

## Hıçkırık, Disfaji ve Dispepsi

Uzm. Dr. Gül ATALAY\*, Doç. Dr. N. Serdar TURHAL\*

### HIÇKIRIK

#### Tanım

Hıçkırık, inspiratuvar kasların (diyafram) isteği-miz dışında kasılmasını takiben ani olarak glotis-in kapanmasıdır. En sık rastlanılan sebebi gastrik distansiyon ve diyaframın irritasyonudur (Tablo 1).

Ani ısı değişikliği, alkol alımı, fazla sigara içme, heyecanlanmak da hıçkırık neden olabilir.

#### Değerlendirme ve Tedavi

Eğer ara sıra oluyor ve kısa süreli ise genellikle ilaç kullanmaya gerek kalmadan basit evde de yapılabilecek işlemlerle hıçkırık atağı sonlandırılabilir. Bir nazogastrik tüple farenksi uyararak, dış kulak meatusuna masaj yaparak ve hapşırarak farenks ya da vagal stimülasyon yapılması atağı sonlandırabilir. Karbondioksit basıncını (pCO<sub>2</sub>) artırarak da, örneğin nefesi tutarak ya da bir torbanın içine nefes alıp vererek atak sonlandırılabilir. Naneli içecekler alarak, gerekirse bir nazogastrik tüp takarak gastrik distansiyon azaltılabilir ve atak sonlandırılabilir.

İnatçı ve uzun süren hıçkırık oluyorsa hastanın bir akciğer filmi ve serum kreatinini istenmelidir. İnatçı ve uzun süren hıçkırık ataklarının sona erdirilmesi için klorpromazin ağızdan veya intravenöz toplam 25-50 mg 6 saatte bir verilebilir. Bu doz ile hafif sedasyon ve postural hipotansiyon gelişebilir. Metoklopramid gastrik distansiyonda etkilidir. Sisaprid kardiyak aritmi yan etkileri nedeni ile artık kullanılmamaktadır. Baklofen ve nifedipin de yarar sağlayabilir.

Son dönem kanser hastasında problem yaratan hıçkırık için gastrik distansiyonu azaltmak hem hastanın rahatlmasını sağlar hem de atağı durdurabilir. Bunlara rağmen hıçkırık devam ederse klorpromazin ile tedavi edilmelidir.

Bir kez hıçkırığı durdurduktan sonra gelişmesi muhtemel sonraki atakları önlemek için altta yatan hastalığın tedavi edilmesi önemlidir. Bunun dışında gastrik distansiyon için yukarıda sayılan tedavi şekillerine ek olarak hastanın ve hastalığı-

**Tablo 1.** Hıçkırık nedenleri.

1. Diyafragma irritasyonu  
Tümöre bağlı  
İnflamasyon ya da enfeksiyona bağlı (ampiyem, ploredezis, subfrenik apse vb.)  
Hepatomegali, asit
2. Gastrik distansiyon veya obstrüksiyon  
Gastrik tümör
3. Özefajit
4. Frenik sinir irritasyonu  
Mediastinal tümör
5. İntrakranial hastalık  
Serebral veya meduller tümör
6. Metabolik  
Üremi
7. İlaçlar  
Barbitüratlar ve sedatifler  
Genel anestezi sonrası
8. Psikojenik faktörler
9. Diğer

\* Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, İSTANBUL

nın durumuna göre cerrahi müdahale düşünülebilir. İntrakranial bir patolojiye bağlı olan hıçkırığın önlenmesinde fenitoin ve karbamazepin kullanılabilir. Klorpromazin 10-15 mg 6 saate bir ağızdan verilerek gelişebilecek ataklar farmakolojik olarak önlenebilir.

## DİSFAJİ

### Tanım

Disfaji yutkunma sırasında güçlük duymaya (gıdaların takılmasına) verilen addır. Yutkunmanın ağız içinde (bukkal), farenkste (farengeal) ve yutakta (özefageal) olmak üzere üç fazı vardır.

Bukkal fazda alınan gıdalar istemli olarak farenkse doğru dil ve damak vasıtası ile itilir. Bu fazda meydana gelen bir patoloji gıdaların çoğu zaman ağızdan salya gelmesinin de eşlik ettiği, ağız içinde birikmesine neden olur. Ağız kuruluğu, ağız içinde tıkanıklığa neden olan bir tümör, infeksiyon, radyasyon tedavisi veya kemoterapiye ikincil gelişen bir stomatit ya da cerrahi, kranial sinir felci, serebral-beyin sapı lezyonları ve genel düşüklük hali nedeni ile gelişen nöromusküler fonksiyon bozukluğu bu fazda disfajiye neden olabilir.

İkinci fazda yutkunma refleksi ile glottis kapanır. Bu fazda meydana gelebilecek bir patoloji gıdaların boğazda takılı kaldığı hissini verir ve yutkunmaya çalışmak öksürme ve regürjitasyon ile sonuçlanır. Farenkse içten ya da dıştan bası yapan bir tümör, infeksiyon ya da radyasyona bağlı farenjit, radyasyon tedavisine bağlı gelişen fibrozis ve stirikür (darlık), serebral-beyin sapı lezyonları, cerrahi komplikasyona bağlı veya kranial sinir felci nedeni ile olan nöromusküler fonksiyon bozukluğu bu fazda disfajiye neden olabilecek sebepler arasındadır.

Üçüncü fazda gıdalar refleks peristaltizm ile yutaktan aşağı inerler. Yutaktaki patolojiye bağlı meydana gelen disfajilerde hasta sternumun arkasında bir yerde gıdaların takılı kaldığını ifade eder. Yutağa içten ya da dıştan bası yapan bir tümör, infeksiyon ya da radyasyona bağlı farenjit, reflü, radyasyon tedavisine bağlı gelişen fibrozis ve stirikür (darlık), cerrahi mural pleksus infiltrasyonu veya anksiyeteye bağlı gelişen nöromusküler fonksiyon bozukluğu bu fazda disfajiye neden olur.

Genel bir kural olarak tümöre bağlı gelişen disfaji katı gıdalar için daha belirgindir. Nöromusküler fonksiyon bozukluğuna bağlı gelişen disfaji hem katı hem de sıvı gıdalar için eşit derecededir.

### Değerlendirme

Fizik muayenede kranial sinir fonksiyonları ve orofarenksin tümör, stomatit veya infeksiyon açısından kontrol edilmesi gereklidir. Dilue baryum solüsyonu içirilerek yutkunma radyolojik olarak görüntülenebilir. Yutak fazına ilişkin disfajisi olabileceği düşünülen hastalar için bir akciğer grafisi ve toraks tomografisi mediastinal hastalığı değerlendirmek için gerekir. Endoskopi ile de patolojinin lümenine mi ait yoksa ekstrinsik mi olduğuna dair bilgi edinilir.

### Tedavi

Orofarenkse ait bir patolojiye bağlı disfajisi olan hastalara öncelikle bir beslenme eğitimi verilmelidir. Bu beslenme eğitimi içinde oturur pozisyonda yutmanın daha kolay olacağı ve aspirasyonun önlenilebileceği, küçük porsiyonlar halinde yumuşak gıdaları bir sıvı ile ıslatarak alınması gerektiği hastaya anlatılır. Tam tıkanıklık olan hastaların ağızda biriken sekresyonlar aspirasyona neden olabileceğinden bu hastalarda sekresyonları azaltmak için antikolinergik ilaçlar verilebilir.

Orofarenkse ait bir patolojiye bağlı ciddi disfajisi olan hastaların beslenebilmek için alternatif bir yola ihtiyacı olabilir. Lokal anestezi altında endoskopik olarak perkütan gastrostomi tüpü yerleştirilmesi tercih edilmelidir. Komplikasyonu az olan bir yöntemdir ancak asiti, peptik ülseri ve kanama diatezi olan hastalar için uygun değildir.

Tümöre bağlı özefagus tıkanıklıklarında geçici bir süre steroidlerin kullanılması uygun olabilir veya radyoterapi düşünülebilir. Eğer teknik olarak yapılabilirse intrinsik tümörler için endoskopik lazer ile rezeksiyon seçilecek tedavi olmalıdır. Bu yöntem ile hem disfaji hemen geçer hem de klinik olarak gerektiğinde tekrarlanabilme avantajı vardır. Radyoterapi sonrasında ise disfaji bir ya da birkaç haftada geçer.

Endoskopik olarak ya da üst abdomenden bir insizyonla özefagusa tüp ya da stent yerleştirilebilir. Üst abdomen kesisi ile daha büyük tüp yerleştirildiği gibi aynı zamanda bu tüpün yerinden oynaması olasılığı da daha azdır. Tüp yerleştirile-

rek disfaji önlenir ama hastanın gastroözefageal reflüye ait şikayetleri gelişir. İşlem sonrası hastanın diyeti önce sıvı gıdaları içermeli birer haftalık denemelerle katı gıdalara geçilmelidir. Hastalar sık aralıklı küçük miktarlarda yemek yemelidir ve tüpü tıkayacak nitelikte yapışkan ve tıkaç seklinde (taze ekmekek gibi) yiyeceklerden kaçınmalıdır. Eğer tıkanıklık olursa sıvı alarak, fiziksel hareketlerle hasta bu sorunu çözebilir ya da gerekirse endoskop ile müdahale edilebilir.

Son dönem kanser hastasında görülen orofarengeal disfajide diyet eğitimi verilerek konservatif yaklaşılmalıdır. Özefagusta tam tıkanıklık söz konusu ise bir özefagus tüpü yerleştirilerek sekresyonların yutulması sağlanabilir ve böylelikle hastanın yaşam kalitesi artırılabilir. Üstelik bu işlem son derece basittir.

## DİSPEPSİ

### Tanım

Hazımsızlık hastalar tarafından yemeklerle ilişkili bir grup semptomu anlatmak için kullanılan spesifik olmayan bir yakınmadır. Pekçok kişi için epigastrik hassasiyet, dolgunluk, ağrı, rahatsızlık anlamına gelirken bazıları için karında şişkinlik, gaz çıkarma, geğirme anlamına gelebilir. Bulantı ve reflüye bağlı şikayetleri de içerebilir.

### Değerlendirme

Midenin hacminde küçülmeye neden olan veya gıda alınca distansiyonunu engelleyen patolojiler erken doyumluk ve epigastrik hassasiyete neden olurlar. Buna kusma ve reflüye ait semptomlar da eşlik edebilir. Parsiyel gastrektomi veya vagotomi geçiren hastalarda mideden gıdaların hızlı geçişi ile karakterize dumping sendromunda da epigastrik hassasiyet, dolgunluk bulantı ve diyare gibi semptomlara yorgunluk, bayılma ve terleme gibi vazomotor semptomlar da eşlik eder.

Tarif edilen rahatsızlığın özellikleri ve oluşturduğu klinik tablo genellikle muhtemel tanıyı işaret etse de sıklıkla endoskopik tanı gerekmektedir.

Kanserli hastalarda dispepsi nedenleri Tablo 2'de özetlenmiştir.

### Tedavi

Dispepsinin tedavisinde hastanın şikayetlerini geçirilmesi, eğer varsa sorumlu olabilecek ilaçlar-

**Tablo 2.** Kanserli hastalarda dispepsi nedenleri.

#### 1. Özefagusa ait nedenler:

Özefajit

#### 2. Mideye ait nedenler:

Mide kanseri

Gastrit: Radyoterapi, kemoterapi, alkol ve ilaçlara bağlı

Peptik ülser: Aspirin, NSAID, alkole bağlı

Küçük mide sendromu: Gastrektomi, linitis plastica

Gastrik kompresyon sendromu: Hepatomegali, splenomegali, asit

Gastrik çıkış obstrüksiyonu: Tümör peptik ülser, opioid ilaçlar

Dumping sendromu

Aerofaji, anksiyete, farenks patolojileri

#### 3. Pankreasa ait nedenler:

Pankreatit

Pankreas kanseri

#### 4. Biliyer sisteme ait nedenler

Taşlı kolesistit

Kanser

dan kaçınılması ve en önemlisi altta yatan patolojinin giderilmesi hedeflenir.

Dispepside kullanılan ilaç grupları şunlardır.

**1. Antasitler:** Gastrik asitin nötralizasyonunu ile semptomatik iyilik sağlarlar. Alüminyum hidroksit'in konstipasyon, magnezyum tuzlarının diyare, sodyum bikarbonatın sodyum yükünü artırıcı ve metabolik alkaloz, kalsiyumkarbonatın ise konstipasyon yan etkileri vardır.

**2. Mukoza koruyucuları (sukralfat):** Mukoza üzerinde koruyucu bir tabaka oluşturur ve ülser iyileşmesinde olumlu etkisi vardır. Antasitlerden en az yarım saat sonra, H<sub>2</sub> reseptör antagonistlerinden 2 saat sonra alınmalıdır.

**3. H<sub>2</sub> reseptör antagonistleri (ranitidin, famotidin vb.):** Gastrik asit üretimini azaltarak ülser iyileşmesine yol açarlar. Hepatik enzimleri yükseltebilirler ve pekçok ilaçla etkileşimleri vardır.

**4. Asit pompası inhibitörleri (omeprazol, lansoprazol):** Gastrik asit sekresyonunu önler-

ler. Yan etkileri olarak hafif bulantı ve diyare yapabilirler.

**5. Prostaglandin analogları (mizoprostol):** Gastrik asit sekresyonunu inhibe eder ve mukozal bariyeri güçlendirirler. Yan etki olarak diyare yapabilir.

**6. Gastrokinetik ajanlar (metoklopramid, sisaprid):** Gastrik boşalmayı sağlarlar. Sedasyon, ekstrapiramidal etkiler ve diyare gibi yan etkileri vardır. Sisaprid ciddi kardiyak yan etkileri nedeni ile kullanılmamaktadır.

Gastrik restriksiyona bağlı sendromlarda tedavi semptomatiktir. Sık ve küçük miktarlarda gıda alımı önerilir. Antiflatulent olarak simetikon içeren antasitler verilebilir. Gastrik staza ve çıkış obstrüksiyonuna yol açan ilaçlardan kaçınılmalıdır. Opioid analjeziklere bağlı obstrüksiyonlarda gastrokinetik ajanlar etkili olur.

Peptik ülseri gelişen hastalarda ilk olarak H<sub>2</sub> reseptör antagonistleri denenmeli, eğer fayda sağlanamazsa asit pompa inhibitörleri kullanılmalıdır. Nonsteroidal antiinflamatuvar ilaçlar (NSAID)

kullanan hastalarda asit pompa inhibitörleri ve misoprostol daha etkili bir tedavidir. Peptik ülser; kanama, obstrüksiyon ve perforasyon komplikasyonları gelişmedikçe medikal tedavi kullanılmalıdır. NSAID ve aspirin kullanan hastalara profilaktik tedavi verilmelidir. Bu anlamda antasitler etkisiz kalır fakat H<sub>2</sub> reseptör antagonistleri veya misoprostol duodenal ülser insidansını azaltabilir, asit pompa inhibitörleri ve misoprostol gastrik ülselerleri de önleyebilir. Uzun yaşam beklentisi olan ve *Helicobacter pylori* infeksiyonu olan hastalarda eradikasyon tedavisi verilmelidir.

Son dönem kanser hastalarında semptom kontrolü için antasitlerle devam edilebilir. Antasitlerle geçmeyen ağrılar için H<sub>2</sub> reseptör antagonistleri ve opioidler kullanılabilir.

#### KAYNAKLAR

1. Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ, et al. Harrison's Principles of Internal Medicine. 14<sup>th</sup> ed. New York: Mc Graw Hill 1998: 228-30.
2. Symptom Control in Advanced Cancer. Woodruff R. Melbourne, Asperula Pty Ltd 1997: 21-8.
3. Problem Oriented Medical Diagnosis. 4<sup>th</sup> ed. Friedman HH. Boston: Little, Brown and Company 1987:171-88.