

## İTERAKTİF PANEL 7

### İnteraktif Panel 7 Kronik Öksürük

**Moderatörler:** Prof. Dr. Metin Akıner | Prof. Dr. Günseli Kılınç

**Konuşmacılar:** Doç. Dr. Dane Ediger | Uzm. Dr. Sevda Şener Cömert | Prof. Dr. Ferhan Öz | Prof. Dr. İsmail Topçu | Prof. Dr. Nerin N Bahçeciler Önder

#### KRONİK ÖKSÜRÜK: Tanım ve sınıflama

Doç. Dr. Dane Ediger

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD, Bursa

Öksürük, solunum sisteminde mukus, yabancı cisim, zararlı maddeler ve enfeksiyöz organizmaların temizlenmesinde önemli rol oynayan bir reflektir. Bu refleks 3 fazdan oluşur; 1- İnspiryum, 2- Kapalı glottise karşı zorlu ekspiriyum çabası, 3- Glottisin açılmasıyla oluşan hızlı bir ekspirasyon.

Öksürük, solunum sistemini savunma mekanizmasının başında gelmektedir. Genel anestezi sonrası öksürüğün baskılanmasına bağlı olarak hava yolunda sekresyon birikimi ve enfeksiyon gelişmesi, öksürüğün koruyucu etkisine iyi bir örnektir. Ayrıca öksürük bir hastalık belirtisi olup, hastayı uyararak doktora başvurmasını ve tanı konmasını da sağlayabilir.

Öksürük aşırı ve kronik olduğu zaman rahatsız edici bir yakındır. Şiddetli öksürük atakları kusma, kot kırıkları, idrar tutamama, bayılma, kas ağrısı, yorgunluk ve depresyona neden olabilir.

#### Prevalans

Öksürük hastaların hekime başvurmasındaki başlıca yakınmalardan biri olup, ABD'de 30 milyon poliklinik has-

tasında en yaygın semptomdur ve Göğüs Hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların %10-38'ini kronik öksürüklü hastalar oluşturmaktadır. Avrupa ve ABD'de yapılan anket çalışmalarında toplumdaki prevalansı %9-33 oranındadır.

Üst ve alt solunum yollarının enflamatuvar veya mekanik değişiklikleri, kimyasal ve iritan maddelerin solunması, 3 çeşidi bulunan öksürük reseptörlerini uyarır. İleti hızlarına göre çabuk ve yavaş adapte olan RAR ve SAR ile C-fiber reseptörlerinin sigara dumanı, asit ve alkali, hipotonik ve hipertonic salin, bradikinin, biber ekstresi olan kapsaisin, PGE2 ve PGF2-, adozin trifosfat (ATP), mekanik uyarılar, pulmoner konjesyon, ateletazi, bronkospazm ile uyarılmaları, öksürük refleksini ortaya çıkarmaktadır.

ACCP 2006 rehberine göre öksürük, süresine göre 3 gruba ayrılır: 1-Akut öksürük <3 hafta, 2-Subakut öksürük 3-8 hafta, 3-Kronik öksürük >8 hafta.

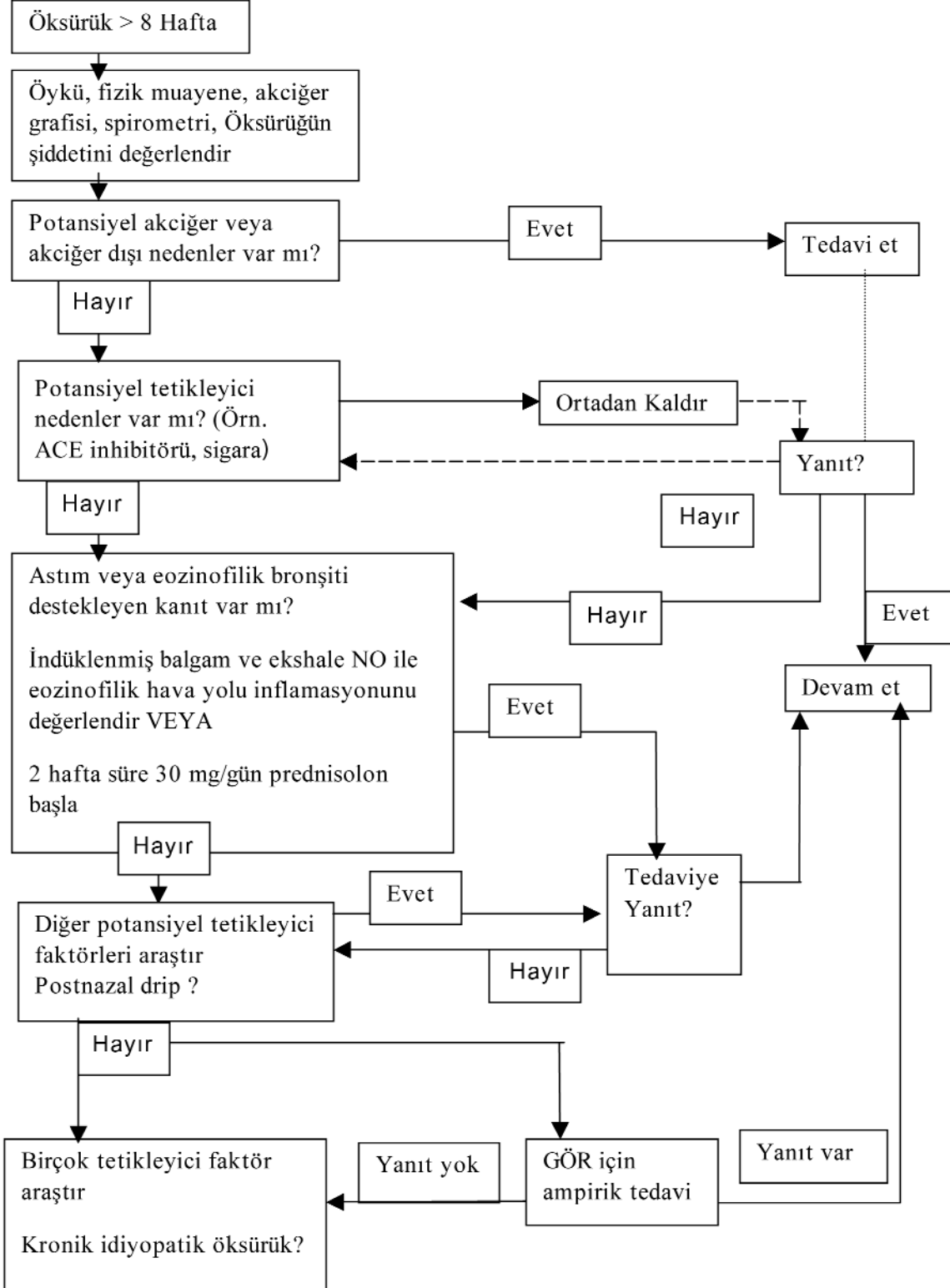
Kronik öksürüklü hastalarda genellikle birden çok neden bir arada bulunabildiği için, bu hastalar daha fazla tanı ve tedavi güçlüğü gösterirler. Kronik öksürük çok sayı-

**Tablo-1:** Erişkinde kronik öksürük nedenleri

En sık	Daha az sıklıkta	Nadir
ACE inhibitörleri, Postnazal drip, Eoz. Bronşit, GÖR, Astm, Sigara vd. iritanlar	Bronşektazi Postenfeksiyöz	Bronş Ca, Karsinomatozis, Lenfoma, İritabl larinks, Psikojenik öksürük, Akciğer absesi, Sarkoidoz, Tüberküloz, Yabancı cisim

## İTERAKTİF PANEL 7

Şekil-1: Kronik öksürükte anatomik-tanısal yaklaşım



## İTERAKTİF PANEL 7

da kronik akciğer hastalığı ya da bazı akciğer-dışı hastalıklara eşlik edebilen bir yakınmadır (Tablo 1).

Hastalarda klinik değerlendirmeye eşlik eden hemoptizi, aşırı balgam, sistemik semptomlar, nefes darlığı, hırıltılı soluma gibi yakınmaların, solunum sisteminde anormal fizik muayene bulgularının varlığı, eşlik eden bir akciğer hastalığı olasılığını güçlendirir. Bu durumda spirometri ve akciğer grafisi yanı sıra gereğinde toraks BT ve bronkoskopi gibi ileri tetkiklerle KOAH, kronik bronşit, akciğer kanseri, akciğer tüberkülozu, sarkoidoz, idiyopatik akciğer fibrozisi ve kalp yetmezliği gibi belli başlı kronik öksürük nedenlerine ilk adımda tanı konabilecektir.

### Öksürüğün subjektif ve objektif değerlendirilmesi

Doğrulanmış bir öksürük skoru ve ölçme yöntemi bulunmamaktadır. En sık kullanılan vizüel analog skorudur. Öksürüğün şiddetini hasta kendi deneyimine göre, bir ucu 0 ile diğer ucu 10 olan bir çizelgede işaretler. Bu skorla ay-

nı kişide karşılaştırma yapılabilmekte, ancak farklı kişileri karşılaştırmak mümkün olmamaktadır.

Öksürük için yaşam kalite anketi olarak Leicester (LCQ) ve Cough specific QLQ anketleri kullanılmakta olup, tedavideki düzelmeleri yansıttıkları gösterilmiştir.

Öksürüğün sıklığını ve şiddetini objektif olarak değerlendiren ve ses kaydı yapan cihazlar da kullanılmaktadır.

Öksürük refleksinin duyarlılığını ölçmek için geçerli testler, kapsaisin ve sitrik asit inhalasyon testleridir. Kronik öksürükle seyreden birçok durumda kapsaisin inhalasyonuna öksürük duyarlılığının arttığı, tedavi sonrasında da normale döndüğü gösterilmiştir.

### Anatomik-tanısalsal protokol

İzole öksürüklü hastalara Irwin ve arkadaşları tarafından tanımlanan bir protokol ile yaklaşım önerilmektedir. Bu protokol, öksürüğün olası nedenlerinin vagal afferentlerin anatomik dağılımıyla ilişkilerini vurgulama amacıyla 'Anatomik-tanısalsal protokol' olarak adlandırılmıştır (Şekil 1).

## ÖKSÜRÜK VARYANT ASTIM

Uzm. Dr. Sevda Şener Cömert

*Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul*

Öksürük, yabancı maddelerin akciğerlere aspirasyonu-na karşı ve solunum yollarının temizlenmesine yönelik koruyucu bir defans mekanizmasıdır. Öksürük refleksinin reseptörlerinin en fazla sayıda bulunduğu yerler trakea arka duvarı, ana karna ve büyük bronşların dallanma noktalarıdır. Distal hava yollarında reseptör sayısı daha azdır. Alt solunum yolları dışında larenks, farenks, paranazal sinüsler, kulak, diyafragma, plevra, perikard ve mide öksürük reseptörlerinin bulunduğu diğer yerlerdir. Refleksin afferent yolunu vagus sinirinin dalları oluştururken trigeminal, glossofarengeal ve frenik sinirler de afferent iletide rol oynarlar. Öksürüğün istemli kontrolü beyin korteksi, refleks kontrolü ise medulla oblongatada yer alan merkez tarafından yönetilir. Eferent yolu ise frenik sinir, spinal motor sinirler ve vagusun reccurent laryngeal dalı oluşturur(1,2,3).

Öksürük çok sayıda nedene bağlı olarak ortaya çıkabilen yaygın bir sorundur. Klinik pratiğimizin %10-38'i kronik öksürük şikayeti olan hastalardan oluşur. Sistematik bir tanısalsal yaklaşımla kronik öksürük nedeni %88-100

saptanabilir(4,5). Kronik öksürüğün en sık nedenleri postnazal akıntı sendromu (%41-58), öksürük varyant astım (%24-59) ve gastroözefageal reflü (%21-41)'dir(5).

Öksürük varyant astım (ÖVA) öksürüğün tek semptom olduğu astım olarak kabul edilmektedir(6). Olgularda dispne veya wheezing olmaksızın kronik persistan öksürük vardır ve astım öyküleri yoktur. Solunum fonksiyonları normaldir ve nonspesifik bronş hiperreaktivitesi pozitifdir. Olguların semptomları bronkodilatör tedavi ile gerilemektedir(6,7).

ÖVA yeterince tanınmamaktadır. Astım tanı konulmamış kronik öksürüklerin %24'ünde neden olarak bildirilmekte ve bu grubun da %28'inde tek semptom olarak öksürük görülmektedir(6,8). Astımlı hastalarda ÖVA oranı ise %7-11 olarak bildirilmektedir(6,9).

### PATOGENEZ

ÖVA'lı olguların balgam, bronkoalveolar lavaj ve bronş biyopsi örneklerinde klasik astım olguları ile benzer

## İNTERAKTİF PANEL 7

oranlarda eozinofil, eozinofilik katyonik protein (ECP), IL-5, IL-8 ve TNF- $\alpha$  düzeylerinin arttığı gösterilmiştir(10). Yapılan çalışmalarda, klasik astımdaki kadar olmasa da ÖVA'larda da subepitelyal tabaka kalınlaşması olduğu gösterilmiştir(11).

### TANI

Sekiz haftadan uzun süren, kuru, tekrarlayan öksürük, başka herhangi bir nedene bağlanamıyorsa ÖVA düşünülmelidir. ÖVA'da tek semptom öksürüktür, klasik astım öksürüğüne benzer şekilde noktürnal ataklar ile seyredebilir, şiddeti gün içerisinde değişkenlik gösterebilir, soğuk ve egzersiz, parfüm sigara dumanı vb. uyarıcı olabilir. Fizik muayene bulguları ve solunum fonksiyon testleri normaldir. En değerli tanı yöntemi bronş provakasyon testidir (BPT). Pozitif BPT ÖVA tanısını desteklerken, negatif BPT tanıyı tam olarak ekarte ettirmez ancak klasik astım tanısı ekarte edilebilir. Bu hastalarda kesin tanı bronkodilatör ve/veya kortikosteroid tedaviye cevap alınması ile konur.(6,7,10,12).

**ÖVA'da tanı kriterleri(13):** 1- Sekiz haftadan uzun süren, izole kronik, kuru öksürük, 2- Nefes darlığı ve wheezing olmaması, 3- Postnazal akıntı olmaması, 4- FEV1 $\geq$ %80, FVC  $\geq$ %80, FEV1/FVC  $\geq$ %70 olması, 5- FEV1(PC20-FEV1) < 10 mg/ml olması, 6- akciğer grafisinin normal olması, 7- Bronkodilatör ve /veya kortikosteroid tedaviye yanıt olması.

Tanıda kronik öksürük tanı protokollerin uygulanması önerilir (8,12). Kronik öksürük nedeni olabilecek diğer tüm durumlar ayırıcı tanıda göz önüne alınmalıdır. Büyük hava yolları ile ilişkili olarak yabancı cisim aspirasyonu,

neoplazmlar, trakeit, bronşit, astım; kalp yetmezliği, pnömoni, bronşiektazi gibi akciğer parankim hastalıkları; sinüzit, GÖR, plevral iritasyon, ACE inhibitörü kullanımı gibi akciğer dışı nedenler ve psikojenik nedenler ayırıcı tanıda değerlendirilmelidir(6).

Eozinofilik inflamasyonla seyreden diğer bir kronik öksürük nedeni olannonastmatik eozinofilik bronşit (NAEB)'ten de ayırıcı tanısının yapılması gerekir. NAEB'de olguların balgam veya bronş lavaaj incelemesinde >%3 eozinofil saptanır. SFT normaldir. ÖVA'dan farklı olarak BPT negatiftir. Öksürük kortikosteroid tedavisine yanıt verir(10).

### ÖVA ŞİDDET SINIFLAMASI (6,14)

**SKOR I:** İntermitan, gerektiğinde kullanılan inhale  $\beta_2$ -agonistle kontrol altında;

**SKOR II:** Her gün var, uzun etkili teofilin veya inhale  $\beta_2$ -agonistle kontrol altında;

**SKOR III:** Her gün var, uzun etkili teofilin veya inhale  $\beta_2$ -agonistle kısmen baskılanıyor, ancak kontrol edilemiyor.

### TEDAVİ

ÖVA'da tedavi klasik astım tedavisi ile aynıdır. Skor I'de bulunan hastalar  $\beta_2$ -agonistler ile kontrol altına alınabilir. Daha şiddetli kinik gösteren hastalarda bronkodilatör tedaviye inhale kortikosteroidler eklenmelidir. Öksürüğün ciddi olduğu ve kombine tedaviye tam yanıt alınamayan hastalarda oral kortikosteroidler (40mg prednizolon veya eşdeğeri) bir haftaya süre ile kullanılmalıdır. İdame tedaviye inhale kortikosteroid ile devam edilmesi uygun olur(6,10).

### Kaynaklar

1. Milgrom H. Cough variant asthma. In: Weiss EB, Stein M;eds.Bronchial asthma. Boston/Toronto/London Little, Brown and Company; 1993:644-649.
2. A consensus panel report of the American College of Chest physicians. Managing cough as a defense mechanism and as a symptom. Chest 1998; 114: 133S-173S.
3. Irwin RS, Widdicombe J. Cough. In: Murray JF, Nadel JA; eds. Textbook of Respiratory Medicine. Philadelphia: W.B.SaundersCompany; 2000: 553-66.
4. Yılmaz A, Erkan F.Kronik öksürük: Sistematik tanısal yaklaşım. Toraks Dergisi 2002;3(3):329-334.
5. Harding SM. Chronic cough. Chest 2003;123:659-660.
6. Yorgancıoğlu A. Öksürükle seyreden astım. Gemicioğlu B(ed). Tanımdan tedaviye astım. Turgut yayıncılık ve ticaret A.Ş. 2005, Birinci Baskı İstanbul;583-589.
7. Kalpaklıoğlu AF. Kronik Öksürük ve Nadir Görülen Pulmoner Sorunlar. Solunum Hastalıkları 2001;12:283-242.
8. Irwin RS, Curley FJ, French CL. Chronic cough: The spectrum and frequency of causes, key components of the diagnostic evaluation and outcome of specific therapy. Am Rev Respir Dis 1990;141:640-647.
9. Lee SY, Cho JY, Shim JJ, KimHK, Kang KH, Yoo SH. Airway inflammation as an assessment of chronic nonproductive cough. Chest 2001;120:1114-1120.
10. Songür N. Öksürük varyant astım ve nonastmatik eozinofilik bronşit. Astım Allerji İmmünoloji 2007;5(1):26-32.
11. Niimi A, Matsumoto H, Minakuchi M, Kitaichi M, Amitani R. Airway remodelling in cough-variant asthma. Lancet 2000;356:564-5.
12. ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Executive Summary Diagnosis and Management of Cough. Chest 2006;129:1S-23S.
13. ERS Task Force: Morice AH and Committee Members. The diagnosis and management of chronic cough. Eur Respir J 2004;24:481-92.
14. Cockcroft DW, Swystun VA. Asthma control versus asthma severity. J allergy Clin Immunol 1996;98:1016-1018.

## İNTERAKTİF PANEL 7

### KRONİK ÖKSÜRÜK VE POSTNAZAL AKINTI

Prof. Dr. İsmail Topçu

*Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz AD, Diyarbakir*

Burun ve paranazal sinüsler, normal fizyolojik işlevlerinden dolayı, yapılarında bulunan salgı hücreleri aracılığıyla devamlı sekresyon üretirler. Silier aktivitenin yardımı ile üretilen bu sekresyonlar, sürekli olarak farekse, oradan da yutkunma ile mideye ulaşır. Herhangi bir nedene bağlı olarak bu sekresyon miktarının artması ve/veya karakterinin değişmesi, normalden daha fazla sekresyonun farekse doğru atılmasına neden olur ki buna postnazal akıntı denir. Alerjik rinit, nonalerjik-nonenfeksiyöz rinitler, kronik rinosinüzitler ve kronik adenoiditler, uzun süreli postnazal akıntıya neden olan hastalıklardır.

Postnazal akıntı ile kronik öksürük ilişkisi hâlâ tartışma konusudur. Bu konuda farklı sonuçlara ulaşan birçok yayın olmasına rağmen şu anda dünyada genel olarak üç farklı görüş bulunmaktadır. Bunlardan birincisi, Amerika'da kabul gören kronik öksürükte postnazal akıntının önemli bir yer tuttuğunu gösteren çalışmalarıdır. Önceleri post-nazal akıntı sendromu veya pseudo-sendromu olarak tanımlanmış, ancak 2006 yılından bu yana Chronic Upper Airway Cough Syndrome Secondary to Rhinosinus Diseases (UACS) olarak değiştirilmiştir. Kronik öksürüğe neden olan en sık rastlanılan patolojiden biri olarak kabul edilir. İkincisi, Japonya'da kabul gören, post-nazal akıntıya bağlı kronik öksürük olmadığını savunan görüştür. Japonlar bunun anatomik

değişikliklerden veya yaklaşım farkından kaynaklandığını iddia ederler. Üçüncü görüş ise, Avrupa, ağırlıklı olarak da İngiliz hekimlerinin görüşüdür; bu görüşe göre postnazal akıntı değil rinosinüzitlerin kendisi öksürüğe neden olmaktadır.

Bu görüşlere göre tanı ve tedavide de farklılıklar ortaya çıkmaktadır. UACS'yi savunanlar, kronik öksürüğü olan ve solunum yollarında patoloji şüphe edilen hastalarda bir ay süre ile birinci jenerasyon antihistaminik ve dekonjestan tedavisi önermekte ve bunun sonucuna göre karar verilmesinin uygun olacağını düşünmektedirler. Bu, alta yatan hastalığın tedavisini bir ay öteleme anlamına gelebilir ve hastayı komplikasyona açık hale getirebilir. İkinci görüş ise, rinosinüzit tanısını konulmasını ve ona göre tedaviye başlanmasını önermektedir.

Solunum yolları bir bütün olarak kabul edilmeli, solunum sisteminin herhangi bir bölgesinde oluşabilecek patolojinin, sistemin diğer bölgelerini de az veya çok etkileyebileceği kabul edilmelidir. Postnazal akıntının öksürüğe neden olduğu tartışmalıdır. Her zaman olmamakla birlikte, zaman zaman nazofarenks, burun ve sinüsteki hastalıklar veya neden oldukları postnazal akıntılar bir şekilde öksürük refleksinin uyarılmasına neden olmaktadır. Dikkatli bir incelemeyle patolojinin tespit edilip uygun tedavinin yapılmasının yerinde olacağı kanısındayım.

### ÇOCUKLARDA KRONİK ÖKSÜRÜK

Prof. Dr. Nerin N. Bahçeciler Önder

*Marmara Üniversitesi Pediyatrik Alerji-İmmünoloji BD, İstanbul*

Çocuklarda öksürüğün en sık rastlanılan nedeni solunum yolu enfeksiyonlarıdır. Çocukluk yaş grubunda yılda 3.8-8 kez, öksürüğün eşlik ettiği enfeksiyonlar görülebilir. Bu tür enfeksiyonlar genellikle 1-3 hafta sürebilir, ancak vakaların yaklaşık %10'unda 4. haftadan sonra öksürük devam eder. Dört haftadan daha uzun süren öksürük "kronik öksürük" olarak tanımlanır. Çocuklardaki kronik öksürük ebeveynleri ciddi olarak endişelendirir. Gerçekten de kronik öksürük, alta yatan çok ciddi bir hastalık olmadan

da bulunabileceği gibi, bazen kronik ve ciddi bir hastalığın ilk belirtisi olabilmektedir. Bazen sadece izleme yeterlidir ama bazen de alta yatan nedene yönelik araştırma yapmak ve tedavi etmek gerekebilir. Kronik öksürük ile ilgili hazırlanmış kılavuzlar genellikle erişkinde kronik öksürük yaklaşımına göre düzenlenmiştir, oysa pediyatrik yaş grubunda yaklaşım farklı olmalıdır. Çocuklarda öksürük, hırıltı ve dispnenin en sık nedeni astımdır ama öksürüğe neden olan diğer durumlar da uygunsuz bir biçimde astım

## İTERAKTİF PANEL 7

ilaçları ile tedavi edilmeye çalışılmaktadır. Kronik öksürüğe neden olabilecek astım dışı durumlar alerjik rinite ya da sinüzite bağlı postnazal akıntı, gastroözofageal reflü, viral, pertusis, tüberküloz gibi enfeksiyonlar, immun yetmezlik, primer silier diskinezi, trakeo-bronko malazi, trakeo-özofageal fistül, büyük damar veya kalpte konjenital anomaliler, yabancı cisim aspirasyonu ve psikojenik öksürük olarak sıralanabilir.

Öksürükle gelen bir çocukta öncelikle şikayetlerin başlama yaşı, öksürüğün tipi, oluş zamanı, eşlik eden diğer şikayetler hakkında ayrıntılı bilgi alınır. Ayrıntılı fizik muayene ile olası ön tanılar gözden geçirilir ve uygun izleme, tetkik ve tedaviler planlanır. Çocukta kronik öksürüğe yaklaşım konusunda uygun bir kılavuz bulunma-

maktadır. Cochrane Collaboration'ın 2009 yılında çocuklarda kronik öksürük ile ilgili yaptığı meta-analizde, günümüze kadar kronik öksürük ile ilgili yürütülmüş çalışmalar incelenmiş, sadece 6 çalışma değerlendirmeye alınabilmiş, ancak bunların da metaanalize alınma kriterlerini dolduramadığı saptanmıştır. Bu nedenle günümüzde çocuklarda kronik öksürüğe yaklaşım konusunda bilimsel verilere dayanarak bir öneride bulunmak mümkün görülmemiş, çalışmalara gereksinim olduğu vurgulanmıştır. Bu tür çalışmaların sonuçları çıkana dek her hastada hikaye, fizik muayene ve istenilecek incelemelerin bireysel olarak değerlendirilmesi gerektiği belirtilmiş, konu ile ilgili bir rehber oluşması için yeterli veri olmadığı üzerinde durulmuştur.

### Kaynaklar

1. ERS Task Force. The diagnosis and management of chronic cough. Eyr Repir J 2004;24:481-492.
2. Weinberger M, Abu-Hasan M. Peodo asthma: when cough, wheezing and dispnea are not asthma ? Pediatrics 2008;121:221-2.
3. Bailey EJ, Morris PS, Kruske SG, Chang AB. Clinical pathways for chronic cough in children . THE Cochrane collaboration 2009.