

# Helikobakter Piloni Pozitif Dispepsili Hastalarda Endoskopi Işığında Semptomların Değerlendirilmesi

EVALUATION OF SYMPTOMS IN H.PYLORI POSITIVE PATIENTS, BASED ON ENDOSCOPY

Dr.Ömer DÖNDERİCİ, Dr.Şükrü DURLU, Dr.Hasan ÖZKAN, Dr.Ali ÖZDEN

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Kliniği, AN KARA

## ÖZET

Bu incelemede 126 Helikobakter Piloni pozitif dispepsili hastanın endoskopik görünümüyle semptomları karşılaştırıldı. Tüm hastalar endoskopi bulgularına göre ülserli dispepsi (ÜD) ve ülseriz dispepsi (NÜD) olarak iki gruptan birine sokuldu. Bu hastaların %16.7'si normal, %33.3'ü peptik ülserliydi. ÜD grubunda NÜD grubuna göre ritmisüe, periyodisite, gece ağrısı ve sırta yayılımın anlamlı olarak daha duyarlı olduğunu saptadık; ama özgülüğü daha sınırlı idi.

**Anahtar Kelimeler:** Helikobakter Piloni, Peptik ülser, Ülseriz dispepsi, Semptomlar

**T Klin Gastroenterohepatoloji 1993,4:12-17**

"Dispepsi", tanım ve sınıflamasında süregelen karışaya rağmen özellikle çok yüksek prevalansı nedeniyle son yıllarda yoğun ilgi odaklarından biri haline gelmeye başlamıştır. Pratik açıdan sorun, her gün pek çok dispepsili hastayla karşılaşacak hekimin ne gibi bir tavır alması gerektiğidir. Hastaların önemli bir bölümünün "fonksiyonel" olarak nitelenen, "organik" bir patolojinin saptanmadığı hasta grubundan oluşu; altta yatabilecek nedenlerin ortaya konması için çok sayıda, pahalı, zaman alıcı, kimi zaman da invaziv incelemeler gerektirmesi bazı özel durumlar dışında hasta ile hekimin ilk karşılaşmasında "ayaküstü" tanıya dayanan "ampirik" tedavi stratejilerini gündeme getirmiştir. Kuşkusuz bu "ayaküstü" tanı da iyi bir sorgulamayla dispepsinin tipinin iyi bir şekilde ortaya konmasına bağlıdır.

Öte yandan fonksiyonel dispepsilerin kökeninde Helikobakter Piloni (HP)'nin olabileceğine ilişkin pek çok

## SUMMARY

In this study we were compared the endoscopic appearance and symptoms of Helicobacter Pylori positive 126 dyspeptic patients. All patients were allocated to one of two groups, based on endoscopy: ulcer dyspepsia (UD) and non-ulcer dyspepsia (NUD). The endoscopic appearances of these patients were normal in 16.7% and peptic ulcer was observed in 33.3%. We found a significantly higher sensitivity at the UD group compared to the NUD group for rhythmicity, periodicity, night pain and radiation to back; but their specificity was less significant.

**Key Words:** Helicobacter Pylori, Peptic ulcer, Non-ulcer dyspepsia, Symptoms

**Turk J Gastroenterohepatol 1993, 4:12-17**

veri bulunmaktadır (1-4). Buna karşılık ülkemizde üst gastrointestinal yakınmalarla başvuran hastaların neredeyse tümüne yakın bir bölümünde (%91) HP pozitif bulunmuştur (5).

Bizim bu çalışmayla amacımız HP pozitif olgularda semptomların endoskopi ya da tam tersine, endoskopinin semptomlarla ne ölçüde uyduğunu ortaya koyarak endoskopik bulgularla semptomların korelasyonunu araştırmaktır. Bu yaklaşımımıza temel oluşturan şey, pek çok seride dispeptik semptomlara sahip olan hastaların yarısından çoğunun endoskopisinde organik bir patolojinin varlığıdır (6-11). Hatta bazı araştırmacılar endoskopisi normal hastaların "fonksiyonel" kabul edilebileceğini (12); bu hastaların çoğu kere daha ileri bir inceleme gerektirmediğini (13) ileri sürmektedir.

## HASTALAR VE YÖNTEM

AÜTF Gastroenteroloji polikliniğine "en az bir aydan beri sürekli veya zaman zaman üst gastrointestinal kaynaklı olduğu düşünülen karın ağrısı ve hazımsızlık" yakınmasıyla başvuran hastalara peptik ülser (PÜ) ve üst gastrointestinal kanama (ÜGİK) öyküsü, sigara, alkol ve ilaç kullanımı; ağrı ve hazımsızlıkla ilgili niteleyici

**Geliş Tarihi:** 26.9.1992

**Kabul Tarihi:** 15.12.1992

**Yazışma Adresi:** Dr.Ömer DÖNDERİCİ  
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Gastroenteroloji Kliniği  
ANKARA

sorular soruldu. Daha sonra özofagogastroduodenoskopi yapılarak makroskopik bulgular kaydedildi; antrumun iki değişik yerinden üçer kez alınan biopsilerle ayrı ayrı sitolojik, patolojik değerlendirmeler için yaymalar hazırlandı; CLO test uygulandı. Sitolojik inceleme May-Grumwald-Giemsa, patolojik inceleme Haematoksilen-Eosin ile boyanarak değerlendirildi. Bu incelemelerden herhangi birindeki pozitiflik HP varlığı için yeterli sayıldı.

HP (+), sorgusu ve endoskopisi yapılmış 68'i erkek, 58'i kadın toplam 126 olgu çalışmamıza katıldı. Olguların yaş ve cins özellikleri Tablo 1'de gösterildi (bk Tablo 1). Çalışma grubu, -olguların endoskopi bulgularına göre- duodenal ve gastrik ülser (DÜ;GÜ) ile deforme bulbus (DB)'un belirlendiği olgular "ülserli dispepsi (ÜD)"; endoskopisi tümüyle normal (N) olanlarla çeşitli tip ve derecedeki gastrit (GT) ve duodenit (DT) saptananlar "ülsersiz dispepsi (NÜD)" şeklinde ikiye ayrıldı. Bulguların istatistik değerlendirmesi ki kare ve t anlamlılık testleriyle yapıldı.

Tablo 1. Olguların yaş ve cins dağılımları

	Erkek	Kadın	Toplam
Olgu	68	58	126
Ort. Yaş	41.0	40.8	40.9
Yaş Dağ.	17-66	22-66	17-66

## BULGULAR

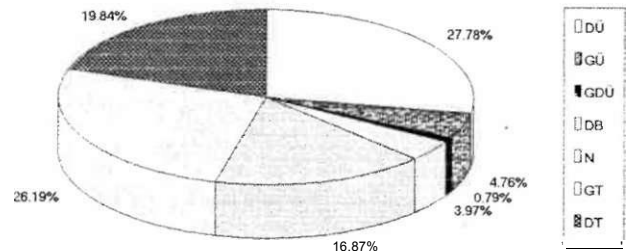
Olguların endoskopik incelenmesinde -semptomatolojide baskın olduğu düşünülen patolojiler gözönünde tutulup yandaş patolojiler gözardı edilerek- 21 olguda (%16.7) herhangi bir endoskopik patoloji saptanmadı. Buna karşılık 6 (%4.8) olguda gastrik, 35(%27.8) olguda duodenal, 1(%0.8) olguda gastrik+duodenal (GDÜ) olmak üzere toplam 42(%33.3) olguda aktif peptik ülser, 5 olguda (%4.0) deforme bulbus belirlendi. Kalan 58(%46.0) olgudan 33 (%26.2)'ünde değişik tip ve derecede gastrit, 25 olguda (%19.8) duodenit bulunmaktaydı (bk Tablo 2, Şekil 1).

Çalışma grubunun yaş, cins, bazı öykü özellikleri ve semptomlarına ilişkin bilgiler, saptanan endoskopik patolojilere göre ayrılarak Tablo 3'de gösterildi (bk Tablo 3). Olguların 25'i erkek, 17'si kadın 42'sinde (%33.3) PÜ öyküsünün olduğu görülmektedir. Bunlardan 18'inde 1-4, 5'inde 5-9, 10'unda 10-14, 6'sında 15-19, 3'ünde 20 yıl ve üstünde bir öykü süresi belirlenmiştir. Buna karşılık ÜGİK öyküsü veren 14'ü erkek, 6'sı kadın 20 hastadan 2'si hematemiz, 14'ü melena, 4'ü hematemiz+melena tanımlanmaktadır. Tablonun incelenmesinden PÜ ve ÜGİK öyküsünün ÜD'lilerde NÜD'lilere; DT'ilerde de GT ve N'lere göre anlamlı fazla olduğu görülmektedir. 13 hastada hem PÜ, hem de ÜGİK öyküsü bulunmaktadır.

Hastalardan 29'u erkek, 14'ü kadın 43 (%34.1) olgudan 7'si günde 5, 12'si 10, 21'i 20, 1'i 30, 2'si 40

Tablo 2. Olguların endoskopisi bulguları (yakınmaya temel olduğu düşünülen bulgular n1, tüm patolojiler n2 kolonunda gösterildi)

	n1	%	n2	%
<b>ÜD GRUBU</b>	47	37.3		
GÜ	6	4.8	7	5.6
DÜ	35	27.8	36	28.6
GDÜ	1	0.8		
DB	5	4.0	14	11.1
<b>NÜD GRUBU</b>	79	62.7		
N	21	16.7	21	16.7
GT	33	26.2	75	59.5
DT	25	19.8	37	29.4
ÖT	—	—	13	10.3



Şekil 1. Helikobakter pitörî pozitif olgularda endoskopi bulguları.

dolayında sigara içtiğini ifade etti. Haftada 70 cl rakıya karşılık gelen miktarın üzerinde alkol alan 10 olgu (%7.9) bulunmaktaydı. Ne sigara ne de alkolün gruplardan hiç birinde anlamlı fazlalık göstermediği, bir diğer deyişle alkol ve sigara içiminin endoskopi bulgularından bağımsız olduğu ortaya çıktı. NSAİD kullanımı öyküsü veren 41 (%32.5) hasta için de benzer şeyler söylenebilir. Ancak GÜ'lilerde DÜ'lilere kıyasla istatistiksel anlamlı olmasa da (0.1>p>0.05) NSAİD öyküsünün daha sık olduğu dikkati çekmektedir.

### Ülserli (ÜD) ve ülsersiz (NÜD) dispepsili hastaların karşılaştırılması

Tablonun incelenmesinden (bk Tablo 3) dispepsi grubumuzu 47 ÜD (DÜ, GÜ, DB), 79 NÜD (N, GT, DT)'li hastanın oluşturduğu görülmektedir. Bu iki büyük grup arasında anlamlı yaş ve cins farkı saptanmadı. Yine sigara (p<0.5), alkol (0.5>p>0.1) ve NSAİD (0.5>p>0.1) kullanımı yönünden de fark yoktu. Buna karşılık,

a. ÜD'li grupta PÜ (p<0.01) ve ÜGİK (0.05>p>0.02) öyküleri anlamlı olarak fazla bulundu.

b. PÜ'e karşılık gelebilecek karın ağrısı ve bununla ilgili özellikler açısından da anlamlı fark saptandı: PÜ grubu hem daha çok ağrıdan yakınmış (0.01>p); hem de ağrının ritmisite (p<0.01), periyodisite (p<0.01), uyku- dan uyandırıcılık (p<0.01) ve sırta yayılım (p<0.01) niteliklerinin anlamlı olarak fazla olduğu görülmüştür. Re-

Tablo 3. Olgularımızın endoskopi sonuçlarına göre yaş, cins ve sorgularının miktar ve yüzdeleri

	ÜLSERLİ DİSPEPSİ						ÜLSERSİZ DİSPEPSİ																				
	ÜL	CJi	%	an	TOP	%	Ü1	%	Ü2	%	Ü3	%	Ü4	%	Ü5	%	Ü6	%	Ü7	%	Ü8	%	Ü9	%	Ü10	%	
On Ya.;	36	28.6	7	5.6	5	47	37.2	21	16.7	33	26.2	25	19.8	79	62.7	126	100										
E/K	17/19	47.2/52.8	3/4	42.9/57.1	4/1	23/24	48.9/51.1	7/14	33.3/66.6	18/15	54.5/45.5	20/5	80.0/20.0	45/34	57.0/43.0	68/58	54/46										
Ağrılı	30	83.3	6	85.7	3	38	80.9	13	61.9	14	42.4	17	68.0	44	55.7	82	65.1										
Hafif	5	13.9	4	57.1	1	10	21.3	6	28.6	5	15.2	10	40.0	21	26.6	23	18.3										
Orta	21	58.3	2	28.6	2	24	51.1	6	28.6	9	27.3	4	16.0	19	24.1	51	40.5										
Şiddetli	4	11.1	0	0.0	0	4	8.5	1	4.8	0	0.0	3	12.0	4	5.1	8	6.3										
Aönsüz	6	16.7	1	14.3	2	9	19.1	8	38.1	19	57.6	8	32.0	35	44.3	44	34.9										
PU Öyk	22	61.1	3	42.9	4	28	59.6	3	14.3	3	9.1	8	32.0	14	17.7	42	33.3										
ÜÖİK	9	25.0	3	42.9	2	13	27.7	2	9.5	0	0.0	5	20.0	7	8.9	20	15.9										
NSAİD	9	25.0	4	57.1	1	13	27.7	5	23.8	12	36.4	11	44.0	28	35.4	41	32.5										
Sigara /	15	41.7	2	28.6	1	16	34.0	6	28.6	12	36.4	9	36.0	27	34.2	43	34.1										
Alkol	2	5.6	0	0.0	0	2	4.3	1	4.8	3	9.1	4	16.0	8	10.1	10	7.9										
Ritmi.-iite	22	61.1	5	71.4	2	28	59.6	6	28.6	10	30.3	11	44.0	27	34.2	55	43.7										
Peryodisite	23	63.9	2	28.6	3	28	59.6	3	14.3	5	15.2	4	16.0	12	15.2	40	31.7										
Gece AEnsif	26	72.2	1	14.3	2	29	61.7	5	23.8	5	15.2	10	40.0	20	25.3	49	38.9										
Sırt Vurma	23	63.9	2	28.6	3	27	57.4	7	33.3	8	24.2	11	44.0	26	32.9	51	42.1										
Retroster. A	14	38.9	1	14.3	0	15	31.9	7	33.3	5	15.2	5	20.0	17	21.5	32	25.4										
Pirozis	24	66.7	5	71.4	4	32	68.1	14	66.7	21	63.6	17	68.0	52	65.8	84	66.7										
Regürji	18	50.0	3	42.9	4	25	53.2	15	71.4	14	42.4	13	52.0	42	53.2	67	63.2										
Ep. Ağ.	21	58.3	5	71.4	1	27	57.4	14	66.7	20	60.6	17	68.0	51	64.6	78	61.9										
Ep. Dol	22	61.1	3	42.9	2	27	57.4	17	81.0	22	66.7	19	76.0	58	73.4	85	67.5										
Çabuk Doyma	14	38.9	2	28.6	2	18	38.3	14	66.7	17	51.5	9	36.0	40	50.6	58	46.0										
Geçirme	21	58.3	4	57.1	1	26	55.3	16	76.2	16	48.5	16	64.0	48	60.8	74	58.7										
Bulanti	17	47.2	4	57.1	3	23	48.9	9	42.9	9	27.3	9	36.0	27	34.2	50	39.7										
fÇisima	12	33.3	0	0.0	0	12	25.3	3	14.3	0	0.0	3	12.0	6	7.6	18	14.3										
Vefes Kokusu	15	41.7	2	28.6	2	18	38.3	10	47.6	8	24.2	9	36.0	27	34.2	45	35.7										
Kabızlık	18	50.0	3	42.9	2	22	46.8	12	57.1	18	54.5	7	28.0	37	46.8	59	46.8										
İshal	0	0.0	0	0.0	1	1	2.1	0	0.0	1	3.0	1	4.0	2	2.5	3	2.4										
Spastik	0	0.0	0	0.0	0	0	0.0	1	4.8	0	0.0	0	0.0	1	1.3	1	0.8										
Normal Def	18	50.0	4	57.1	2	24	51.1	8	38.1	14	42.4	17	68.0	39	49.4	63	50.0										
Normal Gaz	18	50.0	3	42.9	3	24	51.1	15	71.4	20	60.6	16	64.0	51	64.6	75	59.5										

(DÜ: duodenal ülser, GÜ: gastrik ülser, DB: deforme bulbus, N: normal, GT: gastrit, DT: duodenit, TOP: toplam, PÜ: peptik ülser, ÜGİK: üst gastrointestinal kanama, Retroster. A: retrosternal ağrı, EP. Ağ: Epigastrikağrı, Ep Dol: epigastrik dolgunluk, Nor Def: normal defekasyon)

trosternal ağrı açısından ise iki grup arasında bir fark bulunmamıştır.

c. iki grubunu dispeptik yakınmalar açısından değerlendirilmesinde yalnız çabuk doyma (0.05>p>0.02) ve kusma (0.05>p>0.02)'nin PÜ grubunda daha çok görüldüğü, diğer semptomlar arasında anlamlı farklılık görülmemektedir.

ÜD grubunda duodenal ve gastrik ülsörlölerin karşılaştırılması

a. Ortalama yaşın DÜ'de 38.0 olmasına karşılık GÜ'de 50.9 oluşu,

b. NSAİD kullanımının GÜ grubunda göreceli çokluğu (0.1 >p>0.05),

c. Ağrılarının şiddetini DÜ'lölerin daha çok orta, GÜ'lölerin hafif olarak nitelömeleri,

ç. Gece uyandıran ağrı ve kusmanın DÜ'lölerde anlamlı fazlalığı (p<0.01) başlıca vurgulanabilecek farklılıktır.

NÜD (N;GT;DT) grubunun kendi içinde karşılaştırılması

a. Anlamlı yaş farkının olmamasına karşılık normalde kadın, duodenitölerde erkeklerin baskın olduğu görölmektedir (p<0.01).

b. PÜ ve ÜGİK öyküleri DT'lölerde anlamlı olarak fazladır (0.05>p>0.02).

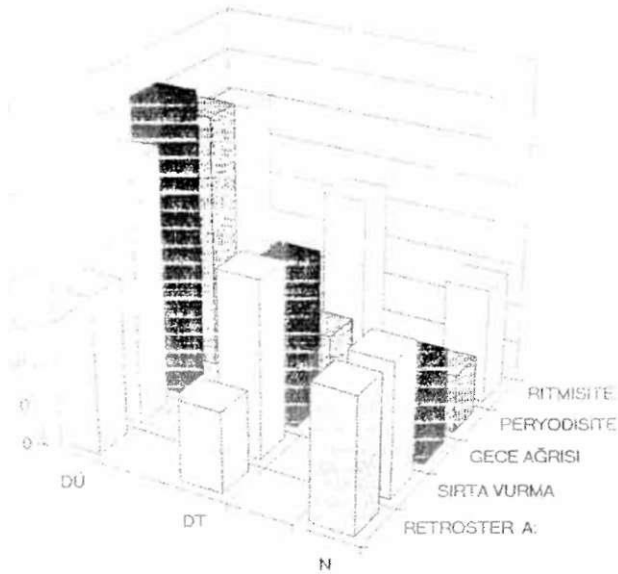
c. Gece ağrısı DT'de anlamlı olarak daha sıklıkla (0.05>p>0.02). ilginç olarak istatösel anlamlı olmasa da normal endoskopili ölgöler epigastrik ağrı ve PÜ'öi nitelöyebilecek semptomlardan GT'lölere göre daha çok yakınmaktadırlar.

ç. Normal endoskopilölerde regürjitasyon, çabuk doyma, geçirme ve kabızlığın istatösel anlamlı olarak GT ve/veya DT'lölerden daha yüksek olduğu göröldü.

Çalışmayla yanıt bulmağa çalıştığımız en önemli sorunlardan biri de, semptomların bizi ne ölçüde endoskopiyle doğrulanmış PÜ tanısına götürebileceğidir. Tablodan da izlenebileceği gibi (bk Tablo 4), epigastrik ağrı (EA), özellikle PÜ tanısında oldukça duyarlı; buna karşın özgüllüğü sınırlıdır. DÜ tanısı için en duyarlı semptom "gece ağrısı"dır. Ancak ritmisite (R), peryodisite (P) ve sırta vuran ağrı (SVA)'nın da duyarlı olduğu söylenebilir, ilginç olarak GÜ için en ve tek duyarlı semptomun ritmisite olduğu görölmektedir. Daha önce de R, P, GA, SVA yakınmalarının ÜD ile NÜD arasında oldukça anlamlı olarak farklı bulunduğö söylenmişti. ÜD grubunda GA, DÜ'lölerde GÜ'lölere; NÜD grubunda ise DT'lölerde GT'lölere göre anlamlı fazla bulundu (Şekil 2).

Tablo 4. Paptik üiser ağrısına ilişkin semptomların duyarlık ve özgüllüğü (R:Rltmsite, P:Peryodisite, GA:Gece Ağrısı, SVA: Sirtavuran Ağrı, RSA:RetrosternalAğrı)

	DUYARLILIK (%)				ÖZGÜLLÜK (%)			
	DÜ	GÜ	DT	N	DÜ	GÜ	DT	N
A »	83.3	85.7	68.0	61.9	36.6	7.3	20.7	15.9
R	61.1	71.4	44.0	28.6	40.0	9.1	20.0	10.9
o	63.9	28.6	16.0	14.3	57.5	5.0	10.0	7.5
GA	72.2	14.3	40.0	23.8	53.1	2.0	20.4	10.2
SVA	63.9	3.6	44.0	33.3	43.4	3.8	20.8	13.2
RSA	38.8		0.0	33.3	43.8	3.1	15.6	21.9
R+P+GA+								
SVA+RSA	25.0	0.0	8.0	4.8	64.3	0.0	14.3	7.1
R+P+GA+SY	38.9	0.0	12.0	4.8	63.6	0.0	13.6	4.5
R+P+GA	47.2	14.3	16.0	14.3	56.7	3.3	13.3	10.0
R*P	52.0	8.6	0.0	14.3	54.3	5.7	11.4	8.6
R+GA	50.0	14.3	8.0	19.0	50.0	2.8	19.4	19.0
P+GA	52.8	14.3	16.0	14.3	55.9	2.9	11.8	8.8



Şekil 2. Endoskopik bulgulara göre semptomların karşılaştırılması.

Ancak DÜ grubunda sözü edilen beş semptomdan en özgül olanının P olduğunu; bunu hemen ardından GA'nın izlediğini görmekteyiz. Yine Dillerde özgüllüğün düşük olmakla birlikte GÜ ve N'lerden göreceli fazlalığı dikkati çekmektedir.

Bu semptomların kombinasyonları içinde DÜ için en duyarlı olanların R, P; GA'nın aralarındaki kombinasyonlar olduğu; hemen tüm kombinasyonların DÜ özgüllüğünü arttırdıkları görülmektedir.

Tablo 31e de görülebileceği gibi DÜ'lilerin %16.7 ve GÜ'ülerin %14.3'ü aktif ülserlerinin varlığına rağmen epigastrik ağrı yakınmalarının olmadığını söylemişlerdir. Ağrısız 4'ü erkek, 2'si kadın 6 DÜ'li hastadan 2'si NSAİD kullanımı öyküsü veren hastalardı. Ağrıdan yakınmayan tek GÜ'li hastamız ise kadındı ve NSAİD tanımlamadı

NÜD'e karşılık gelebilecek semptomlar arasında en sık görülenler -sıklık sırasına göre- epigastrik dolgunluk, pirozis, epigastrik ağırlık, aşırı gaz, geğirme, regürjitasyon, çabuk doyma olarak sayılabilir. Dikkat çeken bir diğer bulgu da gerek ÜD, gerekse NÜD grubunda «yo\* hastada pek çok semptomun birlikte varlığıdır.

## TARTIŞMA

Girişte ı e belirttiğimiz gibi bugüne kadar yapılan dispepsi çalışmalarından olguların yarısından çoğunda endoskopik olarak bir patolojinin varlığının saptanması bazı araştırmacıları endoskopisi normal bulunan hastaların "fonksiyonel" sayılabileceği (12), bu hastaların genellikle daha ileri inceleme gerektirmediği (13) iddialarına yol açmıştır. Richter, İngiltere'de yapılan çalışmaları birleştirerek endoskopisi yapılan 3367 dispepsili hastadan %33'ünde normal, %23.9'unda gastroözofageal reflüks, %20.9'unda DT ve/veya GT, %19.9'unda PÜ, %2.0'sinde kanser bulunduğunu bildirmektedir (11). Yine bugüne değin yapılan değişik dispepsi serilerinde PÜ'In payı %13-56 (ort. %24) olarak bildirilmiştir (8,9,11,14-16). Bu da yaklaşık her 4 dispepsili hastadan birinde PÜ bulunduğu anlamına gelmektedir. Yine iki ayrı seride dispepsili hastalarda erken doyma %35-46, şişkinlik %40-21, aşırı gaz %48-50, epigastrik ağrı %46-58, bulantı veya kusma %56-51 olarak belirlenmiştir (17).

Bizim çalışma grubumuzda ise olguların ancak %16.7'si normal bulunmuş; %33.3'ünde yani üçte birinde aktif PÜ saptanmıştır. Hem dispepsili hastalar içinde endoskopik anormal bulgular, hem de PÜ yakınlama oranlarının literatürde bildirilen ortalamaların üstünde olduğu görülmektedir. Dispepsiye ilişkin semptomların sıklığının da çalışma grubumuzda yukarıda oranları verilen iki seriden daha yüksek oranlarda olduğu görülmektedir. PÜ'de gelişmiş ülkelerde gözlenen azalma eğilimi, ülkemizde sağlık sektöründeki sıkıntılı hastaneye başvuru "selektif olarak azaltılması ilk akla

gelebilecek gerekçelerdir. Ancak belki de üstünde önemli durulması gereken şeylerden biri de HP'nin ülkemizde Batı ülkelerine göre çarpıcı fazlalığıdır.

Son yıllarda yeniden Gastroenteroloji gündeminin baş sıralarına oturan HP, PÜ ve GT oluşumunda major faktörlerden biri olarak kabul görmeye birlikte bu konuda yanıt bulunması gereken pek çok sorunun olduğu da bir gerçektir. En azından artık pek tartışılmayan HP'nin GT ve PÜ'deki payı, HP pozitif hastalardan oluşan serimizdeki düşük "normal", yüksek "PÜ" oranı için bir gerekçe olabilir. DT'li hastaların duodenularında HP bulunduğu halde aktif enflamasyonun olmadığı kişilerde HP saptanamamıştır (18). Ayrıca son yıllarda yapılan pek çok çalışmayla aksi görüşler (19)'de olmakla birlikte kontrollere göre dispeptik hastalarda daha yüksek HP prevalansı belirlenmiş (3,20); HP'nin daha çok hangi semptomlara yol açtığı sorusuna yanıt aranmıştır: Marshal-Warren geçirti (21), Rokkas postprandial şişkinlik (3), Andersen semptomlarının devam süresi (22), Deltenre ülser benzeri yakınmalar (23), Rathbone regürjitasyon (24), Tucci epigastrik ağrı ve yanma (25)'nin daha sık görüldüğünü ileri sürmüşlerdir.

Dispepsili hastalar içinde literatürde 1/4, çalışmamızda 1/3'e ulaşan PÜ oranı, PÜ'in tanısında en önemli dayanağın hastanın -ağrısının- sorgulanması olduğu inancı nedeniyle dispepsili hastalarda "ayaküstü" tanıda PÜ semptomlarının yerinin tartışılmasını önemli hale getirir. Yanıtlamamız gereken soru semptomların ne ölçüde bizi endoskopiye doğrulanmış PÜ tanısına götürebileceğidir.

Tablo 4'te de gösterildiği gibi DÜ tanısı için sırayla gece ağrısı, peryodisite, sırta vuran ağrı ve ritmisitenin en duyarlı; peryodisite ve gece ağrısının da en özgül yakınmalar olduğu görülmektedir. Bunların kombinasyonlarıyla duyarlılık azalırken özgüllük artmaktadır. Literatürde bunlar içinde en çok PÜ kuşkuandıracak semptomun %50-88 oranıyla "gece ağrısı" olduğu bildirilmiştir (11,26). Ritmsite ve peryodisite oranları da diğerlerine benzerdir. Ancak bizim çalışma grubumuzda sırta yayılımın %20-31 olarak bildirilen literatürdeki oranlara kıyasla anlamlı yüksek; bulantının %54-70, kusmanın %38-73 oranlarına göre düşük olduğu görülmektedir. Daha önce araştırma grubumuzca yapılan iki değişik çalışmada PÜ'lilerde % olarak R 73.5-76.3, P 78.6-62.9, GA 76.3-69.9, SVA 76.3-53.1, yemek sonrası ağrı 10.3 bulunmuştu (27,28) ki, üç çalışmanın oranlarının birbirine yakın olduğu görülmektedir.

Ancak asıl önemlisi ÜD ve NÜD arasında epigastrik ağrı, R, P, GA, SVA semptomları ile PÜ ve ÜGİK öyküleri yönünden anlamlı farkın varlığıdır. Bu bir yere kadar sözü edilenlerin soruşturulmasıyla tanıya yaklaşım yapılabileceği anlamına gelir. Ama Tablo 3'ten de görülebileceği gibi semptomların duyarlılığı ve belki de daha önemli olarak özgüllüğü sınırlıdır. Üstelik DÜ'lilerin

%16.7, GÜ'lilerin %14.3'ünün ağrıdan yakınmadıkları halde aktif ülserle sahip oldukları görülmüştür.

Glise'in sessiz ülserleri "a-nükslerle gidip kendi-liğinden iyileşen iyi seyirli, b-genellikle yaşlılarda NSAİD kullanımıyla daha önce PÜ öyküsü vermeksizin hayatı tehdit edici komplikasyonlarla ortaya çıkan" şeklinde ikiye ayırması ayaküstü tanıda NSAİD soruşturmasını önemli hale getirmektedir (29).

Çalışmamızda bir başka dikkat çeken bulgu endoskopisi normal bulunan dispepsililerde yakınlardan çoğunun anlamlı olarak gastritlilerden fazlalığıdır. Bunu psikolojik sorunu olanlarda ağrı eşiğinin kontrollere göre daha düşük bulunmasıyla (30) açıklamak mümkün olabilir. Ayrıca makroskopik GT bulunmayan HP pozitif olguların hemen hemen tamamına yakın bölümünün histopatolojik gastrit bulguları gösterdiği gerçeği de göz önünde tutulmalıdır.

Sigara, alkol ve NSAİD kullanımının PÜ'de olumsuz etkileri artık kesin kabul gören bir saptama iken bizim ne ÜD-NÜD ne de bunların alt grupları arasında anlamlı fark bulamayışımız bunların NÜD'de de PÜ'dekine yakın olumsuz etki gösterdiğini düşündürülebilir. Belki de dispepsiye temel teşkil eden kişilik profilinin sigara içimine de yakınlık sağlaması söz konusudur.

## KAYNAKLAR

- Wyatt JI, Rathbone BJ, et al. Campylobacter pyloridis and acid-induced gastric metaplasia in the pathogenesis of duodenitis. J Clin Pathol 1987; 40:841-8.
- Johnston BJ, Reed PJ, Ali MH. Campylobacter-like organisms in duodenal and antral endoscopic biopsies: relationship to inflammation. Gut 1986; 27:1132-37.
- Rokkas T, Pursey C, et al. Campylobacter pylori and non-ulcer dyspepsia. Am J Gastroenterol 1987; 11:1149-52.
- Shallcross TM, Rathbone BJ, Heatley RV. Campylobacter pylori and non-ulcer dyspepsia. In: Campylobacter pylori and gastroduodenal disease. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1989:155-6.
- Özden A, Ekinci C, Dumb Ş, Tunç M, Dönder j Ö, Selvi E, Uzunlamoğlu Ö. Üst gastrointestinal sisteme ait yakınmaları olan olgularda Helikobakter Piloni prevalansı. Gastroenteroloji 1992; 3:102-8.
- Gear MW, Bames RJ. Endoscopic studies of dyspepsia in a general practice. Br Med J 1980; 280:1136-37.
- Davenport PM, et al. Can preliminary screening of dyspeptic patients allow more effective use of investigational techniques? Br Med J 1985; 290:217-20.
- Forbat LN, et al. Gastrointestinal endoscopy in the young. Br Med J 1987; 295:365.
- Lockhart SP, et al. Upper gastrointestinal endoscopy in the elderly. Br Med J 1985; 290:283.
- Hallisey et al. Early detection of gastric cancer. Br Med J 1990; 30:513-5.

11. Richter JE. Dyspepsia. Organic causes and differential characteristics from functional dyspepsia. *Scan J Gastroenterol* 1991; 26 (Suppl 182):11-6.
12. Nyren O, et al. The epigastric distress syndrome: a possible disease entity identified by history and endoscopy in patients with nonulcer dyspepsia. *J Clin Gastroenterol* 1987; 9:303-9.
13. Talley NJ, Phillips SF. Non-ulcer dyspepsia: potential causes and pathophysiology. *Ann Intern Med* 1988; 108:865-79.
14. Bernersen B, et al. Towards a true prevalence of peptic ulcer: the sorresia gastrointestinal disorder study. *Gut* 1990; 31:989-92.
15. Tibblin G. Introduction to the epidemiology of dyspepsia. *Scand J Gastroenterol* 1985; 20 (Suppl 109):29-33.
16. Jones RH, et al. Dyspepsia in england and Scotland. *Gut* 1990; 31:401-5.
17. Knill Jones RP. Geographical difference in the prevalence of dyspepsia. *Scand J Gastroenterol* 1991; 26 (Suppl 192):17-24.
18. Jhonston BJ, et al. Campylobacter-like organisms in duodenal and antral endoscopic biopsies: relationship to inflammation. *Gut* 1986; 27:1132-37.
19. Dooley CP, et al. An evaluation of the role of Helicobacter Pylori in non-ulcer dyspepsia. *Gastroenterology* 1990; 98:A37.
20. Rauws EAJ, et al. Campylobacter pylori associated chronic active antral gastritis. *Gastroenterology* 1988; 94:33-40.
21. Marshal BJ, Warren JR. Unidenfied curved bacilli in the stomach of patients with gastritis and peptic ulceration. *Lancet* 1984; 1:1311-15.
22. Andersen LP, et al. Campylobacter pylori in peptic ulcer disease. *Scand J Gastroenterol* 1988; 23:347-50.
23. Deltenre M, et al. Données cliniques, endoscopiques et histologiques chez 1100 patients dont 574 colonisés par Campylobacter pylori. *Gastroenterol Clin Biol* 1989; 13:89B-95B.
24. Rathbone BJ, et al. Symptomatology in C. pylori positive and negative non-ulcer dyspepsia. *Gut* 1988; 29:A1273.
25. Tucci A, et al. Helicobacter Pylori (HP) Infection and delayed gastric emptying (GE) of solids identify two subset of patients with chronic idiopathic dyspepsia. *Rev Esp Enferm Apar Dig* 1990; 78(Suppl 1):65.
26. Earlam R. A computerised questionnaire analysis of duodenal ulcer symptoms. *Gastroenterology* 1976; 71:314.
27. Reşit A, Dönderici Ö, Özden A, Koloğlu B, Uzunalimoğlu Ö. Omeprazolün peptik ülser tedavisinde plasebo ile karşılaştırmalı etkinliği ve serum gastrin düzeyine etkisi. *Gastroenteroloji* 1991; 2:153-6.
28. Özden A, Dönderici Ö, Samur M, Reşit A, Uzunalimoğlu Ö. Başvurusu sırasında üst gastrointestinal kanama geçirmekte olan ve geçirmeyen peptik ülserli 419 olgunun klinik ve endoskopik değerlendirmesi. IX. Ulusal Türk Gastroenteroloji Kongresi; 5-10 Kasım 1991 ; 190.
29. G lise H. Epidemiology in peptic ulcer disease. *Scand J Gastroenterol* 1990; 25 (Suppl 175):13-8.
30. Jorgensen LS, et al. Non-ulcer upper dyspepsia. Aspects of pain. *Scand J Gastroenterol* 1985; 20:46-50.