

Hik

www.palliative.be

Inleiding

Hik (singultus) is het herhaald, onwillekeurig samentrekken van het middenrif en van de hulpademhalingspijpen, wat leidt tot een plotse inspiratie en na 35ms gevolgd wordt door het plots sluiten van de glottis (veroorzaakt het typische geluid). De hik is afunctioneel en nutteloos en mag als een pathologische reflex beschouwd worden. We onderscheiden acute hik (< 48 uur), die meestal spontaan verdwijnt, en chronische hik (> 48 uur), die kan leiden tot malnutritie, dehydratie, reflux-oesofagitis, slaapproblemen, uitputting, hartritme stoornissen, angst, depressie en zelfs suïcidegedrag. Als de chronische hik langer dan 2 maanden aanwezig is wordt deze ook wel hardnekkige hik genoemd. Palliatieve patiënten hebben per definitie een verminderde draagkracht en kunnen veel sneller lijden onder kortdurende hik. Bij deze patiënten dient veel sneller medicamenteus ingegrepen te worden dan bij niet palliatieve patiënten.

Pathofysiologie

De hikreflex loopt via afferente vezels van de N. Phrenicus, de N. Vagus en de N. Sympathicus (thoracale takken 6-12). Het efferente deel van de reflex verloopt via de motorische vezels van de N. Phrenicus (C3-C5) naar het diafragma, via de N. Laryngeus recurrens van de N. Vagus naar de stembanden, en via de Nn. Intercostales naar de externe intercostale spieren. De aanwezigheid van een hikcentrum in het cervicale ruggenmerg (C3-C5) werd nooit bewezen. Tijdens een hiepisode hikt men 4 tot 60 maal per minuut. De frequentie is meestal constant per persoon en omgekeerd evenredig met de arteriële pCO_2 .

Middel	Dosis	Opmerkingen
Baclofen	5mg p.o. 3x/dag 1mg p.o. 3x/dag (klaring 10-50mL/min) ↑ met 3x5mg/dag i.v. effect Max.25mg p.o./dag	Combinatie met prokinetica, anti-emetica en zuurremmers mogelijk. Dosis aanpassen bij nierinsufficiëntie. Plots stoppen kan leiden tot dervingsyndroom en reboundspasticiteit, traag afbouwen 8
Metoclopramide	10 mg p.o. 3x/dag 20-40 mg suppo 3x/dag	Vaak samen met Baclofen i.v. maagdilatie
Anti-epileptica	Gabapentine	Max. 400mg p.o. 3x/dag
	Pregabalin	75-300mg p.o. 2x/dag
	Valproïnezuur	500mg p.o. 2x/dag
	Carbamazepine	200mg p.o.4x/dag
Calcium-antagonisten	Nifedipine	20-30mg p.o. 2x/dag
	Nimodipine	1-2mg i.v.
Neuroleptica	Haloperidol	1-2mg p.o. of s.c. 1-3x/dag
	Olanzapine	2,5mg 1x/dag
Chlorpromazine	25mg suppo 3-4x/dag	Enkel magistraal te verkrijgen.
Midazolam	5-10mg s.c.	
Antidepressiva	Amitriptyline	10-25mg p.o.3x/dag
	Sertraline	50-100mg p.o. 1x/dag

Etiologie

Een aantal mogelijke oorzaken van acute hik zijn: inname van koude of warme dranken, maagdistensie, roken, alcohol, gastroscopie, koorts, bepaalde infecties (malaria, varicella, influenza, cholera, tyfus), aritmie, emotie en stress, ... Vaak blijft de oorzaak echter onduidelijk.

Chronische hik ontstaat meestal door irritatie van de N. Vagus of N. Phrenicus over hun verloop in de hoofd/halsregio, de thorax of het abdomen. Deze irritatie wordt vaak veroorzaakt door o.a. tumoren, inflammatoire en infectieuze processen.... Schade aan het centraal zenuwstelsel (infectie, tumoren, MS, Parkinson, hersenoedeem...) of toxisch/metabole oorzaken (ethylisme, medicatie, elektrolytenstoornissen, diabetes mellitus, nierinsufficiëntie, hypocapnie) veroorzaken ook vaak chronische hik.

Als geen oorzaak gevonden wordt spreken we van idiopathische hik. **In de palliatieve fase blijkt maagdilatatatie de meest voorkomende oorzaak van hik.** Verder moeten we hier ook denken aan refluxoesofagitis, infecties, tumoren, bijwerkingen van medicatie, elektrolytenstoornissen en acute nierinsufficiëntie.

Diagnostiek

Bij de diagnostiek richten we ons vooral op chronische hik.

Een uitgebreide anamnese is de eerste stap:

- Voorgeschiedenis en medicatie
- Ernst en duur hik
- Aanhoudend tijdens slaap (wijst op organische oorzaak)
- Beïnvloedende factoren
- Reflux, koorts
- Respiratoire klachten
- Recente chirurgie, narcose
- Neurologische symptomen
- Alcoholgebruik

Daarna volgt het klinisch onderzoek waarbij men vooral aandacht moet hebben voor:

- Tekenen van infectie
- Afwijkingen keel, hals, thorax, abdomen
- Neurologische afwijkingen

Aanvullend onderzoek is enkel aangewezen indien ondanks symptomatische behandeling de hik persisteert en de patiënt een levensverwachting heeft die niet al te kort is (meer dan enkele weken).

- Laboratoriumonderzoek (elektrolyten, leverfunctie, lipase, amylase, glycemie, nierfunctie, leukocyten en formule)
- RX thorax en/of CT thorax, abdomen, hersenen of hals
- Gastroscopie

Beleid

Acute hik meestal eenvoudige niet medicamenteuze maatregelen. Chronische hik bijna altijd medicamenteuze behandeling nodig.

Niet-medicamenteus beleid

- Stimulatie nasofarynx (gorgelen, ijs, citroen bijten, neus prikkelen, week verhemelte met wattenstaafje prikkelen, ...)*
- Droge korrelsuiker eten*
- Adem inhouden, hyperventilatie, CPAP, rebreathing 5% CO₂
 - » Prikkeling N. Vagus (Valsalva, pinken in oren steken, op oogbol drukken, carotismassage)
 - » C3-C5 dermatoomstimulatie (nekregio masseren, acupunctuur)
 - » Ledigen maaginhoud
 - » Digitale rectale massage
 - » Sexuele activiteit
 - » Schrikreactie, mentale afleiding, hypnose
 - » Heelkunde (Block N. Phrenicus, decompressie N.Vagus...)

*Enige waar evidentie voor bestaat

Oorzakelijke behandelingen

- Medicatie stoppen
- Refluxoesofagitis -> PPI
- Maagdilatatatie -> gastrokineticum vb. metoclopramide
- Infecties behandelen
- Maligniteit behandelen
- Hersenoedeem behandelen -> corticosteroïd in hoge dosis
- Diafragma-irritatie -> corticosteroïd in hoge dosis
- Nierinsufficiëntie -> stent, nefrostomie

Medicamenteus beleid

Cfr. tabel

Bij chronische, hinderlijke hik die niet reageert op eenvoudige, niet-medicamenteuze maatregelen en waarbij de behandeling van de oorzaak niet mogelijk of niet effectief gebleken is.

Baclofen (een gamma-aminoboterzuur analoog dat werkt op de GABA-receptoren in het ruggenmerg en oorspronkelijk gebruikt werd bij de behandeling van spasmen van de skeletmusculatuur, bij MS en syringomyelie, en bij ruggenmergaandoeningen van traumatische, infectieuze, degeneratieve en neoplastische aard) is eerste keuze bij chronische, persisterende hik. De hik verdwijnt of verbetert meestal snel en keert terug bij stoppen van de behandeling. Het therapeutisch antwoord is ook afhankelijk van de dosis Baclofen. Starten met lage dosis die opgedreven wordt tot bereiken van gewenst effect. Bijwerkingen treden meestal in het begin op (daling spiertonus, hyperspasticiteit, monddroogte, sufheid, hallucinaties, nausea...) en verdwijnen meestal met verlagen van dosis. Dosis dient ook verlaagd te worden bij nierinsufficiëntie.

Metoclopramide effectief bij door anesthesie veroorzaakte hik. Het gunstige bijwerkingenprofiel en de eenvoud in gebruik zijn argumenten om het ook voor hik in palliatieve situatie te gebruiken. Wordt meestal samen met Baclofen gegeven.

Chloorpromazine was jarenlang eerste keuze behandeling zowel p.o. als i.v. Heden echter moeilijk bruikbaar wegens de vele bijwerkingen (sedatie, hypotensie,...) en het niet meer verkrijgbaar zijn in België. Magistrale verwerking in suppo's blijft mogelijk maar niet eerste keuze middel.

Deze richtlijn is gebaseerd op de Nederlandse richtlijn 'Hik' - versie 2009 Deze richtlijn is vertaald naar de Vlaamse situatie door:

- Patrick Simons M.D.: huisarts (Halle) en Equipearts MBE van het netwerk Wemmel
- Hendrik Reynaert M.D. Prof. gastroenterologie, Universitair Ziekenhuis Brussel
- Bie Lambrechts: palliatief verpleegkundige van PTZ team Omega (Wemmel)

Oktober 2010.

Toegankelijk via www.pallialine.be