

Tanınız Nedir?



Klinik Pediatri, 2002;1(2):86-87.

Uz. Dr. Özlem YILMAZ

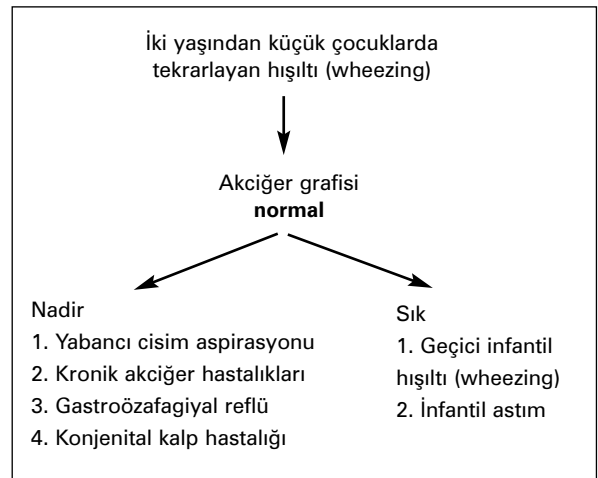
Öksürük ve hırıltılı solunum yakınmasıyla başvuran 14 aylık kız hastanın öyküsünden, ilk kez 4 ay önce, özellikle gece olan kuru öksürük ve hırıltılı solunum nedeniyle gittikleri bir doktor tarafından akciğer enfeksiyonu tanısı konularak antibiyotik tedavisinin verildiği öğrenildi. Son 10 günden beri aynı yakınmalarının tekrarlaması, ayrıca burun akıntısı ve ateşinin de olması nedeniyle başka bir doktora başvuran hastaya bronkopnömoni tanısı ile oral klaritromisin, salbutamol ve mukolitik bir ajan başlanmış. Bu ilaçlarla hastanın yakınmaları kısmen azalmış, ateşi 2 gündür yokmuş ama öksürük ve hırıltılı solunum yakınmaları devam ediyormuş. Yabancı cisim aspirasyonu öyküsü olmayan hastanın özgeçmiş sorgulamasından, annenin gebelik sırasında 5 tane/gün sigara içtiği, 38 haftalık olarak doğduğu ve doğum ağırlığının 2450 gram olduğu, 5.5 ay yalnızca anne sütü aldığı, sonra ek gıdaya başladığı öğrenildi. Evde anne ve baba sigara içiyormuş. BCG, kızamık ve 3 tane karma aşısı yapılmış. Soy geçmiş sorgulamasında özellik yoktu.

Fizik Muayene

Ateş: 36.5 °C, nabız: 126/ dk, solunum: 42/ dk, kan basıncı: 90/60 mmHg, vücut ağırlığı: 9 kg (%25-50), boy: 71 cm (%25-50), BCG aşı skarı: Pozitif. Hafif dispneik. Burunda seröz akıntısı var. Akciğerlerinde dinlemekle yaygın ronküsleri, bilateral bazallerde orta ralleri var. Diğer sistem bulguları doğal.

Laboratuvar incelemeleri

Hemoglobin: 11 gr/dl, beyaz küre: 9800/mm³, trombosit: 230.000/mm³, eozinofil: %0.5, IgE: 12.1 IU/ml, IgM: 120 mg/dl, IgA: 32 mg/dl, IgG: 720



Şekil 1. İki yaşından küçük çocuklarda tekrarlayan hışıltı nedenleri.

mg/dl, PA Akciğer grafisi: Normal, ter testi: 35 mEq/l, allerjenlerle yapılan epidermal deri testi: Negatif, baryumlu mide-özofagus grafisi: Normal.

Hastada tekrarlayan hışıltı (wheezing) öyküsü var. Ateşinin olmaması, genel durumunun iyi olması, akciğer grafisinin normal olması ile pnömoni düşünmedik.

Hastada yabancı cisim öyküsünün olmaması, ayrıca akciğer grafisinin normal olması ile yabancı cisim aspirasyonu olmadığını, hırıltı ve öksürüklerinin yemeklerle ilişkili olmaması, baryumlu grafisinin normal olması ile reflüden, kardiyovasküler muayenesinin normal olması nedeniyle kalp hastalığı tanısından uzaklaşıyoruz. Kronik akciğer hastalıkları açısından incelediğimizde prematürite doğum öyküsünün olmaması ile prematürün kronik akciğer hastalığını, ter testinin normal olması ile kistik fibrozisi ekarte ediyoruz.

Tablo 1. Geçici infantil hışıltı ile infantil astım ayırıcı tanısı

		Geçici İnfantil Hışıltı (Wheezing)	İnfantil Astım
Annenin sigara içimi	- prenatal	+++	?
	- postnatal	++	++
Solunum fonksiyonları	- infant	Azalmış	Normal
	- 6 yaş	Azalmış	Azalmış
Viral enfeksiyonlar		++++	++
Ailede astım öyküsü		--	+
Atopi		--	++++
Bronşiyal hiperreaktivite		--	+++
IgE		Normal	Yüksek

Hastamızda geçici infantil hışıltı (wheezing) ile infantil astım ayırıcı tanısını yapmamız için bir takım koşulları gözden geçirmeliyiz (Tablo 1).

Hastamızda viral enfeksiyon sonrasında yakınmalarının ortaya çıkması, annenin gebelikte sigara içmesi, bebeğin düşük doğum ağırlıklı olması, ailede astım öyküsünün olmaması, IgE'nin normal sınırdaki olması, deri testinde atopi saptanmaması ile hastamıza geçici infantil hışıltı (wheezing) tanısını koyduk.

Ayrıca Martinez tarafından belirlenen infantil astım tanı kriterlerini de inceleyelim.

1. Major kriterler:

- Bronşiolit nedeniyle hastaneye yatma öyküsü
- Son 6 ayda en az 3 kez wheezing atağı geçirme

c) Birlikte atopik dermatit olması

d) Ailede astım öyküsü

2. Minör kriterler:

- Üst solunum yolu enfeksiyonu olmaksızın wheezing
- Üst solunum yolu enfeksiyonu olmaksızın burun akıntısı
- Eozinofili (>%5)
- Erkek çocuk olması

İnfantil astım tanısı koymak için ilk iki majör kriterden birini içeren iki majör kriter ya da bir majör iki minör kriter hastada saptanmalıdır. Bizim hastada bu kriterlerden hiçbirini bulamadık. Bu mevcut bulgularla da geçici infantil hışıltı tanısını desteklemiş olduk.

KAYNAKLAR

- Martinez FD. Asthma and wheezing during the first 6 years of life. *Allergy*, 1999;54:24.
- Silverman M. Clinical diagnosis and assessment in infants. In, Barnes BJ, Grunstein MM, Leff AR et al. *Asthma*. Lippincott Raven Publishers, New York, 1997, s.1405.
- Warner JO. Childhood asthma. In; Kay AB *Allergy and Allergic Diseases*. Blackwell Science, London 1997, s.1451-1464.