

8

Hıçkırık

Muhammet Mustafa SÜVERAN
Ebubekir ŞENATES

EPİDEMİYOLOJİ

Hıçkırık, her insanın hayatı boyunca muhakkak tecrübe ettiği, geçici bir durumdur. Ataklar halinde gelip 48 saatten kısa süren durumlar yaygın olmakla birlikte, daha uzun süren atakların sıklığına dair toplumun geneline atfedilebilecek bilgilere henüz sahip değiliz. Yine de, ileri evre kanser hastalarını kapsayan bir çalışma, sürekli ve inatçı hıçkırık ataklarının bu hasta grubunda %1-9 oranında görüldüğünü göstermiştir (1).

Çalışmalar, hıçkırığın erkeklerde ve uzun boylularda daha sık olduğunu göstermektedir (2-4). Bir çalışmada, erkekler arasında hıçkırığa daha fazla maruz kalan grubun, herhangi bir merkezi sinir sistemi patolojisine sahip olmadığı gösterilmiştir (5). İnatçı hıçkırıktan muzdarip 220 hastayı kapsayan bir vaka serisi, bu hastaların %80'inin yaşlı erkekler olduğunu göstermiştir (2). Hıçkırık ataklarının irksal, coğrafik ve sosyoekonomik değişkenlerden etkilendiğine dair elimizde herhangi bir veri bulunmamaktadır.

PATOFİZYOLOJİ

Hıçkırık, diyafram ve interkostal kasların istemsiz, aralıklı ve spazmodik kasılması sonucu oluşmaktadır. Bu durum, ani bir nefes alışın yine glottisin ani kapanışına bağlı kesilmesi sonucu ortaya çıkan “hık” sesi ile kendini göstermektedir. Olguların %80'inde olaydan sol diyafram sorumludur (6). Hıçkırık, oluştuğu zaman genellikle 4-60 dakikada bir tekrarlar; bu sıklık genellikle etkilenen kişilerde sabittir.

Hıçkırığın, birkaç nöral yoldan oluşan bir refleks yayı temsil ettiğine inanılmaktadır (6). Getirici kolu frenik ve vagal sinirler ile birlikte sempatik zincir oluşturmaktadır. Santraldeki yönetici odak henüz net olarak aydınlatılamamış olmakla birlikte; medulla oblongata, beyin sapındaki retiküler yapı (*formatio reticularis*), frenik sinir çekirdeği ve hipotalamus arasındaki etkileşimler aracılığıyla yönetildiğine inanılmaktadır (7). Götürücü kol ise frenik sinirin glottis ve inspiratuar interkostal kaslara yolladığı aksesuar bağlantılardan oluşmaktadır.

çalışılmalıdır; atağı tetiklemesi muhtemel ilaçlar gözden geçirilmeli, fizik muayenede yabancı cisim dışlanması için dış kulak yolu, lenf nodu basısı basısı veya tiromegali saptanması açısından boyun muayenesi, reflü bulgusu açısından farinks muayenesi, kranial sinir muayeneleri, göğüs oskültasyonu ve olası kitleler için abdomen palpasyonu uygulanmalıdır. Hikaye ve fizik muayene ile tanı koyulamayan vakalarda elektrolit, kan üre azotu (BUN), kreatinin, kalsiyum, karaciğer enzimleri ve eğer abdominal semptomlar mevcutsa amilaz ve lipaz çalışılmalıdır. Gereği halinde tetkikler kesitsel radyolojik inceleme teknikleri ve endoskopik modalitelerle desteklenmelidir.

■ İlaç Tedavisi

Net bir etiyolojik faktörün tanımlanamadığı ve dirençli vakalarda devreye farmakoterapi seçeneği sokulmalıdır. Bu endikasyonda kullanılacak ilaçlar dopaminerjik ve GABAerjik yollar üzerinden etki etmektedir. Tespit edilebilir bir neden bulunamadığı durumlarda ilk tercih olarak, olası gastrointestinal patolojiler göz önünde bulundurularak ampirik PPI tedavisi önerilmektedir. PPI yanıtsız vakalarda baklofen, gabapentin ve metoklopramid ilk tercih edilecek ilaçlar olarak karşımıza çıkmaktadır (18). Baklofen oral olarak 5-10 mg ve günde üç kez olmak üzere kullanılmaktadır, maksimum 45 mg'ye kadar çıkılabilmektedir. En sık yan etkileri uyuşukluk ve sersemlik halidir. Gabapentin 100-400 mg, metoklopramid ise 10 mg olarak günde üç kez kullanılmaktadır. İnatçı vakalarda klorpromazin iv 25-50 mg yavaş infüzyon tarzında, hasta yatar pozisyonunda verilebilir. Oral yolla 25 mg günde 4 kez, gerekirse 50 mg çıkarılır. Hipotansiyon, idrar retansiyonu, glaukom, delirium gibi ciddi yan etkileri vardır. Dirençli vakalarda gabapentin, baklofen, metoklopramid ve PPI kendi aralarında uygun kombinasyonlar halinde kullanılabilmektedir (18,19). Tedaviler genellikle 5-10 gün süreyle verilmektedir. Şayet tedavi kesildikten sonra hıçkırık tekrarlırsa bu kez daha uzun periyotlar denenmeli ve hıçkırık geçince tedavi kesilmelidir. Farmakoterapiye yanıt vermeyen vakalarda anektodal olarak akupunkturun faydalı olabileceğine dair veriler bulunmaktadır (20).

KAYNAKLAR

1. Calsina-Berna A, García-Gómez G, González-Barboteo J, Porta-Sales J. Treatment of chronic hiccups in cancer patients: a systematic review. *J Palliat Med*. 2012;15(10):1142-1150.
2. Souadjian JV, Cain JC. Intractable hiccup. Etiologic factors in 220 cases. *Postgrad Med*. 1968;43(2):72-77.
3. Cabane J, Desmet V, Derenne JP, et al. Le hoquet chronique [Chronic hiccups]. *Rev Med Interne*. 1992;13(6):454-459.
4. Hosoya R, Uesawa Y, Ishii-Nozawa R, Kagaya H. Analysis of factors associated with hiccups based on the Japanese Adverse Drug Event Report database. *PLoS One*. 2017;12(2):e0172057.

5. Lee GW, Kim RB, Go SI, et al. Gender differences in hiccup patients: analysis of published case reports and case-control studies. *J Pain Symptom Manage.* 2016;51(2):278-283.
6. Samuels L. Hiccup; a ten year review of anatomy, etiology, and treatment. *Can Med Assoc J.* 1952;67(4):315-322.
7. Kobayashi Z, Tsuchiya K, Uchihara T, et al. Intractable hiccup caused by medulla oblongata lesions: a study of an autopsy patient with possible neuromyelitis optica. *J Neurol Sci.* 2009;285(1-2):241-245.
8. Kolodzik PW, Eilers MA. Hiccups (singultus): review and approach to management. *Ann Emerg Med.* 1991;20(5):565-573.
9. Smith HS, Busracamwongs A. Management of hiccups in the palliative care population. *Am J Hosp Palliat Care.* 2003;20(2):149-154.
10. Jeon YS, Kearney AM, Baker PG. Management of hiccups in palliative care patients. *BMJ Support Palliat Care.* 2018;8(1):1-6.
11. Sueyoshi S, Shin B, Nakashima T. *Nihon Jibiinkoka Gakkai Kaiho.* 2013;116(10):1120-1125.
12. Kahrilas PJ, Shi G. Why do we hiccup?. *Gut.* 1997;41(5):712-713.
13. Park MH, Kim BJ, Koh SB, Park MK, Park KW, Lee DH. Lesional location of lateral medullary infarction presenting hiccups (singultus). *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2005;76(1):95-98..
14. Nagayama T, Kaji M, Hirano H, Niuro M, Kuratsu J. Intractable hiccups as a presenting symptom of cerebellar hemangioblastoma. Case report. *J Neurosurg.* 2004;100(6):1107-1110.
15. Hansen BJ, Rosenberg J. Persistent postoperative hiccups: a review. *Acta Anaesthesiol Scand.* 1993;37(7):643-646.
16. Van Damme PA. Post operative hiccups. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2008;37(11):1071.
17. Kang JH, Bruera E. Hiccups during chemotherapy: What should we do?. *J Palliat Med.* 2015;18(7):572.
18. Steger M, Schneemann M, Fox M. Systemic review: the pathogenesis and pharmacological treatment of hiccups. *Aliment Pharmacol Ther.* 2015;42(9):1037-1050.
19. Kohse EK, Hollmann MW, Bardenheuer HJ, Kessler J. Chronic hiccups: an underestimated problem. *Anesth Analg.* 2017;125(4):1169-1183.
20. Ge AX, Ryan ME, Giaccone G, Hughes MS, Pavletic SZ. Acupuncture treatment for persistent hiccups in patients with cancer. *J Altern Complement Med.* 2010;16(7):811-816.