

# Pulmoner Embolide Farklı Bir Başvuru Şikayeti: Hıçkırık

## An Unusual Presenting Symptom in Pulmonary Embolism: Hiccup

Elif TORUN, Nagihan DURMUŞ

Başkent Üniversitesi İstanbul Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul

### Özet

Hıçkırık rahatsız edici bir durumdur ve bilinen fizyolojik bir fonksiyonu yoktur. Uzun süreli olduğunda altta yatan bir patolojiye işaret edebileceğinden önemlidir. Biz de uzun süreli hıçkırık ile başvuran bir pulmoner emboli olgusunu sunuyoruz. Yetmiş bir yaşında erkek hasta 14 gündür süren hıçkırık şikayeti ile bir hastaneye başvurmuş, hastaya klorpromazin ve antibiyoterapi uygulanmış. Hasta şikayetinin devam etmesi üzerine hastanemize başvurdu. Akciğer grafisinde sağ diafram eleve, sağ kostofrenik sinüs kapalı, sağda lineer atelektaziler izlendi. Alt ekstremitte venöz Doppler incelemesinde akut trombüs izlendi. Torakal BT anjiyografide superior vena kava, azigos veni ve sağ pulmoner arter alt lob dalları içinde trombüs ile uyumlu dolma defekti görünümleri izlendi. Araştırmalarımız dahilinde pulmoner embolide hıçkırık bulgusunun bildirildiğine rastlamadık, olgumuz hıçkırık ile prezente olan bildirilmiş ilk pulmoner emboli olgusudur. Tedavide en önemli nokta altta yatan bir hastalık varlığının ekarte edilmesidir. Kronik hıçkırık ile başvuran hastada buna sebep olabilecek patolojiler ayrıntılı biçimde araştırılmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Hıçkırık; pulmoner emboli; semptom.

### Abstract

Hiccup is an annoying condition and has no known physiological function. When persistent, hiccups may indicate a disorder. We present a case of pulmonary embolism presented with long-lasting hiccup. A 71-year-old male patient complaining of hiccup lasting for 14 days applied to another healthcare facility and received chlorpromazine and antibiotics. The complaints persisted and he applied to our hospital. On chest-X-ray, elevated right diaphragm, blunted right costophrenic sinus and linear atelectases in the right lung were detected. Venous Doppler ultrasonography of the lower extremities revealed acute thrombi. Thoracic computerized tomography angiography showed thrombi in the superior vena cava, azygos vein and lower branches of the right pulmonary artery. To our knowledge, hiccup was not reported to be a symptom of pulmonary embolism, and this is the first case presenting with hiccup. The most important point in treatment is exclusion of an underlying disease. Patients with chronic hiccup should be carefully examined for an underlying disorder.

**Key words:** Hiccup; pulmonary embolism; symptom.

### Giriş

Hıçkırık, hemen herkesin ömrü boyunca en az bir kere başına gelen, rahatsız edici bir durumdur ve bilinen fizyolojik bir fonksiyonu yoktur. Çoğunlukla kısa sürelidir ve kendiliğinden ya da bir takım soluk tutma manevraları ile kaybolur. Genellikle 48 sa-

atten kısa sürede geçmesi beklenir. Bu süre 48 saat-1 ay arasında olursa *persistan*, 1 aydan uzun sürerse *dirençli* olarak tanımlanır.<sup>[1-3]</sup> Uzun süreli olduğunda altta yatan bir merkezi sinir sistemi, torasik, karın içi ya da metabolik bozukluğa işaret edebileceğinden önemlidir.<sup>[3]</sup>

**İletişim:** Dr. Elif Torun,  
Aynılık Sok., No: 19/4, Beykoz, İstanbul  
**Tel:** 0216 - 441 39 00 / 1501  
**e-posta:** dreliftorun@yahoo.com

**Başvuru tarihi:** 19.05.2010  
**Kabul tarihi:** 01.01.2011

Türk Toraks Derneği'nin 13. Yıllık Kongresi'nde sunulmuştur  
(5-9 Mayıs 2010, İstanbul)

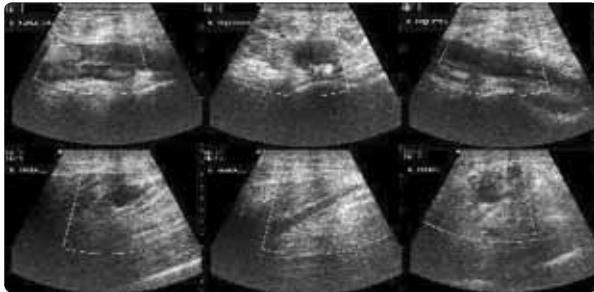


**Şekil 1.** Akciğer grafisinde sağ diyafram eleve, sağ kostofrenik sinüs kapalı, sağda lineer atelektaziler izleniyor.

Bu yazıda, uzun süreli hıçkırık ile başvuran bir pulmoner emboli olgusu sunuldu.

## Olgu Sunumu

Yetmiş bir yaşında erkek hasta 14 gündür süren hıçkırık şikayeti ile bir hastaneye başvurmuş, hastaya klorpromazin uygulanmış ve hıçkırığı düzelmiş. Takiben göğüs sağ tarafında nefes almakla artan batıcı tarzda ağrı başlamış. Tekrar doktora başvuran hastaya antibiyoterapi başlanmış. İki gün verilen ilaçları kullanan hastanın ağrısında azalma olmaması üzerine hastanemize başvurdu. Ayrıca polikliniğimize başvurusundan 1 gün önce balgamda az miktarda kan gördüğünü belirtti. Özgeçmişinde 10 yıl önce geçirilmiş lomber disk herni-



**Şekil 2.** Alt ekstremitelerde venöz Doppler incelemesinde sağ popliteal venede ve krural venlerde akut trombüs izleniyor.

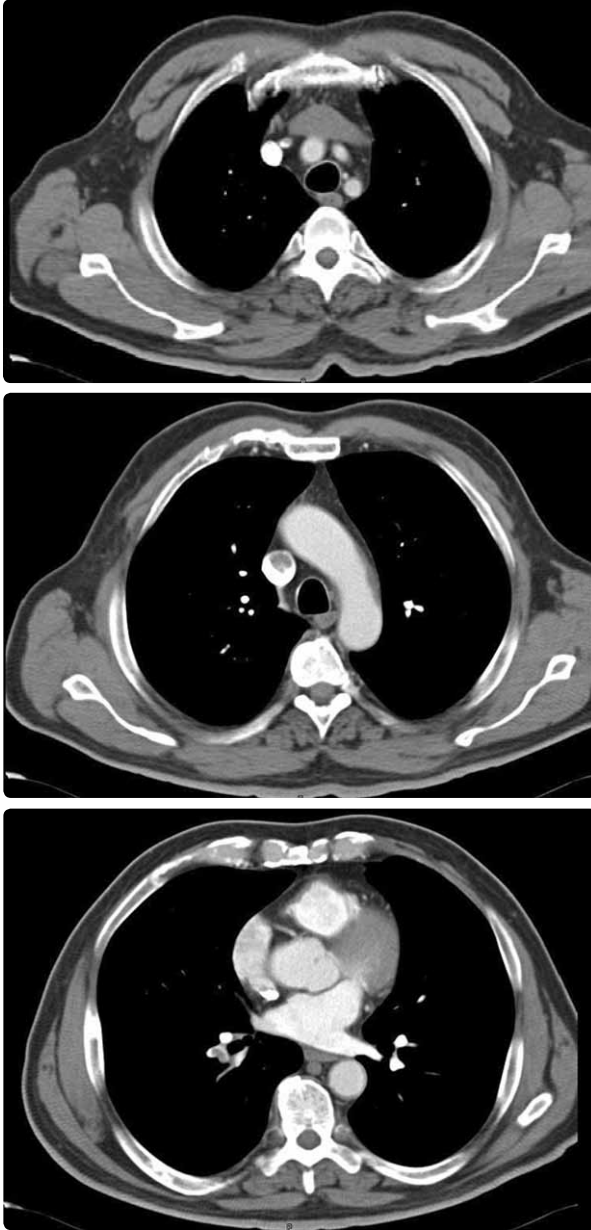
si operasyonu öyküsü mevcuttu. Hipertansiyon nedeniyle antihipertansif tedavi almaktaydı ve kan basıncı regüle idi. Geçirilmiş akciğer hastalığı yoktu, hiç sigara kullanmamıştı. Fizik muayenede vital bulguları normaldi, solunum sesleri sağ akciğer bazalinde sola göre azalmış işitildi. Sağ bacakta Homans bulgusu pozitif. Hemogram, biyokimya değerleri ve koagülasyon parametreleri normaldi.

Akciğer grafisinde sağ diyafram eleve, sağ kostofrenik sinüs kapalı idi ve sağda lineer atelektaziler izlendi (Şekil 1). Alt ekstremitelerde venöz Doppler incelemesinde sağ popliteal venede ve krural venlerde akut trombüs izlendi (Şekil 2). Torakal bilgisayarlı tomografi (BT) anjiyografide superior vena kava, azigos veni ve sağ pulmoner arter alt lob dalları içinde trombüs ile uyumlu dolma defekti görünümleri izlendi (Şekil 3).

## Tartışma

Hıçkırık refleksi kompleks bir mekanizmaya sahiptir. Vagal, sempatik ve frenik afferent liflerin uyarımı sonucu efferent frenik ve interkostal sinirler diyafram ve interkostal kasların kontraksiyonuna neden olur.<sup>[1,4-8]</sup> Hıçkırık inspiratuar kasların ani kontraksiyonu sonrası glottisin ani kapanması ile oluşan karakteristik sestir.<sup>[2]</sup>

Diyaframın inervasyonunu sağlayan frenik sinir başta 4. olmak üzere 3.-6. servikal sinirlerden köken alır.



**Şekil 3.** Torakal BT anjiyografide superior vena kava, azigos veni ve sağ pulmoner arter alt lob dalları içinde trombus ile uyumlu dolma defektleri izleniyor.

Diyaframa uzanan seyri boyunca derin boyun kasları, subklavian arter ve ven, internal mammarian arter, akciğer, perikard, vagus ve aort arkı ile yakın komşuluk içindedir. Ayrıca hıçkırık refleksine sebep olan merkez karbondioksit, oksijen ve ilaç düzeylerine oldukça duyarlıdır. Dolayısıyla direkt olarak ya da refleks yolla pek çok patoloji hıçkırığa sebep olabilir.<sup>[9]</sup>

Genellikle gastrik distansiyona, alkol alımına bağlı veya psikojenik kaynaklıdır ve doktora başvurmayı gerektirmeden kendiliğinden geriler ya da soluk tutarak

karbondioksitin yükseltilmesi, nazofaringeal irritasyon, uzun ve yavaş yudumlarla su içilmesi, burnu kapatılarak nefes alma gibi fiziksel manevralar ile iyileşir.<sup>[10]</sup> Kırk sekiz saatten uzun sürdüğünde ise çoğunlukla anatomik ya da organik bir sebebe bağlı olduğundan altta yatan bir patolojiyi işaret eder. Travma, apse, kanama, ensefalit, menenjit, tümör, hidrosefali gibi merkezi sinir sistemi patolojileri; tümör/kist, guatr, yabancı cisim, farenjit/larenjit, divertikül gibi baş-boyun patolojileri; travma, pnömoni, apse, plörit, perikardit, anevrizma, özafajit, özafagusta tıkanıklık, diyafram evantasyonu, tümör, lenfadenopti gibi intratorasik patolojiler; ülser, apse, gastrit, gastrik distansiyon, kolesistit, pankreatit, apandisit, gastroözafajial reflü hastalığı, tümör, bağırsak tıkanıklığı gibi karıncı patolojiler; hipokalemi, üremi, hipokalsemi, diyabet gibi metabolik sorunlar; influenza, herpes zoster, sıtma, tüberküloz gibi enfeksiyonlar; metilprednizolon, deksametazon, barbituratlar, metildopa gibi ilaçlar hıçkırığa neden olabilirler. Anesteziye veya boyun ekstansiyonuna bağlı olarak ameliyat sonrası dönemde gelişebileceği gibi psikojenik olarak da ortaya çıkabilir.<sup>[3,9-11]</sup> Beslenme bozukluğu, kilo kaybı, yorgunluk, uykusuzluk gibi olumsuz sonuçlara yol açabilir.<sup>[3]</sup> Basit fiziksel manevralar ile iyileşmediği durumlarda tedavisinde klorpromazin, metoklopramid, antiepileptikler veya baklofen kullanılabilir.<sup>[8]</sup>

Hıçkırığı olan 54 hastanın değerlendirildiği bir çalışmada hastaların %52'sinde hıçkırığın 48 saatten uzun sürdüğü ve bunların tamamında altta yatan bir hastalık olduğu görülmüştür.<sup>[3]</sup> Kronik hıçkırık sık görülen bir durum olmamakla beraber, nadir olarak, nispeten sık görülen hastalıkların ilk bulgusu olarak ortaya çıkabilir. Örneğin literatürde hıçkırık ile prezente olan bir kaviter akciğer tüberkülozu olgusu bildirilmiştir.<sup>[12]</sup> Bizim olgumuzda hıçkırık gelişiminin diyafram irritasyonuna ya da plevral efüzyonun frenik siniri etkilemesine bağlı olduğu düşünülmüştür. Araştırmalarımız dahilinde pulmoner embolide hıçkırık bulgusunun bildirildiğine rastlamadık, olgumuz hıçkırık ile prezente olan bildirilmiş ilk pulmoner emboli olgusudur.

Tedavide en önemli nokta altta yatan bir hastalık varlığının ekarte edilmesidir. Kronik hıçkırık ile başvuran hastada buna sebep olabilecek patolojiler ayrıntılı biçimde araştırılmalıdır. Ayrıntılı hikaye ve fizik muayene tanısız algoritmada yol gösterici olacaktır.

## Kaynaklar

1. Marinella MA. Diagnosis and management of hiccups

- in the patient with advanced cancer. *J Support Oncol* 2009;7(4):122-7, 130.
2. Marai I, Levi Y. The diverse etiology of hiccups. [Article in Hebrew] *Harefuah* 2003;142(1):10-3, 79.
  3. Cymet TC. Retrospective analysis of hiccups in patients at a community hospital from 1995-2000. *J Natl Med Assoc* 2002;94(6):480-3.
  4. Ten Holter JB. Hiccups. [Article in Dutch] *Ned Tijdschr Geneesk* 2005;149(48):2659-62.
  5. Budrewicz S, Goral M, Podemski R. Pathophysiology and treatment of hiccup. [Article in Polish] *Przegl Lek* 2002;59(11):924-6.
  6. Bizec JL, Launois S, Bolgert F, Lamas G, Chollet R, Derenne JP. Hiccups in adults. [Article in French] *Rev Mal Respir* 1995;12(3):219-29.
  7. Hutchison R. Hiccup. *Postgrad Med J* 1928;3(36):222-4.
  8. Howard RS. Persistent hiccups. *BMJ* 1992;305(6864):1237-8.
  9. Noble C. Hiccup. *The Canadian medical association Journal*. 1934;31(1):38-41.
  10. Samuels L. Hiccup; a ten year review of anatomy, etiology, and treatment. *Can Med Assoc J* 1952;67(4):315-22.
  11. Pearce JM. A note on hiccups. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2003;74(8):1070.
  12. Perry S, Stevenson J. An unusual cause of hiccups. *J Accid Emerg Med* 1996;13(5):361-2.