

SONUÇ VE GENEL DEĞERLENDİRME

GOLD 2017 raporunda; KOAH hastalığının tanımı, değerlendirilmesi ve farmakolojik tedavi yaklaşımlarında önemli değişiklikler olmuştur. Bu bölümde GOLD 2017'deki majör değişiklikler ve TTD'nin ilgili yorumları madde madde verilecektir.

KOAH Tanımı

GOLD 2016: Yaygın, önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalık olan KOAH, akciğerlerde ve hava yollarında zararlı partiküllere veya gazlara karşı artmış bir inflamatuvar yanıt ile ilişkili olup, genellikle ilerleyici olan, kalıcı hava akımı kısıtlılığı ile karakterizedir'.

GOLD 2017: Yaygın, önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalık olan KOAH, genellikle zararlı partikül veya gazlara belirgin maruziyetin sebep olduğu havayolu ve/veya alveoler anormalliklere bağlı persistan solunum semptomları ve hava akımı kısıtlılığı ile karakterizedir.

Tanımdaki 'inflamasyon' sözcüğünün kaldırıldığı, "alveolar anormallikler" tümcesinin eklenmesi ile patolojik değişikliklerin sadece havayollarında olmadığına vurgulandığı, semptomlara tanımda yer verilerek semptomların tedavide yön verici olduğuna vurgu yapıldığını düşündürmektedir.

KOAH'ın inflamatuvar bir hastalık olduğuna patogenezi bölümünde önceden olduğu gibi yer verilirken tanımdan kaldırılmasının KOAH'ta hastalığı geri döndürecek etkin antiinflamatuvar tedavilerin olmadığına dayandığını düşündürmektedir.

KOAH'ın semptom temelinde tanımlanması, %25 oranındaki asemptomatik KOAH'lıları tanımlamada, hava akımı obstrüksiyonuna sahip olmayan, ancak yaklaşık %50'si semptomatik olan sigara içicilerini sınıflandırmada, astım ve komorbiditelere ikincil olarak oluşan benzer semptomları ayırt etmede ve geçen yıl içinde alevlenme geçirme öykülerini %50 oranında unutabilen KOAH'lı hasta gerçeğini açıklamada güçlükler doğuracaktır. Buna ek olarak, heterojen yapıda bireylerden (farklı sosyoekonomik düzeyden bireyler, mülteciler, göçmenler, bölgelere göre değişebilen sosyal ve kültürel özelliklerin etkisinin görüldüğü kadın hastalarlar, vb.) oluşan toplumlarda, daha yüksek oranlarda semptom beyan edilmesi gerçeği de semptom temeline dayanan tanımlamanın getireceği güçlükler arasında sayılabilir.

KOAH Epidemiyolojisi

Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi KOAH epidemiyolojisinin de yüksek-orta ve düşük gelirli ülkelerde farklı özellikler sergilediğini göstermektedir.

GOLD 2017 raporu gelişmiş ülkelerin epidemiyolojik gerçekleri ile KOAH'a yaklaşan bir rapor özelliğine sahiptir. Oysa dünyada KOAH'lı hastaların %90'ından fazlası düşük-orta gelirli ülkelerde yaşamakta ve ölmektedir. KOAH'taki mortalitenin en iyi belirleyicilerinden biri kişi başına düşen milli gelirdir. BOLD çalışmasında hava akımı obstrüksiyonu sıklığının sigara içme sıklığı ile korele olduğu, ancak bu durumun KOAH mortalitesi ile anlamlı bir korelasyon göstermediği bildirilmiştir. Buna karşın, yoksulluk ve yetersiz akciğer gelişiminin bir göstergesi olan restriktif spirometrik bozulmanın KOAH mortalitesi ile anlamlı boyutta korele olduğu ve bu restriktif bozulmanın, en yüksek yoksulluk oranlarına sahip ülkelerde oldukça yaygın olduğu raporlanmıştır. KOAH mortalitesi, düşük gelirli ülkelerde, özellikle de kişi başına düşen gayrisafi milli gelirin 20 bin doların altında olduğu ülkelerde oldukça yüksektir. Toplum sağlığı, sosyal belirleyicilerden büyük oranda etkilenir. En düşük sosyal grupların, en yüksek sosyal gruplara göre, 14 kat fazla solunum sistemi hastalığına sahip olduğu bildirilmiştir. Tütün dumanı, iç ve dış hava kirliliği, çevresel maruziyetler ve mesleki tehlikeler diğer organlara göre akciğerleri daha çok etkilemekte ve etnik azınlıklar ile düşük sosyoekonomik durumda bulunanlarda eşitsizliğe yol açmaktadır. Bu anlamıyla yoksulluk ve sağlıkta eşitsizlik "nedenlerin nedeni" olarak görülmektedir.

GOLD 2017, raporunun KOAH gelişiminin temel belirleyicisi olan sağlığın sosyal belirleyicilerindeki (yeterli gelir, uygun barınma, yaşam ve iş koşulları, kaliteli eğitim ve sağlık hizmetlerine ulaşım vb) bozulmayı irdelemediği izlenmektedir. Tüm dünyada KOAH gelişiminde en büyük risk faktörü olan biyomas yakıt dumanına maruziyetin yoksullukla bağlantısını ve yine KOAH gelişiminden en az %50 sorumlu olan ve genellikle yoksul ülkelerde gözlenen intra uterin ve erken çocukluk risk faktörlerinin nedenlerinin sorgulanmadığı izlenmektedir.

KOAH Tanı ve Değerlendirme

GOLD 2017 KOAH kesin tanısında spirometreyi önermektedir. Spirometrik ölçüm kriteri eskiden olduğu gibi fiks hava yolu obstrüksiyonudur. Kullanım kolaylığı ve yaygın bulunma avantajına sahiptir.

2011 ABCD evrelemede yüksek risk, hem FEV₁ hem de alevlenme sayısı ile belirlenmekte idi. Öte yandan bu durum meşgul klinisyenlerce karmaşık bulunmuş ve yeterince benimsenmemiştir. 2017 ABCD evrelemede ise FEV₁, farmakolojik tedavi kararında dışarda bırakılmış ve diğer spirometrik incelemelerle beraber sadece nonfarmakolojik tedavi kararı ve prognoz takibinde kullanımı önerilmiştir. Farmakolojik tedavi kararı tamamen semptomlar ve alevlenme sayısına göre belirlenmiştir.

Mevcut uygulama tüm dünyada zaten az başvurulan bir tanı aracı olan spirometre uygulamasının daha da yetersiz kullanımına neden olabilir. Sadece semptom ve alevlenme sayısı ile karar vermek farmakolojik tedaviyi yönlendirmek açısından uygun olabilir, öte yandan sürekli değişim gösteren hasta kliniği, komorbid hastalıkların yol açtığı benzer semptomların ayrıştırılması, astımla ayırıcı tanı için spirometri izlemi gereklidir. ABCD'den spirometrimin çıkarılması spirometrimin değerini ve gerekliliğini azaltmaz. Spirometirler kaliteli ve standartlara uygun yapılmalıdır.

Ayrıca semptom algısal bir olaydır. Toplumdan topluma, hastadan hastaya, yaşa cinsiyete sosyal faktörlere göre değişebilir. Anksiyete depresyon, kardiyovasküler hastalıklardan etkilenebilir. Bu nedenle hastayı değerlendirirken bütüncül yaklaşım ihmal edilmemelidir.

Alevlenme tanımlamasında tamamen sağlık hizmeti başvurularına dayalı bir yaklaşım ön plana geçmiştir. Bu durumda, Türkiye koşullarında hatalı bir değerlendirmeye yol açabileceği düşünülmektedir. Örneğin acil servis başvurularının ağır alevlenme kabul edilmesi sadece kısa süreli tedavi alıp evine dönen bir hasta için niteliksel olarak orta alevlenmeyi ifade ediyor olabilir. Ayrıca Türkiye koşullarında hastane yatışları bazen sadece ayrıntılı tetkik yapmak amaçlı olabilmektedir. Bu nedenle kullanılan sağlık hizmetinden çok alevlenmenin klinik ağırlığı ile hareket etmek uygun olacaktır.

Hastalık Gelişiminin ve İlerlemesinin Önlenmesi

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. E-sigaranın, sigara bırakma yöntemi olarak kullanılmasına yönelik yeterli kanıt yoktur.

KOAH önlenebilir bir hastalıktır. Sigara içme prevalansının azalması, biyomas ve hava kirliliğinin engellenmesi, sağlıklı intrauterin yaşam, sağlık hizmetlerine kolay erişim KOAH'ı önlemede önemli adımlardır ve uluslararası kılavuzlarda daha çok yer verilmesi gereken konulardır. Çünkü KOAH'la mücadelede ana unsurlar nedenlerin nedenini yok etmekten geçebilir.

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. GOLD 2017 raporu bu noktaları ihmal etmiştir ve daha çok tedaviyi hedefleyen bir rapor olmuştur.

Stabil KOAH'ta Farmakolojik Tedavi

GOLD 2017 güncel raporunda, farmakolojik tedavi yaklaşımlarında, yeni ABCD sisteminde ilk kez ilaç grupları arasında tercih bildirilmiş ve de basamak çıkma ve inme seçenekleri verilerek nispeten dinamik bir tedavi şeması oluşturulmuştur.

Grup A: GOLD 2017 raporuna göre bu gruptaki hastalara bronkodilatör tedavi başlanması önerilmekte ve başlangıç tedavide kısa veya uzun etkili bronkodilatör başlanabileceği belirtilmektedir. Tedavi yanıtı alınmayan hastalarda bronkodilatör değişikliği önerilmektedir.

Grup B: GOLD 2017 raporuna göre bu gruptaki hastalara uzun etkili bir bronkodilatör tedavi (LABA ya da LAMA) başlanması ve tedavi yanıtı alınmayan hastalarda bu iki grubun kombine edilmesi önerilmektedir.

Grup C: GOLD 2017 raporuna göre bu gruptaki hastalarda başlangıç tedavisinin LAMA ile yapılması ve tedavi yanıtı alınmayan hastalarda LABA ile kombine edilmesi önerilmektedir. LAMA ile yanıt alınamayan olgularda bir seçenek IKS+LABA'ya geçiş olabilir. Ayrıca IKS+LABA, astım-KOAH overlap (AKO) olgularında önerilir.

Grup D: GOLD 2017 raporu grupta LAMA+LABA kombinasyonu ile tedavi başlanmasını alevlenme kontrolünün sağlanamadığı olgularda LAMA+LABA+IKS'ye çıkılabileceğini önermiştir. Bu grupta başlangıç LABA+IKS kombinasyonu yine AKO grubunda önerilmektedir. Başlangıçta alternatif olarak tek LAMA'ya da yer verilmiştir. Üçlü tedaviye rağmen halen alevlenen olgularda uzun süreli makrolid ya da kronik bronşiti olan olgularda FEV₁<%50 ise roflumilastin tedaviye eklenmesi önerilmektedir. Alevlenmenin az olduğu LABA+LAMA+IKS alan olgularda LABA+LAMA tedavisine (basamak) inilebilir.

GOLD 2017 tedavi önerileri bazı kısıtlamalar içermektedir. Bunların en önemlisi GOLD 2011'den bu yana yapılan önerilerin dayanağı olan çalışmaların yeni evrelemeye uygun oluşturulmuş hasta gruplarını tam olarak içermiyor olması ve heterojenite göstermesidir. Spirometri devre dışı kalmıştır. Ancak araştırmalar, GOLD spirometrik derecelendirmeye göre yapılmakta ve çoğunda birincil sonlanım noktasının

FEV₁'deki değişim olduğu görülmektedir. Ayrıca 2 ve üzeri alevlenme yüksek riski ifade eder ancak bu grubu hedefleyen hiçbir spesifik çalışma yoktur. Alevlenme çalışmalarında süre 1 yıldır ve çoğunda takip senesinde geçirilen alevlenmeler hafiftir. Tüm bu nedenlerle yapılan önerilerin kanıt düzeyleri düşüktür. Türkiye'de uygunsuz aşırı ilaç kullanımı çok yüksek oranlardadır. Bu sorunu aşmak ve kolay ve uygulanabilir bir yaklaşım sunmak için saha hekimleri tarafından izlemdeki KOAH hastaları için tek bir bronkodilatörle tedavi başlanması, semptomatik kontrol sağlanmadığında ikinci bir bronkodilatör eklenmesi, halen 2 ve üzeri orta ya da 1 ve üzeri ağır alevlenme geçiren hastada tedaviye IKS eklenmesinin uygun bir seçenek olabileceğini düşünmekteyiz.

Stabil KOAH'ta Non-Farmakolojik Tedavi

GOLD 2017 raporu, önceki yıllarda olduğu gibi fiziksel aktivite, aşılama, uzun süreli oksijen tedavisi, pulmoner rehabilitasyon, eğitim ve özyönetim konuları ele almıştır. NIMV'un, kronik kullanımına yönelik çelişkili sonuçlar olduğunu vurgulamış ve volüm küçültme girişimlerinde hasta seçim kriterleri ve elde edilen sonuçlardan bahsetmiştir.

Fiziksel aktivite tüm hekimlerin basitçe önerebileceği herhangi bir ekipman olmaksızın yapılabilecek bir tedavi modalesidir ve ısrarla önerilmelidir. Ancak Türkiye'de bu konuda isteksiz ve fiziksel kısıtlı hastaları aktive etmek güçtür. Aşılama için de bir toplum fobisi ya da "yarara inanmama" durumu mevcuttur. Öte yandan erişkin aşılama takvimi oluşturulmuş olması ve hastanelerde aşı birimlerinin kurulmuş olması önemli adımlardır. Türkiye'de 35 merkezde Pulmoner Rehabilitasyon yapılmaktadır. Tüm dünyada pulmoner rehabilitasyon programları göğüs hastalıkları denetiminde yürütülürken Türkiye'de yönetsel ve uygulama sorunları bulunmaktadır. Pulmoner Rehabilitasyonun, tüm KOAH sonuç parametreleri üzerine belirgin olumlu etkileri vardır. Öte

yandan hastaların ulaşım, fiziksel kısıtlılık vs nedeniyle katılım ve devam sorunları oluşmaktadır. Ev programları ve I. Basamağın konuya dahil edilmesi çözüm önerileri olabilir. Bronkoskopik volüm küçültme, Türkiye'de sık uygulanan ancak hasta seçim kriterlerine çok iyi uyulması ve uzun dönem sonuçlarının iyi takip edilmesi gereken bir konudur.

Alevlenmelerin Yönetimi

GOLD 2017'de alevlenme tanımı basitleştirilmiş, "solunum semptomlarındaki günlük olağan değişikliklerin ötesinde" ifadesini kaldırılmış ve "semptomlarda ek tedavi gereksinimi ile sonuçlanacak şekilde akut bir kötüleşme" olarak tanımlanmıştır.

Antibiyotik tedavi süresi önceki raporlarda 5-10 gün iken yeni raporda bu süre 5-7 gün olarak belirtilmiştir. Sistemik steroid şekli olarak oral form önerilmiştir. Tedavi süresi 5 gündür. Alevlenme uzadığında virüs özellikle de rinovirusun akla gelmesi gerektiği, alevlenme sırasında eozinofil artışı oluyorsa bunun kortikosteroide daha iyi yanıt verebileceği bildirilmiştir.

Alevlenme tanımlaması olaya dayalı bir tanımlama olup, daha çok ilaç çalışmalarında kullanılmıştır ve gerçek yaşamda standardize edilmesi zordur. Uygulanan tedavi yaklaşımı hekimden hekime değişebilir ve bu durum standardizasyon sorununa neden olur. Hasta tarafından günlük semptom kartlarının tutulması bildirilmeyen alevlenmelerin belirlenebilmesi için iyi bir yol olabilir.

KOAH'ta Komorbiditeler

KOAH komorbiditeler mortalite ve morbiditenin en önemli nedenidir. Komorbiditeler aktif olarak araştırılmalı ve kendi kılavuzlarına uygun tedavi edilmelidir. GOLD 2017 geniş bir komorbidite bölümüne yer vermiştir.