

Pratik Bilgiler

Kronik Öksürüklü Hastaya Yaklaşım

S. BAVBEK*

* Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Allerjik Hastalıklar Bilim Dalı, ANKARA

Öksürük, solunum sisteminden sekresyonların ve yabancı maddelerin temizlenmesinde önemli rolü olan refleks bir olaydır. Genelde kısa süren ve kendini sınırlayan bir yakınma iken bazı hastalarda uzun süreli hale dönebilir. Bu açıdan öksürük, devam etme süresine göre akut, subakut ve kronik öksürük olarak sınıflandırılır.

Akut öksürük kendi kendine düzelen ve üç haftadan kısa süren bir yakınmadır. Akut öksürük viral üst solunum yolu enfeksiyonu, akut bakteriyel sinüzit, boğmaca, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) alevlenmesi, allerjik rinit ve çevresel maruziyetler ile görülür. Subakut öksürük üç-sekiz hafta sürer, bakteriyel sinüzit, boğmaca ve pnömoni sırasında görülüp bu hastalıkların tedavisi ile düzeler^[1].

Kronik öksürük ise sekiz haftadan daha uzun süren öksürükleri tanımlamada kullanılır. Yaygın ve oldukça rahatsız edici bir yakınma olan kronik öksürüğün erişkin yaş grubunda görülme oranı %3-40 olarak bildirilmiştir. Genelde tedaviye oldukça dirençli gibi görünse de, uzmanlaşmış kliniklerde %90'ı aşan oranlarda başarı ile tanı ve tedavisi yapılmaktadır.

Öksürük vagal bir reflekstir. Nervus vagus'un innerve ettiği tüm alanlara ait patolojiler öksürük nedeni olabilir^[2]. Öksürük refleksinin afferent dalları, farenksten terminal bronşiyollere kadar uzanan üst ve alt hava yolu siliyalı epiteli boyunca dağılmıştır. Yabancı cisimler, irritan partiküller ve dıştan bası bu reseptörleri uyarır. Bu reseptörlerden kalkan öksürük refleksini üzerinde kortikal merkezlerin kontrolü vardır. Öksürük reseptörleri ve bunların afferent sinirleri Tablo 1'de gösterilmiştir^[2].

Kronik öksürük pek çok nedenle ortaya çıkabilir, ancak bunlardan sadece birkaçı en sık görülen nedenleri oluşturur^[3,4]. Tablo 2'de yaş gruplarına ve görülme sıklığına göre kronik öksürük nedenleri sunulmuştur.

KRONİK ÖKSÜRÜKLÜ HASTAYA YAKLAŞIM

Kronik öksürüğün tanısı, ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken hastalık listesinin uzun olması nedeniyle, akut ve subakut öksürüğe göre daha güçtür. Çoğunlukla birden fazla hastalık aynı anda bulunur. Üstelik öykü de fazla yardımcı değildir. Öksürüğün niteliğinin, tanısız

Yazışma Adresi: Dr. S. BAVBEK

Angora Evleri, Buluşmalar Cad. C1-2A, Beysukent, ANKARA
e-posta: bavbek@medicine.ankara.edu.tr

Tablo 1. Öksürük reseptörleri ve bunlarla ilişkili duyu sinirleri.

Bölge	Afferent sinirler
Paranasal	Trigeminal (V)
Farenks	Glossofarengeal (IX)
Larenks, trakeobronşiyal ağaç	Vagus (X)
Dış kulak kanalı, timpanik membran	Vagus (X)
Özefagus, mide ve plevra	Vagus (X)
Diyafram, perikard	Frenik

duyarlılık ve özgülüğü düşüktür. Ancak tüm bu olumsuzluklara rağmen, olgulara sistematik olarak yaklaşıldığında çok yüksek oranda doğru tanı ve tedavi başarısına ulaşılır^[5-7]. Şekil 1’de kronik öksürük tanı ve tedavisi için önerilen en güncel algoritma özetlenmiştir^[7].

Bu algoritmanın başlangıç noktası öykü, fizik muayene ve akciğer grafisidir. Akciğer grafisi normal, ancak sigara içen veya anjiyotensin konverting enzim inhibitörü (ACEI) kullanan hastalarda öncelikle ilaç ve sigara kullanımı kesilmelidir. Eğer öksürük nedeni ACEI kullanımını ise ACEI kesilmesini izleyen bir-dört haf-

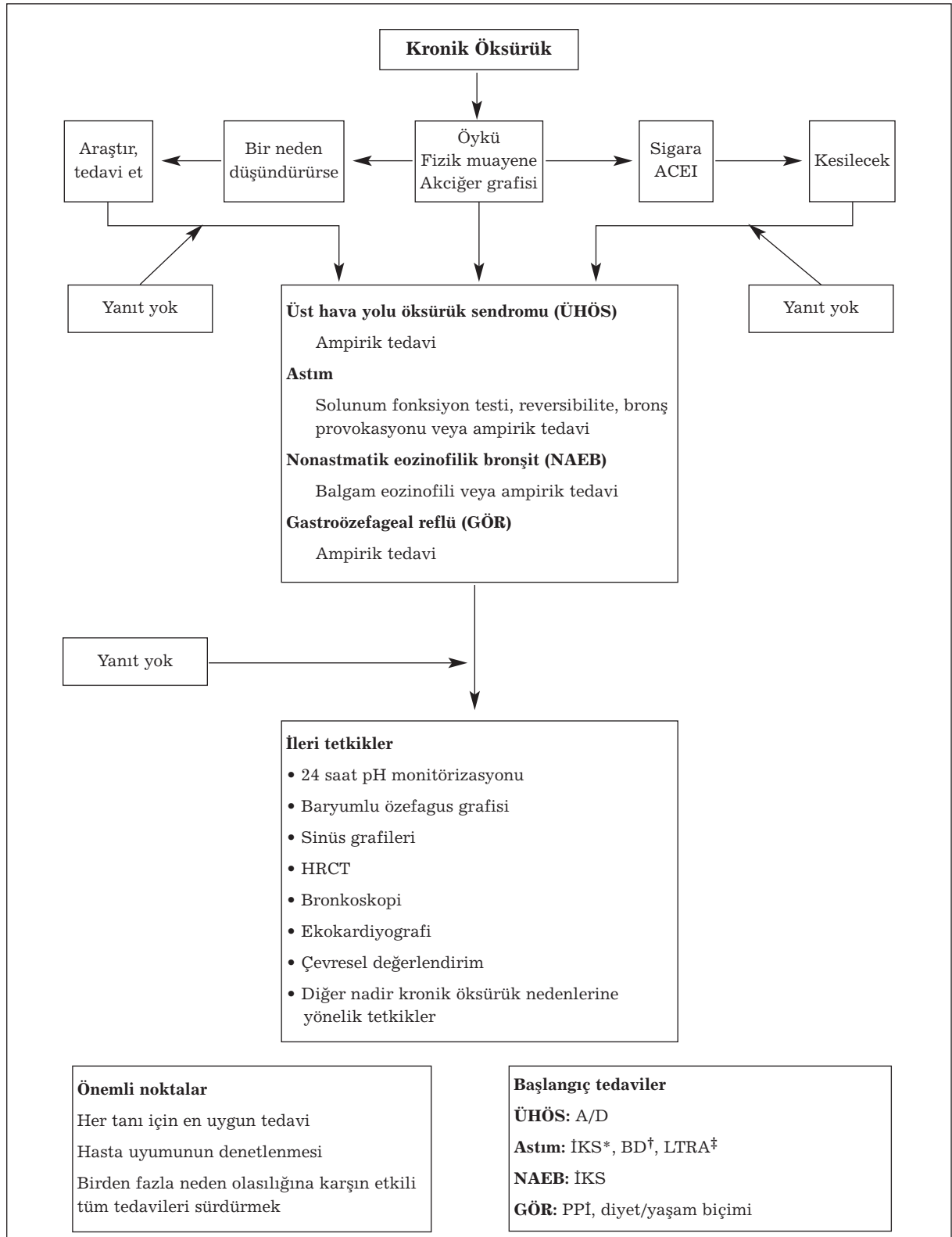
ta içinde öksürük düzelir. Ancak bu sürenin üç aya kadar uzayabileceği de unutulmamalıdır. Eğer öyküde ateş, kilo kaybı, terleme gibi sistemik bir hastalığı düşündürecek yakınmalar veya öykü ya da radyolojik olarak kanser, tüberküloz, kardiyak sorunlar veya AIDS düşündürülen bulgular varsa, bunlara yönelik tanı ve tedavi yapılmalıdır. Bu amaçla akciğer tomografisi, bronkoskopi, balgam örneği veya bronkoskopik materyal incelemeleri, ekokardiyografi gibi ileri tetkikler kullanılabilir.

Ancak genelde karşılaşılan; immünyetmezliği olmayan, sigara içmeyen ve akciğer filmi normal olan kronik öksürüklü olgulardır. Yapılan çalışmalar, bu tür olgularda üst hava yolu öksürük sendromu (ÜHÖS) (postnazal drip sendromu olarak bilinen klinik tablo için önerilen yeni adlandırma), astım ve gastroözefageal reflü (GÖR)’nün en sık karşılaşılan üç nedeni olduğunu göstermiştir. Ayrıca, nonastmatik eozinofilik bronşit (NAEB) de ilk başta düşünülmesi gereken nedenler arasına girecek kadar sık görülmektedir. Zaten en son verilen algoritmanın temel prensibi de, en sık görülen nedenlerle başlamak ve sonra daha az görülen nedenleri araştırmaktır. Bu aşamada her bir klinik tablonun “tek bulgusunun öksürük” olabileceği ve

Tablo 2. Erişkin ve çocukta kronik öksürük nedenleri.

Yaş	En sık	Daha az sıklıkta	Nadir
Erişkin	ACEI*	Bronşektazi	Aspirasyon
	ÜHÖS [†]	Eozinofilik bronşit	Bronş kanseri
	NAEB [‡]	Postinfeksiyöz	Karsinomatozis
	GÖR [§]		Lenfoma
	Astım		İrritabl larenks
	Sigara ve diğer iritanlar		Psikojenik öksürük
Çocuk	Astım	Yabancı cisim	Aspirasyon
	GÖR		Konjenital anomaliler
			Kistik fibrozis
			İmmünolojik hastalık
			Primer siliyer diskinezi
			Psikojenik
			Tüberküloz

*ACEI: Anjiyotensin konverting enzim inhibitörü, [†]ÜHÖS: Üst hava yolu öksürük sendromu, [‡]NAEB: Nonastmatik eozinofilik bronşit, [§]GÖR: Gastroözefageal reflü.



Şekil 1. Kronik öksürükte izlenecek yol ve tedavi basamakları.

*İKS: İnhalasyon kortikosteroid, †BD: Bronkodilatör, ‡LTRA: Lökotrien reseptör antagonisti, PPI: Proton pompa inhibitörleri.

her bir hastalığın kendine özel “diğer klinik bulgularının olmayabileceği” [sessiz ÜHÖS, sessiz GÖR, öksürük varyant astım (ÖVA) gibi] unutulmamalıdır. Bu yaklaşım, yüksek oranda tanı ve tedavi başarısı ile sonlanacaktır.

Tedaviye kronik öksürük nedenleri arasında %44'lük bir oranla ilk sırayı alması dikkate alınarak ÜHÖS'nin ampirik tedavisiyle başlanır, ya da öksürüğün hastayı ne oranda rahatsız ettiği dikkate alınarak en sık görülen üç neden için ampirik tedavi verilir.

ÜHÖS tedavisinde oral birinci kuşak anti-histaminik + dekonjestan kombinasyonu önerilmektedir. Eğer bu tedaviyle öksürük düzelmezse, ikinci seçenek olarak astım düşünülmalıdır. Öykü astım tanısında çok önemli olmakla birlikte ideal olan, solunum fonksiyon testinde (SFT) bronş obstrüksiyon ve reversibilitate varlığı veya SFT normal sınırlardaysa bronş provokasyon testi yapılmasıdır. Ancak bu testlerin yapılamadığı koşullarda ampirik olarak inhale kortikosteroid (İKS) ve bronkodilatör (BD) verilmelidir. İKS tedaviye yanıtın sadece astımda değil, NAEB varlığında da olabileceği, dolayısıyla İKS tedavisiyle düzelme durumunda NAEB'in dışlanamayacağı unutulmamalıdır. İKS ve BD tedaviye rağmen öksürüğü süren astımlı hastalarda; hasta uyumu veya olaya katılan diğer faktörler düşünülmalıdır. Bunların düzeltilmesine karşın öksürük yine de düzelmeyorsa sistemik steroidlerden önce tedaviye lökotrien reseptör antagonistleri (LTRA) eklenebilir. Kronik öksürüğü olan, ancak SFT normal, bronş provokasyon testi negatif olgularda NAEB düşünülmesi ve bu tanı indükte balgamda veya bronş lavajında eozinofili varlığı ile desteklenmelidir. Bu durumda da ilk seçenek İKS

kullanımıdır. Ancak İKS'ye rağmen öksürüğün sürdüğü NAEB'li hastalarda oral steroidler denenmelidir. Tüm bu tedavilere yanıt alınmadığı durumlarda, GÖR için proton pompa inhibitörleri (PPI) ve diyetten oluşan ampirik tedavi başlanmalıdır^[7].

Sonuç olarak, kronik öksürük tanı ve tedavisinde en sık karşılaşılan nedenlere göre düzenlenmiş ardışık tanı ve tedavi yaklaşımı kullanılmalıdır. Bu yaklaşım; kronik öksürük nedenleri, bunların sıklığı, tanısız testlerin ve ampirik tedavinin rolü konusunda yapılmış pek çok çalışmadan çıkan sonuçlara göre düzenlenmiştir.

KAYNAKLAR

1. Holmes RL, Fadden CT. Evaluation of the patient with chronic cough. *Am Fam Physician* 2004;69:2159-66.
2. Simpson CB, Amin MR. Chronic cough: State of the art review. *Otolaryngol Head Neck Surgery* 2006;134:693-700.
3. Palombini BC, Villanova CAC, Araujo E ve ark. A pathogenic triad in chronic cough. Asthma, postnasal drip syndrome, and gastroesophageal reflux disease. *Chest* 1999;116:279-84.
4. Smyrinos N, Irwin RS, Curley FJ, French CL. From a prospective study of chronic cough. Diagnostic and therapeutic aspects in older adults. *Arch Intern Med* 1998;158:1222-8.
5. Kastelik JA, Aziz I, Ojoo JC ve ark. Investigation and management of chronic cough using a probability-based algorithm. *Eur Respir J* 2005;25:235-43.
6. Irwin RS, Baumann MH, Boulet LP ve ark. Diagnosis and management of cough executive summary. *Chest* 2006;129:1-23.
7. Pratter MR, Brighting CE, Boulet LP, Irwin RS. An empiric integrative approach to the management of cough. ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2006;129:222-31.