

## **Birinci basamakta dispepsiye yaklaşım Approach to dyspepsia in primary care**

Sezgin Vatansever<sup>1</sup>, Önder Çolakoğlu<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Uzm.Dr., Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği, İzmir, Türkiye

<sup>2</sup> Uzm.Dr., Özel Metropol Tıp Merkezi İç Hastalıkları ve Gastroenteroloji Kliniği, İzmir, Türkiye

### **Özet**

Dispepsi, üst batında kronik veya rekürren ağrı ve rahatsızlık hissi olarak tanımlanabilir. Bir hastalık değil semptomdur. Dispepsi; epigastrik ağrı, hazımsızlık, şişkinlik, dolgunluk, erken doyma gibi semptomların bir ya da birkaçını içeren kronik bir rahatsızlık hissidir. Birinci basamakta sık karşılaşılmaması nedeniyle ayırıcı tanı ve tedavisine hakim olunması gerekmektedir. Hastalara gerekli bilgilendirme yapıp uygun tedavi ile hastalar takip edilmelidir.

**Anahtar kelimeler:** Ayırıcı tanı, birinci basamak, dispepsi

### **Summary**

Dyspepsia, can be defined as chronic or recurrent pain and discomfort in upper abdomen. It's a symptom not a disease. Dyspepsia, is a discomfort feeling containing one or more chronic symptoms such as epigastric pain, indigestion, bloating, fullness, early satiety. Because of frequently encountered in primary care, differential diagnosis and treatment must be known. Patients should be informed required and followed with appropriate therapy.

**Key words:** Differential diagnosis, primary care, dyspepsia

*Kabul tarihi:20 Haziran 2012*

### **Giriş**

Dispepsi, üst batında kronik veya rekürren ağrı ve rahatsızlık hissi olarak tanımlanabilir. Bir hastalık değil semptomdur. Amerika Birleşik Devletleri ve diğer batı ülkelerinde yıllık üst abdominal ağrı veya rahatsızlık nedeni ile hekime başvuru oranı %25 civarındadır. Dispepsi semptomları olan hastalarda; %20 eroziv özofajit, %20 endoskopi negatif gastroözofajial reflü (GÖR), %10 peptik ülser, %2 barret özofagusu ve %1'in altında malignensi olduğu gösterilmiştir. Duodenit ve gastrit gibi minör semptomlar dispepsi ile ilişkilendirilememiştir. Geriye kalan hasta grubu fonksiyonel dispepsi olarak düşünülmelidir. Dispepsi ile GÖR arasında aşırı bir örtüşme vardır. Bu nedenle dispepsinin GÖR'den ayrı tutulması gereklidir (1).

### **Yapısal Anomaliler**

Dispepside peptik ülser %5-15 arasında görülür. Bunlardan duodenal ülserin %90 ve gastrik ülserin %70 nedeni *Helicobacter pylori* enfeksiyonudur. Reflü özofajit ise dispepsye bağlı endoskopi yapılan hastaların %5-15'nde görülür. Noneroziv reflü özofajit ve fonksiyonel dispepsi ise klinik kullanımda karışıklığa neden olması muhtemeldir. Bu iki hastalığı ayırt etmek için ana semptomu bakılmalıdır. Dispepsili hastada regürjitasyon ve retrosternal yanma ön planda ise GÖR düşünülmelidir.

Mide veya özofagus karsinomuna dispepsi için endoskopi yapılan hastaların %2'sinden azında rastlanılmaktadır. Biliyer ağrı da dispepsi ile ayırt edilmelidir. Genellikle ciddi, öngörülemeyen ve birkaç saatten birkaç güne kadar sürebilen bir ağrıdır. Kronik pankreatit, pankreas kanseri, çölyak hastalığı, laktoz intoleransı ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Steroid olmayan anti-inflamatuar ilaçlar (NSAİİ), aleondronat, eritromisin, dijital, orlistat, akarboz, potasyum, demir gibi ilaçlar da dispepsi nedeni olabilir (2).

### **Fonksiyonel Dispepsi**

Fonksiyonel dispepsi, en az üç ay süren, yapısal bozukluk ile olmayan semptomlar olarak tanımlanabilir. Genelde 6 ay ve daha uzun süreli yakınmalar mevcuttur; bu da hekimi ayırıcı tanıda maligniteden uzaklaştırmaktadır. Klinik bir sendromdur; malignite, ülser veya reflü kanıtı yoktur. Ancak erozyon, hiatal herni, gastrik veya duodenal eritem fonksiyonel dispepsi tanısını dışlatmaz (1).

Fonksiyonel dispepsinin patofizyolojik mekanizması açık değildir. Ancak %25-40 hastada gecikmiş gastrik boşalma, %40 hastada gıdalara karşı fundik uyumsuzluk, üçte bir hastada visseral hipersensitivite görülmektedir. Amerika'da %20-60 hastada *H.pylori* pozitifliği saptanmıştır. Ancak *H.pylori* eradikasyonunun küçük bir hasta grubunda yararı görülmüştür.

Erken gastrik karsinomu yakalamak için özellikle yaşlı populasyonda ampirik tedaviye başlamadan önce endoskopi yapılması düşünülmelidir.

Fonksiyonel dispepside hastalar bulantı, erken doyma, acıma, ekşime, ağırlık hissi ile başvururlar. Genellikle nokturnal semptomlar bulunmaz. Semptomlar da azalma artma şeklinde, hafif semptomdan şiddetli semptomlara değişip, günler haftalar boyunca sürebilir. Tanı sırasında üst gastrointestinal radyografik yöntemlere göre endoskopi daha üstündür. Çünkü olası bir gastrik ülserden biyopsi alma imkanı, hızlı üreaz testi yapılması gibi avantajları mevcuttur. Dispepsi için ultrasonografi yapılması ile %1-3 hastada safra taşı saptanmaktadır, ancak bunların çoğu insidentaldir. Dispepsili hastalarda endoskopi yapılması sırasında risk çok düşüktür. American College of Physicians'a göre 45 yaşından

genç hastalara ampirik tedavi verilmeli veya 7-10 günde ampirik tedaviye yanıt alınamayan veya 6-8 hafta sonra yakınmaları tamamen düzelmeyen hastalarda endoskopi yapılmalıdır. Helicobacter pylori eradikasyonu planlanan hastalar için uygulanması gereken ve eradikasyon sonrası kontrol için gerekli testler üre nefes testi ve gaitada antijen testidir. Her iki test de benzer şekilde yüksek sensitivite ve spesifisiteye sahiptir (3).

### Araştırılmamış Dispepsinin Yönetimi

Yeni ortaya çıkan bir hastada en uygun yaklaşım alarm semptomudur (Tablo 1). Alarm semptomları yoksa Helicobacter pylori testi yapılmalı, pozitif ise tedavi edilmelidir. Başka bir seçenek ise anti-sekretuar tedavi verilip yanıt olmazsa endoskopi dahil ileri araştırmalara gidilmesidir.

**Tablo 1. Alarm Semptomları**

Alarm Semptomları
55 yaş üstünde yeni başlayan dispepsi
Ailede üst gastrointestinal malignite öyküsü
Kilo kaybı
Disfaji
Odinofaji
Demir eksikliği anemisi
Sürekli bulantı
Palpabl kitle veya lenfadenopati
Sarılık

### Alarm Semptomu Yokluğunda Dispepsi Yönetimi

Alarm semptomu yokluğunda 5 yol izlenebilir; 1) Ampirik asit supresyonu, 2) Noninvaziv Helicobacter pylori testleri (üre-nefes testi, gaitada antijen, seroloji) ve pozitif hastalarda endoskopiye ertelemek, 3) Helicobacter pylori için noninvaziv testler ve pozitif vakalarda eradikasyon, 4) Helicobacter pylori testi yapılmadan eradikasyon, 5) Erken endoskopi.

Gelişmiş ülkelerde Helicobacter pylori prevalansı düşük olduğundan; direkt eradikasyon etkin maaliyetli olmayabilir. Ancak ülkemiz gibi prevalansı %70-80 olan ülkelerde direk ampirik tedavi düşünülebilir. Araştırılmamış dispepside proton pompa inhibitörü (PPI) tedavisi H<sub>2</sub>-reseptör antagonisti ve plaseboya göre üstündür.

### Tedavi

Fonksiyonel dispepside tedaviye hastaların eğitimi ve endişelerinin giderilmesi ile başlanmalıdır. Öncelikle hastalardaki kanser fobisi giderilmelidir. Birçok çalışmada plasebo ile hastaların yarısında semptomlarda düzelme olduğu görülmüştür. Kronik dispepside besinlerin rolü belirgin olmamasına rağmen; aşırı alkol, kahve tüketimi, küçük porsiyonlu diyetlerin semptomlar üzerine faydası olabilir. Medikal tedavi açısından ilk verilmesi uygun olan ilaçlar proton pompa inhibitörleridir (1).

Antidepresanlar diğer tedavilere yanıtız hastalarda kullanılabilir. Genelde ağrı yakınması ön planda daha etkili olabilirler. Visseral analjezi üzerini etkilidirler. Ancak fonksiyonel dispepsi ile ilgili çalışmalar yetersizdir. Refrakter hastalarda prokinetik ajanlar, hipnoterapi ve psikoterapinin etkisi sınırlıdır.

## **Kaynaklar**

1. American Gastroenterological Association Technical Review on the Evaluation of Dyspepsia. *Gastroenterology* 2005;129:1756-1780.
2. Current, Gastroenterojide tanı ve tedavi; İkinci baskı, 2007; 342-54.
3. Gastrointestinal and liver disease-Slasseinger and Fordran's; 2010; 183-193.

## **İletişim:**

Uzm.Dr. Sezgin Vatansever  
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Gastroenteroloji Kliniği, İzmir, Türkiye  
tel: +90.535.7856161  
e-mail: sezginvatansever19@gmail.com