

Grip mi Nezle mi ? Is It a Flu or Cold ?

Yeşim Başal, Ceren Günel

Yrd.Doç.Dr., Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye

Özet

Grip ve nezle birbirinden farklı hastalıklardır. Halk arasında ve hatta sağlık personeli arasında da yanlış olarak birbirlerinin yerine kullanılırlar. Nezle sık görülmesi, iş gücü kaybına ve uygunsuz antibiyotik kullanımına yol açması nedeni ile doğru anlaşılması gereken bir hastalıktır. Grip ise salgınlar yapan, ölümcül olabilen, aşı ile korunması mümkün olan bir hastalıktır. Bu derlemenin amacı nezle ve gripin tanısını doğru olarak koymayı sağlayacak bilgiler vermek ve farklılıklarını anlatmaktır.

Anahtar Sözcükler: Grip, grip aşısı, nezle.

Abstract

Although flu (influenza) and cold (common cold) are different clinical entities; these terms are usually used for describing each other in the population including also the healthcare professionals. The clinical expression of flu and common cold are variable and partly similar due to their viral etiology. Common cold is an important disease because of its frequency, capability of occupational losses and due to it gives rise to false antibiotic utilization. Flu causes influenza epidemics, may kill but it could be prevented by vaccination. In this review, it was aimed that any healthcare professionals could identify the correct diagnosis of flu and cold, and distinguish between each other.

Keywords: Flu, flu vaccine, common cold.

Kabul tarihi: 05 Mayıs 2014

Giriş

Grip ve nezle halk arasında ve sağlık çalışanları arasında sıklıkla birbirlerinin yerine kullanılan farklı hastalıklardır. Literatürde de viral solunum yolları enfeksiyonları için gribal enfeksiyonlar veya grip benzeri viral enfeksiyonlar terimleri kullanılmaktadır. Benzer semptomları olması nedeni ile birbirinden ayırmak her zaman kolay olmayabilir. Bu derlemenin amacı, nezle ve gripin tanısını doğru olarak koymayı sağlayacak bilgiler vermek ve bu iki hastalığın farklılıklarını anlatmaktır.

Nezle

Nezle birden çok virüsün yol açtığı, kişiden kişiye bulaşan, üst solunum yollarını tutan hafif seyirli bölgesel olarak nazofarenjit yapan akut bir hastalıktır. Nezlenin sinonimleri üşütme, soğuk algınlığı, common cold ve coryzadır. Etken erişkinde Rhinovirüs, çocuklarda Parainfluenza ve Respiratuar sinsiyal virus, askeri birliklerde Adeno ve Koksaki A21 suşudur (1,2). Diğer etkenler tablo-1’de gösterilmiştir. Damlacık enfeksiyonu ile veya kontamine yüzeylere temas sonrası ellerin yıkanmadan mukozalara sürülmesi ile bulaşır. Soğuk mevsimlerde daha sıktır. Sigara içenlerde daha sık görülmez fakat ağır seyreder. Bir insan, ömrü boyunca yaklaşık olarak 300 defa nezle olur. Beş yaşın altındaki çocuklar yılda ortalama 8-10 kez üst solunum yolu enfeksiyonu geçirir (3,4).

Virüs Grubu	Antijenik Tip Sayısı	Görülme Sıklığı (%)
Rinovirüsler	100 tip ve 1 subtip	30-40
Koronavirüs	3 veya daha fazla tip	10-15
Parainfluenza virüs	4	5
RSV	2	5
Influenza virus	3	25-30
Adenovirüs	47	5-10
Diğer virüsler (rubeola, rubella, varicella, enterovirüsler vs.)		

Tablo 1. Nezleye neden olan etkenler

İnkübasyon süresi 12-72 saattir. Temel belirtiler; burun akıntısı, burun tıkanıklığı, aksırık, öksürük, boğazda yanmadır. Ateş genelde normaldir. Özellikle infantlar ve küçük çocuklarda subfebril ateş görülebilir. Bazı hastalarda koku ve tat duyusunda kaybolma, kulaklarda dolgunluk, basınç hissi ve ses kısıklığı olabilir. Komplikasyon gelişmezse hastalık kendini sınırlar ve ortalama bir hafta sürer. Adenovirüsler ve Enterovirüsler ek olarak konjunktivit yapabilir. Adenovirüsler, eksudatif tonsillofarenjit yapabilir. Parainfluenza virüs ve RSV çocuklarda pnömoni, krup ve bronşiolit yapabilir (5).

Nezlenin tanısı klinik bulgular ile konur. Serolojik testler ve viral kültürler pratik değildir; bu nedenle sık kullanılmazlar. Nezlenin tedavisinde antibiyotiklerin yeri yoktur. Common cold tedavisi semptomatiktir. Non-steroid antiinflatuarlar ve birinci kuşak antihistami-

nikler, burun akıntısı kesilmez ise dekonjestanlar, boğaz ağrısı fazla ise topikal anestetik pastiller tedavinin esasını oluşturur (6,7).

Kontrollü çalışmalarda C vitamininin semptomatik tedaviye katkısı gösterilmiştir fakat hastalığın önlenmesinde etkinliği gösterilememiştir. D vitaminin viral ve bakteriyel enfeksiyonları önlemede etkin olduğunu gösteren çalışmalar vardır (8).

Nezlenin en önemli komplikasyonları otit ve sinüzittir. Bu komplikasyonlarda en sık saptanan etkenler S. pneumoniae, H. influenzae ve M. catarrhalis'dir. Nezlesi olan hastalara antibiyotik tedavisi vermek oluşabilecek bu komplikasyonları engelleyemez ama hastada antibiyotiğe dirençli suşların oluşumuna neden olabilir. Bu nedenle antibiyotik kullanımının akılcı bir şekilde yapılmalıdır (7,8,9).

Soğuk algınlığının bulaşmasını engellemenin en etkili yolu ellerin sık yıkanmasıdır. Eller gereksiz şekilde sık ağız ve buruna götürülmemelidir. Aksırıp, öksürürken ağız bir mendille kapatılmalıdır. Mendiller tekrar tekrar kullanılmamalıdır. Mutlaka kapalı bir çöp kutusuna atılmalıdır. Kapalı mekanlardan uzak durulmalıdır. Kapalı ortamlardaki viral yük daha fazla olduğu için bulaş riskide fazladır. Bulunduğumuz ortamı havalandırmak havadaki mikrop sayısını azaltır. Hasta insanlar özellikle küçük çocuklardan uzak tutulmalıdır. Tokalaşma sırasında mikroorganizma ile bulaş ihtimalinin öpüşmeye göre birkaç kat daha fazla olduğu ispatlandığı için hasta insanlar ile tokalaşmaktan kaçınılmalıdır.

Grip

Grip, influenza virüsünün neden olduğu ani olarak 39°C üzerinde ateş, şiddetli kas ve eklem ağrıları, halsizlik, bitkinlik, titreme, baş ağrısı ve kuru öksürük gibi belirtiler ile başlayan bir enfeksiyon hastalığıdır (10).

İnfluenza virüsü, Orthomyxoviridae ailesindendir. Üç farklı antijenik tipi vardır: A, B ve C. A; insan, domuz, at, deniz memelileri ve kanatlılarda, B; sadece insanlarda, C; insan ve domuzlarda hastalık yapar. İnsanda salgınlara neden olan tipi İnfluenza A ve B dir. İnfluenza A virüsü, taşıdığı Hemaglutinin (H) ve Neuroaminidase (N) yüzey antijenleri temelinde farklı alt tiplere ayrılırlar. İnfluenza B virüsü ise alt tiplere ayrılmaz. H, solunum epitel hücrelerine bağlanarak virüsün hücreye tutunmasını sağlar. N, solunum epitelindeki müköz tabakasını uzaklaştırarak H'lerin hücreye bağlanmasını kolaylaştırır. H ve N'lere karşı gelişen antikolar koruyucu özelliğindedir (11). İnfluenza A virüsünün önemli bir özelliği de farklı türlere özgü alt grupların, birbirinden genetik materyal alışverişine açık ve farklı bir virüsün oluşmasına

son derece elverişli olmasıdır. Oluşan yeni virüs, insana özgü bir influenza virüsünden gen alırsa, insandan insana bulaşma özelliği de kazanabilir.

Gripte kuluçka süresi 1-4 (ortalama 2) gündür. Bulaştırıcılık, semptomların başlamasından hemen önce başlar ve 5-10 gün sürer (immünsüpresifler ve küçük çocuklarda daha uzun). Bir-iki günlük kuluçka döneminden sonra tablonun birden bire ortaya çıkışı tipiktir. Hasta genellikle hastalığın başladığı saati ifade edebilir. Titremeye yükselen ateş, frontal/retroorbital baş ağrısı, miyalji (en fazla ekstremitelerde ve sırtta), halsizlik, iştahsızlık, gözlerde yanma, fotofobi ve göz hareketleriyle ağrı, kuru öksürük en sık görülen semptomlardır. Başlangıçta hafif, hastalık ilerledikçe ağırlaşan kuru öksürük, öksürüğe bağlı göğüs ağrısı ve dispne ortaya çıkar. Komplikasyon gelişmediği takdirde klinik tablo 3-4 gün sürer. İnfluenza atak oranı erişkinlere göre çocuklarda daha fazladır. Salgınlarda erişkinlerin yaklaşık 10'da 1'i çocukların 3'te 1'i etkilenir. Yüksek ateş, servikal LAP, bulantı ve kusma çocuklardaki influenzanın en sık saptanan bulgularıdır (12,13,14).

Kültür, 2-7 gün içerisinde kesin etkeni üretmeye yarayan bir yöntemdir. PCR ile 1 gün içerisinde sonuç alınabilir, fakat özel donanım gerektirir. IF ile 2-4 saatte sonuç alınabilir, özel ekipman gerektirmesi dezavantajıdır. Antijen arama ile 15 dk - 4 saat gibi kısa sürede sonuç alınabilir fakat bu test virüs tipini göstermez. Virus boğaz sürüntüsünde nazal sürüntüye göre daha fazla bulunur. Hastalık başlangıcı ile boğaz sürüntüsünde viral RNA saptanması arasındaki süre 5,5 gündür (2-15 gün). Çabuk tanı testlerinin duyarlılığı düşüktür (% 36) (14).

Grip ve nezlenin klinik ayrımını yapmak gereklidir. Genel olarak nezle daha lokal bulgular verirken grip daha sistematik bulgulara sahiptir. Nezlede ateş nadir izlenir, baş ağrısı, genel ağrı ve sızı, yorgunluk nadir izlenirken, gripte 38-39° ateş mevcuttur, baş ve vücut ağrısı sürekli, yorgunluk haftalarca devam edebilir. Nezlede tıkalı burun, hapşıрма ve boğaz ağrısı genelde eşlik ederken bu bulgular gripte az sıklıkla bulunur. Nezle sinüzit, kulakta dolgunluk, kulak ağrısı gibi lokal komplikasyonlara yol açarken, grip daha sıklıkla bronşit, pnömöni gibi daha ağır komplikasyonlara yol açar. Gribi engellemek için aşılar ve antiviral ilaçlar kullanılabilir.

Grip, sanayide üretim azalmasına, eğitim, sağlık, polis ve askeri hizmetlerin aksamasına, bağışıklık sistemini baskılayarak bakteriyel enfeksiyonların oluşmasına zemin hazırlamasına, predispoze faktörü olan kişilerde ölümlere neden olmasına, gereksiz antibiyotik kullanımına ve dirençli suşların oluşmasına, dolayısıyla ciddi maddi ve manevi kayıplara neden olduğu için önemlidir. Ayrıca komplikasyonları, hospitalizasyon gerektirebilir-

mesi ve ölüme sebep olabilmesi nedeni ile de önemlidir. 50 yaş üzeri, diyabetikler, astım hastaları, kronik akciğer hastalığı olanlar, kalp-damar hastaları, kronik kan hastaları, kanser, organ nakli yapılanlar, bağışıklık sistemini baskılayan ilaç kullananlar, huzurevi sakinleri gribe bağlı yaşamsal riski yüksek olan gruplardır (12,15,16).

En sık komplikasyonları akciğere ait olanlardır. Primer viral pnömoni tablosu tipik influenza olarak başlar fakat öksürük, dispne ve siyanoz giderek ağırlaşır. Mortalite çok yüksektir. Sekonder bakteriyel pnömoni ise influenza bulguları geriledikten sonra yeniden ateş yükselmesi ile ortaya çıkar. Mortalitesi primer viral pnömoniden daha düşüktür. Bunların dışında myokardit, perikardit ve kalp tamponadı gelişebilir, Gullian-Barret sendromu, transvers myelit, ensefalit, polinörit, miyozit, parotit, otit, sinüzit tablosu oluşabilir. Reye's sendromu influenza B'de salisilat kullanımı ile ortaya çıkabilir. Özellikle çocuklarda febril konvülsiyon gelişebilir. Ciddi lenfopeni daha çok immün yetmezlikli olgularla yaşlılarda oportunist enfeksiyonlarla karakterize olarak saptanabilir.

Gripte aşılama çok önemlidir. İnfluenza aşı tipleri inaktif ve canlı olabilir. Bu iki aşının karşılaştırılması Tablo 2'de gösterilmiştir (17,18,19). İnaktif aşılar 6 aylık ve büyük tüm çocuklar ile erişkinlerde uygulanabilirken; canlı aşılar 5 yaş altı ve 50 yaş üzerinde yapılmaz. İnaktif aşılar 6 ay - 3 yaş arasında iki doz arası bir ay olacak şekilde 0,25 ml.lik iki doz şeklinde yapılmalı; 3-8 yaş arası 0,5 ml.lik iki doz şeklinde, 8 yaş üzeri 0,5 ml.lik tek doz şeklinde yapılmalıdır. Canlı aşılar ise 5-8 yaş arası çocuklarda 0,5 ml.lik iki doz şeklinde, 8 yaşından büyük çocuklarda ve 50 yaşından küçük bireylerde 0,5 ml.lik tek doz şeklinde yapılmalıdır. Virüste sürekli antijenik değişimler yaşandığı için her yıl yeni aşı üretilmektedir ve her yıl eylül-aralık ayları arasında aşı yapılması gerekir. Aşılar trivalandır (2 tane tip A, 1 tane tip B) ve içerikleri her yıl değişmektedir.

	İnaktif	Canlı
Kullanım yolu	IM enjeksiyon	İN sprey
Kullanılabilecek bireyler	>6 ay tüm bireyler	5-50 yaş arası sağlıklı bireyler
Gebeler	Kullanabilir	Kullanamaz
Immunsuprese bireyler	Kullanabilir	Kullanamaz
Canlı aşılarla birlikte	Kullanılabilir	Kullanılamaz
Ortalama etkinlik	%71	%85
Yan etkiler	Lokal reaksiyonlar ateş, halsizlik, miyalji, alerjik reaksiyonlar	Nazal konjesyon, ateş, boğaz ağrısı, kas ve karın ağrıları
Maliyet	Canlı aşılar üç kat fazla	

Tablo 2. Gripte kullanılan inaktif ve canlı aşının karşılaştırılması. IM: intramuskuler, İN: intranazal

Aşılama gereken grup, immün yetmezlik, HIV enfeksiyonu, hemoglobinopatiler, diyabet, kronik böbrek yetmezliği, kronik metabolik hastalık, gebeler, 65 yaş üzeri, 6-23 aylık çocuklar, uzun süre aspirin tedavisi alanlar, bakım evlerinde yaşayanlar, kronik pulmoner hastalıkları olanlardır. Bu gruba mutlaka aşı önerilmelidir (17).

Risk altındaki aşısız hastalar, geç aşılanmışlar, aşıya bağlı antikorlar oluşana dek (yaklaşık 2 hafta), aşı içeriğindeki suşların o yılki salgın suşu ile örtüşmemesi durumu, aşılanmış fakat yüksek risk taşıyan hastalarda destekleyici olarak yada aşılama yapılamadığı durumda kemoproflaksi endikasyonu mevcuttur. Destek tedavisi olarak yatak istirahati (2-4 gün) önerilir, ateşi düşürmek için parasetamol kullanılır. Profilaktik antibiyotik kullanımı yararsız, hatta dirençli suş oranını arttırdığı için zararlıdır. Tedavi ve koruma amaçlı antiviraller kullanılabilir. Tedaviye ilk 48 saatte başlanmalıdır. İnfluenza A tedavisinde Amantadin ve Rimantadin 2x100 mg peroral, İnfluenza A ve B tedavisinde ise Zanamivir 2x10 mg solunum yolu ile ve Oseltamivir 2x75 mg peroral olarak kullanılmaktadır. Kemoproflakside ise Oseltamivir 1x75 mg olarak kullanılır (18).

Tonsillofarenjitli hastalarda antibiyotik kullanımı önemli bir konudur. Viral tonsillofarenjit kendiliğinden iyileşir, tedavide ağrı kesiciler ve ateş düşürücüler yeterli olup, antibiyotik yeri yoktur. Viral değilse hemen hepsinde etken A grubu beta hemolitik streptokoktur ve antibiyotikle tedavi gerektirir. Boğaz ağrısı ile gelen hastada Tablo 3'de gösterilen Centor kriterlerine göre yapılan yaklaşım akılcı antibiyotik kullanımı için gereklidir. Hastanın klinik puanı 1-2 ise semptomatik tedavi verilmelidir, AGBHS enfeksiyon riski <%10'dur. Klinik puanı 3 ise boğaz kültürü alınmalı ve sonuca göre antibiyotik verilmelidir, AGBHS enfeksiyon riski %32'dir. Klinik puanı >3 ise ampirik antibiyotik tedavisi başlanır ve boğaz kültürü alınır, AGBHS enfeksiyon riski %56'dır; kültür negatif ise tedavi sonlandırılır (20).

KLİNİK	PUAN
Ateş>38	1
Öksürük olmaması	1
Hassas ön servikal LAP	1
Tonsil hipertrofisi veya exuda	1
Yaş 3-14	1
Yaş 15-44	0
Yaş > 45	-1

Tablo 3. Tonsillofarenjitte Centor Kriterleri

Sonuç

Grip ve nezle her ikisi de viral hastalık olup, keskin sınırlarla birbirinden tam olarak ayırmak zor olup farklı klinik tablolara sahiptirler. Bu nedenle ortak özellikleri viral nedenli olmaları nedeniyle aynı semptomatik tedavinin verilebilecek olmasıdır. Tedavide antibiyotiklerin yeri yoktur. Grippe daha ciddi olmak üzere, her iki hastalığın da komplikasyonlara neden olabileceği hatırlanmalıdır ve bu nedenle iyi takip edilmelidir. Her iki durumda da bakteriyel süper enfeksiyonların eklenmesi klinik tabloyu daha karmaşık hale getirebilmektedir. Bu durumlarda alınan viral ve bakteriyel kültür ya da serolojik testlerle kesin tanı konulabilmektedir. Nezlenin profilaksisinde kullanılabilecek bir tedavi yöntemi yok iken, grip için aşılar kullanılabileceği bilinmelidir. Nezle ve grip hastalıklarının iyi bilinmesi doğru tedavi edilmesine, profilaksi ile grip sıklığının azaltılmasına, yanlış antibiyotik kullanımının önlenmesine ve daha az komplikasyon ile karşılaşılmasına neden olacaktır.

Kaynaklar

1. Juozapaitis M, Antoniukas L. Influenza virus. *Medicina* 2007;43:919-29.
2. Blanco DVA, Eiros BJM, Mayo IA, Bachillar MR, Blanco DVB, Sanchez PA and et al. Respiratory Syncytial Virus infection: a decade of contributions. *Infez Med* 2012;20(3):169-75.
3. Önerci M. Soğuk algınlığı ve grip. Kulak Burun Boğaz Baş Boyun Cerrahisi Hastalıkları. Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi. 2007; 71-4.
4. Lynch JS. Cold or flu. *Lippincotts Prim Care Pract*. 2000;4:544-5.
5. Khamis FA, Al-Kobaisi MF, Al-Areimi WS, Al-Kindi H, Al-Zakwani I. Epidemiology of respiratory virus infections among infants and young children admitted to hospital in Oman. *J Med Virol* 2012;84(8):1323-9.
6. Greenberg SB. Rhinovirus and coronavirus infections. *Semin Respir Crit Care Med* 2007;28:182-92.
7. Harnden A, Perera R, Brueggemann AB, Mayon-White R, Crook DW, Thomson A, Mant D. Respiratory infections for which general practitioners consider prescribing an antibiotic: a prospective study. *Arch Dis Child* 2007;92(7):594-7.
8. Grant WB, Goldstein M, Mascitelli L. Ample evidence exists from human studies that vitamin D reduces the

- risk of selected bacterial and viral infections. *2010;235(12):1395-6.*
9. Linder JA. Vitamin D and the cure for the common cold. *JAMA* 2012;3(13):1375-6.
10. Pappas DE, Hendley JO, Hayden FG, Winther B. Symptom Profile of Common Colds in School-Aged Children. *Pediatr Infect Dis J* 2008;27:8-11.
11. Hu W, Chen A, Miao Y, Xia S, Ling Z, Xu K and et al. Fully human broadly neutralizing monoclonal antibodies against influenza A viruses generated from the memory B cells of a 2009 pandemic H1N1 influenza vaccine recipient. *Virology* 2012;1:S0042-6822.
12. Brydak LB. Influenza-old medical problem. *Przegl Epidemiol* 2006;6:23-7.
13. Carter RW, Sanford JC. A new look at an old virus: patterns of mutation accumulation in the human H1N1 influenza virus since 1918. *Theor Biol Med Model* 2012;9(1):42.
14. Chan KH, Chan KM, Ho YL, Lam YP, Tong HL, Poon LL and et al. Quantitative analysis of four rapid antigen assays for detection of pandemic H1N1 2009 compared with seasonal H1N1 and H3N2 influenza A viruses on nasopharyngeal aspirates from patients with influenza. *J Virol Methods* 2012;7(186):184-8.
15. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Update: influenza activity - United States and worldwide 2012;61:785-9.
16. Seo YB, Hong KW, Kim IS, Choi WS, Baek JH, Lee Jand et al. Effectiveness of the influenza vaccine at preventing hospitalization due to acute lower respiratory infection and exacerbation of chronic cardiopulmonary disease in Korea during 2010-2011. *Vaccine* 2012;18(12):1470-3.
17. Mannino S, Villa M, Apolone G, Weiss NS, Groth N, Aquino I and et al. Effectiveness of adjuvanted influenza vaccination in elderly subjects in northern Italy. *Am J Epidemiol* 2012;176(6):527-33.
18. Barik S. New treatments for influenza. *BMC Med* 2012;10(1):104.
19. Ng AN, Lai CK. Effectiveness of seasonal influenza vaccination in healthcare workers: a systematic review. *J Hosp Infec* 2011;79(4):279-86.
20. Fine AM, Nizet V, Mandl KD. Improved diagnostic accuracy of group A streptococcal pharyngitis with use of real-time biosurveillance. *Ann Intern Med* 2011;155(6):345-52.

İletişim

Yrd.Doç.Dr. Yeşim Başal

Adnan Menderes Üniversitesi

Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı

Merkez, Aydın, Türkiye

Tel: +90.532.400101

e-mail: yesimdurgun@gmail.com