

MONİLİAL ÖZEFAJİTİS TABANINDA GELİŞEN İNATÇI BİR HIÇKIRIK OLGUSU

Dr. Ömer YILMAZ

ÖZET

20 yaşındaki erkek bir hastamda çeşitli tedavilere rezistan bir hiçkırık olgusunu sunmak istedim.

Hıçkırık, solunum adelelerinin istemsiz spazmı sonucu glottisin ani kapanması ile oluşan karakteristik sestir. Genellikle benign ve geçici bir fenomen olan hiçkırık tamamen normal olan insanlarda görülebileceği gibi bir hastalık sonucuda ortaya çıkabilir. Hıçkırığın tedavisinde çeşitli metotlar denenmekle birlikte; bir hastalığa sekonder olarak gelişen olgularda esas hastalığın tedavisi primer terapötik yaklaşım olmalıdır.

GİRİŞ

Normal insanlarda kısa süreli olarak görülen hiçkırık özellikle yemek yedikten ve su içtikten sonra oluşur. Hiçkırık anında diyafragmanın tekrarlayan, istem dışı spazmotik kontraksiyonlarını derin bir inspiryum ve glottisin kapanışı izler. Bu durum, toraks ve karındaki vagal sinir uçlarının irrite olduğu hallerde ortaya çıkar. Bunlar; gastritis, peritonitis, plörezi, perikarditis ve mediastinitis gibi durumlardır (2).

Lateral beyin tabanı iskemisi olan Wallenberg's sendromundada hiçkırık sıklıkla oluşabilir. Üremi sendromunda santral kökenli olarak ve çok ızdırıp verici bir semptom olarak ortaya çıkar. Ayrıca kardiyorespiratuvar bozukluklar ve post operatif nedenlerle de oluşabilir(1).

Hıçkırığın organik nedenli diğer etyolojik faktörleri kapsamına; İntroabdominal cerrahi girişimler, İntratorasik cerrahi girişimler, SSS'ne ait cerrahi girişimler, beyin tümörleri, Nörosifiliz, Multibl Skleroz, Ansefalitler, Diyafragmatik herniler, Torasik anevrizmalar, Asthma bronşiyale, Diyafragmatik miyokard infarktüsü

sü peptik özefajit, özefagus kanseri, kolelitiasis, duodenum ülseri, siroz, pankreas kanseri, kolon karsinoması, kronik ülseratif kolitis, pankreasın travmatik psödokisti, hipernefroma, hidronefroz, Akut alkol intoksikasyonu, Sarkoidozis, Diabetes mellitus, toksik ve plonjan guatr ve gebelik dahildir (11).

Hiç bir neden bulunamadığı zaman ruhsal bir durum düşünülmelidir (10).

OLGU TAKDİMİ

K.Z. 20 yaşında, 1966 Zonguldak doğumlu. Kütahya Hava Er Eğitim Tugayında asker. 10 gün evvel bir diş dolgu tedavisi sonrası ortaya çıkan ve kesilmeyen hıçkırık yakınması ile 12.9.1986 tarihinde Kütahya Hava Hastanesi Dahiliye kliniğine yatırıldı. Protokol No: 118105.

Fizik Muayene Bulguları: Boy : 167 cm, Kilo: 65 kg., Genel durumu iyi, şuuru açık, koopere, oriente. Turgor-tonüs doğal. KB: 130/70 mmHg., N: 90/dak. ritmik., Ateş: 36, 4 C., Solunum sayısı: 22/dak., Solunum derinliği: Normal., Dakikada 4-5 defa hıçkırıyor. Rutin sistemik muayenede tonsiller ve orofarinks hiperemik, diğer sistemlerde patolojik bir bulgu tesbit edilmedi.

Laboratuvar Bulguları: Kan: Hb. % 13 gr., BK: 4.500/mm³. Sedimentasyon: 10 mm/saat., KK: 3.400.000., Htc: % 26., Formül Parçalı: % 60., Eo: % 2., Mono: % 4., Lenfosit: % 34., Eritrosit morfolojisi: Normal., Trombos itkümleri yeterli., Kan grubu: A-Rh (+). Kanama, pıhtılaşma ve protrombin zamanı: Normal.

İdrar: Dansite 1017., Reaksiyon: Asit., Protid: (—), Şeker: (—), Bilurubin: (—) Ürobilinojen: (—) Her sahada (5-6 lökosit) 1-2 epitel hücresi),

Kan Biyokimyası: Glisemi: % 78 mg., NPN : % 21 mg., Kan elektrolitleri: Normal., Direkt Bilurubin: % 0,15 mg., İndirekt Bilurubin: % 35 mg., SGOT: 30 Ü. SGPT 45 Ü., Alkalen fosfataz: 54 Ü., Timol Bul.: 2 Ü.) Kreatinin % 1,2 mg.

EKG: Normal trase., Rie grafi: Akciğerlerin radyolojik görünümü normal. Direkt batin grafisi: Normal. Oral Kolesistografi: Kese zayıf konsantrasyonda görülmüştür. Fundus büküntülüdür. Yumurta içirildikten sonra 45 dakikada alınan grafide kese 1/2 oranında küçülmüştür.

Yattığı süre içinde hastaya değişik dozlarda Klorpromazin ve atropin tedavisi verildi, ayrıca sedasyon uygulandı. Klinik tabloda bir değişme görülmeyen hasta; Karaciğer-dalاک sintigrafisi ve Özefagoskopi yapılması amacı ile 20.9 1986 tarihinde Ankara Gülhane Askeri Tıp Akademisi Gastroenteroloji Kliniğine sevk edildi. Hasta yaptırmış olduğu tahlillerle birlikte tekrar kontrol için 5.10.1986 tarihinde Kütahya Hava Hastanesi Dahiliye Polikliniğine geldi. Hastada hıçkırığın tamamen kaybolduğu müşahade edildi.

Hastaya Gülhane Askeri Tıp Akademisi Gastroenteroloji kliniğinde yapılan tetkikler şunlardır:

Karaciğer-dalak Sintigrafisi: Karaciğerin deforme olduğu, üst kenar bombeliğinin arttığı ve yukarı doğru uzadığı görüldü, Dalak tabii idi.

Casoni: (—) Weinberg: (—).

Özefagoskopi: Özefagus üst ucundan kardiya kadar yaygın özefajitis görünümü mevcuttur. Özefagus mukozasında yer yer yüzeysel ülserler görülüyor. Bu görünüm Moniliasise uymaktadır. Özefagus alt ucunda kardiya bileşkesinde ve sağda mu-koza kabarık ve üzeri eksüda ile kaplı ülsere bir görünüm mevcuttur. Aynı yer-den biyopsi yapıldı. Diğer gözlenen özefagus alanlarından fırça ile froti alındı.

Özefagus Biyopsi Raporu: Normal özefagus mukozası saptandı.

Özefagus Mukoza frotisi kültürü: Candida Albicans üredi.

Mide-duodenum grafisi: Normal.

Bu bulguların ışığı altında hastaya Gülhane Askeri Tıp Akademisi İç Hastalıkları kliniğinde Monilial Özefajitis tanısı konduğu ve Nystatin tablet günde 300.000 Ü. olmak üzere 5 gün müddetle uygulandığı, tedavinin 5. gününde hıçkırığın tamamen kesildiği ve tekrarlamadığı öğrenildi.

TARTIŞMA

Gastrointestinal sistemde Moniliasisin en sık olduğu yer Özefagustur. Yine semptomatik olduğu tek yerdir (5).

Akut dissemine Moniliasis üzerinde bir çalışma yapan Bodey'e göre uzun süre yüksek dozda antibiyotik kullanılan düşkün hastalarda ateş hipotansiyon, şoka meyil, şuur bulanıklığı ve gastrointestinal kanamanın başlaması lokal lezyonlar bulunmasa bile jeneralize moniliasisi akla getirmelidir (3). Bodey hastalığın ortaya çıkmasını barsak florasının antibiyotik ile tahribi gastrointestinal mu-kozanın yaralanması, hipokalsemi gibi nedenlere bağlamış ve şok sendromunu Candida endotoksini ile açıklamıştır.

Tamamen sağlıklı kişilerde ağız mukozası ve feçesten yapılan kültürlerde Candida Albicans % 14-19 oranında üretilmiştir. Gebelikte ve Diabetes mellitus-da enfeksiyonun yayılma olasılığı oldukça fazladır. Lösemili hastalarda, yüksek doz kortikosteroid veya immünosupresif tedavi uygulananlarda kalp kateterizasyonu yapılan veya devamlı venöz katater konulan hastalarda Candida septisemisi görülmüştür (8).

Kronik tüketici hastalıklarda, uzun süre yüksek doz antibiyotik tedavisi uygulananlarda ve narkotik ilaç alışkanlığı olanlarda hematojen yayılmaya bağlı organ moniliasisi siktir. Sıklıkla Beyin, böbrekler, tiroid, miyokard, endokard, pankreas, adrenal bez, karaciğer ve akciğerde yerleşir (7).

Hıçkırığa neden olan ritmik refleksi durdurmaya yönelik sayısız tedbirler alta yatan organik nedenler halledilmedikçe yetersiz kalırlar. Bu genel tedavi yöntemlerini; nazofarinksin yumuşak bir kataterle stimülasyonu, sedatifler, lokal anestetiklerin uygulanması, atropin sülfat antispazmodik ve antikolinergiklerin uygulanması, amyl nitrit inhalasyonu, karbon dioksit inhalasyonu, antiasitler, amfetamin, kinidin, freniektomi gibi cerrahi girişimler şeklinde özetleyebiliriz(6).

Carbone, multibi sklerozlu bir hastada konservatif bütün yöntemlere inatçı bir hıçkırık olgusunu Carbamezapine ile tedavi etmiştir (4).

Sistemik moniliaziste seçkin ilaç Nystatindir. Daha ağır seyirli olgularda Amphotericin-B uygulanabilir. Bununlada sonuç alınamayan olgularda 5-Fluorocytocin in verilmesini öneren yazarlar vardır (5).

Monial Özefajitin dissemine olgularda sık olarak görülmesi yanında, bu olguda olduğu gibi sağlıklı bir kimsede hiç bir predispozan faktör, olmadan öze fagusla lokalize olması ve sadece hıçkırıkla ortaya çıkması son derece ender bir olaydır kanısındayım.

S U M M A R Y

A CASE OF RESISTANT HICCUPS OCCURRING IN MONILIAL OESOPHAGITIS

My case was a 20 years old man who had an intractable hiccup unresponsive to several therapeutic measures.

Repeated involuntary spasmodic contractions of the diaphragm, followed by sudden closure of the glottis, which checks the inflow of air and produces the characteristic sounds.

The condition, which is more common in men, follows irritation of afferent or efferent nerves or of medullary centers controlling the muscles of respiration, particularly the diaphragm.

Hiccups accompanying diaphragmatic pleurisy, pneumonia, uremia, alcoholism are not infrequent. Abdominal causes include disorders of the stomach and esophagus, bowel diseases, pancreatitis, pregnancy, bladder irritation, hepatic metastases, or hepatitis. Thoracic and mediastinal lesions or surgery may be responsible. Persistent hiccups may result from psychogenic causes. Treatment depends on determining and eliminating the cause.

KAYNAKLAR

- 1- Atkinson, M.: Disorders of oesophageal motility. Clin. Gastroenterol. 5: 1. 1976.

- 2- Bayless, T.M.: Management of esophageal disease. *Mod. Treat.* 7: 1081 1970.
- 3- Bodney, G., Luna, M.: Skin lesions associated with disseminated candidiasis, *JAMA.* 229: 1464, 1974.
- 4- Carbone, J.V.: Hiccup. *Medical Diagnosis and Treatment. Lange Med. I:* 326. 1977.
- 5- Cawson, R.A., Lehner, T.: Chronic hyperplastic candidiasis: Candidial leukoplakia. *Br. J. Dermatol.* 80: 9. 1968.
- 6- Davis, J.N.: An experimental study of hiccup. *Brain.* 93: 851. 1970.
- 7- De Villez, R.L., Lewis, C.W.: Candidiasis seminar *Cutis.* 19: 69. 1977.
- 8- Edwards, J.E.: Severe candidial infections. *Ann. Intern. Med.* 89: 91. 1978.
- 9- Kirkpatrick, C., et al.: Chronic mucocutaneous candidiasis. *Ann. Intern. Med.* 74: 955. 1971.
- 10- Pope, C.E.: Pathophysiology and diagnosis of peptic esophagitis. *Gastroenterology.* 70: 455. 1976.
- 11- Souadjian, J.V., Cain, J.C.: Intractable Hiccup, Etiologic Factors in 220 cases, *Post Graduate Med.* 43: 72. 1968.