



Dr. Naci Öner*, Dr. Güner Emel Yolsal**, Dr. Aylin Şimşek***

Tek başına ya da başka belirtilerle birlikte çocuklarda en sık rastlanan solunum yolu yakınması olan öksürük, alt solunum yollarının kendini temizleme ve koruma amacıyla; istemli, istemsiz reflekslerle ya da bunların kombinasyonu ile oluşturduğu refleks bir mekanizmadır. Öksürük reseptörleri farenks, paranasal sinüs, özefagus, mide mukozası, dış kulak yolu, timpanik membran, larenks, trakea, bronşlar, diyafram, perikart, plevrada bulunur. Genellikle öksürük istemsiz olarak larenks ve bronş ağacı arasında yer alan bronş mukozasının uyarılması sonucu oluşur. Hava yollarındaki mukus ve eksüda, yabancı cisimler, bronş dış duvarına bası yapan mekanik etkenler; histamin, bradikinin, PGE₂, PGF₂ gibi inflamatuvar uyarıcılar, kapsaisin, tartarik asit, asetik asit, nikotin, osmotik ajanlar, hipoklorit solüsyonları, sülfür dioksit gibi kimyasal etkenler öksürük refleksinin başlamasından sorumlu tutulmuştur.

Akut öksürüğün en sık nedeni viral üst solunum yolu enfeksiyonudur (ÜSYE) ve bakteriyel solunum yolu enfeksiyonları, alerjik rinit, astım, sigara gibi iritanlar diğer nedenlerdir. Yineleyen öksürükte; bronş hiperreaktivitesi, aspirasyon, sık yineleyen solunum sistemi enfeksiyonları ve idyopatik pulmoner hemosiderozis önemli nedenlerdir.

Pasif sigara içicisi olmayan, bağışıklık sistemi normal olan, ACE inhibitörü kullanmayan, akciğer sesleri, grafisi ve solunum fonksiyon testleri (SFT) normal olan, daha önceden astım bronşiyal, kronik/yineleyen bronşit, alerjik bronşit, hışırtılı çocuk, kardiyovasküler ya da diğer sistemik hastalık tanılarında herhangi birini almamış olan bir çocukta belirlenen üç haftadan fazla süren öksürük; kronik öksürük açısından değerlendirmeye alınmalıdır.

Kronik öksürük; çeşitli kaynaklarda farklı süreler belirtilmekle birlikte, üç haftadan uzun süren ve hiç düzelmeksizin süren öksürük olarak tanımlanmıştır. Erişkinde sigara içmeyen grupta kronik öksürük % 14-23 olguda belirlenmişken, çocukluk yaş grubunda bu oran % 20-22 olarak saptanmıştır.

Kronik öksürüklü olgularda ayrıntılı öykü alınmalı, hastanın yaşı, öksürüğün başlangıç yaşı, niteliği ve zamanı, öksürüğü etkileyen etmenler, daha önce aldığı tedavi, önceki hastalıklarının öyküsü, aile öyküsü, ev ve çevre koşulları sorgulanmalıdır. Öksürüğün hışırtı ile birlikteliği, pozisyon, beslenme ve uyku ile olan ilişkisi, ataklar arasında belirtilerin varlığı ve verilen ilaçlara olan yanıtı öğrenilmelidir.

Çocuklardaki kronik öksürüğün en önemli üç nedeni postnazal akıntı sendromu (PNAS), astım varyantı (öksürük varyant astım, eozinofilik bronşit) ve gastroözofajiyal reflü (GÖR) olarak kabul edilmektedir. Diğer nedenler enfeksiyon sonrası öksürük reseptör sensitivitesinde artma, (postenfeksiyöz öksürük), psikojenik öksürüktür.

Postnazal akıntı sendromu (PNAS):

Nazal sekresyonların orofarenks, nazofarenks ya da larenkse akması ve bu akıntının farengial ya da larengeal öksürük reseptörlerini mekanik olarak uyarması sonucu gelişir. PNAS'de ekstratorasik solunum yolu hiperreaktivitesinin (EAHR) olduğu ve bu durumun astım benzeri bulgulara yol açtığı gösterilmiştir. PNAS'nin en önemli nedenleri; ÜSYE, enfeksiyöz ya da alerjik rinit, adenoidit ve kronik sinüzittir.

Öksürük hasta yatar durumdayken ve sabah kalktığı ilk saatlerde artar. Horlama, farenkste akıntı duygusu ve hırıltı, boğaz temizleme isteği, nazal konjesyon, nazal akıntı ve bazen de ses kısıklığı, klinik bulgu olarak karşımıza çıkar. Fizik muayenede farenkste kaldırım taşı görünümü saptanabilir, ancak bu görünümün olmaması ya da postnazal akıntının gözlenmemesi PNAS tanısını ekarte ettirmez. Waters grafisinde görülebilen kronik sinüzit bulguları sinüzite bağlı PNAS'yi, ÜSYE sonrası uzayan belirtiler ise enfeksiyon sonrası gelişen PNAS'yi düşündürmelidir. Uzun süreli vazokonstriktör ilaçların kullanımı sonucu gelişen rinitis medikamentoza da ayırıcı tanıda akla gelmelidir.

*Yrd. Doç.; Trakya Ü. Tıp Fak. Çocuk Sağlığı ve Hast., AD, Edirne

**Arş. Gör.; Trakya Ü. Tıp Fak. Çocuk Sağlığı ve Hast. AD, Edirne

***Uzm.; Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hast. AD, Edirne

Sinüzit topikal drenaj ve en az üç haftalık antibiyotik tedavisi gerektirir. Drenaj için intranazal steroid ve tartışmalı olmakla birlikte dekonjestanlar dönüştürücü olarak (haftada iki gün, üç hafta) kullanılmalı, sistemik dekonjestanlar, mukolitikler ve serum fizyolojikle nazal lavaj gerektiğinde tedaviye eklenmelidir. Yineleyen sinüzit durumunda medikal tedavi yeterli olmazsa cerrahi tedavi uygulanabilir.

Alerjik rinitte de astımda olduğu gibi, primer tedavi antienflamatuvardır. Intranazal steroidler (beklametazon dipropionat, flunisolide ya da triamcinolone) ya da Na kromoglikat alerjenin neden olduğu enflamasyonu etkin olarak azaltır. Oral H1 reseptör blokerleri ve dekonjestanlar semptomatik rahatlama sağlar ve maksimum etki için en az iki hafta gerekir.

Gastroözofajiyal reflü (GÖR)

Mide asit sıvısının geriye doğru alt sfinkteri geçerek, özofagusa gelmesi ve oradan da üst solunum ve sindirim yoluna ulaşmasıdır. Burada öksürüğün mekanizması tam olarak bilinmemekle birlikte; reflü materyalinin proksimal yolla bronşlara mikroaspirasyonu ile, iritan reseptörlerin uyarılması sonucu öksürüğün tetiklendiği kabul edilmektedir. Son yıllarda, aspirasyon olmaksızın asit reflü içeriğinin distal özofagustaki vagal reseptörleri uyarması ile başlayan uyarının, refleks yolla bronkokonstriksiyon oluşturarak öksürüğe yol açtığı üzerinde durulmaktadır.

PNAS'da olduğu gibi burada da mast hücre ve eozinofillerden zengin solunum yolu enflamasyonunun olduğu ve astıma benzer tablo ile karşımıza çıktığı saptanmıştır. GÖR, yemeklerden sonra kusma, retrosternal yanma ve dispepsi ile kendini gösterir. Bazen öksürük tek belirti olabilir. Tanı için 24 saatlik pH monitorizasyonu (en iyi), baryumlu özofagus grafisi, sintigrafi kullanılır. GÖR için verilen tedaviye iyi yanıt alınması tanının doğruluğunun en iyi göstergesidir. Öksürük nedeni bulunduğu halde, yapılan özgün tedaviye yanıt vermeyen hastalarda mutlaka pH monitorizasyonu yapmak gerekir.

Tedavide; yatak başının yükseltilmesi, düşük yağ ve yüksek protein içeren anti-reflü diyet, ilaç tedavisi (metoclopramid, sisaprid, özofajit varlığında antiasit, H2-reseptör blokerleri, lansoprazol, eritromisin)

kullanılabilir. Sisaprid, proaritmik ajandır. QT intervalını, spontan ya da ketakonazol, eritromisin, astemizol, terfenadin gibi yarı ömrünü uzatan ilaçlarla beraber kullanımında uzatır. Riskli hastalarda elektrokardiyografik monitorizasyon gerektirir. Uzun süreli tedaviye karşı düzelmeyen olgularda cerrahi gerekebilir.

Öksürük varyant astım

Öksürük bazen astımın tek bulgusudur ve astım bütün yaş gruplarında kronik öksürüğün en sık nedenlerindedir. Yapılan araştırmalarda astımın %6.5-57 oranında yalnızca öksürükle ortaya çıktığı belirlenmiştir. Kronik öksürüğü olup, hisirtisi olmayan, provokasyon testlerinde bronş hiperreaktivitesi (BHR) bulunan çocukların öksürük varyant astım olduğu düşünülür. Bu hastalarda öksürük, soğuk hava ve egzersizle artabilir. Genellikle gece öksürüğünden yakınır. Fizik muayene, SFT'leri, zirve akım hızı (PEF) değişkenliği normaldir. Enflamasyonun büyük hava yollarında olduğu ya da hisirtinin ortaya çıkması için yeterli şiddette olmadığı ileri sürülmüştür. Bronkodilatör ve steroid tedavisine iyi yanıt verir. Preklinik astım olarak adlandırılır ve ileride astım gelişebilir. Eozinofilik bronşit öksürük varyant astıma benzeyen, BHR'in olmadığı ve daha çok erişkinde görülen bir hastalıktır. Bu hastalar inhale steroid tedavisinden yarar görüp yanlılıkla astım tanısı alabilirler.

Postenfeksiyöz öksürük

Solunum yolu enfeksiyonunun tüm bulgularının düzelmesinden sonra, bir hafta ile aylarca sürebilen öksürüğe denir. Öksürüğün, bronş epitelindeki zedelenme sonucu kronik bronşiyal enflamasyona bağlı olarak geliştiği düşünülmektedir. Etiyolojide RSV, Parainfluenza ve Adenovirüs olmak üzere çeşitli virüsler, *Mycoplasma pneumoniae*, *Bordetella pertussis*, *Chlamidia pnömoni* ve *yenidoğanlarda Chlamidia trachomatis* suçlanmaktadır.

Bu hastalarda öksürük reseptör sensitivitesi artmış olabilir ve geçici BHR gözlenir. Öksürük giderek azalır. Tedavi edilmese bile zamanla düzelir.

Psikojenik öksürük

Psikojenik öksürük respiratuvar tik olarak da kabul edilir ve psikolojik sorunların somatik

Kaynaklar

1- Karakoç GB, Altıntaş DU, Yılmaz M, Kendirli SG. Kronik Öksürüklü Çocuğa Yaklaşım. Arşiv 2002; 11: 258-271.

2- Hatch RT, Carpenter GB, Smith LJ. Treatment options in the child with a chronic cough. Drugs 1993 Mar;45(3):367-73

3- Pratter MR, Bartter T, Akers S, et al. An algorithmic approach to chronic cough. Ann Intern Med 1993;119:977-983.

4- Turktas I, Dalgic N, Bostancı I, Cengizlier R. Extrathoracic airway responsiveness in children with asthma-like symptoms, including chronic persistent cough. Pediatr Pulmonol 2002 Sep;34(3):172-80

5- Güler N. Kronik Öksürüğü Olan Çocuğa Yaklaşım. Çocuk Dergisi 2002; 3: 161-169.

6 -Herbst JJ. Gastroesophageal reflux. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB (eds), Nelson Textbook of Pediatrics, 16th edition, WB Saunders Company, Philadelphia, 2000:1125-1127.

bulgusu olarak ortaya çıkar. Okul fobisi, dikkat eksikliği ya da anksiyete bozuklukları ile görülebilir. Amaç sekonder kazanç sağlamaktır. Öksürüğü bir aydan uzun süren olguların %3-10'unda saptanabilir. Metalik, kaba, havlar gibi, patlayıcı tarzdaki nonprodüktif öksürük, çocuk uyurken, arkadaşlarının yanındayken ve sosyal aktivite sırasında gözlenmez. Antitussiflere yanıt vermez. Fizik muayene ve laboratuvar değerlendirmeleri normaldir. Diğer nedenlerin ekarte edilmesi ile tanı koyulur. Tedavi psikoterapidir.

Kronik öksürüğe yaklaşım

Öksürük prodüktif ya da nonprodüktif olabilir. Prodüktif öksürük, artmış bronşiyal sekresyonun mekanoreseptörleri uyarması ile, nonprodüktif öksürük, öksürük refleks sensitivitesindeki anormal artışla ortaya çıkar. Astım, GÖR, viral ÜSYE, postenfeksiyöz ve eozinofilik bronşit, ACE inhibitörleri, inhale PGE₂, PGF_{2a}, siklooksijenaz inhibitörleri, sulindak öksürük refleks sensitivitesinde artışa neden olur. Kırmızı biberde bulunan kapsaisin, öksürük reseptörlerini uyarır ve test amaçlı kullanılır.

Kronik öksürük düşünülen her olguda olası bir akciğer ya da kalp anomalisini ekarte etmek için akciğer filmi çekilmelidir. PNAS düşünülen bir çocukta Waters grafisi çekirmek şart değildir. Akciğer filmi normal ise çoğu olguda başka tetkik yapmaya gerek yoktur. Böyle bir durumda en olası nedenler

olan PNAS, astım ya da GÖR için yapılan ardışık tedaviler başarısız kalırsa daha ileri incelemeler ileri bir merkezde planlanmalıdır. Bunlar; alerji değerlendirmeleri (deri testi, IgE, RAST), immunoglobulinler, PPD, tam kan sayımı, ter testi, SFT, bronkodilatör öncesi ve sonrası spirometri ya da metakolin provokasyon testi, baryumlu özofagus grafisi ya da 24 saatlik pH monitorizasyonu ya da her ikisi, balgam incelemesi, silier çalışma, fleksibl bronkoskopi, yüksek rezolüsyonlu göğüs CT, invaziv olmayan kalp incelemeleri olmalıdır. Ülkemizde her hasta tüberküloz yönünden rutin olarak taranmalıdır.

Öksürüğün her zaman tedavi edilmesi gerekmez. Altta yatan neden saptanmışsa buna yönelik tedavi verilir. Boğmaca dışında öksürük kesici ilaçlar altta yatan hastalığı maskeleyebileceği için tercih edilmemelidir. Pratikte kullanım kolaylığı açısından son yıllarda basamak tedavisinden söz edilmektedir.

Kronik Öksürükte Basamak Tedavisi

1. Basamak: Öncelikle PNAS düşünülerek antihistaminik-dekonjestan tedavisi verilir. Öksürükte düzelme varsa tedavi sürdürülür ve tanısal işlemler yapılmaz. Düzelmeyen hastaya nazal steroid eklenir. İki hafta sonunda belirtiler hala sürüyorsa sinüzit yönünden hasta incelenir. Eğer tedaviye karşın öksürük geçmiyorsa, sinüs BT çekilir ve eğer anomali saptanırsa otolaringolojik değerlendirme ve olası sinüs cerrahisi için konsülte edilir.

2. Basamak: Birinci basamaktaki tedaviye karşın, öksürük sürüyorsa astım yönünden inceleme yapılır ve tedavi verilir.

3. Basamak: Daha önce bakılmamışsa akciğer ve sinüs grafisi istenir. Doğrudan dördüncü basamağa geçilir.

4. Basamak: GÖR yönünden araştırma yapılır ve buna yönelik tedavi verilir. Yakınmalar sürerse, üst GİS baryumlu görüntüleme ya da gastroenteroloji konsültasyonu önerilir.

5. Basamak: Diğer hastalıklar için tanısal işlemler uygulanır. Gerekirse bronkoskopi ve akciğer biyopsisi yapılır.

Kronik öksürük tedavisi	
PNAS	- Lokal (nazal steroid, antihistaminik, dekonjestan) - Sistemik antihistaminik
Postviral enfeksiyona bağlı öksürük	- Antibiyotik - Lokal antiseptik - Antihistaminik - Bronkodilatör
GÖR:	- Pozisyon - Beslenme alışkanlığının düzenlenmesi - Antiasitler, H2 pompa inhibitörleri, gaviscon
Psikojenik öksürük:	- Psikoterapi - Anksiyolitik, antidepresan (gerekirse)
Öksürük varyant astım:	- Tedavi astım gibidir - Bronkodilatör ve inhale steroidlerden yarar görür.