



Ülkemizde Uyku Bozukluklarının Teşhis ve Tedavisinin Yaygınlaşmasının Önündeki Engeller

The Challenges for the Diagnosis and Treatment of Sleep Disorders in Turkey

Murat Haluk Özkul

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, İstanbul, Türkiye

Öz

Tüm uyku bozukluklarının teşhisinde tek geçerli incelemenin sadece uyku laboratuvarında yapılan polisomnografi (PSG) kabul edilmesi, ülkemizde binlerce hastanın tanı için bir yılı aşkın beklemesine yol açmaktadır. Yapılan bilimsel çalışmalarda PSG önerilen hastaların %80'ine poligrafi (PG) ile tetkik yapıldığında PSG ile aynı doğrulukta teşhis konulduğu gösterilmiştir. Ülkemizdeki uyku çalışmaları %90 PSG, %10 PG ile yapılmaktadır. Avrupa genelinde ise %10 PSG, %90 PG ile yapılmaktadır. Uyku bozukluklarının teşhislerinin Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ve performans karşılıkları ise taraflar için yeterli görülmemektedir. Yapılan uyku tetkikleri sonucunda ülkemizde her yıl 10 ile 20 bin civarında hastaya pozitif hava basıncı (PHB) tedavisi önerilmektedir. Ancak bu hastalara verilen veya hastaların SUT fiyatları doğrultusunda temin ettikleri cihazların tedavideki verimliliği takip edilmemektedir. Çözüm olarak; PHB cihazlarının temini için evde bakım birimlerinin yapılmasında olduğu gibi, hastanelerin kendi tedavi ettikleri hastalar için hasta takip birimi kurmalarıdır. Hastanelerin düzenli olarak Sosyal Güvenlik Kurumu'na (SGK) takip ve kullanım raporlarını göndermeleri ve hastanın ihtiyacına göre uyumlu olduğu cihazı kendi bünyelerinde temin etmeleri en uygun çözüm gibi görünmektedir.

Anahtar Sözcükler: Uyku hastalıklarında tanı, polisomnografi, poligrafi, pozitif hava basıncı takibi

Abstract

The reason for extra long waiting periods for in-lab polysomnography (PSG) in thousands of patients is the fact that only full PSG analysis and reports are acceptable for the diagnosis of sleep disorders in Turkey. There have been reports showing that portable polygraphy (PG) had the same accuracy with PSG in 80% of patients. Sleep studies are performed with the frequency of 90% for PSG and 10% for PG in Turkey while vice versa in the most European countries. The health practices communiqué (HPC) and performance-based payment for the diagnosis of sleep disorders are unsatisfactory for the stakeholders. Ten to twenty thousand positive airway pressure (PAP) devices are prescribed per year after obligatory in-lab PSG tests in Turkey. However, treatment efficacy of these PAP devices which patients are provided or patients obtain themselves with the prices determined by the HPC are not followed up. We assume that hospitals should establish their own patient follow-up units, as such in home care system, for providing PAP devices and submit reports for periodic follow-up and utilization of PAP devices to the social security system on a regular basis.

Keywords: Diagnosis of sleep disorders, polysomnography, polygraphy, positive airway pressure follow up

Giriş

Ömrümüzün üçte birini geçirdiğimiz uykuda vücudumuzun hangi değişimler içinde olduğunu öğrenme çabaları 20. yüzyılın ikinci yarısında hız kazanmıştır. Uykuda solunum bozuklukları (Sleep disordered breathing) toplum sağlığını yakından ilgilendiren en sık uyku bozukluklarıdır. Erkeklerin %27-35’i, kadınların %9-12’sinde apne ve hipopne sayısı (AHI) beşten fazladır ve bunlar içinde erkeklerde %6-9, kadınlarda %3-4 oranında eşlik eden gündüz uykululuk hali veya kardiyovasküler morbidite mevcuttur (1-4). Uyku bozukluğunun bireyde oluşturduğu morbidite ve mortalite artışı, kaçınılmaz olarak toplumsal sonuçları da beraberinde getirmektedir. Uyku bozukluklarının neden olabileceği gündüz aşırı uykululuk hali, öngörülemeyen dayanılmaz uyku atakları, yorgunluk, dikkat eksikliği, refleks sürelerinde uzama, kognitif yavaşlama genel olarak performansı bozar; iş ve trafik kazalarına, ölçme ve değerlendirme hatalarına yol açar (5). Her yıl Amerika Birleşik Devletleri’nde 100 bin trafik kazası, direksiyon başında uyumaya bağlı olarak meydana gelmekte ve ortalama 1.500 kişi hayatını kaybetmektedir. Yani uyku bozukluklarına bağlı ölüm sayısı, alkole bağlı ölüm sayısından fazladır (6-8).

Uyku hastalıklarının tanısında; klinik, radyolojik, endoskopik muayene yöntemleri dışında uyku hastalıklarının tanısında üç uyku analiz metodu tanımlanmıştır;

1- Tarama: Bunun için horlama, gündüz uykululuğu, obezite ve hipertansiyonu sorgulayan Berlin skorlaması ve apne sayan noninvaziv aletler kullanılmaktadır.

2- Taşınabilir tanı cihazları: Poligraf (PG) adı verilen cihazlarla yapılmaktadır.

3- Uyku laboratuvarında yapılan tanısız test: Polisomnografi (PSG) olarak bilinir. Amerikan Uyku Akademisi (American Academy of Sleep Medicine; AASM) tanısız değerleri açısından bunları gruplamıştır. Birinci derece (level 1) değerli olanlar: Uyku teknisyeni gözetiminde yapılan elektroensefalografi (EEG), elektrookülografi (EOG), elektrokardiyografi (EKG), çene ve bacak elektromiyografisi (EMG), solunumsal çabayı göğüs ve karından kayıtlama, burundan hava akımını ölçen termistör, pulse oksimetre gibi kayıtları içermektedir. İkinci derece (level 2): Minimum yedi kanal taşınabilir kayıtlarını içermektedir. Üçüncü derece (level 3): Minimum dört kanal içeren taşınabilir PG kayıtları. Dördüncü derece (level 4): Sadece oksijen satürasyonu veya hava akımını kaydeden taşınabilir cihazların kayıtlarını içermektedir (9-11). Bu yazımızda Türkiye’de uykuda solunum bozukluklarının tanı ve tedavisinin önündeki zorlukları ve çözüm önerilerimizi paylaşacağız.

Tüm uyku bozukluklarının teşhisinde sadece full-PSG kaydı, analizi ve raporlamasının geçerli kabul

edilmesi ve kardiy-respiratuvar uyku PG kayıtları ile çok kolayca konulabilecek uykuda solunum bozuklukları teşhisinin, tedavi referansı olarak kabul görmemesi nedeniyle, ülkemizde binlerce hasta bir yılı geçen sürelerde randevularının gelmesini beklemektedirler. Yeterli parametre kaydını yapabilecek sayıda kanala sahip (minimum 8) bir PG ünitesinin yatırım maliyeti ve işletme maliyeti uyku laboratuvarına kurulacak bir PSG cihazının dörtte biridir. Yapılan bilimsel çalışmalarda PSG önerilen hastaların %80’ine PG ile tetkik yapıldığında PSG ile aynı doğrulukta teşhis konulduğu gösterilmiştir. Örneğin en küçük bir uyku laboratuvarı kurulurken iki adet PSG cihazı alınacağına aynı maliyette olan bir adet PSG cihazı ile dört adet PG cihazı alınırsa aynı sayıda doktor ve teknisyen iki yerine beş hasta teşhisini yapmış olacaktır. Şu anda bunun yapılmasındaki en büyük engel, PG’nin kullanım yerinin Sağlık Uygulama Tebliği’nde (SUT) açıkça tanımlanmamış olması ve pozitif havayolu basıncı (PHB) tedavisi için full PSG zorunluluğudur. Konuya ilişkin literatürden görüleceği üzere, her ülkenin uygulaması farklı olmakla birlikte PG kullanımı her geçen yıl artmaktadır. Bir çalışmada taşınabilir PG kullanılan 61 hastadan sadece 29’unda PSG’ye gereksinim duymuş, böylece tanı aşamasında %42 tasarruf sağlandığı bildirilmiştir (11).

Ülkemizdeki uyku çalışmaları %90 PSG %10 PG ile yapılmakta iken, Avrupa genelinde %10 PSG %90 PG cihazı ile yapılmaktadır. Bir yılı geçen uzun hasta randevularının tek çözümü PG ile teşhisin önünün açılmasıdır. Her hasta için uyku laboratuvarında full-PSG ile teknisyen kontrollü kayıt, yatırım olarak çok yüksek maliyetli ve emek yoğun bir iş olduğundan, hastanelere yeni uyku merkezleri açıp, bu laboratuvarları PSG cihazları ile donatmak bir çözüm yolu olarak düşünülemez (12).

İkinci önemli engel, uyku teşhislerinin SUT ve performans karşılıklarının ne hastaneler, ne doktorlar ne de bu hizmetin talep edileceği firmalar için yeterli görülmemesidir. Bu konunun dikkatlice ve detaylı şekilde incelenmesi halinde, radikal bir fiyat düzenlemesi ile çözülmesi gereği görülecektir.

Son olarak, yapılan uyku tetkikleri sonucunda ülkemizde Türkiye İstatistik Kurumu ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) verilerine göre her yıl 10 ile 20 bin civarında hastaya PAP tedavisi önerilmekte, bu hastalara verilen veya hastaların SUT fiyatları doğrultusunda temin ettikleri cihazların tedavideki verimliliği takip edilmemektedir. Birçok gelişmiş ülkede hasta tedavi edildiği sürece, periyodik sürelerde firma hasta uyumunu ölçüp, raporuyla beraber kuruma (veya hastayı takip eden hastaneye) fatura kesmektedir. Çin’de üç, Amerika’da iki, Almanya’da üç, Japonya’da sıfır, İtalya’da sıfır ve Fransa’da bir adet lokal PAP cihazı üreticisi bulunurken, bu ülkelerin en fazla onda biri kadar

PHB pazarına sahip ülkemizde bu sayının altı olması dikkat çekicidir. Hastaya faydası takip edilmeyen bir yerli malı veya yabancı marka taklidi PHB cihazları, genellikle rahat olmayan bir maske ile teslim edildiğinde şu sonuçlar doğmaktadır;

1- Hasta tedaviye uyum sağlayamadığı için SGK’ya cihaz iadesi,

2- Yeni başvuran hastaya stoktan uyum sağlamayan cihaz verilmesi nedeniyle tekrar bir uyumsuzluk ile karşılaşılabilir. Kullanılmadığı tespit edilen cihazın geri alınarak tekrar bir başka hastaya verilmesi sonucu tedavi olmayan hastalar ve boşu boşuna yapılan tetkikler sonucu kamusal bir zarar ortaya çıkmaktadır. Ülkemizde teşhisi koyan doktorun, tedavide tercih belirtmesi suç olarak görülmektedir. Hastanın tedaviye uyumu çok önemli olduğundan, geçmiş tarihlerde (2006-2009) yapılmış olan merkezi alım şeklinde ihalelerin sonuçları birçok olumsuzluklarla sonuçlanmış ve tekrar denenmemiştir (https://ekap.kik.gov.tr/EKAP/Ortak/IhaleArama2_D.aspx). Kanaatimizce PHB cihazlarının temininin en uygun çözümü, evde bakım birimlerinin yapılanmasında olduğu gibi, hastanelerin kendi tedavi ettikleri hastalar için hasta ve cihaz kullanımı takip birimi kurup, düzenli olarak SGK’ya kullanım raporları ve takiplerinin sonuçlarını fatura etmeleri, hastanın ihtiyacına göre hastanın uyumlu olduğu cihazı kendi bünyelerinde temin etmeleridir.

Yazarlık Katkıları

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu tarafından değerlendirilmiştir, Çıkar Çatışması: Yazar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir, Finansal Destek: Çalışma için hiçbir kurum ya da kişiden finansal destek alınmamıştır.

Kaynaklar

1. Hiestand DM, Britz P, Goldman M, Phillips B. Prevalence of symptoms and risk of sleep apnea in the US population: Results from the national sleep foundation sleep in America 2005 poll. Chest 2006;130:780-6.
2. Young T, Peppard PE, Gottlieb DJ. Epidemiology of obstructive sleep apnea: a population health perspective. Am J Respir Crit Care Med 2002;165:1217-39.
3. Young T, Skatrud J, Peppard PE. Risk factors for obstructive sleep apnea in adults. JAMA 2004;291:2013-6.
4. Bresnitz EA, Goldberg R, Kosinski RM. Epidemiology of obstructive sleep apnea. Epidemiol Rev 1994;16:210-27.
5. Özkul MH, Chatzi T, Yaşar H, Acar G, Gezginadam Z. Uyku apnesi hastalarında gündüz aşırı uykululuk halinin değerlendirilmesi ve hayat kalitesi ile olan ilişkisinin saptanması. İçinde: Metin S, editör. Kongre kitapçığı. 2. Ulusal Havaçılık Kongresi 2015 28-30 Mart ; Teknopark, İstanbul Türkiye; 2015.
6. Stutts J, Wilkins JW, Osberg JS, Vaughn BV. Driver risk factors for sleep-related crashes. Accid Anal Prev 2003;35:321-31.
7. Teran-Santos J, Jimenez-Gomez A, Cordero-Guavera J. The association between sleep apnea and risk of traffic accidents. Cooperative Group Burgos-Santander. N Engl J Med 1999;340:847-51.
8. Gillberg M, Kecklund G, Akerstedt T. Sleepiness and performance of professional drivers in a truck simulator-comparisons between day and night driving. J Sleep Res 1996;5:12-5.
9. Shamsuzzaman AS, Gersh BJ, Somers VK. Obstructive sleep apnea: implications for cardiac and vascular disease. JAMA 2003;290:1906-14.
10. Skinner MA, Choudhury MS, Homan SD, Cowan JO, Wilkins GT, Taylor DR. Accuracy of monitoring for sleep-related breathing disorders in the coronary care unit. Chest 2005;127:66-71.
11. Dingli K, Coleman EL, Vennelle M, et al. Evaluation of a portable device for diagnosing the sleep apnoea/hypopnoea syndrome. Eur Respir J 2003;21:253-9.
12. Favier B. Sleep diagnostic overview/trends. Marketing development manager diagnostic ASV & Co-morbidity 2011.