

KOAH'TA TEMEL TEDAVİ: HASTALIK GELİŞİMİNİN VE İLERLEMESİNİN ÖNLENMESİ

GOLD 2017 Raporu Bölüm 3'te 'Koruma ve Sürdürüm Tedavisini Destekleyen Kanıtlar' başlığı altında iki sayfada sigarayı bırakmada farmakolojik tedavi ve aşılama anlatıldığı, Bölüm 4'te ise 'Stabil KOAH Tedavisi' başlığı altında risk faktörlerinin belirlenmesi ve maruziyetin azaltılması alt başlığında bir sayfa tütün dumanı, iç ve dış ortam hava kirliliği ve mesleki maruziyetten söz edilmiştir (1). Bu rapora göre:

KOAH'ta koruma ve tedavi için risk faktörlerinin belirlenmesi ve maruziyetin azaltılması önemlidir. Sigara içimi KOAH'ta en yaygın karşılaşılan ve kolayca belirlenebilen risk faktörüdür. Bu nedenle sigara içen tüm kişilerde sigarayı bırakma sürekli olarak teşvik edilmelidir. Buna ek olarak mesleki toz, duman ve gazlara ve iç/dış ortam hava kirlenmelerine kişisel toplam maruziyeti azaltmak hedefi mutlaka gözönünde tutulmalıdır (1).

TÜTÜN KULLANIMININ BIRAKILMASI

İçmeyi sürdüren tüm KOAH'lı hastalarda sigarayı bırakma temel bir girişimdir. Sigarayı bırakma mesajını vermede ve bu konuda girişimde bulunmada sağlık hizmet sunucuları son derece önemlidir. Sigara içen hastalar her fırsatta bırakmaları konusunda teşvik edilmelidirler. Bırakmayı düşünen hastalara önerilerde bulunulmalıdır. Mümkünse hastalar, hasta motivasyonunu ve güvenini artırma, hasta eğitimi, ilaç ve ilaç dışı girişimlere odaklanan davranış değişikliği tekniklerini içeren kapsamlı bir sigara bırakma programına sevk edilmelidir. Sigarayı bırakmak KOAH'ın doğal gelişimini etkilemede en büyük etkiye sahiptir. Eğer sigarayı bırakmaya yeterli kaynak ve zaman ayrılabilirse uzun süreli başarılı bırakma oranı %25'i geçebilir (1).

Nikotin yerine koyma ürünleri

Nikotin yerine koyma tedavisi uzun süreli sigarayı bırakma oranlarını artırır ve bu anlamda plesebodan daha etkilidir. Nikotin yerine koyma tedavisinde e-sigaralar giderek artan oranlarda kullanılmakla birlikte, bu amaçla kullanımlarının etkinliği tartışmalıdır (1).

Farmakolojik ürünler

Vareniklin, bupropion ve nortriptilin uzun süreli bırakma oranlarını artırır, ancak tek başına kullanımlarından çok bir girişim programının parçası olarak kullanılmalıdır (1).

Sigarayı bırakma programları

Sigarayı bırakma girişiminde beş aşamalı program sigarayı bırakmak isteyen hastalarına yardım etmek isteyen sağlık görevlilerine rehberlik için bir çerçeve sunmaktadır. Sağlık görevlilerince yapılan bırakma önerileri, kendi başına yapılan bırakma girişimlerinden çok daha fazla bırakma oranları sağlar. İlaç tedavisi ile davranış tedavisinin kombinasyonu sigarayı bırakma oranlarını artırır (1). Bu konudaki yaklaşım ve öneriler başka kaynaklardan elde edilebilir (2).

İÇ VE DIŞ ORTAM HAVA KİRLİLİĞİ

İç ve dış ortam hava kirliliği riskini azaltmak mümkündür ve bunun için halk sağlığı politikası, yerel ve ulusal kaynaklar, kültürel değişiklikler ve hastaların bireysel olarak yapması gerekenler vardır. Biyomas yakıt dumanının maruziyeti azaltmak, tüm dünyada KOAH prevalansını azaltmada büyük önem taşımaktadır. Etkin bir havalandırma, kirlenici yaymayan sobalar ve benzer girişimler mümkündür ve önerilmelidir (1).

MESLEKİ MARUZİYET

Mesleki maruziyetleri azaltmanın aynı zamanda KOAH yükünü de azalttığını gösteren çalışmalar bulunmamaktadır. Ancak, işyerlerinde bu maruziyeti yaşamakta olan hastalarda mümkünse bu iritanlara maruziyetten kaçınmalarını önermek mantıklıdır (1).

AŞILAMALAR (İNFLUENZA VE PNÖMOKOK AŞILARI)

İnfluenza aşısı ciddi hastalık, ölüm ve iskemik kalp hastalığı riskini ve toplam alevlenme sayısını azaltır. Ölü ya da inaktif edilmiş virüs içeren aşılar önerilir ve bunlar yaşlı KOAH'lı hastalarda daha etkilidir. Pnömonokok aşısı (PCV13 ve PSV23) 65 yaş ve üstü tüm hastalara önerilir (1).

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı, “sadece hastalıklardan ve mikrop-lardan korunma değil, bir bütün olarak fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyi olma hali” olarak açıklar. Geçen 10 yılda yapılan çalışmalar, bir toplumun sağlık düzeyini belirlemede tedavi edici sağlık hizmetlerini %25, buna karşılık sosyo-ekonomik düzeyin %50 oranında etkili olduğunu göstermiştir (3). Bu anlamıyla bir toplumun sağlığı büyük oranda o toplumun sosyoekonomik düzeyiyle yakından ilişkilidir. Bu durum, sağlığın, sağlık hizmetlerinden çok daha fazla ve öte bir şey olduğunu, sağlığın tüm sosyal belirleyicileri arasında sosyo-ekonomik çevrenin sağlığın en önemli belirleyicisi olduğunu göstermektedir (3, 4).

KOAH gelişimi ile ilgili risk faktörlerini belirlemek ve ve bu faktörler arasındaki etkileşimi daha iyi anlamak, KOAH prevalansını ve yükünü azaltmak için uygun stratejilerin geliştirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Çünkü, günümüzde KOAH’da şifa sağlayan hiçbir tedavi yaklaşımı bulunmamaktadır ve mevcut tedaviler (bronkodilatörler, inhale steroid ve fosfodiesteraz inhibitörü ilaçlar) temel olarak hastalığı değil, semptomları, alevlenmeleri, akciğer fonksiyonu ve yaşam kalitesini iyileştirici özelliktedir. Bu nedenle de yaşam boyu kullanılmaları gerekmektedir. Hastalık yerleştikten sonra var olan havayolu ve/veya akciğer parankim hasarını geri döndürmeyi hedefleyen bir strateji oldukça fazla engellere sahiptir. Bu nedenle; KOAH gelişimini önlemek için, hastalık gelişimini kolaylaştırıcı faktörleri hedefleyen bir yaklaşım, en yüksek başarı olasılığına sahip yaklaşım olacaktır (5-7) (Tablo 1). KOAH tedavisi ile ilgili bilgilerimiz esas olarak sigara içimi ile oluşan ve hızlı FEV₁ kaybı ile karakterize KOAH’lı hastalardan elde edilen bilgilerdir. Ancak küresel KOAH’lı hastaların en az %60’ını oluşturan biyomasa ikincil KOAH, mesleki maruziyetlere ikincil KOAH ve yetersiz akciğer gelişimine ikincil KOAH’ın tedavisi konusunda yeterli bilgiye sahip değildir. Bu da, hastalık nedenlerine ve nedenlerin nedenine yönelik yaklaşımların günümüzde hastalık tedavisinin temelini oluşturduğunu göstermektedir (8, 9).

Yapılan çalışmalarda, eğitim, meslek ve gelir düzeyi ile ölçülen sosyo-ekonomik durum (SES) ile KOAH’ın tüm çıktıkları (prevalans, insidans, mortalite, hastaneye yatışlar) arasında anlamlı boyutta ters ilişki bulunduğu, en düşük SES’e sahip bireylerin, en yüksek SES’e sahip bireylere göre en az iki kat kötü KOAH çıktıklarına sahip oldukları gösterilmiştir (4). Bu durum, SES’deki eşitsizliğin kaldırılmasının, bugün kullandığımız KOAH ilaçlarından daha büyük etkiye sahip olacağını düşündürmektedir. Nitekim, gerek ulusal, gerekse küresel düzeyde yapılan çalışmalarda KOAH mortalitesindeki azalmanın, farmakolojik tedavi ile değil, temel olarak kişi başına düşen gayrisafi milli gelirin artması, sigara içme prevalansının, biyomas maruziyetinin ve hava kirliliğininin azaltılması ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar da bu görüşü destekler niteliktedir (10-14). Dünya Sağlık Örgütü’nün sağlıkta eşitsizliğin iyileştirmesi konusundaki önerileri Tablo 2’de gösterilmiştir (15).

Sonuç: Tüm bu bilgilere karşın GOLD 2017 raporuna bakıldığında 132 sayfalık rehberin sadece 3 sayfasının KOAH gelişiminin önlenmesine ayrıldığı izlenmektedir. Uygun koruyucu önlemlerle KOAH gelişimini en az %80 oranında

Tablo 1. KOAH’ta korunma ve semptomların tedavisi (Bölüm 3 ref no 5-7)

Temel Yaklaşım (Hastalık gelişiminin ve ilerlemesinin önlenmesi)	1.Sağlığın sosyal belirleyicilerinin iyileştirilmesi 2.Gebelik, yeni doğan ve yetişkin dönemlerinde risk faktörlerinin azaltılması a. Tütün/nikotin kullanımına başlanmaması, başlanmışsa bırakılması b. İç ve dış ortam hava kirliliğinin önlenmesi c. Mesleki maruziyetlerin önlenmesi d. Çocukluk dönemi enfeksiyonlarının önlenmesi 3.Uygun kilonun korunması, düzenli fiziksel aktivite 4.Aşılama
Semptomların Tedavisi (Farmakolojik Tedavi)	1.Bronkodilatörler 2.Kortikosteroidler (inhale, sistemik) 3.Fosfodiesteraz-4 inhibitörleri 4. Diğer farmakolojik tedaviler
Diğer Yaklaşımlar	1.Pulmoner rehabilitasyon 2.Cerrahi yaklaşımlar 3.Uzun süreli ev oksijen tedavisi, ventilatör desteği 4.Bronkoskopik volüm küçültme

Tablo 2. Sağlıkta eşitsizliği iyileştirmek için Dünya Sağlık Örgütü’nün önerileri (Bölüm 3 ref no 15)

- İnsanların doğduğu, büyüdüğü, çalıştığı ve yaşandığı günlük yaşam koşullarını iyileştirmek
- Gündelik yaşam koşullarının yapısal nedeni olan, gücün, paranın ve kaynakların eşitsiz dağılımını, küresel, ulusal ve yerel düzeyde durdurmak
- Sorunun boyutlarını ölçmek, değerlendirmek, konu ile ilgili bilgiyi genişletmek, sağlığın sosyal belirleyicileri konusunda eğitilmiş bir insan gücü oluşturmak ve sağlığın sosyal belirleyicileri konusunda kamuoyu farkındalığını artırmak

önlemek mümkünken, hastalık mortalitesi ve doğal gelişimine etkisi gösterilememiş ilaç ve hastane tedavisine bu boyutta ağırlık verilmesi, GOLD 2017 raporunun daha çok semptom tedavisi rehberi olduğunu, buna karşılık küresel ve ulusal KOAH sorununu çözmeye anlamlı bir katkı sağlayamayacağını göstermektedir.

KAYNAKLAR

1. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2017. Available from: <http://goldcopd.org>.

2. Kocabas A, Atış B, Çöplü L, ve ark. Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Koruma, Tanı ve Tedavi Raporu (2014). *Turk Thorac J* 2014;15:S1-S76.
3. McGinnis JM, Williams-Russo P, Knickman JR. The case for more active policy attention to health promotion. *Health Affairs* 2012; 21:78-93.
4. Gershon AS, Dolmage TE, Stephenson A, Jackson B. Chronic obstructive pulmonary disease and socioeconomic status: a systemic review. *COPD* 2012;9:216-26.
5. Ferko T, Schraufnagel D. The global burden of respiratory disease. *Annals ATS* 2014;11:404-6.
6. Schraufnagel DE, Slasi F, Kraft M, et al. An official American Thoracic Society and European Respiratory Society policy statement: disparities in respiratory health. *Eur Respir J* 2013;42:906-15.
7. Wouters M, Wouters B, Augustin I, Franssen F. Personalized medicine and chronic obstructive pulmonary disease. *Cur Opin Pulm Med* 2017.
8. Assad NA, Kapoor V, Sood A. Biomass smoke exposure and chronic lung disease. *Curr Opin Pulm Med* 2016;22:150-7.
9. Martinez FD. Early-life origins of chronic obstructive pulmonary disease. *N Eng J Med* 2016;375:871-8.
10. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2016;388:1459-544.
11. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2016;388:1659-724.
12. Global, regional, and national age–sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2015;385:117-71.
13. Burney PGJ, Patel J, Newson R, et al. Global and regional trends in COPD mortality, 1990-2010. *Eur Respir J* 2015;45:1239-47.
14. Chalbot MCG, Jones TA, Kavouras IG. Trends of Non-Accidental, Cardiovascular, Stroke and Lung Cancer Mortality in Arkansas Are Associated with Ambient PM2.5 Reductions. *Int J Environ Res Public Health* 2014;11:7442-745.
15. World Health Organization. Commission on Social Determinant of Health. Closing the gap in a generation. Geneva, 2008.