

Bir Olgu Eşliğinde Kusma Semptomu ve Birinci Basamaktaki Önemi

VOMITING AND ITS IMPORTANCE IN PRIMARY-CARE:
A CASE REPORT

Erol Aktunç¹, Murat Kalaycı², Murat Ünalacak¹, Şeniz Kavak¹, Ferda Çağavı², Nejat Demircan¹

Özet

Bulantı ve kusma, değişik kimyasal, hümodal, fiziksel etkiler veya hastalıklar sonucu gelişen koruyucu bir mekanizma olup birçok hastalığın erken belirtisi olabilir. Bu semptomlar, serebral, vestibüler ve gastrointestinal kökenli hastalıklarda ortaya çıkabilir. Bulantı ve kusma, fonksiyonel olarak farklı iki merkezin kontrolü altındadır. Bunlar, kusma merkezi ve kemoreseptör trigger zone (KTZ)'dur. Bulantı ve kusmanın etiyolojisini aydınlatmada anamnez, fizik muayene ve tanısal testler önemlidir. Tedavi, bulantı ve kusmaya neden olan hastalığa yönelik olarak planlanır.

Olgu sunumu: 40 yaşındaki erkek hasta 2 aydır aralıklı olarak gelen hafif şiddette bulantı, kusma ve baş dönmesi şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Hasta yardımla yürüyebiliyordu ve ayakta durmakta güçlük çekiyordu. Fizik muayenede, sağ gözbebeği sola göre 1 mm daha geniş idi. Göz dibi muayenesinde minimal papilla stazi mevcuttu. Yukarı ve sağa bakışta artan rotatuar nistagmus mevcuttu. Derin tendon refleksleri üst ekstremitelerde hipoaktif; sağda alt ve üst ekstremitede ataksi ve yine sağda dismetri mevcuttu. Öntanıda posterior fossada kitle düşünüldü. Manyetik rezonans ile sağ pontoserebellar köşede kitle görüldü. Dijital sübraksiyon anjiyografisinde hemanjiyoblastom ile uyumlu kitle tespit edildi. Kitle bütünüyle çıkarıldı.

Anahtar sözcükler: Bulantı-kusma, birinci basamak sağlık hizmeti, hemanjiyoblastom

Bulantı ve kusma, değişik kimyasal, hümodal, fiziksel etkiler veya hastalıklar sonucu gelişen koruyucu bir mekanizma olup birçok hastalığın erken belirtisi olabilir.¹ Birinci basamakta ayrışmamış semptomlar ile müracaat eden hastalarda bulantı ve

Summary

Nausea and vomiting are protective mechanisms developed as a result of various chemical, physical and humoral effects or diseases and may be preliminary symptoms of several diseases. These symptoms can occur in diseases of cerebral, vestibular and gastrointestinal origin. Nausea and vomiting is under the control of two functionally different centres. These are the vomiting centre and the chemoreceptor trigger zone (CTZ). In the way to clarify the etiologic factor producing nausea and vomiting, history, physical examination and diagnostic tests are important auxiliaries. Therapy is planned according to the etiologic disease causing nausea and vomiting.

Case report: A forty year-old male patient presented to our out-patient clinic with symptoms of mild nausea, vomiting and dizziness appearing periodically since 2 months. The Patient could walk with help and had difficulty in standing upright. His right pupil was 1 mm more dilated than the left one. In his fundus examination minimal papillary stasis existed. Rotating nistagmus was present while gazing in upper right direction. Deep tendon reflexes were hypoactive in the upper extremities; there were ataxia on the right upper and lower extremities and dismetria on the right side. Tumor in the posterior fossa was the preliminary diagnosis. In the magnetic resonance images of the brain, a tumoral mass was detected in the right pontocerebellar corner. In the digital subtraction angiography, the tumor was found to be consistent with hemanjioblastoma. The tumor was totally excised.

Key words: Nausea-vomiting, primary health care, hemanjioblastoma

kusma, beyin, vestibulum ve karınla ilgili ya da ruhsal kökenli hastalıklara işaret edebilir.²

Bulantı ve kusma, fonksiyonel olarak iki farklı merkezin kontrolü altındadır. Bunlar, kusma merkezi ve kemoreseptör trigger zone (KTZ)'dur. KTZ birçok

¹⁾ Zonguldak Karaelmas Üniversitesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aile Hekimliği Uzmanı, Yard. Doç. Dr.
¹⁾ Zonguldak Karaelmas Üniversitesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Araş. Gör.

madde (örneğin: apomorfin ve diğer opioidler, levodopa, digital), bakteriyel toksinler, radyasyon, üremi ve hipoksi gibi metabolik anormalliklerle uyarılır.² Kusmanın klinik sınıflandırması Tablo 1’de verilmiştir.

Hemanjiyoblastomlar, aşırı derecede damarlanmış, selim, solid ve/veya kistik yapılar içeren santral sinir sistemi neoplazmlarıdır. Yüzde 70-80’i sporadik olgular halinde bulunur ve yavaş bir klinik seyir gösterir. Total eksizyon sonrasında %3-10 oranında rekürrens olabilir. Bu nedenle hastaların takibi gereklidir.^{3,4}

Hemanjiyoblastomlar, posterior fossa tümörlerine ait belirtilerle kendini gösterir. Baş ağrısı en sık görülen belirtidir ve olguların %95’inde bulunur. Bulantı ve kusmaya ikinci sıklıkla rastlanır. Vertigo ve yürüme bozukluğu takip eden bulgulardır. İntrakranial basınç artışına bağlı altıncı kranyal sinir lezyonu da oluşabilir ve buna bağlı diplopi gelişebilir. Ayrıca serebellar hemisfer lezyonlarında ekstremitate ataksisi, dismetri ve intensiyonel tremor gözlenebilir. Nadiren yaşlı hastalarda, demans hastalığının tek ve en belirgin bulgusu olabilir.⁵

Von Hippel-Lindau (VHL), otozomal dominant geçişli kalıtsal bir hastalıktır. Yaklaşık 36.000 ile 50.000’de bir görülür. Hastalarda serebellar, retinal, spinal kord hemanjiyoblastomaları, renal hücreli karsinoma, renal kistler, feokromositoma, pankreas ve diğer organların basit kistleri görülebilir.^{4,6} Tanı için tercih edilen yöntem MRI’dir. Anjiyografide aşırı derecede damarlanmış lezyon tespit edilir.⁴ Tedavi cerrahi eksizyondur.⁷ VHL olgularında, aile fertleri de incelenmelidir.

Bu olgu, kusma semptomunun birinci basamaktaki önemini ve ayırıcı tanıda serebral, vestibüler, intraabdominal ve psikojenik kökenli hastalıkların da düşünülmesi gerektiğini hatırlatmak amacıyla sunulmuştur.

Olgu Sunumu

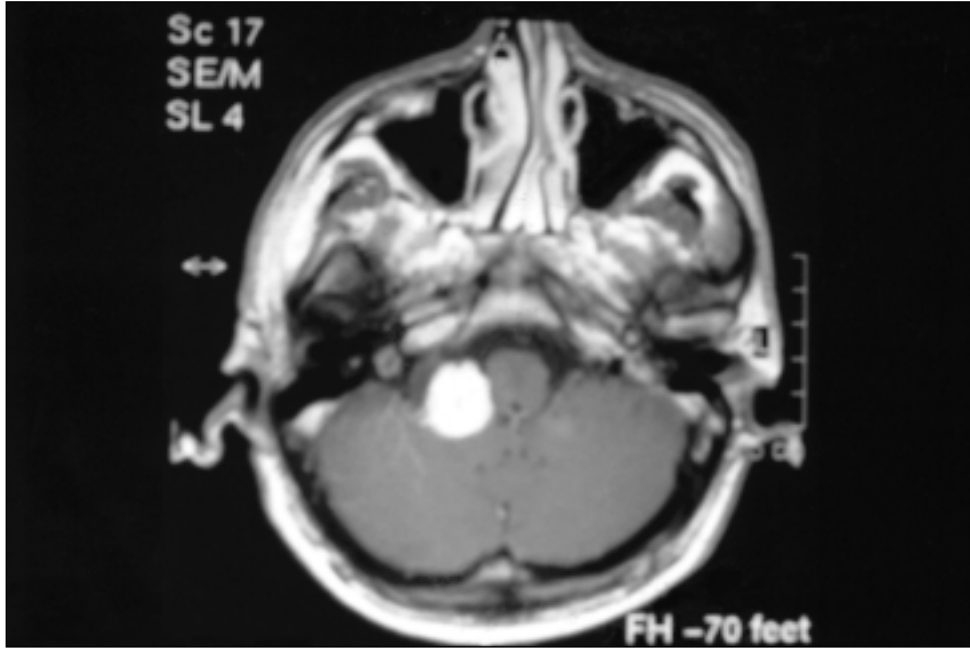
40 yaşındaki erkek hasta, 2 aydır aralıklı gelen hafif şiddette bulantı, kusma ve baş dönmesi şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Son bir aydır şikayeti artmıştı. En son iki gündür sürekli bulantı, kusma, baş dönmesi vardı ve yürüyemiyordu. Baş dönmeleri 20-30 dk sürmekte, daha çok yattığı yerde sağa veya sola döndüğünde ortaya çıkmakta ve ani hareketlerle şiddetlenmekteydi. Bu şikayetler ile birlikte baş ağrısı da olduğunda sağ göz bebeği büyümekteydi. Baş ağrısı yaygındı. Sağ göz bulanık görüyor ve baş ağrısı olduğunda ise çift görüyordu. Polikliniğimize başvurduğunda baş ağrısı şikayeti yoktu fakat her yediğini kusuyordu. Son iki ayda 10 kilo kaybetmişti. Her iki kolunda uyuşma oluyordu. Bir

hafta önce benzer şikayetlerle müracaat etmiş olduğu sağlık kuruluşunda selim paroksizmal pozisyonel vertigo tanısı ile betahistin (tablet) ve pirasetam (tablet) önerilmiş, hasta bu ilaçları bulantı ve kusma nedeni ile almamıştı.

Fizik muayenede, hasta yardımıyla yürüyebiliyordu ve ayakta durmakta güçlük çekiyordu. Şuuru açık, koopere ve oryanteydi. Kan basıncı otururken 120/80 mmHg, yataken 110/60 mmHg idi. Nabız sayısı 80/dakika ve ritmikti. Solunum sayısı 14/dakika ve düzenliydi. Vücut ısısı 36.7°C idi.

Her iki gözde direkt ışık refleksi mevcuttu, sağ gözbebeği sola göre 1 mm daha geniş idi. Görme alanı tam, göz dibi muayenesinde minimal papilla stazı mevcuttu. Yukarı ve sağa bakışta artan rotatuar nistagmus mevcuttu. Diğer kafa çiftleri sağlamdı ve motor-duysal defisit yoktu. Derin tendon refleksleri üst ekstremitelerde hipoaktif, alt ekstremitelerde normoaktifti. Taban cildi refleksi bilateral fleksor idi, sağ kol ve bacakta ataksi ve yine sağda dismetri vardı.

Öntanıda ağırlıklı olarak posterior fossada kitle düşünüldü. Acil beyin cerrahisine danışıldı ve servise yatırıldı. Muhtemel serebral ödem için steroid ile mide koruyucu tedaviye başlandı. Çekilen beyin ve beyin sapı MRI görüntülerinde sağda, serebellumdan köken alan ve pontoserebellar köşe sisternine doğru egzofitik uzanım gösteren, 2-3 adet kist içeren mikst yapıda, en geniş yerinde 3 cm çapa ulaşan kitle izlendi. İntravenöz kontrast madde verilmesi sonrasında kitlenin yoğun kontrast madde tuttuğu görüldü (Resim 1). Kitlenin dijital sübtraksiyon anjiyografisi (DSA) ile sağ posterior inferior serebellar arterden beslenen hemanjiyoblastom tespit edildi (Resim 2). Hasta, operasyona alındı. Sağ suboksipital unilateral kraniyektomiyle makroskopik total kitle eksizyonu yapıldı. Kitle, ileri derecede vasküler ve kanamalıydı. Postoperatif erken dönemde operasyonun etkisi ile hastanın ataksi ve dismetrisi arttı. Sağda 9. ve 10. kranyal sinir lezyonu oluştu. Bu lezyonlar, hastanın oral beslenmesine engel değildi. Günler içerisinde serebellar bulguları azalan hasta, postoperatif 8. günde ataksi ve dismetrisi azalmış olarak kontrole gelmek üzere taburcu edildi. Postoperatif 1. ayda hasta yardımsız yürüyebiliyor, 9. ve 10. kranyal sinir lezyonları devam ediyordu. Bu lezyonun kalıcı olabileceği hastaya anlatıldı. Göz konsültasyonunda VHL hastalığı yönünde bulgu tespit edilmedi. Yapılan tüm batın ultrasonografisinde karaciğer sağ lob anterior segmentte sübkapsüler yerleşimli, düzensiz konturlu yaklaşık 9 mm çaplı kistik lezyon ve safra kesesinde kolesterol kristalleri saptandı. Ailede benzer semptomları



Resim 1
Olgunun MRI görüntüleri

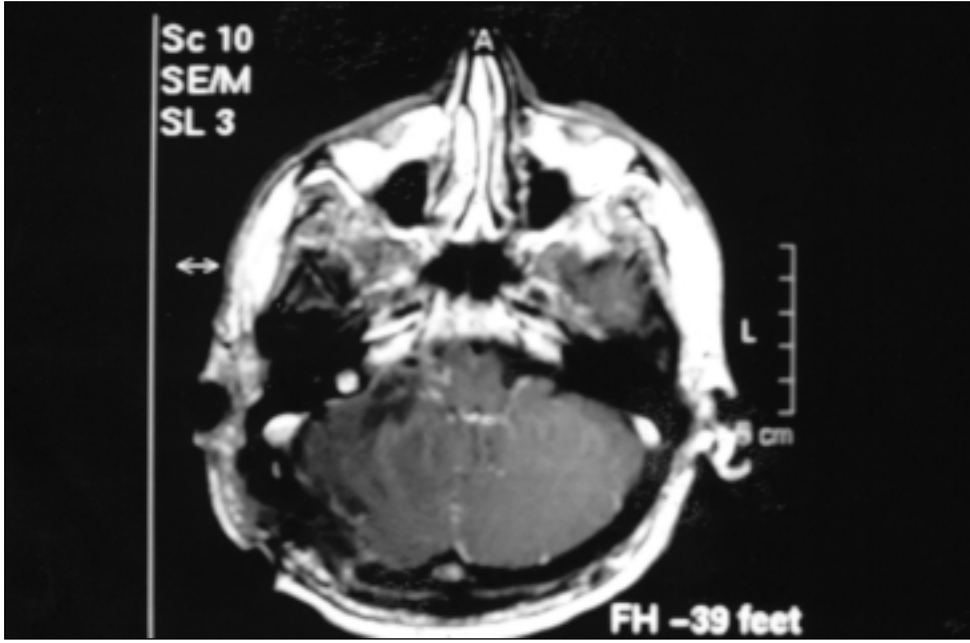
olan veya benzer bir durum nedeni ile operasyon geçiren yoktu. Bu bulgularla von Hippel-Lindau hastalığından uzaklaşıldı. Patolojik inceleme hemanjiyoblastom tanısını doğruladı. Ameliyat sonrası 2. ayda çekilen kontrol MRI'nda (Resim 3) patolojik kontrastlanma izlenmedi ve nüks olmadığından başka tedaviye gerek görülmedi. Hasta ayaktan takibe alındı.

Tartışma

Bulantı ve kusma semptomunun etiolojisini aydınlatmada anamnez önemlidir.^{1,2} Hastamızda bulantı ve safralı kusma semptomları yaklaşık 2 aydır bulunmakta olup kronik bir süreci göstermekte idi. Semptomların yemeklerle ilişkisi tespit edilememiştir. Ek olarak, zaman zaman gelen baş ağrısı ve baş dönmesi epizodları ve çift



Resim 2
Olgunun DSA'inde hemanjiyoblastomun görünümü



Resim 3
Olgunun kontrol MRI görüntüleri

Tablo 1
Kusma semptomunun klinik sınıflandırması

Kusma nedenleri	Mekanizması	Görüldüğü hastalıklar
Gastrointestinal nedenli kusmalar (2)	<ul style="list-style-type: none"> * Periton inflamasyonu * Mide çıkışında antrum veya pilor ödemi nedeniyle obstrüksiyon * Gastrointestinal sisteme ait enfeksiyonlar: Genellikle ishal ile birlikte kusmaya yol açarlar. * Sindirim sisteminin nörojenik kökenli motilite bozuklukları * Karaciğerin konjestiyonu, safra yolları ve pankreas hastalıkları 	<p>Akut apandisit, akut kolesistit, intestinal obstrüksiyon</p> <p>Peptik ülser (spontan veya istemli kusmalar ile hastanın semptomlarında rahatlama olur).</p> <p>Viral, bakteriyel, paraziter</p> <p>Postvagotomi, diyabet, idiyopatik gastroparezi</p> <p>Transmural ve posterior miyokard enfarktüsü, kalp yetersizliği sonucu karaciğer konjestiyonu oluşumu, akut pankreatit</p>
Serebral nedenli kusmalar (1)	* Kafa içi basıncı arttıran durumlar (kusma tipik olarak fışkırır tarzda olur)	Kafa içi kitle (tentorium altı kitlelerde %80 rastlanan bir semptomdur), kafa içi travmatik veya spontan kanama, ansefalit, menenjit, hidrocefali, (4. ventrikül içindeki tümörlerde kusma semptomu baş ağrısından önce oluşur ve sebebi medulla üzerine olan lokal basıdır).
Vestibüler nedenli kusmalar (2)		Meniere hastalığı, akut labirentit. Taşıt tutmasında kusmanın beraberinde apati, hipersalivasyon, soğuk terleme ve başağrısı görülür.
Metabolik ve endokrin nedenli kusmalar (2)		Üremi, diyabetik ketoasidoz, hipo ve hiperparatiroidizm, hipotiroidi krizi, sürrenal yetersizliği, gebelik bulantı ve kusmaları
İlaç, toksin ve korozif maddeler (1,2)	<ul style="list-style-type: none"> * Santral etki ile kusma yapanlar * Gastrik iritasyon ile kusma yapanlar 	Digital, morfin, histamin, fenitoin, kemoterapötikler Salisilat, aminofilin, bazı antibiyotikler, ipeka
Psikojenik nedenli bulantı ve kusmalar (1)		Anorexia ve bulimia
Diğerleri (1,2)		Alkoliklerde görülen sabah kusmaları, ağrı nedeni ile olan kusmalar, migren tipi baş ağrılarında, tabes krizlerinde, senkopla birlikte giden hipotansif ataklarda senkop gelişmeden önceki dönemde bulantı ve kusma görülebilir.

görme şikayeti mevcuttu. Bu haliyle intrakranyal bulantı ve kusma nedenlerini düşündürmekte idi.

Etiyolojiyi aydınlatmada fizik muayene, anamneze yardımcıdır.^{1,2} Hastamızın fizik muayenesinde sağ gözbebeğinde sola oranla 1 milimetrelilik genişleme, minimal papilla stazı, nistagmus, sağda alt ve üst ekstremiteelerde ataksi ve dismetri tespit edildi. Hastanın fokal nörolojik defisitinin bulunması ve anamnezinin de santral sinir sistemine ait bir olayı düşündürmesi üzerine beyin cerrahi danışımı istendi.

Laboratuvar tetkikleri, tanı ve ayırıcı tanıda yol göstericidir.^{1,2} Hastamız 2 aydır bulantı ve kusma şikayeti nedeni ile yeterli oral alımı olmadığı halde, biyokimyasal parametrelerinde bir bozukluk saptanmamıştı. Primer santral sinir sistemi patolojisini araştırmak için beyin cerrahisi tarafından istenen MRI ve DSA ile sağ pontocerebellar köşede vaskülarize tümör tespit edilmiş, cerrahi tedavi planlandı.

Hemanjiyoblastomlar, sıklıkla posterior fossada yerleşen selim tümörlerdir.^{7,8} Daha çok erkeklerde görülür, 30-40 yaşlarda klinik bulgu vermeye başlar ve yavaş bir klinik seyir izler. Olgumuz bu yönleri ile literatüre uymaktadır.⁴ Literatürde en sık görülen semptom baş ağrısı olmasına rağmen bizim olgumuzda bu şikayet geriplanda kalmaktadır.⁵ Baş dönmesi ve kusma semptomlarının ön planda olması nedeni ile hastanın tanısında daha önce muayene eden doktorlar güçlük yaşamış olabilir; anlaşıldığına göre semptomlar ve muayene bulguları kalıcı bir seyir izlememiştir. Hasta polikliniğimize başvurduğunda kusma ve fokal nörolojik defisit yerleşmiş olduğundan tanıda güçlük çekilmemiştir.

Sonuç

Sunulan hastada 2 aydır aralıklarla gelen bulantı ve kusma, tanıda güçlüğe neden olmuştur. Bulantı ve kusmanın yerleşip, fokal nörolojik defisitinin de şüpheye yer vermeyecek şekilde ortaya çıkması ile tanı kolaylaşmıştır. Anamnezinin derinleştirilmesi önemlidir.

Bulantı ve kusma semptomu birçok hastalıkta görülmekte, kişinin kendisine ve çevresine önemli sosyal ve psikolojik yük getirmektedir. Ayırışmamış semptomlarla karşılaşan birinci basamak hekimi bulantı ve kusma semptomunun çok çeşitli nedenleri olabileceğini hatırlamalıdır.

Kaynaklar

1. İliçin G, Biberöglu K, Ünal S, Akalın S, Süleymanlar G. Gastrointestinal sistem hastalıkları. Temel İç Hastalıkları'nda. Ed. Gönen Ö. Cilt 1. Ankara, Güneş Kitabevi, 1996; 923-1076.
2. Isselbacher KJ, Braunwald E, Wilson JD, Martin JB, Fanci AS, Kasper DL. Alterations in gastrointestinal function. Harrison's Principals of Internal Medicine'da. 15. Baskı. Ed. Hasler WL. Cilt 1. New York, Mc Graw-Hill Inc., 2001; 233-61.
3. Feigenbaum F, Manz HJ, Platenberg LC, Martuza RL. Primary intrinsic tumors of the brain. Principles of Neurosurgery'de. Ed. Grossman RG, Loftus CM. 2.Baskı. Philadelphia, Lippincott-Raven, 1999; 514-5.
4. Greenberg MS. Handbook of Neurosurgery. 5.Baskı. New York, Thieme medical publications, 2001; 391, 439-41.
5. Rengachary SS, Blount JP. Hemangioblastomas. Neurosurgery'de. Ed. Wilkins RH, Rengachary SS. 2. baskı. New York, McGraw-Hill, 1996; 1207-8.
6. Torreggiani WC, Keogh C, Al-Ismael K, Munk PL, Nicolaou S. Von Hippel-Lindau disease: A radiological essay. *Clinical Radiology* 2002; 57: 670-80.
7. Niemela M, Lim YJ, Söderman M, Jaaskelainen J, Lindquist C. Gamma knife radiosurgery in 11 hemangioblastomas. *J Neurosurg* 1996; 85: 591-6.
8. Kachhara R, Nair S, Radhakrishnan VV. Sellar-sphenoid sinus hemangioblastoma: Case report. *Surg Neurol* 1998; 50: 461-4.

Geliş tarihi: 24.04.2003

Kabul tarihi: 25.12.2003

İletişim adresi:

Dr. Erol Aktunç

Bahçelievler Mah.

Reyhan Sok. No: 24 D: 4

67100 ZONGULDAK

Tel (İş): (0372) 261 01 69 / 1136-1586

Tel (Ev): (0372) 257 85 00

Faks: (0372) 261 01 55

e-posta: eraktunc@hotmail.com