

Bir Grup Dispepsili Olguda Organik Nedenler

Dr. Eyüp SELVİ, Dr. Ömer DÖNDERİCİ, Dr. Şükrü DURLU,
Dr. Kadir BAHAR, Dr. Ali ÖZDEN, Dr. Özden UZUNALIMOĞLU

Özet: Etiyoloji saptamak için dispeptik yakınması olan 110 olguda özofagogastroduodenoskopi, ultrasonografi, gaitada parazit, gaitada gizli kan ve rektoskopi incelemesi yapıldı. Olguların 15 (%13,6)'i tümüyle normal bulundu. Endoskopik incelemede olguların ikisinde (%1,8) mide kanseri, 28 (%25,4)'inde peptik ülser, 38 (%34,5)'inde gastrit, 15 (%13,6)'inde duodenit bulundu. Ultrasonografi de 2 olgumuzda (%1,8) safra kesesi taşı, 9 olgumuzda (%8,1) karaciğer steatozu saptandı. Olgulardan 24 (%21,8)'ünde gaitada parazit mevcuttu. Dispepsi yakınmasıyla başvuran hastalarda nedene yönelik incelemelerin yapılması gereklidir.

Summary: ORGANIC DISEASE IN CASES WITH DYSPEPSIA

Oesophageogastroduodenoscopy, ultrasonography, occult blood test and parasites in stool, and rectosigmoidoscopy, examinations were performed in the detection of aetiology 110 dyspeptic patients. In 15 (13.6 %) of 110 patients, these diagnostic examinations showed no abnormal findings. Gastric carcinoma in 2 (1.8%), peptic ulcer in 28 (25.4%), gastritis in 38 (34.5%) and duodenitis in 24 (21.8%) cases were diagnosed by endoscopic examination. In addition to these gall bladder stone in 2 (1.8%) and fatty liver in 9 (8.1%) cases were also diagnosed by ultrasonography. Furthermore in 24 (21.8%) case's stool examination showed parasites. These results showed that organic disease can be seen too often in dyspeptic cases. For that reason, this mentioned test should be performed in all cases who are complaining dyspepsia.

Anahtar kelimeler : Dispepsi, Peptik Ülser, Gastrit, Mide Kanseri, Gaitada Parazit, Safra Kesesi Taşı.

Key Words: Dyspepsia, Peptic ulcer, Gastritis, Gastric cancer, Stool parasites, Gall bladder stone.

Dispepsi, üst gastrointestinal sistem ile ilgili epizodik, rekkuren ya da persistan abdominal ağrı ve/veya rahatsızlık postprandial olgunluk, erken doyma, iştahsızlık, bulantı-kusma, şişkinlik, geğirme, pirozis ve regürjitasyon gibi semptomları içerir (1, 2, 3). Pratik hekimlikte çok sık karşılaşılan dispepsinin rutin incelemelerle bir nedene bağlanabilenlerine "organik", bağlanamayanlara da "fonksiyonel" dispepsi tanımı yaygın olarak kullanılmaktadır (1, 2, 3).

nedenleri ortaya koymak, bu nedenlerin semptomlarla ilişkisini ve bunların ışığı altında pratik hekimlikte hastaların nasıl bir tanı ve tedavi yöntemiyle izlenmesi gerektiğini saptamak için bu çalışma planlandı.

HASTALAR ve YÖNTEM

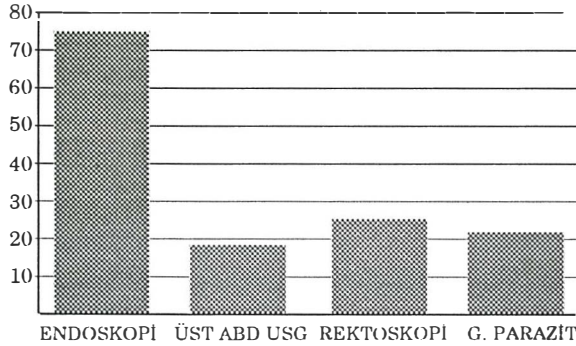
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Polikliniğine dispeptik yakınmalarla başvuran ve bir başka ciddi patolojisi olmayan hastalarda özel hazırlanmış anket form soruları soruldu, fizik muayeneleri yapıldı. Tam kan, tam idrar, gaitada parazit, gaitada gizli

Dispeptik yakınmaları olan hastalarımızda

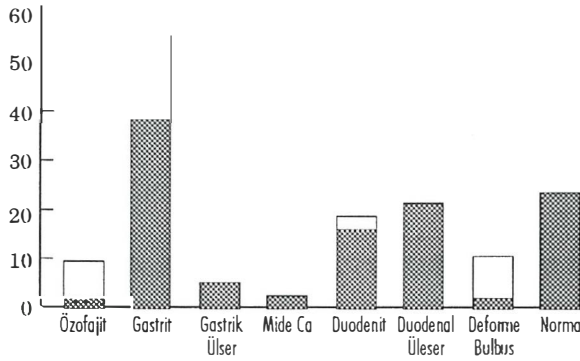
Ankara Üniversitesi Tıp Fak. Gastroenteroloji Kliniği

Tablo I: Olguların yaş ve cins dağılımı

	Kadın	Erkek	Toplam
Olgu	65	45	110
Ort. yaş	36.9	35.6	36.4
Dağ	18-60	16-65	16-65



Şekil 1: Dispepsili hasta grubunda yöntemlere göre patolojik olgular



Şekil 2: Dispepsili olgularda endoskopik patolojilerin dağılımı (Asıl yakınmaya yol açtığı düşünülen patolojiler koyu olarak gösterildi.)

kan, özofagogastroduodenoskopi (ÖGDS), üst abdominal ultrasonografi (USG) ve rektoskopi incelemeleri gerçekleştirildi.

Tablo II: Yöntemlere göre olgularda patolojiler

	Patoloji	Normal
Endoskopi	85(%77.3)	25(%22.7)
Üst Abd USG	20(%18.2)	90(%81.8)
Rektoskopi	9(%25.7)	26(%74.3)
G. Parazit	24(%21.8)	86(%78.1)

Gaitada parazit hipertonic tuzlu suda yüzdürme, gaitada gizli kan Benzidin yöntemiyle incelendi. ÖGDS Olympus XK-20 ile, üst abdominal USG General Electric R 2800 aygıtı ve 3.5 MHz proba, rektoskopi 20 cm'lik rijit rektoskopi ile gerçekleştirildi.

Çalışmaya 45'i erkek (%40.9) ve 65'i kadın (%59.1) toplam 110 olgu alındı. Olguların ortalama yaşı ve yaş dağılımı Tablo I'de gösterildi.

BULGULAR

Çalışmaya alınan 110 olguda yaptığımız yukarıda sözü edilen incelemelerle hiç bir yöntemle patoloji saptanamayan yani tümüyle normal 15 (%13.6) olgu bulundu. Dispepsiye neden olup olmayacağına bakılmaksızın olgularda saptanan patolojiler tablo II ve şekil 1'de gösterildi. Olgulardan hiç birinde tam kan, tam idrar ve gaitada gizli kan incelemelerinde gross patoloji saptanmadı.

ÖGDS'de her hangi bir patoloji saptanan olguların dağılımı -daha çok yakınmaya neden olduğu düşünülen esas alınarak- Tablo III ve şekil 2'de gösterildi. Olguların yaklaşık 2/3'ünde organik bir patolojinin olduğu; bunlardan 26 (%23.6)'sında peptik ülser (PÜ), 2'sinde mide kanseri saptandığı görülmektedir. İstatiksel anlamlı olmasa da 35 yaş sınır tutularak ileri yaş grubunda gençlere göre daha çok patolojinin olduğu da dikkati çekmektedir.

Tablo III: Olgularda endoskopik patolojilerin dağılımı (O.Y.Ş:Ortalama yaş)

	Olgu (n: 110)	%	C(K/E)	O.Y.Ş.	Range	35y>	%(n:63)
Özofajit	2	1.8	0/2	38.0	38.0	2	3.1
Gastrit	38	34.5	27/11	36.4	16-64	20	31.7
Gastrik ülser	4	3.6	2/2	35.5	18-48	2	3.1
Mide Ca	2	1.8	1/1	47.5	37-58	2	3.1
Duodenit	15	13.6	7/8	34.6	19-65	7	11.1
Duodenal ülser	22	20.0	14/8	39.0	26-57	14	22.2
Deforme bulbus	2	1.8	1/1	37.0	28-46	1	1.5
Normal	25	22.7	13/12	34.3	18-60	12	19.0

Tablo IV: Olgularda USG'de saptanan patolojiler

	n:110	%	
Kolesistolityazis	2	1.8	(2/0)
Kolesistektomi	1	0.9	
Karaciğer steatozu	9	8.1	(6/3)
Renal patolojiler	3	2.7	
Splenomegali	4	3.6	
Hemanjiom	1	0.9	
Normal	90	81.8	

Üst abdominal USG ile yapılan incelemede olguların önemli bir kısmının normal olduğu, en sık saptanan patolojinin 9 olguyla karaciğer steatozu olduğu, 2 kadın olgumuzda da safra kesesi taşı izlendi (bk. Tablo IV).

Her hastanın kabul etmediği rektoskopik inceleme özellikle barsak fonksiyonları bozuk hastalarda yapılabilir ve büyük çoğunluğu normal bulundu. Bu incelemenin yapılabilirdiği 35 olgudan 9'unda (%25.7) hemoroid saptandı.

Gaitada parazit incelemesinde olguların 24 (%21.8)'ünde pozitif bulunduğu ve en sık rastlanan parazitin askaris olduğu belirlendi (bk. Tablo V).

ÖGDS'lerinde gastrik ve duodenal ülser, deforme bulbus saptanan olgular "ülser dispepsi", özofajit, gastrit ve bulbitisler ile endoskopisi normal olanlar "non-ülser dispepsi" şeklinde sınıflandırılarak semptomlarla ilişkisi incelendi. Peptik ülseri niteleyebileceği düşünülen semptomlar ile endoskopi bulguları tablo VI'da gösterildi.

Ülser dispepsili olguların sırasıyla gece ağrısı, sırt ağrısı, ritmisite, antiasite cevap ve peryo-

Tablo V: Olgularda parazit dağılımı

	n:110	%
Askaris	9	8.1
E. Vermikularis	6	5.4
H. Nana	5	4.5
T. Saginata	2	1.8
C. Albicans	1	0.9
G. Lumblika	1	0.9
Normal	86	78.1

disiteden normallere ($P < 0.001$) ve gastroduodenitilere ($0.01 > p > 0.001$) kıyasla anlamlı olarak daha çok yakındıkları gözlemlendi.

Dispepsinin devam süresinin ülser dispepsili olgularda non-ülser dispepsililere göre daha çok 1-6 ayda yoğunlaştığı; oysa endoskopisi normal bulunanların 1-60 ay arasında homojen bir biçimde dağıldığı belirlendi (bk. Tablo VII). Yine ülserli dispepsililerde ağrının diğerlerine göre anlamlı olarak ($p < 0.001$) daha çok epigastrik yerleşim gösterdiği saptandı (bk. Tablo VIII).

Ülserle ilişkili olduğu düşünülenler dışındaki semptomlar tablo IX'da gösterildi. Postprandial şişkinlik, epigastrik ağırlık, epigastrik huzursuzluk, epigastrik dolgunluk hemen hemen tüm olgularda rastlanan yakınmalar olarak dikkati çekti. Endoskopik patoloji bulgularıyla bu semptomlar arasında her hangi bir anlamlı ilişki belirlenemedi.

Çalışma grubumuzdaki olgulardan 39 (%35.4)'unun sigara, 6 (%5.6)'sının alkol kullandığı; ancak bunların endoskopik patolojilerle korelasyonunun olmadığı saptandı.

Tablo VI: Peptik ülser semptomatolojisi ile ÖGDS ilişkisi (PÜÖ: Peptik ülser öyküsü, AAC:Antiasite cevap, RSA:Retrosternal ağrı, UD: Ülserli dispepsi, ÖGDT: Özofagogastrroduodenit, N: Normal)

	ÜD		ÖGDT		N		Toplam	
	(n: 28)	%	(n:57)	%	(n:25)	%	(n:110)	%
PÜÖ	9	32.1	8	14.0	7	28	25	22.7
AAC	13	46.4	7	12.2	1	4.0	22	20.0
Gece ağrısı	21	75.0	22	38.6	7	28.0	52	47.2
Sırt vurma	20	71.4	21	36.8	7	28.0	50	45.4
RSA	17	60.7	29	50.9	9	36.0	57	51.8
Pirozis	20	71.4	43	75.4	17	68.0	82	74.5
Ritmisite	16	57.1	9	15.7	1	4.0	26	23.6
Peryodisite	12	42.8	7	12.2	1	4.0	20	18.1

Tablo VII: Endoskopi bulgularına göre olgularda dispepsinin devam süresi (ay olarak)

	PÜD	%	öGDT	%	N	%	TOP	%
16	13	46.4	20	35.0	7	28	40	36.4
624	5	17.9	22	38.6	7	28	35	31.8
2460	4	14.2	6	10.5	7	28	18	16.4
60>	6	21.4	7	12.3	4	16	17	15.4

Tablo VIII: Hastaların ağrı yerleşimlerinin endoskopiye göre dağılımı

	PÜD	%	öGDT	%	N	%	TOP	%
Epigastrik	25	89.2	29	50.9	12	48	68	61.8
Umbilikal	2	7.1	9	15.8	5	20	16	14.5
Tüm	1	3.6	17	29.8	8	32	26	23.6

Tablo IX: PÜ ile ilişkili olduğu düşünülenler dışındaki semptomlar

	Olgu	%
Regürjitasyon	57	51.8
PP şişkinlik	110	100
Ep. Ağrılık	109	99.1
Ep. Huzursuzluk	108	98.2
Ep. Dolgunluk	108	98.2
Çabuk doyma	68	61.8
Geğirme	82	74.5
Bulantı	67	60.9
Kusma	45	40.9
Nefes kokusu	26	23.6
Kabızlık	45	40.9
İshal	4	3.6
Aşırı gaz	43	39.1
Kilo kaybı	8	7.3

(PP: Postprandial, Ep:Epigastrik)

TARTIŞMA

Dispeptik yakınmaları olan hasta grubumuzda endoskopiyle yaptığımız incelemelerde endoskopik patoloji oranının oldukça yüksek olduğu görülmektedir. %22.7 olarak saptadığımız endoskopik "normal" oranı literatürde bildirilen oranlarla uyum içindedir (1). Buna karşılık "gastroözofageal reflüks" olarak kabul edilen ve endoskopik karşılığı özofajit olan hasta grubunun serimizde daha az sayıda; değişik tip ve derecedeki gastritine daha çok sayıda olduğu görülmektedir.

Bazı yayınlar (1, 4) pirozis ve regürjitasyonun özofajitin duyarlı semptomları olduğunu ileri

sürmektedir. Çalışma grubumuzda pirozisin %74.5, regürjitasyonun %51.8 oranında bulunmasına karşılık endoskopide yalnız 2 olgumuzda özofajit saptayışımız belki de bu tanıda çok önemli bir yöntem olan (5) 24 saatlik pH monitorizasyonu yapmayışımızdandır.

Gastritli olguların çalışmamızda yüksek oranda bulunması Batı toplumlarına göre toplumumuzda Helikobakter Piloni prevalansının çarpıcı fazlalığına (6) bağlı olabilir. Artık Helikobakter'in gastritin major nedenlerinden biri olduğu tartışmasız kabul görmektedir. Ülkemizde nonsteroid antienflamatuvar ilaçların kimi zaman analjezikler yerine ve hekim kontrolsüz kullanımı; Batı toplumlarından farklılıklar gösteren beslenme alışkanlığımız da bir neden olarak tartışılmalıdır.

Mide kanseri bulunan olgularımızın Batı toplumundakilere benzer oranlarda ve yaş grubunda bulunmasına karşılık dikkat çeken şey Batı'da daha çok "erken", oysa ülkemizde "ileri dönem" kanser tanısının konmasıdır. Bunu da daha çok endoskopik incelemenin ülkemizde yeterince yaygın olmamasına bağlayabiliriz (1, 7).

Peptik ülser oranı dışarda olduğu gibi (1, 8, 9) dispeptik yakınmaları olan hastaların dörtte birinde görüldü. Peptik ülserli hastalarımızda gece ağrısı, sırt ağrısı, pirozis, ritmisite, periyodisite ve antiasite cevap semptomları non-ülser dispepsili olgulara göre anlamlı olarak fazla bulundu ($p < 0.001$). Ancak sözü edilen semptomlar endoskopisi normal olan olgularda 1/3 oranında bulunurken peptik ülser saptanan olguların 1/4'ünde bu semptomların olmayışı göz önüne alınırsa bu semptomlarla peptik ülser tanısına bir yere kadar gidilebileceği, çok fazla güvenilir olmadığı söylenebilir.

Taşın muhtemel sıklığına rağmen safra sistemiyle ilgili patolojilerin az sayıda saptanması belki de bu taşların asemptomatik olmasındandır. Safra kesesi ve yollarının motilite çalışmalarının yapılmayışı da ayrıca göz önünde tutulmalıdır.

Dispepsi grubumuzda gaitada parazitin %21 gibi yüksek bir oranda görülmesi hala ülkemizde bir alt yapı sorununun varlığına ve hijyenik koşullara uymadaki eğitim eksikliğine bağlanabilir.

Tartışılması gereken en önemli konulardan biri saptadığımız patolojilerin gerçekten dispeptik yakınmaların karşılığı olup olmadığıdır. Gerçekten de -gaitada parazit, gastrit, hemoroid, karaciğer steatozu gibi- saptanan patolojilerden pek çoğu dispeptik yakınması olmayanlarda da görülmektedir. Henüz incelemeleri rutin uygulamaya geçirilemeyen motilite bozukluklarının dispepsi yakınmalarında ki payı tartışmaya açıktır.

Dispepsiyle ilgili yayınlarda (10-13), hastayla ilk karşılaşıldığında hasta ileri yaş grubundaydı, alarm semptomlar ve ciddi bir hastalığa ilişkin güçlü kanıtlar varsa, kronik bir seyir gösteriyorsa hastanın hemen araştırılması; aksi halde kliniğe dayanılarak tedaviye gidilmesi; yakınmaları geçmez ya da tekrararlarsa hastanın araştırmaya tabi tutulması önerilmektedir.

Ancak çalışmamızda belirlediğimiz şeylerden biri de hastalardan çoğunun 6 aydan 5 yıla varan uzun sürelerle dispeptik yakınmalarının olduğudur. Pratik hekimlikte her yaşta, değişik semptomlarla çok sık karşılaştığımız bu hastaların çoğuna polikliniklerde yeterince zaman ayrılamaması, çoğu kere hastayı ve hekimi tatmin eden kapsamlı bir incelemenin yapılamaması; yalnızca semptomatik tedaviye yönelik fazla ve gereksiz ilaçlarla dolu, pratik önemi olmayan ve ekonomik yük getiren tedaviler ortaya çıkmaktadır. Ayrıca iyi takip zinciri, dosyalama ve arşivleme sisteminin olmaması sürekli hekimden hekime dolaşıma ve yığılmalara neden olmaktadır.

Bütün bunların ışığı altında yaş grubu ne olursa olsun dispeptik yakınmalı hastaya kapsamlı incelemelerin yapılması veya yaptırılmasına olanak tanınmasının zaman, işgücü kaybı, tetkik yığılmasını önleyeceği ve gereksiz ilaç kullanımını en az düzeye indireceği kanısındayız.

KAYNAKLAR

1. Richter JE: Dispepsia. Scand Jour Gast 1991; 26: (suppl 1) 180: 11-5.
2. Barbara L et al: Definition and investigation of dyspepsia. Dig Dis Sci 1989, 34: 1272-6.
3. Headding RC: Definitions of dispepsia. Scand Jour Gast 1991, 26 (suppl 1) 180: 1-5.
4. Klauser AG et al: Symptoms of GER disease. Lancet 1990, 35: 205-8.
5. Rosen SN, Pope CE: Extended esophageal pH monitoring. J Clin Gastroenterol 1989, 11: 260-70.
6. Özden A ve ark: Üst gastrointestinal sisteme ait yakınmaları olan olgularda Helikobakter Piloni prevalansı. Gastroenteroloji 1992, 3: 102-7.
7. Eckardt VF et al: Clinical and morphological characteristics of early gastric cancer. Gastroenterology 1990, 98: 708-14.
8. Harrocks JC et al: Clinical presentation of patients with dispepsia. Gut, 1978, 19: 19-26.
9. Talley NJ, Piper DV: Comparison of the clinical features and illness behavior of patients presenting with dispepsia of unknown cause. Aust NZJ 1986, 16: 352-9.
10. Talley NJ: Drug treatment of dispepsia. Scand Jour Gast 1991, 26: (suppl 1) 180: 47-60.
11. Nyren O: Therapeutic trial in dispepsia. Scand Jour Gast 1991, 26 (suppl 1) 180: 61-69.
12. Dovenpart PM et al: Preliminary screening of dispeptic patients. BMJ 1985, 290: 217-20.
13. Bleijenberg G et al: Anamnestic and physiological features in diagnosis and prognosis of abdominal complaints. Gut 1989, 30: 1076-81.