

# Bölüm 61

## GASTROÖZEFAGİAL REFLÜ VE LARENKS

Elif KAYA ÇELİK<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Reflü terimi latince re ve fluere kelimelerinin birleşmesinden oluşan kabaca geri kaçış anlamına gelen bir terimdir. Gastrik asit içeriğinin kusma ve zorlama olmadan özefagus içine geri akımı fizyolojik bir olay olup gastroözefageal reflü (GÖR) olarak adlandırılırken, Montreal konsensus toplantısında alınan kararlar reflüye bağlı semptom ve/veya bulgu olması durumunda Gastroözefageal reflü hastalığı (GÖRH) olarak adlandırılmaktadır (1). GÖRH, gastrik içeriğin özefagusa geri akışının mukozal hasara ve klinik problemlere yol açtığı bir durumdur.

GÖR ilk olarak 1935 yılında peptik özofajit olarak Winkelstein tarafından tanımlanırken, ekstraözefageal belirtileri 1968 yılında ilk defa J.Cherry (2) ve K.Malcoson (3) tarafından tanımlandı. Türkiye’de yapılan GÖRH epidemiyolojik çalışmalarında prevalans %23 olarak hesaplanmıştır (4).

Laringofaringeal reflü (LFR) en yaygın araştırılan ekstraözefageal sendromdur ve gastrik içeriğin larinks ve farenks içine geri akımı olarak tanımlanır. LFR terimi, hastalığın anatomik konumunu ve nedenini açıklar. Reflü larenjit, faringoözefageal reflü, gastrofaringeal reflü, supraözefageal reflü, atipik reflü de bu tanımları ifade eden diğer sinonimlerdir.

GÖR’nün atipik formu olan LFR de; semptom ve bulguların ortaya çıktığı lokalizasyona göre larinks, oral kavite, farenks, burun, paranasal sinüsler, akciğerlere bağlı bulgulara rastlanılabilir. LFR, baş ve boyundaki birçok semptom ve hasta-

lığın nedeni olarak gösterilmiştir. Kronik disfoni, aşırı boğaz temizleme, kalıcı öksürük, globus faringeus, disfaji, ayrıca kronik sinüzit, subglottik darlık, laringospazm ve hatta karsinom LFR’ye bağlanmıştır.

Kulak burun boğaz ile ilgili şikayetlerin başında boğaz ağrısı, ses kısıklığı, sürekli boğaz temizleme hissi, boğulma hissi gibi şikayetler yer almaktadır. LFR’nin toplumdaki prevalansını belirlemek zordur. Hastaların şikayetlerine göre LFR görülme oranları farklılık göstermektedir (5).

### FİZYOPATOLOJİ

GÖR ve LFR, özefagus ve larinks mukozasının asit ve pepsin ile maruziyeti sonucunda meydana gelir, fakat larinks mukozası özofagusa göre asit ve pepsine daha duyarlıdır. Larinks epitelinde pH 5’in, özofagus epitelinde pH 4’ün altına inmesiyle hücre hasarı oluşur (6). Bu nedenle özefajit gelişimi için yeterli reflü oluşmamış iken LFR semptomlarını izleyebiliriz.

GÖR ve LFR’nin fizyopatolojisinde özofago-gastrik bileşke morfolojisi ve basıncı, üst özofageal sfinkter basıncı, özofageal motilite ve mukoza direnci gibi faktörlerin çeşitli kombinasyonlarının rol oynadığı bilinmektedir. GÖR hastalarında alt özefagus sfinkter fonksiyon bozukluğu ve özefagus dismotilitesi ön planda iken LFR hastalarında üst özofageal sfinkter disfonksiyonu öne çıkmaktadır. Reflü, özofagusun mukozal yapısında ve antireflü fonksiyonlarındaki disfonksiyon sonucu

<sup>1</sup> Op.Dr. Kızılcıhamam Devlet Hastanesi email:elfimdr@hotmail.com

baskılamak için çoğunlukla yeterli gelmemektedir. Antiasitler gastrik asidi nötralize eder ve pH'yı arttırarak pepsini inaktive ederler. Semptomatik düzelme sağlarlar. Hafif dereceli GÖR'de yararlı bulunmuştur ancak LFR'deki tedavi etkinlikleri kanıtlanmamıştır.

Proton pompasını inhibe ederek midede asit supresyonu sağlayan ajanlar olan proton pompa inhibitörleri (PPI), günümüzde reflünün farmakolojik tedavisinde en etkin olan ilaçlardır. Omeprazole ve lansoprazole, üzerinde klinik çalışmaların en fazla yapıldığı PPI ajanlardır. PPI'ların LFR hastalarında hem plasebo kontrollerine, hem de H2 reseptör blokörlerine göre daha yüksek tedavi başarısına sahip oldukları ve H2 reseptör blokörleriyle tedavi cevabı alınamayan hastalarda da semptomlarda düzelme sağladıkları gösterilmiştir.

LFR'si olan hastalarda tam rezolüsyonun görülmesi için uzun süreli tedavi gerekmektedir. Çift doz PPI ile 3 ay tedavi sonrası takiben 3 ayda standart dozda idame tedaviye devam edilmelidir. Farmakolojik tedaviden fayda görmeyen, asit supresyon tedavisini tolere edemeyen, yüksek volümlü sıvı reflüsü bulunan hastalar ve şiddetli reflüye bağlı üst solunum komplikasyonları (subglottik stenoz, epitelyal displazi gibi) bulunan hastalarda cerrahi tedavi endikasyonu vardır.

## SONUÇ

LFR, larengeal semptomlara bağlı sık tekrarlayan, inatçı semptomlarla polikliniğe başvuran hastalarda ön tanılar arasında yer almalıdır. Laringoskopik bulgular gözlemciler arası yüksek değişkenliğe sahiptir ve bu nedenle çoğu hasta semptomların çözülüp çözülmediğini görmek için ampirik tedavi ile takip edilir. LFR'nin patofizyolojisi ve tedavisini netleştirmek için daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır.

**Anahtar kelimeler:** Laringofaringeal reflü, gastroözefagial reflü, özefajit, atipik reflü, pH monitorizasyon, proton pompa inhibitörü

## Kaynakça

1. Vakil, N., et al., *The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus*. Am J Gastroenterol, 2006. **101**(8): p. 1900-20; quiz 1943.
2. Cherry, J. and S.I. Margulies, *Contact ulcer of the larynx*. Laryngoscope, 1968. **78**(11): p. 1937-40.
3. Malcomson, K.G., *Globus hystericus vel pharyngis (a reconnaissance of proximal vagal modalities)*. J Laryngol Otol, 1968. **82**(3): p. 219-30.
4. Bor, S. and E. Saritas Yuksel, *How is the gastroesophageal reflux disease prevalence, incidence, and frequency of complications (stricture/esophagitis/Barrett's esophagus/carcinoma) in Turkey compared to other geographical regions globally?* Turk J Gastroenterol, 2017. **28**(Suppl 1): p. S4-S9.
5. Yorulmaz İ. Larengeofaringeal reflü, derleme. KBB-Forum 2002; 1(1):22-34
6. Koufman, J.A., *The otolaryngologic manifestations of gastroesophageal reflux disease (GERD): a clinical investigation of 225 patients using ambulatory 24-hour pH monitoring and an experimental investigation of the role of acid and pepsin in the development of laryngeal injury*. Laryngoscope, 1991. **101**(4 Pt 2 Suppl 53): p. 1-78.
7. Mittal, R.K. and D.H. Balaban, *The esophagogastric junction*. N Engl J Med, 1997. **336**(13): p. 924-32.
8. Ferhan Öz 1 · H. Murat Yener 2 · Özcan Öztürk 2 Laringofaringeal Reflü Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2001;5(1-4):12-17
9. Koufman, J., R.T. Sataloff, and R. Toohill, *Laryngopharyngeal reflux: consensus conference report*. J Voice, 1996. **10**(3): p. 215-6.
10. Irwin, R.S. and J.E. Richter, *Gastroesophageal reflux and chronic cough*. Am J Gastroenterol, 2000. **95**(8 Suppl): p. S9-14.
11. Harding, S.M., M.R. Guzzo, and J.E. Richter, *24-h esophageal pH testing in asthmatics: respiratory symptom correlation with esophageal acid events*. Chest, 1999. **115**(3): p. 654-9.
12. Gooi, Z., et al., *Laryngopharyngeal reflux: paradigms for evaluation, diagnosis, and treatment*. Ann Otol Rhinol Laryngol, 2014. **123**(10): p. 677-85.
13. Sataloff, R.T., M.J. Hawkshaw, and R. Gupta, *Laryngopharyngeal reflux and voice disorders: an overview on disease mechanisms, treatments, and research advances*. Discov Med, 2010. **10**(52): p. 213-24.
14. Patel, D.A., M. Blanco, and M.F. Vaezi, *Laryngopharyngeal Reflux and Functional Laryngeal Disorder: Perspective and Common Practice of the General Gastroenterologist*. Gastroenterol Hepatol (N Y), 2018. **14**(9): p. 512-520.
15. Hogan, W.J. and R. Shaker, *Supraesophageal complications of gastroesophageal reflux*. Dis Mon, 2000. **46**(3): p. 193-232.
16. Muderris, T., M.K. Gokcan, and I. Yorulmaz, *The clinical value of pharyngeal pH monitoring using a double-probe, triple-sensor catheter in patients with laryngopharyngeal reflux*. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 2009. **135**(2): p. 163-7.
17. Reavis, K.M., et al., *Laryngopharyngeal reflux symptoms better predict the presence of esophageal adenocarcinoma*

- than typical gastroesophageal reflux symptoms. *Ann Surg*, 2004. **239**(6): p. 849-56; discussion 856-8.
18. Aviv, J.E., et al., *Laryngopharyngeal sensory deficits in patients with laryngopharyngeal reflux and dysphagia*. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 2000. **109**(11): p. 1000-6.
  19. Hanson, D.G., P.L. Kamel, and P.J. Kahrilas, *Outcomes of antireflux therapy for the treatment of chronic laryngitis*. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 1995. **104**(7): p. 550-5.
  20. Koufman, J.A., et al., *Laryngopharyngeal reflux: position statement of the committee on speech, voice, and swallowing disorders of the American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery*. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2002. **127**(1): p. 32-5.