

GASTROÖZOFAGEAL REFLÜ HASTALIĞI

10.

BÖLÜM

Işıl İNAN ERDOĞAN¹
Batuhan PALALIOĞLU²
Coşkun ÇELTİK³

GİRİŞ

Gastroözofageal reflü (GÖR) mide içeriğinin özofagusa istemsiz kaçıışı olarak tanımlanmıştır. Sağlıklı bebek, çocuk ve erişkinlerde gün içinde birçok defa tekrarlayabilen, tamamen fizyolojik bir durumdur. Çoğu reflü atağı sıklıkla üç dakikadan daha kısa süreli olup yemek sonrası dönemde, distal özofagusa sınırlı şekilde görülür ve asemptomatik seyreder^(1,2).

Regürjitasyon GÖR'ün farenks, ağız ya da perioral alana pasajıdır. Sağlıklı bebeklerde özellikle hayatın ilk ayından itibaren başlayıp üç dört aylıkken en yüksek insidansına ulaşır. Regürjitasyon çoğu sağlıklı bebekte 12-14 aylıkken kendiliğinden düzelir⁽¹⁾. Kusma, regürjitasyondan farklı olarak efor harcanarak, öğürme ile mide içeriğinin ağıza dolmasıdır⁽³⁾.

GÖR sık ya da persistan hale gelip özofajit ilişkili semptomlar vermeye ya da komplikasyonlara neden olmaya başladığında patolojik olan gastroözofageal reflü hastalığı (GÖRH) ortaya çıkar⁽³⁾.

PATOFİZYOLOJİ

Reflünün özofageal etkilerini belirleyen faktörler özofageal marüziyetin süresi (reflü epizotlarının sıklığı ve süresiyle ilişkili), reflü materyalinin etkisi, özofagusun hasara duyarlılığıdır. Alt özofageal sfinkter (AÖS) manometri ile yüksek basınç bölgesi olarak tanımlanmakta olup özofagogastrik bileşkedeki valf benzeri anatomik oluşum ve diyaframın etkisi ile desteklenir ve antireflü bariyer oluşturur⁽⁴⁾. AÖS'nin yetersiz tonusu, AÖS gevşemesinin sıklığındaki artış ve AÖS

¹ Yan Dal Asistan Dr., Sağlık Bilimler Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Gastroenteroloji Kliniği, inan.isil@gmail.com ORCID iD: 0000-0002-1103-5917

² Arş. Gör. Asistan Dr., Sağlık Bilimler Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, palalioglu@me.com ORCID iD: 0000-0002-0106-5450

³ Prof. Dr. Sağlık Bilimler Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Gastroenteroloji Kliniği, cceltik2001@yahoo.com ORCID iD: 0000-0002-7944-4311

sırasında yaşamı tehdit eden aspirasyona neden olan diğer durumlarda yararlı olan operatif bir prosedürdür ⁽³⁾.

Nissen fundoplikasyonu yaşamı tehdit edici semptomlar varlığında veya antiasit ilaçlara direnç gösterip kronikleşen 2-3 yaş üzeri çocuklarda bir tedavi seçeneği olup, yenidoğanlarda ve küçük bebeklerde tedavideki rolü belirsizdir. Nörolojik bozukluğu olan çocuklarda cerrahi müdahalenin riskleri ve yararları iyi dengelenmelidir ⁽³⁾.

SONUÇ

GÖR fizyolojik bir tablo olup persistan hale geldiğinde ya da komplikasyonlar geliştiğinde GÖRH ortaya çıkar. Bebeklerde en sık regürjitasyon ve kusma şeklinde ortaya çıktığından alarm semptomlar iyi değerlendirilmeli, kusma ayırıcı tanısı doğru şekilde yapılmalıdır. Hafif vakalar beslenme, yatış pozisyonu ve davranışsal değişikliklerle tedavi edilebilirken bunlara yanıt vermeyen vakalarda farmakolojik tedavi başlanmalıdır. Tıbbi tedaviye cevap vermeyen ve yaşamı tehdit eden GÖRH komplikasyonları olan hasta gruplarında cerrahi tedavi seçeneği de değerlendirilmelidir.

KAYNAKÇA

1. Vandenplas Y, Rudolph CD, Di Lorenzo C, et al; Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines. Joint recommendations of the North American Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and the European Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2009;49:498–5472. doi: 10.1097/MPG.0b013e3181b7f563.
2. 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 and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2018;66(3):516-554. doi:10.1097/MPG.0000000000001889
3. Wyllie R, Hyams JS, Kay M (2016) *Pediatric Gastrointestinal and Liver Disease (Fifth Edition)*, pp. 243-258). Philadelphia, Elsevier
4. Kliegman RM, Stanton BF, St Geme JW, Schor NF (2016) *Nelson Textbook of Pediatrics (20th edition)*, pp. 1787-1791). Philadelphia, Elsevier
5. Vandenplas, Y., Hassall, E. (2002). Mechanisms of Gastroesophageal Reflux and Gastroesophageal Reflux Disease. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 35(2), 119–136. doi:10.1097/00005176-200208000-00005
6. Kuiken S, Van Den Elzen B, Tytgat G, Bennink R, Boeckxstaens G. Evidence for pooling of gastric secretions in the proximal stomach in humans using single photon computed tomography. *Gastroenterology*. 2002;123(6):2157-2158. doi:10.1053/gast.2002.37299
7. Rubenstein JH, Chen JW. Epidemiology of gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterol Clin North Am*. 2014;43(1):1-14. doi:10.1016/j.gtc.2013.11.006
8. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain CA, et al. Management of *Helicobacter pylori* infection--the Maastricht IV/ Florence Consensus Report. *Gut*. 2012;61(5):646-664. doi:10.1136/gutjnl-2012-302084

9. Moon, A., Solomon, A., Beneck, D., & Cunningham-Rundles, S. (2009). Positive Association Between *Helicobacter pylori* and Gastroesophageal Reflux Disease in Children. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 49(3), 283–288. doi:10.1097/mpg.0b013e31818eb8de
10. Bredenoord, A. J., Pandolfino, J. E., & Smout, A. J. (2013). Gastro-oesophageal reflux disease. *The Lancet*, 381(9881), 1933–1942. doi:10.1016/s0140-6736(12)62171-0
11. Cameron AJ, Lagergren J, Henriksson C, Nyren O, Locke GR 3rd, Pedersen NL. Gastroesophageal reflux disease in monozygotic and dizygotic twins. *Gastroenterology*. 2002;122(1):55-59. doi:10.1053/gast.2002.30301
12. Carré JI, Johnston BT, Thomas PS, Morrison PJ. Familial hiatal hernia in a large five generation family confirming true autosomal dominant inheritance. *Gut*. 1999;45(5):649-652. doi:10.1136/gut.45.5.649
13. Hu FZ, Preston RA, Post JC, et al. Mapping of a gene for severe pediatric gastroesophageal reflux to chromosome 13q14. *JAMA*. 2000;284(3):325-334. doi:10.1001/jama.284.3.325
14. Baran M, Özgenc F, Arıkan Ç, et al. Gastroesophageal reflux in children with functional constipation. *Turk J Gastroenterol*. 2012;23(6):634-638. doi:10.4318/tjg.2012.0454
15. Xu X, Chen Q, Liang S, Lv H, Qiu Z. Comparison of gastroesophageal reflux disease questionnaire and multichannel intraluminal impedance pH monitoring in identifying patients with chronic cough responsive to antireflux therapy. *Chest*. 2014;145(6):1264-1270. doi:10.1378/chest.13-1634
16. Macharia EW. Comparison of upper gastrointestinal contrast studies and pH/impedance tests for the diagnosis of childhood gastro-oesophageal reflux. *Pediatr Radiol*. 2012;42(8):946-951. doi:10.1007/s00247-012-2405-3
17. Uslu-Kızılkın N (2020) Gastroözofageal reflü hastalığı. Hasan Özen (Ed) Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme (3. Baskı) içinde (s. 31-45) Ankara, Nobel Kitapevi
18. Hemmink GJ, Weusten BL, Oors J, Bredenoord AJ, Timmer R, Smout AJ. Ambulatory oesophageal pH monitoring: a comparison between antimony, ISFET, and glass pH electrodes. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2010;22(5):572-577. doi:10.1097/MEG.0b013e328333139f
19. Cresi F, Locatelli E, Marinaccio C, Grasso G, Coscia A, Bertino E. Prognostic values of multichannel intraluminal impedance and pH monitoring in newborns with symptoms of gastroesophageal reflux disease. *J Pediatr*. 2013;162(4):770-775. doi:10.1016/j.jpeds.2012.10.009
20. Dahms BB. Reflux esophagitis: sequelae and differential diagnosis in infants and children including eosinophilic esophagitis. *Pediatr Dev Pathol*. 2004;7(1):5-16. doi:10.1007/s10024-003-0203-5
21. Lightdale JR, Gremse DA; Section on Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. Gastroesophageal reflux: management guidance for the pediatrician. *Pediatrics*. 2013;131(5):e1684-e1695. doi:10.1542/peds.2013-0421
22. 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 [published correction appears in *Pediatrics*. 2009 Apr;123(4):1254]. *Pediatrics*. 2008;122(6):e1268-e1277. doi:10.1542/peds.2008-1900
23. Vandenplas Y. Thickened infant formula does what it has to do: decrease regurgitation. *Pediatrics*. 2009;123(3):e549-e550. doi:10.1542/peds.2008-3815
24. Vandenplas Y, Gottrand F, Veereman-Wauters G, et al. Gastrointestinal manifestations of cow's milk protein allergy and gastrointestinal motility. *Acta Paediatr*. 2012;101(11):1105-1109. doi:10.1111/j.1651-2227.2012.02808.x
25. Vandenplas Y, De Greef E; ALLAR study group. Extensive protein hydrolysate formula effectively reduces regurgitation in infants with positive and negative challenge tests for cow's milk allergy. *Acta Paediatr*. 2014;103(6):e243-e250. doi:10.1111/apa.12615
26. Rohof WO, Bennink RJ, Smout AJ, Thomas E, Boeckxstaens GE. An alginate-antacid formulation localizes to the acid pocket to reduce acid reflux in patients with gastroesophageal reflux disease. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2013;11(12):1585-e90. doi:10.1016/j.cgh.2013.04.046

27. Czinn SJ, Blanchard S. Gastroesophageal reflux disease in neonates and infants : when and how to treat. *Paediatr Drugs*. 2013;15(1):19-27. doi:10.1007/s40272-012-0004-2
28. Andersson T, Hassall E, Lundborg P, et al. Pharmacokinetics of orally administered omeprazole in children. *International Pediatric Omeprazole Pharmacokinetic Group. Am J Gastroenterol*. 2000;95(11):3101-3106. doi:10.1111/j.1572-0241.2000.03256.x
29. Omari TI, Haslam RR, Lundborg P, Davidson GP. Effect of omeprazole on acid gastroesophageal reflux and gastric acidity in preterm infants with pathological acid reflux. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2007;44(1):41-44. doi:10.1097/01.mpg.0000252190.97545.07
30. Esposito C, De Luca C, Alicchio F, et al. Long-term outcome of laparoscopic Nissen procedure in pediatric patients with gastroesophageal reflux disease measured using the modified QPSG Roma III European Society for Pediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition's questionnaire. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical techniques. Part A*. 2012 Nov;22(9):937-940. DOI: 10.1089/lap.2011.0254.