

Reflü (Gastroözofageal Reflü Hastalığı)

Ülkemizde gastroözofageal reflü hastalığı (GÖRH) sıklığı %19-25 arasında değişmektedir. Yapılan çalışmalar her 5 kişiden birinde reflü olduğunu göstermektedir. Halk arasında genellikle reflü olarak bilinen gastroözofagial reflü (GÖR) mide içeriğinin (mide asidi, pepsin, pankreas enzimleri ve safra) yemek borusuna (özefagus) geri kaçmasıdır. Sağlıklı kişilerdede fizyolojik reflü olabilmektedir. (Kısa sürmesi ve yemek borusunda bir hasar oluşturmaması nedeniyle genellikle fizyolojik reflünün farkına varılmaz.

Reflü; gün içinde sık aralıklarla tekrarladığında, uzun sürdüğünde ve uyku sırasında oluştuğunda artık patolojik reflü söz konusudur. Tipik bulgusu göğüs kemiği arkasında yanma hissidir ve yemek borusunda değişik derecelerde olabilen hasarlanma ile birliktedir. İşte bu durumda ‘gastroözofagial reflü hastalığı’ (GÖRH) veya halk arasında yaygın olduğu şekliyle ‘reflü hastalığından bahsedilir. Batıda yaşayan insanların hemen yarısının yılda en az bir kez, %25’inin ayda en az bir kez, %15’inin haftada en az bir kez, % 5 ila %10’unun da her gün en az bir kez bu şikâyeti tanımladıkları saptanmıştır. Ülkemizdeki epidemiyolojik çalışmalarda elde edilen bulgular da bu sonuçlardan pek farklı değildir.

Normalde mide içerisinde bulunan gıdalar ve özellikle açlıkta asit ve safra yemek borusuna kaçmaz. Yemek borusu ile midenin bileşim yerindeki kapakçık sistemi (alt özefagus sfinkteri – AÖS) buna engel olur. Bu sistem yemek borusundan gıdaların mideye geçişine müsaade ederken, mide içeriğinin yemek borusuna geri kaçışını engellemektedir. Böylece asit ve safraya dayanıksız olan yemek borusunun mukozası tahrip olmaktan kurtulur. Reflünün en önemli nedeni bu kapak sisteminin çeşitli sebeplerden dolayı görevini yetersiz yapmasıdır. Reflü olması için mutlaka kapakçık yetmezliği olması her zaman şart değildir. Yemek borusuna ait bazı hastalıklarda ve mide boşalma bozukluğu durumunda da reflü olabilmektedir.

GÖR oluşumuna yol açabilen diğer önemli bir nedende mide fitiğidir. Mide fitiği, göğüs ve karın boşluğunu ayıran ve diyafram adı verilen zardaki deliğin aşırı genişlemesi sonucunda midenin yemek borusu ile birleştiği üst kısmının bu delikten geçerek göğüs boşluğuna kaymasıdır. Mide fitiği varlığında AÖS’nin yapı ve fonksiyonu bozulmakta ve mide içeriğinin yemek borusuna kaçışı kolaylaşmaktadır. Şiddetli reflüsü olan hastaların hemen yarısında birlikte mide fitiği bulunurken mide fitiği vakalarının da 1/3 inde reflü şikâyetlerine rastlanmaktadır.

Gastroözofagial reflü hastalığının belirtileri:

Reflü hastalığının tipik belirtileri göğüs kemiğinin arkasında duyulan ve aşağıdan yukarıya, boğaza doğru yükselen yanma hissi (heartburn) ve yenilen gıdaların ağıza veya yemek borusuna geri gelmesidir (regürjitasyon). Bu yanma hissi, sırtta ve boğaza yayılabilir, genellikle yemeklerden 30 dakika sonra başlar, egzersiz ve öne eğilmekle artar.

Şiddetli reflüsü olanlarda mide içeriğinin ağza geri gelmesi sonucu ağız kokusu, boğaz ağrısı, yutkunurken zorlanma, ses kısıklığı, karın şişkinliği, geğirti, hıçkırık, gıcık hissi ve kronik öksürük gibi şikâyetlerde görülebilir. Nedeni belirlenemeyen öksürüklerin 2/3 sinde reflü saptanmıştır. Ayrıca bazı çalışmalarla reflü ile astım hastalığı arasında sıkı bir ilişki olduğunu gösterilmiştir.

GÖRH'da rastlanabilecek diğer bir atipik semptomda göğüs ağrısıdır (kalp dışı sebeplere bağlı göğüs ağrısı). Ağrı bazen koroner kalp hastalığı ile karışabildiğinden bu hastalar genellikle önce kalp hastalığı yönünden incelenirler. Bu şekilde kalp kaynaklı gibi görünen bu hastaların %25-30 kadarında yapılan incelemeler sonucunda göğüs ağrısını açıklayacak bir sebep bulunamaz ve bu hastaların yarısında reflü hastalığı saptanmıştır.

Gastroözofagial reflü hastalığında tanı yöntemleri:

Hastanın yakınmalarının dikkatle dinlenmesiyle tipik şikâyetleri olan hastalarda reflü tanısı tecrübeli bir hekim tarafından kolaylıkla konulabilir. Hastanın şikâyetlerinin reflüye yönelik bir tedavi ile kısa sürede düzelmesi de teşhiste kullanılabilecek diğer bir yöntemdir.

Endoskopik muayene (gastroskopi) ile özofagus, özofagus-mide bileşkesi ve midenin doğrudan görülmesine ve gerektiğinde histopatolojik inceleme için doku örneği alınmasına imkan vermesi nedeniyle reflü teşhisinde en sık kullanılan bir yöntemdir. Gastroskopik inceleme ile özofagusta mideden gelen asit ve safranın açtığı yaralar, ülserler görülebilir.

Özellikle şikâyetleri 5 yıldan fazla bir süren, 40 yaşın üzerinde olan, birinci derece akrabalarında (anne, baba ve kardeşlerinde) özofagus veya mide kanseri bulunanlar ile yutma güçlüğü, ağrılı yutma, kilo kaybı ve kansızlık gibi alarm bulguları olan hastalarda endoskopik inceleme mutlaka yapılmalıdır.

Atipik bulguları olan, tanı koyulamayan veya tedaviye yanıt vermeyen hastalarda bazı ilave testlerin yapılması gereklidir. Bu tür vakalarda yemek borusunun 24 saat boyunca asit ölçümü yapan kateterle (PH metre) veya yemek borusunun besini itme gücünü ölçen özofageal manometri ile değerlendirilmesi gerekebilir.

Gastroözofagial reflü hastalığında komplikasyonlar:

Uzun süren ve yeterince tedavi edilmeyen hastalarda özofagus alt ucunda darlık oluşabili. Başlıca bulgusu yutma güçlüğüdür. Darlığın tedavisinde balonla genişletme tedavisi uygulanır, düzelmeyen vakalarda ise cerrahi tedavi gerekebilir. Reflü hastalığında görülebilecek diğer bir komplikasyon özofagusta oluşabilecek derin ülserlerdir. Bu ülserler ağrılı olabilecekleri gibi bazen şiddetli kanamalara yol açabilirler. Kronik larenjit, astım ve mide içeriğinin solunum yollarına kaçması sonucunda oluşabilecek daha ciddi problemler reflü hastalığında görülebilecek diğer komplikasyonlardır. Gastroözofagial reflü hastalığının ciddi ve sessiz bir komplikasyonu Barrett özefagusu veya barrett metaplazisi olarak bilinen

durumdur. Barrett özefagusunun önemi kansere dönüşüm gösterebilen bir hastalık oluşundadır. Barrett özefagusu olan hastalarda yemek borusunda kanser gelişme sıklığı yıllık %0.5 civarındadır. Barrett özefagusu saptanan hastaların belirli aralıklarla gastroskopi yapılarak ve doku örneği alınarak takip edilmeleri ve kansere dönüşümün erken bulguları saptanan hastaların cerrahi tedavi ile tedavi edilmeleri gerekir.

Gastroözofagial reflü hastalığında tedavi:

GÖRH özofagusta ve özofagus dışında yarattığı sorunlarla yaşam konforunu önemli ölçüde azaltır. Bu nedenle tedavinin amacı başlıca semptomların giderilmesi ve komplikasyon gelişiminin önlenmesidir. Öncelikle yaşam biçimini düzenleyen ilaç dışı tedaviler medikal tedaviye ek olarak uygulanır.

Bunlar:

Yatak başını yükseltmek,

Yatmadan üç saat önce yemekten kaçınmak,

Yemeklerin miktarını ve yağ içeriğini azaltmak,

Kafein ve çikolata alımını azaltmak,

Sigarayı bırakmak, alkolün kesilmesi,

İdeal kiloya gelmektir.

Yağlı ve kızartılarak hazırlanan yiyecekler, salçalı ve baharatlı gıdalar, özellikle aç karına yenilen tatlılar, kahve, asitli meyve suları ve kolalı içeceklerin tüketiminin azaltılması ve bu tür gıdaların daha çok öğle yemeklerinde tüketilmesi önerilir.

Karın içi basıncını artıran korse, sıkı kemer takmak ve öne doğru eğilerek ıkınmak da reflüyü artırmaktadır. Her türlü stres mide ile ilgili sıkıntıları artırmaktadır. Mukozaya zarar veren aspirin ve diğer ağrı kesici ilaçlar ile teofilin, antikolinergikler ve kalsiyum antagonistleri gibi alt özofagus sfinkter basıncını azaltan ilaçlar tedavi esnasında kullanılmamalıdır.

İlaç tedavisi:

Semptomların olduğu dönemde kullanılacak proton pompası inhibitörleri ve H₂ reseptör blokerleri mide asit seviyesini düşürerek etki göstermektedir. Yaşam biçimini düzenleyici tedbirlere rağmen semptomları geçmeyen, kısa süreli tedaviye rağmen sık nükseden hastalarda uzun süreli tedavi gerekmektedir. Antasitler hızlı bir semptomatik düzelme sağlamakla birlikte genellikle bol miktarda ve sık aralıklarla kullanılmalı ve tedavi edici etkileri yoktur.

Tedavide en etkin ajan proton pompa inhibitörleridir. Mide fitiği olan veya özofagusta ülser açılan reflü hastalarında bu ilaçların hayat boyu kullanması gerekebilir. Bu ilaçlar mide asit salgısını güçlü bir şekilde baskılayarak etkin bir tedavi sağlarlar. Bu ilaçların etkili dozda kullanılmasıyla yapılacak 8-10 haftalık bir tedavi sonrasında hastaların büyük bir çoğunluğunda (%85-100) iyileşme sağlanabilmektedir.

Reflü hastalığının tedavisinde önemli bir sorun, tedavi kesildikten sonra hastaların büyük çoğunluğunda yakınmaların tekrarlamasıdır. Tedavinin birdenbire kesilmesi bu olasılığı artırır. Bazı hastalarda ilaçların gün aşırı veya haftada iki kez gibi aralıklı olarak alınması veya şikâyetlerin olduğu dönemlerde kullanılması yeterli olabilmektedir.

Güncel bilgilerimize göre bu ilaçların uzun süreli kullanılmasında bir sakınca olmadığı söylenebilir. 6-8 yıldan uzun süreli kullanımda B12 vitamini eksikliği ve seyrek olarak yaşlılarda kemik yoğunluğunda azalma görülebilmektedir. Demir eksikliği gelişimi görülmemiştir. Özellikle yaşlılarda uzun süreli kullanımı gastrointestinal enfeksiyonlar ve pnömoni görülme sıklığında artışa yol açabilmektedir. İlacın uzun süreli kullanımında serum gastrin düzeylerinde artış ve midedeki nöroendokrin hücre hiperplazisi görülebilir. Bu ilaçların kullanımına bağlı mide kanseri oluşumu bildirilmemiştir.

Endoskopik tedavi:

Stretta işlemi, endoskopik gastroplikasyon ve sutürdür.

Cerrahi tedavi:

Günümüzde en sık kullanılan kalıcı tedavi yöntemi laparoskopik cerrahidir. PPI tedavisine yanıt veriyor, ancak ilacı tolere edemiyorsa cerrahi tedavi bir alternatiftir. Özellikle PPI tedavisine rağmen şiddetli regürjitasyonu olan GÖRH'da cerrahi tedavi önerilebilir.

GÖRH toplumda sık rastlanan, hayat kalitesini bozan, özofageal ve ekstraözofageal semptomlara neden olabilen, ciddi komplikasyonları olan bir hastalıktır. PPI tedavisine iyi cevap verirler, ancak çoğu zaman uzun dönem idame tedavisine ihtiyaç olmaktadır. Reflü tedavisinde kullanılan ilaçların güvenli oldukları bilinmektedir. Hastaların küçük bir kısmında cerrahi tedaviye ihtiyaç duyulur. Cerrahi tedavi için acele edilmemeli ve hastanın ayrıntılı bir şekilde incelenerek bu tedavi için uygun olup olmadığı değerlendirilmelidir.

Doç. Dr. Sabiye Akbulut

Gastroenteroloji Uzmanı