

Bronşiyal Astımda Klinik Bulgular

Ali Baki

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Göğüs ve Alerji Bilim Dalı, Prof.Dr.

Çocuklarda astım, atopik dermatit, alerjik rinit ve alerjik konjunktivit gibi akciğer dışı diğer alerjik hastalıklar birlikte olabileceğinden bu hastalıklara ait klinik bulguların da dikkate alınması tanı bakımından son derece önemlidir. Bir başka deyişle, astımın klinik bulguları sadece akciğere ait bulgular olmayıp göz, kulak, burun, deri gibi diğer organ bulgularını da içerebilmektedir.

Astımlı bir çocukta atak dışında, muayene bulguları tamamen normal iken, atak sırasında hava yolu obstrüksiyonunu gösteren ekspiratuar whizing, ekspiryumun uzaması, takipne, siyanöz, taşikardi, yardımcı solunum kaslarının solunuma katılması, suprasternal, substernal, interkostal çekilmeler, burun kanatlarının solunuma katılması, göğsün ekspansiyonu ve perküzyonda hipersonorite gibi astımın tipik klinik bulgularını saptamamız mümkündür(1,2).

Burun kanatlarının solunuma katılması dispnenin ağır olduğunu, Sternokleidomastoid kasının solunuma katılması atağın ağırlığının göstergesi olduğu gibi PEF veya FEV1'in % 50'nin altında olduğunu gösterir.

Astımlı bir hastada ekspiratuar whizing obstrüksiyonun en önemli bulgusudur. Bu nedenle, hışıltı duyulan çocuğun hışıltısının inspiratuar veya ekspiratuar olup olmadığının saptanması muayenede ilk yapılması gerekenlerdendir. Özellikle küçük çocuklar çabuk ağladığından annenin kucağında iken yanına yakalaşır hışıltı olup olmadığı, eğer varsa solunumun hangi fazında olduğu tespit edilebilir. Bu sırada atağın şiddetine göre siyanozun olup olmadığı, burun kanatlarının solunuma iştirak edip etmediği, çekilmelerinin olup olmadığı, ajitasyonun var olup olmadığı gözlenmelidir(2).

Ancak whizingin duyulmaması obstrüksiyon olmadığını göstermez. Özellikle whizingi olan bir çocukta belirli bir süre sonra whizing duyulamıyorsa veya geldiğinde genel durumu iyi olmayan bir çocukta dinlemekle whizing alınamıyorsa, bu durum hastanın obstrüksiyonunun şiddetli olduğunu, solunum yetmezliğine gittiğini gösterir. Bunun nedeni, minimal hava akımından dolayı whizingi oluşturacak kadar hava akımını olamamasıdır. Biz buna sessiz göğüs veya sessiz akciğer diyoruz (1,3)

Astım atağının bronkodilatatörlere cevap verip vermemesi tanı bakımından çok önemlidir. Whizingi olan bir hasta bronkodilatatör tedaviye cevap veriyor, whizingi ve klinik durumu düzeliyorsa bu durum astım lehine alınmalıdır.

Whizing duyulmayan hastalarda, zorlu ekspiratuar manevra veya göğsün ekspiryumda sıkıştırılmasıyla whizing ortaya çıkarılabilir ki biz buna latent whizing veya gizli whizing diyoruz (3)

Astımlı hastalarda, egzersize bağlı bronkokonstriksiyon en az % 80 oranındadır. Ancak egzersiz sırasında astımlı hastalarda, astımı olmayanlarda ve vokal kord disfonksiyonu olan hastalarda glottik aralık daralabilir ve ortaya çıkan inspiratuar stridor whizingle karıştırılabilir. Bu durum astım atağı ile karışabilir. Bu sırada, hastanın glotik veya supra sternal bölgesinin dinlenmesi ve inspiratuar stridorun saptanması yanlışlıkla astım atağı tanısı konmaması bakımından önemlidir.

Astımlı bir hastayı provoke eden en önemli nedenlerden biri de viral enfeksiyonlar olduğundan burun akıntısı, tıkanıklığı, farenkste hiperemi, göğüste raller, ronküsler gibi viral enfeksiyonu gösteren klinik bulgular astımda sıklıkla rastlanan durumlar arasındadır. Ancak paraenflüenza enfeksiyonlarında olduğu gibi hastalık larengotrakeobronşit şeklinde ise bu durumda hastada inspiratuar stridor whizingle birlikte duyulabilir.

Hastanın tek bulgusu öksürük olabilir. Hasta devamlı öksürür ve uyuyamaz. Bu sırada yapılan muayenesinde Whizing duyulmayabilir. Astım da hava yolu daralmasının nedenlerinden biri de sekresyonlar olduğundan pozisyonla ve öksürükle değişen ronküsler, raller astımda sıklıkla görülebilen fizik muayene bulgularıdır(4,5).

Bu arada, sadece öksürükle birlikte kendini gösteren öksürük-varyant astımı da vurgulanması gerekir. Bu hastalarda muayene bulguları genellikle normaldir.

Astım atağı sırasında özellikle küçük çocuklarda diafragma ve karın kaslarının aşırı kullanımına bağlı karın ağrısı sıklıkla saptanan bir bulgudur. Ayrıca bu çocuklarda kusma sıklıkla diğer bir semtomdur.

Ağır dispne taşikardi, takipne durumlarında havalanma fazlalığına bağlı olarak karaciğer ve dalak itilmesi nedeni ile karaciğer ve dalak palpe edilebilir. Bu nedenle özellikle küçük çocuklarda yanlışlıkla hastalara kalp yetmezliği tanısı konabilir (4).

Bilindiği gibi normalde ekspirasyonda sistolik basınç inspirasyona göre daha fazladır. Normalde bu fark çocuklarda 10 mm Hg nin altındadır. Fark bunun üstünde ise hastada pulsus paradoksus var demektir. Astım ataklarının en önemli bulgularından biri de pulsus paradoksusdur. Bunun varlığı FEV1'in % 20 den daha fazla azaldığını gösterir(3).

Ağır ve kontrol altına alınamayan astımlı hastalarda göğüs ön arka kutrunun artmasına bağlı fıçı göğüsü ve buna bağlı pseudorastik göğüs deformitesi görülebilir.

Bunun dışında nadir olarak görülen cilt altı amfizemi, pnömomediastinum, pnömotoraks, bronşiektazi, atelettazi gibi astımın komplikasyonlarına bağlı klinik bulgular görülebilir.

Astımda çomak parmak komplikasyonlu astım dışında rastlanmayan bir durumdur. Bu nedenle çomak parmak görüldüğünde, Kistik Fibrozis ve diğer akciğer hastalıklarını veya çomak parmağa neden olan diğer durumları düşünmemiz gerekir (5).

Gelişme geriliği astımda nadir olup ağır astımlı olup kontrol altına alınamayan hastalarda görülen bir durumdur.

Astımda Akciğer bulguları yanında, klinik öykü ve akciğer dışı bulgular astımın tanısına çok büyük bir katkı sağlayabilir.

Astımlı hastaların en az %70-80'inde alerjik rinitli olduğundan astımın klinik bulguları arasında alerjik rinit bulgularını da saymamız gerekir. Astım şüphesi olan bir hastada alerjik rinit bulgularının veya öyküsünün olması astım tanısını kuvvetlendirir. Öte yandan, alerjik rinit bulgularıyla birlikte öksürük, hırıltı, nefes darlığı gibi bulguların gelişmesi astımı düşündürmelidir (6).

Burun akıntısı, tıkanıklığı, hapşırık kaşıntı gibi semptomlar alerjik rinitin en önemli semptomlarıdır. Alerjik selamlama, burun kıkırdağıyla kemiğin birleştiği yerde oluşan çizgilenme, burun tıkanıklığı nedeniyle meydana gelen adenoid yüz, alt göz kapağına paralel olarak oluşan Dennie's çizgileri, nazal obstrüksiyona bağlı venöz konjesyon sonucu oluşan alt göz kapağında ödem ve göz altı dokusunun kalınlaşmasına bağlı alerjik şiner halkası orofacial ve dental anormallikler, sinüslerin tutulması sonucu oluşan ağrı, facial bölgede dolgunluk hissi gibi alerjik rhinit bulguları astımlı bir çok hastada görülen bulgulardır.

Fizik muayenede, mukoza soluk, mavi gri renkte ve ödemlidir. Konkalar hipertrofik olabilir. Yine muayenede çocuklarda nadirde olsa, nazal polip görmek mümkündür. Polip tespit edildiğinde hastada Kistik Fibrozis düşünülmelidir. Buruna vazokonstriktör ilaç verildiğinde, kitlenin küçülmemesi polipi destekleyen en önemli bulgudur.

Post nazal akıntı, doğrudan alerjik rinitin bulgusu olabileceği gibi diğer nedenlere bağlı maksiller sinüzitin bulgusu da olabilir.

Çocuklarda adenoid vegetasyona bağlı olarak meydana gelen uyku apnesi nadir değildir. Hastaların aniden gece uyanmaları aile tarafından nefes darlığı olarak yorumlandığından hekim eğer dikkatli olmazsa bu hastalara astım tanısı koyabilmektedir. Hekimlik hayatımda bu tip yanlış tanıları rastladığımı özellikle belirtmek isterim. Bu hastalar da eğer varsa adenoid yüz oldukça tipiktir.

Bilindiği gibi, küçük çocukluklarda tipik dağılımla beraber kaşıntı, pullanma, likenifikasyon, pigmenter değişiklikler, derinin kalınlaşması şeklinde karşımıza çıkan atopik dermatit, hem sık görülmesi, hem de gelecekte alerjik rinit ve astım gibi hastalıkların ön habercisi olarak karşımıza çıkan önemli bir alerjik hastalıktır.

İnfanlarda lezyonlar yaygın olabilir. Özellikle gövdeyi, yüzü, saçlı deriyi, fleksor ve ekstensor yüzleri, el ve ayaklar, Okul çocuklarında, boyun ve bileklerin yanında, özellikle popliteal ve antecubital bölgeye lokalize olmakta, Adölesan ve erişkinlerde ise boyun, popliteal bölge el ve ayakları tutabilmektedir.

Bu hastaların önemli bir kısmında, daha sonra alerjik rinit ve bronşial astım gibi solunum yolu alerjik hastalıklarının gelişebileceğini tekrar vurgular, atopik dermatiti olan bir hastada tekrarlayan whizing ataklarının olması astımın en önemli bulgularından biri olduğunu belirtmek isterim.

Bu nedenle "Atopik Dermatitden Astıma" şeklindeki çalışmalar devam etmekte ve gelecekte atopik dermatitli hastalarda astım gelişmesinin nasıl önlenilebileceği konusunda araştırmalar yapılmaktadır.

Astımlı hastalarda gözlerde kaşıntı, kızarıklık, akıntı, göz batması gibi semptomlarla alerjik konjunktivit sıklıkla görülen bir diğer antite-dir. Genellikle alerjik rinitle birlikte. Alerjik nezle için söylediklerimiz alerjik konjunktivit içinde geçerlidir. Astım şüphesi olan bir hastada alerjik konjunktivit bulunması astımı destekleyen bir bulgudur.

Sonuç olarak astımın klinik bulguları, klinik öykü ile birlikte iyi değerlendirildiğinde hastalığın tanı, tedavi ve takibinde son derece önemlidir.

Kaynaklar

- 1- Weinberger M, Abu-Hasan M. Asthma in the preschool child. In: Chernick V, Boat TF, Wilmott RW, Bush A. Kendig's Disorders of The Respiratory Tract in Children. 7th edi. Philadelphia, Saunders Company;2006:795-805.
- 2- Skoner PS. Asthma. In: Freeman P, Slavin RG. Atlas of Allergies. Second ed. London, Mosby- Wolfe; 1996: 75-108.
- 3- Skoner DP, Stillwagon PK, Friedman R, Fireman P. Pediatric Allergy and Immunology. In: Zitelli BJ, Davis WH, Oski FA. Atlas of pediatric physical diagnosis. Toronto, The C.V. Mosby Company; 1987: 4.1-4.13.
- 4- Sly RM, Asthma. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jensen HB. Nelson Textbook of Pediatrics. 16 th Edi. W.B. Saunders Company; 2000: 664-680.
- 5- Bush A. Chronic cough and/or Wheezing in infants and Children less than 5 years old: diagnostic approaches In: Nasipitz CK, Szefer SJ, Tinkelman DG, Warner JO. Pediatric Asthma. First education, London. Martin Dunitz Company; 2001: 100-115
- 6- Moss MH, Gern JE, Lemanske RF. Asthma in infancy and Childhood. In: Adkinson NF, Bochner BS, Yunginger JW. et al. Middleton's Allergy. Sixth edi. Philadelphia, Mosby;2003: 1225-1251.