

KOAH VE AYIRICI TANILARI

KOAH

Zararlı gaz ve partiküllere karşı hava yolları ve akciğerin artmış kronik inflamatuvar yanıtı ile ilişkili ve genellikle ilerleyici özellikte kalıcı hava akımı kısıtlanması ile karakterize, yaygın, önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır. Amfizem, belirgin bir fibrozis olmadan terminal bronşiyollerin distalindeki hava keselerinin kalıcı ve tahrip edici genişlemesidir. Kronik bronşit ise, yılda en az 3 ay, günlerin çoğunda ve ard arda 2 yıl boyunca süren başka bir nedenin(tüberküloz, sarkoidoz) olmadığı balgamlı öksürüktür. Amfizem ve/ya da kronik bronşit olan bir hastada obstrüksiyon saptanırsa(FEV1/FVC<%70) KOAH tanısı konur.

ASTİM

Trakeobronşiyal ağacın çeşitli uyarılara(toz, polen...) artmış cevabı sonucunda; tekrarlayan reversibl hava yolu obstrüksiyonuna yol açan bir hastalıktır. Nöbetler halinde gelen hırıltılı solunum, nefes darlığı, göğüste sıkışma hissi ve öksürük gibi semptomlarla tanı konulabilir.

BRONŞEKTAZİ

Bronş duvarının harabiyeti sonucunda ortaya çıkan ve bu bölgenin temizlenme fonksiyonlarını bozarak mukusun birikmesine yol açan kronik akciğer hastalığıdır. Pürülan balgam, dispne ve SFT'deki obstrüktif patern nedeniyle KOAH'la karışabilir. Ayırıcı tanıda klinikte çomak parmak olması, akciğerde yaygın raller, radyolojik olarak da PA grafi ve BT'de tramvay yolu, taşlı yüzük görünümü, eldiven parmağı bulgusu, 3 cm'ye kadar genişlemiş kistler ve bal peteği görünümü bronşektazi ayırımı yapar.

OBLİTERATİF BRONŞİT

Sıklıkla viral enfeksiyonlar ve toksik gaz inhalasyonu sonucunda gelişir. Organ transplantasyonu, kollajen vasküler hastalıklar, malign hastalıklar ve ilaç reaksiyonu sonrası da gelişebilir. Bronşilerdeki akut inflamasyonun rezorbe olmadığı hallerde kısmen ya da tamamen obstrüksiyon yapacak şekilde lümen içine doğru granülasyon dokusu ve peribronşiyal fibrozis gelişmektedir. Akciğer grafisinde hiperinflasyon bulguları nodüler gölgeler, fokal atelettazi alanları pnömonik infiltrasyon bulguları saptanabilir. Kronik olgularda akciğer biyopsisi kesin tanıyı koydurur. Hastanın genç yaşlarda olup sigara içmemesi tanıyı destekler.

KONJESTİF KALP YETMEZLİĞİ

Hastanın ana şikayeti akciğerdeki konjesyona bağlı gelişen nefes darlığıdır. Ortopne ve paroksizmal gece dispnesi (daha spesifik) görülür. Akciğer bazallerinde duyulan ince raller, PA grafide kardiyomegali (olmazsa olmaz), SFT'de genellikle obstrüksiyon olmayıp Restriksiyon olması ayırıcıdır. Ekokardiyografi ile sistolik, diastolik fonksiyonlar değerlendirilebilir.



kardiyomegali

TÜBERKÜLOZ

Klinik bulgularla birlikte akciğer grafisindeki lezyonla TB'den şüphelenilen hastanın balgamında ARB görülmesi ya da Löwenstein Jensen ya da BACTEC besiyerinde mikroorganizmanın üretilmesi ya da patolojide kazeifikasyon nekrozu olan granülom görülmesi tanı koydurucudur.



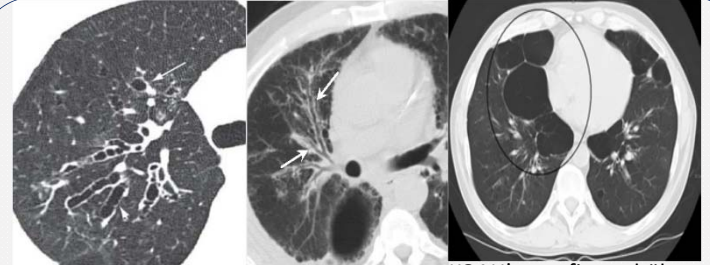
KOAH-ASTİM AYIRICI TANISI

FEV1/FVC<%70 olması hava yolu obstrüksiyonunu gösterir. Hava yolu obstrüksiyonu saptanan hastalarda kısa etkili beta-2 agonist inhalasyonu veya 4 puf terbutalin kullanımından 15-20 dk sonra FEV1'de basal değere göre en az %12 ve 200 ml ya da FVC'de %12 ya da MMEF'de %25 artış olması hava akımı kısıtlamasının reversibl olduğunu gösterir ve astim lehine yorumlanır.

Tablo 1: Astim-KOAH arasındaki klinik farklılıklar

	ASTİM	KOAH
Başlangıç yaşı	Genelde <40 yaş	Genelde >40 yaş
Sigara öyküsü	Daha az önemli	Genelde >10 pk/yıl
Balgam	Sık değil	Sık
Allerji	Sık	Seyrek
Hastalık seyri	Ataklar arası normal	Kalıcı ve ilerleyici
DLCO	Normal	Düşük
Spirometri	Reversible	İrreversible

BRONŞEKTAZİ- KOAH AYIRIMI



Taşlı yüzük

Tramvay yolu

KOAH'ta amfizem+bül parankim hasarı

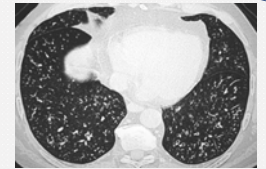
KİSTİK FİBROZ

Ekzokrin bezlerin fonksiyon bozukluğu sonucu kronik hava yolu enfeksiyonu, ekzokrin pankreas yetmezliği ve malabsorbsiyon, terleme bozukluğu ve ürogenital disfonksiyonla giden monogenetik, multisistemik bir hastalıktır. Kromozom 7'nin uzun kolundaki mutasyondan kaynaklanır. Klinik bulgularla beraber terde klor düzeyinin yükselmesi (N: Cl<60 mEq/L) ile tanı konur. Daha çok üst zonlarda bronşektazi görülür. Semptomların erken yaşlarda başlaması(%96 hastaya 18 yaş altında tanı konur), diğer sistemlerin de etkilenmesi ayırıcıdır.



DİFFÜZ PANBRONŞİT

Japonya, Çin ve Kore'de görülen etyolojisi bilinmeyen inflamatuvar havayolu hastalığıdır. Daha çok erkeklerde ve sigara içmeyenlerde görülür. Kronik sinüzit siktir. İlerleyici dispne nedeniyle KOAH'la karışabilir. Ülkemizde görülmemesi, SFT'de daha çok restriktif ventilasyon bozukluğu görülmesi ve BT'de yaygın sentrilobülernodüler opasite görülmesi ile ayrılabilir.



LENFANJİOLEİOMYOMATOZİS

Genç kadınları etkileyen ilerleyici ve kistik akciğer lezyonları ile kendini gösteren solunum yetmezliği yapan bir hastalıktır. Nefes darlığı ve tekrarlayan pnömotoraksla başvurur. BT'de yaygın kistik görünüm gösterir. Kesin tanı için biyopsi gerekir.

