HRONIČNI LARINGITIS KAO POSLEDICA GASTROEZOFAGUSNE REFLUKSNE BOLESTI

AUTORI

Trajković R.¹, Trajković B.², Todorović D.², Đokić N.², Inić Kostić B.²

¹ Medicinski fakultet Priština, Kosovska Mitrovica, Srbija

² Dom Zdravlja Gračanica, Gračanica, Srbija

KORESPONDENT

RADA TRAJKOVIĆ

Medicinski fakultet, Univerzitet u Prištini, Kosovska Mitrovica, Srbija

✉ biljatrajkovic@gmail.com

SAŽETAK

Refluks želudačnog sadržaja do nivoa ždrela i larinksa naziva se laringofaringealni refluks, koji može postojati kao takav ili laringealni i faringealni refluks kao posebni entiteti, i kao takvi dovesti do drugih oboljenja kao što su rhinitis, sinusitis, otitis media, prekanceroznih i kanceroznih stanja. Utvrditi povezanost i uticaj gastroezofagusne refluksne bolesti na pojavu, učestalost i dužinu trajanja zapaljenskih procesa i oštećenje sluzokože larinksa. Svi pacijenti su obrađeni anamnestički, laboratorijski i kod svih je odrađena indirektna hipofaringo i laringoskopijska. Podaci o odrađenoj gastroskopiji dobijeni su na osnovu povratnih specijalističkih izveštaja gastroenterologa. 120 ispitanika sa dispeptičkim tegobama, kod kojih je anamnestički postojao i neki od simptoma oboljenja gornjih disajnih puteva. 62 (51,66%) ispitanika muškog i 58 (48,33%) ženskog pola. Prosečna starosna dob 54 godine. U 82 (68,33%) ispitanika bila je pojačana salivacija (jedan od vodećih simptoma) od tog broja u 61 (74,39%) ispitanika bio je prisutan i laringitis. U 68 (56,66%) slučajeva gde je kašalj bio dominantan simptom, laringitis je bio prisutan u 26 (38,23%). Kod ukupnog broja pacijenata sa globus senzacijama 70 (58,33%), laringitis je bio prisutan u 38 (54,28%) ispitanika. Pušenje je bilo zastupljeno sa 65,83% (70) ispitanika, procenat ispitanika sa hroničnim laringitisom u ovoj grupaciji iznosio je 69,62% (55) ispitanika. Nakon odrađene gastroskopije i otorinolaringoloških pregleda, kod 62 (51,66%) ispitanika dijagnostifikovana gastroezofagusna refluksna bolest (GERD), od tog broja, kod 43 (69,35%) ispitanika bio dijagnostifikovan i laringitis. Nakon tromesečnog praćenja pacijenata posle uvođenja terapije (H2 blokatori, inhibitori protonске pumpe i antacidi) kod 28 (65,11%) ispitanika (od ukupno tretiranih), došlo je do poboljšanja nalaza. Rezultati ove studije ukazuju na značajnu korelaciju između gastroezofagealne refluksne bolesti i hroničnog laringitisa, kao i na povoljan uticaj i dejstvo antacidne terapije u lečenju laringitisa.

KLjučne reči: laryngitis, refluks, dispepsija

UVOD

Brojnim studijama je pokušavano da se nađe uzročno posledična veza između gastroezofagusne refluksne bolesti (GERD) i velikog broja bolesti gornjih disajnih puteva kao što su: laringealni malignitet, astma, hronični kašalj, rinitis, sinusitis, otitis media itd. Stezanje, bol i žarenje u ždrelo, narocito ujutro, uporan kašalj, osećaj stranog tela i "knedle" u grlu, slivanje sekreta iz zadnjih partija nosa su samo neke od smetnji koje kod velikog broja osoba neobjašnjivo dugo traju i opstaju uprkos lečenju.

U našoj sredini je gotovo nepoznato čak i stručnjacima da pomenuti simptomi mogu biti posledica vraćanja želudačne kiseline. Patofiziološki mehanizam je vrlo kompleksan i objašnjava se, kako direktnim dejstvom gastričnog refluksa, tako i vagusom posredovanim neurogenim mehanizmima, što objašnjava i udaljene efekte.

Ova pojava se često ne prepoznaje zato što samo trećina osoba kod kojih se kiselina podiže u ždrelo ima specifične simptome (gorušicu, bol iza grudne kosti, bol u želucu i nadutost stomaka) a jako je vazno naglasiti da

čak 70% pacijenata nema nikakvih problema sa želucom, a ima tegobe od kojih posebno ističemo uporan kašalj, knedlu u grlu, slivanje sekreta, čestu promuklost (naročito kod nepušača) kao i probleme sa glasom profesionalnih pevača.

Slika 1. Anatomske odnose ždrela i jednjaka

Refluks želučnog sadržaja do nivoa ždrela (pharinx) i larinksa naziva se laringofaringealni refluks, koji može postojati kao takav ili laringealni i faringealni refluks kao posebni entiteti, i kao takvi dovesti do drugih oboljenja kao što su rhinitis, sinusitis, otitis media itd.

Laringofaringealni refluks i laringealni refluks sami po sebi predstavljaju različite entitete u odnosu na gastroezofagealnu refluksnu bolest i oesophagitis (Slika 1).

Laringofaringealni refluks, to je noviji klinički entitet koji je do nedavno, a u svakodnevnoj praksi je još uvek neprepoznat ili se tumaci kao atipični gastroezofagealni refluks (GER). Rasvetljavanje uloge laringofaringealnog refluksa u patogenezi navedenih bolesti moglo bi promeniti dosadasnje preventivske i terapijske postupke.

KLINIČKE MANIFESTACIJE

Najčešći simptom laringofaringealnog refluksa je promuklost (disfonija), prisutna u skoro svih bolesnika. Uoceno je da se bolesnici s intermitentnom promuklošću nekoliko puta godišnje zale na laringitis koji traje danima ili čak nedeljama. Sledeći simptom po učestalosti jeste suvi nadražajni kasalj, zatim globus faringeus i disfagija kod određenog broja pacijenata. Od ostalih simptoma prisutni su sledeći: i to: na nivou ždrela - hronični faringitis i Zenkerov divertikulum; na nivou larinksa - laringospazam, fiksacija aritenoida, laringealna stenoza i Reinkeov edem, cvorici na glasnica, rekurentni respiratorni papilomi, rekurentne leukoplakije i karcinom larinksa; na nivou pluća - hronične opstruktivne plućne bolesti, bronhiektazije i aspiracijska pneumonija; od ostalih - hronični sinuzitis, upale srednjeg uva, opstruktivna noćna apnea i kariozna dentacija. Što se tiče povezanosti malignih oboljenja sa prisutnošću laringofaringealnog refluksa još nema značajnih otkrica u svetskoj medicini ali nije isključena i ta opcija.

S obzirom na težinu simptoma, laringofaringealni refluks se deli u tri grupe:

1. blagi - bolesnici s blagim laringofaringealnim refluksom imaju simptome koji im smetaju, ali ne narušavaju njihove svakodnevne aktivnosti na poslu i privatno.
2. teški - imaju oni bolesnici kojima simptomi znatno narušavaju kvalitet života remeteci ih u svakodnevnom profesionalnim i privatnim aktivnostima.
3. životno ugrožavajući - javlja se u bolesnika u kojih postoji opstrukcija disajnih puteva, recimo zbog glotisne ili subglotisne stenoze, laringospazma, astme, displazije ili karcinoma.

KLINIČKI NALAZ KOD LARINGOFARINGEALNOG REFLUKSA

S obzirom da simptomi i kliničke manifestacije jesu opisane, klinička dijagnoza može biti otežana. Simptomi se mogu pojaviti bez promena na sluznici grkljana, ždrela, a mogu biti i nespecifični. Stoga kliničari moraju bazirati dijagnozu laringofaringealnog refluksa na kombinaciji različitih pokazatelja, uključujući simptome, kliničke nalaze i rezultate kliničkih testova.

Postoje neki klasični klinički nalazi koji ukazuju na refluks ovog tipa. Tipične promene uzrokovane refluksom nalaze se u grkljanu i opisuju se nakon fiberendoskopskog pregleda. Najznačajnije i patognomonične promene su

edem i eritem zadnje komisure larinksa - takozvani laryngitis posterior.

Laryngitis posterior - Zadnji laringitis zajedno sa još sedam drugih promena koje se nalaze u larinksu, a mogu se pojaviti kao posledica refluksa, i uvrštene su u tzv. refluks finding score (RFS).

To su: pseudosulkus vokalis, ventrikularna obliteracija, eritem/hiperemija, edem glasnica, difuzni laringealni edem, hipertrofija zadnje komisure, granulom/granulacije i gusti endolaringealni mukus.

Pseudosulkus vocalis jedan je od najčešćih nalaza kod laringofaringealnog refluksa. Ta promena nastaje kod edema ispod površine glasnica koji se širi od prednje do zadnje komisure. Najnovija klinička istraživanja pokazuju da je pozitivna vrednost sulkusa za laringofaringealni refluks vrlo visoka, 90%, a senzitivnost i specifičnost 70%, odnosno 77%.

Ventrikularna obliteracija takođe je čest nalaz u grkljanu uzrokovan laringofaringealnim refluksom. Laringealni ventrikl je prostor između prave i lažne glasnice. Kad obe strukture postanu edematozne, taj se prostor smanji ili potpuno nestane. To je važan nalaz u dijagnostici laringofaringealnog refluksa i delotvornom antirefluksnom terapijom se smanjuje.

Eritem/hiperemija je prisutna u manje od 50% bolesnika s refluksom i nije uobičajen dijagnostički znak laringofaringealnog refluksa.

Edem glasnica pojavljuje se u rasponu od blage izraženog oblika do kliničke slike izrazitog Reinkeova edema. On je važan zato što i sasvim blagi edem može imati dramatičan učinak na glas.

Difuzni laringealni edem može biti blagi, ali i toliko izražen da uzrokuje opstrukciju disajnih puteva.

Hipertrofija zadnje komisure takođe može biti blaga, ali i tako izrazita da uzrokuje znatnu obliteraciju disajnih puteva.

Granulomi/granulacije bilo gde u grkljanu smatraju se mogućim pozitivnim znakom laringofaringealnog refluksa. S obzirom da je etiologija laringealnih granuloma multifaktorijalna, uloga refluksa ovog tipa treba uvek biti suspektna. U velikom broju slučajeva antirefluksna terapija dovoljna je za izlecenje granuloma.

Gusti endolaringealni mukus je gust beli sekret na glasicama ili bilo gde drugde u larinksu takođe je pozitivan znak laringofaringealnog refluksa.

CILJ RADA

Cilj ove studije bio je da utvrdi povezanost i uticaj gastroezofagusne refluksne bolesti na pojavu, učestalost i dužinu trajanja zapaljenskih procesa i oštećenje sluzokože larinksa.

MATERIJAL I METODE

Studijom je obuhvaćeno 120 ispitanika, u periodu jun- decembar 2011. godine sa dispeptičkim tegobama, a kod kojih je na osnovu anamnestičkih podataka postojao i neki od simptoma oboljenja gornjih disajnih puteva.

Svi pacijenti su obrađeni anamnestički, laboratorijski i kod svih je obrađena indirektna hipofaringo i laringoskopija u kabinetu za ORL, Dom Zdravlja Gračanica.

Podaci i nalazi o odrađenoj gastrokopiji dobijeni su na osnovu povratnih specijalističkih izveštaja gastroenterologa.

REZULTATI

Studijom je obuhvaćeno 120 ispitanika, u periodu jun- decembar 2011. god. sa dispeptičkim tegobama, a kod kojih je na osnovu anamnestičkih podataka postojao i neki od simptoma oboljenja gornjih disajnih puteva.

Zastupljenost ispitanika u odnosu na pol iznosio je 62 (51,66%) ispitanika muškog pola i 58(48,33%) ženskog pola

Grafikon 1. Polna struktura ispitanika

Prosečna starosna dob ispitanika iznosila je 54 godine (najmlađi ispitanik je imao 24, a najstariji 81 godinu).

Analizom njihovih navika i simptoma u odnosu na pol nisu zapažene bitne razlike.

Pregledom i na osnovu anamnestičkih podataka kod više od polovine ispitanika ustanovljeno je prisustvo laringitisa uz postojanje jednog ili više simptoma koji ukazuju na dispeptičke tegobe (Tabela 1).

Od ukupnog broja ispitanika (120) u 82 (68,33%) ispitanika bila je zabeležena pojačana salivacija kao jedan od vodećih simptoma u osoba sa gastroezofagusnom refleksnom bolešću, a od tog broja ispitanika u 61 (74,39%) ispitanika bio je prisutan i laringitis. Takođe je u 68 (56,66%) slučajeva gde je kašalj bio dominantan simptom pored ostalih, laringitis je bio prisutan u 26 (38,23%) ispitanika. Kod ukupnog broja pacijenata sa globus senzacijama 70 (58,33%), laringitis je bio prisutan u 38 (54,28%) ispitanika. Pušenje kao jedna od zastupljenijih loših navika ispitanika bilo je zastupljeno sa 65,83% od ukupnog broja, odnosno 79 ispitanika bili su aktivni pušači. Prisustvo tj procenat ispitanika sa hroničnim laringitisom u ovoj grupaciji iznosio je 69,62% (55) ispitanika.

Na osnovu povratnih izveštaja nakon odrađene gastrokopije od strane gastroenterologa i otorinolaringoloških pregleda odrađenih u našoj ustanovi (indirektna hipofaringo i laringoskopija) došlo se do rezultata koji ukazuje da je kod 62 (51,66%) ispitanika od ukupnog broja 120 (100%) dijagnostifikovana gastroezofagusna refluksna bolest (GERD), a da je od tog broja, kod 43 (69,35%) ispitanika bio dijagnostifikovan i laringitis.

Naime, kod dosta velikog broja pacijenata iz anamnestičkih podataka uočava se i podatak da je laringitis, odnosno simptomi u vidu promuklosti, dugotrajnog kašlja, stezanja u grlu, gubitka daha, osećaja prisutnosti stranog tela u grlu itd bili prisutni i izraženi mnogo ranije ili su bili jedini simptomi koji su ih naterali da se obrate lekaru.

Nakon tromesečnog praćenja pacijenata posle uvođenja terapije (lekovi iz grupe H2 blokatora, inhibitora protonске pumpe i antacida) i ponovljenih pretraga i pregleda, od ukupnog broja ispitanika kod kojih je u ranijim nalazima bila dijagnostifikovana gastroezofagealna refluksna bolest u kombinaciji sa laringitisom (43), kod 28 (65,11%) ispitanika (od ukupno tretiranih), došlo je do poboljšanja nalaza u smislu odsustva promuklosti, crvenila i otoka sluzokože larinksa i glasnica.

DISKUSIJA

Refluks ili vraćanje želudačnog sadržaja iz želuca u jednjak može dostići nivo gornjeg ezofagealnog sfinktera.

Sve dok je tonus sfinktera očuvan sadržaj ostaje na nivou jednjaka. Ukoliko tonus gornjeg ezofagealnog sfinktera popusti, želudačni sadržaj dostiže viši nivo odnosno dolazi u kontakt sa sluzokožom ždrela (pharynx et hypopharynx) i grkljana (larynx).

Za razliku od ezofagusa koga oblaže pločasto slojevit epitel, larynx je obložen pseudoslojevitim jednorodnim epitelom. Zbog toga je sluzokoža larinksa mnogo osetljivija na čak i malu količinu kiseline i lakše dolazi do oštećenja.

Kontakt sluzokože larinksa sa želudačnim sadržajem (kiselinom) jednom ili dva puta nedeljno može prouzrokovati ozbiljno zapaljenje i oštećenje iste.

Zbog različite građe, pre svega debljine sluzokože koja oblaže zidove organa, kao i njene osetljivosti, izlaganje larinksa i jednjaka istoj količini kiseline, neće dovesti do oštećenja istog stepena, i u istom vremenskom intervalu, naime, doći će do ozbiljnijih oštećenja larinksa jer želudačni sadržaj sa svojim erozivnim dejstvom, može dopreti do dubljih slojeva larinksa i u kraćem vremenskom periodu, i time izazvati zapaljenje i ozbiljna oštećenja sluzokože (REFLUX LARINGITIS).

Laringitis sa svim svojim simptomima može javiti pre bilo kog simptoma koji bi ukazao na postojanje dispeptičkih tegoba a samim tim i postojanje gastroezofagelane refluksne bolesti, upravo iz razloga ranije navedenih (građe i osetljivosti sluzokože larinksa i

Tabela 1. Korelacija laringitisa i određenih simptoma i navika kod ispitanika

Pacijenti	Pojačana salivacija			Kašalj			Globus senzacije			Pušenje		
	da	ne	ukupno	da	ne	ukupno	da	ne	ukupno	da	ne	ukupno
Sa laringitisom	61	22	83	26	28	54	38	27	65	55	19	74
Bez laringitisa	21	16	37	42	24	66	32	23	55	24	22	46
Ukupno	82	38	120	68	52	120	70	50	120	79	41	120

jednjaka), laringitis prouzrokovan na ovaj način može predstavljati jedan od najranijih simptoma gastroezofagealne refluksne bolesti.

Postoje mnogi simptomi koji ukazuju na postojanje laringealnog ili faringolaringealnog refluksa, osoba može osećati jedan ili više simptoma istovremeno.

Simptomi koji mogu ukazati na moguće postojanje laringofaringealnog refluksa jesu : hronično zapaljenje grla, hronični kašalj, osećaj pečenja u grlu, osećaj otoka u grlu, osećaj otežanog gutanja, osećaj vraćanja progutane hrane, gorušica (naročito nakon buđenja), gorak osećaj u ustima, loš zadah, osećaj stezanja u grudima (gubitak daha), učestali osećaj žeđi, suvoća usta i grla itd.

Postavljanje dijagnoze laringofaringealnog refluksa zasniva se na kombinaciji kliničke slike (prisustvo simptoma) i fizičkog pregleda (nalazom određenih promena na sluzokoži organa) najčešće indirektnom fipofaringo i laringoskopijom ili direktnom vizuelizacijom larinksa fiber optičkom sondom, kao i ostalim metodama kao što su ezofagoskopija, 24-časovni PH test, kontrastno snimanje barijumom itd.

Slika 1. Zastupljenost laringitisa u osoba kod kojih je dijagnostifikovana gastroezofagealna refluksna bolest

Zbog položaja jednjaka koji leži iza aritenoidnih hrskavica i samim tim gradi zadnji zid larinksa ovi delovi su najčešće zahvaćeni (oštećeni) refluksom (Slika 3. i 4.).

U tim partijama, uočavaju se znaci kontaktne iritacije i zapaljenja što se manifestuje prisustvom crvenila (eritema), otoka (edema) aritenoida, interaritenoidnog predela kao i postkrikoidnog regiona. U ozbiljnijim slučajevima sadržaj može dospeti dublje u larinks i prouzrokovati crvenilo i otok glasnih žica, kao i deo larinksa iznad njih (supraglotis) (Slika 4.) a takođe može biti zahvaćen i deo larinksa ispod glasnih žica odnosno (subglotis).

Slika 2. Izgled normalne sluzokože larinksa

Dok je 50 refluksnih epizoda dnevno fizioloski za gastroezofagealni refluks, manje od tri nedeljno mogu uzrokovati znatne laringealne lezije u laringofaringealnom refluksu. Slicno je i s izloženoscju delovanja kiseline i pepsina na sluznicu zdrela. Procenjuje se da je laringealna sluznica 100 puta osetljivija na pepticku ozledu od sluznice jednjaka.

Jednjak ima protektivne mehanizme koji sprecavaju ostecenje sluznice, kao sto su bikarbonatna produkcija, otpornost sluzokoze, peristaltika, a zdrelo i grkljan to nemaju. Aktivirani pepsin uzrokuje vece lezije od zeludacne kiseline, ali određena kolicina kiseline mora biti znacajna kako bi se pepsin aktivirao. Ostecenje celija sluznice zdrela i grkljana događa se pri vrednosti oko pH 5,0, a buduci da je sluznica jednjaka otpornija, ostecenja se događaju kad je pH 4,0 i manje.

Slika 3. Izražen polipoidni edem glasnica

Slika 4. Difuzno zapaljenje sluzokože larinksa uključujući predeo supraglotisa i glasnica

Dugotrajno i učestalo izlaganje sluzokože larinksa erozivnom dejstvu želudačnog sadržaja vremenom dovodi do ireverzibilnih promena na sluzokoži, glasnim žicama u vidu edema, hiperkeratoze, polipa, cisti, ožiljaka, granuloma, ulceracija, a sve te promene mogu predstavljati prekursore u pojavi maligniteta.

Terapija laringofaringealnog refluksa

Cilj je antirefluksne terapije dvojak: prekinuti upalni proces sluzokoze zdrela i grkljana inhibirajući zeludacnu kiselinu i obnoviti normalnu antirefluksnu odbranu, ako je moguće.

Terapija obicno mora biti agresivna i duga. Premda mnogi klinicari misle da je terapija od nekoliko nedelja

dovoljna, zbog izrazite osetljivosti sluzokoze larinksa to nije slučaj. Lek izbora u terapiji laringofaringealnog refluksa je inhibitor protonске pumpe (IPP).

Taj lek direktno deluje na H⁺-K-ATPazu, koja je ključni enzim u konačnoj fazi mehanizma stvaranja kiseline. Lek deluje tako što smanjuje izloženost tkiva kiselinu, što dovodi do oštećenja i smanjuje aktivnost pepsina, koji zahteva određeni aciditet (pH), za svoju aktivaciju. Postoje istraživanja koja upućuju na to da IPP pojačava i tonus sfinktera, što dodatno pridonosi smanjenju refluksa.

Klinička istraživanja potvrđuju da je IPP superiorniji od H₂-blokatora.

Budući da je osetljivost sluzokoze zdrijela i grkljana na pepsin i želučanu kiselinu izrazita, potrebno je davati terapiju koja deluje 24 sata. Stoga jednodnevno davanje IPP lekova nije dovoljno.

Istraživanja su pokazala da prosečna jutarnja doza IPP-a traje 13,8 sati, a večernja doza 7,5 sati. Za razliku od simptoma gastroezofagealnog refluksa, simptomi laringofaringealnog se ne resavaju brzo. Studije pokazuju da manje od polovine bolesnika sa laringofaringealnim refluksom nakon terapije IPP-om ima potpuno izlecenje nakon četvoromesečne terapije. Zato se prema uputstvu Američke akademije za otorinolaringologiju i hirurgiju glave i vrata predlaže inicijalna terapija lekovima IPP 2 x 1 ili u životno ugrožavajućih oblika laringofaringealnog refluksa 3-4 x 1 u trajanju od najmanje šest meseci. Kad nastane poboljšanje, terapija se postupno smanjuje, a potom se potpuno prekida.

ZAKLJUČAK

Rezultati ove studije ukazuju na značajnu korelaciju između gastroezofagealne refluksne bolesti, laringofaringealnog i laringealnog refluksa i hroničnog laringitisa, kao i na povoljan uticaj i dejstvo antacidne terapije u lečenju laringitisa prouzrokovanog napred navedenim mehanizmom.

LITERATURA

1. Koufman JA. Laryngopharyngeal reflux 2002: A new paradigm of airway disease. ENT Ear Nose Throat J 2004; (suppl.):article 1 0209.
2. Cohen JT, Bach KK, Postma GN, Koufman JA. Clinical manifestations of laryngopharyngeal reflux. ENT Ear Nose Throat J 2004; (suppl.):article 5 0209.
3. Belafsky PC, Postma GN, Amin MR, Koufman JA. Symptoms and findings of laryngopharyngeal reflux. ENT Ear Nose Throat J 2004; (suppl.):article 3 0209.
4. Koufman JA. Laryngopharyngeal reflux is different from classic gastroesophageal reflux disease. ENT Ear Nose Throat J 2004; (suppl.):article 2 0209.
5. Koufman JA, Amin MR, Panetti M. Prevalence of reflux in 113 consecutive patients with laryngeal and voice disorders. Otolaryngol Head Neck Surg 2000; 123:385-8.
6. Bain WM, Harrington JW, Thomas LE, Schaefer SD. Head and neck manifestations of gastroesophageal reflux. Laryngoscope 1983; 93:175-9.
7. 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(Suppl 53):1-78.
8. Field SK, Underwood M, Brant R, Cowie RL. Prevalence of gastroesophageal reflux symptoms in asthma. Chest 1996; 109:316-22.
9. Knight J., Lively MO, Johnston N., Dettmar PW et al. Sensitive Pepsin Immunoassay for detection of laryngopharyngeal reflux
10. Zdrav Vestn 2007; 76: 27-32 Maja Šereg-Bahar¹, Rado Janša², Irena Hočevar- Boltežar I. Voice disorders and gastroesophageal reflux
11. Colombo G. Trends Med 2005; 5(3): 219-226
12. Gastroesophageal reflux disease review - Kahrilas PJ, JAMA 1996; 276; 983-7
13. Ford CN. Evaluation and management of laryngopharyngeal reflux
14. Tauber S, Gross M, Issing WJ. Association of laryngopharyngeal symptoms with gastroesophageal reflux disease
15. Tasker A, Dettmar PW, Panetti M, Kaufman JA et al. Is gastric reflux a cause of otitis media with effusion in children?
16. DelGaudio JM. Direct nasopharyngeal reflux of gastric acid is a contributing factor in refractory rhinosinusitis.

CHRONIC LARYNGITIS AS A RESULT OF GASTRO ESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

Trajković R.¹, Trajković B.², Todorović D.², Đokić N.², Inić Kostić B.²¹ Medical faculty University of Pristina, Serbia² Health center Gracanica, Serbia

SUMMARY

Reflux of gastric contents to the level of the pharynx and larynx is called laryngopharyngeal reflux, which can exist as such or laryngeal and pharyngeal reflux as separate entities, and in such form may lead to other diseases such as rhinitis, sinusitis, otitis media, and precancerous cancerous condition. To determine the relationship and impact of gastroesophageal reflux disease on the occurrence, frequency and duration of inflammatory processes and mucosal damage to the larynx. All patients were obtained anamnestically, lab test done in all patients, indirect hipofaringo and laryngoscopy was performed in all patients. Based on the feedback reports gastroenterologists, we obtained data of gastroscopy. Results: 120 subjects were processed with dyspeptic symptoms. Based on history, all patients had some symptoms of upper respiratory tract disease. 62 (51.66%) male respondents and 58 (48.33%) females. The average age of 54 years. In 82 (68.33%) patients was increased salivation (one of the leading symptoms), of that number in 61 (74.39%) participants laryngitis was present. In 68 (56.66%) cases where the predominant symptom was cough, laryngitis was present in 26 (38.23%). In 70 (58.33%) of patients with globus sensation, laryngitis was present in 38 (54.28%) patients. Smoking has been represented with 65.83% (70) respondents, the percentage of patients with chronic laryngitis in this group was 69.62% (55) respondents. Been held after gastroscopy and otorinolaryngological examination in 62 (51.66%) patients were diagnosed gastroesophageal reflux disease (GERD), of which, in 43 (69.35%) patients laryngitis was present. After a three-month follow-up of patients with therapy (H2 blockers, proton pump inhibitors and antacids) 28 (65.11%) subjects (total treated), showed an improvement. The results of this study indicate a significant correlation between gastroesophageal reflux disease and chronic laryngitis, as well as the favorable impact and effect of antacid therapy in the treatment of laryngitis.

Keywords: laryngitis, reflux, dyspepsia