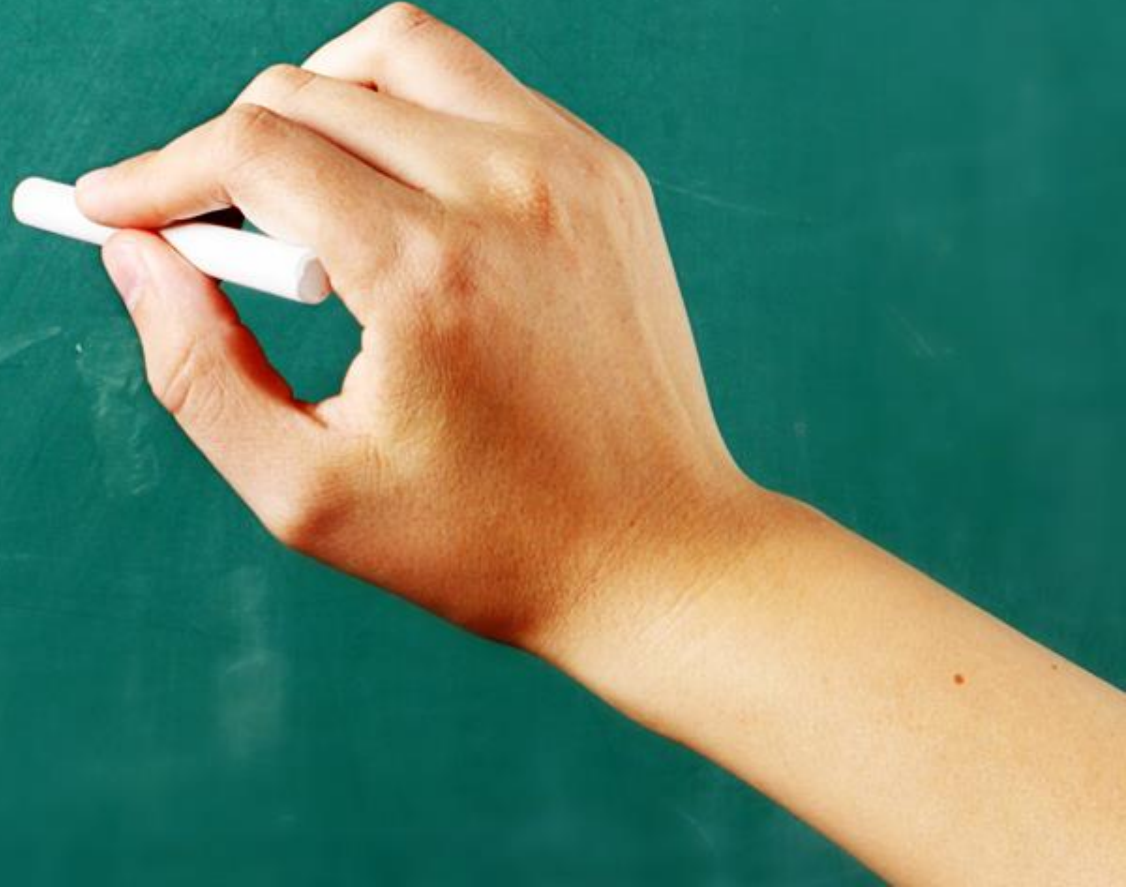


REFLÜ ve GÖRH

Asistan Dr.Yağmur Murat CEZAROĞLU

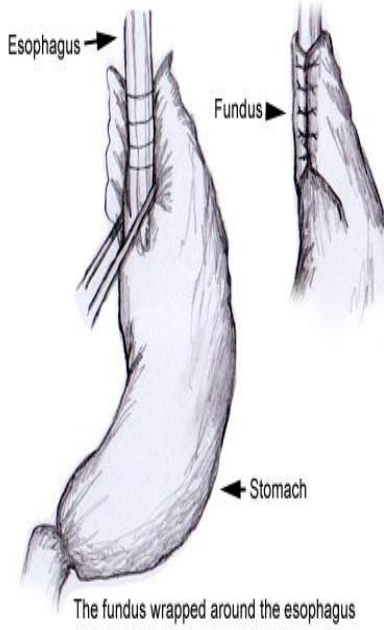
Danışman: Yrd.Doç.Dr.Gülseven CEYHUN PEKER



TARİHÇE*

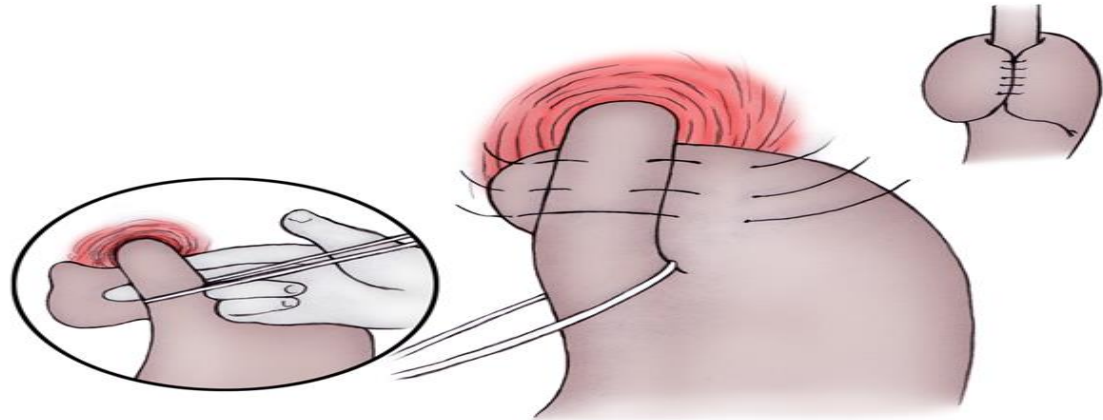
- 1925' Friedenwald ve Feldman; GÖRH'in tipik semptomlarını özellikle mide yanmasını tanımladı
- 1926' Robbins ve Jankelson; radyografik tekniklerle reflüyü kanıtladı ve hastaların %90'ında epigastrik, substernal rahatsızlık saptadı
- Basil Hirschowitz' fiberoptik endoskop ile distal özofagus, üst GIS hastalıklarında kolay tanı imkanı





- 1936' Rudolph Nissen; özofageal ülser/E, fundoplikasyon uygulaması, postop takibinde özofajit gelişmedi
- 1955' Rudolph Nissen; reflü özofajit/K, gastroplikasyon uygulaması

- Rosetti-Nissen modifikasyonu; postoperatif disfaji, sargının bozulması, geçiremememe , gastrik motilite problemleri ortadan kaldırdı



Rossetti-Nissen modified fundoplication

http://img.medscape.com/pi/emed/ckb/clinical_procedures/79926-79927-1892517-2037998tn.jpg

TARİHÇE

- 1977' Donahue ve Bombeck “kısa gevşek yakalık-floppy” yöntemi disfaji ve gaz-şişkinlik sendromu oranlarını azalttı
- Toupet modifikasyon, 270 derecelik posterior parsiyel bir sargı
- Dor modifikasyon, anterior 180 derece fundoplikasyonu
- Laparoskopik cerrahi; antireflü cerrahisinde de yeni ufuklar
- 1991' İmpedans pH-metre; sadece asit reflüsünü değil, safra reflüsü, sıvı reflüsü ve gaz reflüsünü teşhis edebilme



TANIM



TANIM

Gastroözofageal reflü

Mide içeriğinin retrograd olarak distal özofagusa doğru hareketi
Normalde günde yaklaşık 10-15 kez gözlenebilen fizyolojik bir olay

Gastroözofageal reflü hastalığı (GÖRH)

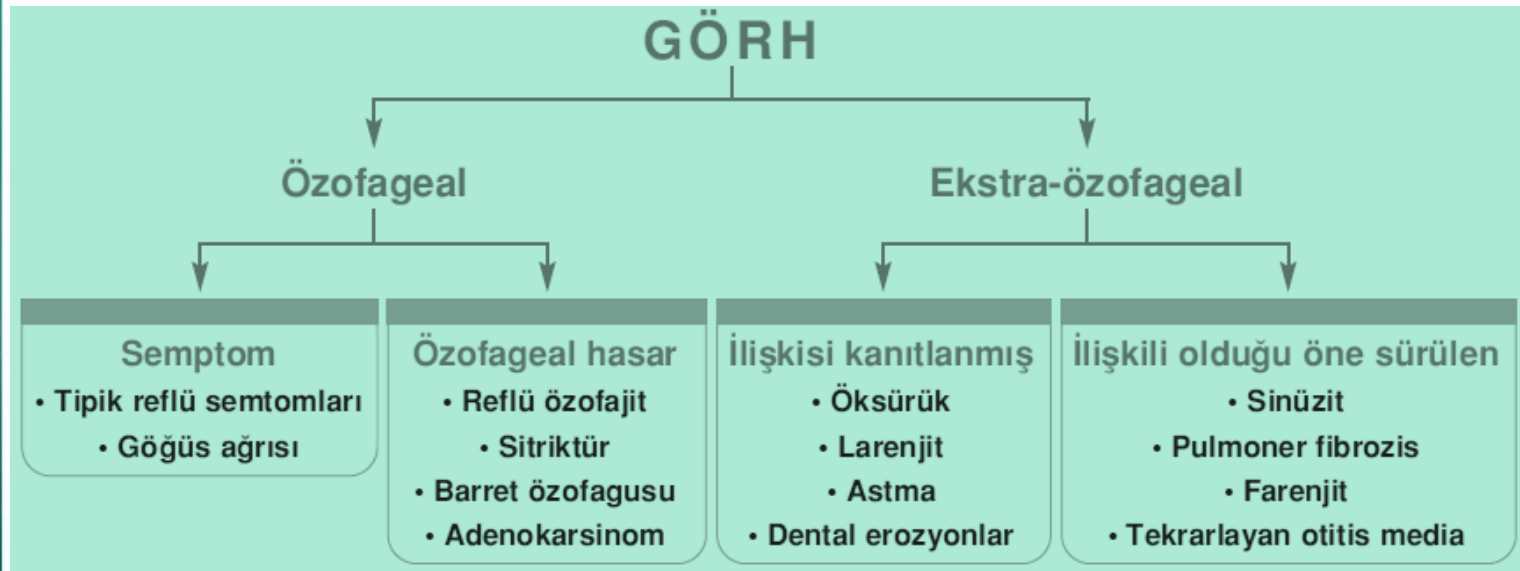
Bu olayın multifaktöryel nedenlerle patolojik hale gelerek distal özofagusta histolojik ve morfolojik değişiklikler yapması, özofagus, farenks, larenks ve solunum yollarına ait semptom ve bulgulara yol açması



GÖRH'ün Montréal Tanımı

“GÖRH, mide içeriğinin reflüsü rahatsız edici semptomlara ve/veya komplikasyonlara neden olduğu zaman gelişir”

2006 Montreal konsensus kararına göre GÖRH sınıflandırması



GÖRH Spektrumu



FİZYOLOJİK REFLÜ

- Kısa süreli (< 3 dk), distal özofagusa sınırlı
- Postprandiyal dönemde koruyucu (mide dekompresyonu)
- GİS ve GİS dışı semptomlarla ilişkisiz



PATOLOJİK REFLÜ

- Sık reflü epizodları
- Reflü materyalinin bozulmuş klirensi
- GİS ve GİS dışı semptomlarla ilişkili



REGÜRJİTASYON = SPITTING-UP

- Reflü içeriğinin farenkse, ağız içine, ağızdan dışarıya pasajı eforsuz taşma şeklinde (nonprojektil) fizyolojik
- Süt çocukluğu döneminde çok sık (yemeklerden sonra)
- 12-18 aydan sonra düzelir



REGÜRJİTASYON VE KUSMA SIKLIĞI

4-5 ay	% 60-65
6-7 ay	% 20
12 ay	< % 5

RUMİNASYON

- Beslenmenin hemen ardından mide içeriğinin ağıza regürjitasyonu, takiben çiğneme ve yutkunma



ODİNOFAJİ

- Ağrılı yutma

GLOBUS

- Boğazda takılma hissi

PIROZİS

- Retrosternal yanma



DİSFAJİ: Yutma güçlüğü

•Orofaringeal: Parkinson, SVO, MS, MG, ALS

•Özofageal : 1. Mekanik obtruksiyon

-Özofageal web

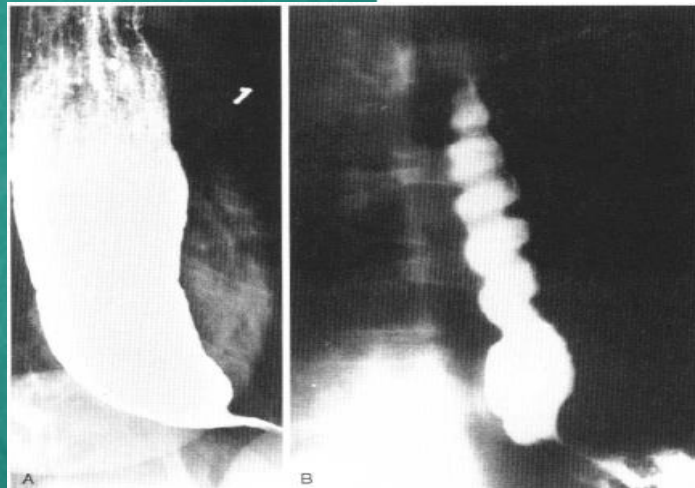
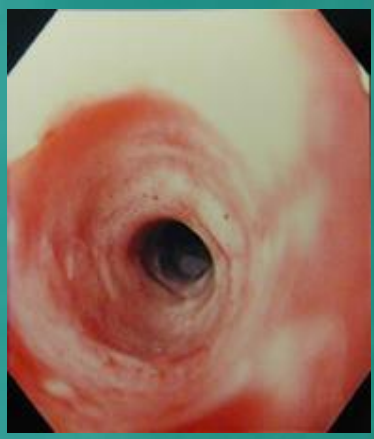
-Striktür

-Kitle

2. Motilite bozuklukları

-Akalazyaya

-Diffüz özofageal spazm



Şekil 35-3 Akalazyaya (A) ve diffüz özofagus spazmının (B) radyografik görünümü. Akalazyada özofagus gövdesi genişler ve daralmış segment ya da kuş gagası kısmında biter. Çok sayıda simultane kontraksiyonların görülmesi diffüz özofagus spazmı için tipiktir.

DİSFAJİ ALGORİTMASI

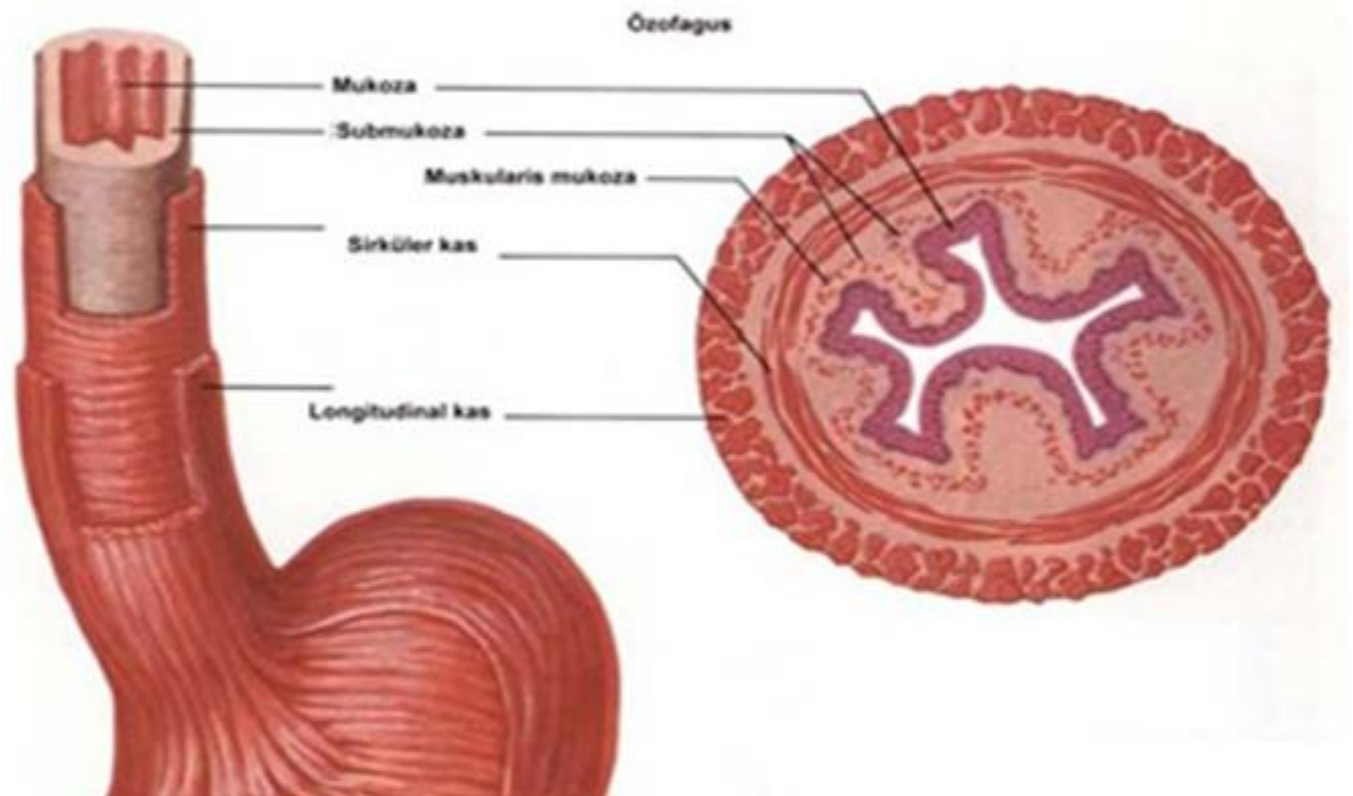


Şekil 35-2 Disfajinin ayırıcı tanısı için algoritma

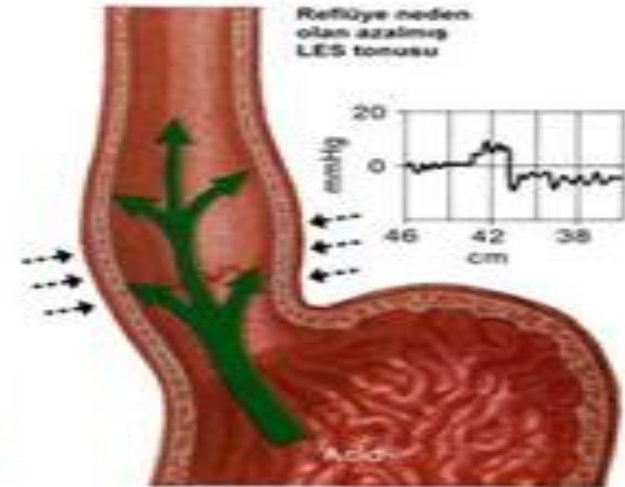
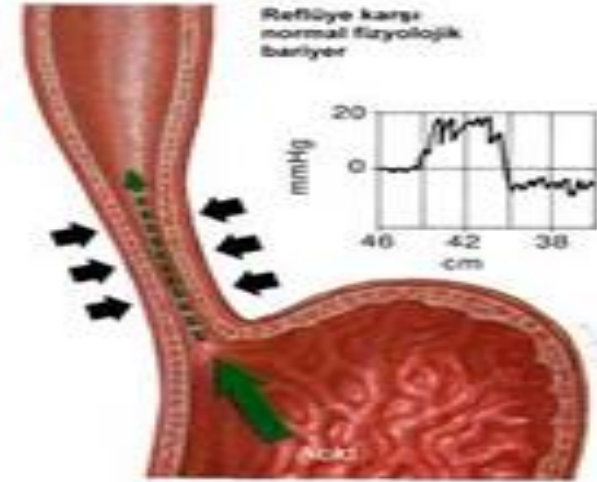
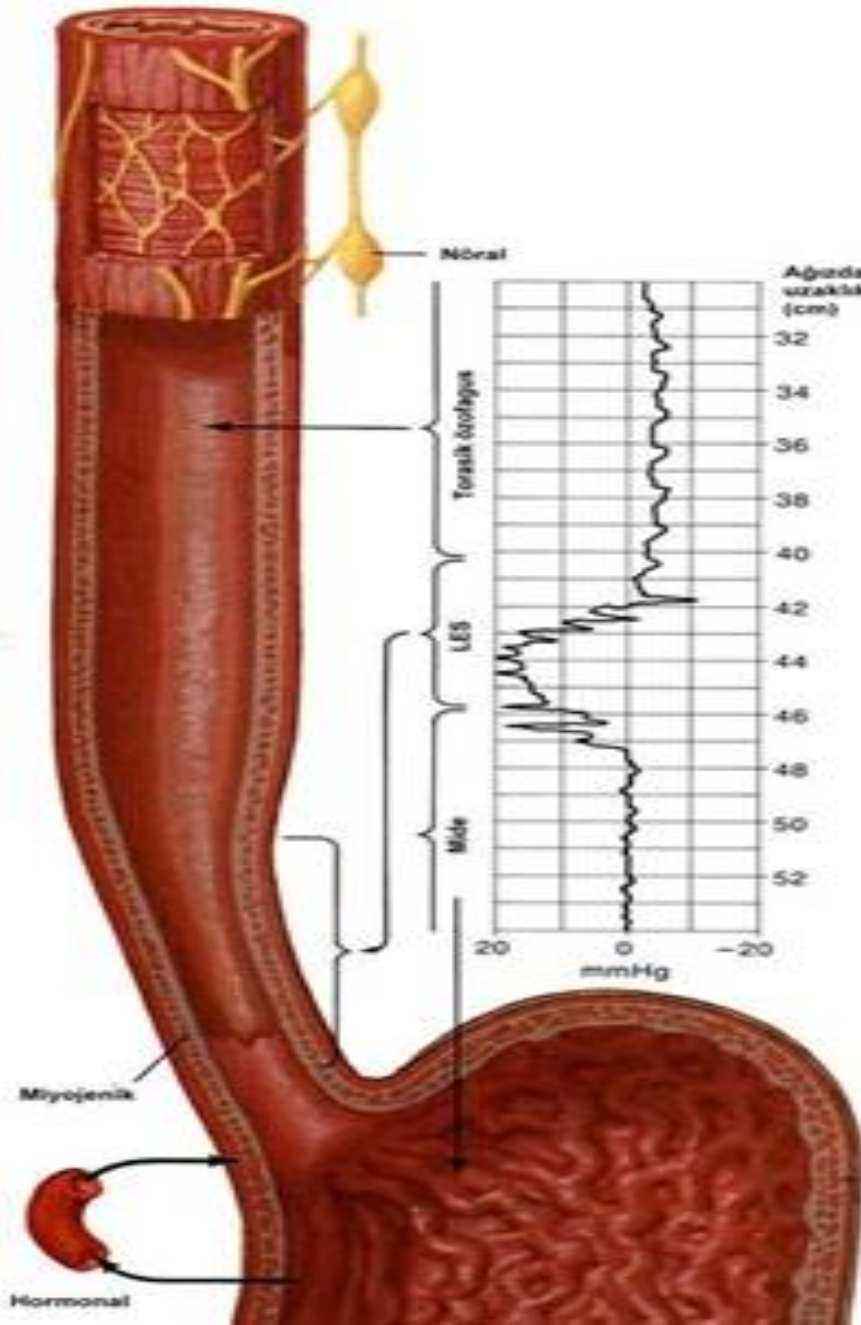
ANATOMİ



ANATOMİ



REFLÜ ANATOMİSİ



ALT ÖZOFAGEAL SFİNKTER

- Fonksiyonel bir oluşum
- Anatomik bir işaret olarak kullanılamaz

SKUAMOKOLUMNAR BİLEŞKE (Z çizgisi)

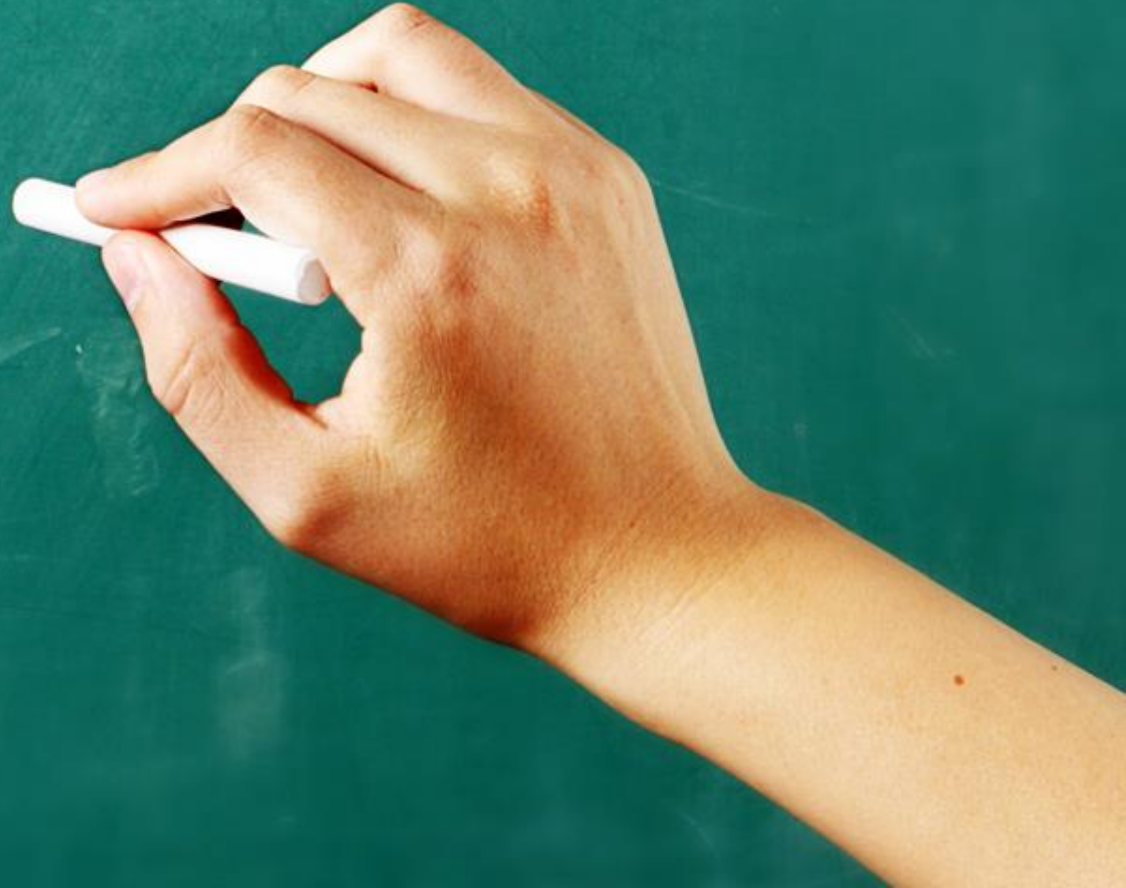
- Özofageal skuamöz epitel ve daha kırmızı görünümlü kolumnar epitelin geçiş bölgesi
- Normal şartlar altında distal özofagusta, diyafram kısılcacının ve dilate mide lümeninin hemen üzerinde

ÖZOFAGOGASTRİK BİLEŞKE

- Tübüler özofagusun, kardiyada midenin büyük kurvaturu ile bir açı oluşturarak birleştiği nokta



EPİDEMİYOLOJİ



EPİDEMİYOLOJİ

- Batı ülkelerinde GÖRH prevalansı %10-20
Asya ülkelerinde %5'in altında
- Yıllık GÖRH insidansı 5/1000
- pHmetri ile yapılan bir çalışmada GÖRH prevalansı %34.5
- Endoskopi ile yapılan bir başka çalışmada ise özofajit prevalansı %12.5, semptomsuz gönüllülerde %8 oranında
- Ülkemizde GÖRH sıklığı batıya benzer şekilde
- Ege bölgesinde yapılan bir prevalans çalışmasında haftalık pirozis, regürjitasyon yakınması olan hasta sıklığı %20

GÖRH EPİDEMİYOLOJİSİ*

Reflü Semptomlarının Prevelansı

ABD %36

İtalya %26

Singapur %2

Semptomatik Hastalarda Özofajit Prevelansı

Avrupa %30

Japonya %15

Endoskopi %20

Özofajit İnsidansı

120/100,000

Mortalite

Yıllık Ölüm Oranı 0.10-0.20/100,000

**Granderath, Kamolz, Pointner (Eds), Gastroesophageal Reflux Disease: Principles of Disease, Diagnosis, and Treatment: SpringerWienNewyork, 2006.*

Türkiye’de birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran hastalarda gastroözofageal reflü hastalığı görülme sıklığı

The frequency of gastroesophageal reflux disease in patients admitting to primary health care centers in Turkey

Dilek OĞUZ¹, Aydın Şeref KÖKSAL², Ali ÖZDEN³

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği¹, TDV 29 Mayıs Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği², Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı³, Ankara

- Türkiye’nin 32 farklı ilindeki 7520 hasta rasgele anket
- K %69.3
- yaş ort. 44±14 yıl
- GIS semptomları ile başvuru %31.5
- GÖRH tanısı %38.3 (*%25.4)
- GÖRH prevalansı %33.9

Oğuz ve ark, Türkiye’de birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran hastalarda gastroözofageal reflü görülme sıklığı, Akademik Gastroenteroloji Dergisi, 2008; 7 (3): 137-143

Türkiye’de birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran hastalarda gastroözofageal reflü hastalığı görülme sıklığı

- Retrosternal yanma %60.1

ayda bir	%16.6
----------	-------

haftada bir	%30
-------------	-----

haftada birden fazla	%39.5
----------------------	-------

her gün	%13.9
---------	-------

- Regürjitasyon %59.1

- Retrosternal ağrı %35.5

- Öksürük %27.6

- Medeni durum, çay, sigara, kahve ve alkol kullanımı ile GÖRH arasında istatistiksel anlamlı ilişki yok

- Ekonomik durum ($p<0,01$) ve eğitim düzeyi ($p<0,01$) ile GÖRH arasında anlamlı pozitif korelasyon var



GÖRH'ya ZEMİN HAZIRLAYAN DURUMLAR

- Zollinger - Ellison sendromu
- Gebelik
- Skleroderma
- D.Mellitus
- Uzun süreli nazogastrik entubasyon



GÖRH RİSK/TETİKLEYİCİ FAKTÖRLER

Obezite

Gebelik

Yağlı ve baharatlı yiyecek, Kafein, Alkol, Narenciye Tüketimi

KKB (NSAİİ ve Bisfosfonatlar benzer etki)

Sırt üstü yatış veya öne eğilme pozisyonu

PATOFİZYOLOJİ



PATOFİZYOLOJİ

- Alt özofageal sfinkterin yetersizliği
- Karından göğüs boşluğuna doğru oluşan basınç farkının etkilenmesi
- Hiatal herni
- Helikobakter pylori enf.
- AÖS basıncındaki siklik ritim



PATOFİZYOLOJİ

- Gastrik ve tükürük bezi salgıları
- Özofagus klirensinin azalması veya gecikmesi
- Mide boşalma zamanının uzaması
- Mide asidinin artması
- Özofagus mukoza direncinde azalma ve mukoza zedeleyici materyalin reflüsü



Alt Özofageal Sfinkterin Yetersizliği:

- Kısa alt özofagus sfinkter boyu ve düşük basıncı ile sık geçici relaksasyonları
- Yetersiz özofagus peristaltizmi
- Bozulmuş özofagus mukoza direnci
- Gecikmiş gastrik boşalma
- Patolojik duodeno-gastro-özofageal reflü ile birlikte görülen antroduodenal motilite bozuklukları



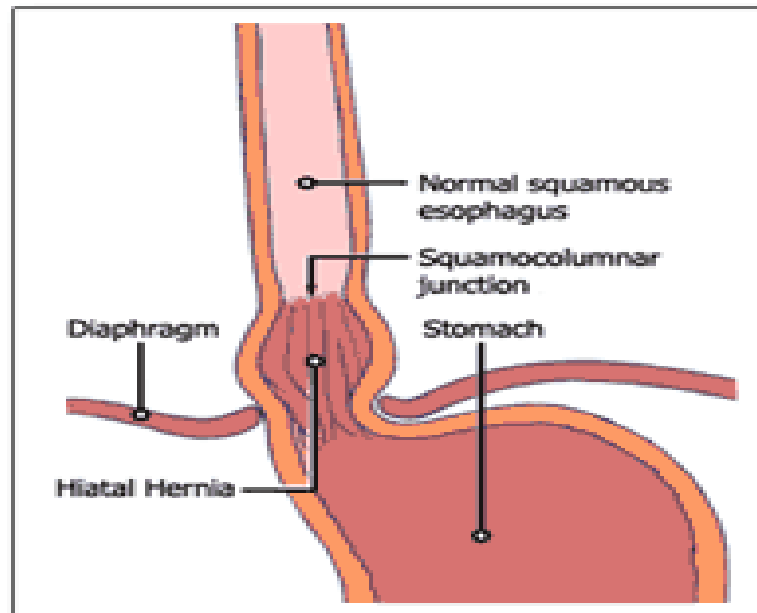
Karın-Göğüs Boşlukları Arası Basınç Farkını Etkileme

***alt özofageal sfinkter basıncını azaltarak veya karın içi basıncını artırarak**

- Diyetsetel özellikler (çikolata, kafein, nane, alkol, baharatlar)
- İlaçlar (KKB, Beta adrenerjikler, Antikolinerjikler, Teofilin, Dihidropiridin, Diazepam, Nitratlar, KOK(Progesteron))
- Pozisyon
- Stres
- Obezite
- Gebelik

HIATAL HERNİ

- Skuamokolumnar bileşke ve özofagogastrik bileşkenin birlikte diyafram kiskacının proksimaline kayması
- Hiatal herninin büyüklüğü: özofagogastrik bileşkeden diyafram kiskacına kadar olan mesafe (> 2 cm olmalı)



Helikobakter pylori eradikasyonu reflü semptomlarını ve endoskopik özofajiti olumlu etkiliyor

The eradication of *Helicobacter pylori* positively influences symptoms of reflux and endoscopic eosophagitis

Aliye SOYLU¹, Can DOLAPCIOĞLU², Nurgül YAŞAR³, İsa SEVİNDİR³, Nurten SEVER⁴

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği¹, İç Hastalıkları Kliniği³, Patoloji Bölümü⁴, İstanbul

Dr Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği², İstanbul



Agressif güçler

- Mide asidi
- Pepsin
- Safra tuzları
- Pankreas enzimleri
- Sıcak ve hipertonik gıdalar
- İlaçlar
- Alkol
- Stress?



Defansif güçler

- Antireflü bariyerler (AÖS, his açısı, frenikoözofagiyal ligament, mukozal rozet, diafragmatik kruslar)
- Luminal klirens mekanizmaları (Yer çekimi, peristaltizm, tükürük)
- Özofagus doku direnci



Hipotansif AÖS
Geçici AÖS gevşemesi
Anatomik bozukluklar



KLINIK



KLİNİK

- **Göğüs:** Retrosternal yanma, regürjitasyon, disfaji, odinofaji, non-kardiyak göğüs ağrısı
- **Ağız - boğaz :** Diş çürükleri, gingivitis, ağız kokusu, hipersalivasyon, boğaz ağrısı, kulak ağrısı, globus, larenjit, ses kısıklığı, gıcık hissi, ses tellerinde nodül, postnazal akıntı, sinüzit, farenjit.
- **Pulmoner:** Öksürük, wheezing, dispne, aspirasyon pnömonisi, astma, apne ve ani infant ölümü, bronşit, atelektazi, fibrozis
- **Gastrik :** Geğirti, erken doyma, şişkinlik, bulantı
- **Diğer :** Hıçkırık, akut veya kr. gastrointestinal hemoraji



KLİNİK

- En önemli semptomlar göğüste yanma ve regürjitasyondur.
- Bu bulgular dispepsiye eşlik ettiğinde GÖRH'den şüphelenilir
- En sık belirtisi göğüste yanma “heartburn”
- Yanma sıklıkla yemekten 30-60 dakika sonra oluşur. Mide asidini arttıran yiyecek içeceklerle ve sırtüstü uzanıldığında artar.
- Ayağa kalkma ve antiasitlerle azalır.



Göğüste Yanma(Heartburn) Sıklık

YETİŞKİNLERİN

%15-44'ÜNDE AYDA BİR KEZ

%20'SİNDE HAFTADA BİR KEZ

%7'SİNDE GÜNDE BİR KEZ



GÖĞÜS AĞRISI AYIRICI TANISI

- Koroner arter hastalığı
- GÖRH
- Akalazya
- Diffüz özofagial spazm
- Kolelithiazis
- Özofagus ve bronş kanseri



KLİNİK

- Ağrıya ilaveten ağıza ekşi su gelmesi “regürjitasyon” diğer sık rastlanan belirtidir.
- Boğazda ve ağızda kötü bir tat bırakır, genellikle yemek sonrası nadiren yemek sırasında oluşur
- Özellikle uykuda aspirasyona bağlı olarak kronik larenjit, kronik öksürük ve pnömoni gelişebilir.
- Anjina benzeri göğüs ağrısı nedeniyle koroner anjio yapıp negatif bulunan % 50 hastada reflü özofajit saptanmıştır
- Disfaji nadirdir, reflü özofajite bağlı striktür veya özofagus dismotilitesinden kaynaklanır.



Pulmoner reflü

- Pulmoner reflü, astımlıların %34-89'unda görülmektedir. Bunların da %30'unda özofagus semptomu yok
- Mikroaspirasyonlar ya da özofagustaki vagal afferent liflerin uyarılması sonucu oluşan refleks bk sorumlu
- Kronik öksürüklerin %20'sinden GÖRH sorumlu

TANI



TANI

PPI CEVABI

RADYOLOJİK İNCELEMELER

ENDOSKOPİ

pH MONİTERİZASYONU

MANOMETRİK ÖLÇÜMLER

GE SİNTİGRAFİ

ASİT PERFÜZYON TESTLERİ



Tanı - PPI Testi (Antisekretuar Tedavi)*

Tipik semptomu (Heartburn, Epigastric ağrı, Regürjitasyon) olan hastada dört hafta süre ile PPI verildiğinde semptomlar kayboluyorsa GÖRH tanısı konulabilir!

TANI TESTLERİ

Reflü için kullanılan testler

- İntraözefageal pH monitorizasyonu
- Ambulatuvar bilirubin monitorizasyonu (safra reflüsü)
- Ambulatuvar impedans ve pH monitorizasyonu (non asid reflü)
- Baryumlu özofagogram

Semptomları değerlendirmede kullanılan testler

- Ampirik asid baskılayıcı tedavi
- Semptom analizi ile birlikte intraözofageal pH monitorizasyonu

Özofageal hasarın değerlendirildiği testler

- Endoskopi
- Özofageal biyopsi
- Baryumlu özofagogram

Özofagus fonksiyonunun değerlendirildiği testler

- Özofageal manometri
- Özofageal impedans



ALARM İŞARETLERİ*

- Odinofaji
- Disfaji
- Kusma
- Kilo kaybı
- GIS kanama
- Anemi

Görüntüleme İle

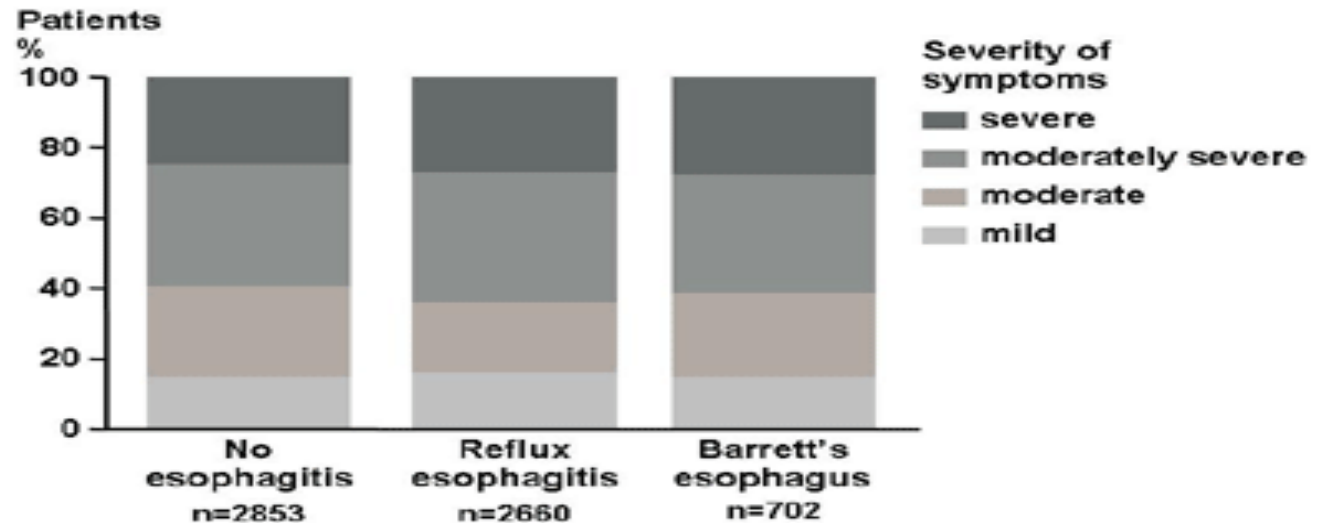
- Kitle
- Srikür
- Ülser

İleri Tetkik Gereken Durumlar

- Alarm işaretleri
- 5 yıldan uzun süren semptomlar
- 45 yaş üzeri yeni başlayan semptomlar
- Gaytada gizli kan pozitifliği
- İkter
- Hepatomegali veya kitle varlığı



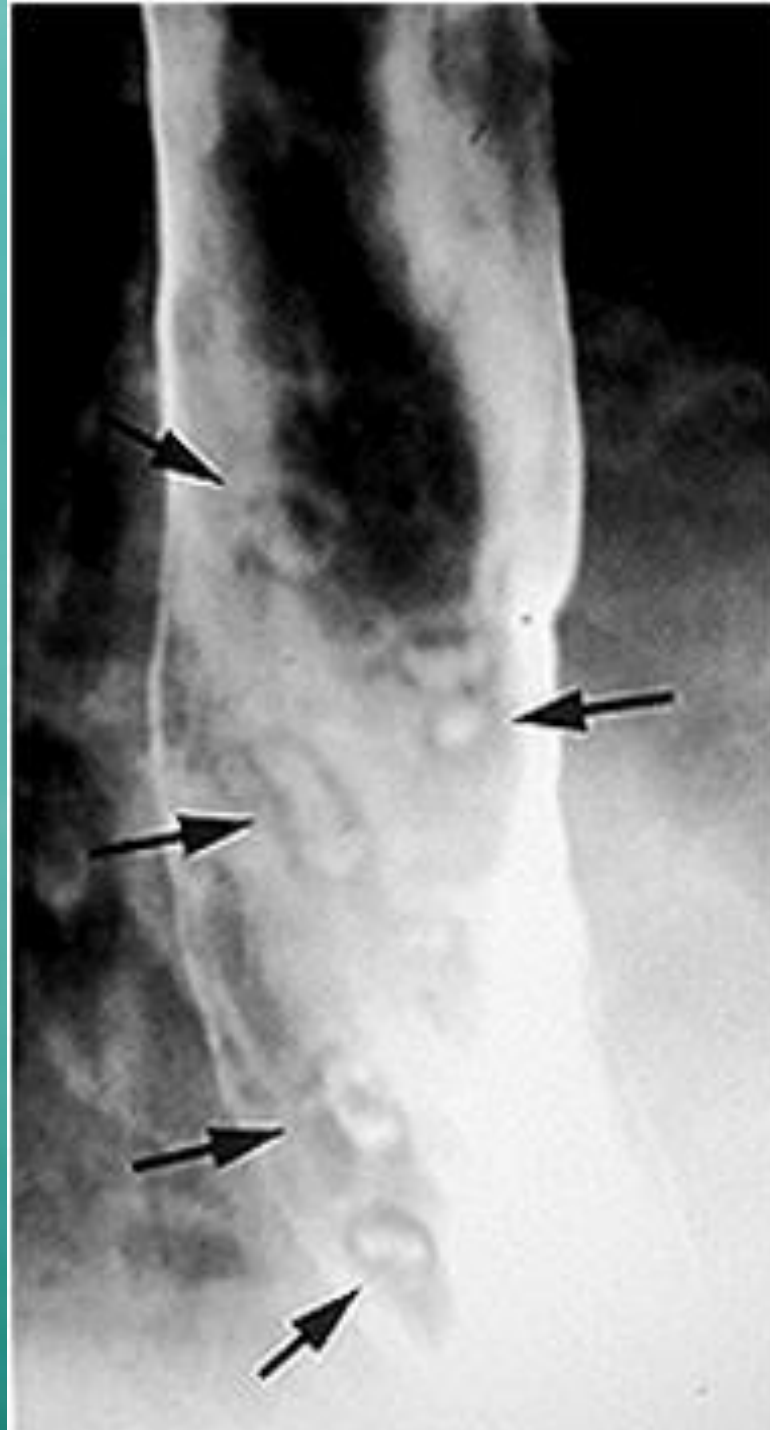
No correlation between GERD symptom severity and endoscopic findings



Kulig M et al. J Clin Epidemiol 2004;57:580-9

Semptomlarının şiddeti endoskopik bulguların şiddetiyle paralellik göstermemektedir



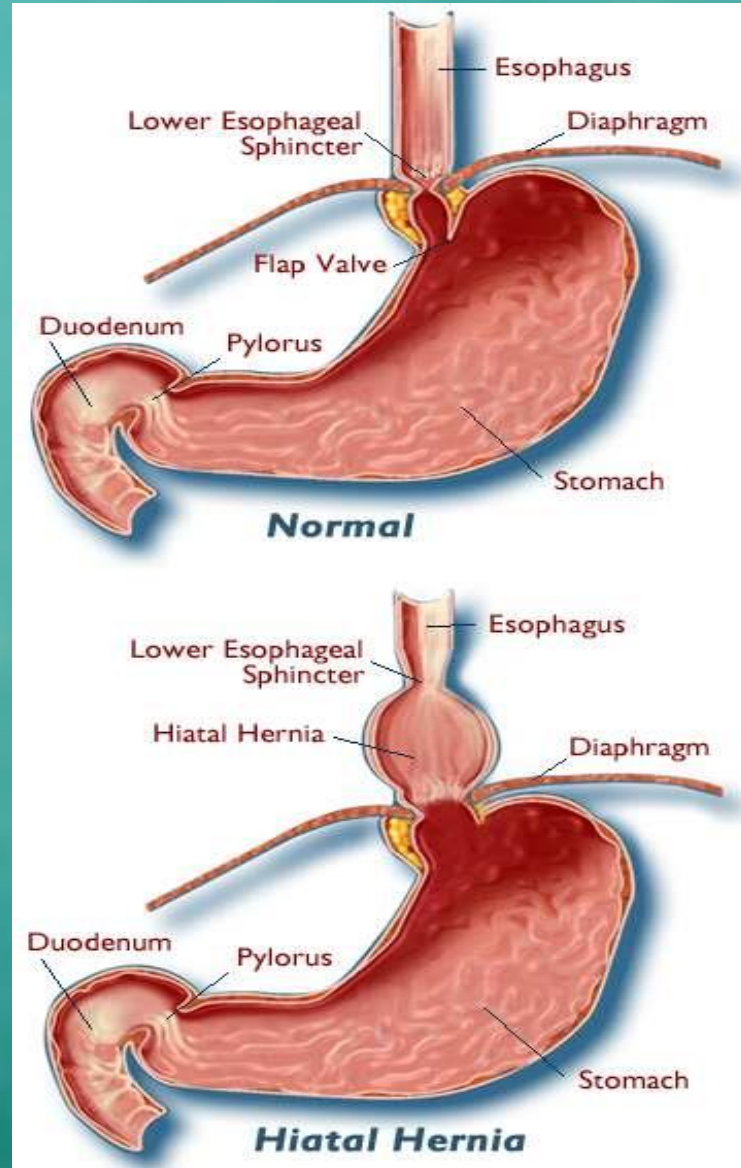


Aphthoid ulcers in reflux esophagitis

Double contrast esophagogram shows numerous small superficial aphthoid ulcers in the wall of the distal esophagus (arrows) in a patient with reflux esophagitis. Barium has collected in the superficial erosions which are surrounded by edematous mucosa. These erosions are the precursors of larger discrete ulcers. Courtesy of Jonathan Kruskal, MD.



Hiatal Herni



Type I hiatal hernia Upper GI series in a patient with a type I hiatal hernia. The gastric pouch is herniated upward, and gastric folds can be seen traversing the diaphragm. Courtesy of Peter J Kahrilas, MD.

Tanı-Endoskopi

Proximal esophagus



Distal esophagus

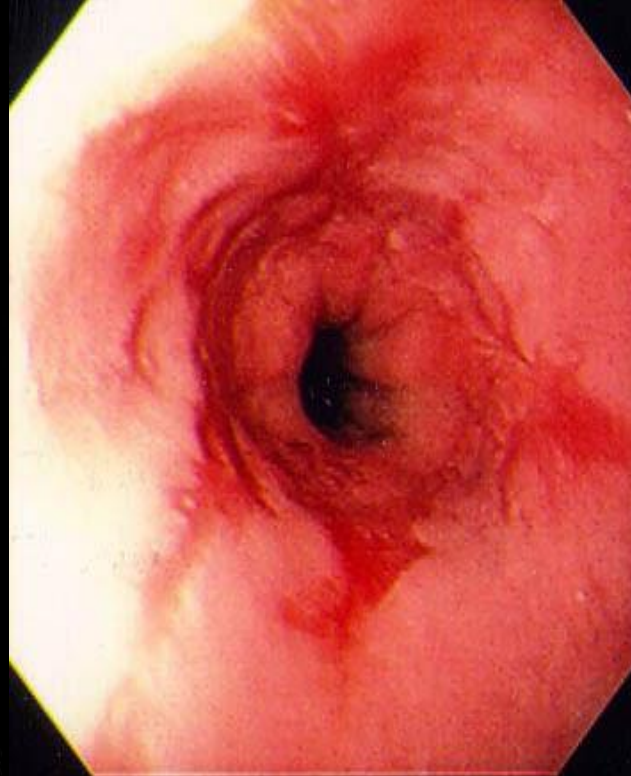
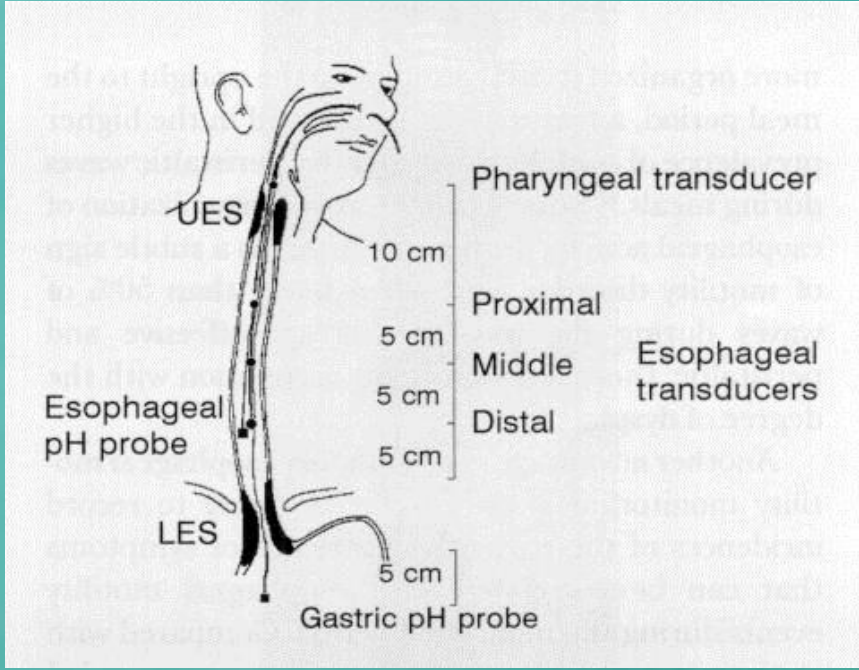


fig.

Endoskopinin normal olması
GÖRH'ni ekarte ettirmez



24 saatlik pH Moniterizasyonu



- Bir hafta öncesinden PPI tedavisi kesilmeli

- Özofagus pH'sı % 10 sürede 4'ün altında olmamalıdır

- 24 saatlik standart pH-metre ile özofagusa sadece asid reflüsü saptanır
- Nonerozif reflü hastalarının %30-50'sinde 24 saatlik pH-metre normal
- GÖRH olan vakaların ancak yarısında endoskopi ile mukozal patoloji saptanır



İMPEDANS - pH METRE

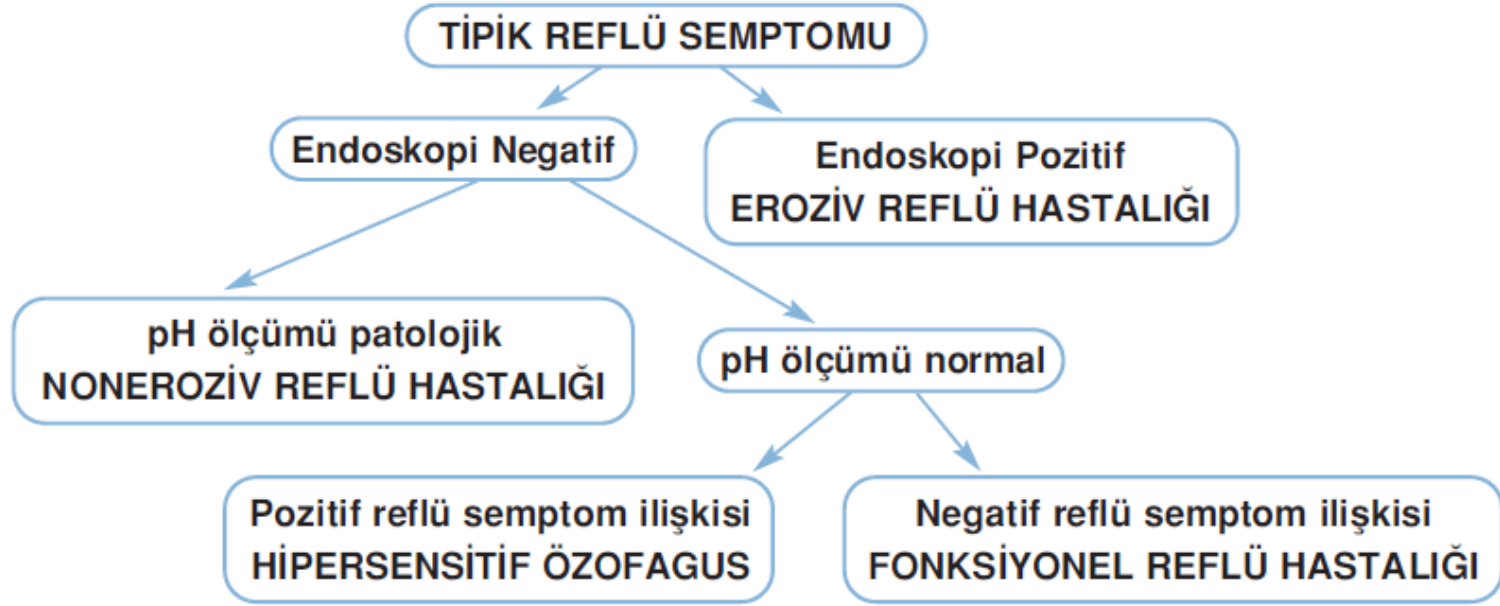
- Her türlü reflüyü (gaz, sıvı, asid ve non-asid), reflünün seviyesini ve özofagusun klirens zamanını belirler
- Manometri kontraktıl aktivite hakkında bilgi verir
- İmpedans pH-metre özofageal bolus transit zamanı ile ilgili veri sağlar
- Reflüsü olan her hastada pH moniterizasyonu GEREKMEZ



pH MONİTERİZASYON ENDİKASYONLARI

- Endoskopik bulguları normal veya normale yakın olan reflü semptomlu hastalarda PPI tedaviye yanıt yoksa
- Endoskopik bulguları negatif olan ve antireflu cerrahi düşünülen hastalarda
- Antireflu cerrahi tedavinin semptomları kontrol altına almadığı hastalarda
- PPI tedaviye yanıt alınamayan ekstraözofageal semptomların varlığı
- Erişkin başlangıçlı nonallerjik astmalı hastalarda GERH tanısı için





Endoskopik inceleme ve pH metrik ölçümlerin sonuçlarına göre
GÖRH subgupları

GÖRH

EROSİV REFLÜ
HASTALIĞI

NON EROZİV REFLÜ HASTALIĞI
(ENDOSKOPİ NEGATİF)

24 SAAT PH ÇALIŞMASI

NORMAL

ANORMAL

SEMPTOM REFLÜ BİRLİKTELİĞİ

VAR

YOK

GÖRH

FONKSİYONEL
HEARTBURN

GÖRH

GÖRH KOMPLİKASYONLARI*

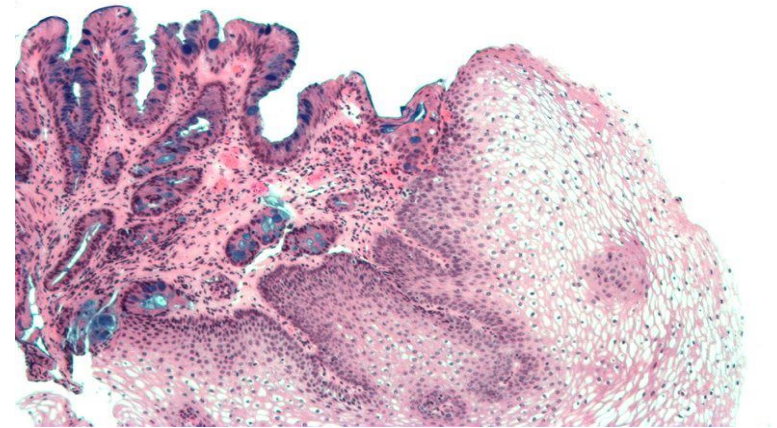
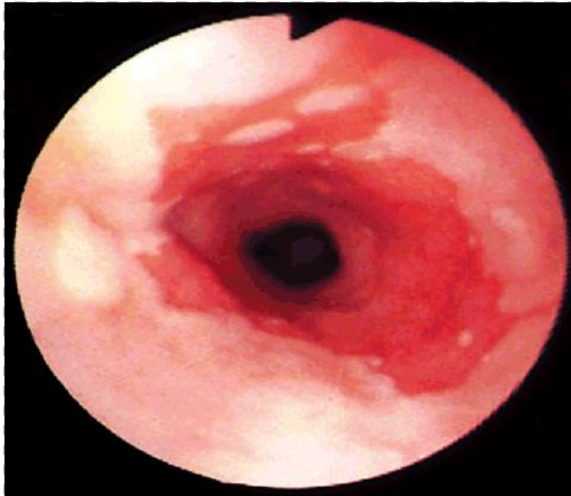
A) ÖZOFAGİAL

- Hemoraji (massif üst GIS kanaması) %6
- Striktür (medikal tedavi alan hastalarda) %10
- Striktür (Barret özofagusu olan hastalarda) 50
- Barret Özofagusu (Semtomatik GERD) %5-20
- Adenokarsinom (yıllık takipteki hasta insidansı) % 0.5

B) EKSTRAÖZOFAGİAL

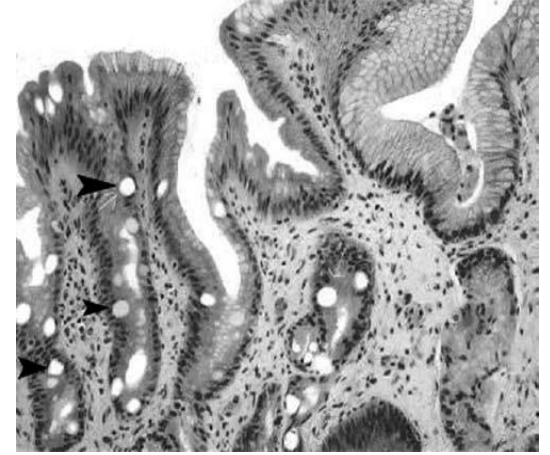
BARRETT ÖZOFAGUSU*

- Distal özofagustaki normal skuamöz epitelin yerine intestinal metaplazi içeren anormal kolumnar mukozanın geçmesi
- Ülkemizde GÖRH prevalansı %20
- Barrett özofagusu prevalansı %0.4
- En önemli nedeni; GÖRH'e bağlı kronik mukoza irritasyonu
- Karsinojenik risk(Adeno ca) normal nüfusa oranla 30 kat fazla
- Tanı: Hem özofagusta endoskopik olarak kolumnar hattın görülmesi ve hem de biyopsi ile intestinal metaplazi varlığının tespit edilmesi gerekli



BARRETT ÖZOFAGUSU*

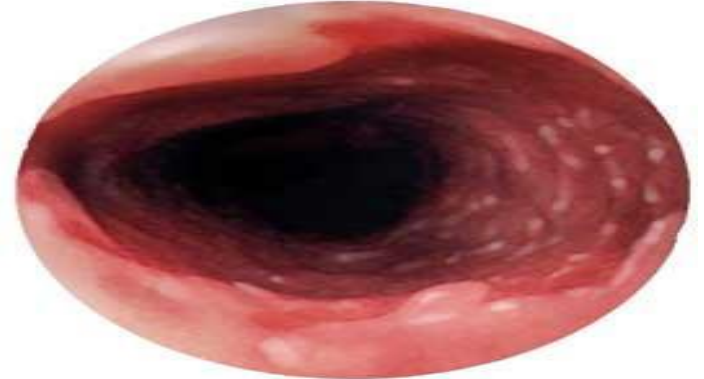
- GÖRH'lıların %10-15'inde mevcut
- Diagnostik kriteri; Goblet hücresi
- Yıllık ca gelişme riski %0.5-1
- GÖRH'nın süresi, beyaz ırk ve erkek cinsiyet major risk fakt
- Barrett özofagusu özofagiyal adenokarsinomun bilinen tek öncü lezyonudur



NORMAL ÖZOFAGUS
GÖRÜNÜMÜ



BARRETT HASTALIĞI
GELİŞMİŞ ÖZOFAGUS



CDX2, COX2 VE MUC2 EKSPRESYONU**

- Barrett özofagusu-displazi sekansındaki fark anlamlı

Table I: Immunohistochemical results in different mucosal areas

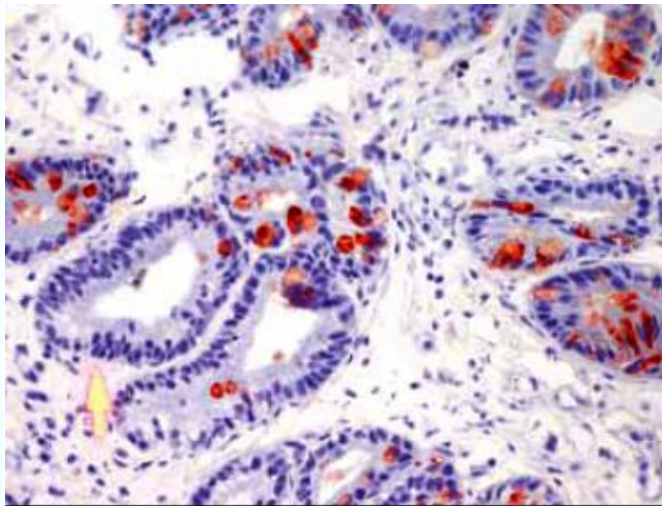
	Mucosa	Extent of staining*				Total positive cases
		0 n (%)	+1 n (%)	+2 n (%)	+3 n (%)	
CDX2	IM	14 (23.8%)	18 (30.5%)	17 (28.8%)	10 (16.9%)	45 (76.2%)
	NGCE	45 (76.3%)	10 (16.9%)	4 (6.8%)	0	14 (23.7%)
	DCE**	50 (97.3%)	1 (1.7%)	0	0	1 (1.7%)
COX2	IM	4 (6.8%)	7 (11.9%)	15 (25.4%)	33 (55.9%)	55 (93.2%)
	NGCE	31 (52.5%)	26 (44.1%)	2 (3.4%)	0	28 (47.5%)
	DCE**	47 (92%)	4 (8%)	0	0	4 (8%)
MUC2	IM	4 (6.8%)	8 (13.6%)	12 (20.3%)	35 (59.3%)	55 (93.2%)
	NGCE	52 (88.1%)	6 (10.2%)	1 (1.7%)	0	7 (11.9%)
	DCE**	49 (96%)	2 (4%)	0	0	2 (4%)

IM: Intestinal metaplasia, NGCE: Non-goblet columnar epithelium, DCE: Distant columnar epithelium.

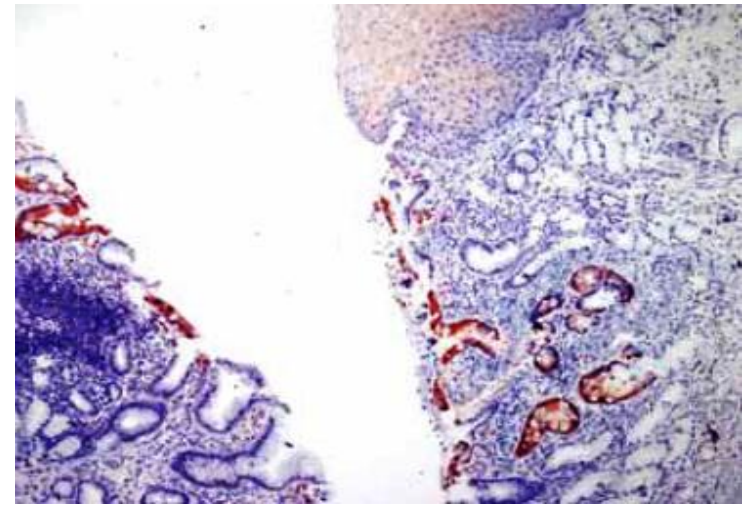
*0: no staining, 1: staining in 1-30%, 2: staining in 31-60%, 3: staining in >60% of cells.

**There is no DCE in 8 of the cases.

Displazide azalmış MUC2



İntestinal Metaplazide Cox2 +



*Türkmen ve ark, Barret özafagusunda CDX2, COX2 ve MUC2 ekspresyonu: Displazinin Belirlenmesinde yardımcı olabilir mi?, Turk Patoloji Derg 2012, 28:251-258

TEDAVİ



GÖRH'DA TEDAVİ İLKELERİ

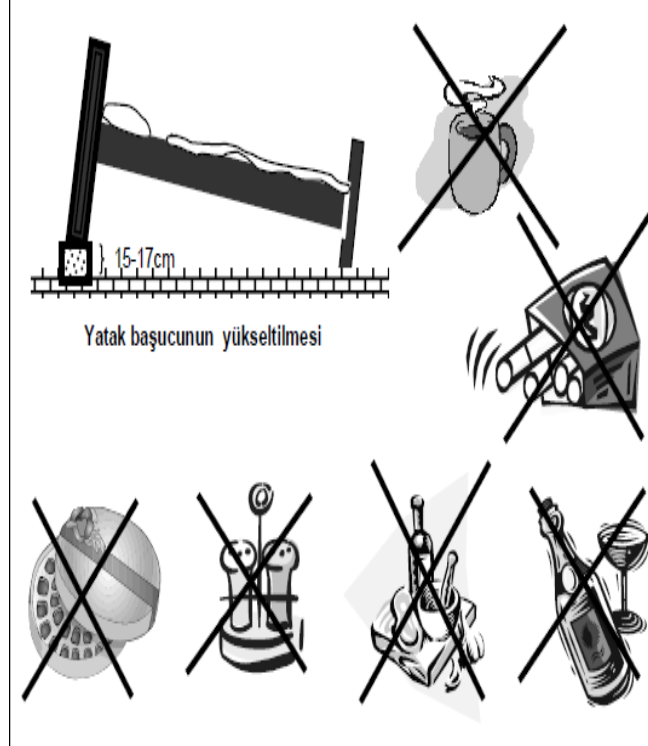
- REFLU OLAN MATERYALİ ZARARSIZ HALE GETİRMEK
- GASTROÖZAFAGİAL REFLUYU AZALTMAK
- ÖZOFAGUS MOTOR FONKSİYONLARINDA DÜZELME SAĞLAMAK
- AÖS İSTİRAHAT P'INI YÜKSELTMEK
- GASTRİK BOŞALMAYI HIZLANDIRMAK
- TÜKRÜK YAPIMINI STİMÜLE ETMEK

KOMPLİKASYONLARIN TEDAVİSİ



Yaşam biçimini düzenleyen ilaç dışı tedaviler

- Yatak başını yükseltmek
- Yatmadan önceki 3 saat içinde yemekten kaçınmak
- Yemeklerin miktarını ve yağ içeriğini makul tutmak
- Kafein ve çikolata alımını azaltmak
- Sigarayı bırakmak
- Alkolün kesilmesi
- İdeal kiloya gelmek



İlaç tedavisi

- Asit nötralizasyonu için antiasitler
- Asit supresyonu için H2RA ve PPI'leri ve prokinetikler
- PPI tedavisi ile özofajit 4 hafta içinde hastaların %80'inde 8 hafta içinde ise neredeyse %100'ünde iyileşme
- Non-eroziv reflü hastalığında relaps hızı tedaviden sonraki 6. ayda %75 iken bu oran reflü özofajitlilerde %90'lara çıkmakta



TEDAVİ SEÇENEKLERİ

- İDAME TEDAVİ (Standart veya yarı dozda)
 - İNTERMİTTANT TEDAVİ
- SEMPTOMATİK DÖNEMLERDE TEDAVİ (ON DEMAND)



AMPIİRİK TEDAVİ

- Eroziv Özofajit hastası: PPI Tedavisi
- NERD: Basamak Tedavisi
step-up (düzelmeye yoksa H₂RA sonrası PPI)
step-down (PPI sonrası düşük doz asit supresyonu)
(UMHS 2012)
- PPI tedavisi; GÖRH'da hem semptomatik düzelme
hem de mukozal iyileşmenin sağlanması açısından
kullanılabilecek en etkin tedavi*(AGA 2008)

GÖRH Spektrumu

NERD

- Heartburn
- Asit regürjitasyon

Eroziv Özofajit

- Los Angeles-grade özofajit

Komplikasyonlar

- Nokturnal
- Ekstraözofageal
- Striktür
- Barret Özofagus
- Adeno ca

Gerektiğinde PPI

Devamlı PPI

Yüksek Doz PPI

MEDİKAL TEDAVİ



İLAÇ TEDAVİSİ

- Antasitler
- Aljinik asit
- Prokinetik ilaçlar
- H₂RA
- Proton-pompası inhibitörleri (PPI)



ANTIASİTLER

- Özofajit iyileşmesinde yararsızlar
- Lüzumu halinde etkileri 1-3 saat sürer
- Gece semptomlarında işe yaramazlar-kısa etki süresi

ALJİNİK ASİT

- Mide içeriği üzerinde yüzer
 - Reflü sırasında mukoza ile mide içeriği temasını engeller
 - Antasit değil, etkisi fiziksel
 - Dik pozisyonda etkin
- 

Antiasit / Aljinik Asit

- Özellikle safra reflüsü olanlarda etkilidir
- Sıvı formları daha etkilidir
- Etkileri 30 dk.içinde başlar
- Özofagial asidifikasyonu 90 dk.önler
- Yardımcı ilaç olarak kullanılırlar
- Gaviscon : Antasit + Aljinik asit



PROKİNETİK İLAÇLAR

- Mide boş ise reflü olmaz !
- Metoclopramide (Metpamid™ 10 mg tb)
- Domperidone (Motilium™ 10 mg tb)
Yemeklerden 30 dk önce 10 mg
Gastrik boşalma hızlanır
AÖS basıncı yükselir



Prokinetik İlaçlar YE!

- Dopamin antagonistleri
 - Yan etkileri - sınırlı kullanım
 - İshal
 - SSS - uyuklama, hareketlilik, depresyon
 - Ekstrapiramidal reaksiyonlar - distonia motor hareketlilik, vb.
 - Meme hassasiyeti
 - Dismotilite saptanmış ise verilmeli !



H₂RA

- H₂-reseptör antagonistleri:
 - Ranitidin
 - Famotidin
- GÖRH için yanlış kullanımı çok sık !

Hafif ve orta derecede GÖRH için uygun olabilirler
- Zamanlama
 - Sabit antisekretuar etkinlik için 2x1
 - Sadece gece semptomu olanlarda gece yatarken
 - Semptoma yol açabilecek bir aktivite öncesi
 - Sürekli kullanımda tolerans sorunu



PPI

- En güçlü antisekretuar ilaçlar
- Tek dozu asit sekresyonunu %90 azaltır
- On demand tedavi
Devamlı şikayeti olmayanlarda, şikayet olduğunda



PPI*

Standart doz (1x1)

- Esomeprazol 20-40 mg
- Lansoprazol 15-30 mg
- Omeprazol 20 mg
- Pantoprazol 40 mg
- Rabeprazol 20 mg
- Zamanlama
 - En iyisi kahvaltıdan 30 dk önce
- Yüksek doz (2x1) verilebilir
 - Standart tedaviye kısmi yanıtı olanlar
 - Barrett özofagus
- İkinci doz akşam yemeğinden 30 dk önce

PPI Yetersizliği

- %30 hasta standart dozda semptomatik
- Doz arttırmadan önce

NEDENLERİ

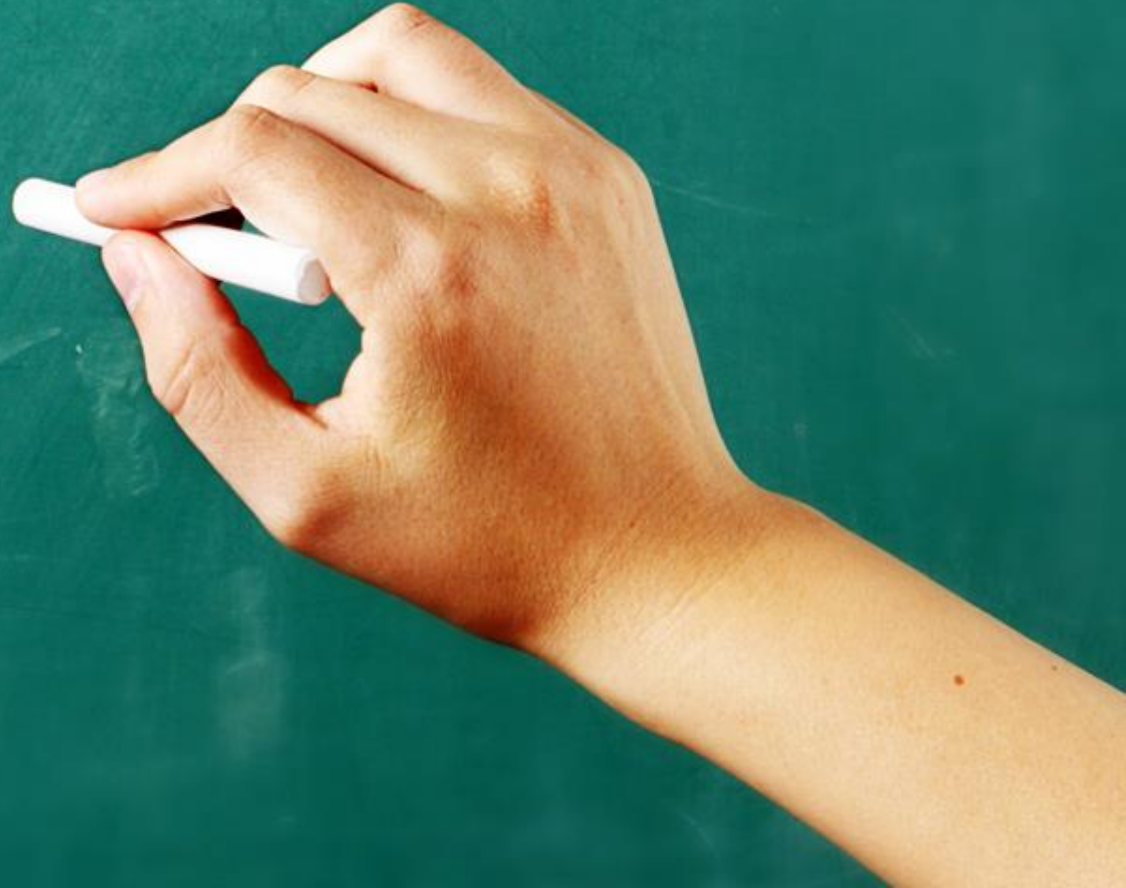
- Refrakter GÖRH
- Asit reflüsü devam ediyor...
 - Tedaviye uyumsuzluk
 - Büyük Hiatus Hernisi
 - Gece asit sekresyonu artışı
- Hipersensitif özofagus
- Asit olmayan reflü
- Yanlış tanı... Fonksiyonel Dispepsi



Uzun Süreli PPI Kullanımı

- Maliyet
- Osteoporosis (Aklorhidri ➡ Ca emilimi azalması ➡ Kalça Kırığı)
- Atrofik Gastrit
- Vitamin B₁₂ düzeylerinde düşme(Omeprazol)
- Toplumda kazanılan pnömoni ve C. difficile infeksiyonu
- Hipergastrinemi

ENDOSKOPİK TEDAVİ



TEDAVİ - ENDOSKOPIK TEDAVİLER

- Radiofrekans enerji uygulaması (Stretta)
- Proximal gastrik fold plikasyonu (Plikator)
- Gastrik valvüloplasti (EndoCinch)
- AÖS'in enjeksiyon ile güçlendirilmesi

Pleksiglas mikrosfer implantasyonu

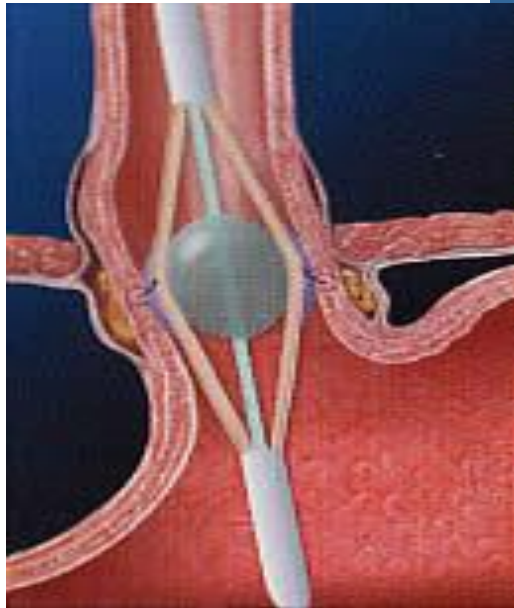
Etilen vinil alkol polimer enjeksiyonu

Genişleyen hidrojen protezi

STRETTA

- Mukoza soğutulurken, 2 dakika 85°C ısı; radyofrekans enerji
- Etkinlik %60-70
- Barret özofagus, Hiatal Herni Kullanılmaz!

RADYOFREKANS ABLASYONUN ETKİ MEKANİZMASI (stretta)



Özofageal fibrozis



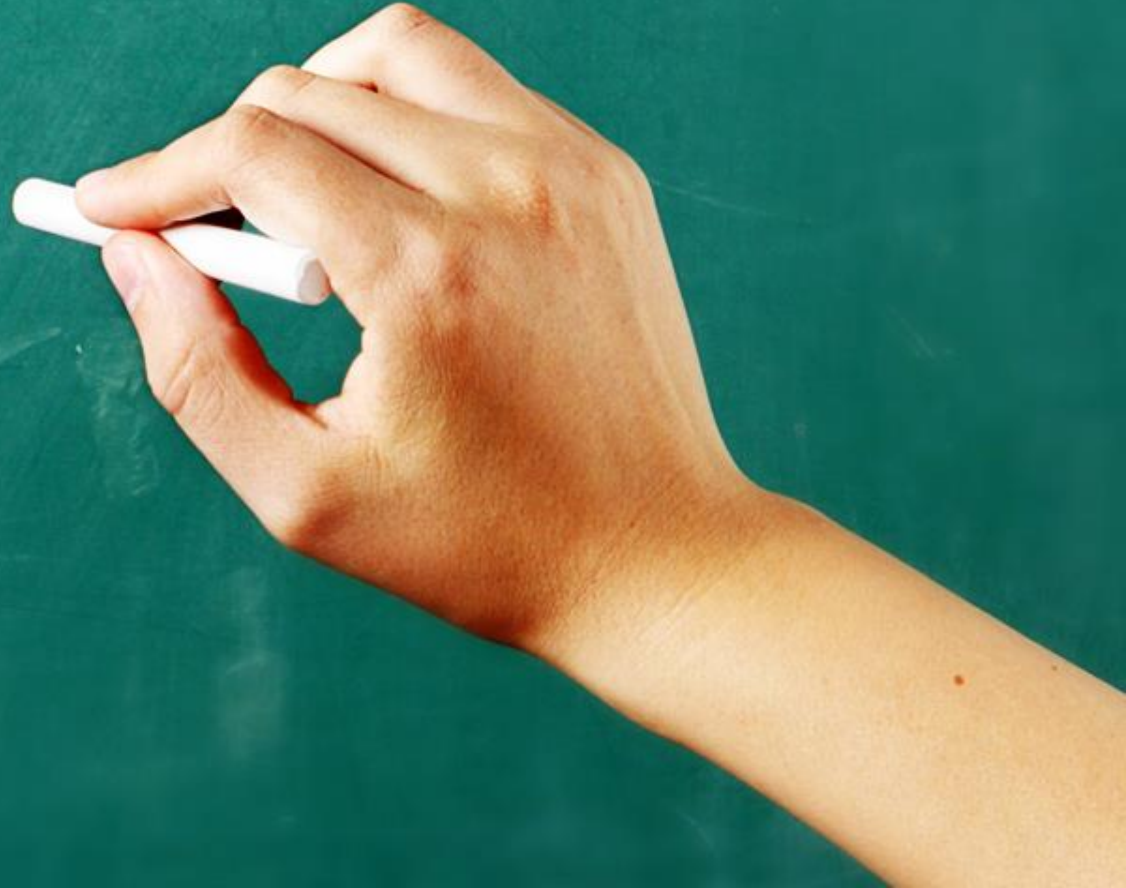
Doku kompliyansında değişme



Özofageal duvar kalınlığında artma ve genişlemeye direnç

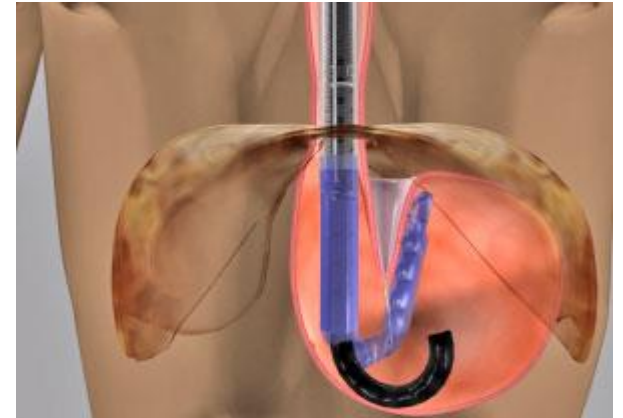


CERRAHİ TEDAVİ



TIF

- TIF (Transoral Incisionless Fundoplikasyon) yöntemi
- Ağız yoluyla Kesisiz Fundoplikasyon Reflü Ameliyatı
- Esophyx cihazı ile endolüminal fundoplikasyon oluşturmak seroza-seroza dikişleri
- Gastroözofageal bileşkede yeni bir valv oluşturmak üzere bir seri tam kat doku atacını yerleştirme
- Florida Munroe Medical Center' 10 yaş E çocuk



Cerrahi Tedavi

- Laparoskopik cerrahi tercih edilmekte
- Fundoplikasyon (Nissen, Toupet, Dor)

Plikasyon: Organın boyutunun küçültmek için, içi boş bir organın duvarlarında kat yapılması ve daha sonra bunların bir araya dikilmesi

- SILS (Single Incision Laparoscopic Surgery)
- TIF (Transoral Incisionless Fundoplikasyon)



FUNDOPLİKASYON*

- Nissen fundoplikasyonu

Alt özofagus etrafında 4-5 cm'lik bir mesafede 360 °C

- Toupet modifikasyon

270 derecelik posterior parsiyel sargı

- Dor modifikasyon; anterior 180 derece fundoplikasyonu

- Laparoskopik antireflü cerrahinin kısa dönem sonuçları açık cerrahiye eşittir.

- Laparoskopik Fundoplikasyonun Tercih Nedenleri:

Düşük cerrahi travma

Azalmış ağrı

Kısa hospitalizasyon

Açık cerrahiden daha ekonomik

Kozmetik

SILS

- SILS (Single İncision Laparoscopic Surgery)
- Tek Delikten Laparoskopik Cerrahi
- Umbilicus içinden ve dışarıdan 2 cm bir kesi açılarak



CERRAHİ TEDAVİ ENDİKASYONLARI

- Hasta uyumsuzluğu
- Hastanın Yaşı (gençlerde ömür boyu tedavi gerekliliği)
- Reflüye bağlı ekstra özofagial semptomların ilaçlarla kontrol edilememesi
- Reflüye bağlı aspirasyon pnömonisi
- Refraker özofajitli olgular
- High-grade displazili Barrett's epiteli
- Dilatasyonlara cevap vermeyen striktür
- Belirgin hiatal herni

VIP



Kimler Refere Edilmeli

- Göğüs ağrısı (Kardioloji)
 - Tedaviye rağmen şikayet
 - Endoskopi
 - Alarm semptomu
 - >40 yaş
- (Gastroenteroloji)



Özel Hasta Grupları-İNFANT

- İnfantlarda GÖRH olabilir
 - Postprandial regürjitasyon ve küçük miktarlarda kusma
 - Sfinkter fonksiyonu henüz yetersiz
 - Tedavi
 - Destek tedavisi
 - Diet ayarlaması- az, sık besleme; kıvamı fazla yemek
 - Postural yöntemler
 - H₂RA (ranitidin 2 mg/kg)
 - Lansoprazol (<10 kg 15 mg, >10 kg 30 mg)



Özel Hasta Grupları - GEBE

- Reflü sıklığı (%50)
- Azalan AÖS basıncı ve artan intrabdominal basınç (Gebelik hormonları ve fötusun mekanik etkisi)

Tedavide

- aljinat, antasitler ve Sucralfat önerilmekte
- H₂RA (Ranitidin, Famotidin) tartışmalı
- PPI önerilmemekte



Gebelik-PPI

- Omeprazol (Kategori C)
 - *Hayvanlarda embriyotoksik ve fötotoksik*
 - *İnsanlarda benzeri vaka sunumları*
- Esomeprazol, lansoprazol, rabeprazol, pantoprazol,
- (Kategori B)
 - *Fötal teratojenite ve hasar yok*
 - *İnsan verisi az*
 - *Laktasyonda önerilmiyor*

Özel Hasta Grupları-Yaşlılar

- Yaşlılar
 - > 70 yaşta (<40 yaşa göre 3X sıklıkta)
 - Şiddetli hastalık
 - Daima ilaç hikayesi sorgulanmalı
 - Semptomlar sıklıkla tipik olmadığı için tanı zor
 - Disfaji
 - Kusma
 - Kilo kaybı
 - Anemi
 - İştahsızlık

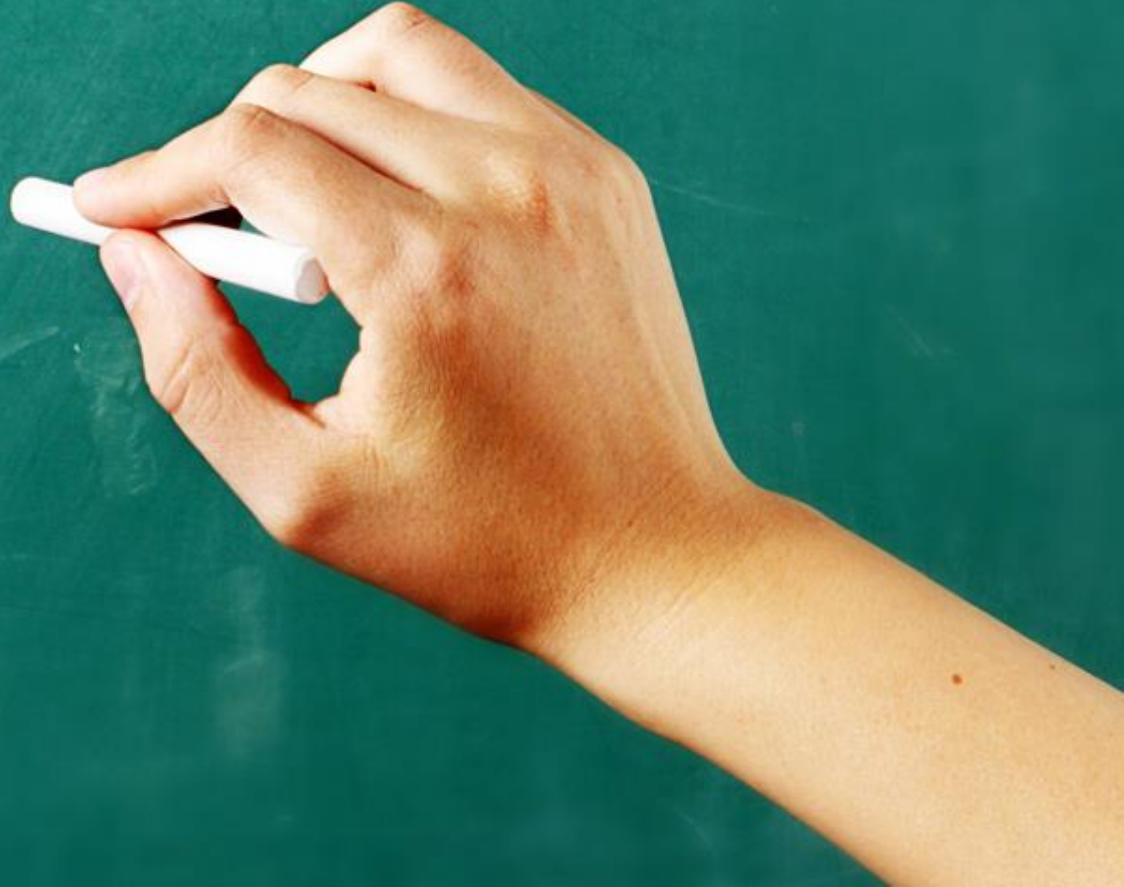


Özel Hasta Grupları-Yaşlılar

- Endoskopi gerekli
- Prokinetikler kullanılmamalı
- Etkinlik, emniyet ve tolerans açısından en iyi seçim PPI
 - Omeprazol, lansoprazol ve rabeprazol klirensi azalmıştır ama doz ayarlaması gerekmez
 - Pantoprazol klirensi çok etkilenmez
 - Pantoprazol - CYP450 için düşük afinite



SONUÇ



SONUÇ

- GÖRH,sık görülen bir hastalıktır
- Ekstraözofagial semptomlarla gelebilir
- İhmal edildiği takdirde önemli sonuçlara yol açar(ca,darlık,kanama)
- Tanıda empirik tedavi çok yararlıdır
- Tedavide en etkili ilaç grubu PPI'lardır
- PPI'lar yıllarca güvenle kullanılabilir
- Endikasyon varsa,deneyimli merkezlerde L.Nissen idealdir



TEŞEKKÜR EDERİM

