

Postnazal Drip Sendromu

Postnasal Drip Syndrome

Işık Yalçın, Melike Keser

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı,
Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik İmmünoloji Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Özet

“Postnazal drip” (PND) terimi burun veya paranasal sinüslerden farenkse sekresyonların drenajını ifade eder. PNDS tek başına veya diğer durumlarla birlikte kronik öksürüğün en sık nedenidir. Sendrom olarak tanımlanan ve PNDS'nun varlığını düşündüren herhangi bir patognomonik bulgu yoktur. Postnazal dripe bağlı öksürük; semptomlar, fizik muayene bulguları, radyolojik bulgular ve sonuçta tedaviye yanıt kriterleri ile tanımlanır. PNDS'nun spesifik tedavisine iyi yanıt alınması, PNDS'nun en iyi kanıtıdır. Birinci kuşak antihistaminik ve dekonjestan kombinasyonu sinüzite bağlı olmayan PND'e bağlı öksürüğü olan çoğu hastanın tedavisinde etkili tedavi şeklidir. (*Çocuk Enf Derg 2007; 1: 17-9*)

Anahtar kelimeler: Postnazal drip sendromu, kronik öksürük, antihistamin/dekonjestan

Summary

“Postnasal drip” is the drainage of secretions from the nose or paranasal sinuses into the pharynx. Because no pathognomonik findings exist, the diagnosis of PNDS-induced cough is best determined by considering a combination of criteria, including symptoms, physical examination, radiographic findings, and, ultimately, the response to specific therapy. Improvement or resolution of cough in response to specific therapy is the pivotal factor in confirming the diagnosis of PNDS. The combination of a first generation antihistamine and a decongestant is considered to be the most consistently effective sole form of therapy in treating most patients with PND-induced cough not due to sinusitis. (*J Pediatr Inf 2007; 1: 17-9*)

Key words: Postnasal drip syndrome, chronic cough, antihistamine/decongestant

Tanım

“Postnazal drip” terimi burun veya paranasal sinüslerden farenkse sekresyonların drenajını ifade eder. Postnazal Drip Sendromu'nun (PNDS) tanısı büyük oranda hastanın ifade ettiği boğaza birşeylerin aktığı hissi, burun akıntısı veya sık geniz temizleme gibi semptom ve duymalara dayanır. Sendrom olarak tanımlanan ve PNDS'nin varlığını düşündüren herhangi bir patognomonik bulgu yoktur. PNDS'na bağlı öksürüğün karakter ve zamanını diğer nedenlere bağlı öksürükten ayıran kesin bir fark yoktur (1). Postnazal dripe (PND) bağlı öksürük; semptomlar, fizik muayene bulguları, radyolojik bulgular ve sonuçta tedaviye yanıt kriterleri ile tanımlanır (2). Öksürüğün düzelmesi ile PNDS'nin spesifik tedavisine iyi yanıt alınması, PNDS'nun rolünün en iyi kanıtıdır (1,3-5).

PND'e bağlı öksürüğün üst solunum yollarında bulunan öksürük refleksinin afferent dalının uyarılmasına veya, hipofarenks veya larenkste bulunan öksürük reseptörlerinin burun ve/veya sinüsten gelen sekresyonlarla uyarılmasına bağlı olduğu düşünülmektedir. Ayrıca aspire edilen sekresyonların alt solunum yollarında öksürük refleksini uyarması ile gelişebileceği öne sürülmüştür, ancak bu mekanizmayı destekleyen herhangi bir bilgi yoktur (2).

Prevalans

Üst solunum yolunda irritasyona neden olan herhangi bir durum PNDS'na yol açar. PNDS'nun spektrumu ve sıklığı popülasyon çalışmaları ile belirlenmiştir. Yapılan prospektif çalışmalarda sinüzit %8-64, yıl boyu devam eden ve allerjik olmayan rinit %37, allerjik rinit %23, postenfeksiyöz rinit

Yazışma Adresi

Correspondence Address

Dr. Melike Keser
İstanbul Üniversitesi
İstanbul Tıp Fakültesi
Çocuk Enfeksiyon
Hastalıkları Anabilim Dalı,
Çocuk Enfeksiyon
Hastalıkları Bilim Dalı
34390 İstanbul, Türkiye
Gsm: +90 505 242 22 75
Fax: +90 212 621 53 73
E-posta:
mkeser17@mynet.com

%6, vazomotor rinit %2, ilaçların indüksiyonu ve çevresel allerjen olmayan iritanlar da %2 oranında PND's'na yol açar. Yukarıdaki durumlar tek veya birden fazla olarak PND oluşturabilir (3).

PND's hem akut (2) hem de kronik öksürüğün (3,4,6,7) en sık nedenidir.

Klinik Görünüm

PND's'lu hastalarda öksürüğe ek olarak boğazda akıntı, tahriş hissi, boğaz temizleme ihtiyacı, nazal konjesyon veya akıntı vardır. Hastalar bazen boğuk sestten yakınır (3).

Öksürük konuşma esnasında da ortaya çıkmakla beraber bu durum her türlü öksürükte görülebilen nonspesifik bir bulgudur. Başlangıçta nezle gibi üst solunum yolu hastalığı ve hışıltı hikayesi de sıktır. PND'e bağlı öksürüğü olan hastaların çoğu posterior farenkste akıntı, boğaz temizleme, burun akıntısı, orofarengeal mukozada kaldırım taşı görünümü, orofarenkste mukus gibi semptomların bir veya birkaçına sahiptir. Bu klinik bulgular spesifik değildir, diğer sebeplere bağlı öksürüğü olan birçok hastada bulunur (3).

Öksüren hastaların küçük bir kısmında PND'e işaret eden herhangi bir üst solunum yolu bulgusu veya semptomu görülmez. Prospektif bir çalışmanın yazarları tedaviye yanıtın sessiz PND'e bağlı öksürüğün belirtisi olduğunu ileri sürmüşlerdir (4). PND'e bağlı öksürük 30 cm³/gün'den fazla kronik balgam üretimi ile ilişkili olabilir. Aşırı balgam üretimi olan PND's'nun etyolojisi sıklıkla sinüzittir (7).

Tanı

PND's tanısını koyduran herhangi bir objektif test veya PND'in miktarını ölçen veya öksürüğün gerçek sebebi olduğunu gösteren bir tanı aracı yoktur. PND'e bağlı öksürüğün semptom ve bulguları nonspesifiktir. Bu sebeple PND's tanısı semptomlar, fizik muayene bulguları, radyolojik görünüm ve spesifik tedaviye yanıt kriterlerinin beraberce değerlendirilmesi ile konur.

Kronik öksürüğün inceleyen prospektif bir çalışmada öksürüğün karakterini, zamanını ve komplikasyonlarını saptayan dikkatli hikaye alınımının tanı değerinin düşük olduğu gösterilmiştir (8). Alışılmış klinik bulguların olmaması, PND'e bağlı öksürüğe etkili olan tedaviye yanıtı dışlamamalıdır. Bu durum, öksürüğün nedeninin sessiz PND olduğunu göstermemekle birlikte olasılığa işaret eder (4).

Ayırıcı tanıda mevsimsel allerjik rinit, perennial allerjik rinit, vazomotor rinit, postenfeksiyöz rinit, kronik bakteriyel sinüzit, allerjik fungal sinüzit, ilaç kullanımına veya çevresel iritanlara bağlı nonallerjik rinit, gebelikle ilişkili rinit, anatomik anormalliklere bağlı rinit vs düşünülmelidir.

Sinüs grafileri kronik sinüzit varlığını saptayabilir, ancak bu kronik öksürüğün PND'e bağlı olduğunu kanıtlayamaz veya PND'e bağlı öksürük sinüzitin PND'ten sorumlu olduğunu gösteremez (3,7).

Allerjik değerlendirme; spesifik allerjenlere deri yanıtının varlığını saptamakla beraber bu sonuç allerjinin etyolojik önemini kanıtlayamaz. Allerji testi PND'e bağlı öksürükte mevsimsel özellik varsa, mevsimsel allerjik riniti düşündüren hikayenin varlığında çok daha faydalıdır. Ev tozu akarı, küf gibi ev içi; ağaç, çim gibi ev dışı allerjenlerle yapılan deri testi yıl boyu allerjik rinit düşünüldüğünde tanıyı destekler.

Üst solunum yolu enfeksiyonu hikayesi, postviral PND's-nun tanısını koydurur.

Yasal olarak kullanılan oksimetazolin hidroklorür veya yasadışı uygulanan kokain gibi nazal ilaçların uygunsuz kullanımına dair dikkatli bir hikaye alımı rinitis medikamentoza tanısı için önemlidir. Sorumlu tutulan ajanlardan uzaklaşma ile iyileşme görülmesi tanıyı destekler.

Gebelik sırasında PND's ve öksürüğün başlaması ve doğum sonu iyileşmenin olması, diğer nedenlere yönelik bulguların yokluğunda gebelikle ilişkili riniti düşündürür.

Vazomotor rinit, bazen ısı değişiklikleri ile uyarılabilen aşırı, ince, sulu sekresyonla karakterizedir. Rinore veya nazal konjesyon ansızın başlar. İzole bir semptom olarak oluştuğunda otonomik imbalansa bağlı olduğu düşünülür. Artmış kolinerjik tonus ve duyarlılık vardır. Nazal muayene bulguları nonspesifiktir. Vazomotor semptomların kontrolünde ipratropium bromid etkin olabilir.

Özetle PND'e bağlı öksürüğün spesifik tedavisine yanıt alınması ve öksürüğün diğer nedenlerine bağlı bulguların olmaması eldeki en önemli tanı kriterleridir. PND'in indüklediği öksürüğü tanımlayan kesin bir tanı kriteri yoktur. Tanı ister istemez klinik bulgular, yardımcı testlerin sonuçları ve tedaviye yanıt kombinasyonu ile konulur.

Tedavi

PND'e bağlı öksürüğün tedavi seçenekleri altta yatan hastalığa bağlıdır. Öksürüğün spesifik nedeni belirgin olmadığında PND's için ampirik tedavi, kapsamlı tanı çalışmaları başlatılmadan önce uygulanmalıdır.

Perennial rinit veya postviral üst solunum yolu enfeksiyonuna bağlı PND's'nun tedavisi: Randomize, çift kör, plasebo kontrollü akut ve kronik öksürük araştırmalarında eski kuşak antihistamin/dekonjestan kombinasyonlarının etkili olduğu gösterilmiştir (3,4,9). Bu çalışmalarda deksbromfeniramin maleat veya azatidin maleat ile uzun etkili psödoefedrin sülfat kullanılmıştır. Bazı çalışmalarda yeni kuşak nonse-datif antihistaminler soğuk algınlığına bağlı akut öksürüğün tedavisinde etkisiz bulunmuştur. Bu bulgular ışığında, eski kuşak antihistaminler PND's'unda tercihen kullanılmalıdır (2). Eski yani birinci kuşak antihistaminler muhtemelen antikolinerjik özelliklerinden dolayı etkilidir (2). Birçok hastada, öksürükte azalma birkaç gün ile 2 hafta içinde gözlenir (9).

Ciddi yan etkiler; öksürük tedavisinde yer alan birinci kuşak antihistamin/dekonjestan preparatlarında genel olarak görülmez. Sedasyon antihistaminlere bağlı primer yan etkidir. Tedaviye tek doz olarak yatmadan önce başlamak birkaç gün sonra günde iki doz olarak devam etmek sedasyon

problemini giderebilir. Taşikardi, hipertansiyon, göz içi basıncında artma, idrar yapma zorluğu dekonjestanların dik-kat çeken yan etkileridir.

Intranazal kortikosteroidler ve ipratropium bromidin öksürük tedavisine etkisine ait veriler yetersizdir.

Allerjik rinite bağlı PNDS'unda tedavi: Nazal steroidler ve/veya kromolin allerjik rinite bağlı PNDS için uygun bir başlangıç seçeneğidir (10). Allerjik rinitle ilgili birçok kontrollü çalışmada nazal kortikosteroidler, nazal kromolin ve bütün antihistaminlerin allerjik rinite bağlı PNDS'nun neden olduğu öksürüğün tedavisinde etkin olduğu gösterilmiştir (6). Sedasyon yapmayan antihistaminlerin nonallerjik rinitten çok allerjik rinitte daha etkili olduğu düşünülür. Sedatif etkileri olan antihistamin/ dekonjestan kombinasyonları diğer yöntemlerin yetersiz olduğu durumlarda yararlı olabilir (3,4,7,10).

Sorumlu allerjenlerden kaçınmak için çevre düzenlenmesi oldukça yararlıdır. Tüm önlem ve tedavilere karşın iyi sonuç alınamayan hastalarda allerjenlerle desensitizasyon uzun dönemde faydalı olabilir.

Vazomotor rinitte tedavi: Eski kuşak antihistamin/dekonjestan preparatları genellikle tedavide yeterlidir. İpratropium bromid faydalı olabilmekle birlikte (4,10), vazomotor rinite bağlı öksürüğün tedavisindeki etkisine işaret eden çalışmalar az sayıda hasta ile kısıtlıdır (3). Bu az sayıdaki hastalarda ipratropium, eski kuşak antihistamin/ dekonjestan preparatları başarısız veya kontrendike olduğunda faydalı bulunmuştur.

Sinüzitte tedavi: Akut sinüzitlerin genellikle bakteriyel enfeksiyona bağlı olduğu düşünülmeyle birlikte çoğunlukla akut viral rinosinüzit şeklindedir (11) ve çoğunlukla üç haftadan kısa sürer. Akut viral rinosinüzitin klinik olarak akut bakteriyel sinüzitten ayrılması zor olduğundan tedavide öncelikle yedi gün süreyle antibiyotik kullanılmalıdır. Bakteriyel akut sinüzitte en sık görülen organizmalar *S. pneumoniae* ve *H. influenzae*'dir. Diğer mikroorganizmalar anaeroblar, streptokok türleri, *Moraxella catarrhalis* ve *S. aureus*'tur.

Akut bakteriyel sinüzit tedavisi antibiyotik, inflamasyonu azaltmak için intranazal kortikosteroidler ve oksimetazolin HCl gibi dekonjestanları içerir (4). Bununla birlikte akut veya kronik sinüzit saptanan hastalarda, nazal veya oral dekonjestanların etkisini gösteren kapsamlı bir çalışma yoktur.

Kronik sinüzitte bakteriyel enfeksiyonun rolü ve antibiyotik tedavisinin önemi tartışmalıdır. Bazı çalışmalarda minimum 3 hafta uygun oral antibiyotik ve eski kuşak antihistamin/dekonjestan ve 5 gün nazal dekonjestan etkili bulunmuştur. Öksürük kaybolduğunda; intranazal kortikosteroidler üç ay süreyle kullanılmıştır (3,4,7).

İlaç tedavisine yanıtız veya tekrarlayan akut sinüzit atakları gösteren dirençli hastalarda sinüs cerrahisi seçenek olabilir.

Çevresel iritanlardan sakınma ve korunma önlemleri de yararlı olabilir.

Anahtar Bilgiler

- PNDS tek başına veya diğer durumlarla birlikte kronik öksürüğün en sık nedenidir.
- PNDS'nun semptom ve bulguları nonspesifik olduğundan PNDS'a bağlı öksürük; semptomlar, fizik muayene bulguları, radyolojik bulgular ve sonuçta tedaviye yanıt kriterleri ile tanımlanır.
- PNDS'nun spesifik tedavisine yanıt alınması ve öksürüğün kesilmesi PNDS'nun varlığı ve öksürüğün etyolojisindeki yerini gösteren can alıcı bulgudur.
- Altta yatan sebep bulunduğuda spesifik tedavi verilmez.
- Birinci kuşak antihistamin ve dekonjestan kombinasyonu sinüzite bağlı olmayan PND'e bağlı öksürüğü olan çoğu hastanın tedavisinde en etkili tedavi şeklidir.
- Empirik birinci kuşak antihistamin ve dekonjestan kombinasyonuna yanıtız hastalara sinüs görüntülemesi yapılmalıdır.

Kaynaklar

1. Irwin RS, Madison JM. Diagnosis and treatment of chronic cough due to gastro-esophageal reflux disease and postnasal drip syndrome. *Pulm Pharmacol Ther* 2002;15:261-266.
2. Irwin RS, Boulet LP, Cloutier MM, et al. Managing cough as a defense mechanism and as a symptom. *Chest* 1998;133S-181S.
3. Irwin RS, Curley FJ, French CL. Chronic cough: the spectrum and frequency of causes. Key components of the diagnostic evaluation and outcome of specific therapy. *Am Rev Respir Dis* 1990;141:640-7.
4. Pratter MR, Bartter T, Akers S, Dubois J. An algorithmic approach to chronic cough. *Ann Intern Med* 1993;119:977-83.
5. Mc Garvey L, MacMahon J. An approach to common respiratory symptoms. Cough. In: Gibson GT, Geddes DM, Costabel U, Sterk PJ, Corrin B, ed. *Respiratory Medicine*. Third Edition, Vol I. 2003;272-7.
6. Palombini BC, Villanova CAC, Araujo E, et al. A pathogenic triad in chronic cough. *Chest* 1999;116:279-84.
7. Smyrnios 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.
8. Mello JC, Irwin RS, Curley FJ. Predictive values of the character, timing, and complications of chronic cough in diagnosing its cause. *Arch Intern Med* 1996;156:997-1003.
9. Curley FJ, Irwin RS, Pratter MR et al. Cough and the common cold. *Am Rev Respir Dis* 1988;138:305-11.
10. Currie GP, Gray RD, McKay J. Chronic cough. *BMJ* 2003;326:261.
11. Gwaltney JM Jr, Phillips CD, Miller RD, et al. Computed tomographic study of the common cold. *N Engl J Med* 1994;330:25-30.