

Bölüm 22

GASTROÖZOFAGEAL REFLÜ HASTALIĞINDA BESLENME

Burcu VOLKAN¹

GASTROÖZOFAGEAL REFLÜ HASTALIĞI

Gastroözofageal reflü (GÖR) mide içeriğinin istemsiz olarak özofagusa kaçması olarak tanımlanmaktadır. Sağlıklı çocuklarda ve erişkinlerde normal fizyolojik bir durumdur ve gün içinde birçok kez reflü atakları gerçekleşmektedir. Bu ataklar genellikle kısa sürelidir, özofagusun alt ucunda sınırlıdır ve klinik bir semptomu neden olmamaktadır. Gastroözofageal reflü hastalığı (GÖRH) ise GÖR ataklarının klinik semptomu, komplikasyona yol açması ve/veya yaşam kalitesini etkilemesi durumunda oluşur¹. Gastroözofageal reflü hastalığı çocukluk çağında görülen en sık hastalıklardan biridir. Semptomların süt çocuklarının %25'inde, 18 ay üzeri çocukların %0-38'inde, tüm çocukluk döneminde ise çocukların %25'inde görüldüğü bildirilmektedir².

Gastroözofageal reflü çok farklı klinik belirtiler ile karşımıza çıkabilir. Semptomlar hastaların günlük aktivitelerini ve uykularını etkileyerek yaşam tarzı bozukluklarına neden olabilir. Küçük çocuklarda ana semptom regürjitasyon ve kusmadır. Hastalarda irritabilite, beslenme sırasında duruş bozukluğu, beslenme reddi, kilo kaybı veya kilo alımda yetersizlik gibi klinik bulgular da görülebilir. GÖRH süt çocukluğunda yaşamı tehdit eden olaylar (ani bebek ölümü sendromu) nedenlerinden biridir. Daha büyük çocuklarda ise göğüs arkasında yanma veya ağrı, hematemez, disfaji veya odinofaji gibi dispeptik bulgular ile klinik verebilir. Hastalarda kronik öksürük, tek-

rarlayan pnömoni, ses kısıklığı, tekrarlayan stridor, tedaviye dirençli reaktif hava yolu hastalığı gibi gastrointestinal sistem (GIS) dışı bulgulara da neden olabilir³.

Mide içeriğinin özofagusa kaçmasına engel olan anatomik ve fonksiyonel bir takım anti-reflü mekanizmaları vardır. Alt özofajiyel sfinkter ve his açısı, özofajiyel peristaltizm ve temizlenme mekanizması, özofajiyel mukozal direnç bu mekanizmalar arasındadır⁴. Genetik, çevresel (sigara, diyet), anatomik, hormonal veya nörojenik etkenler sonucunda bu mekanizmalardan bir veya birkaçı bozularak GÖRH ortaya çıkmaktadır.

Gastroözofageal reflü hastalığında tedavinin temelinde konservatif önlemler ve medikal tedavi bulunmaktadır. Cerrahi tedavi ancak komplikasyonlar oluştuğu durumlarda düşünülmelidir. İlaçların GÖRH olan bebek ve çocukların tedavisinde kanıtlanmış etkinliğinin olmaması nedeniyle, farmakolojik olmayan tedavi yöntemleri (konservatif önlemler) GÖRH tedavisinde önemli bir seçenektir⁵. Bu nedenle farmakolojik tedavinin yanında diyet, beslenme düzeninin değiştirilmesi ve hastaya beslenme sonrası veya yatarken uygun pozisyon verilmesi gibi yaşam düzeni değişiklikleri gereklidir ve tedavinin etkinliğini arttırmaktadır.

¹ Uzman Doktor, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi, burcupisgin@yahoo.com

de kilo verme ile GÖR semptomlarının iyileştiği ve PH moniterizasyonunda düzelme olduğu bildirilmektedir²³. Fakat obez çocuklarda kilo verme ile GÖRH semptomları arasındaki ilişkiyi gösteren bir çalışma bulunmamaktadır. ESPGHAN ailelere ve çocuklara aşırı vücut ağırlığı artışının GÖRH prevalansı ile ilişkili olduğu bilgisinin verilmesini önermektedir¹.

SONUÇ

GÖRH, erişkin ve çocuklarda en sık karşılaşılan medikal problemlerden biridir. Farmakolojik tedavi yanında konservatif önlemlerin alınmasının tedavide daha yararlı olduğu düşünülmektedir. Hastanın anamnezine ve semptomlarına göre konservatif önlemlerden bir veya birkaçı uygulanabilir. Bebeklerde ve süt çocuklarında mama kıvamının arttırılması, daha büyük çocuklarda reflüye yatkınlık yaratan gıdaların diyetten çıkarılması, yemek sıklığının ve miktarının ayarlanması, gece geç saatte yemek yeme alışkanlığından vazgeçilmesi, obez hastalarda kilo verilmesi gibi önlemler farmakolojik tedavi kadar önemlidir.

KAYNAKLAR

- Rosen R, Vandenplas Y, Singendonk M, et al. Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines: Joint Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (NASPGHAN) and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN). *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2018;66(3):516-554. doi:10.1097/MPG.0000000000001889.
- Singendonk M, Goudswaard E, Langendam M, et al. Prevalence of Gastroesophageal Reflux Disease Symptoms in Infants and Children A Systematic Review. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2019; 68(6): 811-817. doi: 10.1097/MPG.000000000000022
- Salvatore S, Vandenplas Y (2016). Gastroesophageal Reflux . In Robert Wyllie, Jeffrey S. Hyams, Marsha (Eds), *Pediatric gastrointestinal and liver disease* (5th, pp 243-258). Philadelphia: Elsevier.
- Vandenplas Y, Hassall E. Mechanisms of gastroesophageal reflux and gastroesophageal reflux disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2002 Aug;35(2):119-36.
- van der Pol R, Smits M, Benninga MA, et al. Non-Pharmacological Therapies for GERD In Infants And Children in fifth European paediatric motility meeting. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2011;53:6-8.
- Xinias I, Mouane N, Le Luyer B, et al. Cornstarch thickened formula reduces oesophageal acid exposure time in infants. *Dig Liver Dis.* 2005; 37(1):23-27. doi.org/10.1016/j.dld.2004.07.015
- Ostrom KM, Jacobs JR, Merritt RJ, et al. Decreased regurgitation with a soy formula containing added soy fiber. *Clin Pediatr (Phila).* 2006; 45(1):29-36. doi.org/10.1177/000992280604500105
- Horvath A, Dziechciarz P, Szajewska H. The effect of thickened-feed interventions on gastroesophageal reflux in infants: systematic review and meta-analysis of randomized, controlled trials. *Pediatrics.* 2008; 122(6):e1268-1277. DOI: https://doi.org/10.1542/peds.2008-1900.
- Beal J, Silverman B, Bellant J, et al. Late onset necrotizing enterocolitis in infants following use of a xanthan gum-containing thickening agent. *J Pediatr.* 2012; 161(2):354-356. doi: 10.1016/j.jpeds.2012.03.054
- Woods CW, Oliver T, Lewis K, et al. Development of necrotizing enterocolitis in premature infants receiving thickened feeds using SimplyThick(R). *J Perinatol.* 2012; 32(2):150-152. doi: 10.1038/jp.2011.105.
- Loots C, Kritas S, van Wijk M, et al. Body positioning and medical therapy for infantile gastroesophageal reflux symptoms. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2014; 59(2):237-243. doi: 10.1097/MPG.0000000000000395
- van Wijk MP, Benninga MA, Dent J, et al. Effect of body position changes on postprandial gastroesophageal reflux and gastric emptying in the healthy premature neonate. *J Pediatr.* 2007; 151(6):585-590. doi.org/10.1016/j.jpeds.2007.06.015
- Pensabene L, Salvatore S, D'Auria E, et al. Cow's Milk Protein Allergy in Infancy: A Risk Factor for Functional Gastrointestinal Disorders in Children? *Nutrients.* 2018;10(11). pii: E1716. doi: 10.3390/nu10111716. Review
- Koletzko S, Niggemann B, Arato A, et al. Diagnostic approach and management of cow's-milk protein allergy in infants and children: ESPGHAN GI Committee practical guidelines. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2012; 55(2):221-229. doi: 10.1097/MPG.0b013e31825c9482
- Corvaglia L, Mariani E, Aceti A, et al. Extensively hydrolyzed protein formula reduces acid gastro-esophageal reflux in symptomatic preterm infants. *Early Hum Dev.* 2013; 89(7):453-455. doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2013.04.003.
- Houghton L A, Mangnall Y F, Read N W. Effect of incorporating fat into a liquid test meal on the relation between intragastric distribution and gastric emptying in human volunteers. *Gut.* 1990; 31 1226-1229. dx.doi.org/10.1136/gut.31.11.1226.
- Fox M, Barr C, Nolan S, et al. The effects of dietary fat and calorie density on esophageal acid exposure and reflux symptoms. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007;5:439-444. doi.org/10.1016/j.cgh.2006.12.013
- Murphy DW, Castell DO. Chocolate and heartburn: evidence of increased esophageal acid exposure after chocolate ingestion. *Am J Gastroenterol* 1988;83:633-636.
- S Sethi, JE Richter. Diet and gastroesophageal reflux disease: role in pathogenesis and management. *Current opinion in gastroenterol* 2017;33:107-111. doi: 10.1097/MOG.0000000000000337
- Kim J, Oh SW, Myung SK, et al. Association between coffee intake and gastroesophageal reflux disease: a meta-analysis. *Diseases of the Esophagus* 2014; 27(4): 311-317. doi.org/10.1111/dote.12099.

21. Murase K, Tabara Y, Takahashi Y, et al. Gastroesophageal Reflux Disease Symptoms and Dietary Behaviors are Significant Correlates of Short Sleep Duration in the General Population: The Nagahama Study. *Sleep* 2014;37(11):1809–1815. doi.org/10.5665/sleep.4176.
22. Pashankar DS, Corbin Z, Shah SK, et al. Increased prevalence of gastroesophageal reflux symptoms in obese children evaluated in an academic medical center. *J Clin Gastroenterol.* 2009; 43(5):410–413. 10.1097/MCG.0b013e3181705ce9.
23. Kaltenbach T, Crockett S, Gerson LB. Are lifestyle measures effective in patients with gastroesophageal reflux disease? An evidence-based approach. *Arch Intern Med.* 2006; 166(9):965–971.