

Her Wheezing Astım Değildir

NOT ALL THAT WHEEZES IS ASTHMA

Sevim BAVBEK*, Faruk ÖZER*, Dilşad MUNGAN*, Yavuz S. DEMİREL*,
Sumru BEDER**, Zeynep MISIRLIGİL*

* Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Allerjik Hastalıklar BD,

** Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları ve Tbc AD, ANKARA

Özet

40 yaşında kadın hasta kliniğimize nefes darlığı, öksürük ve hırıltılı solunum yakınması ile başvurdu. Nefes darlığı 5 aydır vardı ve bir ay öncede hırıltılı solunum eklenmişti. Son 10 gündür hırıltılı solunumu devamlı olmaya başlamış ve buna boğazda gıcıklanma hissi ve öksürük katılmıştı. Ailede astma veya atopi tanılamadı. Bize başvurmadan önce inhale steroid kullandığını ancak yararlanmadığını belirtti. Fizik muayenesinde ekspiryum uzaması dışında bir özellik yoktu. Akım volüm eğrisinde inspiratuvar ve ekspiratuvar fikse obstrüksiyon görüntüsü elde edildi. PA akciğer grafisi normal sınırlardaydı ancak bilgisayarlı akciğer tomografisinde trakeada posterolateral duvardan başlayıp lümeni büyük ölçüde daraltan kitle lezyonu bulundu. Fiberoptik bronkoskopiye trakea lümenini tama yakın kapatan kitle görüldü. Güğüs Cerrahisine gönderilen hastanın 2 cm'lik trakea segmenti rezeke edildi. Kitlenin histopatolojik değerlendirimi adenoid kistik tümör olarak raporlandı. Operasyon sonrası tüm yakınmaları düzelen ve onkoloji kliniği ile konsülte edilen hastamız halen radyoterapi almaktadır. Wheezing bulgusu ile başvuran hastalarda astım dışı pek çok nedenle de wheezing ortaya çıkabileceği unutulmamalıdır. Bu hastamızı da erişkin yaş grubunda wheezing neden olabilecek olayları hatırlatmak amacıyla sunmayı uygun bulduk.

Anahtar Kelimeler: Wheezing, Astım, Trakea tümörü,
Ayırıcı tanı

T Klin Allerji-Astım 2000, 2:36-41

Summary

A previously healthy 40 year-old woman was referred to our department for the evaluation of dyspnea, cough and wheezing. She had a 5 month history of progressive dyspnea and one-month history of wheezing and cough. The family medical history did not disclose asthma and atopy. Results of physical examination were normal except prolonged expiration time in auscultation of the chest. A few weeks ago, she had taken inhaled steroid without showing any improvement. Flow-volume loops showed fixed obstruction in both the expiratory and the inspiratory limb. Chest x-ray was interpreted as normal but CT revealed an obstructing mass lesion in the posterolateral part of the trachea. At flexible fiberoptic bronchoscopy, the lesion leaving only a small residual lumen was visualized and she was referred to the thoracic surgery department. Two centimeters of the tracheal segment invaded by tumor mass was removed. The histopathologic diagnosis of the specimen was adenoid cystic tumor (Grade I). After the surgery, the patient was referred to the oncology department and is still on radiotherapy programme. The causes for wheezing other than asthma are numerous. The patient with wheezing is presented to enhance the awareness of the physician about these conditions.

Key Words: Wheezing, Asthma, Tracheal tumor,
Differential diagnosis

T Klin J Allergy-Asthma 2000, 2:36-41

Astımlı bir hastada öksürük, wheezing, nefes darlığı, göğüste sıkışma hissi, egzersiz dispnesi gibi yakınmaların tümü veya bir kısmı olabilir (1). Bazı

Geliş Tarihi: 19.11.1999

Yazışma Adresi: Dr.Sevim BAVBEK
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Allerjik Hastalıklar BD, Cebeci, ANKARA

astımlılarda wheezing olmaksızın sadece öksürük olabilirken, tüm wheezinglerin de astım olmayacağı gerçeği unutulmamalıdır. Astım dışında pek çok nedenle de wheezing ortaya çıkabilir (2) Ayırıcı tanıda her yaş grubu için ağırlıklı olabilecek patolojiler farklıdır (2, 3) (Tablo 1). Erişkin bir hastada ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken klinik tabloları hatırlamak amacıyla bir olgumuzu ve ona ait verileri sizlerle paylaşmak istedik.

Tablo 1. Astımın ayırıcı tanısı

Klinik Tablolar	Görülme Sıklığı			
	Bebek	Çocuk	Genç erişkin	Erişkinler
Laringomalazi-Trakeomalazi-bronkomalazi	++	±	-	-
Kistik fibrozis	+++*	+*	±	±Φ
Kronik viral enfeksiyon	+++	++		
Yabancı cisim	++	+++	±	±
Krup	++	+	-	-
Epiglottitis	+++	+	-	-
Boğmaca	+++	+	-	-
Konjenital anomaliler	+++	+	-	-
Hiperventilasyon sendromu	-	+	++	++
Bronşektazi	+	+	+	+
Larinks disfonksiyonu	-	-	-	+
Tümörler	-	-	-	+
KOAH	-	-	-	+++*
Kardiak bozukluklar	-	-	-	+
Pulmoner emboli	-	-	-	±
Kollajen-vasküler	-	-	±	±
Aspirasyon sendromları	+	±	±	+

* Sıklıkla "astma" ile birlikte bulunur.

Φ Kistik fibrozlu bir çok hasta artık yetişkinliğe ulaşmaktadır.

"-" işareti hiç görülmediğini yada çok nadir görüldüğünü göstermektedir.

Olgu

Memur olarak çalışan 40 yaşında kadın hasta, nefes darlığı ve hırıltılı solunum yakınması ile başvurdu. Beş ay önce zaman zaman ortaya çıkan ve eforla artan nefes darlığı şeklinde başlayan yakınmalarına 1 ay önce hırıltılı solunum eklenmişti. Son 10 gündür ise hırıltılı solunumu devamlı olmaya başlamış ve buna boğazda gıcıklanma hissi ve öksürük katılmıştı. Zaman zaman az miktarda öksürük ve çok seyrek olarak balgam tanımlıyordu. Tozlu ortam, sigara dumanı ve kokuların nefes darlığını şiddetlendirdiğini, yakınmalarının geç-gündüz farklı olmadığını ifade etmekteydi. Bu nedenle 3 hafta süreyle inhale steroid (Fluticasone propionate 500µgr/gün) kullandığını ancak bundan yararlanmadığını belirtti. Rinit, polip, sinüzit, ilaç ve besin allerjisi öyküsü ve ek olarak diğer sistemlere ait yakınması yoktu.

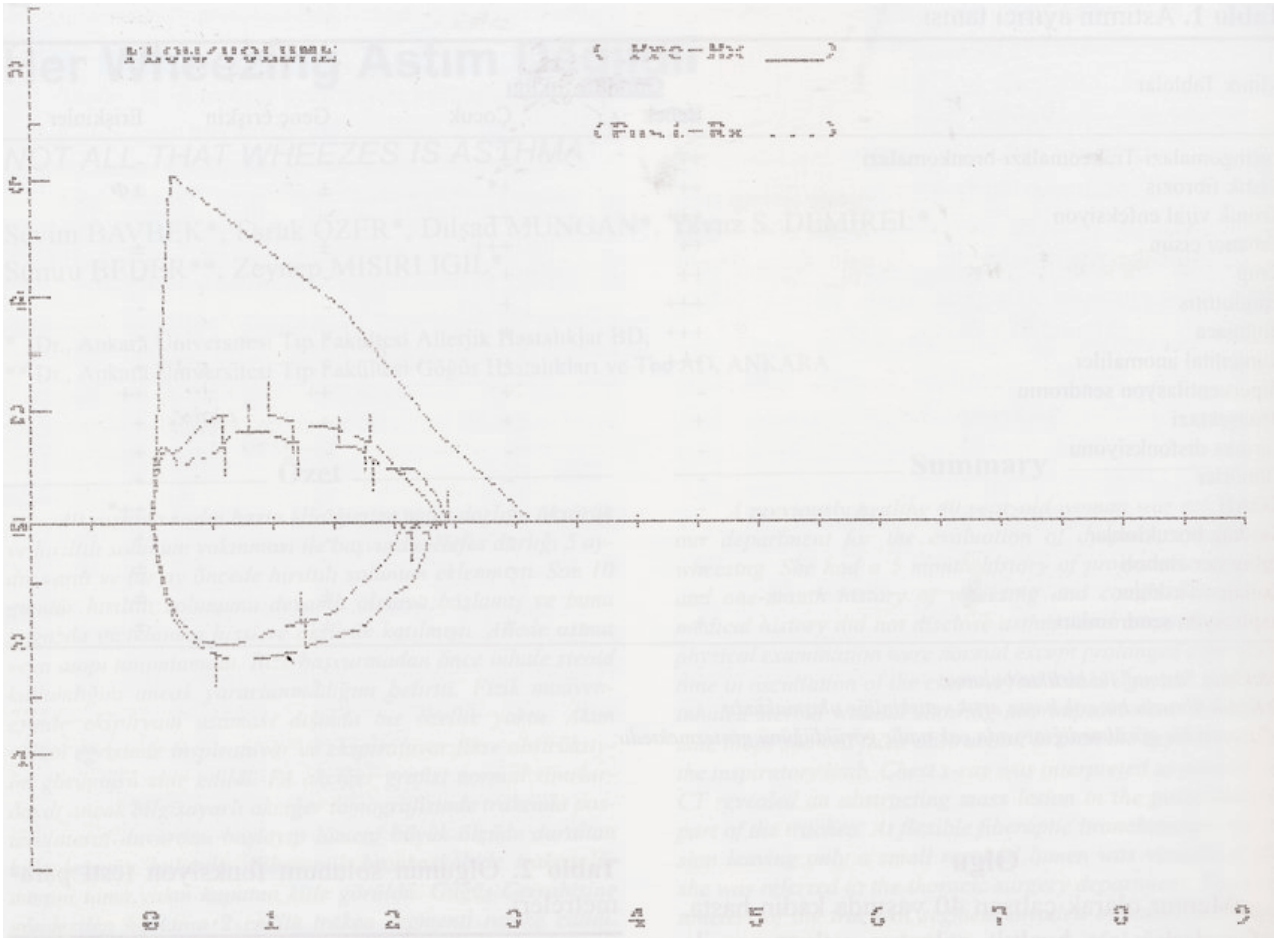
Fizik muayenesinde genel durumu iyi, bilinci açık ve koopereydi. TA:130/80 mmHg, N: 75/dk, SS:18/dk. İnspiratuvar ve ekspiratuvar wheezing duyulmasına karşın dinlemekle hafif bir ekspiriyum uzaması dışında solunum sesleri normal olarak değerlendirildi. Diğer sistem muayeneleri normal sınırlardaydı. Bu klinik öykü ve fizik muayene bul-

Tablo 2. Olgunun solunum fonksiyon testi parametreleri

Parametre	Beklenen	Bulunan	%
FVC (litre)	3.14	2.30	73
FEV ₁ (litre)	2.77	1.41	52
FEV ₁ / FVC %	88	86	
FEF _{25-75%} L/sn	3.13	2.02	65
FEF ₂₀₀₋₁₂₀₀ L/sn	5.16	1.93	37
PEF L/sn	6.10	2.22	36
FIVC(litre)	3.14	2.24	71
FIV ₁ (litre)		1.91	
FIF _{50%} L/sn		2.22	
PIF L/sn		2.39	
FEF ₅₀ /FIF ₅₀	<1.00	0.96	
FEV ₁ /FIV ₁		1.04	

gularına ek olarak yapılan laboratuvar tetkikler şu şekildeydi:

Tam kan, tam idrar ve kan biyokimyasal tetkikleri normal sınırlardaydı. Cilt prick testlerinde inhalan allerjenlere duyarlılık saptanmadı. EKG sinüs ritminde ve normaldi. Difüzyon testinde bozukluk saptanmadı. Kan gazlarında, pH:7.4, PO₂: 83.6 mmHg, PCO₂:35.0 mmHg, O₂ sat: %96.4 olarak bulundu.



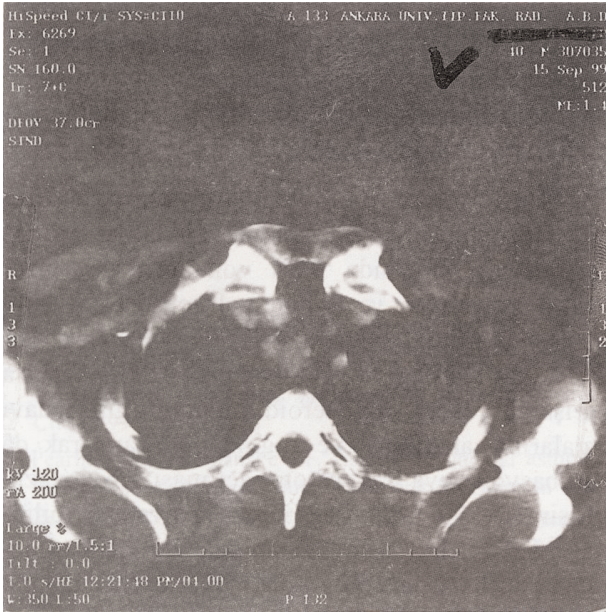
Şekil 1. İspiratuvar ve ekspiratuvar fix obstrüksiyonu gösteren akım-volüm eğrisi.

Bunlara ek olarak FEV₁ üzerinden %28, PEF üzerinden %37'ye ulaşan reverzibilitesi saptandı. PA Akciğer ve sinüs filmi normal olarak yorumlandı.

Hastanın astım düşündürülen yakınmaları, inspi- ratuvar ve ekpiratuvar wheezingi ve reversibl hava yolu obstrüksiyonu olmakla birlikte dinleme bulgu- ları normaldi. Kullanılan inhale steroid tedavisine rağmen yakınmalarında düzelmeye olmadığı ifade eden hasta düzenli ve kontrollü bir astım tedavisi verilerek sonuçlarını izlemek ve bu tedaviyi alırken aynı zamanda nefes darlığı ve wheezing yakınması olan olgularda astımı taklit edebilecek diğer hastalıkları da araştırmak amacıyla yatırıldı. Başlangıçta Fluticasone propionate 1000µgr/gün ve nebülize beta-2 agonisten ve teofilin infüzyonundan oluşan tedavi şeması verildi. Bu tedavi ile yakınmalarının düzelmemesi üzerine 40mg/gün

sistemik steroid ve uzun etkili beta-2 agonist eklen- di. Hasta bu tedaviler altında iken ayırıcı tanıda wheezinge neden olabilecek diğer patolojiler açısından tetkik edilmeye başlandı. Sadece ekspi- ratuvar değil inspiatuvar parametreleri de gösteren detaylı solunum fonksiyon testleri (SFT) istendi. (Tablo 2). Bu veriler içinde üst hava yolları obs- trüksiyonunu gösteren FEF₂₀₀₋₁₂₀₀ L/sn'de azalma ile fikse büyük hava yolu obstrüksiyonunu gösteren önemli bir parametre olarak kabul edilen inspiatu- var ve ekspiratuvar akımların FVC'nin %50'sinde karşılaştırıldığı FEF₅₀/FIF₅₀ oranının normal sınırlar içinde olması dikkat çekiciydi.

Bunun arkasından istenen akım volüm eğrisinde ise SFT bulguları ile uyumlu inspirasyon ve ekspirasyonda fikse obstrüksiyon görüntüsü sap- tandı (Şekil 1). Bunun üzerine inspiatuvar ve eks- piratuvar wheezinge neden olacak üst solunum



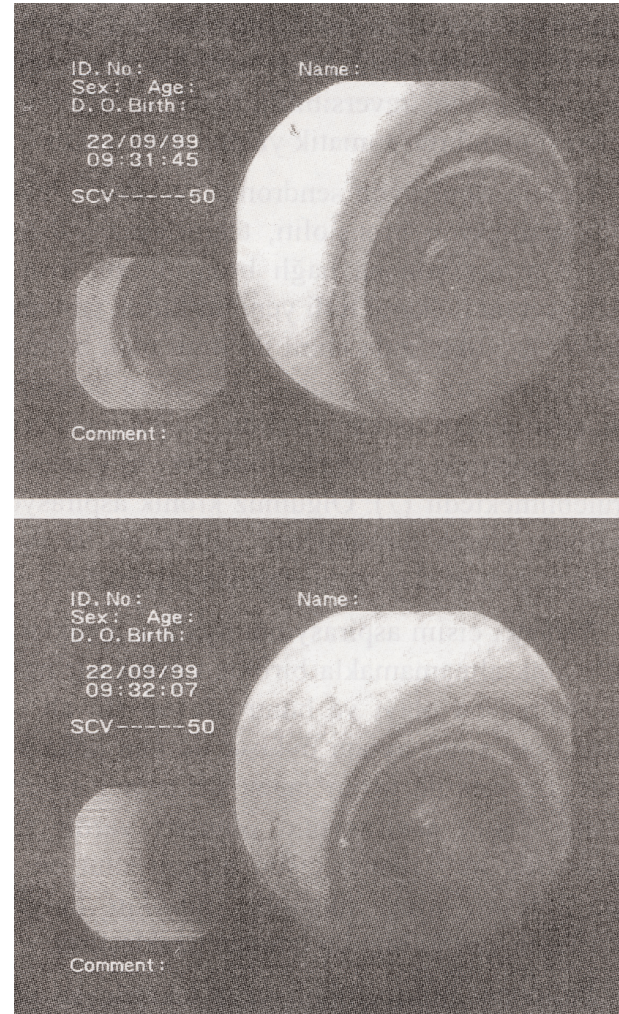
Şekil 2. Bilgisayarlı Toraks Tomografisinde lümeni büyük ölçüde daraltan kitle lezyonu görülmektedir.

yolu patolojileri açısından Kulak Burun Boğaz (KBB) bölümüne gönderildi. Yapılan videolarinoskopik değerlendirilimde bilateral kord vokal ve aritenoid hareketleri doğal bulundu, kitle izlenmedi ve hastanın yakınmalarını açıklayacak laringeal ve orofarengeal bulgu tesbit edilemedi. Lezyonun larinksin daha alt bölümlerindeki üst solunum yolu segmentleri ile ilgili olabileceği düşüncesiyle Toraks Bilgisayarlı Tomografisi (Toraks BT) istendi. Toraks BT' de trakeada Th2 vertebra düzeyinden itibaren 2 cm'lik bir segmentte uzanım gösteren 2x2 cm boyutlarında, sağ posterolateral duvardan ekstrensek uzanımın izlendiği, lümeni büyük ölçüde daraltan kitle lezyonu saptandı. Mediastinal ve hiler kitle veya patolojik boyutta lenf nodülü bulunamadı (Şekil 2). Toraks BT raporu sonrasında bronkoskopiye alınan hastada trakea üst bölümünde arka duvardan lümeneye kabaran, üstü normal mukoza ile örtülü ve önde hilal şeklinde lümen açıklığı ile trakeayı kapatan yumuşak kitle görüldü. (Şekil 3). Tüm bu bulgularla Göğüs Cerrahisi ile konsülte edilen hasta ameliyata alındı. Altı adet kırık halkasını içeren 19mm'lik trakea parçası rezeke edildi. Materyalin histopatolojik tanısı adenoid kistik karsinoma, Grade I (Tübüler ve Kriptiform tip) olarak raporlandı. Çıkarılan 4 adet lenf bezinde tümör dokusuna rast-

lanılmadı. Cerrahi girişim sonrası yakınmaları ve bulguları tamamen düzelen hastaya cerrahi sınırdaki tümör varlığı nedeniyle radyoterapi önerildi. Halen radyasyon onkolojisi bölümünde radyoterapisi devam etmektedir.

Tartışma

Wheezinge neden olan astım dışı patolojilerin ayrımı hastaları tedaviye dirençli astım ve bu nedenle verilecek uzun süreli steroid kullanımı gibi komplikasyonlarla seyreden tedavilerden korumak adına çok önemlidir. Hastanın yaş grubu nedeniyle ayırıcı tanıda; yabancı cisim aspirasyonu, hiperventilasyon sendromu, bronşiektazi, kord vokal disfonksiyonu, kronik aspirasyon sendromları, tümör, KOAH ve kardiyak patolojiler, kistik fibrosis ve pulmoner emboli ilk akla gelen klinik tabloları oluşturmaktadır (2,3). Bunlardan bronşiektazi,



Şekil 3. Trakeayı önemli oranda tıkayan kitlenin bronkoskopik görünümü.

KOAH ve kardiyak patolojiler; hastanın yaşı, kısa süreli öyküsü, balgam ve hemoptizinin yokluğu, sigara içiminin olmaması gibi anamneze dayalı veriler, fizik muayene bulguları, EKG ve akciğer filmi ile birlikte değerlendirildiğinde öncelikle ekarte edildi. Yine aynı veriler eşliğinde daha çok çocukluk yaş grubunda nefes darlığına yol açan ve özellikle sık alt ve üst solunum yolu enfeksiyonu ile birlikte olan kistik fibrozis de ön tanılar arasında yer almadı (4).

Ayrırcı tanıda düşünülebilecek hiperventilasyon sendromu olgularında; özellikle eforun tetiklediği nefes darlığı, hava açlığı, öksürük, ve bunlara eklenmiş baş dönmesi, gastrointestinal sisteme ait problemler, parmak uçlarında uyuşma ve ellerde soğukluk gibi diğer sistemleri ilgilendiren yakınmalar klinik görünümü oluşturur. Ancak bu olgularda SFT'de obstrüksiyon bulgusu yoktur ve metakolin testi negatiftir. Ayrırcı tanıda egzersiz testinin yararlı olacağı bildirilmiştir (5,6). Olgumuzda eforla nefes darlığı olmakla birlikte SFT'de büyük ve küçük hava yollarına ait obstrüksiyon bulgusu ve reversibilite vardı ve diğer sistemleri ilgilendiren somatik yakınmaları yoktu.

Kronik aspirasyon sendromu ve bunu izleyen diffüz aspirasyon bronşioliti, tekrarlayan yabancı partikül aspirasyonuna bağlı bronşiolerin kronik inflamasyonu ile karakterli yeni bir klinik tablodur. Klinikte özellikle gıda alımı ile ilgili olan bronkore, bronkospazm, wheezing ve bazen bu bulgulara eşlik eden disfaji ile karakterlidir. Çoğunlukla erişkin yaş grubunda olmakla birlikte her yaş grubunda görülebilmektedir (7). Olgumuz kronik aspirasyon sendromu olarak düşünülecek gıda alımı ile ilgili solunum yakınmaları ve disfaji tanımlamadı.

Yabancı cisim aspirasyonu öyküsü çocuklarda tam olarak alınmamakla birlikte erişkin bir hasta için aspirasyon olayı ve bunu izleyen sık alt solunum yolu enfeksiyonu öyküsü ile tanı daha kolaydır. Literatürde astım tanısı ile tedavi edilmiş yabancı cisim aspirasyonu olguları vardır (8). Olgumuzda ne yabancı cisim aspirasyonu ne de bunu izleyen ateş, öksürük, pürülan balgam öyküsünün varlığı bizi bu tanıdan uzaklaştırdı.

Pulmoner mikroemboli veya tekrarlayan pulmoner emboliler de ani nefes darlığı ortaya çıkışı nedeniyle astım ile karışabilir. Akciğer sintigrafisi, SFT ve angiografi ayrırcı tanıda kullanılır (4).

Olgumuzda takipne, taşikardinin ve hipoksemi yokluğu, SFT'de restriktif bulguların olmaması, PA akciğer filminin normal olması, hastanın öyküsü ile birleştirildiğinde pulmoner emboli muhtemel tanılar arasında yer almadı.

Kord vokal disfonksiyonu astım ayrırcı tanısında akla gelen diğer klinik tablolardan biridir. İnspirasyon sırasında kord vokallerin paradoks yaklaşmasından ve bunun yol açtığı hava yolu rezistansı artımı, progressif dispne, wheezing, öksürük, ses kısıklığı ve takipneden ibarettir. Astımla karışarak yüksek doz steroid kullanımı gibi tedavi hatalarına, anafilaksi ve angiödemle karışarak da entübasyon veya trakeostomi açılması gibi invaziv girişimlere yol açabilir. Gerçek prevalansı bilinmemekle birlikte astım tedavisine iyi yanıt alınmayan hastalar arasında kord vokal disfonksiyonu (KVD) tanısı alan hasta oranının %40'lara ulaştığı bildirilmiştir. İlginç olarak bazı olgularda KVD tek başına semptomlardan sorumlu iken, olguların yarısından çoğunda KVD, astım ile birlikte (9). Obstrüksiyon üst hava yolunda, kord vokallerde olmakla birlikte astımda olduğu gibi wheezing'e yol açması karışıklığa yol açmaktadır. Ancak wheezing atakları sırasında özellikle inspirasyonda duyulması tipiktir. Atakları sırasında akciğer filmi ve kan gazlarının normal olması ancak akım volüm eğrisinde inspiratuvar bölümde obstrüksiyon görülmesi ayrırcı tanıda önemlidir ancak kesin tanı için fleksibl fiberoptik rinolaringoskopi gereklidir. (10-13). Olgumuz bu açıdan değerlendirilmek üzere KBB bölümü ile konsülte edildi ve muayene bulguları normal olarak bildirildi.

Ayrırcı tanıda trakea veya ana bronşlarda yerleşen tümörlerde hatırlanmalıdır. Akım volüm eğrisindeki inspiratuvar ve ekspiratuvar obstrüksiyonu düşündürülen görünüm ve SFT'deki büyük hava yolu parametreleri $FEF_{200-1200}$, PEF ve FEV_1 'deki düşüklük ancak KBB muayenesinin normal olması, solunum sisteminin daha aşağı bölümlerinde trakea ve/veya ana bronşlar düzeyinde tıkanmaya yol açabilecek tümörleri düşündürdü. Bundan hareketle akciğer filmi normal olmasına rağmen Toraks BT ve arkasından bronkoskopi yapılarak bulgulara neden olan lezyonun yeri belirlendi. Tüm verilerle Göğüs Cerrahisi ile konsülte edilen hastaya sağ torakotomi ve trakea rezeksiyonu ve rekons-trüksiyonu yapıldı. Hastanın tüm bulgularının ve yakınmalarının operasyonla düzeldiği gözlemlendi.

Sonuç olarak astım tanısında öykünün yerinin çok önemli olduğunu biliyoruz. Ancak anamnez ve fizik muayene bulgularının astım açısından kuşku- lu olduğu noktalarda benzer yakınmalara neden olabilecek bir grup hastalığın varlığı da unutulma- malıdır.

KAYNAKLAR

1. Teeter JG, Bleecker ER. Relationship between airway obstruction and respiratory symptoms in adult asthmatics. *Chest* 1998; 113:272-7.
2. Pearlman DS, Lemanske RF. Asthma (bronchial asthma): Principles of diagnosis and treatment. In: Bierman CW, Pearlman DS, Shapiro GG, Busse WW, eds. *Allergy, asthma, and immunology from infancy to adulthood*. Allergy. Philadelphia: WB Saunders Company, 1996: 484-97.
3. Martinez FD, Wright AL, Taussing LK, Holdberg CJ. Asthma and wheezing in the first six years of life. *N Eng J Med* 1995; 332:133-8.
4. Fabbri LM, Caramori G, Maestrelli P. Definition, clinical features, investigations and differential diagnosis of asthma In: Kay AB, ed. *Allergy and Allergic diseases*. Londra: Blackwell Science Ltd 1997: 1347-59.
5. Hammo AH, Weinberger MM. Exercises-induced hyperventilation: a pseudoasthma syndrome. *Ann Allergy Asthma Immunol* 1999; 82:574-8.
6. Ringsberg KC, Wetterqvist H, Löwhagen O, Sivik T. Physical capacity and dyspnea in patients with asthma-like symptoms but negative asthma tests. *Allergy* 1997; 52: 532-40.
7. Matsuse T, Teramoto S, Matsui H, Ouchi Y, Fukuchi Y. Widespread occurrence of diffuse aspiration bronchiolitis in patients with dysphagia, irrespective of age. *Chest* 1998; 114: 350-1.
8. Moisan TC. Retained endobronchial foreign body removal facilitated by steroid therapy of an obstructing inflammatory polyp. *Chest* 1991; 100:270.
9. Wood RP, Milgrom H. Vocal cord dysfunction. *J Allergy Clin Immunol* 1996; 98:481-5.
10. Kayani S, Shannon DC. Vocal cord dysfunction associated with exercise in adolescent girls. *Chest* 1998; 113:540-2.
11. Marsh CB, Trudeau MD, Weiland JE. Recurrent asthma despite corticosteroid therapy in a 35 year-old woman. *Chest* 1994; 105:1855-57.
12. Schachter AJ. Vocal cord dysfunction may be functional. *Chest* 1998; 114: 351.
13. Ortega D, Busse WW. Asthma: pathogenesis and treatment. In: Kaplan AP, ed. *Allergy*. Philadelphia: WB Saunders Company, 1997: 480-505.