

## ASTIMDA TANI VE AYIRICI TANI

Yrd. Doç. Dr. Serhat Çelikel  
Gaziosmanpaşa Tıp Fakültesi  
Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz AD, Tokat

Astım tanısının temeli anamneze dayanmaktadır. Bu nedenle tanıda doktora en önemli yardımcı hastanın kendisidir. Astım tanı süreci yaş gruplarına göre farklılıklar gösterebilir. Genç erişkinlerde astımı taklit eden durumlar çok fazla olmadığı için, ayırıcı tanıda kalp ve diğer kronik akciğer hastalıklarının sık olduğu yaşlılara göre tanı daha kolaydır.

### Astım tanısı koymak için:

1. Hava yolu obstrüksiyonuna bağlı episodik semptomların varlığının gösterilmesi
2. Hava yolu obstrüksiyonunun kısmen geri dönüşümlü olduğunun gösterilmesi
3. Alternatif tanıların ekarte edilmesi gerekir.

### Astımlı hastalarda en sık görülen semptomlar

1. Hırıltılı solunum (wheezing)
2. Nefes darlığı
3. Öksürük
4. Göğüste sıkışma ve baskı hissi olarak tariflenebilir.

Astım semptomlarının tekrarlayıcı olması, genellikle sabaha karşı ortaya çıkması, nöbetler halinde olması, mevsimsel değişkenlik gösterebilmesi ve çeşitli uyaranlarla provoke olması gibi özellikleri vardır. Bu özellikleri ortaya koyan ve çeşitli epidemiyolojik araştırmalarda tarama amaçlı kullanılan sorular hazırlanmıştır.(Tablo 1-2)

Aşağıdaki soruların herhangi birine “evet” cevabının verilmesi, olası astım tanısı açısından ileri tetkiki gerektirir.

**Tablo 1**

1. Hastanın göğsünde zaman zaman hırıltı veya ısıklı sesi duyuluyor mu?
2. Özellikle geceleri ve/veya sabah uyandığında ortaya çıkan inatçı öksürük var mı?
3. Öksürük ve/veya solunum güçlüğü nedeniyle zaman zaman uykudan uyanmak zorunda kalıyor mu?
4. Koşu veya diğer egzersizler dahil, fiziksel aktivite sonrasında öksürüyor veya göğsünden hırıltı/hışıltı sesi geliyor mu?
5. Semptomların belirli bir mevsim veya ortamla ilişkisi var mı?
6. Solunum yoluyla alınan allerjen veya iritan maddelerle (sigara, parfüm, boya, diğer kokular) karşılaşma sonrası öksürük, hırıltı veya göğüs sıkışması ortaya çıkıyor mu?
7. Soğuk algınlığı “göğsüne iniyor” mu veya iyileşmesi 20 günden fazla sürüyor mu?
8. Semptomları ortaya çıktığında hasta herhangi bir ilaç kullanıyor mu? Hangi sıklıkta? Bu ilaçtan sonra şikayetleri hafifliyor mu?

9. Zaman zaman gelen nefes darlığı atakları oluyor mu?

**Tablo 2**

**IUATLD ASTIM SORU ÖLÇEĞİ\***

1. Göğsünüzde şimdiye kadar hiç hırıltınız veya hışıltınız oldu mu?
2. Yorucu bir aktiviteyi takiben hiç nefes darlığı atağınız oldu mu?
3. Şimdiye kadar hiç hırıltı nedeniyle uyandığınız oldu mu?
4. Şimdiye kadar hiç öksürük nedeniyle uyandığınız oldu mu?
5. Gün içerisinde istirahat halindeyken gelen hiç nefes darlığı atağınız oldu mu?

\* International Union Against Tuberculosis and Lung Disease Asthma Questionnaire

**Tablo 3**

**Provoke edici faktör ve durumlar**

1. Egzersiz
2. Viral infeksiyonlar
3. Allerjenler (polen, akar, küf, hayvan tüyü, latex...)
4. İrritanlar (sigara, tozlu ortamlar, hava kirliliği...)
5. Soğuk
6. Bazı ilaçlar (beta blokerler, aspirin ve diğer nonsteroid antiinflamatuvarlar...)
7. Emosyonel durum, stres
8. Gıdalar ve gıda katkı maddeleri
9. Menstrasyon

**FİZİK MUAYENE**

Astımda fizik muayene, hava yolu obstrüksiyonunu göstermede ve astım benzeri semptomlara neden olan diğer hastalıkları ayırmada yararlıdır. Muayenede göğüs ile birlikte cilt (egzema) ve üst hava yollarına da (rinosinüzit, polip) önem verilmelidir. Daralan hava yollarından geçen türbülant havanın oluşturduğu wheezing astımın en karakteristik bulgusudur. Genelde ekspiryum veya ekspiryum sonunda duyulmasına rağmen inspiryumda da duyulabilir. Oskültasyon sırasında wheezing'in karakteri ve şiddeti göğüs kafesinin çeşitli yerlerinde farklı olabilir, diğer bir deyişle polifoniktir. Wheezing, astım hastalarında en sık rastlanan muayene bulgusudur, buna karşın bazen belirgin hava yolu obstrüksiyonuna rağmen hiç duyulmayabilir. Ağır ataklar sırasında yardımcı kasların kullanımı ve interkostal çekilmeler görülebilir ve aşırı hava hapsi nedeniyle sessiz akciğer ve pulsus paradoksus saptanabilir. Ataklar arasında hastanın stabil olduğu dönemlerde fizik muayenede hiçbir dinleme bulgusunun olmayabileceği unutulmamalıdır.

**FONKSİYONEL TESTLERİ**

Solunum fonksiyon testleri (SFT) klinik bulgular ve anamnez sonucu düşünülen astım tanısının doğrulanmasında, hastalığı ağırlığının belirlenmesinde ve tedaviye yanıtın değerlendirilmesinde önemli bir araçtır. Astımda SFT dönemlere göre değişiklikler gösterebilir, stabil dönemlerde normal olabilir. Türk Toraks Derneği'nin astım tanı ve tedavi rehberinde FEV1/FVC oranının %75 altında olması obstrüksiyon kriteri olarak kabul edilmiştir.

### **Erken reversibilite**

Astımda azalmış solunum fonksiyon testlerinin bir özelliği reversibl olması yani geri dönüşümlülük göstermesidir. Hafif astımlı hastalarda hava yolu obstrüksiyonu az olduğundan, ağır olgularda ise bronş duvarlarında yapısal değişiklikler meydana geldiğinden reversibilite görülmeyebilir. Bazal ölçümler sonrası hastaya kısa etkili beta-2 agonist (200 µg:2 puf salbutamol veya 500µg: 2 puf terbutalin) inhale ettirilir. 15-20 dakika sonra FEV1 ve/veya FVC’de bazal değerlere göre %15’lik, beklenen değere göre en az %12’lik veya mutlak değer olarak 200 ml’lik artış, PEF’te ise %15’lik artış pozitif olarak kabul edilir. Bazen KOAH’lı hastalarda da reversibilite görülebilir. %12’lik artışın bazal FEV1 değeri yerine, beklenen değer üzerinden hesaplanması testin astım için özgüllüğünü artırır.

### **Geç reversibilite**

Ağır kronik inflamasyonda ve ciddi bronş obstrüksiyonunda erken reversibilite olmayabilir. Bu olgular ağırlık derecesine göre 2-6 hafta süreyle uygun dozda inhale veya sistemik kortikosteroidlerle tedaviye alınır. Tedavi sonrası herhangi bir günde ölçülen FEV1 ve FVC değerleri tedavi öncesine göre %15, PEF değeri %20 düzelme gösteriyorsa geç reversibilite testi pozitif kabul edilir.

### **PEF değişkenliği**

PEF, zorlu bir ekspirasyon ile sağlanan maksimum ekspiratuar akım hızıdır. Değişik fizyolojik sebeplerle sağlıklı kişilerde ve astımlılarda sabah ve akşam ölçülen PEF değerleri, akşamki değerlere göre daha düşüktür. PEF değerlerinde sabah ve akşam arasında oluşan farklılığa “günlük değişkenlik”, “variabilite” denir. Sağlıklı kişilerde değişkenlik %20’nin altındadır. %20’nin üzerindeki değişkenlik astım lehinedir. İntermittan ve ağır persistan hastalarda değişkenlik kaybolabilir. İki şekilde hesaplanabilir. İkinci yöntemin bronş aşırı duyarlılığını en iyi gösteren indeks olduğu söylenmektedir.

$$\text{PEF} \quad \text{Bronkodilatatör sonrası akşam PEF} - \text{Bronkodilatatör öncesi sabah PEF}$$
$$1 \text{ Değişkenlik} = \frac{\frac{1}{2} (\text{PEF akşam} - \text{PEF sabah})}{\text{X } 100}$$
$$2 \text{ Değişkenlik} = \frac{\text{Son bir haftadaki en düşük bronkodilatatör öncesi sabah PEF}}{\text{Yakın zamanda ölçülen en yüksek akşam PEF}}$$

### **Basit egzersiz testi**

Daha çok çocuklarda uygulanır. 6 dakika yürüme veya başka bir egzersiz sonrası FEV1 veya PEF’te % 15’ten fazla düşme astım tanısı için anlamlıdır.

### **Nonspesifik Bronş Provokasyonu**

Solunum fonksiyon testleri normal sınırlarda olmasına rağmen klinik olarak astım düşünülen hastalarda bronş hiperreaktivitesini göstermek amacıyla yapılır. Riskli bir yöntem olduğu için gerektiğinde entübasyon yapılabilecek şartlarda uygulanmalıdır.

Bazal FEV1 değeri ölçüldükten sonra metakolin veya histamin giderek artan dozlarda (0.03-0.06-0.125-0.250.....) inhalasyonla verilir. FEV1'de %20 ve daha fazla düşme oluşturan doz, Provokatif Doz 20 (PD 20) veya Provokatif Konsantrasyon 20 (PC 20) olarak kabul edilir. PD 20 değeri 8 mg/ml nin altında ise kişide bronş hiperreaktivitesi vardır. Normal insanlarda genellikle 10 mg/ml üstünde bulunur. Provokasyon pozitifliği astım için spesifik olmayıp allerjik rinit, konjesif kalp yetmezliği, mitral darlığı, KOAH ve sigara içimi gibi astım dışı durumlarda da görülebilir.

### **ALLERJİ TESTLERİ**

Hastanın anamnezinde inhaler allerjenlerle artan semptomlar varsa ve göğüs semptomlarına allerjik rinit ve konjunktivit bulguları eşlik ediyorsa hastanın allerji yönünden tetkik edilmesi gerekir. Cilt testleri atopinin değerlendirilmesinde en sık kullanılan yöntemdir. Ancak cilt testi pozitifliği astımın allerjik kökenli olduğunu göstermek için yeterli değildir; semptomların allerjen varlığında ortaya çıktığının veya arttığının gösterilmesi gereklidir. Cilt testleri, kişinin hassas olduğu allerjenlerin saptanması ve tedavinin bir parçası olarak allerjenlerin uzaklaştırılmasında önemlidir

### **DIğER İNCELEMELER**

Akciğer grafisinde astıma özel bulgu yoktur ancak nefes darlığı ve öksürük yapacak diğer sebepleri ekarte etmek amacıyla istenebilir. Ataklar sırasında hiperinflasyon bulguları vardır. Hastanın takibinde rutin grafiye gerek yoktur.

Arter kan gazları stabil astımda normal sınırlar içerisindedir. Akut atak sırasında hipoksi sıklıkla gözlenir ancak nadiren P02 50 mmHg'in altına düşer. PCO2 hiperventilasyon sonucu genellikle düşer, ağır atak ve ciddi obstrüksiyon sonucu PCO2 yükselme eğilimindeyse kötü prognozu düşündürür, hastanın entübasyonu gerekebilir.

Eozinofillerin periferik kanda %4 den fazla olması veya mm<sup>3</sup>'de 300'un üzerinde olması allerjik veya nonallerjik astımda görülebilir. Eozinofilinin varlığı tanıyı destekler ancak yokluğu astımı ekarte ettirmez; mm<sup>3</sup>'de 800'un üzerindeki eozinofil sayısı, astım dışında allerjik bronkopulmoner aspergillozis, Churge-Strauss sendromu, Loeffler sendromu gibi ek tanıları düşündürmelidir. Hasta steroid alıyorsa eozinofilinin görülmeyebileceği bilinmelidir.

Serum total İgE seviyelerinin astım tanısındaki rolleri konusunda çelişkili görüşler bulunmaktadır. Ayrıca, spesifik İgE ölçümlerinin cilt testlerine belirgin bir üstünlüğü olmadığından ve pahalı olduklarından bu tetkiklerin rutin olarak istenmeleri tavsiye edilmemektedir.

### **AYIRICI TANI**

Astım, nefes darlığı, hırıltı ve öksürük yapabilen diğer bir çok hastalıkla karışabilir (Tablo 4). Astım tanısı gençlerde ve erişkinlerde rahat konulabilirken, ayırıcı tanıdaki alternatiflerin çokluğu nedeniyle çocuklarda ve yaşlılarda daha zor konulabilmektedir.

**Tablo 4**

#### **Astımda ayırıcı tanı**

1. Yaygın hava yolu obstrüksiyonu (KOAH, bronşektazi, kistik fibröz)
2. Konjesif kalp yetmezliği
3. Akut bronşit ve bronşiyolit
4. Pulmoner emboli

5. Vokal kord disfonksiyonu
6. Lokal hava yolu obstrüksiyonları (larenks, trakea, bronş tümörleri, yabancı cisim, lenfoma, bronş tüberkülozu)
7. Kronik öksürük sebepleri (kronik sinüzit, GER, ACEİ)
8. Eozinofilik sendromlar.

Astımla en sık karıştırılan durumlar kronik hava yolu obstrüksiyonu yapan KOAH, bronşektazi, kistik fibroz gibi hastalıklardır. Tanıdaki zorluğun sebebi, bu grup hastalıkların astımı taklit etmesinin yanında astımla birlikte de bulunabilmesidir. Daha önce anlatıldığı gibi hastada reversibilitenin saptanması astım lehinedir ancak sigara içen bazı kronik bronşit hastalarında reversibilite gösterebilmesi kafa karıştırmaktadır ve geçmişte bu grup hastayı tanımlayabilmek için spastik bronşit gibi kavramlar kullanılmıştır. Bilinmelidir ki, sigara içmeyen bir hastada episodik havayolu obstrüksiyonuna bağlı semptomlar hemen daima astıma bağlıdır.

Sol atrial ve pulmoner vasküler basıncın akut olarak artmasının, hava yollarını daraltarak dispneye ve hırıltıya neden olduğu bilinmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde hala sık görülen mitral darlığı, dinleme bulgularının belirgin olmadığı durumlarda semptomlar ve akciğer bulguları açısından astımla kolayca karışabilmektedir. Tanıdaki bu zorluk, bu grup hastalarda periferik ödem, bazallerde ince yaş raller ve vasküler konjesyon gibi tipik kalp yetmezliği bulgularının her zaman tespit edilememesindedir. Kardiyak hastalarda yapılan spirometride FVC, FEV1, % FEV1/FVC gibi değerlerde azalmalar saptanır ancak temel bozukluk obstrüktifden ziyade restriktiftir. KOAH ve kalp yetmezliğinde gündüzleri nefes darlığı hemen her zaman eforla birlikte, eğer otururken wheezing ve nefes darlığı varsa astım daha olası bir tanı olarak dikkate alınmalıdır.

Virüsler, mikoplazma pnömonia, hemofilus influenza etkenlerinin neden olduğu akut bronşitler alt hava yollarını tutarak öksürük ve hırıltılı solunuma yol açar. Semptomlar akut evreden sonra hafiflemekle beraber 2-3 ay kadar devam edebilir. Yakınmalarının 1 yıl içinde sadece 1-2 kez olması, geçmişe dönük astım ve aile anamnezinin olmaması ile astımdan ayrılır.

Kronik öksürük bazen astımın tek semptomu olabilir. Bu nedenle akciğer filmi normal olup sigara içmeyen ve uzun süredir öksüren hastalarda kronik sinüzit, gastroözofageal reflü gibi öksürük yapan hastalıklar ayırıcı tanıda dikkate alınmalıdır. Paranasal sinüslerin radyolojik incelemeleri, 24 saatlik özofageal pH monitörizasyonu ve provokasyon testleri ile tanıya yardımcı olsa da inhale bronkodilatörler, steroidler, sistemik dekonjestanlar, topikal nazal steroidler, H2 blokerleri ve protein pompa inhibitörleriyle yapılan deneme empirik tedavilere alınan yanıtlara göre de ayırıcı tanıya gidilebilir. Yan etki olarak sık öksürük yapan ACE inhibitörleri de hipertansif hastaların öksürüğünde unutulmamalıdır.

Vokal kord disfonksiyonu, son zamanlarda gittikçe artan oranlarda tanımlanan bir antitedir. Sıklıkla 20-45 yaş arası sağlık çalışanı bayanlarda görülür ve psikiyatrik hastalıklar eşlik eder. Vokal kordların 2/3 ön kısmının istemsiz olarak adduksiyonu sonucu ortaya çıktığı düşünülmektedir. Ani olarak ortaya çıkan dispne ve wheezing ile karakterizedir, atak öncesi seste kalınlaşma ve havlama tarzında öksürük gözlemlenebilir. Akut astım tedavisine genellikle yanıt vermez hatta dramatik klinik sonucu entübasyon hatta trakeostomi yapılabilir. Ani olarak sona ermesi, astımın aksine atak sonrası dinleme bulgularının tama yakın gerilemesi ve solunum fonksiyonlarının normal bulunması ayırıcı tanıda önemlidir. Definitif tanı, akut atak sırasında bronkoskopi kordların adduksiyonunun gösterilmesi ile yapılır.

Larenks, trakea ve ana karinada bronş tümörleri, lenfoma, yabancı cisimler, bronş tüberkülozu astıma benzer semptomlara yol açabilir; yakınmaların kalıcı ve ilerleyici olması ve tedaviyle reversibilite göstermemesi nedeniyle astımdan ayrılır. Bu hastalıklardan şüphelenildiğinde bilgisayarlı tomografi ve bronkoskopi endikasyonu doğar.

#### **KAYNAKLAR:**

1. Toraks Derneği Ulusal Astım Tanı ve Tedavi Rehberi. Nisan 2000.
2. Global Strategy for Asthma Management and Prevention : National Institutes of Health;National Heart, Lung and Blood Institute.(Revised 2002).
3. Astma. Haluk Türkteş, İpek Türkteş: Ankara 1998.
4. Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders (Third Edition);Alfred P. Fishman (1998)
5. Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma; Expert Panel Report 2; NIH Publication: No 97-4051 July 1997.