



Hışiltılı (Wheezy) Çocukta Tedavi

Prof. Dr. Necla Akçakaya

Hışiltı (wheezing) akciğer kaynaklı değişik yoğunlukta kulakla da duyulabilen uzamış müzikal bir sestir. Doktor ve aileler wheezingi hışiltı, hırıltı, vızıltı, kedi mırıltısı gibi deyimler kullanarak ifade ederler. Hışiltı çoğunlukla astımla özdeşleşen bir deyimse de her hışıldayan astım değildir, her astımlıda da wheezingin duyulması kaide değildir. Hışıldayan çocuk küçükse ayırıcı tanının çok iyi yapılması gerekir. Bir çocuk 3'ten fazla hışiltı atağı geçirmişse, ailede atopik bir hastalık mevcutsa, bebeklikte atopik dermatite ait deri belirtileri olmuşsa bu bebekler infantil astım gibi kabul edilmelidirler.

Erken çocukluk ve bebeklikte astımın (infantil astım) ve kontrolü için;

Ayırıcı tanısı iyi yapıp infantil astım tanısı konduğunda;

- En az ilaçla semptomları kontrol altına almak
- Atakların sıklık ve ağırlığını azaltmak
- Ailenin hastalık ve tedavisi açısından bilgilendirilmesini sağlamak
- Çocukların kreş ve yuvaya devamsızlığını minime indirmek
- Çocuğun fizik ve psikolojik açıdan normal gelişip büyümesini sağlamak
- İlaçların yan etkilerinden çocuğu korumak gerekir. Infantil astımın tedavisi de diğer yaşlardaki astımda olduğu gibi;
1. korunma, 2. medikal tedavidir.

İNİFANTİL ASTIMDA KORUNMA PRENSİPLERİ

1. Anne sütünün alınmasını sağlamak
2. Ev tozu akarları, hayvan tüyleri, hamam böceği gibi allerjenlerden bebeği korumak

3. Sigara dumanından korunmak
4. İrritanlardan (soba, gaz, boya, parfüm) korumak
5. Allerjik gıdaların erken verilmesini önlemek (ekzama ve gıda allerjisi- ni önlediği gösterilmişse de astım prevalansı üzerine etkisi bilinmektedir)
6. Viral solunum yolu enfeksiyonlarından korunmak için grip aşısı uygulanmalıdır.

Tablo 1. *İnfanıl astımın medikal tedavisinde kullanılan ilaçlar β_2 reseptörlerini uyararak bronkodilatatör etki gösterirler.*

β_2 agonist salbutamol	yok	doz
	oral	0.1 mg/kg günde 3 kere
	metere doz inhaler	0.1-0.4 mg günde 8 kere
	nebulizer	0.5-2.0 mg günde 8 kere
	parenteral (SC, IM)	0.01 mg/kg monitörize edilerek
Terbutalin	oral	0.75 mg/kg günde 3 kere
	metere doz inhaler	0.25-0.5 mg günde 8 kere
	parenteral (SC, IM)	0.01 mg/kg monitörize edilerek
İpratropium bromid	nebulizer	0.250 mg/ml günde 1-4 kere
	metere doz inhaler	0.02-0.04 mg günde 1-8 kere

KORTİKOSTEROİDLER

Astımda inflamatuvar cevabı suprese ederler. İnflamasyon bölgesinde hem hücre sayısını azaltır hem de hücre kaynaklı mediatörleri modüle eder. Bronş düz kasında β_2 cevabı kuvvetlendirirler.

Uzun süreli inhale steroid kullanımı havayolu inflamasyonu ve epitel hasarını azaltır.

Oral, IV, inhale, nebul formu mevcuttur. İnfanıl astımda kullanımı kısıtlıdır;

- Çocuklarda normal dozda büyümeyi inhibe ettiği,
- Uzun süreli yüksek dozda kullanımında yan etkisi yoktur gibi, değişik sonuçlar bildirilmektedir.

İnfanıl astımda daha çok veriye ihtiyaç vardır.

KETOTİFEN

Kuvvetli antihistamin-1 ve antiinflamatuvar etkilidir. Bronş genişletici ve bronş aşırı duyarlılığını azaltıcı etkisi yoktur. *Damla, süspansiyon, tablet, SRO* tablet formu vardır.

- Yenidoğan döneminden sonra kullanılabilir,
- Etkisi en erken 3 hafta sonra başlar,
- Oral alımı ve multiorgan etkisi (deri, burun) avantajlarıdır,
- Yan etkileri vardır (sedasyon, hepato-splenomegali),
- 4 yaş üstünde birincil ilaç değildir,
- Atopik dermatitlilere verildiğinde astım prevalansını azalttığı gösterilmiştir.

DİSODYUM KROMOGLİKAT

Erken ve geç astmatik cevabı önler,

Bronş aşırı cevaplılığını önler,

Egzersizle oluşan bronkokonstriksiyonu önler,

Soğuk hava, sülfür dioksit, mevsimsel polenle oluşan bronş hiperreaktivitesini önler.

İnhale, nebul, toz, oral formu vardır.

- İnfantil astımda uzun sürede semptomları düzeltir,
- Etkisi ve emniyeti 2 yaş üzerinde gösterilmiştir,
- 2 yaş altında kısıtlı veri vardır,
- 1 yaşın altındaki çocuklara verilme güçlüğü nedeniyle birincil ilaç değildir.

ANTİHİSTAMİNİKLER**Setirizin**

Kuvvetli ve selektif bir antihistaminiktir; *süspansiyon ve tablet* formu vardır.

- İnvivo allerjik inflamasyonlardaki ICAM-1 ekspresyonunu inhibe eder, ICAM-1 rhinovirüslerin hücre yüzey reseptörüdür.

- ETAC (Early Treatment of the Atopic Child): 12 Avrupa ülkesi + Kanada'da (1994-1997) çift kör plasebo kontrollü, 18 aylık çalışma yapılmıştır.

Aile veya kendisinde atopik dermatit olan 817 hastanın (12-24 aylık) alındığı bu çalışmada;

- Atopik dermatitte kortikosteroid kullanımını azaltıcı etkisi saptanmıştır.
- Astım gelişim insidansı arasında fark görülmemiştir (plasebo %38, setirizin %37.7).
- Astımın başlangıç zamanı açısından fark saptanamamıştır.

Loratadin

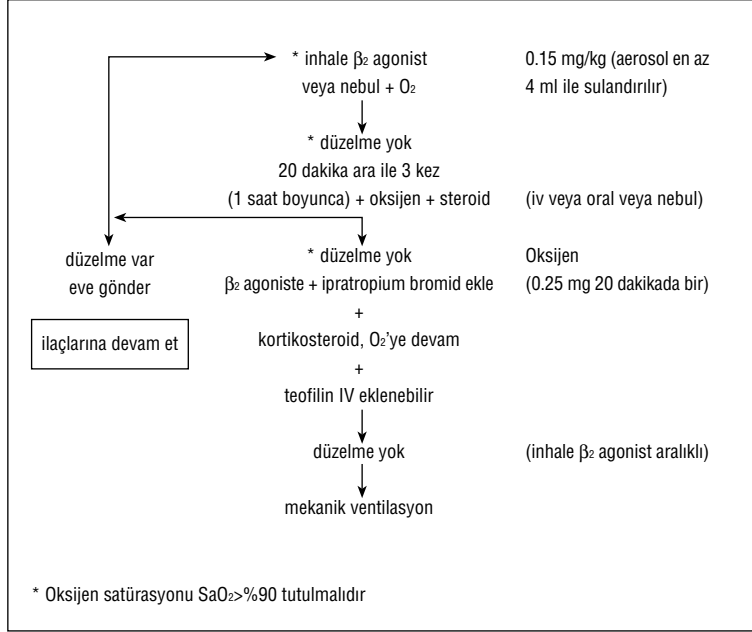
Nonsedatif, selektif H₁ reseptör antagonisti bir antihistaminiktir. Şurup ve tablet formu vardır. Nazal epitel hücrelerindeki HLA DR ve ICAM-1 ekspresyonunu inhibe eder. Ayrıca deride de insan keratinositlerinde ICAM-1 ekspresyonunu inhibe ettiği gösterilmiştir. Tek doz kullanım kolaylığı nedeniyle pediatrik allerjik rinit ve atopik dermatitte tercih edilmektedir.

3 YAŞ ALTI İNFANTİL ASTIMDA TEDAVİ

Hışıltımın erken kontrole alınması astımın seyrini değiştirir.

- İnhalasyon veya oral β_2 agonist (aralıklı);
4-8 haftada semptomlar devam ediyorsa antiinflamatuvar ilaçlar.
- Na kromoglikat
- İnhalasyon kortikosteroid (50-100 $\mu\text{g}/\text{gün}$) önce düşük sonra yüksek doz veya ketotifen eklenir.
- İlaçlar MDI (spacer, aerochamber)
- Nebul
- Süspansiyon şeklindedir (ağızdan alınanda etki yavaş, yan etki fazladır).
- Genellikle diet kısıtlaması gerekmez.
- Süt, fındık, soya, un, yumurta alımıyla semptomlar başlıyorsa diyet kısıtlaması yapılır.
- Grip aşısı yapılabilir
- İnfantil astımda immünoterapinin yeri yoktur.
- Her 1-6 ayda bir hasta görülerek ilaçlar azaltılır veya arttırılır.

Hastahane de İnfantil Astımda Akut Atak Tedavisi



KAYNAKLAR

1. Sly RM. Asthma in Textbook of Pediatrics. Nelson WE, Behrman RE, Kliegman RM, Aruin AM 1996, Chapter 137.
2. Stein RT, Sherril D, Morgan WJ et al. Respiratory syncytial virus in early life and risk of wheeze and allergy by age 13 years 354:541-45; *Lancet* 1999.
3. Martinez DF, Wright AL, Taussig LM et al. Asthma and wheezing in the first six years of life. *N Engl J Med* Number 3 Vol 332, January 19, 1995.
4. Murray JF, Nadel JA, Mason RJ, Boushey HA. Textbook of Respiratory Medicine. WB Saunders Company, 2000.
5. The Allergy Report (AAAAI 2000 Annual meeting March 8, Sandiego). The American Academy Allergy, Asthma Immunology Inc Copyright, 2000.