

Çocuklarda Gastroözofageal Reflü Hastalığı: Kronik veya Yineleyen Solunum Sistemi Yakınmaları İle Başvuran Dört Olgu Nedeniyle

GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN CHILDREN: FOUR CASES ADMITTED WITH CHRONIC OR RECURRENT RESPIRATORY SYMPTOMS

YusufZiya ARAL*. Arif BAHAR**

* Uz.Dr..Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AL), ANKARA

** Yrd.Doe.Dr..GAFA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, İSTANBUL

Özet

Yineleyen bronşit, yineleyen "wlecziug" ye larcnjit ya da kronik öksürük yakınmaları ile haşvi/rau 4 hastaya gastro-özofageal sintigrap ile gastroözofageal reflü (OÖR) latası konuldu. Tedavide yaşam biçimi değişiklikleri ve sisaprid (14.2 mg/kg/j/oz günde 4 kez. N halta) önerildi. Semptomlar hastaların hepsinde tam olarak düzeldi. Sisaprid tedavisinin kesilmesimlen sonra 4-6 avтік izlem sonunda yeni semptom gözlenmedi.

Sonuç olarak, yineleyen veya kronik solunum sistemi semptomları olan çocuklarda dOR düşünülmelidir; Sisaprid, gastroözofageal reflü hastalığı ((K)Rllj'nin tedavisinde etkilidir.

Anahtar Kelimeler: Gastroözofageal reflü.
Kronik/yineleyen öksürük.
Yineleyen larcnjit. Sisaprid

T Kim Pediatri 1999, 8:3 1-34

Gastroözofageal reflü, mide içeriğinin retrograd bir şekilde özofagusun içine geçmesidir. Sağlıklı infantların %65'inde oluşur. Regürjitasyon, kusma ve irritabilite en sık rastlanılan yakınmalardır ve onsekiz aylıkken büyük çoğunluğunda kendiliğinden düzeldir (1,2). Mukoza hasan ya da semptom oluşursa GÖRİTndan bahsedilir (3). Retrosternal yanma, özofajit, kanama, striktür, büyüme geriliği gibi komplikasyonların (1) yanısıra Tablo 1'de (4) gösterilen solunum sistemi yakınmalarına neden olabilir.

Geliş Tarihi: Ü1.06.199X

Yazisma Adresi: Dr. Yusuf Ziya ARAL
Bağlar Cad. 148',
06660 Seyranbağları. ANKARA

T Kim .1 l'cdiül.- 1969. S

Summary

In four patients with recurrent bronchitis, recurrent wheezing, recurrent laryngitis or chronic cough were evaluated with gastroesophageal scintigraphy and were diagnosed gastroesophageal reflux. Lifestyle modification and cisapride (ti dose of 0.2 nig/kg four times a day for 5 week) were offered in the management. Symptoms had resolved completely in all patients. Following 4-6 months, after cessation of cisapride therapy, there was no new symptom.

In conclusion, gastroesophageal reflux should be investigated in children with recurrent or chronic respiratory system symptoms; Cisapride is effective in the treatment of gastroesophageal reflux disease.

Key Words: Gastroesophageal reflux.
Chronic/recurrent cough.
Recurrent laryngitis, Cisapride

Y Klin J Pediatr 1999, 8:31-34

GÖR bir motilite problemidir, oluşumunda motor anormallikler önemli rol oynar. Yutmayla ilişkisiz transient alt özofagus sfinkter relaksasyonu çocuklarda en önemli nedendir (5).

Tamda baryumdu grafi, pH monitorizasyonu, endoskopi ve özofageal biopsi, monometrik inceleme ve sintigrafi kullanılabilir (6). 24 saatlik özofageal pFl monitorizasyonu tanı için "altın standart" yöntem olarak kabul edilmektedir (2). pH monitorizasyonunun yapılamadığı durumlarda basit, güvenilir, noninvaziv ve kolay uygulanabilir bir yöntem olması ve yüksek sensitivite oranları (%85-92) nedeniyle reflü sintigrafisi kullanılabilir (7,8).

Tedavi hastalığın şiddetine bağlıdır. Konservatif tedavi davranışsal modifikasyonlar.

31

Tablo 1. Reflü ile ilişkili respiratuar problemler

Aspirasyonu pnömonisi
 İrakkal stenoz
 Reaktif hava yolu hastalığı
 Astına veya \vheezing
 Kronik öksürük
 Ses kıl-aıklığı
 Sırdor
 Sübglottik stenoz
 l.annomala/ı
 Apne
 Ani bebek ölümü sendromu
 Hıçkırık

Tablo 2. Yaşam biçimi değişiklikleri

- * Bebeklerde sıvı yiyeceklerin katılaştırılması
- * Az ve sık beslenme
- * Dar giysilerden sakınma
- * Yatağın baş kısmının yükseltilmesi
- * Yatmadan önce 2 saat birşey yememek ve beslendikten sonra 2 saat uyumamak
- * Sigara dumanından uzak durma
- * Diyet kısıtlaması
- * AÖS basıncını azaltan besinlerden (çikolata, nane, kafein, kızarmış besinler, soğan, yağlı yiyecekler) kaçınmak,
- * Asit içeriği yüksek olan koka kolu (pH:2.5). ve portakal suyu (pH: 3.5) gibi içeceklerden kaçınmak,
- * AÖS basıncını düşüren ilaçlardan (antikolinergikler, teofilin vs) kaçınmak.

prokinetik ajanlar ve H₂ antagonistlerini içerir. Proton pompası inhibitörleri genel olarak dirençli özofajitler için bırakılır. Cerrahi tedavi medikal tedaviye dirençli GÖR veya eiddi komplikasyonlar için gerekli olabilir (9).

Bu makalede kronik veya yineleyen değişik solunum sistemi yakınması ile başvuran ve GÖR tanısı konulan 4 olgu sunularak GÖR'nün solunum sistemi bulgularına dikkat çekilmek istenmiştir.

Hastalar ve Yöntem

1997 yılı içinde İzmir Hava Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvuran ve GÖRH düşündüğümüz hastalarımıza 9 Eylül Tıp Fakültesi Nükleer Tıp Bölümü nde reflü sintigrafisi yapıldı. 1 mCi Tc 99m siilfür-kolloid işaretli sütün oral yolla verilmesinden sonra 30-45 dakika süreyle dinamik görüntüler, iki olguda da 4 saat sonra geç statik görüntü elde edildi. Patolojik reflü

tanısı 2 veya daha fazla reflü epizottı varsa konuldu (5). Hastalara Tablo 2'de gösterilen yaşam biçimi değişiklikleri (10,11) ve sisaprid 0.2 mgTg/doz yemeklerden 1/2 saat önce ve yatmadan önce olmak üzere, günde 4 kez PO, 8 hafta süreyle önerildi.

Olgu Sunumları

Olgu 1 (SY): Beş yaşında kız hasta, öksürük yakınması ile başvurdu. Bir yaşından beri yılda 7-8 kez olan ve 1-2 hafta süren özellikle geceleri artan öksürüklerinin olduğu; iki yaşında bir üniversite hastanesinin allerji kliniğinde bronşial astma tanısı aldığı; sık atak gözlenmesi üzerine nebulizer aldırıldığı, profilaktik tedavi olarak zadıten önerildiği fakat yakınmalarında azalma olmadığı öğrenildi. Fizik incelemesi normaldi. Akciğer grafisi, nomogram, immunglobulin G,A,M,E ve ter testi normaldi. Gaitada parazit saptanmadı; ppd(-) bulundu. Reflü sintigrafisinde 6 epizot izlendi. Geç statik incelemede akciğerlerde patolojik aktivite tutulumu izlenmedi. Tedavi sonrası 4 aylık izlemde öksürüğü olmadı.

Olgu 2 (PS): Otuz aylık kız hasta, öksürük ve nefes darlığı yakınması ile başvurdu. İki yıldır özellikle geceleri olan ve yılda 8-10 kez yineleyen, ortalama 15 gün süren ateşsiz öksürük ataklarının olduğu, "wheezy" infant ön tanısıyla allerji uzmanı tarafından araştırıldığı; immunglobulin G. A, M, F, hemogram, total eozinofil sayısı, nasal sürüntü, akciğer grafisi ve ter testinin normal bulunduğu, epidermal deri testlerinin (-) sonuç verdiği, öksürük dönemlerinde ventolin şümp, koruyucu olarak zadıten kullandıkları öğrenildi. Reflü sintigrafisinde 10 epizot izlendi. Geç statik incelemede akciğerlerde patolojik aktivite tutulumu izlenmedi. Tedavi sonrası 6 aylık izlemde "wheezing" atağı olmadı.

Olgu 3 (MI): Altı yaşında erkek hasta, üç aydır olan öksürük yakınması ile getirildi. Üç aylıkken hidrosefali nedeniyle şant takıldığı, desteksiz oturmasının bir yaşında, yürüme ve konuşmasının üç yaşında olduğu; doğduğundan beri ayda 3-4 kez özellikle gece olan öksürük ataklarının olduğu, çok sayıda antibiyotik kullandıkları, son üç aydır öksürüğünün sürekli olduğu öğrenildi. Akciğer ve Waters grafisi, hemogram, immunglobulinler, ter testi normal; gaitada parazit (3 kez) (-) bulundu. Gelişme geriliği yoktu. Reflü sintigrafisinde 7 epi-

zot izlendi. Tedavi sonrası 4 aylık izlemde öksürük yakınması olmıki.

Olgu 4 (KS): On sekiz aylık erkek hasta havlar tarzda öksürük, ses kısıklığı yakınması ile getirildi. Daha önce herhangi bir yakınması yokken öksürüğün gece aniden başladığı; bir yıl içinde aynı yakınmalarla, üç kez larenjit tanısıyla hastanede yatırıldığı öğrenildi. Akciğer grafisi (larenkside içine alan) normaldi. Fizik incelemede özellik yoktu. Siutigrafilde 2 epizot izlendi. Tedavi sonrası 6 aylık izlemde yeni atak gözlenmedi.

Tartışma

CiOR gastrık içeriğın solunum yollarına mikro aspirasyonu ve/veya özofagus mukozasındaki vagal sinir uçlarının uyarılmasıyla refleks yolla solunum sistemi hastalıklarına neden olabilmektedir (4,12). Pulmoner semptomları olmasına karşın akciğer grafisi normal olan olgularda semptomların direkt aspirasyondan çok refleks yolla olabileceği bildirilmektedir (13). Hastalarımızda akciğer grafilerinin normal olması; birinci ve ikinci olguda geç statik sintigrafik görüntülemde akciğer tutulumunun olmaması refleks yol ile reflü olasılığını düşündürmektedir.

Solunum sistemi hastalıklarının çoğu respiratuar eforu artırır. Bu artmış solunum zorluğu sıklıkla AOS basıncını değiştirerek reflüye yol açabilir (4). Reflü epizotundan önce bir öksürük krizinin bulunabileceği gösterilmiştir; reflüde öksürüğü artırarak bir kısır döngü oluşabilir (14). Standart medikal tedaviye dirençli astım veya kronik öksürüklü çocuklar ve sterolde bağımlı astmalıklarda GÖR olasılığı yüksektir. Özen (15), kronik veya yineleyen solunum sistemi semptomları olan 33 çocuğun %45'inde uzun süreli pH monitorizasyon ile. Chopra ve ark.(16) ise bronşial astımda 80 çocuğun %39'unda siutigrafi ile GÖR saptamışlardır. Hastalarımızda solunum sistemi hastalıklarının mı reflüye, yoksa reflünün mü solunum sistemi hastalıklarına yol açtığını kesin olarak söylemek zordur. Ancak tedaviden sonra 4-6 aylık izlem sonunda solunum sistemi yakınmalarının olmaması etyolojide GÖR nün rolünü açıkça ortaya koymaktadır.

Normal kişilerin aksine GÖR semptomları olan kişilerin reflü epizotları özellikle gece yatar durumda daha sık ve daha uzun süreli olur. Sırt üstü

yatma, tükürüğün ve yutmanın azalmasından dolayı nokturnal reflüde uzamış özofageal asit teması olur (12). Bir çalışmada reflü ilişkili respiratuar semptomdu 128 çocuğun %93'ünde uyku esnasında reflü epizotunun süresinde uzama gözlenmiş, kontrol olarak alınan başka nedenlerle respiratuar semptomu olan 131 çocukta ise gözlenmemiştir (17). Hastalarımızda da gece öksürükleri belirgindir.

Paroksizmal laringospazmın etyolojisinde GÖR'nün rolü gösterilmiştir. Loughlin ve ark. paroksizmal laringospazmlı 12 erişkin hastanın irinde (%92) laringeal inceleme, baryum grafi ve 24 saatlik pH monitorizasyon ile reflü saptamışlardır (18). Waki ve ark. rekürren kruplu 66 çocuğun %47'sinde lipit yüklü makrofaj, endoskopi ve sintigrafi ile GÖR saptamışlardır (19).

GÖRH'nda optimal tedavi tartışmalıdır. Avrupa Pediatrik Gastroenteroloji ve Nutrisyon Derneği GÖRH Çalışma Grubu non-ülseratif oesofajit tedavisinde prokinetikleri; ülseratif ösafajitlerde ise başlangıçta H₂ blokerler daha sonra prokinetikleri; H₂ blokerlerine dirençli olgularda omeprozolü; yaşamı tehdit eden durumlar veya yeterli medikal tedaviye dirençli özofajitlerde ise cerrahi tedaviye önermektedir (20).

Prokinetik ajanlar alt özofageal sfinkter basıncını artırarak, özofagusta peristaltik aktivite artışına yol açarak ve mide boşalma hızını artırarak reflü özofajitlerin iyileşmesine yardımcı olmaktadır (21). Sisaprid uzun plazma yarılanma ömrü, kan beyin bariyerine düşük penetrasyonu ve yan etkisinin az olması nedeniyle diğer prokinetiklere önemli bir avantajı vardır (22). Sisaprid 5-hidroksi triptamin reseptörleri yoluyla myenterik ağdan asetil kolin salınımını artırarak AÖS basıncını artırır ve peristaltizmi uyarır (23). Sisaprid H₂ blokedan standart dozları kadar etkili bulunmuştur (24). Sisaprid ile tedavi edilen ağır GÖR ve respiratuar semptomdu 24 çocuğun 22'sinde klinik gidiş düzelmiş ve 18 hastanın pulmoner hastalıklarında kesin düzelmeye gözlenmiştir (25). Sisapridin hem semptomatik rahatlama hem de endoskopik olarak kanıtlanmış özofageal iyileşmede H₂ blokerlerinininkine eşdeğer bir etkinliği olduğu gösterilmiştir (26).

Sonuç olarak, yineleyen veya kronik solunum sistemi hastalıklarında GÖR düşünülmelidir; Sisaprid tedavide etkili bir ilaçtır.

KAYNAKLAR

1. Herhesi .111. (kışlıoesophageal reflux. İn: Belınnıan RH (ed). **4** exbook of Pediatrics. Philadelphia: WB Saunders Co. [002: 043-4
3. Li,ın JJ. Pediatric gastroesophageal reflux. Am ham Physician 190<v 54; 2403-64.
5. Feunerlv MB. Caslell D. Fendrick A M . Halpern M, Johnson I). Kalulias P.I, el al. The diagnosis and treatment of gastroesophageal rellux disease in a managed care environment. Arch hilem Med 1006: 156: 477-S.
- 4 kinle JP. Brian I.M. Michael SC. James AK. David MR. Chris JI. el al. F.xliacsophageal pediatric reflux: 24-hour double-probe pi I monitoring of 222 children. Ann Otol Rhinol Laryngo! Suppl 1007; 160:1-16.
5. Kawahara H. Demı J, Davidson C. Mechanisms responsible for gastroesophageal reflux in children. Gastroenterology 109?; 113: 399-408.
- 6 lililemeier AC. Gastmesophageal reflux: Diagnostic and therapeutic appoachcs. Pediatr Clin North Am 1906; 45:
7. (jouzales 147 Arguelles MF. Rodngucv de QB, Gonzalez Ik). Vails SPA. Geuiles \1. Gastroesophageal scintigraphy: a useful screening tesl for gastroesophageal rellux. J Pediatr Gastroenterol Nuir !»,x7 6: 217-9.
- X. Katıl B. Petersen H. Grelle K. Erichsen H. ıVlyrvold 1117 Scintigraphy, pi I measurement, and radiography in the evaluation of gastroesophageal reflux. Scand .1 Gaslroenlerol 19X5; 20: 2X9-94.
9. l-'aubion WA, /.ein NN. Gastroesophageal reflux in infants and children. Mavo Clin Proc 1995: 75: 166-73.
10. Norton JG. l 'pdale in gastroenterolog}'. Ann Intern Med 1997 i2o: 211-25
- i l.Mungun Z. Peptik ülser ve gaslroözofageal rellü hastalığında diyetin rolü. Güncel Gastroenteroloji 1997: 1: 20-4.
- 12.0reınsleın SR, Oıeustem DM. Gastroesophageal reflux and respiratory disease in children. J Pediatr L'XX; 112: X47-5X,
- I ı.Ones C Güler N. 3Hccr G. Salman N, Yalcın I. ('ocuklarda gaslroözofageal retlii: tekrar eden prımonııilerdeki rolü ve tedavisi. I Kim Gaslroenterolıeparoloji 1992: 3: 81-7.
- 14.ıng A.I. Ngu MC. Breslin AB X, Chronic persistent cough and gastı'oesopliageal rellux. Thorax 1991; 46: 479-83.
- 15.(zen H. Kronik-lekrarlayan sohinum sistemi semptomlaili olan cocuklarda gastro-ozofageal reflii: iizuii siireli ozofageal plı moriitorizasyonu ile degerlendirme. f Klin Gaslroenterohepatoloji 199?: 6: 8-15.
- I 6.Chopra K. Matta SK, Madan N. Iyer S. Association of gastroesophageal reflux with bronchial asma. Indian Pediatr 1995; 32: 1083-86.
- 17.Pıalpern L M. Jolley SG, Tunnel \VP, Johnson DC., Sterlin CE. The mean duration of gastroesophageal reflux during sleep as an indicator of respiratory symptoms from gastroesophageal reflux in children. J Pediatr Surg 1991: 26: 6S6-90.
- IX.Loughlin C.I. Koufman JA. Paroxysmal laryngospasm secondary to gastroesophageal reflux. Laryngoscope 1996; 106: 1502-05.
- 19.Waki EY, Madgy DN. Belenky WVI. Cover VC. The incidence of gastroesophageal reflux in recurrent croup. Intl .1 Pediatr Otorhinolaryngol 1995; 32 :223-32.
20. Vandenplas 3'. Reflux csophagitis in infant and children: a report from the Working Group On Gaslro-Oesophageal Reflux Disease of the European Society of Paediatric Gastroenterology and Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1994: 18: 413-22.
21. Hixson L.L, Kelley CL, Jones WN. Tuohy CD. Current trends in the pharmacotherapy for gastroesophageal reflux disease. Arch Intern Med 1992; 152: 717-23.
22. Hatlebakk JG, Berstad A. Pharmacokinetic optimissalion m the treatment of gastroesophageal reflux disease. Clin Pharmaeokinet 1996; 54: 2463-72.
23. Tack J. Coremans G, Janssens J. A risk-benefit assesment of cisapride in the treatment of gastrointestinal disorders. Drug Saf 1995: 12: 384-92.
24. Tytgat GNJ. Drug therapy of reflux oesophagitis: an update. Scand J Gastroenterol 1989; 24 (suppl 168): 38-49,
25. Malfroot A. Vandenplas Y. Verlinden M, Piepsz A. Dab 1. Gastroesophageal reflux and unexplained chronic respiratory disease in infant and children. Pediatr Pulnionol 19X7; 5: 208-13.
26. Richter JE. Efficacy of cisapride on symptoms and healing of gastroesophageal reflux disease: a review. Scand J Gastroenterol (Suppl) 1989; 165: ı9-28.