

REFLUXNÍ CHOROBA JÍCNU

= chronické onemocnění způsobené nadměrným návratem žaludečního obsahu do jícnu nebo i výše
prevalence-6-20%

GASTROEZOPHAGEÁLNÍ REFLUX-zpětný tok žaludečního obsahu ze žaludku do jícnu

patologický-objektivizován pH metrií

erozivní refluxní nemoc jícnu = makroskopické známky zánětu v distální části jícnu-okrsky
zarudnutí poškozené sliznice, které mohou splývat do obrazu podélných lineárních ulcerací

NERD-non-erosive refluxe disease-60-80%-endoskopicky negativní refluxní nemoc jícnu:

makroskopicky je jícen normální, ale jsou přítomny opakované symptomy

REFLUXNÍ EZOFAGITIDA- projev refluxní choroby jícnu

REFRAKTERNÍ REFLUXNÍ CHOROBA JÍCNU- stav, kdy i přes maximální léčbu (PPI v plné dávce 2xD) přetrvávají refluxní symptomy nebo se objeví nové a selhává hojení ezofagitidy

etiopatogeneze:

nepoměr mezi agresivními faktory a obrannými mechanismy v jícnu

REFLUXÁT-HCl, pepsin, soli žlučových kyselin, pankreatické enzymy

PORUCHY MOTILITY

snížený tonus dolního jícnového svěrače

porušena samocistící schopnost jícnu

dysmotilita jícnu či žaludku

ZMĚNĚNÉ ANATOMICKÉ POMĚRY

mechanický defekt dolního jícnového svěrače

hiátová hernie > 50ml

krátká intraabdominální část jícnu

insuficience kardié

otupělý Hisův úhel

PORUCHA OBRANNÝCH MECHANISMŮ

nedostatečná lumenální očista

změněna tkáňová rezistence

ZEVNÍ FAKTORY

léky- ↓ tlak dolního jícnového svěrače (aminofyliny, blokátory Ca kanálů, nitráty)

potraviny

nápoje

kouření

pohybový fyzický režim- zvedání těžkých břemen, práce v předklonu

obezita

těhotenství- hormonální i mechanické vlivy

klinický obraz: velmi heterogenní

jícnové projevy:

typicky: PYRÓZA („pálení žáhy“)- pálení za hrudní kostí vyzařující z epigastria

směrem do krku

REGURGITACE ŠTĚV

atypicky: dysfagie- vazunutí sousta

odynofagie- bolest při polykání lokalizovaná za hrudní kosti

bolest na hrudi, říhání, zachvatovitě slinění, nauzea až zvracení, bolesti v

epigastriu, dyskomfort, pocit chronického dráždění v krku (globus)

mimojícnové: chronický kašel, laryngitida, recidivující infekce horních cest dýchacích, AB, zvýšená kazivost zubů, bolesti v krku, začlenění, poruchy spánku, syndrom obstrukční spánkové apnoe

diagnostika:

ANAMNÉZA

nemocný mladší 45 let, epizodické obtíže bez chronického charakteru, bez alarmujících příznaků není nutné invazivní vyšetření

terapeutický test- po několika týdnech (4-8) podávání PPI dojde k významnému omezení typických refluxních potíží, u mimojícnových projevů bývá odpověď opožděná až do 2 měsíců

většinou typické refluxní symptomy a endoskopické vyšetření

nález na sliznicích- refluxní ezofagitida, peptická stenóza

24 hodinová pH metrie – při negativním makroskopickém nálezu při potřebě vysvětlení kubických obtíží, má své limity, zaznamenává výskyt refluxních epizod-reflux definován na podkladě poklesu pH v jícnu <4 ve více než 50 epizodách za 24 hodin či trvá déle jak hodinu za 24 hodin

24 hodinová multikanálová impedance a pH metrie – přesnější, dokáže verifikovat i nekyselý reflux (pH >7) u mimojíciových komplikací
jíciová manometrie-hodnocení mobility jícnu před antirefluxní operací

komplikace:

vznik vředu
striktury a stenózy jícnu
krvácení do GIT – zřídka
aspirace žaludečního obsahu ve spánku

Barettův jícen- prekanceróza

náhrada (metaplasie) dlaždicového epitelu sliznice jícnu epitelem cylindrickým, který má intestinalní charakter

vznik: dlouhotrvající patologický gastroesofageální reflux

RF: starší muži, kuřáci, s mnohaletými refluxními potížemi

endoskopický screening by měl být zvažován u osob starších 50 let s letitou anamnezou refluxních obtíží (obézní muži, kuřáci)

pacienti mají být systematicky sledováni:

pacienti bez dysplazie: endoskopické kontroly po 2 – 5 letech

s dysplazií nízkého stupně: v 1. roce po 6 měsících

IF nedojde k progresi: 1x do roka

s dysplazií vysokého stupně – 2 typy řešení:

intenzivní endoskopické kontroly po 3 měsících

resekce jícnu

léčba

farmakologická léčba: potlačení sekrece HCl inhibitory protonové pumpy

ablační léčba: sejmutí metaplastického epitelu laserem, elektrokoagulací, ...

chirurgická léčba

adenokarcinom

léčba- režimová a dietní opatření

režimová

důležité zachování intervalu mezi posledním jídlem a ulehnutím či prací
v předklonu – alespoň 3 hodiny i více, vyvarovat se větší námahy a cvičení vedoucího ke zvýšení nitrobrisního tlaku po jídle

redukce hmotnosti u obézních

omezení kouření

elevace hlavové části lůžka k prevenci nočních potíží, neusínat na pravém

boku

dietní-jíst 5 – 6x denně v menších porcích

rizikové potraviny-čokoláda, máta, cibule, česnek, alkohol, zejména víno,

sycené nápoje, kofein, kynuté pečivo, více sladké a čerstvé

medikamentózní terapie- potlačení tvorby žaludeční kyseliny

krátkodobá- akutní 8-12 týdnů

dlouhodobá- udržovací

kontinuální

při potížích

inhibitory protonové pumpy

optimum: ráno, na lačno, před prvním jídlem (30-60 minut)

iniciální dávka 1x denně ráno po dobu minimálně 4-8 týdnů

při přetrvávajícím symptomech či závažné ezofagitidy může být zdvojnásobena

u mimojíciových projevech začít ihned s dvojnásobnou dávkou a efekt hodnotit

nejdříve za 2-3 měsíce

dlouhodobá léčba může být asociována se zvýšeným rizikem střevních infekcí

s omezením vstřebávání některých látek ze

stravy (Fe, Mg, Ca, vitamin B12)

s trofickými změnami žaludeční sliznice

antacida- krátkodobá symptomatická úleva bez prevence recidiv

antagonisté H₂ receptorů

prokinetika = léky stimulující motilitu GIT progradním směrem

itoprid- může mít přídavný efekt k PPI u pacientů se zpomalenou evakuací žaludku

chirurgická léčba

klasická či laparoskopická antirefluxní

I: nemocní s nedostatečným efektem farmakoterapie, přetrvávající regurgitace a extraesofageální příznaky, Barrettův jícn nově zjištěný
nejčastěji: Nissen – Rosetiho fundoplikace

další ezofagitidy

Dělení dle etiologie	Infekční
	neinfekční
Dle mechanismu vzniku	refluxní
Dle působení chemických látek	korozivní

korozivní ezofagitida:

vznik: poleptání sliznice jícnu, po požití kyselin či louhů

časné období: riziko perforace a mediastinitida

pozdní období: těžké stenózy jícnu

sliznice jícnu může být poškozena i lokálním působením léků – tetracykliny, klindamycin, preparáty s Fe, K, bifosfonáty ... zejména v případech nedostatečného zapití tekutinou

léčba: propláchnout jícn pomocí sondy – odsátí tekutiny

nevyvolávat zvracení – riziko aspirace

kortikoidy – brání vzniku otoku

ATB

analgetika

IF výrazná dušnost a nedostatečný ústup otoku –mechanická ventilace

velký rozsah poškození –parenterální výživa

POLÉKOVÁ EZOFAGITIDA

hlavně ASA

tetracykliny, klindamycin, preparáty s Fe, K, bifosfonáty

užití vleze, nedostatečné zapití kapsle

EOZINOFILNÍ EZOFAGITIDA

EROZIVNÍ EZOFAGITIDA

INFEKČNÍ- u poruch imunity

mykotické- Candida albicans

virové- CMV, herpes