

KOAH TANIMI VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ

İlknur BAŞYİĞİT

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Kocaeli, Türkiye

e-mail: ilknur.basyigit@gmail.com

TANIM

Yakın zamana kadar KOAH, ilerleyici ve geri dönüşümü olmayan hava akımı kısıtlanması ile karakterize bir akciğer hastalığı olarak tanımlanırken, son zamanlarda hava akımı kısıtlanmasının anormal inflamatuvar yanıt ile ilişkili olduğunun, hatta akciğerlere sınırlı olmayıp sistemik etkilerinin de var olduğunun ortaya sürülmesi KOAH tanımını değişmesine yol açmıştır (1,2).

Yenilenen GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) rehberine göre KOAH; hastalık şiddetini arttırabilecek belirgin akciğer dışı etkileri de olan önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır. Akciğer komponenti tam olarak geri dönüşümlü olmayan hava akımı kısıtlanması ile karakterizedir. Hava akımı kısıtlanması genellikle progresiftir ve akciğerin, başta sigara olmak üzere, zararlı partikül ve gazlara karşı anormal inflamatuvar yanıtı ile ilişkilidir (2).

Tarihsel açıdan bakıldığında KOAH'nın kronik bronşit ve amfizem olmak üzere iki alt fenotipe ayrıldığı görülmektedir. Kronik bronşit daha çok klinik bir tanımlamayı, amfizem ise patolojik tanımlamayı yansıtır ve hastalarda her iki fenotip de değişik derecelerde bulunarak hava akımı kısıtlamasına katkıda bulunabilir (3). Kronik bronşit, akciğer tüberkülozu, bronşektazi, akciğer absesi gibi nedenler olmaksızın birbirini izleyen en az iki yıl boyunca, yılda en az üç ay devam eden öksürük ve balgam çıkarma yakınmalarının varlığı olarak tanımlanır. Amfizem ise, terminal bronşollerin distalindeki hava yollarının belirgin fibrozis olmaksızın destrüksiyonu ile birlikte anormal ve kalıcı genişlemesidir (2,3).

Yine geçmiş yıllarda bu fenotiplere dayanarak kronik bronşit baskın hastaları mavi-şişman (blue-bloater), amfizem baskın olanları ise pembe-üfleyen (pink-puffer) olarak

sınıflama eğilimi bulunmaktaydı (3). Ancak KOAH'lı hastaların çok azında bu ayrım seçilebilir olduğundan, çoğu hastada her iki fenotip de değişik oranlarda bulunabileceğinden bu ayrım artık kullanılmamaktadır.

KLİNİK ÖZELLİKLER

Başta sigara olmak üzere hastalıkla ilişkili risk faktörlerine uzun süreli maruziyet öyküsü ile birlikte öksürük, balgam çıkarma ve nefes darlığı yakınmaları olan herkeste KOAH ön tanısı düşünülmeli ve tanı için spirometrik inceleme istenmelidir (4). Hastaların büyük çoğunluğu 40 yaş üstü, sigara içicisi erkeklerdir.

Semptomlar

KOAH'ta görülen en önemli semptomlar öksürük, balgam çıkarma ve nefes darlığıdır (5). Hastalığın erken semptomlarından olan öksürük ve balgam çıkarma, çoğunluğu sigara içicisi olan bu hastalarda "sigara öksürüğü" olarak algılanır ve hekime başvuru genellikle akciğer fonksiyonlarının yarı yarıya kaybedildiği ve nefes darlığının geliştiği ileri evrelerde gerçekleşir (3,6). Semptomların şiddeti ile solunum fonksiyonlarının kaybı arasında korelasyon bulunmaması ve bazı hastaların ileri dönemlerde bile yakınmasız olabilmesi nedeniyle çoğu hastaya erken dönemde tanı konamamaktadır (5).

Semptomların kronik ilerleyici seyri ve ataklarla semptom şiddetinde artış meydana gelmesi KOAH için tipiktir. Zamanla fiziksel aktivitede kısıtlanma, yaşam kalitesinde azalma ve mortalitede artış meydana gelir (7).

Öksürük: Hastalarda gelişen ilk semptomdur fakat genellikle önemsenmez. Öksürük kronik ve çoğunlukla prodüktif öksürük şeklindedir, sabahları artış gösterir. Sabah öksürüğü gece boyunca hava yollarında biriken mukusu temiz-

lemeye yöneliktir (5,7). Başlangıçta aralıklı ve sabahları olan öksürük, zamanla her gün olmaya başlar ve gün boyu devam eder. Nadiren bazı hastalarda öksürük olmadan da belirgin hava yolu obstrüksiyonu bulguları olabilir (2).

Balgam çıkarma: Balgam çoğunlukla az miktarda ve yapışkandır fakat özellikle bronşektazi gibi ek hastalığı olan bazı hastalarda fazla miktarda da olabilir (2,5). Ataklar dışında beyaz ve mukoid karakterde olan balgamın renginin sarı-yeşile dönmesi ve miktarının artması atak bulgusu olarak kabul edilir (5,8). Bununla birlikte balgamın yeşil renkli olmasının her zaman enfeksiyonu göstermediği, eozinofil miktarındaki artış ve miyeloperoksidaz enzimini etkisi ile renk değişikliği olabileceği akılda tutulmalıdır (7). Başta kadınlar olmak üzere balgam çıkarmakta güçlük çeken hastalarda renk ve miktar değerlendirilmesi zor olabilir (2).

Nefes darlığı: Subjektif bir yakınma olan nefes darlığı, kişinin nefes alıp verdiğinin farkında olması olarak tanımlanabilir (5). KOAH'da hastanın hekime başvurusunun ve hastalıkla ilgili sakatlık ve anksiyetenin en önemli nedenidir (2,8). Hastalar dispneyi "nefes alma güçlüğü", "hava açlığı" veya "iç çekme" şeklinde tanımlayabilirler (4). Başlangıçta ağır eforla ortaya çıkarken, zamanla progresyon göstererek hafif olağan eforla dahi meydana gelebilir ve hastanın günlük yaşam aktivitelerini kısıtlar (2). Hastalar nefes darlığı nedeniyle hekime başvurdıklarında FEV₁ değerleri genellikle 1.5 litrenin altına inmiştir (8), istirahat dispnesi ise FEV₁'in %30'un dahi altına indiğini düşündürür (7,9). Subjektif bir yakınma olmasına karşın dispne klinik olarak çeşitli skalalar aracılığı ile değerlendirilebilir (5). Bunlardan biri olan "Medical Research Council (MRC)" dispne skolası, tek başına FEV₁ ile değerlendirmeye kıyasla diğer yaşam kalitesi ölçümleri, sakatlık ve mortalite ile daha iyi korelasyon gösteren geçerli ve güvenilir bir yöntem olarak uzun yıllardır kullanılmaktadır (9).

Diğer semptomlar: Göğüs ağrısı ve hırıltılı solunum KOAH'lı hastalarda görülebilen non-spesifik semptomlardır, görülmemeleri KOAH tanısını ekarte etmez (2,4). Hırıltılı solunum ve dispne varlığı yanırlıklı astım tanısı konmasına neden olabilir (5). Göğüs ağrısı ise genellikle pulmoner emboli, pnömoni, plevral efüzyon ve pnömotoraks gibi komplikasyonlar sonucu ortaya çıkar (5,7). KOAH'lı hastaların %40 kadarında tespit edilebilen gastro-özafagial reflünün de göğüs ağrısı nedeni olabileceği akılda tutulmalıdır (5). Ataklar sırasında inflamasyonlu hava yollarından balgamla karışık olarak kan gelmesi görülebilir fakat KOAH'lı hastada hemoptizi saptandığında tümör, bronşektazi, pnömoni ve kalp yetmezliği gibi ek hastalıklar düşünölmeli ve ayırıcı tanı yapılmalıdır (5,7). KOAH'lı hastalarda uyku ile ilgili semptomlara da dikkat edilmelidir, uyku apne sendromu olmadan da noktörmal hipoksemi ve hiperkapni uyku kalitesini bozabilir (5).

İleri dönem: Hastalığın ileri dönemlerinde iştahsızlık kilo kaybı ve kaşeksi görülebilir (4). Kilo kaybı kötü prognoz göstergesidir ve tüberküloz, malignite gibi diğer hastalıklar

lara da eşlik edebileceğinden araştırılması gerekir (2,7). Hastalık ilerledikçe aktivite kısıtlanması gelişen ve eve bağımlı kalan hastada sosyal izolasyon, depresyon ve anksiyete görülebilir (4). Hipoksemi hafıza kaybı ve dikkat azalmasına, hiperkapni ise kognitif fonksiyon bozukluklarına yol açabilir (7). Ayrıca ileri dönemde pulmoner hipertansiyon ve kor pulmonale gelişimi vücutta şişlik ve ödeme neden olabilir (2).

Fizik muayene

KOAH'da semptomlarda olduğu gibi fizik muayene bulguları ile hava yolu obstrüksiyonunun şiddeti arasında da zayıf bir ilişki mevcuttur (8). Hastalığın erken evrelerinde fizik muayene normal olabilir veya ileri dönemlerde hastalık için oldukça spesifik bulgularla karşılaşılabilir (7). Normal fizik muayene bulguları KOAH tanısını ekarte ettirmez.

İnspeksiyon: Özellikle ileri dönemdeki hastalarda giyinme, muayene odasına girme gibi hafif aktivitelerde dahi solunum sıkıntısı ve taşipne tespit edilebilir (5). Solunum derinliği azalır ve dakika solunum sayısı istirahatte dahi 20'nin üzerinde bulunur (2). Hasta nefes darlığı nedeniyle kelimeler halinde konuşur, uzun cümleler kuramaz (5,8). Bu bulgular ataktaki hastalarda sıklıkla tespit edilir.

Yine inspeksiyonda santral siyanoz, ekspirasyonda büzük dudak solunumu ve yardımcı solunum kaslarının kullanılması nedeniyle interkostal çekilmeler görülebilir (5,7,8). Hastalar oturarak, öne doğru eğilip kollarıyla önlerindeki bir nesneye yaslanarak nefes darlıklarını azaltmaya çalışırlar (9). Bu pozisyon boyun ve omuz bölgesindeki yardımcı solunum kaslarının etkin çalışmasını sağlamaya yöneliktir ve hastaların FEV₁ düzeyinin 1 litrenin altında olduğunu düşündürür (8). Solunum yetmezliği gelişen hastalarda ise paradoks solunum izlenir. Sırtüstü yatış pozisyonunda daha kolay gözlemlenen paradoks solunumda hastanın üst abdomen duvarının inspirasyonda içeri doğru hareket ettiği görülür (5). Alt lateral göğüs duvarının inspirasyonda içe çekilmesi Hoover belirtisi adını alır ve ileri dönem KOAH'ın bulgusudur (7,8).

Hiperinflasyon bulgusu olarak göğüs ön-arka çapı artar (fıçı göğüs) ve göğüs kafesinin ön-arka hareketliliği azalır. Diğer hiperinflasyon bulguları ise inspirasyonda trakeanın aşağıya doğru çekilmesi (trakeal tug) ve pulsus paradoxus'tur (5,7). Pulsus paradoxus, solunum işinin artması nedeniyle oluşan intratorasik basınç değişikliklerinin sol ventriküle yansması nedeniyle ortaya çıkar ve inspirasyonda sistolik kan basıncının 10 mmHg veya daha fazla düşmesi ile tanınır (7).

Hipoksemik hastalarda siyanoz, hiperkapni de ise taşipne tespit edilebilir. İleri derecede hiperkapnide ellerde flapping tremor (asteriksiz) izlenebilir. Kor pulmonale gelişten hastalarda ise periferik ödem ve juguler venöz dolgunluk görülebilir (8).

Palpasyon: Göğüs kafesinin solunumla genişlemesinde kısıtlanma tespit edilebilir fakat değerlendirilmesi güçtür ve tanıya katkısı sınırlıdır (5). Hiperinflasyona bağlı ola-

rak karaciğerin aşağıya doğru yer değiştirmesi nedeniyle hepatomegali olmadan da karaciğer kot altında palpe edilebilir. Kalp tepe atımını tespit etmek hiperinflasyon nedeniyle güçleşir (2,8). Kor pulmonalede ise alt eksremitede gode bırakan ödem, hepato-juguler reflü, asit ve hepatomegali bulunabilir (8).

Perküyasyon: Spesifik bir bulgu olmamakla birlikte özellikle amfizemli hastalarda hiperinflasyonun derecesine bağlı olarak sonöritede artma ve timpanik ses bulunabilir (8,9). Perküyasyonda diyafragma hareketinde azalma tespit edilebilir. Maksimal inspirasyonda 4-6 cm kadar hareket etmesi beklenen diyafragma hareketi 1-2 cm'ye kadar düşebilir (7).

Oskültasyon: KOAH'da yararlı bilgiler sağlayan, hem hastalık şiddetini hem de tedaviye yanıtı değerlendirmede önemli muayene yöntemidir. Dinlemekle hiperinflasyonun derecesine bağlı olarak solunum seslerinde azalma ve ekspiryumda uzama tespit edilebilir (7,9). Hava yolu obstrüksiyonunu şiddetini belirlemek için yatak başında zorlu ekspirasyon zamanı tayini yapılabilir. Bu testte hastaya zorlu ekspirasyon yaptırılırken trakea üzerinde hava akımı dinlenir ve süresi kaydedilir. Zorlu ekspirasyon süresi beş saniyeden kısa olan hastalarda ciddi bir hava yolu obstrüksiyonu düşünülmezken, bu sürenin 6 sn ve daha uzun olması ileri derecede hava akımı kısıtlılığı olduğunu gösterir (5,8).

KOAH'lı hastalarda ronküs duyulabilir, normal solunumda duyulan ronküslerin hava yolu obstrüksiyonu ve bronkodialatöre yanıt ile ilişkili olduğu ileri sürülmekle birlikte, ronküs duyulması KOAH için spesifik değildir ve hava yolu obstrüksiyonu varlığına rağmen ronküs duyulmayabilir (5,9). Özellikle ataklarda erken inspiratuar raller işitilebilir. Raller sekresyona ve küçük hava yollarının erken açılmasına bağlı olarak ortaya çıkar (5,7,8).

Sonuç olarak; anamnez ve fizik muayene bulguları KOAH tanısında oldukça önemlidir. Sigara kullanım öyküsü başta olmak üzere meslek maruziyeti, genetik yatkınlık gibi

KOAH ile ilişkili risk faktörleri bulunan 40 yaş üstü bir hastada kronik öksürük, balgam çıkarma ve ilerleyici nefes darlığı yakınmalarının varlığı, fizik muayenede solunum sıkıntısı bulguları, taşipne, siyanoz, fıçı göğüs tespit edilmesi ve dinlemekle solunum seslerinde azalma veya ronküslerin işitilmesi KOAH'ı düşündürmeli ve tanıyı netleştirmek için spirometrik tetkik istenmelidir.

KAYNAKLAR

1. *Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Rehberi. Toraks Dergisi 2000; 1 (ek 1):1-25.*
2. *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO Workshop Report; 2006.*
3. *Mirici A. KOAH: Tanımlama ve ayırıcı tanı. In Umur S, Yıldırım N. ed. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH);2005:1-9.*
4. *Pauwels RA, Rabe KF. Burden and clinical features of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Lancet 2004; 364: 613-20.*
5. *Altın S. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında klinik özellikler. Klinik Aktüel Tıp Solunum Forumu 2007;1:5-8.*
6. *Atasever A, Erdinç E. KOAH erken tanısı. Toraks Dergisi 2003; 4: 82-7.*
7. *Tetik Kurt C. KOAH'ta klinik. In Umur S, Yıldırım N. ed. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH); 2005: 71-3.*
8. *Demir G, Acıcan T. KOAH'ta klinik yaklaşım ve dispnenin değerlendirilmesi. In Saryal S, Acıcan T. ed. Güncel bilgiler ışığında Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı; 2003: 35-48.*
9. *Viegi G, Pistelli F, Sherrill DL, Maio S, Baldacci S, Carrozzi L. Definition, epidemiology and natural history of COPD. Eur Respir J 2007; 30: 993-1013.*