

Hakkari İlinde Laringofaringeal Reflü Prevalansı

The Prevalence of Laryngopharyngeal Reflux in Hakkari

Hüseyin Günizi¹, Sermin Kibar², Osman Durgut¹, Ayşegül Şule Azbay³, Vildan Tosuner Akpınar⁴

¹Hakkari Devlet Hastanesi KBB Hastalıkları Kliniği

²Van Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi KBB Hastalıkları Kliniği

³Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB Anabilim Dalı

⁴İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon Kliniği

Özet

Amaç: Laringofaringeal reflü (LFR) toplumda oldukça sık görülmektedir. Beslenme ile ilgili yaşam şeklinin LFR de oldukça etkili olduğu bilinmektedir. LFR prevalansı ve ilgili risk faktörleri araştıran bir çalışma yapmayı amaçladık.

Yöntem: LFR prevalansını araştırmak için bir anket çalışması yapıldı. Anket sonuçları SPSS 16 programı ile analiz edildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan 478 kişinin %58.3'i kadın, %41.7'i erkekti. Çalışmamızda LFR prevalansını %34.2 bulduk. LFR ile yaşam şekli, obezite ve sigara arasında anlamlı bir bağlantı saptadık.

Sonuç: Prevalansı %34.2 ile oldukça yüksek olarak saptanan bu hastalık önemli bir toplumsal sorundur.

Anahtar Kelimeler: Laringofaringeal reflü, prevalans, anket

Abstract

Objective: Laryngopharyngeal reflux (LPR) is fairly common in the society. Lifestyle have been seen to be effective in symptom LPR. We aimed to establish the prevalence of LPR and identify any associated factors.

Methods: A questionnaire was utilized to determine the prevalence of LPR. And the data was analyzed by SPSS 16 program.

Results: %58.3 and %41.7 of the 478 responders were female and male. We found the prevalence of LPR was %34.2. We found a significant relationship between LPR and lifestyle, obesity, smoking.

Conclusion: With a very high prevalence of 34.2% was obtained as a major public health problem in this disease.

Key Words: Laryngopharyngeal reflux, prevalence, questionnaire

Laringofaringeal reflü (LFR); gastrik bileşenlerin larenks ve farenkse regurjitasyonu ile üst aerodijestif sistemle ilgili çeşitli semptomlara neden olması olarak tanımlanır (1,2). LFR'nün etyopatogenezi henüz

yeterince aydınlatılamamıştır ve aynı zamanda ekstraözafageal ya da sessiz reflü olarak da bilinir. LFR'lü hastalarda ses kısıklığı (%98), persistan öksürük (%96.6), boğazda yabancı cisim hissi (%94.9) ve ses tonunda değişiklik en sık görülen kronik intermitan semptomlardır (3).

LFR'de üst özofagus sfinkterindenki difonksiyondan dolayı kısa periyodlu fakat şiddetli reflü epizodları mevcuttur (4). LFR semptomları şiddetli anksiyete, malignite korkusu, sosyal çekingenlik ile yaşam kalitesini negatif olarak

Yazışma Adresi: Dr. Hüseyin Günizi
Hakkari Devlet Hastanesi KBB Hastalıkları Kliniği,
Dağgöl Mahallesi, Hastane caddesi, Hakkari
Telefon: 05059356648
E-posta: drgunizi@gmail.com

etkilemektedir (5-6). LFR’de potansiyel risk faktörleri ve komorbiditeleri halen bilinmemektedir (7).

LFR tanısında 24 saat Ph metre altın standart olmasına rağmen her hastada kullanımı mümkün değildir. Ancak medikal tedaviye cevap vermeyen, komplikasyona neden olmuş ya da cerrahi planlanan vakalarda yapılabilir. LFR’nün tedavisi proton pompa inhibitörü ve sıvı aljinatdır (8-9). Onaylanmış reflü semptom indeksi (RSİ), Belafasky ve arkadaşları tarafından hastaların semptomlarını standartize etmeye çalışmak için bulunmuştur (5).RSİ de en yaygın görülen dokuz larengeal semptomların şiddetini ölçmek için 0 dan 5’e kadar bir skala kullanılır. 10’un üstündeki değerler LFR tanısı için anlamlı kabul edilir.

Çalışmamızın amacı da RSİ’ni kullanarak Hakkari ilindeki erişkin popülasyonda LFR semptomlarının prevalansını belirlemek, olası predispozan , risk veya ilgili olabilecek faktörleri tanımlamak ve yaşam tarzının LFR üzerindeki etkisini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem

Çalışmamıza; Hakkari Devlet Hastanesi’nde birbirinin benzeri popülasyon örneklerinden 18 yaş üstü 468 erişkin olgu ele alındı. Gönüllüler ile yüz yüze görüşülerek anket sorularını cevaplamayı kabul eden kişiler çalışmaya dahil edildi. Çalışma grubumuza onaylanmış RSİ (Tablo 1) ve yaşam tarzı ile ilgili ilave soruları kapsayan anket yapıldı. Hastaların yaşı, cinsiyeti, kilosu, boyu, mesleği, sigara ve alkol kullanımı kaydedildi. Egzersiz ve beslenme alışkanlıklarını içeren sekiz soru soruldu (Tablo 2). LFR ile ilişkili olabilecek ek kronik hastalık varlığı ve kullandığı ilaçlar soruldu. Total RSİ skoru 10’un üzerindeki hastalarda LFR var, 10 ve altında olan hastalarda LFR yok olarak değerlendirildi. Elde ettiğimiz veriler rakamsal değerlere dönüştürülerek SPSS 16 programına aktarıldı. LFR ile ilişkili faktörleri anlamlılığını değerlendirmek için Chi square analizi yapıldı. Verilerin değerlendirilmesinde istatistiksel anlamlılık için $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

Tablo 1. Reflü Semptom İndeksi

Son bir aydır, aşağıdaki sorunlar sizi etkiledi mi?	0: Sorun Yok				5:Çok Fazla	
Ses Kısıklığı veya ses ile ilgili bir problem?	0	1	2	3	4	5
Sık Boğaz Temizliği İhtiyacı Hisseder misiniz?	0	1	2	3	4	5
Aşırı Balgam veya Geniz Akıntısı	0	1	2	3	4	5
Yutma Güçlüğü (Katı veya Sıvı Gıda)	0	1	2	3	4	5
Gece veya Sırtüstü Yatarken Öksürük Hissi ?	0	1	2	3	4	5
Nefes Almada Zorluk veya Boğulma Hissi?	0	1	2	3	4	5
Gıcık Tarzında Öksürük ?	0	1	2	3	4	5
Boğazda yapışıklık veya Boğazda Yumru Hissi?	0	1	2	3	4	5
Mide yanması, ekşimesi veya hazımsızlık, ağzınıza acı-eşki su gelmesi (dispepsi ile tarif edilen)	0	1	2	3	4	5

Tablo 2. Egzersiz ve Beslenme Alışkanlıkları

	EVET	HAYIR
1.Akşam yatmadan önce bir şeyler atıştırır mısınız?		
2.Akşam yemeğini yatmadan en az 4 saat önce yer misiniz?		
3.Haftada düzenli olarak egzersiz yapıyor musunuz?		
4.Günde 1 bardaktan fazla kahve içer misiniz?		
5.Acılı baharatlar, turşu, sirke, soğan, sarımsak fazla tüketir misiniz?		
6.Aşırı salçalı,yağlı,kızartma, kavurma yöntemiyle pişirilmiş besinler tüketir misiniz?		
7.Aşırı kola ve diğer asitli içecek , çay ve kahve tüketir misiniz?		
8.Aşırı çikolata tüketir misiniz?		

Bulgular

Çalışmamıza 273'ü (%58.3) kadın ve 195'i (%41.7) erkek 468 kişi katıldı. Çalışmaya katılanların yaşları 18 ve 63 arasında değişmekteydi. Yaş gurubu dağılımı 18-30 yaş arasında 299 (%63), 31-40 yaş arasında 108 (%23.1), 41-50 yaş arasında 43 (%9.2), 51-60 yaş arasında 15 (%3.2), 61 yaş üzeri 3 (%0.6) kişi şeklinde idi (Tablo 3). Çalışmamızda katılımcıları %22.4 ve %21.4 oranıyla en sık hastane çalışanı ve üniversite öğrencileri oluşturmaktadır. (Tablo 4). Katılımcıların %26.1'inde sigara, %4.1'inde alkol kullanımı mevcuttu. BKİ (beden kitle indeksi) değerlendirildiğinde çalışmaya katılanların %96.8'sinin BKİ ≤ 30 , %3.2'sinin BKİ >30 idi. LFR prevalansı %34.2 olarak saptandı. Kadınların %29.7 ve erkeklerin %37.3'ünde LFR saptandı. Kadın ve erkek arasında LFR'nün insidansında anlamlı fark izlenmedi. Meslek grubu olarak en sık polislerde LFR saptandı. Yaş grupları değerlendirildiğinde 51-60 yaş grubunda LFR görülme oranı diğer yaş gruplarına göre daha fazla idi. Sigara içenlerde LFR görülme oranı %52.4, sigara içmeyenlerde %27.7 idi. Sigara içenlerde, içmeyenlere göre LFR görülme sıklığı daha fazlaydı ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). Alkol kullanımı insidansı düşük olduğu için alkol kullanımı ile LFR arasında bağlantı kurulamadı. BKİ ≤ 30 olanlarda LFR görülme oranı %33.3 iken, BKİ >30 olanlarda LFR görülme oranı %60 idi ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0.032$). Ek hastalığı olanlarda astım ve KOAH olanlarda LFR daha sık izlendi.

Tablo 3. Çalışmaya Katılanların Yaş Dağılımı

	Sayı	Yüzde
18-30	299	%63.9
31-40	108	%23.1
41-50	43	%9.2
51-60	15	%3.2
61-	3	%0.6

Hastaların egzersiz, beslenme alışkanlıkları ve yaşam tarzı ile LFR arasındaki bağlantı değerlendirildi. Akşam yatmadan önce bir şeyler atıştıranlarda ve akşam yemeğini yatmadan dört saatten daha kısa süre önce yiyeceklerde LFR diğer kişilere göre daha fazla idi ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0.004$, $p=0.009$). Düzenli egzersiz yapma ile LFR oranı arasında bir bağlantı saptanmadı. Günde bir bardaktan fazla kahve içenlerde %46.6 oranında LFR saptandı ve istatistiksel olarak anlamlı idi ($P=0.05$). Acılı baharat, turşu, sirke, soğan, sarımsak tüketenlerde; aşırı salçalı, yağlı, kızartma, kavurma gibi

yöntemlerle pişirilmiş besin tüketenlerde ve aşırı kola ve asitli içecek, çay ve kahve tüketenlerde LFR daha sık idi ve bu bağlantı istatistiksel olarak anlamlı idi ($P=0.005$), ($P=0.001$), ($p<0.05$). LFR ile çikolata tüketimi arasında anlamlı bir bağlantı izlenmedi.

Tablo 4. Çalışmaya Katılanların Meslek Dağılımı

	Sayı	Yüzde
Sağlık Personeli Dışı Hastane Çalışanı	105	% 22.4
Üniversite Öğrencisi	100	% 21.4
Diğer kamu Çalışanları	71	% 15.2
Hemşire	43	% 9.2
Polis	34	% 7.3
Öğretmen	32	% 6.8
Doktor	23	% 5
Ev Hanımı	22	% 4.7
Gardiyan	20	% 4.3
Asker	18	% 3.7

Tartışma

Genel popülasyonda LFR prevalansını belirlemek zordur (10). LFR larenkste; laringospazm, subglottik stenoz, tekrarlayan lökoplazi, larengeal nodul, polip, granülom, kanser gelişimi, farenkste; disfaji, Zenker divertikülü, akciğerlerde; bronşektazi, aspirasyon pnömonisi, KOAH, astım alevlenmesi ve sinüzit, otitis media, obstruktif sleep apne sendromu gibi diğer organik problemlere neden olabilir (11-12). LFR'li hastaların %50'sinde larengeal ve farengeal semptomlara rastlanmaktadır. Kaba ses, boğaz ağrısı, disfaji, postnazal akıntı, boğazda mukus artışı, kronik öksürük ve tekrarlayan boğaz temizleme sık prezentasyon gösteren semptomlardır (10,13). Ses problemleri ve boğazda yabancı cisim hissinin oluşturduğu kanser anksiyetesi oldukça sıktır. LFR de en sık doktora götüren semptom intermitan disfoni olmasına rağmen unutmamalıyız ki LFR organik problemler gelişimine neden olabilmektedir (14). Bu nedenle LFR'nün doğru tanı ve tedavisi önemlidir.

Groome ve ark. GÖRH bulunanlarda, LFR'nin şiddetiyle GÖRH'nin direk orantılı ve LFR skorunu anlamlı olarak yüksek olduğunu göstermişlerdir (12). LFR'nin toplumdaki gerçek prevalansı ve predispozan faktörleri belirlenmemiştir. RSİ, Belafasky ve arkadaşları tarafından hastaların semptomlarını standartize etmeye çalışmak için bulunmuştur (5).

Koufman ve ark. yaptığı bir çalışmada KBB kliniğine başvuran hastaların %10 ununda LFR saptamışlardır (10). Iglesia ve ark. boğazda kaşıntı, yabancı cisim hissi, disfoni, öksürük ve boğuk ses ile başvuran hastaların %35'inde LFR

saptamışlarken, Kamani ve ark. ise çalışmasında İngiltere populasyonunda LFR semptom prevalansını %34.4 olarak saptamıştır (3,15). Bizim çalışmamızda ise Hakkari populasyonunda LFR prevalansını %34.2 olarak saptadık ve bu değer literatürle uyumlu idi.

İglesia ve ark. çalışmasında ileri yaşlarda LFR insidansında artış saptamışlardır (3). Kamani ve ark. ise 41-60 yaş arasında, 18-40 yaş grubu ile karşılaştırıldığında LFR insidansını oldukça yüksek bulmuşlardır (15). Bizim çalışmamızda da 51-60 yaş arasında LFR'yi yüksek insidanda saptadık. Literatürde, BKİ'deki artışın LFR'de anlamlı olarak artışa neden olduğu belirtilmiştir (12,16). Biz de BKİ ≥ 30 olanlarda LFR sıklığını daha fazla bulduk ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($p=0.032$). Cinsiyete bağlı olarak LFR semptom prevalansı arasında anlamlı bir fark saptamadık. Literatürde Lowden ve ark. (17) ve Kamani ve ark. (15) yaptıkları çalışmalarda bizim sonucumuza benzer bir sonuç bildirmişlerdir.

Hopkins ve ark. LFR ile sigara arasında bağlantı kurulmadığını belirtse de (1) biz kendi çalışmamızda sigara içenlerde LFR prevalansını istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla saptadık ($p<0.05$). Kamani ve ark. çalışmalarında alkol kullanımının LFR için risk faktörü olmadığı bildirilmiş (15). Bir diğer çalışmada alkol kullanımının reflü sıklığını arttırdığı ve bunun nöropatik hasar sonucu özefagus motor fonksiyonlarını bozulması sonucu geliştiği belirtilmiştir (18). Biz çalışmamızda alkol kullanımı ile LFR arasında bir ilişki saptamadık ve bunu çalışmaya katılanlarda %4 gibi düşük bir oranda alkol kullanımı olmasına bağladık.

Çalışmamızda yaşam tarzı ile ilgili olarak akşam yatmadan önce birşeyler atıştırma, akşam yemeği ile yatma arasında dört saatten daha az zaman olması, günde bir bardaktan fazla kahve içimi, acılı baharat, turşu, sirke, soğan sarımsak fazla tüketimi, aşırı salçalı, yağlı kızartma kavurma yöntemiyle pişirilmiş besinler tüketimi, aşırı kola ve asitli içecek, çay, kahve tüketimi olan kişilerde LFR prevalansı istatistiksel olarak anlamlı derecede fazla saptandı. Kamani ve ark. çalışmalarında egzersizden kısıtlı yaşamın LFR'yü arttırdığını bildirmiştir ancak biz çalışmamızda herhangi bir bağlantı tespit etmedik (15). Polislerde, diğer meslek gruplarına oranla daha fazla LFR prevalansı saptadık. Bu artışı polislerin çalışma şartlarının ağır olması ve bol kahve tüketimine bağladık. Ek hastalık olarak astım ve KOAH'ı olanlarda LFR daha sık izlendi ancak istatistiksel olarak bir bağlantı saptamadık.

Sonuç olarak LFR tedavi edilmediğinde laringospazm, subglottik stenoz, vb. kansere kadar pek çok farklı organik probleme neden

olabileceğinden atlanmaması gerekmektedir. Ayrıca oluşturduğu semptomları üst aerodijestif sistem kanserleri ile benzerlik göstermektedir. Bizim çalışmamızda sigara kullanımının, BKİ fazla olmasının, yaşam tarzının LFR ile yakından ilişkili olduğu görülmüştür. Prevalansı %34.2 ile oldukça yüksek olarak saptanan bu hastalıkta yaşam tarzı değişiklikleri bile tedaviye giden yolda önemli bir adım olduğundan dolayı hastalıktan öte önemle ele alınması gereken toplumsal bir sorundur.

Toplumda oldukça sık görülen LFR'nün, Hakkari ili popülasyonunda da sık saptanmış olup, yaşam tarzı değişikliği ve gerekli tıbbi destek ile tedavisi ise mümkün olduğundan bu konu hakkında daha geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç olduğu kanaatindeyiz.

Kaynaklar

1. Hopkins C, Yousaf U, Pedersen M. Acid reflux treatment for hoarseness. Cochrane Database Syst Rev. 2006; 25: 505
2. Karkos PD, Potamianos SP, Apostolidis MT, Kekes G. When gastroenterology met otolaryngology: laryngopharyngeal reflux. Am J Med. 2006;119:19-20.
3. Vazgues de la Iglesia F, Fernandez Gonzalez S, Gomez Mde L. Laryngopharyngeal reflux: correlation between symptoms and signs by means of clinical assessment questionnaires and fibroendoscopy. Is this sufficient for diagnosis?. Acta Otorrinolaringo Esp. 2007; 58: 421-5
4. Koufman JA, Sataloff RT, Toohill R. Laryngopharyngeal Reflux: Consensus Report. J Voice. 1996;10:215-6.
5. Belafsky PC, Postma GN, Koufman JA. The validity and reliability of the reflux symptom index (RSI). J Voice. 2002;16:274-7.
6. Cheung TK, Lam PK, Wei WI et al. Quality of life in patients with laryngopharyngeal reflux. Digestion. 2009;79:52-7.
7. Festi D, Scafoli E, Baldi F et al. Body weight, lifestyle, dietary habits and gastroesophageal reflux disease. World J Gastroenterol 2009; 15: 1690-701.
8. McGlashan JA, Johnstone LM, Sykes J. The value of a liquid alginate suspension (Gaviscon Advance) in the management of laryngopharyngeal reflux. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2009;266:243-51.
9. Postma GN. Ambulatory pH monitoring methodology. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2000;184:10-4.
10. Koufman JA, Aviv JE, Casiano RR, Shaw GY. Laryngopharyngeal reflux: position statement of the committee on speech, voice, and swallowing disorders of the American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery. Am J

-
- Otolaryngol Head Neck Med Surg. 2002;127:32-5.
11. Al-Saab F, Manoukian JJ, At-Sabah B et al. Linking laryngopharyngeal reflux to otitis media with effusion: Pepsinogen study of adenoid tissue and middle ear fluid. J Otolaryngol Head Neck Surg. 2008;37:565-71.
 12. Groome M, Cotton JP, Borland M, McLeod S, Johnston D, Dillon JF. Prevalence of laryngopharyngeal reflux in a population with gastroesophageal reflux. Laryngoscope. 2007;117:1424-1428
 13. Rouev P, Chakarski I, Doskov D, Dimov c, Sraykova E. Laryngopharyngeal symptoms and gastroesophageal reflux disease. J Voice. 2005;19:476-80.
 14. Cohen JT, Bach KK, Postma GN, Koufman JA. Clinical manifestatios of laryngopharyngeal reflux. ENT-Ear, Nose Throat J. 2002;2:19-22.
 15. Kamani T, Penney S, Mitra I, Pothula V. The prevalence of laryngopharyngeal reflux in the English population. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology. 2012;269:2219-25.
 16. Halum SL, Postma GN, Johnston C, Belafsky PC, Koufman JA. Patients with isolated laryngopharyngeal reflux are not obese. Laryngoscope. 2005;115:1042-5.
 17. Lowden M, McGlashan JA, Steel A, Strugala V, Dettmar P. Prevalence of symptoms suggestive of extra-oesophageal reflux in a general practice population in the UK. Logoped Phoniatr Vocol 2009;34:32-5
 18. Winship DH, Caflisch CR, Zboralske FF, Hogan WJ. Deterioration of esophageal peristalsis in patients with alcoholic neuropathy. Gastroenterology. 1968;55:173-8.
-
-