



ASTIM

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Astım kronik enflamasyona bağlı olarak gelişen, geri dönebilir bronkospazmla karakterize bir hava yolu hastalığıdır. Ülkemizde sıklığı çocuklarda %5-8, erişkinlerde %5'in altındadır.

Risk faktörleri

- Kişisel ve ailesel atopik hastalık öyküsü
- Alerjenler
- Hava kirliliği ve sigaraya maruz kalma

Tanı

Öykü

Bazı faktörlerle alevlenen, tekrarlayıcı öksürük, nefes darlığı, hırıltılı/hışıltılı solunum, göğüsde sıkışma hissi semptomlarından biri veya birkaç bulunabilir.

Bu semptomlar viral solunum yolu enfeksiyonları ile artar, daha çok gece ve/veya sabaha karşı ortaya çıkar, nöbetler halinde gelir, kendiliğinden veya ilaçlarla düzelir. Yakınmanın olmadığı dönemler vardır, mevsimsel değişkenlik gösterir.

Fizik muayene

Bulgular hastlığın ağırlığına göre değişir. Dinlemekle normal olabileceği gibi, ekspiriyum uzunluğu, vizing, ronküs duyulabilir. Ağır olgularda solunum seslerinde azalma ve sessiz akciğer vardır. Ayrıca yardımcı solunum kaslarının solunuma katılması görülebilir.

Laboratuvar bulguları

Hava yollarındaki obstrüksiyonun ve bunun geri dönebilir olduğunu gösterilmesinde zirve akım hızı (peak expiratory flow: PEF) ölçüleri olarak 'peak flowmeter' (PFM) yardımcı olabilir. Bronkodilatör verildiğinde PEF değerindeki %15 ve daha çok artış astım lehinedir.

Ayırıcı tanı

Çocuklarda

Akut bronşiyolit, yabancı cisim aspirasyonu, gastroözefageal reflü, konjenital anomaliler, kistik fibroz, kalp yetmezliği, tüberküloz, tümör.

Tedavi

Amaç semptomsuz ve ataksız, tüm etkinliklere izin veren yaşam kalitesi sağlamaktır.

Korunma

- Tetikleyici faktörlerin ortadan kaldırılması:
Alerjenler (ev tozu akarı, hamamböceği, ev hayvanları, polenler, meslekSEL alerjenler), ilaçlar (aspirin, steroid olmayan antienflamatuvlar ilaçlar, beta blokörler), besinler ve katkı maddeleri, viral enfeksiyonlar, gastroözefageal reflü, kronik solunum yolu hastalıkları (rinit ve/veya rinosinüzit, nazal polip, kistik fibroz), sigara, bacısız soba, ocak, egzos gazı, deterjan, boyası, insektisid, her türlü sprey ve parfüm kokusu
- Grip aşısı: Her yıl ekim veya kasım aylarında yapılabilir.

Eğitim

İlk koşul hastanın eğitimi ve uyumudur. Hastalık hakkında genel bilgi, alerjen ve diğer risk faktörlerinden korunma, uzun süreli ve düzenli ilaç kullanımının önemi, inhaler ilaç teknikleri ve ilaçların yan etkileri, semptomlar arttığında ne yapması gerektiği hastaya anlatılmalıdır.

İlaç tedavisi

Astim tedavisinde iki grup ilaç kullanılır:

1. Kontrol ediciler

Hava yolu enflamasyonunu kontrol altına almak amacıyla düzenlenen kullanılan ilaçlardır. Bu ilaçlar inhaler steroidler, yavaş salinan teofillin, uzun etkili beta-2 agonistler, kromonollar ve lökotrien reseptör antagonistleridir.

Kontrol edici olarak uzun etkili beta-2 agonistler tek başlarına kullanılmamalıdır.

2. Semptom gidericiler

Hastanın yakınmalarını ortadan kaldırmak amacıyla gereksinim halinde kullanılan bronkopasifatör ilaçlardır. İlk seçenek hızlı etkili beta-2 agonistlerdir. Bu amaçla kısa etkili teofillin ve antikolinerjikler de kullanılabilir.

- Astımda tedavinin temelini oluşturan antienflamatuvların dozu hastalığın ağırlığına göre artırılıp azaltılır. Buna basamak tedavisi denir.
- Hastanın semptomlarına göre en uygun basamaktan başlanarak semptomlarda tam kontrol sağlandıktan 1-3 ay sonra bir basamak inilir.
- Tüm basamaklarda gereksinim halinde kısa etkili beta-2 agonist verilir.

ERİŞKİNDE ASTİM BASAMAK TEDAVİSİ

HAFİF İNTERMİTAN	HAFİF PERSİSTAN	ORTA PERSİSTAN	AĞIR PERSİSTAN
<ul style="list-style-type: none"> Haftada 2 kezden az symptom Gece symptomları <ayda 2 Sadece egzersiz veya tetikleyicilerle temas sonrası symptom PEF > %80 GPEF <%20 	<ul style="list-style-type: none"> Gündüz symptomları: >Haftada 2 (3-6) Gece symptomları: > Ayda 2 (3-4) PEF>%80, GPEF: %20-30* 	<ul style="list-style-type: none"> Gündüz symptomları: Her gün Gece symptomları > Haftada 2 (Ayda 5'ten fazla) PEF: %60-80, GPEF %30* 	<ul style="list-style-type: none"> Gündüz symptomları: Sürekli Gece symptomları: Çok sık PEF<%60, GPEF>%30*
	3 ayda yanıt alınmazsa sevk	Tüm çocuk hastaları sevk et Erişkinlerde 3 ayda yanıt alınmazsa sevk	Tüm hastaları sevk et
Kontrol edici ilaca gerek yok	KONTROL EDİCİ İlk Seçenek Düşük doz inhaler steroid BDP : 250 µg/gün veya BUD : 200-400 µg/gün veya FP : 125 µg/gün	KONTROL EDİCİ İlk Seçenek Düşük-Orta doz inhaler steroidler BDP : 250 µg/gün veya BUD : 200-800 µg/gün veya FP : 125 µg/gün ile birlikte Formoterol 12-24 µg veya Salmeterol 50-100 µg	Sevk edilemiyorsa KONTROL EDİCİ İlk Seçenek Yüksek doz inhaler steroid BDP : >1000 µg/gün veya BUD : >800 µg/gün veya FP : >500 µg/gün ile birlikte uzun etkili beta-2 agonist ve gerektiğinde aşağıdakilerden biri veya fazlası eklenebilir: -Yavaş salınan teofilin -Oral steroid (5-10 gün, 30-40 mg/gün)
	Diğer Seçenekler Yavaş salınan teofilin veya Lökotrien reseptör antagonistisi	Diğer Seçenekler Orta doz inhaler steroide eklenen Yavaş salınan teofilin veya Lökotrien reseptör antagonistisi	
<p style="text-align: center;">SEMPOTOM GİDERİCİLER</p> <p>Her basamakta gereksinim halinde inhale hızlı etkili beta-2 agonist (s albutamol 100 µg veya t erbutalin 250 µg) 1-2 püskürme</p> <p>BDP: Beklometazon dipropionat , BUD: Budesonid , FP: Flutikazon propionat GPEF: Günlük PEF değişkenliği</p>			

ÇOCUKTA ASTİM BASAMAK TEDAVİSİ

HAFİF İNTERMİTAN	HAFİF PERSİSTAN	ORTA PERSİSTAN	AĞIR PERSİSTAN
Kontrol edici ilaca gerek yok	KONTROL EDİCİ İlk Seçenek Düşük doz inhaler steroid BDP : 100-400 µg/gün veya BUD : 100-200 µg/gün veya FP : 100-200 µg/gün	KONTROL EDİCİ İlk Seçenek Orta doz inhaler steroid BDP : 400-800 µg/gün veya BUD : 200-400 µg/gün veya FP : 200-500 µg/gün ile	KONTROL EDİCİ İlk Seçenek Yüksek doz inhaler steroid veya gerektiğinde aşağıdakilerden biri veya daha façla eklenebilir Yüksek doz inhaler steroid BDP : >800 µg/gün veya BUD : >400 µg/gün veya FP : >500 µg/gün ile birlikte Yavaş salınan teofillin veya Uzun etkili beta-2 agonist veya Lökotrien reseptör antagonisti veya oral steroid 5-10 gün 20-30 mg/gün
	Düzen Seçenekler Yavaş salınan teofillin veya Kromonlar veya Lökotrien reseptör antagonisti	Düzen Seçenekler Orta doz inhaler steroide eklenen Yavaş salınan teofillin veya Lökotrien reseptör antagonisti veya uzun etkili beta-2 agonist	

SEMPATOM GİDERİCİLER
Her basamakta gereksinim halinde inhale hızlı etkili beta-2 agonist (salbutamol 100 µg veya terbutalin 250 g) 1-2 püskürme

BDP: Beklometazon dipropionat , BUD: Budesonid , FP: Flutikazon propionat

İzlem

İlk kontrol 3 ay sonra yapılır, sonrasında hasta 6-12 ay aralarla görülür. Tedavi başladıkten 3-6 ay sonra hasta stabilse ilaç dozu azaltılabilir ve iki hafta izlenir. Semptomlar geriliyorsa bir alt basamağa geri dönülür.

Sevk

- Tanı güclüğü çekilen ve tedaviye tam yanıt vermeyen kronik astımlı hastalar
- Ciddi astımlı erişkinler, orta-ağır astımlı 3 yaşın altındaki çocukların ve astım kontrolü güçleşen gebeler
- Suprasternal retraksiyonu olan, yardımcı solunum kaslarını kullanan, konuşma güçlüğü olan hastalar
- İlk müdahaleye karşın bir saat sonunda PEF değeri %70'in üstüne çıkmayan hastalar sevk edilmelidir.

Kaynaklar

1. Ulusal Verilerle Astma. Baybek S, Güç MO, Kalpaklioğlu AF, Kalyoncu AF, Türktaş H, ed. Ankara: Kent Matbaası, 1999.
2. International Pediatric Asthma Consensus Group. Third International Pediatric Consensus Statement on the Management of Childhood Asthma. Pediatric Pulmonology. 1998;25:1-17.
3. Global Initiative For Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention-2002. (www.ginasthma.com)
4. Toraks Derneği Ulusal Astım Tanı ve Tedavi Rehberi, İstanbul 2000.