

# AKUT BRONŞİT TEDAVİSİ

## Antibiyotikler Gerekli mi?

Yrd.Doç.Dr. Yılmaz Bülül  
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon

### GİRİŞ

Akut bronşit; trakeobronşiyal ağacın akut inflamasyonudur. Bu inflamasyon sonucunda havayolu mukozasında ödem oluşur ve bronşiyal sekresyon artışı olur. Akut bronşit sıklıkla bir üst solunum yolu enfeksiyonu ile birlikte veya onu takiben ortaya çıkar.

Akut bronşit büyük oranda sağlıklı erişkinlerde ortaya çıkmaktadır ki bu durum komplike olmayan (unkomplike) akut bronşit olarak tanımlanmaktadır. Burada esas olarak komplike olmayan akut bronşit üzerinde durulacaktır. Zira kronik akciğer hastalığı, konjestif kalp yetersizliği, malignite ve immunosupresyon gibi ko-morbid durumların eşlik ettiği olgularda yaklaşım, eşlik eden komorbid duruma göre farklılık gösterebilmektedir. Örneğin KOAH'lı bir olguda gelişen akut atakta (KOAH alevlenme) *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenza* ve *Moraxella catarrhalis* gibi ajanlar, bronşektazili bir olguda gelişen akut bronşit atağında ise psödomonaslar önem kazanırken, komplike olmayan akut bronşitte bu ajanların hemen hiç bahsi geçmemektedir.

Akut bronşit tedavisinde antibiyotiklerin rolünü saptayabilmek için öncelikle hastalığın etyolojisinin gözden geçirilmesi gereklidir. Bu bağlamda hastalığın etyolojisinden ve daha kısa olarak da kliniği ve tanısından bahsedilecek ve takiben antibiyotiklerin rolü tartışılacaktır.

### ETYOLOJİ

Akut bronşit etyolojisinde büyük oranda viruslar (influenza, respiratuar sinsiyel virus adenovirüs, parainfluenza virus, rinovirüsler) rol oynarlar. Olguların %10'dan daha az bir kısmında bakterilerin, özellikle de *Mycoplasma pneumoniae*, *Bordetella pertussis* ve *Chlamydia pneumoniae*'nin rol aldığı bildirilmektedir (1). Altta yatan kronik bir akciğer hastalığı olmayan hiçbir akut bronşit olgusunda *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenza* ve *Moraxella catarrhalis*'in etken olduğu rapor edilmemiştir (1). Diğer yandan çeşitli fiziksel ya da kimyasal ajanlar da akut bronşit nedeni olabilmektedir. Bazı olgularda viral bronşit üzerine bakterilerin süperpozisyonu da söz konusu olabilmektedir.

## KLİNİK

Akut bronşitin en belirgin semptomu öksürüktür. Bazı otörler öksürük ile birlikte mutlaka balgam çıkarma şikayetinin de olması gerektiğini ileri sürmekteyse de, her olguda balgam şikayeti olmayabilir. Ayrıca göğüste yanma, soluk alıp verme esnasında göğüs ağrısı, halsizlik, subfebril ateş ve wheezing eşlik edebilir.

## TANI

Akut bronşit tanısı klinik bir tanıdır ve yukarıda da belirtildiği üzere hastalığın ana semptomu öksürüktür. Akut öksürüğün %70 nedeni üst solunum yolu enfeksiyonlarıdır ve bunu astım (%6) ve pnömoni (%5) takip etmektedir (2). Bu nedenlerle akut bronşit tanısı belirtilen bu nedenlerin ekarte edilmesi ile konulabilmektedir. Özellikle pnömoninin ekarte edilmesi önemlidir. Vital bulguları (Nabız<100/dk, solunum sayısı <24/dk ve oral vücut ısı<38°C) ve göğüs muayenesi normal sınırlarda olan olgularda pnömoni için ileri bir incelemenin gerekli olmadığı bildirilmektedir (3). Diğer yandan öksürüğü 3 haftadan daha uzun süren olgular, kronik öksürük bağlamında değerlendirilmeli ve ileri tetkikler yapılmalıdır.

## TEDAVİ

Akut bronşit tedavisinin temelini semptomatik ilaçlar oluşturmaktadır. Bu amaçla çoğunlukla analjezik-antipiretik ajanlar, beta agonist ilaçlar ve antitüssif ilaçlar kullanılmaktadır. Hastalığın etyolojisi göz önünde bulundurulduğunda, olguların %90'dan fazlasında antibiyotik kullanımı gerekmemektedir. Antibiyotikler, sadece bakteriyel ajanların rol oynadığı olgularda endike iken, çalışmalar bu olgularda gereğinden daha fazla antibiyotik kullanıldığını ortaya koymaktadır. İki farklı çalışmada akut bronşitli olguların %65 ve %80'inde antibiyotik reçete edildiği ortaya konulmuştur (4,5).

Olasılıkla hastaların antibiyotik beklentisi nedeniyle ya da viral ve bakteriyel bronşitleri birbirinden ayırmadaki güçlükler nedeniyle antibiyotikler gereğinden daha fazla oranda kullanılmaktadır. Nitekim çalışmalar, her türlü kültür ve seroloji çalışmasına rağmen olguların 2/3 ünden fazlasında etyolojik ajanın saptanamadığını ortaya koymaktadır (6). Hekimler arasında balgam pürülansı olan olgularda antibiyotik kullanma eğilimi varsa da, bu yaklaşım her zaman doğru değildir (7). Çünkü balgam pürülansı bir enflamasyonun varlığını gösterir. Sadece bakteriyel bronşitli hastalar değil viral bronşitli hastalar da pürülan balgam ekspektore edebilirler (8,9).

Akut bronşitte antibiyotiklerin (doksisisiklin, eritromisin ve trimetoprim-sülfometaksazol) etkinliğini araştıran plasebo kontrollü randomize çalışmaları içeren iki farklı meta analizin 1993 ve 1996 yıllarında yayınlanması ile, akut bronşitte antibiyotiklerin hastalığın süresi, ciddiyeti ya da bronşite bağlı komplikasyonların

gelişimi üzerine etkisi olmadığı ortaya çıkmıştır (10,11). Daha sonra yayınlanan meta analizlerde antibiyotiklerin hafif yararlarından bahsedilmiştir. Smucny JJ. ve ark. tarafından yapılan meta analizde plasebo ve antibiyotik tedavisini karşılaştıran 9 adet randomize çalışma incelenmiş ve antibiyotik alan olgularda öksürük semptomunun daha az ve prodüktif öksürük süresinin daha kısa olduğu rapor edilmiştir (12). Bent S. ve ark. tarafından yapılan ve 1966-1998 yılları arasındaki 8 adet randomize plasebo kontrollü çalışmayı inceleyen diğer bir meta analizde ise antibiyotiklerin (doksisisiklin, eritromisin ve trimetoprim-sülfometaksazol) öksürük ve balgam çıkarma semptomlarını yarım gün kadar azalttıkları ortaya konulmuştur (13). Smucny JJ ve ark. tarafından en son 2000 yılında yayınlanan meta analizde antibiyotiklerin öksürük, semptom süresi gibi parametreler yönünden hafif yararlı etkileri bildirmekle birlikte, benzer oranda da antibiyotiklere bağlı yan etkilerden bahsedilmektedir (14). Bu meta analizler birlikte değerlendirildiğinde, akut bronşitte antibiyotiklerin ya hiç etkisinin olmadığı, ya da öksürük ve balgam semptomunda hafif bir iyileşmeye neden olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır.

Daha sonraki dönemde (2001 yılı içinde) Contopoulos-Ioannidis DG ve ark tarafından yayınlanan ve yeni makrolidlerden azitromisinin akut bronşitteki etkinliğini diğer antibiyotiklerle (co-amoksiklav, klaritromisin, roksitromisin) karşılaştıran meta analizde, azitromisinin diğer antibiotiklerden farklı olmadığı ortaya konulmuştur (15). Azitromisini düşük doz vitamin C ile karşılaştıran çift kör, randomize son bir çalışmada ise azitromisinin vitamin C'den farklı olmadığı ortaya konulmuştur (16).

Tüm bu çalışmaların ortak sonucu akut bronşitte bakteriyel enfeksiyonu destekleyen veriler olmadıkça antibiyotik kullanılmaması gerektiğidir. Ancak hangi verilerin bakteriyel enfeksiyonu desteklediği konusu da yukarıda belirtildiği gibi tamamen açık değildir. Semptomların süresi, sosyo-ekonomik durum, ek kardiyopulmoner hastalıkların varlığı vb. durumlar antibiyotiklerin kullanımı için yol gösterici olabilir. Burada bakteriyel ajanların izolasyonu gündeme gelebilmektedir. Ancak, her şeye rağmen olguların önemli bir kısmında patojenlerin izole edilemediği unutulmamalıdır. King DE ve ark. tarafından yapılan randomize plasebo kontrollü bir çalışmada olguların %25'inde *Mycoplasma pneumoniae* serolojisi pozitif olarak değerlendirilmiş, eritromisin alan olgularda işgücü kaybı daha az bulunmuş, diğer yandan öksürük ve diğer semptomlar yönünden eritromisinin plaseboya üstünlüğü bulunmamıştır (17). Ayrıca *Mycoplasma pneumoniae* pozitif veya negatif olgular arasında antibiyotiğe cevap açısından farklılık saptanmamıştır.

Erişkinlerde akut bronşitte saptanan diğer bakteriyel ajanlar *Bordetella pertussis* ve *Chlamydia pneumoniae*'dir. Erişkinde boğmaca (*Bordetella pertussis*) kliniğinin çocukluk çağı boğmacasından farklı seyretmesi ve klasik bulgularının olmayışı nedeniyle tanısı zordur. Bu nedenle boğmaca tanısı ve tedavisinin özellikle yüksek kuşku yaratan durumlar (salgın gibi) ile sınırlandırılması önerilmektedir (1). Bu olguların hastalığı yaymaması ve bulaştırmamaları için tedavi edilmeleri gereklidir.

Akut bronşitte en sık yakalanan patojen olması nedeniyle influenza virüsünden kısaca bahsetmek gerekirse; zanamivir ve oseltamivir gibi nöraminidaz inhibitörü ilaçlar hem influenza A, hem de influenza B virüsüne karşı etkilidirler. Daha önceden influenza virüsüne karşı etkili olduğu bilinen amantadin ve rimantadinin gibi antiviral ilaçlar ise sadece influenza A'ya karşı etkilidir. İnhalasyon nöraminidaz inhibitörleriyle

yapılan çalışmalar, ilk 48 saat içinde tedavi başlandığında hastalığın suresinin kısaldığını göstermektedir (18,19,20). İNFLUENZANIN klinik tanısı, salgınlar sırasında oldukça yüksek oranlarda doğru olarak konulabilmekle birlikte, ancak salgın harici diğer zamanlarda klinik tanının sensitivitesi düşmektedir (1).

Sonuç olarak komplike olmayan akut bronşitte rutin antibiyotik tedavisi gerekli değildir. Antibiyotik tedavisi sadece bakteriyel enfeksiyonu destekleyen kuvvetli delillerin (yüksek ateş, ek hastalıkların varlığı, vb) olması durumunda gündeme gelmelidir.

## KAYNAKLAR

1. Gonzales R, Bartlett JG, Besser RE, Cooper RJ, Hickner JM, Hoffman JR, Sande MA; Principles of appropriate antibiotic use for treatment of uncomplicated acute bronchitis: background. *Ann Intern Med* 2001; 134: 521-529.
2. Irwin RS, Boulet LP, Cloutier MM, Fuller R, Gold PM, Hoffstein V, Ing AJ, McCool FD, O'Byrne P, Poe RH, Prakash UB, Pratter MR, Rubin BK. Managing cough as a defense mechanism and as a symptom. A consensus panel report of the American College of Chest Physicians. *Chest* 1998; 114: 133-181S.
3. Metlay JP, Kapoor WN, Fine MJ. Does this patient have community-acquired pneumonia? Diagnosing pneumonia by history and physical examination. *JAMA* 1997; 278: 1440-1445.
4. Gonzales R, Steiner JF, Sande MA. Antibiotic prescribing for adults with colds, upper respiratory tract infections, and bronchitis by ambulatory care physicians. *JAMA* 1997; 278: 901-4.
5. Mainous AG, Zoorob RJ, Hueston WJ. Current management of acute bronchitis in ambulatory care: The use of antibiotics and bronchodilators. *Arch Fam Med* 1996; 5: 79-83.
6. Boldy DA, Skidmore SJ, Ayres JG. Acute bronchitis in the community: clinical features, infective factors, changes in pulmonary function and bronchial reactivity to histamine. *Respir Med* 1990; 84: 377-385.
7. Stocks NP, Fahey T. The treatment of acute bronchitis by general practitioners in the UK. Results of a cross sectional postal survey. *Aust Fam Physician* 2002; 31: 676-679.
8. Robertson AJ. Green sputum. *Lancet* 1952; 1: 12-15.
9. Heald A, Auckenthaler R, Borst F, Delaspre O, Germann D, Matter L, Kaiser L, Stalder H. Adult bacterial nasopharyngitis: a clinical entity? *J Gen Intern Med* 1993; 8: 667-673.
10. MacKay DN. Treatment of acute bronchitis in adults without underlying lung disease. *J Gen Intern Med* 1996; 11: 557-562.
11. Orr PH, Scherer K, Macdonald A, Moffatt ME. Randomized placebo-controlled trials of antibiotics for acute bronchitis: a critical review of the literature. *J Fam Pract* 1993; 36: 507-512.
12. Smucny JJ, Becker LA, Glazier RH, McIsaac W. Are antibiotics effective treatment for acute bronchitis? A meta-analysis. *J Fam Pract* 1998; 47: 453-460.

13. Bent S, Saint S, Vittinghoff E, Grady D. Antibiotics in acute bronchitis: a meta analysis. *Am J Med* 1999; 107: 62-67.
14. Smucny J, Fahey T, Becker L, Glazier R, McIsaac W. Antibiotics for acute bronchitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(4):CD000245.
15. Contopoulos-Ioannidis DG, Ioannidis JP, Chew P, Lau J. Meta-analysis of randomized controlled trials on the comparative efficacy and safety of azithromycin against other antibiotics for lower respiratory tract infections. *J Antimicrob Chemother* 2001; 48: 691-703.
16. Evans AT, Husain S, Durairaj L, Sadowski LS, Charles-Damte M, Wang Y. Azithromycin for acute bronchitis: a randomised, double-blind, controlled trial. *Lancet* 2002; 359: 1648-1654.
17. King DE, Williams WC, Bishop L, Shechter A. Effectiveness of erythromycin in the treatment of acute bronchitis. *J Fam Pract* 1996; 42: 601-605.
18. Hayden FG, Osterhaus AD, Treanor JJ, Fleming DM, Aoki FY, Nicholson KG, Bohnen AM, Hirst HM, Keene O, Wightman K. Efficacy and safety of the neuraminidase inhibitor zanamivir in the treatment of influenza virus infections. GG167 Influenza Study Group. *N Engl J Med* 1997; 337: 874-880.
19. Monto AS, Fleming DM, Henry D, de Groot R, Makela M, Klein T, Elliott M, Keene ON, Man CY. Efficacy and safety of the neuraminidase inhibitor zanamivir in the treatment of influenza A and B virus infections. *J Infect Dis* 1999; 180: 254-261.
20. Randomised trial of efficacy and safety of inhaled zanamivir in treatment of influenza A and B virus infections. The MIST Study Group. *Lancet* 1998; 352: 1877-1881.