

# Gastroözofageal reflüde tanı sorunu

Tanju AKTUĞ

Bursa Devlet Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Uzmanı, Bursa

## Özet

Son 40 aylık süre içinde, kliniğimizde 21 gastroözofageal reflülü (GÖR) olgu izlenmiştir. Retrospektif olarak yapılan incelemede, 17 olgunun daha önceden pediatristlerce görüldüğü ve sadece 2'sinin doğru olarak tanınabildiği saptanmıştır. 5 hastanın ise kusmaya neden olabilecek diğer cerrahi hastalıklar düşünülerek çocuk cerrahisine yollandıkları anlaşılmıştır. 21 olgunun sadece 3'ünde cerrahi tedavi gerekli olmuştur. Özofagusta darlık, kanama, büyüme ve gelişme geriliği ve yaştan büyük olması bu 3 olgudaki başlıca cerrahi tedavi endikasyonlarıdır. 21 olgunun büyük bir bölümünde başlangıçta tanı konulmamış olması, ülkemizde GÖR ile ilgili en önemli sorunun hastalığın "akla gelmemesi" olduğunu düşündürmektedir.

**Anahtar kelime:** Gastroözofageal reflü.

## Summary

**Diagnostic problems in gastroesophageal reflux.**

Within a period of 40 months, 21 children with gastroesophageal reflux were admitted and treated in our unit. Retrospective analysis of the cases revealed that, 17 of them were seen by a pediatrician before their admission. Only 2 of 17 cases were diagnosed as gastroesophageal reflux and 5 cases were referred with vomiting due to an unidentified surgical cause. 3 of 21 cases were treated surgically. In these 3 cases, being in an elder age group, failure to thrive, esophageal stricture, bleeding were the major indications for surgical treatment.

We may conclude that, in our country, gastroesophageal reflux has to be taught to pediatricians and practitioners as a major problem of infancy and childhood.

**Key words:** Gastroesophageal reflux.

## Giriş

Gelişen tanı yöntemlerine karşın, gastroözofageal reflüde (GÖR), teşhis ve ayırıcı tanı konusundaki güçlükler sürmektedir<sup>(3,7,15)</sup>. Ülkemizde GÖR, dış yayınlarda belirtilen sayıların çok altında sayılar ile belirtilmekte ve tartışılmaktadır. GÖR'nün ülkemizdeki sıklığını kesin olarak belirleyen bir çalışma olmamakla birlikte, yaptığımız taramalarda, bu konu ile ilgili olarak az sayıda da olsa bazı eserlerin bulun-

duğunu saptadık<sup>(1,2,16)</sup>. Ülkemizde bu alandaki çalışmaların sayısını, kentimiz ve çevresinde GÖR sıklığını ve pediatri uzmanlarının GÖR'deki yaklaşım ve ilgilerini göz önüne alarak bir değerlendirme yapmayı planladık.

## Gereç ve Yöntem

1984 yılı başından, 1987 yılı Nisan ayı sonuna dek 40 ayı kapsayan bir sürede GÖR düşündüğümüz olguların kayıtlarını retrospektif olarak gözden geçirdik. Özofagus grafilerinde en az iki kez özofagus alt 1/2'sini dolduran reflü veya özofagus mide arasında serbest ilaç gidiş geliş saptanan 21 olgu

TABLO I: Başvuru yakınmaları ve GÖR ile ilgili konsültasyon istenenlerin yakınmalarına göre dağılımı.

Yakınmalar	Tüm Olgular	Pediatrist tarafından	Konsul. İstenen
		Muayene Olanlar	Sayı (%)
Kusma	17	13	7 (54)
Gelişme Geriliği	10	8	2 (25)
Solunum Sistemi Sorunu	6	15	2 (40)
Toplam	21	17	7 (41)

çalışma için seçildi. Bu olguların yaş, cins, yakınma türü ve süresi, ağırlık persentilleri<sup>(10)</sup>, hastalık komplikasyonları ve tedavi sonuçları belirlendi. Ayrıca daha önce pediatri uzmanlarına başvuruları ve bu uzmanların yaklaşımları saptandı. İlgili uzmanların çalışma pozisyonları göz önüne alınmayarak, tümü birlikte değerlendirildi.

Veriler Commodore C-64 ev tipi bilgisayar ile sınıflandırılarak, Khi kare ve Student T testi ile istatistik değerlendirilmeleri gerçekleştirildi.

### Bulgular

Olgularımızın yaşları 4 ay ile 5 yaş arasındadır ve yaş ortalaması  $10.5 \pm 4$  aydır. 12'si kız (% 57), 9'u erkektir (% 43). Yakınmalarının süresi ortalama  $8.9 \pm 4$  ay olmakla birlikte, olguların % 86'sında yaşamın ilk ayı, tümünde de ilk dört ayı içinde yakınmalar başlamıştır. Yakınmalar ana başlıklarda toplandığında, Tablo 1'de görülebileceği gibi, kusma 17 (% 81) olguda görülen en sık yakınmadır. Gelişme geriliği (10 olgu) ve yineleyen solunum sistemi sorunları (6 olgu) bunu izleyen ve en sık görülen diğer yakınmalardır.

21 olgunun 17'si daha önce pediatristlerce görülmüş ve dördüne radyolojik inceleme yapılmıştır. Bu 17 olgunun ikisi (% 12) GÖR, 5'i diğer cerrahi kusma nedenleri düşünülerek çocuk cerrahisine gönderilmişlerdir. 8 (% 47) olgu ise birlikteki inguinal herni veya tüberküloz lenfadenit gibi cerrahi sorunları nedeni ile yollanmıştır. GÖR ve diğer kusma nedenleri bulunduğu düşünülen olgular birlikte değerlendirildiğinde, 17 GÖR'lü olgunun 10'unda (% 59) hastalığın dikkati çekmediği veya tanınmadığı ortaya çıkmaktadır. Belirtilere göre konsültasyon istenme oranları incelendiğinde kusma olan olgularda % 54 olan oranın, solunum sistemi sorunu olanlarda % 40'a, gelişme gerili-

ğinden yakınanlarda ise % 25'e düştüğü görülmektedir. Daha önce radyolojik inceleme yapılan dört olgunun birisinde "hipertrofik pilor stenozu", bir diğerinde ise "normal bulgular" rapor edilmiştir. Bu olgulardan üçünde elde edilebilen istek belgelerinde GER ön tanıları arasında yer almamaktaydı.

İki olguda strüktür nedeni ile başlangıçta, bir üçüncü olguda ise tıbbi tedavinin üçüncü ayında gelişememe ve kanamanın yinelemesi nedeni ile Nissen fundoplikasyonu uygulanmıştır. Tıbbi tedavi sürdürülen olguların, 4 ay ile 2.5 yıl arasında değişen süreler ile, izlenebilen 16'sında iyileşme veya klinik düzelleme saptanmıştır. Bu olgular ile cerrahi tedavi gerektiren olguların karşılaştırılmasında,  $6.0 \pm 1$  ay olan yaş ortalamasının cerrahi olgularda  $40.0 \pm 14$  aya çıktığı ( $p < 0,05$ ), ağırlık persentil ortalamasının  $23.1 \pm 4$ 'den,  $2.0 \pm 0.2$  persentile indiği ( $p < 0,01$ ) görülmüştür.

### Tartışma

Gastroözofageal sfinkter mekanizması yaşamın ilk bir kaç ayı içinde, mide içeriğinin özefagusa kaçışını engelleyecek kadar gelişir<sup>(6,12,13,14)</sup>. Sfinkter mekanizmasının yetersizliği GÖR ile sonlanır. Bebekler ve çocuklarda kusma, gelişme geriliği ve yineleyen solunum sistemi sorunları önde gelen belirtilerdir<sup>(12,13,14)</sup>. İleri olgularda peptik özefajit sonucu özefageal kanama ve strüktürler de tabloya eklenir. En ağır klinik belirtiler ise, aspirasyon<sup>(9)</sup> veya asit içeriğin irritasyonu ile laringospazm<sup>(4,8)</sup> sonucu gelişen apne ve ani ölümlerdir.

Ağır komplikasyonları nedeni ile GÖR'nün erken tanısı ve tedavisi önemlidir. Tanıda özefagus grafisi yanı sıra, sineözefagogram<sup>(2,14)</sup>, ultraso-

nografi<sup>(10)</sup>, sintigrafi<sup>(12)</sup>, özefagial pH<sup>(3,7)</sup> ve basınç<sup>(15)</sup> ölçümlerinden yararlanılmaktadır. Sintigrafi, pH ve basınç ölçümleri ile reflünün evrelendirmesine ve cerrahi olguların erken belirlenmesine yönelik çalışmalar yapılmaktadır<sup>(3,4,7)</sup>. Komplike olgularda yararlandığımız özefagoskopi, özefagus biopsisi ile peptik özefajitin evrelendirmesinde de kullanılmaktadır<sup>(5)</sup>.

Tanı araçlarımızın kısıtlı olmasına karşın, 40 ayda 21 GÖR'lü olgu saptamamız, hastalığın ülkemizde ender olmadığına bir delildir. Kliniğimize başvuran olguların % 80-90'ı pediatristlerce refere edilen olgulardır. Başka sistemler ile ilgili cerrahi sorunları nedeni ile başvurduklarında GÖR tanısı konan 9 olgunun, 8'inin pediatrist tarafından yollanmış olması bu saptamamızı destekleyen bir bulgudur. Yüksek konsültasyon oranına karşın, GÖR'lü 17 olgunun yalnızca 7'sinde (% 41) GÖR ile ilgili sorunlar nedeni ile konsültasyon istenmesi ilginçtir. Belirtiler açısından olaya bakıldığında, kusma daha uyarıcı bir belirti olmakla birlikte, gelişme geriliği ve solunum sistemi sorunlarında GÖR daha da az akla gelmektedir. Bulgularımız bize GÖR'nün ülkemizde az tanınan bir hastalık olduğunu ve "akla gelmediğinden" tanınmadığını düşündürmektedir. Radyolojik olarak araştırılan olgularda da tanının düşük oranda sağlanması, bizce radyoloğun yeterince uyarılmaması sonucudur.

Cerrahi gerektiren olgularımızın komplikasyonlu, daha ileri yaşlarda ve daha az gelişmiş olmaları, uzun süre hastalıklarının tanınmadığının işaretidir. Bu bulgular, erken tanı ile komplikasyonların azalacağı ve gerek tıbbi, gerek cerrahi tedavinin kolaylaşacağı düşüncesini akla getirmektedir.

Ülkemizde GÖR'de en önemli tanı sorununun tanı araçlarının kısıtlılığı değil, hastalığın "akla gelmemesi" olduğu saptaması, üzerimize düşen görevi arttırmaktadır. Sorunun gerçek boyutları ile ortaya çıkması ve çözülebilmesi için çocuk cerrahlarına düşen görev, bizce GÖR'nün de "hipertrofik pilor stenozu" kadar bilinen bir hastalık olmasına çalışmaktır.

## Kaynaklar

1. Büyükel C, Erdoğan E, Danişmend N, Yeker D: Gastro-esophageal reflux: Indications and results of surgical treatment. Mediterranean Surgical Meeting'87, June 1987, İstanbul, abstracts p:165.
2. Danişmend N, Yeker D, Vural Ö, Söylet Y, Şehiraltı V, Sarumurat N: L'étude des cas de reflux gastro-oesophagien nécessitant un procédé anti-reflux. XVII. Semaine Medicale Balkanique, İstanbul, 1984, Resumes III, p:5.
3. Evans DF, Hynes C, Jones CA: Ambulatory esophageal ph monitoring in children as an indicator for surgery. J Pediatr Surg 21:221, 1986.
4. Herbst JJ, Book LS, Bray PF: Gastro-esophageal reflux in the "near miss" sudden infant death syndrome. J Pediatr 92:73, 1978.
5. İsmail-Beighi F, Horton PF, Pope CE: Histological consequences of gastroesophageal reflux in man. Gastroenterology 58:163, 1970.
6. Johnson DG, Jolley SG: Gastroesophageal reflux in infants and children. Surg Clin N Amer 61:1101, 1981.
7. Johnson DG, Jolley SG, Herbst JS: Surgical selection of infants with gastroesophageal reflux. J Pediatr Surg 16:587, 1981.
8. Leape LL, Holder TM, Franklin JD: Respiratory arrest in infants secondary to gastroesophageal reflux. J Pediatr Surg 16:587, 1981.
9. Lilly JR, Randolph JG: Hiatal hernia and gastroesophageal reflux in infants and children. J Thorac Cardiovasc Surg 55:42, 1968.
10. Naik DR, Bolia A, Moore DJ: Comparison of barium swallow and ultrasound in diagnosis of gastroesophageal reflux in children. Br Med J 290:1943, 1985.
11. Neyzi O, Binyıldız P, Alp H: Türk çocuklarında gelişme eğrileri. İst Tıp Fak Mec 41:(ek) 74, 1978.
12. Raffensperger JG: Gastroesophageal reflux, sliding hiatal hernia in Raffensperger JG Ed Swenson's Pediatric Surgery (4'eds), New York, App Cent Crofts, 1980, s:771.
13. Randolph JG: Hiatal hernia and gastroesophageal reflux in Mustard, W.T. at all ed. Pediatric Surgery (3'eds) Chicago, Year Book Med Publ, 1980, s:475.
14. Roy CC, Silverman A, Cozzetto FJ: Hiatal hernia in Pediatric Clinical Gastroenterology (2'eds) Saint Louis, The CV Mosby Comp, 1975, s:142.
15. Vansant JH: Surgical management of hiatal hernia with gastroesophageal reflux. Am Surg 44:179, 1978.
16. Hatemi N, Yeker D, Haktan M, Danişmend N, Atınız B: Kalazya XVII Türk Pediatri Kongresi Kitabı, Haziran 1978, İstanbul, s:304.