

Üst Hava Yolu Öksürük Sendromu (Postnazal Akıntı Sendromu)

S. BAVBEK*

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

Sigara içmeyen, anjiyotensin konverteng enzim (ACE) inhibitörü kullanmayan ve akciğer filmi normal olan kişilerde kronik öksürük varlığında en sık görülen üç nedenden ilkinin “postnazal akıntı sendromu” oluşturmaktadır. Bu tanımın kendisi ve içeriği ile ilgili yoğun tartışmalar vardır. Postnazal akıntı sendromu toplumlarda farklı sıklıkta bildirilmekte ve tanı için de objektif bir kriter bulunmamaktadır. Ayrıca, postnazal akıntı sendromunda öksürük oluşturma mekanizmaları tam olarak bilinmemektedir. Bu nedenle Öksürük Rehberleri Hazırlama Komitesi, post-

nazal akıntı sendromu yerine “üst hava yolu öksürük sendromu (ÜHÖS)” tanımının kullanılmasını önermiştir. Kronik öksürük nedeni tam ortaya konulamamış olgularda tanı için detaylı araştırmalara başlamadan önce ÜHÖS'nin ilk sıradaki yeri nedeniyle birinci kuşak antihistaminik ve dekonjestan kombinasyonundan ibaret olan ampirik tedavi verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Postnazal akıntı sendromu, Rinit, Sinüzit, Üst hava yolu öksürük sendromu.

Upper Airway Cough Syndrome

Postnasal drip syndrome is the most common cause of chronic cough among patients with chronic cough but, normal chest X-ray findings and no history of angiotensin converting enzyme (ACE) inhibitor use and smoking. However as a diagnostic label, there is no accepted definition of postnasal drip syndrome. The prevalence of the syndrome varies in different societies and there is no objective test to diagnose it. A further problem with the syndrome is in the pathological mechanisms leading to the stimulation of chronic co-

ugh. Therefore, the cough guideline committee has decided that “upper airway cough syndrome” is preferable to postnasal drip syndrome when discussing cough that is associated with this condition. In patients for whom a specific etiology of chronic cough could not be found, empiric treatment with first-generation antihistamines plus a decongestant should be prescribed before extensive diagnostic workup.

Key Words: Postnasal drip syndrome, Rhinitis, Sinusitis, Upper airway cough syndrome.

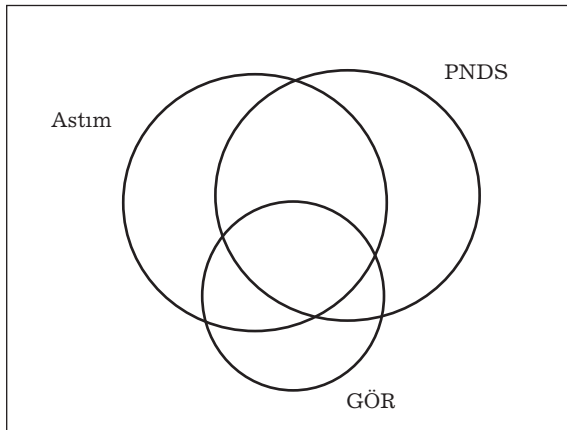
Yazışma Adresi: Dr. S. BAVBEK

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

Öksürük, en sık tıbbi yardım aranan yakınmalardan biridir. Ancak kronik öksürük nedenlerine 30 yıllık deneyimlerle %88-100 oranında doğru yaklaşım yapılmakta, tedaviyle de %98'e varan oranda başarılı olunmaktadır. Kanıta dayalı bilgiler doğrultusunda öksürük tanı ve tedavisini belirten uzlaşma raporları yayınlanmıştır^[1]. Buna göre kronik öksürük, sekiz haftadan daha uzun süren öksürükleri tanımlamada kullanılır. Gerçek prevalansı bilinmemekle birlikte, tekrarlayıcı öksürüğün %3-40 oranında olduğu bildirilmiştir^[2]. Göğüs hastalıklarında görülen yeni hastaların %10'unda izole kronik öksürük olduğu görülmüştür. Pek çok çalışma, kadınlarda öksürük yakınmasının daha fazla olduğunu göstermiştir. Bu cins farkının nedeni bilinmemekle birlikte, hem sağlıklı hem de kronik öksürüklü kadınlarda öksürük refleksi duyarlılığının arttığı gözlenmiştir. Kronik öksürük bir dizi hastalıkla ilişkili olmakla birlikte, birkaç hastalık sıklıkla kronik öksürükle birlikte bulunmaktadır. Sigara içmeyen, anjiyotensin konvertin enzim (ACE) inhibitörü kullanmayan ve akciğer filmi normal olan kişilerde kronik öksürük varlığında en sık görülen üç neden sırasıyla postnazal akıntı sendromu (%41-58), öksürük varyant astım (ÖVA) (%24-59) ve gastroözefageal reflü (GÖR) (%21-41) dir. Bu üç hastalık kronik öksürüğün patojenetik üçlüsü olarak tanımlanır (Şekil 1)^[3,4].

POSTNAZAL AKINTI SENDROMU

Kronik öksürüğün en sık nedeni olarak bildirilen postnazal akıntı sendromu için farklı çalışmalarda farklı oranlar verilmiştir. Bunun çalışılan hasta grupları ve bu gruplarda tanınan amaçlı kullanılan testlerle ilişkili olduğu düşü-



Şekil 1. Kronik öksürüğün en sık görülen üçlüsü.

nülmektedir. Aslında bu tanımın kullanımı noktasında literatürün ikiye bölündüğü görülmektedir. Amerika kaynaklı yazılarda bu tanım kullanılmakta ve bununla ilişkili olarak Amerika kaynaklı çalışmalarda kronik öksürük öyküsü olan hastalarda yüksek oranda bildirilmektedir. Bu konunun kronik öksürük etyolojisindeki yerine gelmeden önce konu başlığı ile ilgili tartışmalara değinmek yerinde olacaktır. Bu tartışmalar şu alt başlıklar altında toplanabilir:

1. Sendrom? Semptom?

Çoğunlukla belirgin olarak birbiriyle ilgisiz olan semptom ve bulguların özel bir klinik tablo oluşturacak şekilde biraraya gelmesi "sendrom" olarak tanımlanır. Semptom ise vücutta fonksiyonel veya organik bir sorun olduğunu gösteren subjektif bir algılamaya, bir histir. Kronik öksürüğü olan hastalarda boğazlarının arkasından bir şeyin aktığı hissi olmakla birlikte, bu durumu "sendrom" olarak tanımlayabilmek için başka özellikler veya fizik muayene bulguları olmalıdır^[5].

2. Objektif Tanı Kriteri Yokluğu

Postnazal akıntı, sekresyonun burun ve paranasal sinüslerden farekse akmasıdır. Ancak ne bu akıntının miktarını ölçecek, ne de bunun direkt olarak öksürüğe neden olduğunu gösterecek objektif bir tanı yöntemi yoktur. Postnazal akıntı nedenli öksürüğü olan hastaların %20'sinin postnazal akıntıları olduğunu veya bunun öksürükleriyle ilişkisi olduğunu fark etmedikleri görülmüştür^[6]. Tanısal patognomonik bulgu yokluğu dikkate alınarak; semptomlar, fizik muayene bulguları, radyolojik bulgular ve son olarak da tedaviye verilen yanıtın oluşan kombinasyon tanı için kullanılır.

3. Atık Sepeti Sendromu?

Tanımın objektif kriterler yerine ampirik gözlemlere dayanması ve de GÖR, allerjik rinit, kronik rinosinüzit, postinfeksiyöz rinit, rinitis medikamentoza gibi pek çok ve farklı hastalıkla birlikte olması nedeniyle "atık sepeti semptom kompleksi" gibi görünmektedir^[7].

4. Amerikan İcadı?

Bir grup çalışmacı, bu tanıyı tamamen bir "Amerikan icadı" olarak yorumlamaktadır. Telefonla yapılan ve hastalara son altı ay içinde soğuk algınlığı veya öksürük sırasında postnazal akıntı hissedip hissetmediklerinin

solulduğu bir ankete Amerika'dan katılanların %50'den fazlası "evet" derken, İngiltere'den katılanların %25'ten azı "evet" olarak yanıtlamıştır. Hindistan veya Brezilya'dan katılan hastaların hiçbiri böyle bir birliktelik tanımlamamıştır. Soğuk algınlığı veya öksürük tüm dünyada aynı hastalığı tanımladığına göre ülkeler arasındaki bu farklılık, semptomların değerlendirilişi veya algılanışındaki farklılığı göstermektedir. Bu durum, kronik öksürük etyolojisini değerlendiren çalışmalarda postnazal akıntı sendromunun en sık Amerika kaynaklı çalışmalarda bulunmasını da açıklamaktadır^[7].

Özetle, postnazal akıntı sendromu bir grup hastalıkla birlikte görülmektedir. Bu hastalıkların sonuçta postnazal akıntı yaparak mı, yoksa üst hava yolunda inflamasyon veya iritasyon yaratıp öksürük reseptörlerini uyararak, postnazal akıntıdan bağımsız veya ona ek olarak mı öksürük oluşturdukları tam olarak bilinmemektedir. Bu nedenle Öksürük Rehberleri Hazırlama Komitesi bu sorulara yanıt verecek yeni veriler bulunana kadar postnazal akıntı sendromu yerine "üst hava yolu öksürük sendromu (ÜHÖS)" tanımının kullanılmasını önermiştir^[8]. Bu nedenle yazının bundan sonraki bölümünde bu tanım kullanılacaktır.

ÜST HAVA YOLU ÖKSÜRÜK SENDROMU

Patofizyoloji

Klinik çalışmalar, ÜHÖS'de öksürüğün üst hava yolunda öksürük refleksinin afferent dalının mekanik olarak uyarılmasına bağlı olarak geliştiğini göstermiştir. Hipofarenks ve larenkste yerleşmiş öksürük reseptörlerinin burun ve sinüslerden buraya akan sekresyonlarca direkt fiziksel uyarı veya kimyasal iritasyon yoluyla uyarıldığı düşünülmektedir. ÜHÖS olan hastalarda üst hava yolunda öksürük refleksinin normal sağlıklı kişilere göre daha duyarlı olduğu ve bunun da öksürük ortaya çıkışına katkıda bulunduğunu gösteren veriler mevcuttur^[8]. Ayrıca, farenks veya larenkse ulaşan sekresyonların alt hava yoluna aspire olarak buradaki öksürük reseptörlerini uyarabileceği de ileri sürülmekle birlikte, bu görüşün tartışıldığı veriler de vardır. Bunlara göre öksürük neredeyse tümüyle vagal bir olay olup, glossofarengeal veya trigeminal sinirler gibi vagus dışı bir alandan kalkacak mekanik veya

kimyasal uyarılar insanlarda veya hayvanlarda öksürüğe yol açmayacaktır. Bu durumda postnazal akıntının öksürük yapabilmesi için farenksten larenkse aspire olması gerekmektedir ki, postnazal akıntısı olan hastalarda yutma sorunu olmadığı, dolayısıyla bu tür bir aspirasyon için de neden olmadığı iddia edilmiştir. Aslında burun ve sinüslerden akıntının farenkse inmesi ve yutulması fizyolojik bir olaydır ve herkeste olur. Sinüs cerrahisi geçiren kişilerde bol miktarda postnazal akıntı olduğu, hastaların bunu hissettiği, ancak öksürük yakınmalarının olmadığı dikkati çekmiştir^[5]. Ayrıca, rinosinüzit nedeniyle öksüren hastalarda üst hava yolundaki inflamasyona ek olarak alt hava yolunda da inflamasyon olduğunun gösterilmesi öksürüğün üst hava yolundaki inflamasyondan çok alt hava yolundaki inflamasyonla ilişkili olabileceğini düşündürmektedir^[9].

Prevalans

Erişkinlerde yapılan çalışmalar, kronik öksürük nedenleri olarak bildirilen ÜHÖS oranlarının çok farklı olduğunu göstermiştir. En yüksek bildirilen oranların Amerika kaynaklı çalışmalar olduğu, düşük oranların ise Avrupa ülkelerinden bildirildiği dikkati çekmiştir. En sık bildirilen üç nedenin sıklığı hakkında verilen rakamlar oldukça farklıdır. Tablo 1'de kronik öksürüğü olan hastalarda ÜHÖS görülme oranları ve bunun sık görülen diğer iki nedenle karşılaştırılması görülmektedir^[5].

Klinik Bulgular

Öksürüğe ek olarak boğazda bir akıntı veya takıntı hissi, boğazın temizlenmesi ihtiyacı, burunda tıkanıklık veya akıntı en sık karşılaşılan yakınmalardır. Bazı hastalar ses kısıklığından yakınabilir. Öyküde geçirilmiş üst hava yolu infeksiyonuna ait bilgiler bulunabilir. Fizik muayenede orofarenkste mukus ve kaldırım taşı görüntüsü olabilir. Hastaların küçük bir grubunda ise ÜHÖS düşündürecek yakınma ve bulgu olmayabilir, ancak bunlar birinci kuşak antihistaminik ve dekonjestan kombinasyon tedavisine yanıt verir^[6,10].

Tanı

Yakınma ve fizik muayene bulguları özel olmaktan oldukça uzaktır ve diğer nedenlere bağlı öksürükte de bulunabilir. Ayrıca, sessiz ÜHÖS olasılığı da unutulmamalıdır. Bu nedenle klinik bulgular ve fizik muayene ile kesin ta-

Tablo 1. ÜHÖS'nin görülme sıklığı ve diğer nedenlerle karşılaştırılması.

Kaynak	Astım	Tanı	
		GÖR	ÜHÖS
Irwin et al. 1981	25	10	29
Poe et al. 1982	36	0	8
Poe et al. 1989	35	5	26
Irwin et al. 1990	24	21	41
Hoffstein et al. 1994	25	24	26
O'Connell et al. 1994	6	10	13
Smyrnios et al. 1995	24	15	40
Mello et al. 1996	14	40	38
Marchesani et al. 1998	14	5	56
Mcgarvey et al. 1998	23	19	21
Palombini et al. 1999	59	41	58
Brightling et al. 1999	31	8	24
Simpson G et al. 1999	6	22	28
Total (n)	322	220	408
Ortalama %	25	20	34

GÖR: Gastroözefageal reflü.

ÜHÖS: Üst hava yolu öksürük sendromu.

nı konulamaz. Üstelik bu bulguların olmaması, hastanın ÜHÖS düşünülerek verilecek tedaviye yanıt vermeyeceği anlamına da gelmez^[6,10]. Bazı durumlarda sinüs filmleri ile sinüsler ve buruna ait anatomik değişikliklerin gösterilmesi gerekebilir. Ampirik tedaviye verilecek yanıt da indirekt tanı yaklaşımı olarak kullanılabilir.

Ayırıcı Tanı

Bir grup hastalık ÜHÖS ayırıcı tanısında düşünülmalıdır^[6,10]. Bunlar Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tedavi

Kronik öksürüğü olan hastaların çok sık hastaneye başvurdukları ve yoğun ilaç kullandıkları bilinmekle birlikte, bunun nedenleri fazla bilinmiyordu. Ancak, son yıllarda yapılan çalışmalarda kronik öksürüğün yaşam kalitesinin psikososyal ve fizik bölümlerinde önemli oranda bozulmaya yol açtığı ve tedaviyle de yaşam kalitesindeki bozulmaların geri döndüğü görülmüştür^[11-15]. Ayrıca, öksürüğün fizyolojisinden kaynaklanan kardiyovasküler, gastrointestinal, genitoüriner, nörolojik sistemlere ait bir dizi komplikasyon da bildirilmiştir^[16]. Bu

Tablo 2. ÜHÖS'de ayırıcı tanı.

- Allerjik rinit
- Nonallerjik rinit
- Postinfeksiyöz ÜHÖS
- Bakteriyel sinüzit
- Allerjik fungal sinüzit
- Anatomik bozukluk kaynaklı rinit
- Fiziksel-kimyasal iritanlar nedenli rinit
- Mesleki rinit
- Rinitis medikamentoza
- Gebeliğe bağlı rinit

ÜHÖS: Üst hava yolu öksürük sendromu.

veriler ışığında hastanın yakınmalarını ciddiye almamak ya da “bununla yaşamayı öğren” gibi önerilerde bulunmak çok uygun olmayıp, öksürüğün tedavisi için gerekli olan her şey yapılmalıdır. ÜHÖS'de tedavi altta yatan nedene yönelik düzenlenmelidir. Altta yatan belirgin bir neden olmadığında ise ayrıntılı ayırıcı tanı için tetkiklere başlamadan önce etkili olduğu pek çok kez gösterilmiş ilaçlarla ampirik tedavi verilmelidir. Ancak tedavide temel prensipler:

1. Korunma,
2. İnflamasyonu ya da sekresyonları azaltma,
3. İnfeksiyonu tedavi etme,
4. Yapısal sorunların giderilmesidir.

Bu prensipler ışığında ÜHÖS tedavisi; nedenlerinin klinik özellikleri ve bunlara yönelik tedavi seçeneklerine göre şu şekilde planlanmalıdır^[8]:

1. Allerjik rinit nedenli ÜHÖS: ÜHÖS'nin en sık nedenlerinden biridir. Mevsimsel veya yıl boyu olabilir. Klinik öyküye ek olarak cilt testleriyle tanı desteklenir. Tedavide sorumlu allerjenden korunmaya ek olarak nazal steroidler, sedasyon yapmayan antihistaminikler önerilir. Lökotrien reseptör antagonistleri (LTRA) yararlı olabilir. Korunma ve ilaç tedavisinin yetmediği olgular için allerjen spesifik immünoterapi düşünülebilir.

2. Vazomotor rinit: Antikolinergik etkileri nedeniyle birinci kuşak antihistaminikler ve bununla kombine edilmiş dekonjestanlar etkilidir. Nazal ipratropium bromid nazal yakınmalar için uygun olmakla birlikte, öksürük üzerine etkisi açısından fazla veri yoktur.

3. Postviral ÜHÖS: Öyküde üst solunum yolu infeksiyonu olması tanısal açıdan önemlidir. Birinci kuşak antihistaminik + dekonjestan kombinasyonu viral infeksiyon nedeni, yalnızca akut değil, kronik öksürüklerde de etkili bulunmuştur. Tedavinin etkisinin günler veya haftalar içinde görülebileceği unutulmamalıdır. Ancak bu kombinasyonun dekonjestanlarla ilgili uykusuzluk, sinirlilik hali, çarpıntı, hipertansiyonu ve glokomu olan hastalarda mevcut patolojileri bozucu etkisi, birinci kuşak antihistaminikle ilişkili olarak da sedasyon yapıcı yan etkileri kullanımını kısıtlamaktadır.

4. Sinüzit: Kronik sinüzitte öksürtüğe balgam eşlik edebileceği gibi, nonproduktif ve sinüzit düşündürecek yakınmalar çok fazla olmaksızın “klinik olarak sessiz” sinüzit durumu da kronik öksürükle birlikte olabilir. Dört yönlü sinüs grafileri sinüzit varlığını gösterir, ancak öksürüğün sinüzit nedeni olduğunu göstermez. Yine de kronik sinüzitin öksürük nedeni olduğunu göstermede pozitif prediktif değerinin %81, negatif prediktif değerinin %95 olduğu bildirilmiştir. Benzer veriler sinüs bilgisayarlı tomografi (BT) için yoktur, ancak en az düz sinüs filmleri kadar doğru sonuç vermesi beklenir. Kronik sinüzit tedavisi için kesin sınırları belirlenmiş değildir. Antibiyotiklerin rolü tartışmalıdır. Ancak prospektif çalışmaların sonuçlarına göre üç haftalık antibiyotik + birinci kuşak antihistaminik + dekonjestan kombinasyonu ile beş günlük nazal dekonjestan tedavisi ve bununla öksürükte düzelme olursa üç ay nazal steroid tedavisi önerilmektedir. Anatomik sorunlar nedeniyle kronik sinüzit gelişmesi durumunda cerrahi düşünülmelidir.

Allerjik fungal sinüzit tedavisinde fungal mukusun cerrahi olarak temizlenmesi ve buna oral antifungallerin eklenmesi gereklidir.

5. Fiziksel-kimyasal iritanlara bağlı rinit: Duman, buhar, koku, kimyasal maddeler ve temizleme maddeleri gibi pek çok ajan çeşitli mekanizmalarla rinite neden olabilir. Etkenden uzaklaşma, ortamın iyi havalandırılması, filtre ve maske kullanımları önerilir.

6. Rinitis medikamentoza: Uzun süreli nazal dekonjestan amaçlı alfa agonistlerin veya yasa dışı kokain gibi ilaçların kullanımı sonrası ortaya çıkan nazal konjesyon için “rinitis medikamentoza” tanımı kullanılır. Tedavi sorumlu

ilacın kullanımının bırakılmasıyla başlar. Nazal steroidlerin veya antihistaminik + dekonjestan kombinasyonunun kullanımı yararlı olabilir.

7. Gebeliğe bağlı rinit: Gebelikte nonspesifik rinit artmaktadır. Öyküde gebelikle başlaması ve doğum sonrası düzelmesi tanıya götürücüdür.

8. Anatomik bozukluklara bağlı rinit: Nazal septum deviasyonu, büyümüş konkalar, polipler veya nadiren görülebilecek tümöral oluşumlar rinit veya rinosinüzite neden olur. Tedavi nedene yönelik cerrahi girişimlerdir.

Sonuç olarak, üzerindeki tartışmalar nedeniyle postnazal akıntı sendromu yerine ÜHÖS tanımı kullanılmalıdır. Görülme sıklığı ülkeler arasında farklılıklar göstermekle birlikte, kronik öksürük nedeni tam ortaya konulamamış olgularda tanı için detaylı araştırmalara başlamadan önce ÜHÖS'nin ilk sıralardaki yeri gözönüne alınarak birinci kuşak antihistaminik ve dekonjestan kombinasyonundan ibaret olan ampirik tedavi verilmesi akılcı bir yaklaşım olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Harding SM. Chronic cough. Practical considerations. *Chest* 2003;123:659-60.
2. Kastelik JA, Morice AH. Chronic cough in adults. *Thorax* 2003;58:901-7.
3. 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.
4. 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.
5. Morice AH. Post-nasal drip syndrome-a symptom to be sniffed at? *Pulmonary Pharm Ther* 2004;17:343-5.
6. Pratter MR, Bartter T, Akers S ve ark. An algorithmic approach to chronic cough. *Ann Intern Med* 1993;119:977-83.
7. Simpson CB, Amin MR. Chronic cough: State of the art review. *Otolaryngol Head Neck Surgery* 2006; 134:693-700.
8. Pratter MR. Chronic upper airway cough syndrome secondary to rhinosinus diseases (previously referred to as postnasal drip syndrome). ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2006; 129:63-71.

9. Brown JL, Stenfors N, Behndig A ve ark. Baseline inflammation in the lower airways of allergic rhinitis subjects compared to normal subjects. *Eur Respir J* 2002;18:270.
10. 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.
11. French CL, Irwin RS, Curley FJ, Krikorian CJ. Impact of chronic cough on quality of life. *Arch Intern Med* 1998;158:1657-61.
12. Morice AH and Committee Members. The diagnosis and management of chronic cough. *Eur Respir J* 2004;24:481-92.
13. Irwin RS. Assessing cough severity and efficacy of therapy in clinical research. ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2006;129:232-7.
14. Irwin RS, Baumann MH, Boulet LP ve ark. Diagnosis and management of cough executive summary. *Chest* 2006;129:1-23.
15. Irwin RS, Corrao WM, Pratter MR. Chronic persistent cough in the adult: The spectrum and frequency of causes and successful outcome of specific therapy. *Am Rev Respir Dis* 1981;123:413-7.
16. Irwin RS. Complications of cough. ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2006;129:54-8.