

Boğaz Ağrısı

Dr. Remzi DOĞAN, Dr. Selahattin TUĞRUL, Doç. Dr. Ayşenur MERİÇ

Bezmialem Üniversitesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Günümüzde toplumu oldukça sık etkileyen bir Halk Sağlığı problemi olarak karşımıza çıkan boğaz ağrısı semptomu, birinci basamak hekimlerine başvurudaki en sık şikâyet sebeplerinden biri olarak görülmektedir. Toplu yaşam alanları, hava kirliliği, sigara ve alkol tüketimindeki artış boğaz ağrısı yapan sebepleri daha da arttırmaktadır.

Boğaz ağrısı şikâyetine neden olacak bir çok faktör sayılabilir. Bunlar;

1. Enfeksiyöz nedenler

- Üst solunum yolu enfeksiyonları
- Akut Tonsillit ve farenjitler
- Akut Larenjit
- Aftöz stomatitler
- Akut sinüzitler

2. İrritan ve Allerjik nedenler

- Allerjik Rinit
- Reflü
- Akciğer enfeksiyonları
- Sigara
- Kirli hava
- Aşırı ses kullanımı (öğretmen, şarkıcı vb.)
- Alkol
- Nazal obstrüksiyon
- Aşırı sıcak, soğuk, baharatlı yiyeceklerin tüketilmesi
- Koroziv maddeler içilmesi

3. Travmaya bağlı nedenler

- Penetran, non penetran travmalar

4. Tümöral nedenler

- Ağız içi ve orofarenks tümörler
- Larenks-farenks tümörleri
- Metastazlar

1. Enfeksiyöz Nedenler

Boğaz ağrısının en sık nedeni enfeksiyonlar olup kişiden kişiye kontaminasyon yoluyla geçebilir. Enfeksiyona en sık neden olan virüsler (grip, soğuk algınlığı veya mononukleoz gibi) veya bakteriler (streptokok, mikoplazma veya hemofilus gibi) dir. Bakteriler ve virüsler arasındaki en önemli fark bakteriler antibiyotik tedavisine iyi cevap verirken virüslerin vermemesidir. Akut tonsillofarenjit, boğazın mukozal ve submukozal yapılarının inflamatuvar bir hastalıdır.

Orofarenks, nazofarenks, hipofarenks, tonsil ve adenoidi tutabilir. Tonsilit de dahil olmak üzere farenjit ayaktan hasta muayenelerinin %15'ini oluşturur. Viral ve bakteriyel olarak ikiye ayrılır.

Virüsler

Boğaz ağrısının en sık nedeni olup grip veya soğuk algınlığı olarak isimlendirilir. Burun tıkanıklığı/burun akıntısı, hapşırma ve yaygın ağrılar boğaz ağrısına eşlik eder. Bu enfeksiyon özellikle kış aylarında yüksek miktarda kontaminasyona neden olarak epidemilere yol açmaktadır. Vücudumuz viral enfeksiyona karşı antikor yanıtı oluşturarak yaklaşık bir haftalık bir süreçte virüsleri yok eder.

Boğaz ağrısına birçok virüs neden olmakla birlikte EBV ve Herpes virüse özellikle dikkat edilmelidir. EBV'nin klinik şekli masif tonsiller hipertrofi (üstleri beyaz yama şeklinde), boyun, koltukaltı ve kasıkta lenfadenomegali görülmesidir. Çünkü EBV'nin nadir ama ciddi komplikasyonları arasında splenik rüptür ve karaciğer yetmezliği de vardır. EBV den şüphelenildiğinde Monospot test (4 yaşından küçüklerde kullanılmaz) ve spesifik EBV serolojisine bakılmalıdır^{1,2,3}. Herpes virüse bağlı olarak dudak çevresi ve oral mukozada erüpsiyon ve bulaşıcı olan aftöz ülserler oluşabilmektedir.

Bakteriler

Boğaz ağrısının bakteriyel nedenlerinin başında streptokokal enfeksiyonlar gelmektedir. Streptokok enfeksiyonları kalp kapaklarında (romatoid ateş) ve böbrekte (nefrit) hasara neden olabilir. Streptokokal enfeksiyonlar yüksek ateş, tonsillit, pnömoni, sinüzit ve kulak enfeksiyonlarına neden olabilirler. Streptokokal enfeksiyonun bu komplikasyonlara neden olmaması için antibiyotikle tedavi edilmesi gerekir. Bu sayede ulaşılmak istenen amaçlar şunlardır;

- Süpüratif ve diğer komplikasyonları önleme
- Akut romatoid ateşi önleme
- Hızlı şekilde yayılım gösteren A grubu beta hemolitik streptokok enfeksiyonunun infektifitesini azaltmak
- Klinik işaret ve semptomları azaltma
- Uygunsuz antibiyotik kullanımını azaltarak antibiyotik direncini azaltmak

Enfeksiyona bağlı olarak boğaz ağrısı olan hastaların yaklaşık %10-20 sinde neden grup A beta hemolitik streptokoktur. Küçük bir yüzde ise diğer bakteriyel organizmalarla (grup C ve G streptokoklar) veya diğer hastalık süreçleri ile (lenfoma) ilgili enfeksiyonlara bağlı olarak oluşmaktadır^{4,5}.

Streptik boğaz enfeksiyonu olma ihtimalini artıran durumlar: 3-14 yaş arası olma, ateşin 38 santigrattan fazla olması, öksürük olmaması, eksüdatif farenjit veya tonsillit, anterior servikal adenit, yakın zamanda grup A streptokok epidemisi olması, grup A streptokoku olanlarla yakın temas.

Streptik boğaz enfeksiyonu olma ihtimalini azaltan durumlar: 45 yaş veya daha fazla, ateş olmaması, öksürük, nezle/konjunktivit, ses kısıklığı, aylık oral ülserler, diare

Kültür için boğaz sürüntüsü: ne zaman ve nasıl?

Boğaz kültürü hastanın tanısında klinik ve epidemiyolojik bulgulara bakarak streptokokal enfeksiyonlardan şüphelenilince istenir. Ancak hastanın henüz antibiyotik kullanmamış olması gerekir. Kültürün streptokokal boğaz enfeksiyonunda antibiyotik tedavisi için tedavi takibinde kullanılmasına gerek yoktur.

Antibiyotikler: Ne zaman ve niçin?

Boğaz kültürünün sonucu streptokok enfeksiyonunu veya diğer tedavi edilebilen bakteriyel patojenli bir boğazı göstermeden antibiyotik tedavisine başlanmaz. Kültür sonucunu beklemeden hemen antibiyotik başlanmasını gerektiren durumlar olabilir. Bunlar; hastanın genel durumunun kötü olması, kültür sonucunun 72 saatten fazla gecikecek olması veya hasta takibinin zor olabileceği durumlardır. Eğer kültür sonucu negatif gelirse antibiyotik kesilmelidir.

Tedavi:

Hekimin doğru tanı koyması çok önemlidir. Çünkü bu sayede uygunsuz kullanılan antibiyotiklerin önüne geçilecektir. Uygunsuz kullanılan antimikrobiyaller hem gereksiz antibiyotik direncine yol açarak hastanın hayatını tehlikeye sokmakta hem de tedavi maliyetini artırmaktadırlar. Bu durum ayrıca antibiyotiğe dirençli mikroorganizmaların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Streptokoksik boğaz enfeksiyonunun tanısı konulduktan sonra en uygun antimikrobiyal tedavi başlanmalıdır⁶. Bu tedavi spesifik, uyumlu, ucuz ve güvenilir olmalıdır.

Kullanılabilecek antibiyotikler:

- Penisilin V (300 mg po 3X1 veya 4x1 10 gün veya 600mg po 2x1 10 gün)
- Amoksisilin (40 m/kg/gün 3x1 10 gün) (EBV enfeksiyonlarında döküntü yapmaktadır)
- Eritromisin (30-40 mg/kg/ gün 2x1 veya 3x1 7-10 gün maksimum 2 g/ gün) (Penisilin allerjilerinde kullanılır)

Enfeksiyona bağlı boğaz ağrısında tedaviye yardımcı Genel öneriler (Viral ve Streptokokal);

- Bol bol dinlenmek ve sıvı tüketmek (meyve suyu, su, limonlu ve ballı açık çay)
- Yumuşak gıdalar tüketmek
- Ilık tuzlu su ile sık sık gargara yapmak (yarım litre suya 5 ml ya da 2 bardağa 1 çaykaşığı kadar tuz olacak şekilde)
- Sigara içmemek ve içilen ortamdan kaçınmak
- Şayet ağrı ve ateş mevcutsa aspirin veya asetaminofen almak (Çocuklara ve 20 yaşından küçükler aspirin vermeyin)
- Boğaz pastili almak (5 yaşından küçük çocuklara boğaz pastili vermeyin)
- Odanın nemini arttırmak (Bunun için nemlendirici ve buharlaştırıcı kullanılabilir)

Larenjit

Çocukluk larenjitinde en sık neden viral enfeksiyondur. Sıklıkla hafiftir ve viral üst solunum yolu enfeksiyonunu takip eder. Öksürük, hafif disfoni, rinit ve düşük ates mevcuttur. Rinovirüs, parainfluenza, RSV, adenovirüs suçlanmıştır. Influenza, kızamık, kabakulak ve suçiçeği de larenjit yapabilir. Tanı anamnez ve semptomlar ile konur. Larenks muayenesine gerek yoktur. Eğer yapılırsa normal vokal fold hareketi ve eritematöz mukoza görülür. Kendi kendini sınırlar, tedavi hidrasyon ve nemlendirme iledir.

Akut larengotrakeit (Krup)

Genellikle 5 yaş altı çocukları etkiler^{7,8}. 3-7 gün sürer. Sonbahar ve kış aylarında siktir. Parainfluenza I en sık suçlanan virüsdür ancak parainfluenza II, Influenza A, rinovirus, RSV de etken olabilir. Öncelikle viral üst solunum yolu enfeksiyonu olarak baslar, günler sonrasında havlar tarzda öksürük baslar. Öksürük nonprodüktiftir ve geceleri artar. Tanı anamnez ve lateral boyun röntgenleri ile konur. Karakteristik "çan kulesi" görünümü ödem sebebiyle daralmış subglottik bölgeyi gösterir. Kendi kendini sınırlayan bir hastalıktır. Solunum sıkıntısı ortaya çıkabilir. Stridor ve subkostal ve supraklavikular çekilmeler ortaya çıkabilir. Tıkanıklık arttıkça yorulma ve total havayolu obstrüksiyonu ortaya çıkabilir. Supraglottik larenks etkilenmemistir. Subglottik alanda hadise gerçekleşir, epitel atılması ve çok koyu muköz sekresyonlar mevcut olabilir.

Tedavide ödemi geriletmek, sekresyonları inceltmek ve hava yolu açıklığını sağlamak önemlidir. Ödem progresyonunu azaltmak için yüksek doz kortikosteroidler ve nebulize epinefrin kullanılabilir⁸⁻¹⁰. Hidrasyon ve nemlendirme önemlidir. Sekonder bakteriyel enfeksiyonu önlemek için antibiyotikler verilebilir (stafilokok ve pnömokoklar için). İleri durumlarda trakeotomi açılması gerekebilir.

Sekonder Bakteriyel Larenjit

Larengotrakeiti olan bazı hastalar sekonder bakteriyel enfeksiyona gelistirebilirler.

Hasta havayolu obstrüksiyonu, stridor, takipne, tasikardi, öksürük, ates ve tükürüğünü yutamama şikayet-

leri ile basvurur. Yüksek ateş ve pürülan drenaj vardır. Hemen tedavi ve tanı gerektiren bir durumdur^{12,13}. Sorumlu organizmalar H. influenzae, pnömokoklar ve hemolitik streptokoklardır. Kültür alınan vakalarda, antibiyotik tedavisi bu organizmalara yöneltilmelidir.

Akut Supraglottit

Epiglottit de denen bu durum hayatı tehdit eden bir enfeksiyondur ve H. Influenzae tip B tarafından meydana getirilir¹⁴. 2-4 yaş arası çocuklar etkilenir. Kış ve ilkbaharda daha sık görülür. Acil bir durumdur. Ani havayolu obstrüksiyonu meydana gelebilir.

Tipik olarak hastalık 2-6 saatte progrese olur. Ateş, boğaz ağrısı ve inspiratuar stridor mevcuttur. Çocuğun sesi boğuktur ancak krup benzeri ses çıkmaz. Çocuklar korkmuş, toksik görünümlü, dik ve "koklar" pozisyonadırlar. Yutma ağırlı olduğu için tükürüklerini

yutamazlar. Anamnez ve klinik bulgular ile ön tanı konur. Havayolu obstrüksiyonuna yol açabileceği için larenks muayenesi yapılmaz. Lateral yumuşak doku röntgenleri epiglotun başparmak bulgusunu gösterebilir. Hasta operasyon odasına alınır ve larengoskopi yapılır epiglot vişne kırmızısı ve ödemlidir. Tanıdan sonra duruma göre entübe edilebilir veya trakeotomi açılır. H. influenzae tip B'ye karşı antibiyotik başlanır. Beta hemolitik streptokoklar ve stafilokoklar da etken olabilirler¹⁴⁻¹⁶.

Larengeal Diferi

Clostridium diphteriae tarafından meydana getirilen bu hastalık 6 yaş sonrasındaki çocukları etkiler. Sık görülmez. Doğu Avrupa'da muhtemelen düşük aşılama oranı nedeniyle görülmüştür. Tonsil, larenks veya farenkste kalın gri yeşil bir plak meydana gelir. Havayolunu sağlamak gerektiğinde entübasyonda plağın yerinden ayrılması ve aspirasyon riski nedeniyle trakeotomi tercih edilir. Antitoksin, penisilin veya eritromisin verilir¹⁷.

Erişkinde Larenjit

Viral Larenjit;

Erişkinlerdeki enfeksiyöz larenjit sıklıkla viral üst solunum yolu enfeksiyonu ile ilişkilidir. Viral sendrom ve disfoni, seste duraklamalar, episodik fonasyon, kaba öksürük ve seste kalınlaşma mevcuttur.

En sık etkenler rinovirüslerdir. Vokal fold mukozası karakteristik olarak eritemli ve ödemlidir. Kendi kendini kısıtlayan bir hastalıktır. Nemlendirme, ses istirahati, hidrasyon, sigara içmeme, ekseptoran ve antitusifler ile tedavi edilir.

Bakteriyel Larenjit;

Supraglottit, ateş, boğaz ağrısı, boğuk ses, odinofaji ve dispne ile manifeste olur.

Tanı; şişmiş ve kırmızı supraglottik yapıların larenks endoskopisinde görülmesi ve/veya lateral boyun röntgeninde şişmiş supraglottisin gösterilmesi ile konur.

H. influenza en sık neden olan organizmadır. Etkenler arasında Pnömokoklar, S. aureus, beta hemolitik streptokoklar da bulunurlar. Seri endoskopik muayeneler ile yakın takip gereklidir. 24 saat içinde hızla sikkayetleri ilerleyen hastaların havayolu obstrüksiyonu riski vardır^{18,19,20}. Tedavide nemlendirme, hidrasyon, kortikosteroidler ve intravenöz antibiyotikler verilir.

Akut Sinüzit

Rinosinüzit sinüslerin mukozal enflamasyonu olarak tanımlanır. Sinüzit yaptığı postnazal akıntı nedeniyle boğazda irritasyon oluşturarak boğaz ağrısına sebep olur. En sık rinosinüzit nedeni soğuk algınlığıdır. Akut sinüzit 1 gün ile 4 hafta arasında süren sinüzittir. Subakut rinosinüzit 4 hafta ile 3 ay arasında süren enfeksiyondur. Süreç bu safhada da geri dönüşümlüdür. Alta yatan anormalligi düzeltmek için cerrahi gerekli olabilir ancak tedavi genel olarak medikaldir. Kronik sinüzit 3 aydan daha fazla sürmüş sinüzittir. Yetersiz tedavi edilmiş veya kontrol edilememiş akut sinüzit nedeniyle drenaj mekanizmaları irreversibl olarak hasar görür.

Viral sinüzit sıklıkla viral riniti takip eder. Tedavi gerektirmez, sadece CMV gibi bir etkenle enfekte olmuş immun yetmezliği olan hastalarda tedavi gereklidir.

Fungal sinüzit invaziv (fulminan fungal sinüzit veya indolent fungal sinüzit) veya noninvaziv (misetoma veya alerjik fungal sinüzit) olabilir.

Bakteriyel rinosinüzit semptomları sinüs tutulumunun lokalizasyonu ve süresi ile ilişkilidir. En önemli semptom ağrıdır. Bu fasiyal veya baş ağrısı olabilir. Akut süperatif rinosinüziti olan hastaların unilateral veya bilateral mukopürülan sarı-yeşil burun akıntısı mevcuttur. Geçirilmiş üst solunum yolu enfeksiyonu predispozan bir faktördür. Hastanın ateş, letarji veya kırgınlığı olabilir. Kronik rinosinüziti olan hastalarda mukopürülan akıntı ve hafif burun tıkanıklığı semptomları mevcuttur, ağrı ve sistemik semptomları yoktur. Sıklıkla ateş ve baş veya yüz ağrısı yoktur.

Akut enfeksiyon kronik enfeksiyonun üzerine eklenebilir. Sinüslerin drenaj yollarının yakınlığı nedeniyle enfeksiyon bir sinüsten diğerine rahatça yayılabilir. Hastanın sıklıkla bütün sinüsler ile alakalı şikâyetleri vardır. 7-10 günden fazla süren soğuk algınlığı, gündüz öksürüğü ve gece şikâyetlerin artması, nefes kokusu, burun akıntısı ve düşük ateş olabilir.

Akut süperatif sinüzite neden olan organizmalar S. pneumoniae, H. influenzae, M. catarrhalis ve diğer streptokok türleridir. Akut enfeksiyon sırasında bazen maksiller sinüsten anaerop etkenler izole edilebilir. Immun yetmezliği olan hastaların artması ile daha atipik etkenler de görülebilmektedir. Nazokomiyal enfeksiyonlar o kurumdaki yerleşik bakteriler nedeniyle oluşur. Şiddetli ağrı varsa, sistemik bulgular fazlaysa, kültür alınması gereklidir²¹⁻²⁴.

Tedavi

Akut süpüratif sinüzitte antibiyotik tedavisi önemli bir yere sahiptir. Amoksisilin ve beta-laktamaz inhibitörü kombinasyonları, 2. Kuşak sefalosporinler, metronidazol kullanılabilir. Komplasyon düşünülen hastalarda seftriakson ile parenteral tedavi uygun bir seçenektir. Antibiyotiğe genellikle 3 gün içinde cevap olur. Tedaviye semptomlar geçtikten 7 gün sonrasında kadar devam edilmelidir. Antibiyotiğe ek olarak mukozaya ödemi çözüp sinüs drenajına yardımcı olmak için topikal (nafazolin, oksimetazolin, xylometazolin) ve sistemik (psödoefedrin, fenilpropanolamin) dekonjestanlar kullanılır. Mukolitikler (guaifenesin, ambroksol, N-asetilsistein) koyu sekresyonları olan hastalarda kullanılabilir. Analjezik ve Salin irrigasyonu tavsiye edilir. Bulunulan ortamın nemlendirilmesi ve buhar uygulanması özellikle havanın kuru olduğu kış aylarında faydalıdır. Genellikle medikal tedavi ile akut sinüzit tedavi edilirken kronikleşen veya düzelmeyen hastalarda endoskopik sinüs cerrahisi ameliyatı uygulanabilir²¹⁻²⁴.

2. İrritan ve Allerjik Nedenler

Allerjik Rinit

Allerjik rinit en sık rastlanan allerjik hastalıktır. Allerjik bünyeli kişilerde, allerjen ile karşılaşma sonucunda burunda akıntı, aksırık, kaşıntı ve tıkanıklık şeklinde yakınmaların olduğu hastalık tablosu allerjik nezle olarak tanımlanır²⁵. Oluşturduğu postnazal akıntı nedeniyle kronik irritasyona yol açarak boğaz ağrısı oluşturur.

Allerjik rinit IgE aracılığı ile ortaya çıkan inflamatuvar bir hastalıktır. Her yaş grubunda en sık görülen kronik hastalıklardan biridir. Gelişiminde genetik, immünolojik ve çevresel faktörler rol oynamaktadır. Epidemiyolojik çalışmalar ile allerjik rinitin çocukluk yaş grubunda %5-9 oranında görüldüğü, prevalansın yaşla arttığı ve adolesanda %20 oranında görüldüğü ortaya konmuştur²⁵. Rinit nedeniyle hekime başvuran hastaların %50'si allerjik olup, hastalığın yaşam kalitesi ile iş ve okul performansı üzerinde çok önemli etkileri vardır. Sık görülmesi nedeni ile yüksek tedavi maliyetleri ortaya çıkmakta ve iş gücü kaybına neden olmaktadır. Allerjik nezleli kişilerde daha sık oranlarda astım, sinüzit, seröz otit ve buna bağlı işitme kaybı, sık anjin ve allerjik egzema görülebilir. Allerjik nezleli hastaların %30-35'inde astım, astımlı hastaların %80-85'inde allerjik nezle vardır. Allerjik nezle astım için önemli bir risk faktörüdür²⁶⁻²⁷.

Larengofarengeal Reflü

Midenin asit içeriğinin yemek borusunu da geçerek yutağa ve oradan da gırtlığa, ses tellerinin arkasına ve farenkse kadar gelmesidir. Bu bölgelere kadar gelen asidik içerik buralarda boğaz ağrısı oluşturabilmektedir²⁸. Kilo fazlalığı, yağdan zengin diyet, geç vakitte

yemek yeme alışkanlığı, stres, mide pozisyonunda değişiklikler gibi sebeplerle mide ile yemek borusu arasındaki kapakçığın tam kapanamamasına bağlı olarak, midedeki asidin yemek borusuna ve daha da ilerlemesi durumunda boğaza kadar ulaşmasına neden olabilir. Hastalık uzun bir süre çok hafif belirtilerle ve mide hastalığını akla getirmeyecek şikâyetlerle devam ettiğinden genellikle yanlış teşhislerle tedavi edilmeye çalışılır ya da hasta tarafından pek önemsenmez. Bu da beraberinde doku harabiyetini artırarak iyileşmenin gecikmesine neden olur. Hastalar genellikle farenjit veya tonsillit gibi teşhislerle uzun süre antibiyotik kullanırlar. Kuru öksürük (özellikle yatıktan sonra artan), ses kısıklığı, ses yorulması, boğaz ağrısı ve yanmaları, sık sık boğaz temizleme zorunluluğu hissetme, sık farenjit, sinüzit ve bademcik iltihabı atakları geçirme, geniz akıntısı gibi şikâyetler reflü varlığını düşündürmelidir. Endoskopik yöntemle yapılan ses telleri muayenesinde gırtlığın arkasında görülen ödem, kızarıklık ve doku kabarıklıkları reflünün yarattığı değişiklikler olarak değerlendirilir. Mideden gelen ve yemek borusunu da geçen asit salgısı üst yemek borusu kapakçığını aşarak, oradan nefes borusuna doğru taşar tarzda dökülür. İşte burası gırtlığın arka yüzeyidir ve tüm değişiklikler burada oluşmaya başlar. Bu bulgular reflü varlığını düşündürmektedir. Larengofarengeal Reflü için yapılacak testler ise baryumlu yemek borusu grafileri, asit pefüzyon testi gibi reflünün sebep olduğu tahrişi tespit etmeye yönelik testlerdir. Yemek borusu endoskopisi ve mukozadan biyopsi alınması ise tipik reflü bulguları olanlarda ilk yapılacak incelemedir ve doğrudan teşhise yönlendirir^{29,30}.

Larengofarengeal Reflü tedavisinde üç seçenek vardır. Bunlar; yaşam tarzında ve günlük alışkanlıklarda yapılan sosyal düzenlemeler (gıda düzeni, kilo fazlalıklarıyla mücadele vb), asit salgısını azaltan ve nötralize eden ilaçların kullanımı ve cerrahi tedavi olarak sayılabilir. Reflünün oluşmaması için bariyer görevi gören fonksiyonları olumsuz etkileyen günlük hayat tarzının, yeme alışkanlıklarının ve yaşam koşullarının ortadan kaldırılması veya düzeltilmesi, tedavinin her döneminde uyulması gereken önlemlerdir^{30,31}.

Akciğer Enfeksiyonları

Pnömoni akciğerlerdeki gaz değişimini sağlayan alveollerin iltihaplanmasını belirtir. Üşütmeye ortaya çıkan rahatsızlıklardan ciddi ve hayatı tehdit edici durumların ortaya çıkmasına kadar değişir. Genellikle bütün tiplerinde ateş ve öksürük görülür. Diğer belirtiler arasında titreme ve hareket yapılmasa bile soluk alıp vermede güçlük sayılabilir. Pnömoni başlangıçta soğuk algınlığı ya da soğuk algınlığının bir komplikasyonu olarak ortaya çıkabilir. Bu hastalarda özellikle öksürük ve balgama bağlı boğaz irritasyonu ve boğaz ağrısı oluşabilmektedir. Bu hastalığın ciddiyeti büyük oranda genel sağlık durumuna bağlıdır. Gençlerde, pnömoni basit bir soğuk algınlığı sanılarak teşhis konmadan geçebilir. Bununla birlikte, özellikle kalp yetmezliği ya da kronik bronşit, astım, amfizem gibi akciğer hastalığı

olanlarda, pnömoni bazen 24 saat içinde ölümlerle sonuçlanabilir. Uygun tıbbi bakım, yatak istirahati ve dikkatli gözlem gereklidir³².

Sigara

Sigara içilme durumunda, solunum havası içine karışan toksik maddeler orofarenksi ve gırtlığı örten mukozayı tahriş ederler. Bu tahriş ve diğer bazı faktörlerle önce farenjit ve larenjit denilen iltihaplar meydana getirerek boğaz ağrısı ve ses kısıklığı oluşturur. Uzun süre sigara kullanma durumlarında bu mukozada bir seri değişiklikler başlar. Bu değişikliklerin sonunda kanser gelişir ve buna bağlı boğaz ağrıları olabilir.

Kirli Hava

Solunumla alınan hava vücutta ilk önce burun ve boğaz ile temas eder. Bu yüzden solunan kirli havanın tesiri öncelikle burularda görülür. Kirli havadaki zararlı maddeler ulaştığı dokularda zarara yol açabilir. Havaya karışmış olan bilhassa toz şeklindeki partiküller ve gazlar, solunum esnasında ilk olarak burun ve boğaz kısmında irritasyona neden olarak ağrı oluşturabilirler.

Aşırı Ses Kullanımı

Yüksek sesle konuşmak, bağırarak, uzun süre devamlı konuşmak sesin kalitesinde bozulmaya, konuşma güçlüklerine ve boğaz ağrısına yol açmaktadır. Bu durum genellikle sesini kullanarak mesleklerini icra eden kişilerde karşımıza çıkmaktadır. Şarkıcılar, spikerler, müezzinler, call-center çalışanları, öğretmenler gibi. Bu durum basit boğaz ağrıları ile başlayarak sesini kötü ya da uzun süre kullanan kişilerde ses tellerinin selim lezyonlarına ve ses telinde kanamalara kadar ilerleyebilmektedir.

Alkol Kullanımı

Alkol kullanımı hem erken dönemde hem de geç dönemde boğaz ağrısına neden olabilmektedir. Özellikle geç dönem kullanımı ağız, boğaz ve larenks kısımlarında tümöral lezyonlar oluşturarak boğaz ağrısı yapar.

Nazal Obstrüksiyon

Nazal obstrüksiyon neticesinde hava alımı oral yoldan olmakta ve yeterince ısınmayan ve nemlenmeyen hava farengal bölgede irritasyona neden olabilmektedir. Nazal patolojiler (nazal septum deviasyonu, konka hipertrofileri, allerjik rinit, sinüzit, nazal tümörler vb) nazal hava yolundan yeterli hava alımını engelleyerek kişide oral yoldan hava alımını zorunlu kılmaktadırlar. Bunların oluşturacağı boğaz ağrısının tedavisi nedene yönelik olmalı semptomatik olmamalıdır.

Aşırı Sıcak Soğuk ve Baharatlı Yiyecekler

Bu tür yiyecek ve içecekler kişiden kişiye değişecek şekilde farengal ve larengeal bölgede irritasyon oluş-

turarak boğaz ağrısı oluşturabilmektedir. Uzun dönem kullanımlarına ise tümöral lezyonlar gelişerek boğaz ağrısı oluşturabilmektedir.

Koroziv Madde

Daha çok yanlışlıkla olsa da bazen intihar amaçlı da koroziv maddeler içilebilmekte ve özellikle bunlar farengal ve larengeal bölgede kalıcı boğaz ağrısı ve yutkunma problemlerine neden olabilmektedir. Bu maddelerin mukozaya teması ile birlikte saniyeler içinde orofarengal ve larengeal bölgede kalıcı bozukluklar oluşabilmekte ve bu da kronik boğaz ağrısına neden olabilmektedir. Bu maddelerin teması geriye döndürülemez hasarlar oluşturabilmektedir.

3. Travma

Boyun ve boğaz kısmını etkileyebilecek her türlü travma boğaz kısmına primer veya sekonder (yansıyan) ağrıya neden olabilecektir. Bundan dolayı muayene sırasında travma öyküsünün sorulması önem arz etmektedir.

4. Tümörler

Ağız, boğaz, dil, orofarenks, larenks, hipofarenks ve nefes borusunun tümörleri her zaman olmasa da, çoğunlukla uzun süreli sigara ve alkol kullanımı ile ilgilidir. Yansıyan boğaz ağrısı ve yutma güçlüğü, böyle bir tümörün belirtisi olabilir. Boğaz ağrısı, çoğunlukla uzun süreli ve hafiftir. Diğer önemli şikayetler, ses bozukluğu, boyunda şişlik, açıklanamayan zayıflama, tükürük veya balgamda kan olmasıdır.

Kaynaklar

1. Bisno AL, Gerber MA, Gwaltney JM, Kaplan EL, Schwartz RH. Diagnosis and management of group streptococcal pharyngitis: a practice guideline. Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 1997;25:574-83.
2. Bisno AL. Acute Pharyngitis. N Engl J Med 2001; 344(3): 205-211.
3. Del Mar CB, Glasziou PP, Spinks AB. Antibiotics for sore throat (Cochrane Review). In The Cochrane Library, Issue 4 2002. Oxford: Update Software
4. Group A streptococcal infections. In: Peter G, editor. 1997 Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases. 24th ed. Elk Grove Village (IL): American Academy of Pediatrics; 1997. p. 483-502.
5. Haines JD Jr. When to resume sports after infectious mononucleosis. How soon is safe? Postgrad Med 1987;81:331-3.
6. Lan AJ, Colford JM Jr. Impact of dosing frequency on the efficacy of 10-day penicillin or amoxicillin therapy for streptococcal tonsillopharyngitis: a meta-analysis. Pediatrics 2000;105:E19.
7. Skolnik NS. Treatment of croup. A critical review. Am J Dis Child 1989;143(9):1045-9.
8. Syed I, Tassone P, Sebire P, Bleach N. Acute management of croup in children, Br J Hosp Med (Lond). 2009 Jan;70(1):M4-6
9. Klassen TP. Croup. A current perspective. Pediatr Clin North Am 1999;46(6):1167-78.
10. Nutman J, Brooks LJ, Deakins KM, Baldesare KK, Witte MK, Reed MD. Racemic versus l-epinephrine aerosol in the treatment of postextubation laryngeal edema: results from a prospective, randomized, double-blind study. Crit Care Med 1994;22(10):1591-4.

11. Cruz MN, Stewart G, Rosenberg N. Use of dexamethasone in the outpatient management of acute laryngotracheitis. *Pediatrics* 1995;96:220-3.
12. Dasaraju PV, Liu C. Infections of the Respiratory System. In: Baron S, editor. *Medical Microbiology*. 4th edition. Galveston (TX): University of Texas Medical Branch at Galveston; 1996. Chapter 93
13. Bank DE, Krug SE. New approaches to upper airway disease. *Emerg Med Clin North Am* 1995;13(2):473-87.
14. Rothrock SG, Pignatiello GA, Howard RM. Radiologic diagnosis of epiglottitis: objective criteria for all ages. *Ann Emerg Med* 1990;19(9):978-82.
15. Riffat F, Jefferson N, Bari N, McGuinness J. Acute supraglottitis in adults. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2011 May;120(5):296-9.
16. Senior BA, Radkowski D, MacArthur C, Sprecher RC, Jones D. Changing patterns in pediatric supraglottitis: a multi-institutional review, 1980 to 1992. *Laryngoscope* 1994;104(11 Pt 1):1314-22.
17. Galazka AM, Robertson SE, Oblapenko GP. Resurgence of diphtheria. *Eur J Epidemiol* 1995;11(1):95-105.
18. Barrow HN, Vastola AP, Wang RC. Adult supraglottitis *Otolaryngol Head Neck Surg* 1993;109:474-7.
19. Carey MJ. Epiglottitis in adults. *Am J Emerg Med* 1996;14(4):421-4.
20. Dworkin JP. Laryngitis: types, causes, and treatments. *Otolaryngol Clin North Am*. 2008 Apr;41(2):419-36, ix. Review.
21. Smith SR, Montgomery LG, Williams JW Jr. Treatment of mild to moderate sinusitis. *Arch Intern Med*. 2012 Mar 26;172(6):510-3.
22. Mandal R, Patel N, Ferguson BJ. Role of antibiotics in sinusitis. *Curr Opin Infect Dis*. 2012 Apr;25(2):183-92. Review.
23. Aring AM, Chan MM. Acute rhinosinusitis in adults. *Am Fam Physician*. 2011 May 1;83(9):1057-63. Review.
24. Wald ER. Acute otitis media and acute bacterial sinusitis. *Clin Infect Dis*. 2011 May;52 Suppl 4:S277-83. Review.
25. Howarth PH. Allergic and non-allergic rhinitis. In Middleton Adkinson NF, Yunginger JW, Busse WW et al. (eds): *Allergy principles and practice Vol II*. 6. ed., Mosby Company; 2003: p.1253-1289.
26. Reisacher WR. Allergy treatment: environmental control strategies. *Otolaryngol Clin North Am*. 2011 Jun;44(3):711-25, x. Epub 2011 May 2.
27. Dubuske LM. Twenty-four-hour duration of effect of intranasal corticosteroids for seasonal allergic rhinitis symptoms: Clinical evidence and relevance. *Am J Rhinol Allergy*. 2012 Jul;26(4):287-92.
28. Ulualp SO, Toohill RJ. Laryngopharyngeal reflux: state of the art diagnosis and treatment. *Otolaryngol Clin North Am* 2000; 33:785-801.
29. Ulualp SO, Toohill RI, Shaker R. Pharyngeal acid reflux events in patients with single and multiple otolaryngologic disorders. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999; 121:725-730.
30. Koufman J, Sataloff RT, Toohill R: Laryngopharyngeal reflux: consensus conference report. *J Voice* 1996; 10:215- 216.
31. Olson NR: Laryngopharyngeal manifestations of gastroesophageal reflux disease. *Otolaryngol Clin North Am* 1991; 24:1201-1213.
32. Graham NM. The epidemiology of acute respiratory infections in children and adults: a global perspective. *Epidemiol Rev*. 1990;12:149-78. Review.