

# Üst Havayolu Öksürük Sendromu

## Upper Airway Cough Syndrome

Dane Ediger

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İmmünoloji ve Allerjik Hastalıklar Bilim Dalı, Bursa, Türkiye

Özet

Abstract

Kronik öksürük yakınması ile hastaneye başvuran hastalarda etyoloji araştırıldığında; rinit, sinüzit ve geniz akıntısı görülme sıklığı farklı ülkelerde %6 ile %87 arasında bildirilmiştir. Önceleri postnazal akıntı olarak adlandırılan bu durum için "American College of Chest Physicians" rehberi tarafından önerilen Üst Havayolu Öksürük Sendromu (ÜHÖS) terimiyle öksürükle üst havayolu hastalığının birlikte olduğu vurgulanmıştır. Kronik öksürüğü olan hastada yakınma olarak geniz akıntısı olması veya olmaması ÜHÖS'u göstermede veya dışlamada yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle kronik öksürükle gelen hastada ilk basamakta verilecek empirik tedavinin mutlaka üst havayolu öksürük sendromu tedavisini de içermesi gerektiği bildirilmiştir. İlk yaklaşım olarak '1. kuşak antihistamin ve oral dekonjestan' kombinasyon ya da 'intranazal steroid ve intranazal antihistamin (azelastin)' kombinasyonunun kullanımı önerilir. Bu ilk seçenek tedavinin uygulanmasıyla kronik öksürüklü hastada yanıt alınırsa hem tedavi olmuş, hem de ÜHÖS tanısı konmuş olur. Öksürük ve varsa geniz akıntısı rinit tedavisiyle bir ay içinde geçmezse hastada kronik rinosinüzit veya nazal polip yönünden rinoskopi ve sinüs tomografisi planlanabilir. Bu tetkikler normal saptanırsa ÜHÖS öksürüğün sebebi değildir.

**ANAHTAR SÖZCÜKLER:** Kronik öksürük, üst havayolu öksürük sendromu, geniz akıntısı

Prevalence of rhinitis and postnasal drip syndrome in patients attending hospital-based clinics with chronic cough were reported between 6% and 87%. American College of Chest Physicians guidelines recommend the term 'upper airway cough syndrome' (UACS) instead of 'postnasal drip' because symptoms of upper airway and cough overlap in patients with chronic cough. Presence or absence of postnasal drip does not include or exclude UACS as a cause of cough. Hence, the first step empirical treatment should include UACS therapy in all patients with chronic cough. The initial treatment for chronic cough is combination of a 'first-generation antihistamine and an oral decongestant' or 'intranasal corticosteroids and intranasal antihistaminic agents'. Improvement in cough with this combination serves as a treatment and as a diagnostic test for the presence of UACS. If postnasal drip and cough persist despite treatment in the first month, the patient could be unrecognized rhinosinusitis, or nasal polyposis and should planned nasal endoscopy (rhinoscopy) and sinus BT. If this tests will be normal, UACS is not the cause of the chronic cough.

**KEY WORDS:** Chronic cough, upper airway cough syndrome, postnasal drip

### EPİDEMİYOLOJİ

Geniz akıntısı (Postnazal drip) boğazın gerisinden akıntı hissetme durumu olarak tanımlanır [1,2]. Burun akıntısı ve burun tıkanıklığı da yakınmalara eşlik edebilir. Hasta sıklıkla boğaz temizleme gereksinimi duyar. Çalışmalara göre kronik öksürük yakınması ile başvuran hastaların %6 ile %87'sinde rinit, sinüzit ve geniz akıntısı kronik öksürüğün başlıca sebebidir [3]. Rakamların geniş aralıkta olması tanı kriterleri hakkında görüş birliği olmamasına ve ülkeler arasında semptomun tanımının farklılık göstermesine bağlanmıştır [4-7]. Öte yandan geniz akıntısının varlığını veya derecesini ortaya koyacak nesnel veya doğrulanmış bir yöntem de bulunmamaktadır [8]. Geniz akıntısı ve boğaz temizleme semptomu kronik öksürük olgularında laringofaringeal reflünün atipik semptomu olarak da karşımıza çıkabilmektedir [9].

### Üst Havayolu Öksürük Sendromu

Tüm bu klinik durumlar birbiriyle örtüşebildiğinden ve tam olarak ayrılamadığından, "American College of Chest Physicians" rehberi tarafından Üst Havayolu Öksürük Sendromu (ÜHÖS) terimi alternatif isim olarak önerilmiştir ve öksürükle üst havayolu hastalığının birlikte olduğu vurgulanmıştır.

Diğer bir klinik tanım da; eğer kronik öksürük 1. kuşak antihistamin ve psödoefedrin kombinasyonu ile tedavi oluyorsa ÜHÖS (postnazal drip) olarak adlandırılması önerilmiştir [10].

### Geniz akıntısı

Geniz akıntısının öksürüğü nasıl tetiklediği bilinmemektedir. Burun ve sinüslerden gelen mukoid sekresyonun doğrudan farinks, larinks ve larinks altı uyarısına bağlanmaktadır. Sekresyonlar, öksürüğü uyuracak inflamatuvar mediyatörler de içerebilir.



**Yazışma Adresi / Address for Correspondence:** Dane Ediger, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İmmünoloji ve Allerjik Hastalıklar Bilim Dalı, Bursa, Türkiye Tel: +90 532 674 73 50 E-posta: ediger@uludag.edu.tr

©Telif Hakkı 2013 Türk Toraks Derneği - Makale metnine www.toraks.dergisi.org web sayfasından ulaşılabilir.

©Copyright 2013 by Turkish Thoracic Society - Available online at www.toraks.dergisi.org

Öksürüğü düzenleyen laringeal afferent sinirlerin vagal çıkışlı olduğu bilinirken, faringeal afferentlerin kökeni tam bilinmemekte ve glossofaringeal sinir olarak tahmin edilmektedir. Geniz akıntısı olan hastaların ekstratorasik havayollarında aşırı duyarlılık olup, faringeal reseptör kaynaklı uyarılar öksürük refleksini tetikleyebilir [11].

#### Allerjik/Nonallerjik Rinit, Kronik Rinosinüzit/Nazal Polip

Rinit ve sinüzit geniz akıntısını artırır. Allerjik rinitler mevsimsel veya yıl boyu süren, IgE aracılıklı inflamatuvar durumlar olup genelde öne burun akıntısı, burun tıkanıklığı, hapşırma, burun kaşınması gibi yakınmalara yol açar. Prick deri testinde aeroalerjenlere karşı reaksiyon saptandığında veya serum spesifik IgE pozitif bulunduğunda tanı konur. Allerjik olmayan rinitte ise aynı semptomlar bulunmakla beraber prick deri testi veya serum spesifik IgE negatif bulunur. Kronik rinosinüzitte rinitten farklı olarak inflamasyon sinüs mukozasına uzanmıştır ve bazı olgulara da nazal polipler eşlik edebilir [12,13]. Kronik öksürüklü hastalarda kronik rinosinüzit prevalansı %6-45 arasında bildirilmiştir [14-16].

#### ÜHÖS-Faringolaringeal reflü ilişkisi

Geniz akıntısı tanımlayan bazı hastalarda kronik öksürük yapan sebebin akıntının kendisinden çok faringolaringeal reflüye bağlı olduğu öne sürülmüştür [9]. Gerçekten de proton pompa inhibitörüyle yapılan reflü tedavisiyle geniz akıntısı düzelebilmektedir [17,18].

#### ÜHÖS Tanısı

Bazı Kulak Burun Boğaz uzmanları geniz akıntısı olan hastanın başlıca semptomunun öksürük olmadığını düşünmektedir. Gerçekten de geniz akıntısı olan her hastada öksürük bulunmayabilir [19]. Diğer yandan kronik öksürük olgularının bir kısmı, geniz akıntısı eşlik etmese dahi rinit tedavisiyle düzelebilmektedir [10]. Kronik öksürüğü olan hastada yakınma olarak geniz akıntısı olması veya olmaması ÜHÖS'u göstermede veya dışlamada yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle kronik öksürükle gelen hastada ilk basamakta verilecek ampirik tedavinin mutlaka üst havayolu öksürük sendromu tedavisini de içermesi gerektiği bildirilmiştir (Tablo 1) [20-26].

#### ÜHÖS Ampirik Tedavi Yaklaşımı

Kronik öksürüğe ilk yaklaşım olarak '1. kuşak antihistamin ve oral dekonjestan' içeren kombinasyon önerilmiştir. Ancak 1. kuşak antihistaminlerin sedatif etkisi, yaşlı hastaların da oral dekonjestanları tolere edememeleri nedeniyle diğer alternatifler intranazal steroid ve intranazal antihistamin (azelastin)'in birlikte kullanımı, salinle burun mukozasının yıkanması ve mevcut ise intranazal antikolinergik olabilir. İntranazal dekonjestanların devamlı kullanımı atrofik rinite (rinitis medicamentosa) yol açabileceğinden seçeneklerde yer almamaktadır.

Bu ilk seçenek tedavinin uygulanmasıyla kronik öksürüklü hastada yanıt alınır ise hem tedavi hem de ÜHÖS tanısı konmuş olur. Genelde öksürük bir ay içinde gerilemektedir. Eğer bu tedaviye rağmen öksürük ve geniz akıntısı devam ediyorsa hastada atlanmış bir sinüzit olabilir ya da öksürüğün sebebi ÜHÖS değildir [20]. Hastada rinit semptomlarına ilave olarak 3 aydan uzun süredir mukopürülan burun akıntısı, baş ağrısı, yüze, sinüslere basmakla hassasiyet, maksiller diş ağrısı, ağız kokusu, koku alamama gibi belirtiler kronik rinosinüziti (KRS) düşündürmelidir [27]. KRS tanısı rinoskopiyle orta meatus ya da diğer sinüs orifislerinde mukozal inflamasyon ya da mukopürülan akıntının görülmesiyle konur. Ancak önceden sinüs cerrahisi geçirmemiş hastalarda endoskopiyle paranazal sinüslerin içi görülemez. Bu nedenle sinüzit tanısında rinoskopiye göre sinüs BT ve semptomlar daha duyarlı ve özgündür [27,28]. KRS ön tanısıyla Kulak Burun Boğaz uzmanına yönlendirilen hastaların yarısından fazlasında nazal endoskopi ve sinüs BT normal [29]. Sonuç olarak hastada uygun semptomlar olmasına rağmen rinoskopi normale sinüs BT çekilmeli, BT normale sinüzit dışlanmalıdır [14-16]. Sinüs BT'de mukozal inflamasyon bulgularının olması hastanın sinüzit tedavisine iyi yanıtıyla ilişkili bulunmuştur.

Kronik öksürüğü olan hastaya yaklaşımda en sık rastlanan sebeplerinden biri olan üst havayolu öksürük sendromu ampirik tedavide ilk sırayı alması gereken bir durum olarak mutlaka hatırlanmalıdır.

**Tablo 1.** Kronik Öksürükte Üst Havayolu Öksürük Sendromu (ÜHÖS) değerlendirme ve tedavisi [21]

- Geniz akıntısı olmayan kronik öksürüklülerin %20'si rinit tedavisine yanıt verir [10].	- Düz sinüs grafisi düşük duyarlılıkta olduğu için önerilmemektedir [13,25].
- Kronik öksürüğe yaklaşımdaki en sık hata geniz akıntısının tedavi edilmemesidir [22].	- Geniz akıntısı proton pompa inhibitörü içeren reflü tedavisine yanıt verebilir [18].
- Geniz akıntısı varlığı antihistaminik tedaviye yanıtı öngörmede düşük duyarlılık ve özgüllüğe sahiptir [10,22,23].	- Pirozis ve regürjitasyon gibi tipik bulguların olmaması gastroözofageal reflüyü dışlatmaz [18,26].
- Geniz akıntısı tanımlayan ama öksürüğü olmayan olgular da vardır [19].	- Faringolaringeal reflü; boğaz temizleme, geniz akıntısı, öksürük, boğulma hissi ve horlama gibi atipik ve özofagus dışı semptomlarla seyredebilir.
- Allerjik rinit ve kronik rinosinüzite astımın sık eşlik ettiği hatırlanmalıdır [24].	
- Kronik rinosinüzit araştırılırken rinoskopiyle tanı konamazsa paranazal sinüs BT çekilmelidir.	
- Rinit tedavisiyle geniz akıntısı ve öksürük düzelmeyorsa rinosinüzit düşünülmelidir.	

**KAYNAKLAR**

1. Chung KF, Pavord ID. Chronic Cough 1 Prevalence, pathogenesis, and causes of chronic cough. *Lancet* 2008;371:1364-74. [\[CrossRef\]](#)
2. Tatar M, Plevkova J, Brozmanova M, Pecova R, Kollarik M. Mechanisms of the cough associated with rhinosinusitis. *Pulm Pharmacol Ther* 2009;22:121-6. [\[CrossRef\]](#)
3. Morice AH. Post-nasal drip syndrome: a symptom to be sniffed at? *Pulm Pharmacol Ther* 2004;17:343-45. [\[CrossRef\]](#)
4. Smyrniotis NA, Irwin RS, Curley FJ. Chronic cough with a history of excessive sputum production: the spectrum and frequency of causes, key components of the diagnostic evaluation, and outcome of specific therapy. *Chest* 1995;108:991-7. [\[CrossRef\]](#)
5. Palombini BC, Villanova CA, Araujo E, et al. A pathogenic triad in chronic cough: asthma, postnasal drip syndrome, and gastroesophageal reflux disease. *Chest* 1999;116:279-84. [\[CrossRef\]](#)
6. Irwin RS, Boulet LP, Cloutier MM, et al. Managing cough as a defense mechanism and as a symptom: a consensus panel report of the American College of Chest Physicians. *Chest* 1998;114:133-81. [\[CrossRef\]](#)
7. Morice AH, Kastelik JA. Cough, 1: chronic cough in adults. *Thorax* 2003;58:901-7. [\[CrossRef\]](#)
8. Irwin RS, Madison JM. Anatomical diagnostic protocol in evaluating chronic cough with specific reference to gastroesophageal reflux disease. *Am J Med* 2000;108:126-30. [\[CrossRef\]](#)
9. O'Hara J, Jones NS. The aetiology of chronic cough: a review of current theories for the otorhinolaryngologist. *J Laryngol Otol* 2005;119:507-14.
10. Pratter MR. Chronic upper airway cough syndrome secondary to rhinosinus diseases (previously referred to as postnasal drip syndrome): ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2006;129:63-71. [\[CrossRef\]](#)
11. Bucca C, Rolla G, Scappaticci E, et al. Extrathoracic and intrathoracic airway responsiveness in sinusitis. *J Allergy Clin Immunol* 1995;95:52-9. [\[CrossRef\]](#)
12. Benninger MS, Ferguson BJ, Hadley JA, et al. Adult chronic rhinosinusitis: definitions, diagnosis, epidemiology, and pathophysiology. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2003;129:1-32. [\[CrossRef\]](#)
13. Meltzer EO, Hamilos DL, Hadley JA, et al. Rhinosinusitis: establishing definitions for clinical research and patient care. *J Allergy Clin Immunol* 2004;114:155-212. [\[CrossRef\]](#)
14. Kastelik JA, Aziz I, Ojoo JC, Thompson RH, Redington AE, Morice AH. Investigation and management of chronic cough using a probability-based algorithm. *Eur Respir J* 2005;25:235-43. [\[CrossRef\]](#)
15. Smyrniotis NA, Irwin RS, Curley FJ, French CL. From a prospective study of chronic cough: diagnostic and therapeutic aspects in older adults. *Arch Intern Med*. 1998;158:1222-8. [\[CrossRef\]](#)
16. McGarvey LP, Heaney LG, Lawson JT, et al. Evaluation and outcome of patients with chronic non-productive cough using a comprehensive diagnostic protocol. *Thorax* 1998;53:738-43. [\[CrossRef\]](#)
17. Pearson JP, Parikh S, Orlando RC, et al. Review article: reflux and its consequences: the laryngeal, pulmonary and oesophageal manifestations: conference held in conjunction with the 9th International Symposium on Human Pepsin (ISHP) Kingston-upon-Hull, UK, 21-23 April 2010. *Aliment Pharmacol Ther* 2011;33:1-71. [\[CrossRef\]](#)
18. Vaezi MF, Hagaman DD, Slaughter JC, et al. Proton pump inhibitor therapy improves symptoms in postnasal drainage. *Gastroenterology* 2010;139:1887-93. [\[CrossRef\]](#)
19. Lim KG, Rank MA, Kita H, Patel A, Moore E. Neuropeptide levels in nasal secretions from patients with and without chronic cough. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2011;107:360-3. [\[CrossRef\]](#)
20. Irwin RS, Baumann MH, Bolser DC, et al. Diagnosis and management of cough executive summary: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2006;129:1-23. [\[CrossRef\]](#)
21. Iyer VN, Lim KG. Chronic cough: an update. *Mayo Clin Proc* 2013;88:1115-26. [\[CrossRef\]](#)
22. Morice AH, Fontana GA, Sovijarvi AR, et al. The diagnosis and management of chronic cough. *Eur Respir J* 2004;24:481-92. [\[CrossRef\]](#)
23. Pratter MR, Bartter T, Akers S, DuBois J. An algorithmic approach to chronic cough. *Ann Intern Med* 1993;119:977-83. [\[CrossRef\]](#)
24. Togias A. Rhinitis and asthma: evidence for respiratory system integration. *J Allergy Clin Immunol* 2003;111:1171-84. [\[CrossRef\]](#)
25. Yousem DM. Imaging of sinonasal inflammatory disease. *Radiology* 1993;188:303-14.
26. Vakil N, van Zanten SV, Kahrilas P, Dent J, Jones R; Global Consensus Group. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *Am J Gastroenterol* 2006;101:1900-43. [\[CrossRef\]](#)
27. Bhattacharyya N. Clinical and symptom criteria for the accurate diagnosis of chronic rhinosinusitis. *Laryngoscope* 2006;116:1-22. [\[CrossRef\]](#)
28. Stewart MG, Sicard MW, Piccirillo JF, Diaz-Marchan PJ. Severity staging in chronic sinusitis: are CT scan findings related to patient symptoms? *Am J Rhinol* 1999;13:161-7. [\[CrossRef\]](#)
29. Stankiewicz JA, Chow JM. A diagnostic dilemma for chronic rhinosinusitis: definition accuracy and validity. *Am J Rhinol* 2002;16:199-202.