

Pür Hıçkırık ile Prezante Olan İnme

Stroke Presenting with Pure Hiccup: Case Report

Zeynep ÖZÖZEN AYAS,^a
Ayhan BÖLÜK^a

^aNöroloji Kliniği,
Sakarya Üniversitesi Eğitim ve
Araştırma Hastanesi, Sakarya

Geliş Tarihi/Received: 06.05.2016
Kabul Tarihi/Accepted: 09.09.2016

Yazışma Adresi/Correspondence:
Zeynep ÖZÖZEN AYAS
Sakarya Üniversitesi Eğitim ve
Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği,
Sakarya,
TÜRKİYE/TURKEY
zozozen@hotmail.com

ÖZET Hıçkırık, diyaframın aralıklı kasılması ve bu esnada glottisin kapanması ile karakterize, refleks orijinli bir aktivitedir. Çok sayıda ve değişik sebeplere bağlı olabilmektedir. Kronikleştiğinde hayat kalitesinin bozulmasına neden olduğundan tedavi edilmesi gereklidir. Tedavisi, saptanabilirse organik nedeni düzeltmek ve medikal ilaç ile kontrol altına almaktır. İzole nörojenik hıçkırık nadir olup, genellikle beyin sapı bulguları eşlik etmektedir. Akut başlangıçlı ve sadece hıçkırık yakınması bulunan 75 yaşındaki erkek olguya, nörolojik muayene ve beyin görüntüleme tetkikleri sonucunda kardiyoemboliye bağlı akut iskemik inme tanısı konulmuştur. Bu çalışmada, sadece hıçkırık ile prezante olan iskemik inmeli olgu nadir olmasından dolayı sunulmuştur. Hıçkırığa eşlik eden beyin sapı bulguları olmayan olguda nörojenik nedenler ve tedavi seçenekleri vurgulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hıçkırık; inme

ABSTRACT Hiccup is a reflex originated activity that is characterized by an intermittent contraction of diaphragm and followed by glottic closure. Numerous and different reasons may cause it. When it is chronic, required to treat because of deterioration of quality of life. The treatment is based on the organic disorder and controlling with medical therapy. Isolated neurogenic hiccup is rare, and usually associated with brain stem symptoms. A 75-years-old male patient who had acute and pure hiccup symptom, diagnosed with acute ischemic stroke due to cardioembolism in consequence of neurological examination and cranial imaging. In this article, a case of ischemic stroke who presenting with pure hiccup is presented due to rarity. Neurogenic causes and treatment options are emphasized in a patient with hiccups accompanying no brain stem symptoms.

Keywords: Hiccup; stroke

Hıçkırık, diyaframın ve eksternal interkostal kasların ani kasılması ile oluşan bir reflekstir. Çok sayıda ve değişik sebeplere bağlı ortaya çıkabilmektedir. Süreklilik gösterdiğinde hayat kalitesinin bozulmasına neden olduğundan tedavi edilmesi gereklidir. Akut başlangıçlı ve sadece hıçkırık yakınması bulunan olgumuzun nörolojik muayene ve beyin görüntüleme tetkikleri sonucunda akut serebrovasküler hastalık tanısı konulmuş, hıçkırık bu sendromun bir başlangıç bulgusu olarak değerlendirilerek tedavi edilmiştir.

OLGU SUNUMU

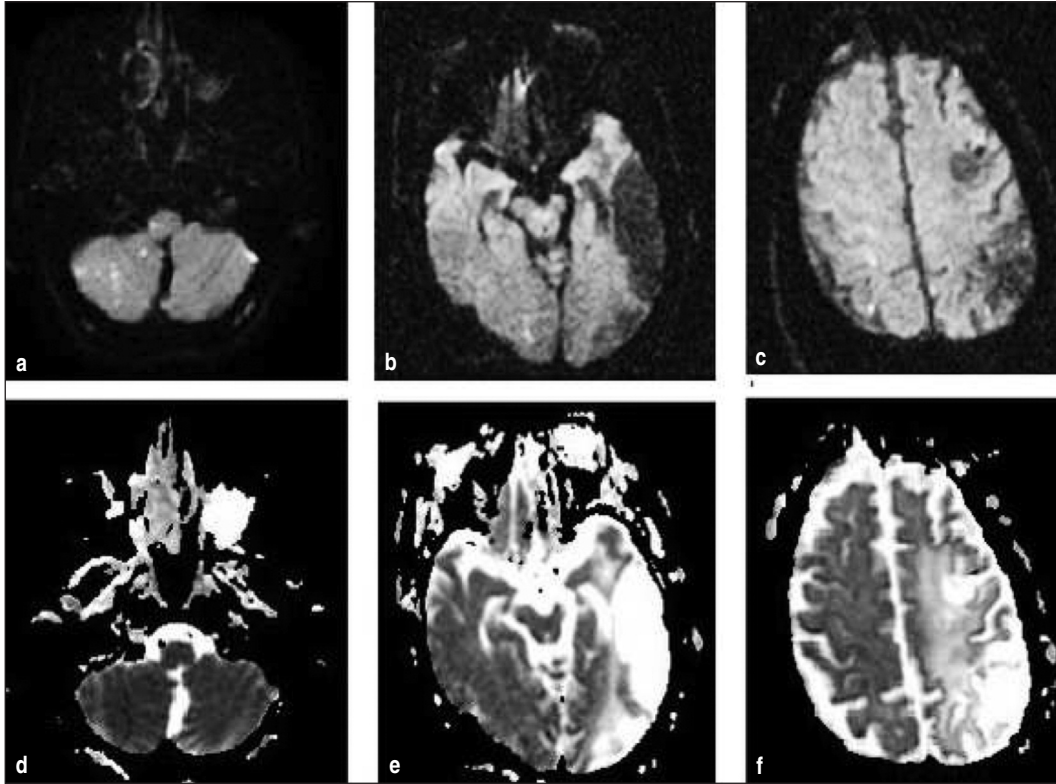
Yetmiş beş yaşındaki erkek olgu, 2 gündür devam eden ani başlangıçlı hıçkırık şikâyeti ile polikliniğe başvurdu. İleri derecede ve yemek yemesini dahi

zorlaştıran hıçkırığın 2 gün önce başladığı öğrenildi. Sadece hıçkırık şikâyeti ile başvuran ve ek nörolojik yakınması olmayan olgunun öz geçmişinde hipertansiyon ve serebrovasküler hastalık öyküsü mevcuttu. Olgunun sağ hemiparezi (4+/5) ve motor afazisinin 3 yıl önce geçirdiği serebrovasküler hastalık sekeli olduğu öğrenildi. Olgu, inme sonrası epilepsi nedeni ile karbamazepin 400 mg, levatirasetam 1.000 mg, ayrıca klopidogrel ve antihipertansif tedavilerini düzenli kullanıyordu. Nörolojik muayenesinde daha önce geçirdiği serebrovasküler hastalık sekeli olan sağ nazolabial oluk silikliği, motor afazi, sağ hemiparezi 4+/5, sağ Babinski pozitifliği saptanırken, ek olarak yeni başlangıçlı yoğun hıçkırığı olduğu gözlemlendi. Rutin hemogram ve biyokimyasal değerlerinde herhangi bir anormallik görülmedi. Karbamazepin düzeyi 4,8 µg/mL olarak saptandı. Elektrokardiyogramda atriyal fibrilasyonu olan olgunun bilgisayarlı beyin tomografisinde akut patoloji saptanmadı, kronik sol orta serebral arter alanında infarkt ile uyumlu ensefalomazik alan ve sağ frontalde menenjiom ile uyumlu görüntü tespit edildi. Çekilen difüzyon ve “apparent diffusion co-

efficient” manyetik rezonans görüntülemesinde sağ oksipital, pariyetal, serebellum ve sağ medulla oblangatada noktasal tarzda akut infarkt ile uyumlu kısıtlılık gözlemlendi (Resim 1a-f). Ekokardiyografide sol ventrikül hipertrofisi saptanırken, karotis vertebral Doppler ultrasonografisinde anlamlı darlık saptanmadı. Olguya düşük molekül ağırlıklı heparin ve warfarin sodyum tedavisi eklendi. Hıçkırık tedavisine yönelik klorpromazin günde 2 kez 25 mg verildi; yanıt alınamayan olgunun gece dozu 50 mg’a yükseltildi; ancak yanıt alınmayıp, yoğun sedasyon nedeni ile ilaç kesildi. Olgunun epilepsi için kullanmakta olduğu karbamazepin dozu 400 mg’dan 1.000 mg’a çıkarıldı. Şiddeti azalan, ancak devam eden hıçkırık için gabapentin günde 2 kez 400 mg eklendi. Ek tedavi ile 4 gün içinde olgunun şikâyeti tamamen düzeldi.

TARTIŞMA

Hıçkırık refleksi kompleks bir mekanizmaya sahiptir. Vagal, sempatik ve frenik afferent liflerin uyarımı sonucu efferent frenik ve interkostal sinirler diyafram ve interkostal kasların kontraksiyo-



RESİM 1a-f: Difüzyon ve “apparent diffusion coefficient” manyetik rezonans görüntülemesinde sağ oksipital, pariyetal, serebellum ve sağ medulla oblangatada noktasal tarzda akut infarkt.

nuna neden olmaktadır.^{1,2} Hıçkırığa sebep olabilecek çok sayıda neden arasında gastrointestinal kökenli hastalıklar en sık görülen sistemik nedendir. Gastroözofageal reflü de en sık görülen nedenler arasındadır.³ Nörolojik nedenler arasında ise iskemik/hemorajik serebrovasküler hastalıklar, menenjit, ensefalit, tümörler ve kafa travmaları yer almaktadır.⁴ Olgumuzda da hıçkırığın, kardiyembolik inmeye bağlı medulla oblongatadaki akut iskemik infarkta sekonder oluştuğu düşünülmüştür; medulla oblongatada vagal nükleus ve traktus solitariusun etkilenmesine bağlı gelişmektedir. İzole nörojenik hıçkırık nadir olup, genellikle beyin sapı bulguları eşlik etmektedir.⁵ Ancak, olgumuzda hem anamnezde hem de nörolojik muayenede eşlik eden beyin sapı bulguları olmayıp, sadece akut başlangıçlı hıçkırık mevcuttu.

Hıçkırık, süresine göre akut ve kronik olarak sınıflandırılmaktadır. Eğer 48 saatten kısa süreli ise akut, 48 saatten uzun ya da tekrarlayan ataklar şeklinde oluyorsa kronik olarak tanımlanmaktadır. Olgumuzda da hıçkırık semptomu daha önce olmayıp son 48 saat içinde akut bir başlangıç göstermiştir. Ayrıca, uyku dönemi dışında sürekli, yoğun şekilde ve akut olması ani gelişen bir patolojiyi düşündürmektedir.

Hıçkırık bazı manevralarla akut dönemde basılabilmektedir. Yemek yemek, su içmek, sık ve kapalı ortamda soluyarak respiratuar alkaloz tablosu vagal uyarılma sağlayarak hıçkırığı sonlandırabilmektedir. Klorpromazin, kronik hıçkırık tedavisinde en sık kullanılan ilaçtır.⁶ Hıçkırık tedavisinde etkisini hipotalamusta dopamin antagonizmi ile sağlamaktadır. Ancak, hastalarda yeterli yararın sağlanamaması, hipotansiyon ve aritmi gibi ciddi yan etkilerinin olması, klorpromazinin özellikle serebrovasküler nedenli kronik hıçkırıklarda kullanımını azaltmaktadır.⁷ Olgumuzda da benzer şekilde klorpromazin günde 2 kez 25 mg başlanıp, ancak 75 mg'a yükseltilebilmiştir; fakat yanıt alınamamış, yoğun sedasyon nedeni ile ilaç kesilmek zorunda kalınmıştır.

Tek başına ya da kombine tedavide önerilen ilaçlar arasında valproik asit, karbamazepin, gabapentin gibi antikonvülsanlar ve kalsiyum kanal

blokerleri, kısa etkili benzodiazepinler yer almaktadır.⁶⁻¹⁰ İnatçı vakalarda vagus sinirinin dekompresyonu ve frenik sinire yönelik cerrahi girişimler uygulanabilmektedir.¹¹ Karbamazepin ve fenitoin santral nöronlardaki eksitator sodyum kanallarını inhibe ederek etkisini göstermektedir. Gabapentin, medüller retiküler formasyondaki hasarlanmış GABAerjik inhibitör hücrelerin hasarlanması sonucu artan eksitator yanıtı, GABA'nın inhibitör etkilerini artırarak düzenlemektedir. Olgumuzda da epilepsi için kullanmakta olduğu karbamazepin dozu 400 mg'dan 1.000 mg'a çıkarılmıştır. Şiddeti azalan, ancak devam eden hıçkırık için gabapentin günde 2 kez 400 mg eklenmiştir. Bu tedavi ile olgumuzda hıçkırık tamamen kontrol altına alınmıştır.

Hıçkırık tedavisinde kullanılan ilaçların birbirine üstünlüğü net olarak kanıtlanamamıştır. Tedavi seçenekleri, hasta özellikleri ve hekimlerin tercihinine göre değişkenlik gösterebilmektedir.

Bu çalışmada, sadece akut başlangıçlı hıçkırığı olup eşlik eden beyin sapı bulguları saptanmayan olguda nörojenik nedenlerin atlanmaması gerekliliği ve tedavi seçenekleri vurgulanmıştır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması veya finansal destek bildirmemiştir.

Yazar Katkıları

Fikir/Kavram: *Araştırma ve/veya makalenin hipotezini veya fikrini oluşturmak:* Zeynep Özözen Ayas, Ayhan Bölük; **Tasarım:** *Sonuçlara ulaşılmasını sağlayacak yöntemi tasarlamak:* Zeynep Özözen Ayas, Ayhan Bölük; **Denetleme/Danışmanlık:** *Araştırmanın/çalışmanın yürütülmesini organize etmek, ilerlemesini gözetmek ve sorumluluğunu almak:* Zeynep Özözen Ayas, Ayhan Bölük; **Veri Toplama ve/veya İşleme:** *Hastaların takibi, ilgili biyolojik materyallerin toplanması, verilerin düzenlenmesi ve raporlanması, deneyle ilgili sorumluluk almak:* Zeynep Özözen Ayas, Ayhan Bölük; **Analiz ve/veya Yorum:** *Bulguların mantıklı bir şekilde değerlendirilerek sonuçlandırılmasında sorumluluk almak:* Zeynep Özözen Ayas, Ayhan Bölük; **Kaynak Taraması:** *Çalışma için gerekli kaynak taramasında sorumluluk almak:* Zeynep Özözen Ayas, Ayhan Bölük; **Makalenin Yazımı:** *Çalışmanın tamamının ya da önemli bölümlerinin yazılmasında sorumluluk almak:* Zeynep Özözen Ayas, Ayhan Bölük.

KAYNAKLAR

1. Marinella MA. Diagnosis and management of hiccups in the patient with advanced cancer. *J Support Oncol* 2009;7(4):122-7.
2. Howards RS. Persistent hiccups. *BMJ* 1992; 305(6864):1237-8.
3. Federspil PA, Zenk J. [Hiccup]. *HNO* 1999; 47(10):867-75.
4. Textbook of Medical Physiology. Gastrointestinal Bozuklukların Fizyolojisi. Pekcan M, Tibbi Fizyoloji. Guyton AA, Hall JE, Çavuşoğlu H, editörler. 10. Baskı. Philadelphia, türkçe çevirisi Nobel-Yüce, 200. s.768.
5. Warlow C, van Gijn J, Dennis M, Wardlaw J, Bamford J, Hankey P, et al. *Stroke: Practical Management*. 3rd ed. Chichester: John Wiley & Sons; 2008. p.1008.
6. Lipsky MS. Chronic hiccups. *Am Fam Physician* 1986;34(5):173-7.
7. Friedman NL. Hiccups: a treatment review. *Pharmacotherapy* 1996;16(6):986-95.
8. Kumar A, Dromerick AW. Intractable hiccups during stroke rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil* 1998;79(6):697-9.
9. Petroianu G, Hein G, Stegmeier-Petroianu A, Bergler W, Rüfer R. Gabapentin "add-on therapy" for idiopathic chronic hiccup. *J Clin Gastroenterol* 2000;30(3):321-4.
10. Wilcock A, Twycross R. Midazolam for intractable hiccup. *J Pain Symptom Manage* 1996;12(1):59-61.
11. Johnson DL. Intractable hiccups: treatment by microvascular decompression of the vagus nerve. Case report. *J Neurosurg* 1993;78(5): 813-6.