

Larengofarengal reflü hastalarında semptomların sıklığı ve şiddeti

Prevalance and severity of symptoms in patients with laryngopharyngeal reflux disease

Ibrahim ERCAN*, Burak Ömür ÇAKIR*, Müge ÖZÇELİK*
Canan ALKIM**, Suat TURGUT*

*Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Kulak Burun Boğaz Kliniği

**Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği

ÖZET

Amaç: Larengofarengal reflü (LFR) semptomları ile başvuran ve LFR olduğu kanıtlanmış hastalarda kulak burun boğaz ile ilgili şikayetlerin sıklığını ve bu şikayetlerin şiddetinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Kulak Burun Boğaz Kliniğine olası LFR semptomları ile başvurmuş ve LFR olduğu kanıtlanmış 36 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalara şikayetlerinin varlığının, şiddetinin ve sıklığının sorgulandığı 20 soruluk anket formu dolduruldu. Daha sonra elde edilen cevaplar değerlendirilerek reflüye bağlı şikayetlerin sıklığı ve bu şikayetlerin varlığındaki şiddet ortalaması değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan hastaların sonuçları değerlendirildiğinde en sık görülen şikayetlerin ses kısıklığı (%86) ve boğaz temizleme hissi (%80) olduğu belirlenmiştir. Bunun yanı sıra şikayet varlığında şiddet ortalamasının (0-4) boğazda sertlik hissi (3,57) ve tat almada azalmada (3) en yüksek olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Çalışmamızda da tespit ettiğimiz gibi, LFR mide şikayetleri olmaksızın kendini farklı semptomlarla gösterebilmektedir. Bu nedenle LFR'li hastaların tipik reflü şikayetlerinin yanı sıra farklı larengofarengal sistem şikayetleriyle de başvurabilecekleri akılda tutulmalı ve LFR tanısında dikkatli bir sorgulama ve değerlendirme yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Larengofarengal reflü, gastroözofajeal reflü, ses kısıklığı

SUMMARY

Objective: The aim of this study was to investigate the severity and frequency of complaints related to the ear, nose and throat in patients proven to have LPR or patients presenting with symptoms related to LPR.

Study Design: Patients who applied to the ear, nose and throat clinic of Şişli Etfal Hospital with symptoms of LPR and 36 patients proven to have LPR were included in the study. A questionnaire of 20 questions regarding the presence, severity and frequency of symptoms were asked to be completed by patients later answers were processed to assess the frequency or patients symptoms due to reflux and the mean severity value when these symptoms were present.

Results: According to our study the most frequent symptoms patients in our study complained about were "hoarseness" (%86) and the urge to continuously clear the throat (%80) when mean severity of symptoms was assessed; on a scale of 0-4. The most severe complaints were a lump in the throat (3.57) and loss of taste sensation (3.00).

Conclusion: As depicted in our study symptoms of LPR may be completely independent of complaints regarding the stomach. This indicates that patients with LPR may present with a wide range of symptoms implying that when such symptoms are present LPR should come to mind and a concise examination should be performed for the diagnosis of LPR.

Key Words: Laryngopharyngeal reflux, gastroesophageal reflux, hoarseness.

GİRİŞ

Son zamanlarda önemi giderek anlaşılan, gastroözofageal reflünün (GÖR) atipik klinik şekillerinden biri olan larengofarengal reflü

Yazışma Adresi:

Ibrahim ERCAN
Seringül Sitesi K2 Blok D:3 Seyrantepe
Kağıthane 34418 İstanbul
e-posta: i-ercan@yahoo.com

(LFR) mide içeriğinin öğürme veya kusma olmaksızın üst özofageal sfinkterin üzerine erişecek şekilde geri kaçışıdır (1). LFR kendini GÖR'ün atipik formu olarak gösterir. GÖR'ün tipik semptomları olan retrosternal yanma ve regürjitasyon, LFR ile ilişkili semptomları nedeniyle kulak burun boğaz kliniğine başvuran hastaların çoğunda yoktur (2). GÖR'ün tanısında tipik semptomların saptanması, özofageal pH metreyle patolojik reflünün gösterilmesi ve

endoskopik olarak özofajitin kanıtlanması gerekmektedir (3). Bununla birlikte bu patolojik değişiklikler LFR'li hastalarda sık değildir. Proksimal patolojik reflü pH metre ile hastaların sadece 1/3 inde, eroziv özofajit tanısı hastaların yalnızca 1/4 inde görülür (4, 5). GÖR'ün tipik özellikleri retrosternal yanma, asid regürjitasyonu ve endoskopik olarak kanıtlanmış özofajittir. Buna karşılık literatürde, LFR'li hastaların en sık şikayetleri; ses kısıklığı, boğazda takılma hissi, boğazda yanma, boğazı sık temizleme ihtiyacı, öksürük, astım, disfaji ve/veya odinofaji olarak belirtilmiştir (4).

Bu çalışmanın amacı LFR olduğu kanıtlanmış hastalarda kulak burun boğaz ile ilgili şikayetlerin sıklığını ve bu şikayetlerin şiddetini araştırmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmaya Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Kulak Burun Boğaz (KBB) polikliniğine olası LFR semptomları (ses kısıklığı, kronik öksürük, boğaz ağrısı, boğazda takılma hissi, sık boğazı temizleme ihtiyacı, paroksizmal laryngospazm ve/veya disfaji) ile başvuran ve direkt larengoskopi yapılarak bu semptomları oluşturabilecek diğer hastalıkların olmadığı (malignite, vokal kord paralizisi, vs.) kanıtlanmış 50 hasta dahil edildi. Daha sonra bu hastalarda üst gastro intestinal sistem (GİS) neoplazmları ve bu şikayetlere neden olabilecek diğer özofageal hastalıkların (akalazya, striktürler vs.) ekarte edilebilmesi için üst GİS endoskopisi yapılmak üzere ve ayrıca LFR tanısının konulabilmesi için 24 saatlik özofagus pH metresi yapılmak üzere Gastroenteroloji kliniğine yönlendirildi.

Üst GİS endoskopisi:

Üst GİS endoskopisi ve pH metre gebelik, geçirilmiş gastrik veya özofagus cerrahisi hikayesi, son bir hafta içinde herhangi bir H2 reseptör antagonisti, proton pompa inhibitörü, anti-asid veya antibiyotik kullanım öyküsü olmayan hastalara uygulandı. Endoskopik muayene ile aynı zamanda benzer şikayetleri yaratabilecek

olan diğer hastalıklar (akalazya, alt özofageal sfinktere kadar olan alandaki neoplazmlar vs.) ekarte edildi. Üst kesici dişler ve alt gastroözofageal sfinkter arasındaki mesafe ölçüldü. Aynı zamanda özofagustan 2, mide antrumundan 2 ve mide korpusundan 2 tane olmak üzere endoskopik biyopsiler alındı.

Ambulatuvar 24 saatlik çift problu özofagus pH monitorizasyonu:

Çift problu pH monitorizasyonu için 15 cm aralıklı çift probu olan silikon monokristal antimon kateter ve kayıt cihazı (Digitrapper Marc III; Medtronic Synectics, Maastricht, Hollanda) kullanıldı.

Çalışmanın öncesinde her iki probun pH'sı uygun solusyonlar içinde kalibre edildi. Distal prob alt özofageal sfinkterinin proksimal sınırının 5 cm üstüne yerleştirildi. Pozisyon, lateral göğüs grafisi ile kontrol edildi. Proksimal prob, distal probun 15 cm proksimalindeydi. Bütün hastalara herhangi bir kısıtlama olmaksızın günlük diyetlerine benzer şeyleri yemeleri tavsiye edildi. Yemek yeme süresi ve postprandial 120 dakika boyunca elde edilen bilgiler değerlendirme dışı bırakıldı. Proksimal probta 2 veya daha fazla sayıda pH'nın 4 ün altında olduğu (bu çalışma için belirlenen pH değeri 4 veya daha azdı) reflü atağı tespit edilen hastalar LFR olarak kabul edildi. Distal probta da GÖR DeMeester skorlamasına göre 14.72 nin üzeri reflü olarak kabul edildi.

Toplam 50 hastamızdan çalışma kriterlerine uymayan, LFR negatif olan ve kendi isteğiyle çalışma dışı kalmak isteyen 14 hasta çalışma dışı bırakıldı ve geriye kalan 36 hastaya dahil edilerek verileri toplandı ve değerlendirildi.

Hastalara üst GİS endoskopisi ve ambulatuvar 24 saatlik çift problu özofagus pH monitorizasyonu uygulanarak larengofarengal reflü atakları olduğu kanıtlandı. Daha sonra hastalara ses kısıklığı, sık boğaz temizleme ihtiyacı, boğazında düğümlenme hissi, kuru öksürük, boğazda yanma, pirozis, regürjitasyon, boyun ağrısı, ağza su gelmesi, otalji, boğaz ağrısı, boğul-

ma hissi, boğazda lokma takılması, halitozis, disfaji, aerofaji, boğazda sertlik hissi, odinofaji, tat almada azalma şikayetlerinin sorgulandığı anket formu dolduruldu. Ek olarak hastalardan bu şikayetlerinin ne zamandır olduğunu, ne şekilde olduğunu (sürekli veya intermitan) ve ne derecede olduğunu (0=hiç yok, 1=hafif, 2=orta, 3=şiddetli, 4=çok şiddetli olacak şekilde) belirtmeleri istenildi. Daha sonra bu şikayetlerin hasta grubundaki görülme sıklığı yüzdesi ve şikayet varlığındaki şiddet ortalaması hesaplandı.

SONUÇLAR

Hastaların 13 tanesi erkek, 23 tanesi kadındı. Hastaların yaş aralığı 29-68 arasındaydı. Yaş ortalaması 48,19 idi. Hastalarda şikayetlerin görülme sıklığı ve şikayet varlığında şiddet ortalaması tablo 1'de gösterilmiştir.

Bu değerlendirmeye göre en sık görülen şikayetler ses kısıklığı ve sık sık boğaz temizleme ihtiyacı olarak belirlendi. Bununla birlikte özellikle tat almada azalma ve boğazda sertlik hissi şikayeti bulunanlarda şiddet ortalamasının en yüksek olduğu görüldü.

TARTIŞMA

LFR, mide içeriğinin larenks, farenks, trakea ve bronşlara retrograd olarak kaçışı olup GÖR'ün ekstraözofajeal formlarından birisidir (4,6). KBB uzmanlarına başvuran hastaların %5-10 unu LFR ile ilgili semptom ve bulgulara sahip hastalar oluşturmaktadır (1). LFR tanısına; dikkatli bir semptom sorgulaması, larenksin detaylı olarak incelendiği tam bir KBB muayenesi, reflüyü tespit etmeye ve ölçmeye yönelik laboratuvar incelemeleri ve gerektiğinde ampirik

Tablo 1: Hastaların şikayetlerinin görülme sıklığı ve şiddeti

| Hastaların şikayeti | Şikayetin Görülme Sıklığı % (n/36 x100) | Şikayet varlığında şiddet ortalaması |
|--------------------------|--|---|
| Ses kısıklığı | 86 | 1,06 |
| Boğaz temizleme ihtiyacı | 80 | 0,93 |
| Boğaz düğümlenme hissi | 66 | 1,66 |
| Kuru öksürük | 66 | 1,125 |
| Boğazda yanma | 66 | 1,25 |
| Pirozis | 58 | 1,19 |
| Regürjitasyon | 5 | 2,11 |
| Boyun ağrısı | 44 | 1,5 |
| Ağıza acı su gelmesi | 44 | 2,375 |
| Otalji | 41 | 1,66 |
| Boğaz ağrısı | 41 | 0,73 |
| Boğulma hissi | 41 | 1,26 |
| Boğazda lokma takılması | 38 | 1,78 |
| Halitozis | 3 | 1,54 |
| Disfaji | 25 | 1,55 |
| Aerofaji | 19 | 1,21 |
| Boğazda sertlik hissi | 19 | 3,57 |
| Odinofaji | 16 | 2,33 |
| Tad almada azalma | 11 | 3 |

reflü tedavisine alınan cevaba ait bilgilerin bir arada değerlendirilmesi sonucunda ulaşılabilir (1). LFR kendini GÖR'ün atipik formu olarak gösterdiğinden dolayı LFR'nin klinik bulguları ve semptomları özofajitin eşlik ettiği tipik GÖR bulgularından daha farklıdır (5) Klinik olarak GÖR'ün tipik şekli, alt özofageal segmente asit reflüsünün neden olduğu retrosternal yanma ve regürjitasyon semptomları ile karakterli iken (3, 7) LFR'deki en sık şikayetler ses kısıklığı ve yutkunma güçlüğüdür (4). Bunun yanı sıra LFR'si olan hastalarda GÖR'de görülen tipik patolojik değişiklikler de sık olarak gözlenmez. Proksimal patolojik reflü, pH metre ile LFR'li hastaların yaklaşık 1/3'ünde bulunurken, eroziv özofajit endoskopik olarak hastaların sadece 1/4'ünde bulunmaktadır (4, 5). LFR tanısı için en yüksek sensitivite ve spesifiteye sahip test yöntemi 24 saatlik, iki kanallı özofageal pH monitorizasyonudur (7). Ancak pH monitorizasyonunun sonuçları değerlendirilirken, incelemede teknik zorluklar bulunduğu ve hastalarda reflü özelliklerinin çok değişik olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır (10). LFR'nin intermittan karakterli olduğu hastalarda, incelemenin yapıldığı gün reflü atağı olmadığı takdirde pH monitorizasyonun reflüyü tespit etmesi mümkün olmayabilir. Reflünün davranışına ait değişiklikler olması ve ideal bir tanı yönteminin bulunmaması nedeniyle, ampirik deneme tedavisine alınan cevabın değerlendirilmesi de, LFR'de geçerli bir tanı yöntemidir (4, 10).

Mide içeriğindeki asit ve pepsinin larenks, trakea, farenks ve oral kavite mukozası ile teması, non-spesifik irritasyona bağlı mukoza lezyonlarına ve semptomlara neden olabilir. Larengeofarengal reflüsü bulunan ve genellikle kulak burun boğaz hekimine başvuran hastalarda da sıklıkla kronik, tekrarlayan ve LFR için spesifik olmayan semptomlara rastlanır. Bilinen bir larenks veya farenks hastalığı anamnezi bulunmayan hastalarda larengeofarengal semp-

tomların varlığı LFR şüphesini doğurmalıdır (11). LFR'de görülen en sık semptomlar ses kısıklığı, yutkunmakla takılma hissi, boğazda kaşınma hissi, boğazı sık sık temizleme ihtiyacı, öksürük, astım, disfaji yada odinofajidir (6, 8, 9, 10). Koufman ve ark.larının yaptığı bir çalışmada 113 kişilik ses bozukluğu yakınması olan hasta grubunda LFR prevalansı yaklaşık %70 olarak bulunmuştur (9). Yine Rüta ve ark.larının yaptığı bir diğer çalışmada 58 tane LFR'li hastada atipik şikayetlerin (ses kısıklığı, boğaz temizleme ihtiyacı, globus hissi) reflünün tipik semptomlarına (göğüsde yanma hissi, asit regürjitasyonu) oranla 3 kat daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir (4). Ricardo ve ark.larının LFR'li hastalarda ses kalitesindeki değişikliğin, öksürüğün, boğaz temizleme ihtiyacının ve yutkunma şikayetlerinin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini değerlendirdiği bir diğer çalışmada ses kalitesindeki değişikliğin ve öksürüğün yaşam kalitesi üzerinde en fazla etkiye sahip olan şikayetler olduğu belirlenmiştir. Queseda ve ark.larının yaptığı bir diğer çalışmada ise, globus yakınması bulunan 30 kişilik bir hasta grubunda LFR insidansı %26.7 olarak tespit edilmiştir (12). Çalışmamızda ilginç olarak az sıklıktaki şikayetler; boğazda sertlik hissi (%19), odinofaji (%16) ve tat almada azalma iken şikayetlerin varlığında bu şikayetlerin şiddeti en yüksek olarak bulunmuştur (sırasıyla 3.5, 2.3 ve 3). Bununla birlikte en sık görülen şikayetlerin şiddeti ortalamaları 1 civarındadır.

Sonuç olarak çalışmamızda LFR'li hastalarda ses kısıklığı ve sık boğaz temizleme ihtiyacı en sık görülen şikayetler olarak tespit edilirken; tad almada bozukluk, boğazda sertlik hissi ve odinofaji şikayetleri, varlığında şiddeti en yüksek şikayetler olarak bulunmuştur. LFR hastalığında ampirik tedavi başlanabilmesi için bu şikayetlerle polikliniğimize başvuran hastalarda LFR tanısı öncelikle akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Yorulmaz İ, Larengofarengeal Reflü. KBB Forum 2002; 1:22-31.
2. Tutuian R, Castell DO. Diagnosis of laryngopharyngeal reflux. *Curr Opin Otolaryngolo Head Neck Surg.* 2004; 12:174-179.
3. Casado JC, Montero JL, Cantillo E, Jurado A. Head and neck symptoms of gastroesophageal reflux. *Acta Otorinolaryngol.* 1998; 49:216-220.
4. Rūta P, Virgilijus U, Lamias J. Typical and atypical symptoms of laryngopharyngeal reflux disease. *Medicina* 2002; 3:699-705
5. Dent J, Brun J, Fendrick AM, Fennerty MB, et al An evidence-based appraisal of reflux disease management. *Gut* 1999; 44:1-16.
6. Ricardo L, Carrau MD, Khidr A, Karen F. Validation of a quality of life instrument for laryngopharyngeal reflux. *Arch Otolaryngolo Head Neck Surg* 2005; 131:315-320.
7. Koufman JA. The Otolaryngologic manifestations of gastroesophageal reflux disease. *Laryngoscope* 1991; 101:1-78.
8. Koufman JA, Sataloff RT, Toohill R. Laryngopharyngeal reflux. Consensus conference report. *J Voice* 1996; 32:215-6
9. Koufman JA, Amin MR, Panetti M. Prevalence of reflux in 113 consecutive patients with laryngeal and voice disorders. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2000; 123:385-388
10. Habermann W, Eherer A, Lindbichler F, Raith J. Ex juvantibus approach for chronic posterior laryngitis: results of short term pantoprazole therapy. *J Laryngol Otol* 1999; 113:734-739
11. Toohill RJ, Kulin JC. Role of refluxed acid in pathogenesis of laryngeal disorders. *Am J Med* 1997; 103:100-106
12. Quesada JL, Lorente J, Homs I, Lopez D, Quesada P. Pharyngeal globe and pharyngo-laryngeal reflux. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2003; 54:495-498