

Bir göğüs hastalıkları kliniğinde son 3 yılda mortalite

Canan EREN-DAĞLI, A. Çetin TANRIKULU, Gökhan KIRBAŞ

ÖZET

Kliniğimizde yatan hastalar arasında mortalite sıklığını ve nedenlerini araştırmak amacıyla Ocak 2001-Ocak 2004 tarihleri arasında ölen hastalar retrospektif olarak incelendi. Demografik bilgiler ve ölüm nedenleri hasta dosyaları ve vefat kağıtlarından retrospektif olarak tarandı. Ölüm nedeninin doğru yazılıp yazılmadığı ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından önerilen temel, ara ve son ölüm nedeni şeklindeki sınıflamaya uyulup uyulmadığı da kontrol edildi.

Kliniğimizde son 3 yıl içinde toplam 2629 hasta yatırıldığı, bunların 150'sinin (% 5.7) ölümlü sonuçlandığı saptandı. Olguların 104'ü (% 69) erkek, 46'sı kadın (% 31), ortalama yaş 60.4 ± 15.3 (15-86) idi. Mortalite oranı en yüksek 2002 yılında (% 7.6) saptandı (2001'de % 3.9, 2002'de % 7.6 ve 2003'de % 5.7). Ölüm nedeni 99 (% 66) hastada doğru yazılmıştı. Ancak hiçbirinde temel, ara ve son ölüm nedeni şeklinde bir sınıflamaya rastlanmadı. Hastaların ölüm nedenleri temel ve son ölüm nedeni olarak sınıflandırıldığında, temel ölüm nedeni olarak sırasıyla kronik kor pulmonale (% 31), akciğer kanseri (% 19) ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (% 14) en sık görülürken; son ölüm nedeni olarak ise sırasıyla kronik kor pulmonale (% 23), akciğer kanseri (% 16) ve solunum yetersizliği (% 11) saptandı. Kardiyopulmoner arrest olarak son ölüm nedeni belirtilen hastaların tamamında temel ölüm nedeni farklıydı.

Sonuç olarak, mortalite oranı ve nedenlerinin bilinmesinin ve ölüm nedeni belirtilirken DSÖ tarafından önerilen temel, ara ve son ölüm nedeni şeklindeki yaklaşımın epidemiolojik çalışmalar ve mortalite verileri açısından gerekli ve faydalı olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: Göğüs hastalıkları, mortalite, ölüm nedenleri

SUMMARY

Mortality in chest diseases department in the last 3 years

We retrospectively evaluated the death cases of our clinics between January 2001 and January 2004 to determine the rate and causes of mortality. Demographic characteristics and causes of death were obtained from the patients's files and death report paper retrospectively. The documentation of the accuracy of death cause and the order of basic, intermediate and final causes of death as proposed by WHO were also checked.

In the last 3 years, 150 (% 5.7) of total 2629 patients died in our clinics. Of cases, 104 (% 69) were men and 46 (% 31) were women, the mean age was 60.4 ± 15.3 (15-86 years).

The mortality rate was highest in 2002 (% 7.6), (% 3.9 in 2001, % 7.6 in 2002 and % 5.7 in 2003). The cause of death was accurately documented in 99 (% 66) cases but classification of basic, intermediate and final causes of death were not documented. As classified according to basic and final causes of death, the basic causes of death were chronic cor pulmonale (% 31), lung cancer (% 19) and COPD (% 14); the final causes of death were chronic cor pulmonale (% 23), lung cancer (% 16) and respiratory failure (% 11). All the patients who had final death cause report as cardiopulmonary arrest had different basic death cause.

As a conclusion, we think that the knowledge of rates and causes of mortality and the documentation of basic, intermediate and final causes of death proposed by WHO are necessary and useful for the epidemiological studies and mortality data.

Key words: Chest diseases, mortality, cause of death

Sağlık hizmetlerinin planlanması, bölgesel ve ülkeler arası karşılaştırmalar gibi pek çok çalışma için güvenilir ölüm verilerine ihtiyaç duyulmaktadır. Ülkemizde doğum ve ölüm gibi olaylarla ilgili kayıt tutan kurumlar sağlık ocakları, nüfus idaresi, belediye ve hastanelerdir. Hastanelerde doktor tarafından, her hasta için "Ölüm Notu" olarak bilinen ölüm olayının, yapılan girişimlerin ve ölüm nedeninin belgelendiği bir form düzenlenir

(1). Genellikle yapılan yanlışlık, bu belgelere hastanın son ölüm nedeninin yazılması ve temel nedenin belirtilmemesidir. Hastaların çoğu kalp yetersizliği tablosu ile öldüğünden, son ölüm nedeni olarak kalp yetersizliği kodu kullanılmaktadır.

Ölüm nedenlerinin belge haline getirilmesinde amaç ölümün gerçek nedenini öğrenmek olduğuna göre, te-

mel nedenin mutlaka belirtilmesi gerekmektedir. Örneğin, pnömoni olan bir hasta kalp yetersizliği tablosuyla öldüğünde ölümün son nedeni kalp yetersizliği, ancak temel neden pnömonidir. Ülkemizde ölümlerle ilgili tutulan kayıtlarda önemli eksiklikler ve yanlışlıklar olması bu verilerden yararlanılmasını sınırlandırmakta, mortalite oranları ile ilgili güvenilir sonuçlara ulaşılmamasını engellemektedir (1).

Ölüm nedenleri kodlanırken temel, ara ve son neden kavramlarının kullanılması daha sağlıklı verilere ulaşmak için faydalı olacaktır.

Tüm dünyada göğüs hastalıklarına bağlı mortalite oranları giderek artmaktadır. Örneğin, tüm dünyada en sık rastlanan ölüm nedenleri arasında 6. sırada yer alan kronik obstrüktif akciğer hastalığının (KOAH) 2020 yılında 3. ölüm nedeni olması beklenmektedir (2). Bu nedenle, hastalığın ölüm sıklığının saptanması alınması gereken önlemler açısından önemlidir.

Çalışmamızda, yatan hastalarımızın mortalite sıklığını ve temel ölüm nedenlerini belirlemek ve mortalite nedenlerinin Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından önerilen temel ve son ölüm nedenleri şeklinde doğru yazılıp yazılmadığını araştırmak amaçlanmıştır.

MATERYAL ve METOD

Dicle Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Kliniği Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nin alanında en fazla hasta potansiyeli olan kliniğidir. Yıllık ortalama 900 hasta yatarak tedavi edilmektedir. Yaklaşık 50 yataklı bir kapasitesi mevcuttur. Kliniğimizde yatan hastalarda mortalite sıklığını, nedenlerini ve bu nedenlerin vefat kağıtlarına yazılma farklılıklarını araştırmak amacıyla Ocak 2001-Ocak 2004 tarihleri arasında ölen hastaların dosyaları hastane kayıtlarından incelendi. Kayıtlardan demografik veriler, temel ve son ölüm nedenleri ve ölüm nedeninin doğru yazılıp yazılmadığı retrospektif olarak tarandı. Hastalardan alınan veriler oluşturulan standart bir forma kaydedildi. Yıllık mortalite oranı o yıl ölen hastaların toplam yatan hasta sayısına bölünmesiyle hesaplandı. Cinsiyetlere göre temel ölüm nedenleri arasındaki farklılıklar araştırıldı.

BULGULAR

Son 3 yıl içinde toplam 2629 hasta kliniğe yatırıldı ve bunların 150'si değişik nedenlerle öldü. Bu hastaların 104'ü (% 69) erkek ve 46'sı (% 31) bayandı. Erkek/kadın oranı 2.26, ortalama yaş 60.4±15.3 (15-86) idi. Mortalite oranı en yüksek 2002 yılında 64 hasta (% 7.6) olarak saptandı. Ölüm nedeni olarak yazılan tanılar,

Tablo 1. Hastaların çeşitli demografik özellikleri.

Özellik	n	%
Cinsiyet		
Erkek	104	69
Bayan	46	31
Yaş Ortalaması	60.4±15.3	
Ölüm Oranları		
2001	35	3.9
2002	64	7.6
2003	51	5.7
DSÖ kurallarına uygun yazılan olgu sayısı	99	66

Tablo 2. En sık görülen temel ve son ölüm nedenleri.

Temel Ölüm Nedeni			Son Ölüm Nedeni		
Hastalık	n	%	Hastalık	n	%
KKP	46	31	KKP	35	23
Akciğer kanseri	28	19	Akciğer kanseri	24	16
KOAH	21	14	Solunum yetersizliği	16	11
Pnömoni	18	12	Kardiyopulmoner arrest	15	10
Tüberküloz	8	5	Pnömoni	14	9
Pulmoner Emboli	4	3	KOAH	14	9
Mezotelyoma	4	3	Tüberküloz	6	4
Diğer *	21	14	Diğer**	26	18
Toplam	150	100	Toplam	150	100

*ankilozan spondilit, pickwick sendromu, pulmoner hipertansiyon, konjestif kalp yetersizliği, nöroendokrin tümör, astım bronşiale, interstisyel akciğer hastalığı, rektum kanseri, plevral efüzyon, meme kanseri, lenfoma.

**Hemoptizi, pickwick sendromu, miyokard infarktüsü, konjestif kalp yetersizliği, interstisyel akciğer hastalığı, pulmoner hipertansiyon, kronik böbrek yetersizliği, akciğer ödemi, intrakranyal kanama, astım bronşiale, rektum kanseri, plevral efüzyon.

hastaların 99'unda (% 66) DSÖ kriterlerine uygun olarak doğru yazılmış olmasına rağmen, hiçbir hastada temel, ara ve son ölüm nedeni şeklinde ayrıntılı belirtilmemişti. Hastaların çeşitli demografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Hastaların ölüm nedenleri temel ve son ölüm nedeni olarak sınıflandırıldığında, temel ölüm nedeni olarak en sık kronik kor pulmonale (KKP) 46 (% 31), akciğer kanseri 28 (% 19) ve KOAH'a 21 (% 14) rastlandı. Her üç yıl ayrı ayrı değerlendirildiğinde KKP, akciğer kanseri ve KOAH'ın her yıl için en sık rastlanan nedenler olduğu saptandı. En sık son ölüm nedeni olarak ise KKP 35 (% 23), akciğer kanseri 24 (% 16) ve solunum yetersizliği 16 (%11) saptandı (Tablo 2). Mortalite nedenleri cinsiyete göre değerlendirildiğinde, KKP her iki cinsiyette de en sık görülen temel ölüm nedeni olarak saptandı (30 erkek, 16 kadın). İkinci sırayı ise erkeklerde akciğer kanseri, kadınlarda ise pnömoni alıyordu (Tablo 3).

Temel ölüm nedeni KKP olarak bildirilen 46 hastanın

Tablo 3. En sık görülen temel ölüm nedenlerinin cinsiyete göre dağılımı.

Erkek			Kadın		
Hastalık	n	%	Hastalık	n	%
KKP	30	29	KKP	16	35
Akciğer kanseri	25	24	Pnömoni	6	13
KOAH	16	15	KOAH	4	9
Pnömoni	12	12	Tüberküloz	4	9
Tüberküloz	4	4	Akciğer kanseri	3	7
Mezotelyoma	2	2	Pulmoner emboli	3	7
Diğer *	15	14	Diğer**	10	20
Toplam	104	100	Toplam	46	100

*ankilozan spondilit, pickwick sendromu, pulmoner hipertansiyon, konjestif kalp yetersizliği, nöroendokrin tümör, astım bronşiale, interstisyel akciğer hastalığı, rektum kanseri, plevral efüzyon, lenfoma.

**meme kanseri, pickwick sendromu, interstisyel akciğer hastalığı, pulmoner hipertansiyon, kronik böbrek yetersizliği, astım bronşiale, konjestif kalp yetersizliği.

35'inde (% 76) son ölüm nedeni de KKP olarak belirtilmişti. KKP'li hastaların diğer son ölüm nedenleri ise kardiyopulmoner arrest (4 olgu, % 8), solunum yetersizliği (2, % 4), pnömoni (2, % 4), miyokard infarktüsü ve tüberküloz gibi nedenler olarak yazılmıştı.

Temel ölüm nedeni KOAH olarak belirtilen 21 hastanın 12'sinde (% 57) son ölüm nedeni de KOAH'tı. Temel ölüm nedeni KOAH olarak belirtilen hastalarda son ölüm nedeni olarak KKP dışı nedenler bildirilmişti. Benzer şekilde, son ölüm nedeni KKP olarak bildirilen hastaların da temel ölüm nedeni KOAH değildi. Son ölüm nedeni birincil akciğer kanseri olan 24 olgunun 11'inde (% 46) küçük hücreli akciğer kanseri, 13'ünde (% 54) küçük hücreli dışı akciğer kanseri saptandı.

TARTIŞMA

Tüm dünyada solunum sistemi hastalıklarında görülen artışa paralel olarak mortalite oranlarında da ciddi artışlar olmaktadır. Bu artışın, özellikle sigarayla ilgili hastalıklara bağlı olarak önümüzdeki yıllarda devam ederek ciddi boyutlara ulaşacağı düşünülmektedir (3).

Mortalite taramalarında temel ölüm nedeni esas araştırılan parametredir. Son ölüm nedeni temel nedene bağlı olarak geliştiği için, temel ölüm nedeninin bilinmesi çok önemlidir. Bir KOAH hastası KKP gelişimine bağlı olarak ölmüşse, temel neden KOAH, son neden KKP'dir. Temel ölüm nedeninin bilinmesi, epidemiyolojik açıdan hastalıkların değerlendirilmesinde çok önemlidir. Güvenilir ve hızlı ulaşılacak mortalite verileri, koruyucu sağlık hizmetleri, hastalıklarla ilgili tedbirlerin alın-

ması ve yeni sağlık politikalarının planlanması için faydalı olacaktır. Çalışmamızda, KKP temel ve son ölüm nedenleri arasında ilk sırayı alırken, akciğer kanseri ikinci sırayı almıştır. Temel ölüm nedeni olarak KOAH üçüncü sırada yer almıştır. Son ölüm nedeni olarak solunum yetersizliği üçüncü sırada saptanmıştır.

Çalışmamızda en sık temel ve son ölüm nedeni olarak saptanan KKP, sağ ventrikül fonksiyonlarında ortaya çıkan hafif değişikliklerden, sağ kalp yetersizliğine kadar giden farklı klinik tabloları içermektedir. KKP gelişimi için pulmoner hipertansiyon şarttır ve KKP'nin en sık nedeni KOAH'dır. KOAH, KKP olgularının % 80-90'ından sorumludur. KOAH'lı hastalarda gerçek KKP prevalansını tahmin etmek oldukça güçtür. Çünkü, yeterli tarama testi bulunmamaktadır. ABD'de kalp yetersizliği ile hastaneye başvuruların % 10-30'u hipoksemik kronik akciğer hastalığına ikincil gelişen sağ kalp yetersizliğine bağlı olmaktadır. Kronik akciğer hastalığı olanlarda yapılan otopsi çalışmalarında, hastaların % 40'ından fazlasında KKP varlığı gösterilmiştir. KKP, KOAH'lı hastalarda kötü prognostik bir bulgudur. KOAH'lı ve KKP gelişmiş hastaların dört yıllık mortalite oranları % 73 olarak bildirilmiştir (4).

Akciğer kanseri ise 20. yüzyılın başlarında nadir görülmesine rağmen, günümüzde önemli bir sağlık sorunudur. Genel ölüm nedenleri arasında 2. sırada yer alırken, tüm kanser ölümlerinin % 25'ini oluşturmaktadır. Kadınlarda sıklık giderek artmaktadır. Son 15 yıl içinde ABD'de akciğer kanseri sıklığı % 51, mortalitesi % 57 artış göstermiştir. Aynı dönemde kadınlarda ölüm hızı % 144 artmıştır (5). Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Dairesi'nin 1997 yılında yayınlanan raporunda, akciğer kanseri 1994 yılında tüm kanserler içinde % 17.6 ile birinci sırada yer almaktadır. Erkeklerde % 26.3 ile ilk sırada, kadınlarda % 4.5 ile 8. sıradadır (6). Ülkemizde yapılan çalışmalara göre akciğer kanseri erkeklerde birinci, kadınlarda üçüncü sıklıkta rastlanmakta ve mortalite istatistiklerine göre her iki cinste en sık rastlanan ölüm nedenidir (7). Çalışmamızda, temel ve son ölüm nedeni olarak ikinci sıklıkta mortalite nedeni olarak saptanan akciğer kanseri, cinsiyetlere göre değerlendirildiğinde erkeklerde ikinci sırada, kadınlarda da beşinci sırada saptandı.

KOAH, tüm dünya ülkelerinde önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. DSÖ verilerine göre bugün tüm dünyada 600 milyon KOAH'lı hasta bulunmaktadır ve

her yıl 2.3 milyon kişi KOAH nedeniyle ölmektedir (8). Avrupa ülkelerinde KOAH, astım ve pnömoniden oluşan hastalık grubu ölüm nedenleri içinde 3. sırayı alırken, ABD’de KAOH tek başına 4. ölüm nedeni olarak görülmektedir (9). Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı verilerine göre hastaneden kronik bronşit, amfizem ve astım tanısıyla taburcu edilen hastaların oranı 1965-1997 yıllarında 3.1 kat (100 binde 65.9-202.9) artarken, bu hastalar arasında ölümler 5.1 kat (100 binde 0.46-2.33) artmıştır (10). Bugün tüm dünyada en sık rastlanan ölüm nedenleri arasında 6. sırada yer alan KOAH’ın 2020 yılında 3. ölüm nedeni olması beklenmektedir (2).

ABD’de yaşa göre düzenlenen KOAH’a bağlı ölüm oranı, 1966-1986 yıllarında % 71 artış göstermiştir. Halbuki, aynı dönem içinde bütün nedenlere bağlı ölüm oranı % 22, kalp hastalıklarına bağlı ölüm oranı % 45, serebrovasküler hastalıklara bağlı ölüm oranı % 58 azalmıştır (11). Kaynar ve ark. yaptıkları 13 yıllık bir retrospektif çalışmada, temel ölüm nedeni olarak en sık KOAH, son ölüm nedeni olarak ise en sık KKK saptamışlardır (12). Goldacre ve ark., İngiliz popülasyonunda yaygın görülen solunumsal hastalıkların mortalitesi ile ilgili 19 yıllık bir retrospektif çalışmada, pnömoni ve akut bronşit için ölüm oranlarının azaldığını, KOAH için ölüm oranlarında inişler ve çıkışlar saptandığını ve altta yatan neden açısından değerlendirildiğinde KOAH’ın akciğer kanserinden daha fazla mortalite oranına sahip olduğunu ve KOAH ve akciğer kanseri mortalite oranlarının 65 yaş altı erkek ve kadınlarda azaldığı, 65 yaş üstü kadınlarda ise arttığını saptamıştır (13). Çalışmamızda temel ölüm nedeni olarak KOAH üçüncü sırada yer aldı.

Tüberkülozun günümüzde özellikle etkin kemoterapi sonucu mortalite ve morbiditesinde azalma saptanmıştır. Ancak, gelişmekte olan ülkelerde ekonomik güçlükler, kontrol önlemlerinin yeterince uygulanmamış olması ve HIV enfeksiyonunun yayılması gibi nedenler tüberküloz sıklığında arzu edilen düzeyde düşüş olmasını engellemiştir (14). Çalışmamızda, tüberkülozun önemli bir mortalite nedeni olmadığı görüldü.

Sonuç olarak, son yıllarda göğüs hastalıklarında mortalite oranı artmaktadır. KOAH ve akciğer kanseri bu artışta önemli rol oynamaktadır. Her kliniğin mortalite oranlarını ve nedenlerini bilmesinin hasta yaklaşımı açısından yararlı olacağını düşünmekteyiz. Ayrıca DSÖ tarafından önerilen temel, ara ve son ölüm nedenlerinin ölüm raporunda belirtilmesinin gerekli olduğunu ve bu şekilde düzenlenecek raporların gelecekte yapılacak epidemiolojik çalışmalar, koruyucu sağlık hizmetlerinin planlanması ve sağlık bütçesinin kullanımında faydalı olacağını düşünmekteyiz. Ayrıca, bu konuda daha ayrıntılı çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. İnandı T, Vançelik S, Akşit B: Bir hastanede tutulan ölüm notları. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi 9:375-7, 2000.
2. Murray CJL, Lopez AD: Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: global burden of disease study. Lancet 349:1498-504, 1997.
3. World Health Organization. Tobacco or health: A global status report. Geneva: World Health Organization 1997; 10-18.
4. Gülbay BE, Kaya A, Acıcan T, Saryal SB: KOAH’ta Pulmoner Hipertansiyon ve Kor Pulmonale. İn Saryal SB, Acıcan T. Güncel Bilgiler Işığında Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı. Bilimsel Tıp Yayınevi. Ankara 2003, 309-3520.
5. Halilçolar H, Tatar D, Ertuğrul G ve ark: Epidemiyoloji. Akkoçlu A, Öztürk C; (eds). Akciğer Kanseri: Multidisipliner Yaklaşım. Toraks Kitapları 1:17-22, 1999.
6. Kanser bildirimlerinin değerlendirilmesi 1993-1994. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Daire Başkanlığı, yayın no: 582, Ankara 1997.
7. Çelik İ: Akciğer Kanseri Epidemiyoloji. İn Engin K, Özyardımcı N. Akciğer Kanseri. Avrupa Tıp Kitapçılık 2001, 50-56.
8. Snider FL: Defining chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med 160:17-20, 1999.
9. American Thoracic Society: Standarts for the diagnosis and care of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Am J Respir Crit Care Med 152:77-120, 1995.
10. Kocabaş A: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı: Epidemiyoloji ve doğal gelişim. Umut S, Erdinç E; (eds) Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı. Toraks Kitapları 2:8-25, 2000.
11. Higgins MW, and Thom T: Incidence, prevalence and mortality: intra and inter country differences. İn: Hensley MJ and Saunders NA; eds. Clinical epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease. New York: Marcel Dekker 1990, 23-43.
12. Kaynar H, Akgün M, Görgüner M ve ark: Göğüs hastalıklarında mortalite. Toraks Dergisi 4(2):143-150, 2003.
13. Goldacre MJ, Duncan M, Cook-Mozaffari P, Griffith M: Mortality rates for common respiratory diseases in an English population 1979-1998: artefact and substantive trends: J Public Health Med 26(1):8-12, 2004.
14. Kochi A: The global tuberculosis situation and the new control strategy of the World Health Organisation. Tubercle 72:1-6, 1991.