

## HİŞİLTİLİ ÇOCUK

# 12.

## BÖLÜM

Cüneyt UĞUR<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Hışiltı, havanın genellikle inflamasyona bağlı bronkospazm ve mukozal ödem nedeniyle daralmış hava yollarından geçerken oluşturduğu türbülans sonucu ortaya çıkan yüksek frekanslı polifonik bir ıslık sesidir. Hışiltı genellikle ekspiryumda duyulan bir sestir; ancak hava yolu obstrüksiyonun şiddetli olduğu durumlarda inspiryumda, daha şiddetli olduğu durumlarda steteskop olmadan da duyulabilir (1,2).

Hışiltı her yaşta görülebilir, ancak süt çocukluğu döneminde en fazla görülür. Süt çocukluğu döneminde hışiltıya eğilim yaratan yapısal özellikler sırasıyla; hava yollarının daha dar olması, artmış periferik havayolu direnci, bronş kıkırdağının yumuşaklığı, akciğerin elastikiyet basıncının yetersiz olması, akciğerde Kohn delikleri ve kanallarının yokluğu ve göğüs kafesinin kompliyansının yüksek olmasıdır (3,4).

Her üç çocuktan biri, üç yaşından önce en az bir kez hışiltı atağı geçirmektedir. Bir yıl içerisinde üç veya daha fazla hışiltı atağının olmasına tekrarlayan hışiltı; bir veya iki kez hışiltı atağının olmasına ise nadir hışiltı denir. Hışiltılı çocuk terimi, tekrarlayan hışiltısı olan çocuklar için kullanılmaktadır (4,5).

Ailelerin hışiltıyı anlamasında ve ifade etmesinde farklılıklar olabilir; bu sebeple doktor tarafından hışiltının doğrulanması gerekir. Bazen aileler burun tıkanıklığını hışiltı olarak ifade edebilmektedirler (6).

Çocukluk çağında tekrarlayan hışiltı, en sık bronşiyolit ve astımda görülmekle birlikte; hışiltının birçok doğumsal ve edinsel nedeni olabilir (7,8). Bu yüzden hışiltılı çocukta, ayrıntılı olarak öykü alınarak ve sistemik muayene ile birlikte gerekli laboratuvar ve radyolojik tetkikler yapılarak ayırıcı tanı yapılması gerekir.

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Pediatri Kliniği, cugur70@gmail.com ORCID iD: 0000-0002-6260-7719

hışıltıya yol açar. Mediastinal tümörler, timik lezyonlar, teratom, bronkojenik kist, vasküler anomaliler ve lenfadenopatiler trakea veya bronşlara baskı yaparak hışıltıya yol açabilir. Tanıda göğüs radyografisi ve BT kullanılır<sup>(33)</sup>.

## SONUÇ

Çocuklarda hışıltıya, birbirinden farklı patofizyolojisi, seyri ve prognozu olan birçok hastalık neden olmaktadır. Bu hastalıklar, iyi seyirli den hayati tehdit edebilecek kadar kötü seyirli arasında bir spektruma sahiptir. Epiglottit ve yabancı cisim aspirasyonu gibi hızla ölümcül olabilen hastalıkların erken tanınması önemlidir. Bu yüzden tedavi ve takibin doğru yapılabilmesi ve prognoz belirlenebilmesi için ayırıcı tanının bir an önce yapılması gerekir. Ayırıcı tanı için ayrıntılı öykü alınmalı, fizik muayene yapılmalı ve gerekli tetkikler istenmelidir.

## KAYNAKÇA

1. Moss M, Gern J, Lemanske R, Asthma in infancy and childhood, in Middleton's Allergy Principles and Practice, Edited by Yunginger J, Adkinson NJ, Busse W, et al. Philadelphia. PA. Mosby. 2003.p. 1225-1255
2. Elphick HE, Sherlock P, Foxall G, et al. Survey of respiratory sounds in infants. Arch Dis Child 2001; 84:35-39
3. Uysal P, Karaman Ö. Hışıltılı çocuğa yaklaşım. Türkiye Çocuk Hast Derg. 2013;7(2):99-105.
4. Martinez FD. Asthma Phenotypes: Wheezy Infants and Wheezy Children. In Schwartz RH. et al(eds): Immunology and Allergy Clinics of North America. Philadelphia. WB Saunders. 1998, 25-34.
5. Bloomberg GR. Recurrent wheezing illness in preschoolaged children: assessment and management in primary care practice. Postgrad Med 2009;121:48
6. Lowe L, Murray CS, Martin L, et al. Reported versus confirmed wheeze and lung function in early life. Arch Dis Child 2004; 89:540-543.
7. GINA Report (2020), Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention 2020. Available from: [http:// www. ginasthma.org](http://www.ginasthma.org)
8. Martinez FD. Heterogeneity of the association between lower respiratory illness in infancy and subsequent asthma. Proc Am Thorac Soc 2005; 2(2): 157-161.
9. Bacharier LB, Phillips BR, Bloomberg GR, et al. Severe intermittent wheezing in preschool children: a distinct phenotype. J Allergy Clin Immunol 2007; 119(3), 604-610.
10. Taussig LM, Wright AL, Holberg CJ, et al. Tucson Children's Respiratory Study:1980 to present. J Allergy Clin Immunol 2003;111:661-675.
11. Martinez FD, Wright AL, Taussig LM, et al. Group Health Medical Associates. Asthma and wheezing in the first six years of life. New Engl J Med 1995;332(3):133-138.
12. Kurukulaaratchy RJ, Fenn MH, Waterhouse LM, et al. Characterization of wheezing phenotypes in the first 10 years of life. Clin Exp Allergy 2003; 33(5):573-578.
13. Stein RT, Holberg CJ, Sherrill D, et al. Influence of parental smoking on respiratory symptoms during the first decade of life: The Tucson Children's Respiratory Study. Am J Epidemiol 1999; 149(11):1030-1037.
14. Stein RT, Sherrill D, Morgan WJ, et al. Respiratory syncytial virus in early life and risk of wheeze and allergy by age 13 years. Lancet. 1999; 354:541-545.
15. Martinez FD. Development of wheezing disorders and asthma in preschool children. Pediatrics 2002; 109:362-367.

16. Martinati LC, Boner AL. Clinical diagnosis of wheezing in early childhood. *Allergy*. 1995;50(9):701–710.
17. Hall CB, Weinberg GA, Iwane MK, et al. The burden of respiratory syncytial virus infection in young children. *N Engl J Med*. 2009;360(6):588–598. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0804877>.
18. Davies HD, Wang EE, Manson D, et al. Reliability of the chest radiograph in the diagnosis of lower respiratory infections in young children. *Pediatr Infect Dis J*. 1996;15(7):600–604.
19. AARC clinical practice guideline–infant-toddler PFTs–2008 revision & update. *Respiratory Care*. 332 2008;53:929–945
20. National Heart, Lung, and Blood Institute. National Asthma Education and Prevention Program. Expert Panel Report 3: Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma; 2007 Aug 28. <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/asthgdln.pdf>.
21. Ren CL, Charles R, Esther J, et al. Official American Thoracic Society clinical practice guidelines: diagnostic evaluation of infants with recurrent or persistent wheezing. *Am J Respir Crit Care Med* 2016;194(3):356–373.
22. Chpps BE. Evaluation of infants and children with refractory lower respiratory tract symptoms. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2010;104:279.
23. Laya BF, Restrepo R, Lee EY. Practical imaging evaluation of foreign bodies in children: an update. *Radiol Clin N Am* 2017;55(4):845–867. <https://doi.org/10.1016/j.rcl.2017.02.012>.
24. Hinton RB, Ware SM. Heart failure in pediatric patients with congenital heart disease. *Circ Res* 2017;120(6):978–994.
25. Carden KA, Boisselle PM, Waltz DA, et al. Tracheomalacia and Tracheobronchomalacia in children and adults. *Chest* 2005;127(3):984–1005. <https://doi.org/10.1378/chest.127.3.984>.
26. Reisman J, Corey M, Canny G, et al. Wheezing in infants with cystic fibrosis: clinical course, pulmonary function, and survival analysis. *Pediatrics*. 1992;90(5):703–706.
27. Çokuğraş H. Hişiltılı Çocuğa Yaklaşım. *Klinik Tıp Pediatri Derg* 2017; 9(2);1-5.
28. Dorkin HL. Noisy breathing. In: *Respiratory disease in children: Diagnosis and management*, Loughlin GM, Eigen H (Eds), William and Wilkins, 1994.p.167.
29. Wang Y, Dai W, Sun Y, et al. Congenital bronchial atresia: diagnosis and treatment. *Int J Med Sci* 2012;9(3):207–212. <https://doi.org/10.7150/ijms.3690>.
30. Tibballs J, Watson T. Symptoms and signs differentiating croup and epiglottitis. *J Paediatr Child Health* 2011;47(3):77–82. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.2010.01892.x>.
31. Backer CL, Monge MC, Popescu AR, et al. Vascular rings. *Semin Pediatr Surg* 2016;25(3):165–175.
32. Evans WN, Acherman RJ, Ciccolo ML, et al. Vascular Ring Diagnosis and Management: Notable Trends Over 25 Years. *World J Pediatr Congenit Heart Surg* 2016;7(6):717–720
33. Güler S, Demirkaya M, Sevinir B. Çocukluk Çağı Mediasten Kitlelerine Yaklaşım. *J Curr Pediatr* 2016;14:30-36.