

Dispepsiye Yaklaşım Dyspepsia Approach

Öz

Dispepsigenel toplumda en sık doktora başvuru nedenleri arasında ön sırada yer alır. Bir hastalık olmayıp, Roma III kriterlerine göre; yemek sonrası şişkinlik (postprandial-distress sendromu), erken doyma, epigastrik ağrı veya yanma (epigastrik ağrı sendromu) durumlarından en az birini içeren semptom veya semptomlar bütünüdür. Dispepsiye doğru yaklaşım hem hasta sağlığı açısından hem de ülke ekonomisine ciddi katkı sağlayabilir. Bu nedenle, dispepsi hastalarında değerlendirmeye başlarken alarm semptom ve bulgularını değerlendirip yol haritasının bu değerlendirme sonuçlarına göre çizilmesi basit ancak çok önemli bir adımdır.

Abstract

Dyspepsia is one of the most common causes to consult a doctor in general population. It is not a disease, it is a symptom complex. According to Roma III criteria, dyspepsia includes at least one of the findings of early satiety, postprandial fullness and epigastric pain. Right approach to dyspepsia is important for both patient health and national economy. For this reason, it is easy and important to begin evaluating patients' alarm symptoms and findings and then draw a road map according to these assessment results.

Dispepsi

Dispepsi farklı patofizyolojik nedenlerle ortaya çıkan heterojen bir semptomlar kompleksinin adıdır. Bir hastalık olarak algılanmamalıdır. Kelime anlamı “dys+pepsia=zor sindirim” olarak tanımlanır. Dispepsi sıklığı toplumlara ve sosyoekonomik yapıya bağlı olarak farklılık gösterir. Türkiye’de 32 ilin katıldığı ve birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran hastalar arasında yapılan anket çalışmasında; doktora herhangi bir gastrointestinal sistem şikayeti ile başvuran hastalar arasında dispepsi sıklığı %68.5 iken, gastrointestinal sistem dışı şikayetler ile doktora gelen hastalar arasında dispepsi sıklığı %28 olarak bildirilmiştir (1). Dispepsi, genel popülasyonda sık görülmesine karşın (görülme sıklığı ortalama %25 olarak bildirilmiştir) (2), klinik tanım ve kapsamını belirlemede halen zorluklar yaşanmaktadır. Şişkinlik, epigastrik yanma, erken doyma, geirtili, bulantı gibi birçok semptom dispepsi içinde tanımlansa da, 2006 yılında yayınlanan Roma III kriterlerine göre ortaya konan dispepsi tanımı; yemek sonrası şişkinlik (postprandial distress sendromu), erken doyma, epigastrik ağrı veya yanma (epigastrik ağrı sendromu) durumlarından en az birini içeren semptom veya semptomlar bütünüdür (tablo 1). Bu semptomlar dışında kalan epigastrik bölgedeki semptomlar ise yandaş semptomlar olarak tanımlanır. Bu semptomlarla doktora başvuran hastada yapılan incelemeler sonucunda şi-

Dr. Hakan Ümit ÜNAL,
Memorila Hizmet Hastanesi
Gastroenteroloji

Yazışma Adresleri /Address for Correspondence:

Memorial Hizmet Hastanesi
Bahçelievler Mahallesi Güneş Sk.
No:4 Bahçelievler/İstanbul

Tel/phone: +90 212 408 66 66
E-mail:hakan75unal@yahoo.com

Anahtar Kelimeler:

Dispepsi, fonksiyonel dispepsi, dispepsiye yaklaşım

Keywords:

Dyspepsia, functional dyspepsia, management of dyspepsia

Geliş Tarihi - Received
07/01/2017
Kabul Tarihi - Accepted
09/01/2017

Tablo 1. Dispepsi Kapsamı (Roma III)

Epigastrik ağrı (Epigastrik ağrı sendromu)
Yemek sonrası şişkinlik (postprandial distress sendromu)
Erken doyma

kayetleri açıklayabilecek organik bir neden bulunabilirse “organik dispepsi” bulunamaz ise “fonksiyonel dispepsi” olarak tanımlanır. Dispepsi hastalarının sadece %25 inde şikayetleri açıklayabilecek organik bir patoloji saptanabilmektedir. Hastaların %75 de tanısız değerlendirme sonucunda herhangi bir organik patoloji saptanamaz (tablo 2).

Değerlendirme

Hastanın değerlendirilmesinde en önemli amaç dispepsiye neden olabilecek olası organik nedenleri ve gastroözofajial malignansileri erken saptayabilmektir. Bu amaçla alarm semptom ve bulgularının sorgulanması ve değerlendirilmesi önemlidir (tablo 3). Tüm hasta yaklaşımlarında olduğu gibi anamnez başlangıç rotamızı belirleyen önemli bir basamaktır. Hastanın yaşı, kilo kaybı, gastrointestinal kanama öyküsü, disfaji varlığı, kullanılan ilaçlar, eşlik eden hastalıklar, ailede gastrointestinal sistem kanser varlığı vb. sorgulamaların yapılması doğru ve planlı bir şekilde hastaya yaklaşımın temel adımlarını oluşturacaktır. Örneğin, ağrı karakterinin sorgulanması semptomatik safra taşlarının dispepsi ile ayırımında çoğunlukla yeterli ve etkin bir yöntemdir.

Fizik muayene, dispepsi olan hastalarda epigastrik hassasiyet dışında genellikle normaldir. Carnett işaretinin bakılması karın ağrısının karın ön duvarından mı yoksa visseral organlarda mı kaynaklandığını gösteren değerli bir fizik muayene yöntemidir. Carnett işareti, karın ağrısı olan bir hastada rektus kaslarının kasılması ile var olan ağrının artmasıdır. Carnett işaretinin pozitif olması tarif edilen ağrının karın ön duvarından kaynaklı olma ihtimalini artırır. Bunun

Tablo 2. Fonksiyonel ve organik dispepsi kavramları

Organik dispepsi: Dispepsi etyolojisine yönelik yapılan araştırmalarda hastanın şikayetlerini açıklayabilecek bulgular saptanması durumudur.

Organik Dispepsi Nedenleri:

Peptik ülser

Gastro-özofajial reflü

Mide-özofagus kanserleri

Pankreas ve biliyer sistem hastalıkları

Enfeksiyonlar

İlaçlar

Gıda intoleransı

Fonksiyonel dispepsi: Dispepsi etyolojisine yönelik yapılan araştırmalarda hastanın şikayetlerini açıklayabilecek organik bir neden bulunmaması durumudur.

Tablo 3. Alarm Semptom ve Bulguları

55 yaş üzerinde yeni başlayan dispepsi
Ailede üst gastrointestinal sistem kanser öyküsü
İstemsiz kilo kaybı
Gastrointestinal kanama
Progresif disfaji
Odinofaji
Demir eksikliği
Kusma
Palpe edilebilen abdominal kitle ya da lenfadenopati
Sarılık

dışında palpe edilebilen abdominal kitle, periferik lenfadenopati, sarılık, solukluk, asit ve abdominal üfürümler, Murph işareti ağrı kaynağı ve dispepsi ayırıcı tanısı konusunda fikir verir.

Dispepsi değerlendirmesinde başlangıç aşamasında rutin kan sayımı, karaciğer fonksiyon testleri, kan şekeri, tiroid fonksiyon testleri, serum elektrolitleri istenmelidir. Bu şekilde anemi ve bazı metabolik hastalıklar (diyabet, hiperkalsemi, tiroid hastalıkları) tanısız açıdan değerlendirilebilir.

Tanısal yaklaşım

Hastaya tanısal yaklaşımda göz önünde bulundurulacak en önemli kriter alam semptom ve bulgularının olup olmadığıdır. Bunun dışında hastanın kullandığı ilaçlar, bölgesel olarak Helicobakter pylori prevalansı hasta yaklaşımımızı yönlendiren diğer faktörlerdir. Alarm semptom/bulgusu varlığında veya 55 yaş üzeri hastada yeni başlamış bir dispepsi değerlendirmesi endoskopik olarak yapılmalıdır. Üst gastrointestinal sistem endoskopisi dispepsinin organik neden-

Tablo 4. Dispepsiye Neden Olan İlaçlar:

NSAİD

Cox-2 inhibitörleri

Bifosfanatlar

Antibiyotikler (tetrasiklin, metranidazol vb)

Demir preparatları

Potasyum içeren ilaçlar

Akarboz

Digitaller

Teofilin

Opiadlar

Metformin

Alkol

Kortikosteroidler

lerinin tanısı için altın standarttır. Alınacak mide biyopsisi H.pylori hakkında da bilgi verecektir. Endoskopi yapılan hastalarda en sık saptanan bulgu eroziv özofajit ve peptik ülser hastalığıdır (%6 ya %8) (3) (tablo5). Alarm semptomu olmayan hastalarda yaş sınırı bölgesel olarak gastrik kanser görülme sıklığına göre belirlenmelidir. ACG bu yaş sınırını Amerika birleşik Devletleri için 55 yaş ve üzeri olarak belirlemiştir. AGA ise yerli Amerikalılar için yaş sınırını 60-65, Asya ve Afrika kökenli Amerikalılar için 45-50 olarak önermiştir. Avrupa kaynaklı konsensus raporları ise 45 yaş üzeri başlayan dispepsi hastalarının endoskopi ile değerlendirilmesini önermektedir.

Alarm Semptom/Bulgusu Olmayan 55 Yaş Altı Hastalar

Alarm semptomu olmayan 55 yaş altı hastalarda Helicobacter pylorinin lokal insidansına göre tedavi planı yapılmalıdır. Prevalansın %5 in altında olduğu bölgelerde ampirik proton pompa inhibitörü önerilirken, %10 üzerinde prevalansa sahip bizim gibi ülkelerde Helicobacter pylori varlığının non-invaziv yöntemler ile değerlendirilerek pozitif saptanan vakalarda eradikasyon tedavisi verilmesi önerilmektedir. %5-10 arasında olan bölgelerde ise hastaya ve bölgeye ait riskler değerlendirilerek tedavi kararı alınmalıdır (4).

H.pylori nin non-invaziv tanısı için, seroloji (H. Pylori antikoru), gaitada H.pylori antijen testi ve üre nefes testi kullanılmaktadır. Serolojik testler hem duyarlılığının düşük olması hem de tedavi takibinde kullanılamaması nedeni ile önerilmemektedir. Dispepsisi olan hastalarda H.pylorinin etyolojik bir neden olarak düşünülme nedeni, peptik ülser hastalığının etyolojisinde önemli bir yere sahip olmasından kaynaklanır. Ancak fonksiyonel dispepsi hastalarının ancak küçük bir kısmında H.pylori tedavi edildikten sonra semptomatik iyileşme olur. H.pylori eradikasyonu sonrasında semptomları devam eden hastalarda 2 ay antisekretuar tedavinin devam edilmesi önerilmektedir. Eğer hasta H.pylori negatif ise veya H.pylorinin görülme sıklığının %5 in altında olduğu bir bölgede yaşıyor ise tedaviye ampirik antisekretuar tedavi ile başlanması uygun olacaktır. Anti sekretuar tedavide proton pompa inhibitörleri H2 reseptör bloklarına oranla daha etkindir (5.6). Antisekretuar tedaviye rağmen semptomları gerilemeyen hastalarda üst gastrointestinal sistem endoskopisi yapılması önerilmektedir. Üst gastrointestinal sistem endoskopisinin semptomların düzelmesine olan katkısı minimal olsa da semptomları düze-

Tablo 5. Dispepsi Hastalarında Endoskopik Tanılar

Eroziv özofajit	%25
Peptik ülser	%6
Barret özofagus	%1.5
Üst gastrointestinal kanser	% 0.3

len hastalarda tekrar semptomatik olma oranları endoskopi yapılan hastalarda daha düşüktür.

Tedaviye Rağmen Semptomları

Devam Eden Hastalar

Bu hastalar; tedaviye rağmen başarılı eradikasyon sağlanamayan H.Pylorisi pozitif hastalar, farklı bir hastalığı olup ilk değerlendirmede dispepsi olarak tanı konan hastalar ya da fonksiyonel dispepsi hastalarıdır. Bu hastalara üst gastrointestinal sistem endoskopisi yapılarak normal dahi görünse duodenum 2. kıtasından çöliak hastalığı ekartasyonu için biyopsi alınmalıdır. Endoskopik olarak mideden alınacak biyopsi ile H.pylori varlığı değerlendirmelidir. Endoskopik incelemede hastanın şikayetlerini açıklayacak bulgu saptanmadığında üst abdominal ultrason ile değerlendirilerek, safra kesesi ve safra yolları ile ilişkili hastalıklar, karaciğerde yer kaplayan lezyonlar vb ekarte edilmelidir.

Dispepsi tarif eden hastaların % 30-50 sinde gastrik boşalmada gecikme tespit edilmiştir (7). Özellikle diyabetik hastalarda eşlik eden gastroparezi tedaviye cevabın yetersiz kalmasına neden olabilmektedir. Ayrıca, fonksiyonel dispepsi hastalarında etyopatogeneze sorumlu olduğu düşünülen visseral hipersensitivite, mide de akomodasyon bozukluğu ve psikojen faktörler nedeni ile antisekretuar tedaviye prokinetik ajanlar ve antidepresan/anksiyolitik ilaçların eklenmesi, dirençli hastalarda semptomatik tedavide başarı şansını arttırmaktadır.

Kaynaklar

1. Aydın Şeref KÖKSAL, Dilek OĞUZ, Ali ÖZDEN. Türkiye'de birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran hastalarda dispepsi görülme sıklığı. *AKADEMİK GASTROENTEROLOJİ DERGİSİ*, 2008; 7 (1): 11-17
2. Tack J, Talley NJ, Camilleri M et al. Functional gastroduodenal disorders. *Gastroenterology* 2006; 130:1466
3. Ford AC, Marwaha A, Lim A, Moayyedi P. What is the prevalence of clinically significant endoscopic findings in subjects with dyspepsia? *Systematic review and meta-analysis. Clin Gastroenterol Hepatol* 2010; 8:830
4. Grad YH, Lipsitch M, Aiello AE. Secular trends in Helicobacter pylori seroprevalence in adults in the United States: evidence for sustained race/ethnic disparities. *Am J Epidemiol* 2012; 175:54
5. Jones RH, Baxter G. Lansoprazole 30 mg daily versus ranitidine 150 mg b.d. in the treatment of acid-related dyspepsia in general practice. *Aliment Pharmacol Ther* 1997; 11:541.
6. Mason I, Millar LJ, Sheikh RR, et al. The management of acid-related dyspepsia in general practice: a comparison of an omeprazole versus an antacid-alginate/ranitidine management strategy. *Compete Research Group [corrected]. Aliment Pharmacol Ther* 1998; 12:263.
7. Bytzer P, Talley NJ. Dyspepsia. *Ann Intern Med* 2001; 134:815.