

Gastroözofageal Reflü Hastalığında Beslenmeye Güncel Bakış

Nilgün SEREMET KÜRKLÜ¹, Gülşah KANER²

T.C Sağlık Bakanlığı İğdır Devlet Hastanesi, ¹Beslenme ve Diyetetik Bölümü, İğdır

Nuh Naci Yazgan Üniversitesi, ²Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Kayseri

GİRİŞ

Yapılan araştırmalarda obezite ve abdominal yağlanmaya bağlı artan bel çevresinin abdominal basınç artışına ve alt özofageal sfinkterin gevşemesine neden olarak gastroözofageal reflü hastalığı (GÖRH) oluşumunda etkili olduğu, obezite ile birlikte pirozis, asit regürjitasyonu gibi GÖRH semptomlarının ve özofajit gibi GÖRH komplikasyonlarının görülme sıklığının arttığı belirtilmiştir (1). Diyetle alınan toplam yağ, doymuş yağ asidi, kolesterol gibi besin öğelerinin; karbonatlı içecek, kafein, çikolata, nane, soğan gibi bazı besinlerin ve hızlı yemek yeme, öğün atlama gibi beslenme alışkanlıklarının GÖRH oluşumunda ve tedavisinde etkili olduğu yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (2).

BESLENME

Enerji ve Karbonhidrat

Obezite; GÖRH, Barrett özofagus ve özofagus kanseri gibi özofagus hastalıkları için önemli bir risk etmenidir. Obezite ve özofagus kanseri arasındaki ilişki, obezite ve diğer kanser türleri arasındaki ilişkiden daha kuvvetlidir. Obezitenin göstergesi olarak kullanılan kitle indeksi (BKİ)den daha çok bel çevresi genişliği ve abdominal yağlanma GÖRH ile ilişkilendirilmiştir (3). Ağırlık kaybı, abdominal basıncı azaltarak GÖRH semptomlarında iyileşme sağlayabilmektedir. Bunların yanı sıra BKİ ve özofagus kanseri arasındaki ilişkiyi gösteren araştırmalarda da GÖRH hastalarında vücut ağırlığındaki azalma

ile kanser riskinin azalabileceği gösterilmiştir. Bu nedenle gastroözofageal reflü (GÖR) hastalarının diyet enerjisi azaltılarak bireylerin ideal vücut ağırlıklarına ulaşmaları önerilmektedir (4). Karbonhidrat alımı ve GÖRH arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmada, obez ve GÖRH olan bireylerde düşük karbonhidratlı diyetin (20 g/gün) özofagusun asite maruz kalmasını ve GÖRH semptomlarını azalttığı gösterilmiştir (5). Bir başka araştırmada ise toplam karbonhidrat alımı ile özofageal adenokarsinom arasında ters bir ilişkinin olduğu belirtilmiştir (6).

Protein

GÖRH ve protein ilişkisini gösteren az sayıda çalışma bulunmaktadır. Protein alt özofageal sfinkter (AÖS) basıncını artırmaktadır. Bu konu ile ilgili yapılan bir araştırmada, protein içeriği yüksek besinlerin yağ içeriği yüksek besinlere göre AÖS basıncını daha çok arttırdığı gösterilmiştir (6). Bu nedenle GÖR hastalarında diyetin protein içeriğinin artırılması önerilmektedir (7).

Yağ

Diyetin yağ oranının yüksek olması, AÖS basıncını azaltmakta, gastrik boşalmayı geciktirerek özofagusun asite maruz kalma süresini ve pirozis gibi reflü semptomlarının sıklığını arttırmaktadır. Diyet yağı ve GÖRH arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan araştırmalarda yağ içeriği yüksek öğün sonrası,

postprandiyal reflü sıklığının arttığı belirtilmektedir (8). GÖR hastalarının besin tüketimlerinin incelendiği başka bir araştırmada da reflü hastalarının diyetlerinin toplam yağ, doymuş yağ asidi (DYA) ve kolesterol içeriklerinin yüksek olduğu, bu yüksekliğin ise reflü sıklığının artışı ile önemli derecede ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır (9). Bu nedenle GÖR hastalarında diyet yağ oranlarının azaltılması ve yağ içeriği yüksek besinlerden kaçınılması önerilmektedir.

Posa

Diyet posasının özofageal adenokarsinom ve Barrett özofagus risklerini azaltıcı bir çok biyolojik mekanizması bulunmaktadır. Posa içeriği yüksek besinlerde bulunan fitik asit, apoptozisin artmasına ve hücre proliferasyonunun azalmasına yol açarak kanser hücrelerin büyüme hızlarını inhibe etmektedir (10). Yüksek posa alımı inflamasyon markerlarının (IL-6 vb.) plazma konsantrasyonlarının düşük seyretmesine neden olmaktadır (11). Ayrıca posa alımının artması özofagus ta hasar gören hücrelerin ve/veya karsinojenlerin özofagus epitelinde uzaklaştırılmasında rol oynamaktadır (12). Diyet posası alımı ve GÖRH'nin komplikasyonu olan özofageal adenokarsinom arasında ters ilişki bulunduğu yapılan birçok araştırma ile gösterilmiştir (13). Posa alımı ve reflü özofajit ilişkisini inceleyen bir araştırmada, reflü özofajiti olan bireylerin posa alımları anlamlı derecede düşük bulunmuştur (14).

Reflüjenik Besinler

GÖRH'nda semptomların sıklığının postprandiyal dönemde artmasından yola çıkarak, bazı besinlerin reflü semptomlarını daha da kötüleştirdiği ve GÖR hastasının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği yapılan araştırmalarda belirtilmiştir. Reflüyü tetikleyen bu besinler "reflüjenik besinler" olarak adlandırılmaktadır (15). Yapılan deneysel ve klinik araştırmalarda kızarmış besinlerin, çikolatanın ve sodanın AÖS basıncını azalttığı ve özofagusun aside maruz kalma süresini arttırdığı rapor edilmiştir. Bu besinlerin AÖS basıncını ve özofagus pH'nını etkilediğine dair çok az sayıda ve geçmiş dönemlere ait çalışmalar bulunmaktadır. Bu araştırmalarda çikolatanın AÖS basıncını azalttığı ve özofagusun aside maruz kalma süresini uzattığı belirtilmektedir (16). Yağ içeriği yüksek olan besinlerin pirozis ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (17). Aynı zamanda şekerleme gibi tatlıların da yüksek yağ içerikleri nedeniyle GÖRH ile ilişkili olabileceği belirtilmektedir. AÖS basıncını azaltan bu besinleri GÖR hastalarının tüketmemesi önerilmektedir (4,7).

Nane, en önemli bileşenlerinden olan mentol nedeniyle AÖS basıncını azaltarak GÖRH'na neden olan besinler arasındadır (18). Toplum bazlı yapılan çalışmalarda nane GÖRH'nin en önemli bulgusu olan pirozisi arttırdığı rapor edilmiştir (14).

Karbonatlı içecekler AÖS basıncını azaltarak, alt özofageal sfinkterin uygun olmayan geçici gevşeme sıklığını arttırmaktadır (14). Hamoi ve ark. (19) karbonatlı içecekler ve AÖS basıncı ilişkisini incelemek için yaptıkları çalışmada, karbonatlı içecek tüketenlerde AÖS basıncının azaldığını rapor etmiştir. Yapılan bu çalışmada karbonatın fundusta meydana getirdiği distansiyonun AÖS basıncını azaltmakta etkili olabileceği sonucuna varılmıştır.

Kahve ve GÖRH arasındaki ilişkide tartışmalı sonuçlar bulunmaktadır. Geçmiş yıllara ait çalışmalarda kahve tüketiminden sonra AÖS basıncının azaldığı, GÖRH'nin arttığı rapor edilirken, NHANES çalışmasında kahve tüketimi ve GÖRH arasında ilişki olmadığı belirtilmiştir (20).

Asitli meyveler (portakal, greyfurt vb.) ve suları, baharatlar, soğan, sarımsak özofagus mukozasını tahriş ederek pirozisin artmasına neden olmaktadır (6,7). Toplum bazlı yapılan çalışmalarda asitli meyvelerin ve baharatların pirozis ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır (17).

Diyetle alınan nitrit asit, ortamda nitrik oksit (NO) oluşturmaktadır. NO'in yüksek konsantrasyonları özofagus mukozasındaki kasların ve AÖS'in fonksiyonunu etkileyebilmektedir (6).

Diyetle fazla miktarda tuz (sodyum klorür) alınması özofagus mukozasının aside direncini azaltarak özofajit gelişimini hızlandırmakta ve reflü semptomlarının şiddetini arttırmaktadır. Norveç'te yapılan bir çalışmada, reflü semptomları ve GÖRH ile tuzlu balık ve tuzlu et tüketiminin önemli derecede ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır (21).

Alkol kullanımının da AÖS basıncını azalttığı, mide asid salgısını arttırdığı ve mide boşalmasını geciktirdiği belirlendiğinden, GÖR hastalarının alkol tüketmemesi önerilmektedir (7).

Beslenme Alışkanlıkları

Gastroözofageal reflü hastalarında yemek sonrası reflü sıklıkla görülmektedir. Fazla miktarda, büyük hacimli ya da hiperosmolar gıda alımı gastrik distasyona yol açmaktadır. Postprandiyal kaynaklı gastrik distasyon AÖS'in geçici gev-

şeme sıklığını arttırarak GÖRH oluşumuna neden olabilmektedir (22). Geç saatlerde yemek yemek postprandiyal reflü ile ilişkilidir. Geç saatlere yemek yeme sonrasında mide pH'ı azalmakta ve gastrik asidite artmaktadır. Hızlı yemek yeme obezite oluşumunu kolaylaştırıcı bir faktördür (23). Obezite de GÖRH oluşumunda önemli bir etken olduğundan, GÖRH ile hızlı yemek yeme arasında pozitif bir ilişki olabileceği belirtilmektedir (24).

Bu nedenlerle GÖR hastalarının geç saatlerde yemek yemesi ve fazla miktarda yemek yemek yerine öğün sayısının arttırılarak öğünlerdeki yiyecek miktarının azaltılması önerilmektedir (17).

KAYNAKLAR

1. Nocon M, Labenz S, Jasperen D, et al. Association of body mass index with heartburn, regurgitation and esophagitis: Results of the progression of gastroesophageal reflux disease study. *J Gastroenterol Hepatol* 2007;22(11):1728-31.
2. Patrick L. Gastroesophageal reflux disease (GERD): A review of conventional and alternative treatments. *Altern Med Rev* 2011;16:116-33.
3. Lagergren J. Influence of obesity on the risk of esophageal disorders. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2011;8:340-7.
4. Devault KR, Castell DO. Updated guidelines for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol* 2005;100:190-200.
5. Austin GL, Thiny MT, Westman EC, Yancy WS, Shaheen JS. A very low-carbohydrate diet improves gastroesophageal reflux and its symptoms. *Dig Dis Sci* 2006;51:1307-12.
6. Benamouzig R, Airinei G. Diet and reflux. *J Clin Gastroenterol* 2007;41:64-71.
7. Baysal A, Aksoy M, Bozkurt N ve ark. *Diyet el Kitabı*, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara 2010.
8. Fox M, Barr C, Nolan S, et al. The effects of dietary fat and calorie density on esophageal acid exposure and reflux symptoms. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007;5:439-44.
9. Shapiro M, Green C, Bautista JM, et al. Assessment of dietary nutrients that influence perception of intra-oesophageal acid reflux events in patients with gastro-oesophageal reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2007;25:93-101.
10. McFadden DW, Riggs DR, Jackson BJ, Cunningham C. Corn derived carbohydrate inositol hexaphosphate inhibits Barrett's adenocarcinoma growth by pro-apoptotic mechanisms. *Oncol Rep* 2008;19:563-6.
11. Ma Y, Hebert JR, Li W. Association between dietary fiber and markers of systemic inflammation in the women's health initiative observational study. *Nutrition* 2008;24:941-9.
12. Slavin JL. Mechanisms for the impact of whole grain foods on cancer risk. *J Am Coll Nutr* 2000;19:300-7.
13. Wu AH, Tseng CC, Hankin L, Bernstein L. Fiber intake and risk of adenocarcinomas of the esophagus and stomach. *Cancer Causes Control* 2007;18:713-22.
14. Mulholland HG, Cantwell MM, Anderson LA, et al. Glycemic index, carbohydrate and fiber intakes and risk of reflux esophagitis, Barrett's esophagus, and esophageal adenocarcinoma. *Cancer Causes Control* 2009;20:279-88.
15. Festi D, Scaioli E, Baldi F, et al. Body weight, lifestyle, dietary habits and gastroesophageal reflux disease. *World J Gastroenterol* 2009;15:1690-701.
16. Murphy DW, Castell DO. Chocolate and heartburn: evidence of increased esophageal acid exposure after chocolate ingestion. *Am J Gastroenterol* 1988;83:633-6.
17. Bolin TD, Korman MG, Hansky J. Heartburn: community perceptions. *J Gastroenterol Hepatol* 2000;15:35-9.
18. Charrois T, Hruddy J, Gardiner P, Vahro S. Peppermint Oil. *Pediatr Rev* 2006;27:49-51.
19. Hamoui N, Lord RV, Hagen JA. Response of the lower esophageal sphincter to gastric distention by carbonated beverages. *J Gastrointest Surg* 2006;10:870-7.
20. Ruhl CE, Everhart JE. Overweight, but not high dietary fat intake, increases risk of gastroesophageal reflux disease hospitalization: the NHANES I Epidemiologic follow-up study. *First National Health and Nutrition Examination Survey. Ann Epidemiol* 1999;9:424-35.
21. Nilsson M, Johnsen R, Ye W, et al. Lifestyle related risk factors in the aetiology of gastroesophageal reflux. *Gut* 2004;53:1730-5.
22. Orenstein S, Peters J, Khan S, et al. Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, et al. *Nelson textbook of Pediatrics*, Philadelphia: Saunders, Elsevier 2007;1547-50.
23. Parlak A, Çetinbaş Ş. Çocuklarda obezite oluşumunu etkileyen faktörler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2007;2:24-35.
24. Friedenberg FK, Xanthopoulos M, Foster GD, Richter JE. The association between gastroesophageal reflux disease and obesity. *Am J Gastroenterol* 2008;103:2111-22.

SONUÇ

Yapılan literatür derlemesi sonucunda, beslenmenin gastroözofageal reflü hastalığında önemli bir rolünün olduğu belirlenmiştir. Mide asidinin uyarılmasını önlemek için; acı baharatlar, nane, karbonatlı içecekler, çikolata, fazla miktarda tuz, domates, turuncgiller, alkol, çok sıcak ve soğuk besinler tüketilmemelidir. Bununla birlikte, öğünler sık aralıklı olmalı, bir öğünde birden fazla yemek yenilmemelidir. Obezite, sıklıkla özofajitle birlikte olan bir faktördür. Obezite oluşmadan önlenmeli ve obezitenin önlenmesi yaşam sürecinde aktiviteleri kapsmalıdır.