



**ASTIM YÖNETİMİNDE  
GINA 2026  
YENİ GÜNCELLEMELER,  
TEMEL BAŞLIKLAR**

**İSTANBUL**

**16 Mayıs 2026, Cumartesi  
Point Hotel Taksim, İstanbul**

**asyod.org**



# Astım, KOAH veya Her İkisinin Özelliklerini Taşıyan Yetişkinlerde Tanı ve İlk Tedavi

**Dr.Gülistan Karadeniz**

**SBÜ.İzmir Tıp Fakültesi**

**Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi SUAM**

# Sunum Planı

- Amaçlar
- Astım ve/veya KOAH Tanısına Bakış
- Kronik Solunum Semptomlarının Değerlendirilmesi ve Yönetimi
- Sonuç

# AMAÇLAR

GINA Strateji Raporu'da bu bölümünün amaçları:

- Birinci basamak hekimlerine, **tipik Astımı ve tipik KOAH'ı tanımlarında ve her iki hastalığın özelliklerinin birlikte bulunduğu hastaları fark etmelerinde yardımcı olmak (özellikle  $\geq 40$  yaş önemli)**
- **Güvenli ve etkili başlangıç tedavisi** konusunda öneriler sunmak
- **Uzmana sevk etme endikasyonlarında rehberlik**

# Astım ve/veya KOAH Tanısına Bakış

- Astım ve/veya KOAH tanıları neden hala önemli?
- Astım ve KOAH'ın klinik tanısındaki zorluklar
- Astım+KOAH'ın prevalansı ve morbiditesi

# “Astım” ve “KOAH” tanıları neden hâlâ önemlidir?

- Astım ve KOAH, **hava yolu obstrüksiyonu** ile karakterize **heterojen** hastalıklar
- Birbiriyle örtüşebilen farklı klinik özellikler (fenotipleri), farklı inflamatuvar paternler ve farklı altta yatan mekanizmaları içerebilir; bunların bazıları hem Astım hem de KOAH için ortak olabilir
- İlaç tedavi çalışmaları **tanımı net Astım veya KOAH hastalarını** kapsıyor
- **Astım ve KOAH için tedavi önerileri arasında son derece önemli farklar** vardır
- **KOAH’ta**, başlangıç tedavisinde **yalnızca LABA-LAMA (ICS olmadan)** önerilir. Ancak **astımda**, ağır alevlenme ve ölüm riski nedeniyle bu yaklaşım **kontrendikedir**
- Ayrıca birçok çalışma, hem astım hem de KOAH tanılı hastalarda, **LABA veya LABA-LAMA ile tedavi edilenlerde, ICS-LABA (veya ICS-LABA-LAMA)** alan hastalara kıyasla **hospitalizasyon veya ölüm riskinin daha yüksek olduğunu** göstermiş

# Astım ve KOAH'ın Klinik Tanısındaki Zorluklar

- Astım, (en azından başlangıçta) **değişken ekspiratuvar hava akımı** ile karakterize iken, KOAH **kalıcı hava akımı kısıtlılığı** ile karakterize ve bu tanımlar **birbirini dışlayan tanımlar değil**, Bu nedenle, tanıda ve uygun tedaviyi belirlemede **linik özellikler de önemli**
- **Uzun süreli astım öyküsü olan erişkinlerde** kalıcı hava akımı kısıtlılığı gelişebilir. Bunu KOAH'tan ayırt etmek zor; özellikle hasta sigara içiyorsa veya KOAH için başka risk faktörleri varsa bu ayırım daha da güçleşir
- Ayrıca, **KOAH hastalarında da bronkodilatöre yanıt** görülebilir; bu özellik daha çok astımla ilişkilendirilir. Bu nedenle tıbbi kayıtlarda bu tür hastalara sıklıkla **hem astım hem de KOAH tanısı birlikte** konulmaktadır
- 'Astım+KOAH Overlap' terimi yerine 'Astım+KOAH' terimi tercih edilmekte (diğer overlap sendromlar ile karışmaması için, KOAH+Uyku hast overlap send.gibi)

# Astım ve KOAH'ın Güncel Tanımları ve Astım+KOAH'ın Klinik Tanımı

## Astım (GINA)

Astım, genellikle kronik hava yolu inflamasyonu ile karakterize **heterojen bir hastalıktır**. Zaman içinde ve şiddeti değişebilen **hışıltılı solunum, nefes darlığı, göğüste sıkışma ve öksürük** gibi solunum semptomları ile birlikte **değişken ekspiratuvar hava akımı kısıtlılığı** ile tanımlanır.

## KOAH (GOLD)

**Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)**, hava yollarındaki (bronşit, bronşiolit) ve/veya alveollerdeki (amfizem) yapısal bozukluklara bağlı olarak gelişen; **kalıcı ve çoğu zaman ilerleyici hava akımı obstrüksiyonu** ile karakterize **heterojen bir akciğer hastalığıdır**. Klinik olarak kronik solunum semptomları (**dispne, öksürük, balgam üretimi ve/veya alevlenmeler**) ile seyreder.

## Astım+KOAH (tanımlayıcı terim)

**“Astım+KOAH”** (önceden “astım-KOAH overlap” olarak adlandırılır), **kalıcı hava akımı kısıtlılığı bulunan ve hem astım hem de KOAH ile uyumlu klinik özellikler gösteren hastaları** topluca tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Bu, **tek bir hastalık varlığının tanımı değildir**; klinik kullanım için oluşturulmuş, **farklı alta yatan mekanizmaları** yansıtan **çeşitli klinik fenotipleri kapsayan tanımlayıcı bir terimdir**.

# Astım+KOAH'ın Prevalansı ve Morbiditesi

- Epidemiyolojik çalışmalarda, astım veya KOAH tanısı bulunan hastalar arasında **astım+KOAH görülme sıklığının %9-55 arasında değişmekte**; bu oran **cinsiyet ve yaşa göre farklılık göstermektedir**. Bu geniş aralık, tanı kriterlerindeki farklılıklardan kaynaklanmakta
- Aynı hastada hekim tanılı **eşzamanlı astım ve KOAH tanısının**, bu iki tanıdan birine sahip hastaların **%15–32'sinde** bulunduğu bildirilmiştir.
- Hem astım hem de KOAH özellikleri taşıyan hastaların:
  - Daha fazla semptom yüküne** sahip olduğu,
  - Daha sık alevlenme** yaşadığı,
  - Yaşam kalitesinin daha kötü**
  - Akciğer fonksiyonlarında daha hızlı düşüş** görüldüğü,
  - Mortalitenin daha yüksek** olduğu,
  - Sağlık hizmeti kaynaklarını daha fazla kullandığı**
- Bu hastalarda, yalnızca astımı veya yalnızca KOAH'ı olan hastalara kıyasla **hastalık yükü belirgin şekilde daha fazladır**.

# Kronik Solunum Semptomlarının Değerlendirilmesi ve Yönetimi

**1. Öykü ve Klinik Değerlendirme**

**2. Solunum Fonksiyon Testleri**

**3. Tanıya göre Başlangıç tedavisinin seçilmesi**

**4. İleri Tetkik, Multidisipliner Yönetim ve Ek Tedavi Seçenekleri için  
Sevk**

# 1. Öykü ve Klinik Değerlendirme

Aşağıdakiler belirlenmelidir:

- **Solunum semptomlarının niteliği ve seyri**  
(değişken ve/veya sürekli)
- **Astım tanısı öyküsü**  
(çocukluk döneminde ve/veya mevcut astım öyküsü)
- **Maruziyet öyküsü**  
(sigara kullanımı ve/veya KOAH için risk oluşturan diğer maruziyetler)

Bronşektazi, kronik bronşit, İAH ve kalp yetmezliği gibi benzer semptomlara neden olabilecek diğer hastalıklar dışlanmalıdır (Fizik muayene!)

## 2. Solunum Fonksiyon Testleri gerekli

- **Kalıcı ve/veya değişken ekspiratuvar hava akımını kısıtlılığını doğrulamak**
- M¼mk¼nse **ilk değerlendirmede spirometri yapılmalı, ¼nk¼ IKS içeren tedaviye başladıktan sonra tanının doğrulanması daha zor olabilir**
- Kalıcı ekspiratuvar hava akımı kısıtlılığının erken doğrulanması (veya dışlanması); gereksiz tedavi veya diğer tetkiklerin başlatılmasındaki gecikmeyi önleyebilir
- **Spirometri**, hem kalıcı hava akımı kısıtlılığını hem de bronkodilatöre yanıtı değerlendirir
- **Peak ekspiratuvar akım (PEF) ölç¼m¼n¼n aynı cihazla 1–2 hafta boyunca tekrarlı olarak yapılması**, aşırı değişkenliği göstererek değişken hava yolu obstr¼ksiyonunu ve astım tanısını destekleyebilir
- Ancak: **PEF, spirometri kadar güvenilir değildir.**
- **Normal bir PEF sonucu, astımı veya KOAH'ı dışlamaz.**

## Astım ve/veya KOAH Hastalarında Başlangıç Tedavisine Sendromik Yaklaşım

### Kronik solunum semptomları olan yetişkinlerde klinik fenotipler

(dispne, öksürük, göğüste sıkışma, hışıltı)

<b>Yüksek olasılıkla Astım (Astım gibi tedavi et)</b>	<b>Hem astım hem KOAH özellikleri (Astım gibi tedavi et)</b>	<b>Yüksek olasılıkla KOAH (KOAH gibi tedavi et)</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Semptomlar zaman içinde ve şiddet açısından değişkendir</li><li>• Tetikleyiciler: gülme, egzersiz, alerjenler, mevsimsel faktörler</li><li>• Başlangıç genellikle 40 yaş öncesi</li><li>• Semptomlar kendiliğinden veya bronkodilatörlerle (dakikalar içinde) ya da ICS ile (günler–haftalar içinde) düzelir</li><li>• Mevcut astım tanısı veya çocuklukta astım öyküsü</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Semptomlar aralıklı veya ataklar şeklindedir</li><li>• 40 yaş öncesi veya sonrası başlamış olabilir</li><li>• Sigara veya diğer toksik maruziyet öyküsü olabilir</li><li>• Düşük doğum ağırlığı veya tüberküloz gibi geçirilmiş solunum hastalığı öyküsü olabilir</li><li>• Astıma ait bazı özellikler mevcuttur (tetikleyiciler, bronkodilatör/ICS ile düzelme, çocuklukta astım vb.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dispne kalıcıdır (çoğu gün)</li><li>• Başlangıç genellikle 40 yaş sonrası</li><li>• Fiziksel aktivitede kısıtlılık vardır</li><li>• Genellikle öksürük/balgam ile başlamıştır</li><li>• Bronkodilatörler yalnızca sınırlı rahatlama sağlar</li><li>• Sigara veya toksik maruziyet öyküsü vardır</li><li>• Astım tanısı öyküsü yoktur</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Değişken ekspiratuvar hava akımı kısıtlılığı</li><li>• Kalıcı hava akımı kısıtlılığı da olabilir</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kalıcı ekspiratuvar hava akımı kısıtlılığı</li><li>• Bronkodilatör yanıtı olabilir ya da olmayabilir</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kalıcı ekspiratuvar hava akımı kısıtlılığı</li><li>• Bronkodilatör yanıtı olabilir ya da olmayabilir</li></ul>

# Astım ve KOAH'ta Spirometrik Ölçümler

## Spirometrik değişken

**Normal FEV<sub>1</sub>/FVC  
(Pre ve post-BD)**

### Astım

Astımla **uyumludur**. Eğer hasta semptomatik olduğu halde akciğer fonksiyonları normale alternatif tanılar düşünülmelidir

### KOAH

KOAH ile **uyumlu değil** (GOLD)

### Astım+KOAH

**Uyumlu değil**

**Post-BD düşük FEV<sub>1</sub>/FVC  
(normal alt sınırın altında veya <0.7)**

Hava akımı kısıtlılığını gösterir; ancak kendiliğinden veya tedavi ile düzelebilir

KOAH tanısı için gereklidir

Astım+KOAH tanısı için gereklidir

**Post-BD FEV<sub>1</sub> ≥ %80**

Astım tanısıyla uyumludur (*iyi astım kontrolü veya semptomlar arası dönem*)

Eğer post-BD FEV<sub>1</sub>/FVC düşükse hafif kalıcı hava akımı kısıtlılığı ile uyumludur

Eğer post-BD FEV<sub>1</sub>/FVC düşükse hafif kalıcı hava akımı kısıtlılığı ile uyumludur

**Post-BD FEV<sub>1</sub> < %80**

Astım tanısıyla uyumludur. Astım alevlenmeleri için risk faktörüdür

Hava akımı kısıtlılığının şiddetini ve gelecekteki olay riskini gösterir (*örn. mortalite, KOAH alevlenmeleri*)

Hem KOAH hem astım açısından değerlendirilir

**Post-BD FEV<sub>1</sub>'de başlangıca göre  
≥%12 ve ≥200 mL artış  
(değişken ekspiratuvar hava akımını gösterir)**

Tedavisiz astım için tipiktir; ancak iyi kontrollü astımda veya ICS içeren tedavi alanlarda görülmeyebilir

Yaygın; özellikle FEV<sub>1</sub> düşükse daha olasıdır

Yaygın; özellikle FEV<sub>1</sub> düşükse daha olası

**Post-BD FEV<sub>1</sub>'de başlangıca göre  
>%12 ve 400 mL artış  
(belirgin yanıt)**

Astım olasılığının yüksek olduğunu gösterir

KOAH'ta alışılmadık bir bulgudur.

Astım+KOAH ile uyumlu

# 3. Tanıya göre Başlangıç tedavisinin seçilmesi

## Astım için;

- Tercihen IKS-Fomoterol GINA 1.yolak antiinflamatuvar rahatlatıcı tedavi ile başlanmalıdır. IKS temelli farmakolojik tedavi ağır alevlenme ve ölüm riskini azaltır, semptom kontrolünü iyileştirir, gerekirse tedaviye LABA ve/veya LAMA eklenebilir

## KOAH için;

- Güncel GOLD'a göre LABA+LAMA ile başlanmalı
- Bazı KOAH hastalarında IKS eklenmesi (alevlenme öyküsü varsa, kandaki eozinofil sayısı yüksekse, astım öyküsü veya eşlik eden astım varsa) güçlü şekilde önerilir
- Ancak; IKS tek başına, LABA ve/veya LAMA olmadan kullanılmamalıdır. Oral kortikosteroid (OCS) ihtiyacını azaltmak için inhaler tedavi optimize edilmelidir. Pnömoni riski nedeniyle yüksek doz ICS'den kaçınılmalıdır.

# 3. Tanıya göre Başlangıç tedavisinin seçilmesi

## Hem Astım hem KOAH özellikleri olan hastalar için;

- İleri incelemeler tamamlanana kadar **astım yaklaşımıyla tedaviye başlanmalı**
- **IKS içeren tedavi zorunludur**, çünkü: kontrolsüz astım semptomları olan hastalarda morbiditeyi hatta ölümü önlemede kritik rol oynar
- Astım semptomları hafif gibi görünse bile **hayatı tehdit eden ağır atak riski** taşıyabilir
- Astım+KOAH hastalarında: IKS başlangıçta **düşük veya orta dozda** verilmelidir, doz seçiminde:
  - semptom düzeyi
  - pnömoni dahil yan etki riski dikkate alınmalıdır.
- Hastaların çoğunda yeterli semptom kontrolü için ek olarak: **LABA** gerekirse **LAMA** kullanılması gerekir.
- Astım ve KOAH arasında: **üçlü tedavi (ICS-LABA-LAMA) dozları ve biyolojik tedavi endikasyonları** farklı olabilir.

## Astım ve/veya KOAH Hastalarında Başlangıç Tedavisine Sendromik Yaklaşım

### Başlangıç Farmakolojik Tedavi

(Eşlik eden hastalıklar ve risk faktörleri de tedavi edilmelidir)

Yüksek olasılıkla astım (Astım gibi tedavi et)	Hem astım hem KOAH özellikleri (Astım gibi tedavi et)	Yüksek olasılıkla KOAH (KOAH gibi tedavi et)
<ul style="list-style-type: none"><li>• ICS içeren tedavi zorunludur (ciddi alevlenme ve ölüm riskini azaltmak için)</li><li>• GINA yolak 1'de ICS-formoterol tercih edilir</li><li>• <b>ICS olmadan LABA ve/veya LAMA verilmez</b></li><li>• Sürekli oral kortikosteroid (OCS) yalnızca son seçenek olmalıdır</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• ICS içeren tedavi zorunludur</li><li>• Genellikle ek olarak LABA ± LAMA gerekir</li><li>• KOAH tedavileri GOLD önerilerine göre eklenebilir</li><li>• <b>ICS olmadan LABA ve/veya LAMA verilmez</b></li><li>• Sürekli OCS yalnızca son seçenek olmalıdır</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• GOLD rehberine göre tedavi edilir</li><li>• Başlangıçta genellikle LABA + LAMA idame tedavisi</li><li>• Gerektiğinde ek tedaviler GOLD'a göre düzenlenir</li><li>• <b>Yüksek doz ICS'den kaçınılmalıdır</b></li><li>• <b>Sürekli OCS'den kaçınılmalıdır</b></li></ul>

Hasta 2–3 ay sonra yeniden değerlendir, Tanı belirsiz veya Cevap yetersiz ise uzman görüşü için yönlendir

- Astım özelliği taşıyan hiçbir hasta, IKS (inhale kortikosteroid) olmadan yalnızca LABA ve/veya LAMA ile tedavi edilmemelidir
- Yeni KOAH tanısı almış büyük bir vaka-kontrol çalışmada, aynı zamanda astım tanısı da bulunan hastalarda, **yalnızca LABA kullananlara kıyasla ICS-LABA kombinasyonu alanlarda KOAH nedeniyle hastaneye yatış ve ölüm riskinin daha düşük olduğu** bulunmuş
- Benzer şekilde, **≥66 yaş hastaları** kapsayan büyük retrospektif longitudinal bir kohort çalışmada, KOAH ile birlikte astımı olan hastalarda **ICS içeren tedavi alanlarda morbidite ve hospitalizasyon oranlarının daha düşük olduğu** gösterilmiştir. Aynı yarar, KOAH ile birlikte eşzamanlı astımı olan hastalarda da gözlenmiştir

# 3. Tanıya göre Başlangıç tedavisinin seçilmesi

## Tüm Hastalar için:

- **Değiştirilebilir risk faktörlerinin tedavisi**
  - özellikle sigara bırakma danışmanlığı
- **Komorbiditelerin tedavisi**
- **Non-Farmakolojik yaklaşımlar**
  - Fiziksel aktivite
  - KOAH veya astım+KOAH hastalarında **Pulmoner Rehabilitasyon**
  - **Aşılama**
- **Uygun öz-yönetim stratejileri**
  - hastanın kendi hastalığını etkin şekilde yönetebilmesi için Eğitim
- **Düzenli takip**

## 4. İleri Tetkik, Multidisipliner Yönetim ve Ek Tedavi Seçenekleri için Sevk

- Çoğu hastada astım ve KOAH başlangıçta **birinci basamakta yeterli şekilde yönetilebilir**. Ancak gerekli durumlarda ileri tanısal işlemler için sevk önerilir
- Bu durum özellikle **hem astım hem de KOAH özellikleri taşıyan hastalarda** önemlidir; çünkü bu hastalarda; klinik sonuçlar daha kötü ve sağlık hizmeti kullanım oranı daha yüksek olabilir

# Uzman görüşü, ileri tanısal değerlendirme ve multidisipliner yönetim için Ne zaman Sevk?

- **Tedaviye rağmen semptomlar  $\pm$  alevlenmelerin devam etmesi**
- **Tanının belirsiz olması**, özellikle alternatif tanıların araştırılması gerektiğinde, örneğin: bronşektazi, post-tüberküloz sekel, bronşiolit, pulmoner fibrozis, pulmoner hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar solunum semptomlarına neden olabilecek diğer durumlar
- **Atipik veya ek semptom/bulgular olması**, örneğin: hemoptizi, belirgin kilo kaybı, gece terlemeleri, ateş, bronşektazi bulguları, diğer yapısal akciğer hastalığı belirtileri Bu tür durumlarda=> beklemeden **erken sevk**

# Uzman görüşü, ileri tanısal değerlendirme ve multidisipliner yönetim aşağıdaki hastalarda önerilir:

- **Kronik hava yolu hastalığı şüphesi olup, ancak ne astım ne de KOAH için tipik klinik özelliklerin belirgin olmaması**
- **Multimorbidite (çoklu ek hastalık) varlığı, özellikle: Kardiyovasküler Hastalıklar**

(Çünkü bunlar: semptomlara katkıda bulunabilir, alevlenmeleri artırabilir, hava yolu hastalığının değerlendirilmesini ve yönetimini zorlaştırabilir)

- **Ayrıca** Astım, KOAH veya astım+KOAH'ın devam eden yönetimi sırasında ortaya çıkan sorunlarda: uzman görüşü, multidisipliner yaklaşım, ek tedavi seçeneklerinin değerlendirilmesi gerekebilir.

# Astım ve KOAH Özellikleri olan Hastalarda Bazen Kullanılan Diğer İncelemeler

<b>İnceleme</b>	<b>Astım</b>	<b>KOAH</b>
<b>Akciğer Fonksiyon Testleri</b>		
<b>DLCO</b> ( <i>Karbonmonoksit difüzyon kapasitesi</i> )	Normal veya hafif artmış olabilir	Genellikle azalmıştır
<b>Arteriyel kan gazları</b>	Alevlenmeler arasında genellikle normaldir	Ağır KOAH olgularında alevlenmeler arasında kronik olarak anormal olabilir
<b>Hava yolu aşırı duyarlılık testleri</b>	Tek başına astım ile KOAH'ı ayırt etmede yararlı değildir; ancak belirgin aşırı duyarlılık astım lehinedir	Tek başına ayırıcı tanıda yararlı değildir

# Astım ve KOAH Özellikleri olan Hastalarda Bazen Kullanılan Diğer İncelemeler

İnceleme	Astım	KOAH
<b>Görüntüleme</b>		
<b>Yüksek çözünürlüklü toraks BT (HRCT)</b>	Genellikle normaldir; ancak hava hapsi, bronş duvar kalınlaşması ve mukus tıkaçları görülebilir	Hava hapsi veya amfizematöz değişiklikleri; bronş duvar kalınlaşması, mukus tıkaçları ve pulmoner hipertansiyon bulguları görülebilir
<b>Biyobelirteçler</b>		
<b>T2 biyobelirteçlerinin rolü</b>	Fenotipleme, prognoz belirleme ve özellikle ağır astımda tedavi yanıtını öngörmede kullanılır	Kan eozinofilleri; fenotipleme, ICS ekleme endikasyonu ve bazı biyolojik tedavilere karar vermede kullanılabilir
<b>Atopi testleri (spesifik IgE ve/veya aeroalerjen deri prick testi)</b>	Pozitif test alerjik astım olasılığını artırır; ancak astım tanısı için zorunlu değil	Toplumdaki alerjik duyarlanma sıklığı ile uyumludur; pozitif test KOAH'ı dışlamaz
<b>FeNO (ekshal nitrik oksit fraksiyonu)</b>	Sigara içmeyenlerde yüksek düzey (>50 ppb), eozinofilik hava yolu inflamasyonu ile orta derecede ilişkilidir	Genellikle normaldir; aktif sigara içenlerde düşüktür; KOAH'taki rolü net değildir
<b>Kan eozinofil sayısı</b>	Eozinofili, eozinofilik hava yolu inflamasyonu tanısını destekler	Eozinofili KOAH'ta da, alevlenmeler dahil, görülebilir
<b>Balgam inflamatuvar hücre sayımı</b>	Büyük popülasyonlarda ayırıcı tanıdaki rolü net olarak gösterilmemiş	Büyük popülasyonlarda ayırıcı tanıdaki rolü net olarak gösterilmemiş

# Yanıtlanmamış Klinik Sorular

- Daha doğru tanı ile güvenli ve etkili tedavi önerileri için daha fazla araştırmaya acil ihtiyaç var
- Astım ya da KOAH'ın klasik özelliklerini göstermeyen veya her iki hastalığın özelliklerini birlikte taşıyan hastalar, çoğu **randomize kontrollü tedavi çalışmalarının** ve birçok **girişimsel çalışmanın** dışında bırakılmış
- Gelecekteki araştırmalar **solunum semptomları olan veya kronik hava akımı kısıtlılığı bulunan geniş hasta popülasyonlarında** klinik ve fizyolojik özellikler, biyobelirteçler, sonlanımlar ve altta yatan mekanizmalar gibi konularda yapılması gerekmekte
- Bu bölüm özellikle; birinci basamak hekimleri ve göğüs hastalıkları dışındaki hekimler **için tanı ve başlangıç tedavisine ilişkin öneriler** sunmaktadır

# Sonuç

- **Astım ve KOAH; heterojen ve birbiri ile örtüşebilen durumlar**
- **“Astım+KOAH”** hem astım hem de KOAH özellikleri taşıyan hastaları tanımlamak için kullanılan bir terim **(tek bir hastalıkØ, farklı mekanizmalar/fenotipler)**
- **Astım ve KOAH ayrımı neden hala önemli ?** => Kanıt bazlı önerilen tedaviler farklı (Astım+KOAH morbiditesi yüksek!)
- **Astım+KOAH** => Daha doğru tanı ve etkili tedavi önerileri için kanıtlar eksik, araştırmalara ihtiyaç var

*Teşekkürler*