

Alt özofageal sfinkter bozukluğu olan hastalarda larengeal semptom ve bulguların görülme sıklığı

Frequency of laryngeal symptoms and findings in patients with lower esophageal sphincter incompetency

Togay Müderris, Sami Berçin, Muzaffer Kırış, Alper Yazıcı

Kulak Burun Boğaz Kliniği (Uzm. Dr. T. Müderris, Uzm. Dr. S. Berçin, Prof. Dr. M. Kırış, Dr. A. Yazıcı) Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi TR-06400 Ankara

Özet

Amaç. Bu çalışmanın amacı, endoskopik ve patolojik olarak alt özofageal sfinkter (AÖS) gevşekliği ve özofajit saptanan hastalarda larengeal semptom ve bulgu sıklığının araştırılmasıdır. **Yöntem.** Hastanemiz Gastroenteroloji kliniğinde değişik nedenlerle özofagogastroskopi yapılarak AÖS gevşekliği ve özofajit tespit edilen 51 hasta çalışmaya alındı. Bu hastalarda ses kısıklığı, boğaz ağrısı, boğazda takılma hissi, sık yutkunma hissi, boğazda yabancı cisim hissi, öksürük, yutma güçlüğü ve ağrılı yutma gibi larengofarengeal reflüyü düşündüren şikâyetler ve larengeal bulgular tespit edilerek değerlendirildi. **Bulgular.** Olguların semptomları incelendiğinde; 23 (%45,1) hastada ses kısıklığı, 34 (%66,7) hastada sık boğaz temizleme, 24 (%47,0) hastada boğaz ağrısı, 22 (%43,1) hastada boğazda takılma hissi, 16 (%31,4) hastada globus ve 13 (%25,4) hastada ise yutma güçlüğü saptandı. Hastaların larengoskopik muayenelerinde ise 24 (%47,0) hastada vokal kordlarda hiperemi, 11 (%21,5) hastada vokal kordlarda ödem, 26 (%50,1) hastada aritenoidlerde hiperemi, 5 (%9,8) hastada vokal kordda nodül ve 12 (%23,5) hastada ise pakidermi tespit edildi. **Sonuçlar.** Çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçlar, AÖS gevşekliği ve gastroözofageal reflüsü olan hastalarda larengeal semptom ve bulguların oldukça sık görüldüğünü ortaya koymaktadır. Bu nedenle, bu şikâyetlerle doktora başvuran hastalarda, altta yatan patolojinin reflü olabileceği akıldan çıkarılmamalıdır.

Anahtar sözcükler: Alt özofageal sfinkter, larengofarengeal reflü, gastroözofageal reflü, ses kısıklığı

Abstract

Aim. The aim of this study is to determine the frequency of laryngeal symptoms and findings in patients that have lower esophageal sphincter (LES) incompetency and esophagitis. **Methods.** We included 51 patients that have undergone esophagogastroskopy in the Department of Gastroenterology, Atatürk Education and Research Hospital and diagnosed as lower esophageal sphincter (LES) incompetency and esophagitis after pathologic analysis. Symptoms that suggest laryngopharyngeal reflux like hoarseness, sore throat, chronic throat clearing, chronic cough, sensation of sticking in throat, globus and dysphagia and laryngeal findings were evaluated. **Results.** Of 51 patients, 23 (45.1%) had hoarseness, 34 (66.7%) had chronic throat clearing, 24 (47%) had sore throat, 22 (43.1%) had sensation of sticking, 16 (31.4%) had globus and 13 (25.4%) had dysphagia. In laryngoscopic evaluation, 24 (47%) had hyperemia of vocal folds, 11 (21.5%) had edema of vocal folds, 26 (50.9%) had hyperemia of arytenoids, 5 (9.8%) had nodule on vocal folds and 12 (23.5%) had pachydermia. **Conclusions.** Laryngeal symptoms and findings are very common among patients with LES incompetency and esophagitis. It must be kept in mind that reflux might be the underlying pathology in patients referred with laryngeal symptoms.

Keywords: Lower esophageal sphincter, laryngopharyngeal reflux, gastroesophageal reflux, hoarseness

Geliş tarihi/Received: 12 Ekim 2009; **Kabul tarihi/Accepted:** 22 Ocak 2010

İletişim adresi:

Dr.Togay Müderris. 2. KBB Kliniği, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi , Bilkent TR-06400 Ankara.E-posta: togaymuderris@hotmail.com

Giriş

Gastrik asit içeriğinin öğürme ve kusma olmaksızın özofagus içine geri akımı GÖR, bu asit içeriğinin daha ileri bir aşama olarak üst özofageal sfinkteri geçerek larenks ve farenkse geri akımı ise larengofarengal reflü (LFR) olarak tanımlanmaktadır [1-4].

Kulak Burun Boğaz polikliniklerine başvuran hastaların %4-10'u reflü ile ilişkili semptom ve bulgulara sahiptir [5]. Kronik larenjit ve kronik farenjitli hastaların %60'ının patogeneğinde asit reflüsü rol oynamaktadır [2, 3, 5]. Mantıksal olarak GÖR semptomlarının çok belirgin ve baskın olduğu olgularda LFR semptomlarının da olması beklenirken bir kısım olguda bu durum görülmez [6]. Alt özofagus sfinkteri reflüye karşı önemli bir bariyer olmakla birlikte literatürde GÖR hastalarında alt özofageal sfinkter basıncının düşük [7], normal [8], yüksek [9] bulunduğu çalışmalarında mevcut olması nedeni ile alt özofageal sfinkter basıncı tek başına reflü fizyopatolojisini açıklayamamaktadır. Geçici alt özofageal sfinkter relaksasyonu, yutma ile oluşan alt özofageal sfinkter gevşemesinden daha uzun sürelidir ve reflü ataklarının %63-74'ü bu sırada oluşmaktadır [10,11].

GÖR ve LFR tanısı konusunda literatürde henüz bir fikir birliğine varılmamıştır [12]. Tanıda özofagoskopi ve biyopsi, baryum kontrastlı özofagoskopi, asit perfüzyon testleri, sintigrafi, kısa süreli özofageal pH ölçümü, uzun süreli pH monitörizasyonu gibi yöntemler kullanılmaktadır. Tipik GÖR'de tanı endoskopi ve/veya özofagus biyopsisi ile konulmaktadır. Ancak LFR tanısında durum farklıdır. Günümüzde LFR tanısında hem en değerli hem de bazı otörlerce altın standart olarak kabul edilen yöntem uzun süreli pH monitörizasyonudur [2-6, 12-14].

Tanıda objektif ve güvenilir sonuçlar veren pH monitorizasyonunun rutin olarak yapılmasındaki güçlükler araştırmacıları tanıda başka kriterler aramaya yöneltmiştir. Bu amaçla son yıllarda Belafsky ve ark. [15] geliştirmiş olduğu Reflux Symptoms Index (RSI), Reflux Findings Score (RFS), Beaver ve ark.'nın [16] geliştirdiği Laryngopharyngeal Reflux Disease Index (LFRDI) kullanılmaya başlanmıştır. Ülkemizde de pH monitorizasyonunun her merkezde yapılamaması nedeniyle reflü tanı ve tedavisinde hastaların semptom ve bulgularının temel alınması sık karşılaşılan bir yaklaşımdır.

Bu çalışmada iki hastalık arasındaki yakın ilişkiyi ortaya koymak, semptom ve bulguları karşılaştırmak amaçlanmış olup; gastroenteroloji polikliniğinde yapılan endoskopilerinde alt özofagus sfinkter gevşekliği ve özofajit saptanarak GÖR tanısı konulan hastalarda, ses kısıklığı, sık boğaz temizleme, boğazda yabancı cisim hissi, boğaz ağrısı, boğazda takılma hissi, sık yutkunma hissi, yutma güçlüğü, öksürük, geniz akıntısı, boğulma hissi, göğüste yanma hissi gibi larengal semptom ve bulguların sıklığı araştırılmıştır.

Yöntem

Çalışmaya Nisan 2008-Aralık 2008 tarihleri arasında Gastroenteroloji kliniğinde değişik nedenlerle özofagogastroskopi yapılarak AÖS gevşekliği ve özofajit tespit edilen 51 hasta alındı. GÖR tanısı koyarken, özofageal biyopsi materyalinde intraepitelyal eozinofili, bazal tabaka incilmesi ve papiller uzama kriterleri kullanıldı. Bu hastalar için önceden hazırlanmış olduğumuz semptom ve muayene bulgularını içeren bilgi formu dolduruldu. Semptom olarak; ses kısıklığı, boğaz ağrısı, boğazda takılma hissi, sık yutkunma hissi, globus, yutma güçlüğü, ağrılı yutma, sürekli kuru öksürük, geniz akıntısı, ağza acı su gelmesi, göğüste yanma hissi, ağız kokusu, tat alma bozukluğu, boyun ağrısı, rekürren aftöz stomatit gibi şikayetler sorgulandı. Larenks muayenesi 70 derece rijit larengal endoskop ile yapıldı. Bu muayenede; vokal kordlardaki hiperemi, ödem, polip, nodül, kontakt ülser, mukozal düzensizlikler, granülom, aritenoidlerdeki hiperemi veya ödem,

interaritenoid hiperemi ve pakidermi, diffüz laringeal hiperemi veya ödem gibi bulgular incelenerek bilgi formuna işlendi. Daha önce antireflü tedavi almış ya da hali hazırda alıyor olanlar, alerjik rinit, astım, kronik farenjit, tonsillit ve sinüzit gibi ek hastalığı olan hastalar çalışmaya alınmadı.

Bulgular

Çalışmaya alınan 51 hastanın 33'ü erkek 18'i kadındı. Hastaların yaşları 19–74 (ort. 40,7) arasında değişmekteydi. Olgularımızın 23'ünde (%45,1) ses kısıklığı, 34'ünde sık boğaz temizleme (%66,7), 32'sinde sık yutkunma (%67,4), 24'ünde (%47) boğaz ağrısı, 21'inde (%41,1) boğazda takılma hissi, 17'sinde (%33,3) globus, 15'inde (%29,4) yutma güçlüğü, 11'inde (%21,5) ağrılı yutma, 24'ünde (%47) sürekli öksürük, 32'sinde (%62,7) ağıza acı su gelmesi ve 35'inde (%68,6) ise göğüste yanma şikayeti vardı (Tablo 1).

Tablo 1. Hastalarda saptanan şikayetler.

Semptomlar	n	%
Ses kısıklığı	23	45,1
Boğaz ağrısı	24	47
Sık boğaz temizleme	34	66,7
Boğazda takılma hissi	21	41,1
Sık yutkunma hissi	32	67,4
Globus	17	33,3
Yutma güçlüğü	15	29,4
Ağrılı yutma	11	21,5
Sürekli öksürük	24	47
Ağıza acı su gelmesi	32	62,7
Göğüste yanma hissi	35	68,6

Hastaların 70 derece rijit endoskopi ile yapılan laringoskopik muayenelerinde ise 24'ünde (%47) vokal kordlarda hiperemi, 11'inde (%21,5) vokal kordlarda ödem, 26'sında (%50,9) aritenoidlerde hiperemi, 14'sinde (%27,4) aritenoidlerde ödem, 5'inde (%9,8) diffüz laringeal hiperemi, 5'inde (%9,8) vokal kordda nodül ve 12'sinde (%23,5) de pakidermi tespit edildi. (Tablo 2)

Tablo 2. Hastaların laringeal bulguları.

Bulgular	n	%
Vokal kord hiperemisi	24	47
Vokal kord ödemi	11	21,5
Aritenoidlerde hiperemi	26	50,9
Aritenoidlerde ödem	14	27,4
Diffüz laringeal hiperemi	5	9,8
Vokal kordlarda nodül	5	9,8
Pakidermi	12	23,5

Tartışma

Günümüzde gerek Kulak Burun Boğaz, gerekse Gastroenteroloji polikliniklerine başvuran pek çok hastada reflü semptom ve bulgularına rastlanmaktadır. Hem GÖR hem de LFR'de mide içeriği özofagusa kaçtığı halde bu iki hastalıkta benzer semptom ve bulgular aynı oranda görülmemektedir. Göğüste yanma şikayetinin genellikle özofajite bağlı bir semptom olduğu ve LFR hastalarının çoğunda bulunmadığı şeklindeki raporlara rağmen [2–5,17], literatürde bu semptomu LFR bulgusu olarak gören ve LFR hastalarında yüksek oranda bulan çalışmalar da mevcuttur. Ylitalo ve ark. [18]'nin 80 LFR'li hastayı inceledikleri çalışmalarında klasik reflü semptomları olan göğüste yanma ve ağıza acı su gelme oranını %63 olarak bulmuşlardır. Çalışmamızda göğüste yanma hissi %76,7, ağıza acı su gelmesi ise %69,7 oranında saptandı.

LFR'li hastalar KBB polikliniklerine en sık ses problemleri, özellikle de ses kısıklığı ile

başvurular [2]. Koufman ve ark. [19] 'nın ses bozukluğu olan 113 hastada reflü prevalansını değerlendirdiği çalışmalarında ses kısıklığı olan hastalarda reflü görülme oranını %88 olarak buldular. Aynı şekilde Ylitalo ve ark. (18) %63, Carrau ve ark. [20] bu oranı %93 olarak saptadı. Bu çalışmalar ses kısıklığı etyolojisinde reflünün oldukça önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Çalışma grubumuzda GÖR hastalarında ses kısıklığı oranı %46,5 olarak bulundu. Globus semptomu genellikle özofajit, özofagus motilite bozukluğu, krikofarengeal gerginlik veya larengeal yapıların irritasyonuna bağlıdır. Globusu olan hastalarda pH monitörizasyonu ile yapılan araştırmalarda LFR insidansı %10 ile %60 arasında değişen oranlarda tespit edilmiştir [21,22]. Bizim çalışmada reflüsü olan hastalarda globus görülme oranı %32,5'tu.

Hamdan ve ark. [23]'ü GÖR'deki larengeal semptomların prevalansları üzerine yaptıkları çalışmada; %72,7 kronik boğaz temizleme alışkanlığı, %63,6 globus, %59,1 vokal hasar ve %59,1 artmış mukus salgınımı olarak tespit etmiş olup; hastaların yarısında geçici disfoni ve dörtte birinde ise kronik disfoni tespit etmişlerdir. Ayrıca çalışmalarındaki hastaların %90'unda posterior kommissürde hafif hiperemi, %40,9'unda ise ödem şeklinde anormal endoskopik larengeal bulgular tespit ettiklerini bildirmişlerdir. Bizim çalışmamızdaki olgularda sık boğaz temizleme %69,7 oranında görülmüş olup Hamdan'ın sonuçlarıyla uyumludur.

Reflü larenjitin ileri evresinde görülen posterior komissürdeki ödem ve epitelyal hiperplazi, pakidermi olarak kabul edilmektedir. Koufman [2] reflü larenjitli hastalardaki en sık larengeal bulgunun (%74) posterior larenjit olduğunu bildirmiştir. Ancak Fraser ve ark. [24]'ünün LFR'den şüphelenilen bir hastada tedavi kararı verilirken pakiderminin güvenilir bir gösterge olmadığını bildirmektedir. Bizim çalışmamızda %25,5 oranında pakidermi görülmüştür.

GÖR ve LFR semptom ve larengeal bulguların farklı olduğu bildirilen ayrı klinik antiteler olarak kabul edilmektedir. Aynı temele dayalı bu iki hastalığın, bulgu ve semptomlarından yola çıkarak, tamamen birbirinden farklı hastalıklar olduğunu söylemek her zaman mümkün değildir. Larenks bulgu ve semptomları GÖR'de önemli oranda yüksek bulunmuştur. Bu nedenle semptom ve bulgularla LFR tanısı konan hastaların bir kısmının doğrudan GÖR olabileceği göz ardı edilmemelidir. Ampirik tedavi açısından bulgu ve semptomların değerlendirilmesi genellikle yeterli iken kesin olarak LFR veya GÖR ayrımı yapmak ve tedaviyi ona göre düzenlemek için çift problu pH monitörizasyonu yapılmasının gerekli olduğu kanaatindeyiz.

Kaynaklar

1. Koufman JA. Laryngopharyngeal reflux is different from classic gastroesophageal reflux disease. *Ear Nose & Throat Journal* 2002; 81: 7-9.
2. Koufman JA. 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; 101:1-78.
3. Toohill RJ, Kulin JC. Role of reflux acid in pathogenesis of laryngeal disorders. *Am J Med* 1997; 103:100-6.
4. Ossakow SJ, Ella G, Colturi T, Bogdasarian R, Nostrant TT. Esophageal reflux and dysmotility as the basis for persistent cervical symptoms. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1987; 96:387-92.
5. Koufman JA, Wiener GJ, Wu WC, Castell DO: Reflux laryngitis and its sequelae: The diagnostic role of ambulatory 24 hour pH monitoring. *J Voice* 1988; 2: 78-9.
6. Muderris T, Gokcan MK, Yorulmaz I. 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; 135:163-7.
7. Dodds WJ, Dent J, Hogan WJ, Helm JF, Hauser R, Patel GK, Eqide MS.

- Mechanisms of gastroesophageal reflux in patients with reflux esophagitis. *N Engl J Med* 1982; 307:1547-52.
8. Behar J, Bainsani P, Sheehan DG. Evaluation of esophageal tests in the diagnosis of esophagitis. *Gastroenterology* 1976; 71: 9-15.
 9. Katzka DA, Sidhu M, Castell DO. Hypertensive lower esophageal sphincter pressures and gastroesophageal reflux:an apperent paradox that is not unusal. *Am J Gastroenterol* 1995; 90: 280-4.
 10. Mittal RK, Holloway RH, Penagini R, Blackshaw LA, Dent J. Transient lower esophageal sphincter relaxation. *Gastroenterology* 1995; 109: 601-10.
 11. Dent J, Holloway RH, Toouli J, Dodds WJ. Mechanism of lower esophageal sphincter incompetence in patients with symptomatic gastroesophageal reflux. *Gut* 1988; 29: 1020-8.
 12. Özlügedik S, Yorulmaz I. Laryngopharyngeal reflux. *T Klin J Surgery* 2002; 7: 31-7.
 13. Mattioli S, Pilotti V, Spangaro M, Grigioni WF, Zannoli R, Felice V, Conci A, Gozetti G: Reliability of 24-hour home esophageal pH monitoring in diagnosis of gastroesophageal reflux. *Dig Dis Sci* 1989; 34: 71-8.
 14. Bardan E. Pharyngoesophageal monitoring. *Am J Med* 2003; 115: 78-80
 15. Belafsky PC. Abnormal endoscopic pharyngeal and laryngeal findings attributable to reflux. *Am J Med* 2003; 115: 90-6.
 16. Beaver ME, Stasney CR, Weitzel E, Stewart MG, Donovan DT, Parke RB Jr, Rodriguez M. Diagnosis of laryngopharyngeal reflux disease with digital imaging. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2003; 128: 103-8.
 17. Koufman J, Sataloff RT, Toohill R. Laryngopharyngeal Reflux:Concensus conference report. *J Voice* 1996; 10: 215-6.
 18. Ylitalo R, Lindestad PA, Ramel S. Symptoms, laryngeal findings, and 24-hour pH monitoring in patients with suspected gastroesophago-pharyngeal reflux. *Laryngoscope* 2001; 111: 1735-41.
 19. Koufman JA, Amin MR, Panetti M. Prevalence of reflux in 113 consecutive patients with laryngeal and voice disorders. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2002; 123: 385-8.
 20. Carrau RL, Khidr A, Crawley JA, Hillson EM, Davis JK, Pashos CL. The impact of laryngopharyngeal reflux on patient-reported quality of life. *Laryngoscope* 2004; 114: 670-4.
 21. Ott DJ, Ledbetter MS, Koufman JA, Chen MY. Globus pharyngeus:Radiographic evaluation and 24-hour pH monitoring of the pharynx and esophagus in 22 patients. *Radiology* 1994; 191: 95-7.
 22. Smit CF, van Leeuwen JA, Mathus-Vliegen LM, Devriessse PP, Semin A, Tan J, Schouwenburg PF. Gastropharyngeal and gastroesophageal reflux in globus and hoarseness. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2000; 126: 827-30.
 23. Hamdan AL, Sharara AI, Younes A, Fuleihan N. Effect of aggressive therapy on laryngeal symptoms and voice characteristics in patients with gastroesophageal reflux. *Acta Otolaryngol* 2001; 121: 868-72.
 24. Fraser AG, Morton RP, Gillibrand J. Presumed laryngopharyngeal reflux: invastigate or treat? *J Laryngol Otol* 2000; 114:441-7.