teofilin tablet almaktaydı. Epilepsi'si için de carbamazepin ve fenilbarbitürat kullanıyordu.

Ailesinde astmalı yoktu ve evinde hayvan beslemiyordu. Çok seyrek ve sınırsız olarak analjezik kullanıyordu. Epilepsisi daha çok, iyi uyuyamadığı ve erken kalktığı günlerde ortaya çıkıyor ve genellikle önce yüzünde olan seğirme tipi hareketlerle, atak başlıyormuş. Astma nedeniyle gece uykusu bozulduğunda, epilepsi düzeni de hemen bozuluyor. Epilepsi atağına gireceğinde nefesi daralmış dahi olsa aynı salbutamol MDI almış gibi rahatlatma hissediyormuş. Ancak son atağı esnasında hastaneye kaldırıldığında, kendisine IV aminofilin de verilmiş. Hasta daha sonra kendine geldiğinde nefes darlığı yokmuş ama serum verilmesi devam ediyormuş. Kendisine kısa süre önce muayene olduğu bir doktor tarafından nazal ve inhaler steroid önerilmiş ancak epileptik olduğu için bu ilaçları kullanmaktan korkmuş.

Fizik muayenede; genel durumu iyi, bilinci açık ve koopere idi. Hastalığı ile çok ilgili ve meraklı bir kişiliğe sahipti. Wheezing'i ve oskültasyonda yaygın ronkusalari duyuldu. Nazal mukozası ödemli ve soluk olup seröz postnazal akıntısı vardı. Yanında getirdiğı bir çok akciğer grafisi normaldi, waters grafilerinde maksiller sinüslerin taban mukozalarında yaygın kalınlaşma görüldü. Bir kaç yıl öncesine ait çeşitli allerjenler için yapılan serum spesifik IgE testleri negatifti. Yapılan bronkodilatasyon testi pozitif olarak değerlendirildi.

	BRONKODİLATASYON					
	BEKLENEN	ÖNCESİ ÖLÇÜLEN	%	SONRASI ÖLÇÜLEN	%	FARK %
FVC	5.45	4.56	84	5.21	96	14
FEV ₁	4.48	1.93	43	2.32	52	20
FEV ₁ /FVC	83	42	-40	44	-38	2
PEF	587	366	62	403	69	10

YORUM, ÖNERİ ve İZLEM

Teşhis "bronş astması, perrenial rinosinüzit ve epilepsi" idi. Hastanın astması mutlaka tedavi edilmek zorunda idi. Çünkü epilepsisini kontrol altına almak için gece rahat uyuması gerekiyordu. Hastaya kullanacağı inhaler steroidlerin astmasını kontrol altına alabilecek en önemli ilaçlar olduğu anlatıldı. En son muayene eden doktor zaten kendisine BDP MDI 2x2 ve Bud nazal sprey 2x2 vermişti, bunları kullanması önerildi. Yine gerektiğçe salbutamol MDI kullanabilirdi.

1970'li yıllarda ülkemizde de bir ara astmalılar antiepileptik ilaçlarla tedavi edilmeye çalışıldı. Hala zaman zaman bu iki hastalığın birlikteliğı üzerine araştırmalar yayınlanıyor. Ancak henüz ortaya konan ve ispatlanan hiç bir somut sonuç yoktur. Klasik antiastma ve antiepileptik tedavi birlikte verilebilir, kullanılan ilaçlar birbirini etkilemez.

BİRİNCİ KONTROL (bir yıl sonra)

Hasta astma açısından genelde çok rahat bir yıl geçirmiş ancak son bir aydır yakalandığı gripi bir türlü atlatamamış ve öksürüyor, nefesi daralıyordu. Bir kaç

gecedir de noktural astma ile uyanmış ve korkudan kontrole gelmişti. Postnazal akıntısı ve burnu bir kaç ayda düzeldiği için nazal steroidi uzun süredir kesmiş ama inhaler steroide devam ediyordu. Son bir yılda epilepsi'si de daha iyi, sadece üç atak geçirmiş. Epilepsi atağı yine iyi uyuyamadığı gecelerin sabahında yüzünde tiklerle başlıyor, hemen ilaçlarını alıyor ve 1-2 saat kadar uyuyor. Fizik muayenede yaygın ronkusları oskülte edildi. PEF'i 330 lt/dk olarak ölçüldü. Hastaya kısa kür oral steroid verildi, eski ilaçlarına devam edecekti.

İKİNCİ KONTROL (6 ay sonra)

Genel olarak durumu iyi. Son bir haftadır KBB uzmanının sol kulağında sıvı olması nedeniyle verdiği "**dekonjestan ve mukolitik**" iki tableti kullanıyordu, son bir kaç gündür öksürmeye başlamış ve hafif nefes darlığı hissediyordu. On aydır epileptik atak geçirmemişti ve çok memnundu. Yaygın ronkuslar oskülte edildi, PEF'i 400 lt/dk olarak ölçüldü.

Muhtemelen son günlerdeki öksürüğü kullandığı dekonjestan ilacın yan etkisiydi. Zaten kulak yakınması da düzeldiği için, bu ilaç kesildi. Eski ilaçlara devam önerildi.

ÜÇÜNCÜ KONTROL (Sekiz ay sonra)

Aşağı yukarı astma ile ilgili herhangi bir yakınması kalmamış, epilepsi'si de kontrol altına girdiği için (halen bitmek üzere olan) **ramazan**'da **oruç** tutmaya başlamış ve epilepsi ilaçlarını bir miktar aksatmıştı. Yaklaşık 10 gün önce şiddetli bir epilepsi atağı geçirmiş ve iki gün özel bir hastanede yatırılmış. Burada biraz üşüdüğünü ve öksürmeye başladığını söylüyordu. Ancak hiç bronkodilatör kullanmaya ihtiyaç olmamış. Muayenede seyrek ronkuslar duyuldu. Solunum fonksiyon testi hafif obstrüktif tipte bozukluk gösteriyordu.

	BEKLENEN	ÖLÇÜLEN	%
FVC	5.39	6.94	129
FEV ₁	4.42	3.37	76
FEV ₁ /FVC	82	49	-33
PEF	583	579	99

Hastaya kullandığı inhaler steroide aynı dozda devam etmesi önerildi. Kontrollere gelmeye devam edecekti.

KAYNAKLAR

1. Lovitsky SV. The method of training central nervous system in patients with asthma bronchiale. XVth World Congress of Asthmology, 24-27 Nisan 1996, Paris/Fransa. Allergy 1996; 51(suppl 30): 28.
2. Fedotov AA, Miroshnicov DV, Lovitsky SV. "Brain music" in prophylaxis of bronchial asthma attacks. XVth World Congress of Asthmology, 24-27 Nisan 1996, Paris/Fransa. Allergy 1996; 51(suppl 30): 28.

44 yaşında evli 2 çocuklu öğretmen hanım. Doğum yeri Ankara, 16 yıldır Calgary/Kanada'da yaşıyor. Orada halen hayır kuruluşlarında gönüllü olarak çalışıyor.

Sorun: Nefes darlığı, hırıltılı solunum ve hipertansiyon

Öyküsü: Hasta son dört yıldır kendisini giderek artan bir biçimde rahatsız eden nefes darlığı ve hırıltılı solunumdan yakınuyordu. Bu nedenle eforu giderek kısıtlanmış ve son beş aydır hemen her gece sabaha karşı uykudan nefes darlığı ile uyanıyormuş. Kışları Calgary çok soğuk oluyor ve yaşamı tamamen eziyet haline geliyormuş. Alışverişe çıktığında, otomobilden alışveriş merkezine girene kadar yoldaki bir-iki dakikalık soğuktan hemen nefesi daralıyor ve sonra yarım saate yakın bir süre normale gelemediğini ifade ediyordu. On yıl önceye kadar 8 yıl günde 4-5 sigara içmiş ancak daha sonra Kanada'da buldukları ortamlarda hiç sigara içilmediğinden, o da ortama uyarak sigarayı bırakmış. Halen oradaki yaşamında hiç sigara maruziyeti yok, bu nedenle sigaranın kendisini etkilediğini ancak Türkiye'ye tatile geldiğinde hatırlıyor. Kendisi 9 yıldır hipertansif ve oradaki "Aile hekimi" tarafından tedavi ediliyor. Doktoru yakınmalarının astmaya uyabileceğini düşünerek bir yıl önce kışın, kendisini Bölge Hastanesindeki Göğüs bölümüne havale etmiş. Ancak havale edilmesi ve randevu verilmesi epey zaman aldığından kışın yapılan havale ile ancak ilkbaharda kısmen kendini iyi hissettiği bir dönemde hastaneye gidebilmiş. Orada sadece solunum fonksiyon testi yapılmış ve sonucu daha sonra kendisini gönderen doktora postalanmış. Raporunda solunum testinin tamamen normal olduğu ve astma ile uyumlu olmadığı bildirilmiş. Doktoru bu rapora rağmen, sadece gerektiği zamanlarda kullanmak üzere salbutamol inhaler vermiş. Hasta halen bu spreyden ayda ortalama bir adet kullanıyor ve yarar görüyordu.

Hipertansiyonu için önceden hatırlayabildiği kadarıyla bir ara kaptopril kullanmış ancak ağzında şişlik ve kuruluk yaptığı için bunu bırakmış. Halen son altı aydır Privilin tablet 20-30 mg/gün kullanıyordu (bir ACE inhibitörü) ve astması yaklaşık bu tarihten sonra kötüleşmişti. Hipertansiyonu bir türlü kontrole girmiyordu.

Beş, dört ve iki yıl önce pnömoni geçirmişti. Adet düzensizliği nedeniyle 2 ay önceye kadar 2 yıl hormon tedavisi almış. Bir yıl önceye kadar evde köpek besliyormuş ancak, hayvanı nefesini olumsuz yönde etkilediğini fark ederek evden uzaklaştırmış ve yarannı görmüş. Babaannesi sigara içmez ama sürekli bronşitmiş.

Hastanın fizik muayenesinde kan basıncı 165/105 mm Hg olarak ölçüldü. Obez görünümdeydi (boy 165 cm/ağırlık 82 kg). Bilateral yaygın ronküsler oskulte edildi. Akciğer grafisinde kalp gölgesi normalden daha geniş ve aort topuzu belirgindi. Deri prick testinde sadece kedi ve köpek için zayıf bir reaksiyon vardı. Bronkodilatasyon testi pozitif olarak değerlendirildi.

	BRONKODİLATASYON					
	BEKLENEN	ÖNCESİ ÖLÇÜLEN	%	SONRASI ÖLÇÜLEN	%	FARK %
FVC	3.38	2.74	81	2.98	88	9
FEV ₁	2.81	2.13	76	2.42	86	13
FEV ₁ /FVC	83	78	-5	81	-2	3
PEF	375	312	83	329	88	5
FEF _{75-85%}	1.02	0.58	57	0.81	79	38
FEF _{25%}	5.86	4.26	73	5.10	87	20
FEF _{50%}	3.76	2.27	60	3.08	82	36
FEF _{75%}	1.56	0.80	51	1.12	72	41

YORUM, ÖNERİ ve İZLEM

Hastanın teşhisi bronş astması ve hipertansiyondur. Daha önce verilen kaptopril'i kullanamayan hastaya yeniden bir ACE inhibitörü verilmesi, muhteme-

len son aylardaki kötüleşmesinin sebebiydi. Hasta Kanada şartlarında sadece aile hekimi tarafından izlenmekte ve sadece onun uygun bulacağı tedaviyi görmektedir. Ancak öyküden de anlaşılacağı üzere hasta yetersiz tedavi almaktadır. Esas hastalığı hipertansiyon olarak düşünülüp, nefes darlığı pek fazla önemsenmemiştir. Bir kez Göğüs kliniğine havale edilmiş ancak sağlık bürokrasisi nedeniyle randevu tarihi gelene kadar durumu kendiliğinden düzelmiş ve hasta ile fazla ilgilenilmeden sadece bir solunum testi yapılarak geri gönderilmiştir. Sonradan o testin de normal olduğu öğrenilmiştir. Aslında öyküsü astma ile tamamen uyumlu olduğu halde antiinflamatuvar tedavi verilmemiştir. Buna benzer bir çok öyküyü yurtdışında çeşitli ülkelerde yaşayan Türklere duymaktayız. Bizden epeyce ileri olmalarına özenilen bu ülkelerdeki sağlık bürokrasisi de epeyce ileri boyuttadır. Hastalar oralarda her istediği doktora muayene olamamakta ve sigortanın kabul ettiği doktorların dışında yazılan ilaçları alamamaktadır. Bu nedenle sadece sağlık sorunlarını gidermek için özellikle Türkiye'ye gelen bir grup göçmen/işçi bizlere zaman zaman başvurmaktadır. İnsanın hasta olduğunda istediği doktora başvurması ve kendi lisanında sorunlarını anlatması, ancak kaybedilince kıymeti anlaşılan bir imtiyaz olsa gerek.

Hastaya BDP MDI 1000 mcg/gün, salbutamol MDI PRN ve hipertansiyonu için de indapamid 1x1 tablet ile amlodipine 2x5 mg tablet önerildi. Kilo verecek ve tuz yemeyecekti. Kullandığı ACEİ kesildi. Köpeğini evden uzaklaştırmakla iyi etmişti. İsteği üzerine Calgary'deki doktoruna iletmek üzere bir rapor verildi. Hasta halen birkaç ayda bir telefonla aramakta ve durumu hakkında bilgi vermektedir. Astması ve tansiyonu kontrol altındadır. Kendisine verilen tedaviyi oradaki doktoru da aynen sürdürmektedir.

Kendisine verilen rapor:

To whom it may concern,

A.K., 44-year-old female patient, born in Ankara, living in Calgary / Canada, has referred to our out-patient clinic with complaints of shortness of breath and wheezing which has been increasing with exercise, cold air and strong odor. She had nocturnal asthmatic attacks almost every night in the last 5 months. She has hypertension and has been receiving angiotensin converting enzyme inhibitor. Her grandmother also had asthma. She has been smoking until 10 years before. She had a dog which she had to give away a year ago. Physical

examination revealed bilateral, diffuse rhonchi. Compleat blood count and blood chemistry were in normal limits. Skin prick test was positive for cat and dog. Bronchodilatation test was as follows:

	PRE BRONCHODILATATION			POST BD		CHANGE
	Predicted	Measured	%	Measured	%	%
FVC	3.38	2.74	81	2.98	88	9
FEV ₁	2.81	2.13	76	2.42	86	13
FEV ₁ /FVC	83	78	-5	81	-2	3
PEF	375	312	83	329	88	5
FEF _{75-85%}	1.02	0.58	57	0.81	79	38
FEF _{25%}	5.86	4.26	73	5.10	87	20
FEF _{50%}	3.76	2.27	60	3.08	82	36
FEF _{75%}	1.56	0.80	51	1.12	72	41

Beclomethazone dipropionate metered dose inhaler 2x2 puffs/day (1000 mcg), salbutamol metered dose inhaler when required (prn) for asthma, and indapamid and amlodipine for her hypertension is prescribed. The angiotensin converting enzyme inhibitor is stopped. This report has been prepared due to patient's request.

A.Fuat Kalyoncu, MD
Associate Professor
Dept. of Chest Diseases, Adult Allergy Unit
Hacettepe University, School of Medicine
Ankara, Turkey.

54 yaşında emekli öğretmen, evli 8 çocuklu, doğum yeri ve sürekli yaşadığı yer Yozgat'ın Şefaathli ilçesine bağlı bir köy.

Sorun: Nefes darlığı

Sol yan ağrısı

Geliş tarihi: 25 Mayıs 1987

Öyküsü: Son dokuz yıldır ortaya çıkan nefes darlığı zaman içerisinde tedrici olarak artma göstermiş ve özellikle son bir aydır sol göğüs ağrısı ile birlikte ve çok rahatsız edici düzeydeymiş. Son bir ayda Yozgat Devlet Hastanesine iki kez bu nedenle yatırılmış ama durumunda pek de fazla bir değişiklik olmadan taburcu edilmiş (en son dört gün önce taburcu olmuş). Hastanede "astım bronşit" teşhisiyle IV aminofilin +steroid ile birlikte antibiotik ve öksürük şurubu tedavisi görmüştü. Halen nefes darlığı ve sol yan ağrısının yanısıra öksürük, hırıltılı solunum ve sabahları yarım fincan kadar balgam çıkarma yakınmaları vardı. Son bir yıldır 3 yastıkla yatıyordu, iştahı iyi olmasına rağmen bir yılda 5-6 kg vermişti. Halen salbutamol tablet, MDI ve aminofilin IV PRN olarak kullanıyordu. Yedi ay öncesine kadar 31 yıl günde bir paket sigara içmişti. Özgeçmişinde başka özellik yoktu, iki çocuğunda bronşit ve bir yeğeninde astma vardı.

Fizik muayenede dispneik ve siyanotik görünümdeydi, yardımcı solunum adalelerini kullanıyordu. Kan basıncı 145/100 mmHg, Nabız 104/dk ve ritmikti. Flapping tremoru ve 4 cm venöz dolgunluğu vardı. Göğüs ön arka çapı genişlemişti. Perküsyonla solda daha belirgin olan hipersonorite saptandı. Oskültasyonda yaygın ronkuslar vardı ama sol hemitoraksta solunum seslerinin derinden geldiği dikkati çekti. Batında istemli defansı vardı, karaciğer kosta altında 4 cm ele geliyordu. Ödemi ve çomak parmağı yoktu. Hemen çekilen PA akciğer grafisinde, solda pnömotoraks, sağ akciğerde yaygın amfizem görünümü ve bullöz yapılar saptandı.

Hemoglobin'i 15.7 gr/dl, hematokrit %48 ve beyaz küresi 6600/mm³ olarak bulundu. Solunum fonksiyon testinde bronkodilatasyona yanıt yoktu.

	BEKLENEN	ÖLÇÜLEN	%
FEV ₁	3.04±0.51	0.642	21.1
FVC	3.45±0.61	1.391	40.3
FEV ₁ /FVC	%88	%46	

TEDAVİ

Hastada uzun yıllar sigara içmesine bağlı kronik bronşit, amfizem ve büllöz akciğer hastalığı gelişmişti. Ailesinde astma ve bronşitli yakınların olması kendisinin bu duruma genetik olarak yatkın olduğunu göstermektedir. Bu durumdaki bir çok hasta bizlere sıklıkla astma tanısıyla gönderilmektedir. Ancak kitaptaki diğer öykülerle kıyaslandığında, bu hastayı astma olarak kabul etmenin mümkün olmadığı görülecektir. Hastanın daha sonraki takibi, progressif kötüleşmesi ve medikal tedaviden yeterince yararlanmaması astmadan farklılık gösterecektir. Son bir aydaki ani kötüleşmesi tamamen pnömotoraksına bağlıydı. Göğüs Cerrahi Bölümüne yatırılarak sol 2. interkostal aralıktan göğüs tüpü takıldı. Dördüncü gün akciğer ekspansiyonuna bu tedaviye son verildi. Genel durumu düzelen hasta, 1.6.1987'de Teofilin tablet 2x1 ve salbutamol MDI PRN önerileri ile taburcu edildi.

İLK KONTROL (3.7.1987)

Hasta eforla olan nefes darlığı devam etmekle birlikte, eskiye göre epeyce rahatlamıştı. Düz yolda 1 km yürüyor ve 4 kat merdiven çıkabiliyordu. Sabahları az miktarda balgam çıkıyor ve ara sıra kullandığı salbutamol MDI ile nefesi rahatlıyordu. Wheezing, yaygın ronkusalı vardı ve sol bazalde inspirium boyunca raller oskulte edildi. Kan basıncı 125/75 mmHg olarak ölçüldü. Tuzsuz diet ve aynı ilaçlara devam önerilerek kontrole çağrıldı.

İKİNCİ KONTROL (4.9.1987)

Eforla nefes darlığı devam ediyordu ve rahatsız edici boyutta sırt ağrısı vardı. Fizik muayene bir önceki muayene bulgularının aynı idi. Solunum fonksiyon testle-

rinde bronkodilatasyona olumlu yanıt tesbit edildi. Aynı ilaçlara devam etmesi önerildi.

	BEKLENEN	BRONKODİLATASYON		FARK (%)
		ÖNCESİ ÖLÇÜLEN	SONRASI ÖLÇÜLEN	
FVC	3.85±0.61	2.03	2.30	11
FEV ₁	3.34±0.51	0.856	1.26	15
FEV ₁ /FVC	%77±7.17	42	82	

Testten hastanın FEV₁ değerinin bronkodilatasyon sonrasında 1.26 lt olduğu görülmektedir. Genelde FEV₁>1.2 lt olan hastalarda beklenen ortalama yaşam 10 yıl, FEV₁=1 lt olan hastalarda beş yıl ve FEV₁<700 ml olanlarda ise iki yıl civarındadır. Yüksek rakımda oturmak bu süreyi kısaltan önemli bir etkidir.

ÜÇÜNCÜ KONTROL (3.11.1987)

Hastanın genel durumunda değişiklik yoktu. Bir haftadır bel ağrısı ortaya çıkmıştı. Laseq testi pozitif bulununca gönderildiği Fizik Tedavi Bölümü muayenesinde L4-5'de disk hernisi tesbit edildi. Bu durumla, kronik olarak öksüren kişilerde sıklıkla karşılaşılmaktadır. Bu kontrolde istenen tetkikleri;

Akciğer sintigrafisi : Sol akciğer %45, sağ akciğer %54 oranında ventile olmaktadır. Perfüzyon oranları solda %43, sağda ise %56'dır. Sol akciğer üst zon apikal segmentle, alt zonda belirgin V/Q kaybı izlenmektedir.

Akciğer BT: Akciğerde genel amfizem hali, özellikle her iki üst lobda ve paramediastinal yerleşimli çok sayıda büller ile sağ diafragmatik omentum herniasyonu bulundu.

DÖRDÜNCÜ KONTROL-Gastroenteroloji bölümüne (28.4.1988)

Geliş nedeni köpüklü ve balgam gibi görünümlü dışkılama. Rektosigmoidoskopi'de mukozaya normal olarak bulunmuş ancak anoskopide saat 4 ve 8 hizasında orta büyüklükte internal hemoroidler saptanmış. Spastik kolon teşhisi ile gerekli önerilerde bulunulmuş.

BİR GÖĞÜS HASTALIKLARI MERKEZİNE YATIŞ

(2-20.12.1988)

Ani oluşan nefes darlığı ile buraya acilen başvuran hastada yine sol pnömotoraks saptanarak, göğüs tüpü takılmış. Ancak bu tüpün etkisiz olması üzerine 8.12.1988'de sol torakotomi ile bül ligasyonu uygulanmış ve komplikasyonsuz taburcu edilmiş.

BEŞİNCİ KONTROL (3.9.1991)

Eskiden beri var olan nefes darlığı devam ediyordu. Aktüel başka bir yakınlması yoktu. Hemoglobini 18.6 gr/dl, hematokriti ise %54.8 idi. Göğüs fizyoterapisine alınarak yardımcı solunum adalelerini kuvvetlendirmesi öğretildi. Eski kullandığı ilaçlara devam edecekti. Bir sonraki kontrolde flebotomi de gündeme gelebilecekti. Böyle hastalara günümüzde teofilin'e ilave olarak antikolinergik, lokal steroid ve uzun etkili beta mimetik spreyle de önerilmektedir. Ancak 1991 imkanlarıyla hastanın tedavisi sadece bu düzeydeydi.

ALTINCI KONTROL (26.11.1991)

Ailevi sıkıntılar nedeniyle son iki aydır yeniden günde 4-5 sigara içmeye başlamış ve nefes darlığı artmıştı. Sigarayı bırakması önerildi. Solunum fonksiyon testi eskiye göre kötüleşmişti. Daha önceki pnömotoraks olayları ve akciğerindeki amfizematöz yapı kendisine hatırlatıldı, sigara içmesi yeni bir pnömotoraks ve hayati açıdan risk oluşturmaktaydı.

	BRONKODİLATASYON					
	BEKLENEN	ÖNCESİ ÖLÇÜLEN	%	SONRASI ÖLÇÜLEN	%	FARK %
FVC	3.93	1.89	48	2.05	52	9
FEV ₁	3.14	0.73	23	0.71	23	-2
FEV ₁ /FVC	%80	39	-41	35	-45	-4
PEF	486	182	37	175	36	-4

SON KONTROL (19.3.1993)

Sigaraya aralıklı olarak devam ettiği için kliniğimize gelmemiştir. Nefes darlığı ve öksürüğü rahatsız edici boyutta idi. Geceleri sık sık bu nedenlerle uyanıyordu. Artık sigarayı içemiyordu. PEF'i 140 lt/dk olarak ölçüldü. Kullandığı ilaçlara günlük 1000 mcg BDP eklendi. Kısa kür oral steroid'den subjektif olarak bir miktar istifade etti.

Hasta bu tarihten sonra, taşınmaları nedeniyle bir başka merkezde takip edilmiş, bir kaç kez hospitalize edilmiş ve durumu giderek kötüleşmiş. İlkbahar 1996'daki son kontrolünde hemoptizi nedeniyle kendisine "akciğer kanseri" olabileceği söylenince muhtemelen depressif bir reaksiyonla hayatına son verdiği öğrenildi. İntihar biçimi anlatılınca hastanın bir anlamda, son yıllarını kendisine zehir eden akciğerlerinden intikam aldığı düşünüldü.

Ölüm raporu: tabanca ile sol koltukaltından ateş edilmiş, kurşun göğsünün sağ yanından çıkmış, muhtemelen iki taraflı pnömotoraks ve mediastinal yapı-larda hasar sonucu hasta hemen kaybedilmişti.

Son Söz

Zannediyorum bu gerçek öyküleri okurken aklınıza kendi hastalarınız da gelmiş olabilir. Bir çok meslekdaşımın belki daha ilginç ve öğretici tecrübeleri de olabilir. Ben de bazı hastalarımla ilgili anılarımı yazdıkça hatırlıyorum. Yıllarca astmasını tam olarak kontrol altına alamadığımız bir hanım hastanın evine hırsız girip de elleri, ağızı bağlanıp yere yatırıldığında, astmasının düzelmesi bizleri çok etkilemişti. Bu hasta beş yıl asemptomatik kaldıktan sonra, kardeşinin ölümü ile tekrar relaps oldu. Almanya'da yaşayan ciddi astması olan ve Türkiye'ye gelince düzelen veya bu durumun tam tersini yaşayan hastalarla karşılaştık. Gözünden herpes keratiti geçiren hastanın, riskli düşüncesiyle inhaler steroidini kesen göz uzmanı meslekdaşımız ile tartıştık. Tedavi sonrasında ayak tabanında kıllar çıktığını söyleyerek gelen bir hastanın, aslında çıplak ayakla halıya bastığı ve halının tüylerinin ayak tabanına yapışmış olduğu anlaşıldı. Bir meslekdaşımdan bir hanım hastasının "biçimini beğenmediği için" turbuhaler tip ilacı kullanmak istemediğini duydum. Astmalı hanım, bu biçimdeki bir "şeyi" çantasında taşıyamayacağını söylemişti. Bir başka arkadaşım da, inhaler ilacının ucundaki kapağı çıkarmamış ama onu kızgın çivi ile delerek, kullanmaya çalışan bir hastasını anlatmıştı. Volumatiğin ucunu ağızına sokmaya çalışırken dudaklarını yaralayanlar veya nazal spreyi kullanırken parmaklarını kanatan hastalar da seyrek görülmemektedir.

Neticede acı, tatlı her tecrübe başkalarına da anlatıldığında aynı bir anlam kazanıyor. Çünkü yaşanan gerçek olayların hepsi klasik kitaplarda yer almamakta. Bu nedenle diğer meslekdaşlarımızın da imkanları olduğu ölçüde, tecrübelerini aktarmalarını öneririm.

Saygılarımla.

Doç.Dr.A.Fuat Kalyoncu

İNDEKS

- ACE inhibitörleri 123, 199
- Ağız kokusu 99
- Akciğer grafisi 11
- Allerjik değerlendirme 12
- Alternatif tedaviler 20,149,152, 185
- bitkisel 152
- hayvansal 155
- mağara tedavisi 155
- Antibiyotik 105
- Anı allerjisi 146
- Aspirin intoleransı 5,15,64,176
- Atopi 12
- Atopik dermatit 2,6
- Balgam 2,14
- Barosinüzit 51
- Barotitis media 51
- Beta bloker 50,54,161
- Bronş provokasyon testleri 11,17
- Candidiazis 107,134
- Charcot-Leyden kristalleri 14
- Creola cisimciği 14
- Curschmann's spiralleri 14
- Dekonjestan'lar 128,168,196
- Doping 83
- Doxisiklin 105,131
- Egzersiz 84
- Elektrokardiografi 14,123
- Emzirme 193
- Enkontinans 15,49,79
- Eozinofil katyonik protein 14
- Epistaksis 72,172,186
- Gastroözofageal reflü 96,173
- Gebelik 192
- Genetik 6
- Gıda duyarlılığı 120,138
- Glokom 53,161
- Herni
- Umbilikal 62
- Disk 204
- İnguinal 64
- Horlama 172
- Kan gazları 13
- Kedi allerjisi 158
- Kloströfobi 43
- Kortikofobi 181
- Kramp 41
- İmmünoterapi 13,35,74,90
- İnfluenza aşısı 91,107,150
- Metal allerjisi 75
- Mite allerjisi 57,71,94,142
- Nedokromil sodyum 26
- Operasyon 67
- Öksürükle seyreden astma 79
- Panik hastalığı 44,50
- Parapolen sendrom 32,172
- PEF 7,10
- Polen allerjisi 32,57,116,172
- Polen astması 32
- Premenstrüel astma 138
- Prick test 12
- Pulsus paradoksus 9
- Rinit 6
- Mevsimsel rinit 75
- Perrenial rinit 2,6,94
- Rinosinüzit 2,94,98,167
- Samter sendromu 15,67,73,138 , 171,176
- Septum perforasyonu 37
- Sigara 6,25,61,98
- Solunum fonksiyon testleri 9
- Spacer 107,181
- Spor 26,84
- Tetrasiklin 105
- Total IgE 14
- Uçak yolculuğu 51
- Vokal kord disfonksiyonu 47
- Yüzme 26

BRONŞ ASTMASI İLE İLGİLENENLERE ÖNERİLECEK KİTAPLAR

1. **Bronş Astması** (Editör Yİ Barış). Yazarlar; M Artvinli, Y Başer, Ü Bayındır, T Çavdar, T Çelikel, M Erk, F Erkan, ML Erkan, AF Kalyoncu, M Özesmi, O Seber, M Süerdem & AA Şahin. Ankara, 1991; 239 sayfa.
2. **Solunum Hastalıkları Temel Yaklaşım** (Editör Yİ Barış). Yazarlar; AA Şahin, L Çöplü, AS Emri, AF Kalyoncu, B Barış, ZT Selçuk, Y Karakoca, G Kısacık, AU Demir, S Fındık & S Seyhan. Türkiye Akciğer Hastalıkları Vakfı Yayınları No: 6. Kent Matbaası Ankara, 1995; 531 sayfa (II Baskısı).
3. **Nedir Bu Allerji**. AF Kalyoncu. Türkiye Akciğer Hastalıkları Vakfı Yayınları No: 7. Kent Matbaası Ankara, 1995; 156 sayfa.
4. **Bronş Astması Tanı ve Tedavi Rehberi**. Toraks Demeği Bronş Astması Grubu. İstanbul, 1996; 40 sayfa.
5. **Astma Patogenezi**. H Türктаş. Bozkır Matbaacılık Ankara, 1996; 106 sayfa.
6. **Bronş Astması El Kitabı** (Editör AF Kalyoncu). Yazarlar; Yİ Barış, AA Şahin, L Çöplü, AS Emri, ZT Selçuk & S Savcı. Türkiye Akciğer Hastalıkları Vakfı Yayınları No: 4. Kent Matbaası Ankara, 1996; 194 sayfa (II Baskısı).

Astma Kliniği

Yapılan araştırmalar Bronş Astması'nın günümüzde en sık karşılaşılan bir kaç kronik hastalıktan biri haline geldiğini göstermektedir. Ancak bu denli sık görölmesine rağmen, hastalığın kendisine özđü bazı ayrıntıların gözden kaçırılması nedeniyle hala tanı, tedavi ve izlemde çeşitli sorunlar yaşanmaktadır. Kitapta sunulan ve tartışılan olgu takdimleri birbirine benzer gibi görünse de, dikkatli okunduğunda farklı özellikleri olduğu anlaşılacaktır. Bu kitap esas olarak pratisyen ve uzmanlık eğitimi gören genç doktorlara yönelik olarak hazırlanmıştır.

ISBN 975-94702-0-9