Bölüm
99

DİSPEPTİK YAKINMALARIN YÖNETİMİ

Murat İSPİROĞLU[1]

DİSPEPSİ

Kelime anlamı zor sindirim (hazımsızlık) demektir. Ancak hastaların çoğunda sindirim bozukluğu yoktur. Bu nedenle genel olarak dispepsi, karın bölgesindeki "rahatsızlık hissi ve ağrı" olarak tanımlanır. "Rahatsızlık hissi" tanımı gerçekte dispepsiyi ağrıdan daha iyi tanımlar ve aralarında dolgunluk hissi, erken doyma, bulantı, geğirti ve şişkinliğinde olduğu birçok semptom dispepsi anlamına gelir. Her ne kadar dispepsi sağkalımı etkilemese de, önemli miktarda ekonomik harcamalara ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olmaktadır (1-2). Nüfusun en az yüzde 20'sinde görülür, ama çoğu vaka tedavi istemez (3).

Hastaların yaklaşık yüzde 25'inde altta sıklıkla peptik ülser, gastroözofaial reflü, NSAİD kullanımı gibi organik bir sebep vardır (Tablo 1). Bununla birlikte, hastaların % 75'inde fonksiyonel (idiyopatik veya non ülsere) dispepsi vardır ve bu vakaların değerlendirmesinde altta yatan bir neden bulunamaz (4). Yani ''Organik" ve ''Fonksiyonel" olmak üzere dispepsi ikiye ayrılır.

Organik dispepside alttaki hastalığa bağlı olarak fizyopatolojik mekanizmalar değişime uğrar. Örneğin mide malignitesinde kitle etkisi, mide duvar infiltrasyonu gibi etkilerle mide çıkışını ve hareketini bozacaktır. Erken doyma, kusma gibi semptomlar ortaya çıkacaktır. Ancak fonksiyonel dipepside oluşum mekanizması net değildir. Muhtemel patolojinin nöromediatör seviyesinde olduğu ve reseptör düzeyindeki algı, dorsal kök girişinde inhibitör etkileşim ve santral sinir sistemi yorumu gibi üç önemli noktadaki işlevsel bozukluklardan kaynaklandığı düşünülmektedir (5). Fonksiyonel hastalıklar gibi birkaç gün içinde kaybolan dispepsinin toplumdaki görülme oranı % 25 civarında olduğu halde bunların % 50'sinden azı hekime başvurur. Uzun süre (6 aydan fazla), genç yaş (<45 yaş) ve kadınlarda fonksiyonel nedenler, kısa süre önce başlamış, ileri yaş erkeklerde organik nedenler ön planda düşünülmelidir. Hastanın başvurusunda doktorun en önemli şüphesi altta malignite gibi ciddi bir patolojinin olup olmadığıdır. Bu nokta sıklıkla gereksiz tedirginliğe ve sonuçsuz tetkiklere neden olur. Önemli oranda harcama ve iş gücü kaybına sebep olur. Sıklıkla endoskopi gibi kolay ve yaygın bir görüntüleme yöntemi ilk olarak tercih edilir ve fonksiyonel dispepside endoskopi çoğu kez normaldir.

A) YAYGIN ORGANİK DİSPEPSİ NEDENLERİ

Gastrointestinal sistemin batında geniş bir alanda yerleşmiş olmasından dolayı rahatsızlık hissi veya ağrı oluşturabilecek çok sayıda lokalize patoloji olma ihtimali yüksektir. Ancak ana nedenleri peptik ülser hastalığı, gastroözofageal reflü, non-steroid anti-inflamatuvar ilaç (NSAİİ) bağlı dispepsi ve gastrik malignitelerdir. Birçok organik neden izlenebilir ancak bu hastalıkların görülme sıklığı, eşlik eden bulgular, klinik özellikleri, laboratuvar tetkikler ve özellikle hasta hikayesi dikkatle göz

[1] Gastroenteroloji Uzmanı, Dr. Öğr. Üyesi, K.S.Ü Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, muratispiroglu@yahoo.com

Persistan dispepsi hastalarında üst endoskopi yapılmalıdır. Üst endoskopi sırasında, *H. pylori* için biyopsiler daha önce test edilmemiş hastalarda yapılmalı, kültür ve duyarlılık testleri ise daha önce *H. pylori* için tedavi edilen hastalarda yapılmalıdır. Duodenumun biyopsileri de çölyak hastalığını veya enflamatuar koşulları ekarte etmek için yapılmalıdır. Üst endoskopisi normal olan hastalarda, devam eden semptomların tipine göre seçici olarak daha ileri değerlendirme (örneğin batın ultrason) yapılmalıdır. Dispepsili hastaların yaklaşık yüzde 75'inde, tanısal değerlendirmede altta yatan bir organik sebep bulunamayan fonksiyonel (idiyopatik veya non-ülser) dispepsi vardır.

ALTTA YATAN NEDEN BULUNAMAZ İSE, YANİ FONKSİYONEL DİSPEPSİDE TEDAVİ YAKLAŞIMI;

Dispepsinin en sık görülen formu olan fonksiyonel dispepsi'nin tedavi yaklaşımında esas bütün fonksiyonel hastalıklarda olduğu gibi, iyi doktor hasta ilişkisi ve hastaya şikayetlerinin kanser ile ilişkili olmadığı güvencesini verebilmektir. Buna ek olarak doktorun en önemli başarısı semptomların arkasında anksiyete, depresyon veya travmatik hadiselerin bulunup bulunmadığını ortaya koyup, gereken hastalarda psikiatrik destek sağlamaktır. Bazı hastalarda özellikle asit bloker tedaviden kısmi olan ancak kendilerini daha iyi hissetmelerine neden olacak sonuçlar alabilirler. Bu grupta sıklıkla PPI olan ilaç dozunu minimize ederek uzun süreli kullanılmasında sakınca yoktur.

Konstipasyonun ağırlıklı olduğu durumda özellikle ozmotik laksatiflerden yaralanmak ve rektumda fekalom oluşmasında gerekirse lokal boşaltımla yardım edilmelidir. Diyare dominant fonksiyonel dispeptik hadiselerde, loperamid gibi ajanlar eğer hasta zaman zaman dışkı inkontinansı yaşıyor ise, en azından toplumsal yerlerde bu tür kazaları engellemek için aralıklı kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Dispepsi, Organik dispepsi, Fonksiyonel dispepsi

KAYNAKLAR

1. Ford AC, Forman D, Bailey AG, et al. Effect of dyspepsia on survival: a longitudinal 10-year follow-up study. Am J Gastroenterol 2012; 107: 912.
2. Lacy BE, Weiser KT, Kennedy AT, et al. Functional dyspepsia: the economic impact to patients. Aliment Pharmacol. Ther 2013; 38: 170.
3. Ford AC, Marwaha A, Sood R, Moayyedi P. Global prevalence of, and risk factors for, uninvestigated dyspepsia: a meta-analysis. Gut 2015; 64:1049.
4. Bytzer P, Talley NJ. Dyspepsia. Ann. Intern. Med. 2001; 134:815.
5. Vanheel H, Carbone F, Valvekens L, et al. Pathophysiological Abnormalities in Functional Dyspepsia Subgroups According to the Rome III Criteria. Am J Gastroenterol 2017; 112:132.
6. Harmon R.C., Peura D.A., Evaluation and management of dyspepsia, Therap Adv Gastroenterol. 2010 Mar; 3(2): 87–98.
7. Lacy BE, Talley NJ, Locke GR 3rd, et al. Review article: current treatment options and management of functional dyspepsia. Aliment Pharmacol Ther. 2012; 36: 3.
8. Stanghellini V, Chan FK, Hasler WL, et al. Gastroduodenal Disorders. Gastroenterology 2016; 150:1380.
9. Moayyedi P, Lacy BE, Andrews CN, et al. ACG and CAG Clinical Guideline: Management of Dyspepsia. Am J Gastroenterol 2017; 112: 988-1013.
10. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain C, et al. Current concepts in the management of Helicobacter pylori infection: the Maastricht III Consensus Report. Gut 2007; 56:772.
11. Vakil N, Talley N, van Zanten SV, et al. Cost of detecting malignant lesions by endoscopy in 2741 primary care dyspeptic patients without alarm symptoms. Clin Gastroenterol Hepatol 2009; 7:756.
12. 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.
13. Moayyedi P, Delaney BC, Vakil N, et al. The efficacy of proton pump inhibitors in nonulcer dyspepsia: a systematic review and economic analysis. Gastroenterology 2004; 127:1329.
14. Vakil N, Moayyedi P, Fennerty MB, Talley NJ. Limited value of alarm features in the diagnosis of upper gastrointestinal malignancy: systematic review and meta-analysis. Gastroenterology 2006; 131:390.
15. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain CA, et al. Management of Helicobacter pylori infection--the Maastricht IV/ Florence Consensus Report. Gut 2012; 61:646.
16. Chiba N, Van Zanten SJ, Sinclair P, et al. Treating Helicobacter pylori infection in primary care patients with uninvestigated dyspepsia: the Canadian adult dyspepsia empiric treatment-Helicobacter pylori positive (CADET-Hp) randomised controlled trial. BMJ 2002; 324:1012.
17. Talley NJ, Vakil NB, Moayyedi P. American gastroenterological association technical review on the evaluation of dyspepsia. Gastroenterology 2005; 129:1756.
18. 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.