

Nádory jícnu

BENIGNÍ

nejčastější: leiomyom, fibrom, lipom

klinický obraz: většinou asymptomatický

diagnostika: směřuje k vyloučení maligního nálezu

1 místo: endoskopie s biopsií

endosonografie u leiomyomů

léčba: endoskopické odstranění, při větších rozměrech – chirurgická excize.

MALIGNÍ

karcinom jícnu

vyšší výskyt u mužů, 3x

značně regionální rozdíly - maximum Čína, Japonsko, Jižní Amerika

nádor indukovaný chronickou expozicí dráždivými látkami- silné koření, horkými

napoji, koncentrovaným alkoholem, kouření

prekanceroza- achalazie jícnu, chronická refluxní esofagitida, Barretův jícen,

striktury jícnu po poleptání

projevy

dysfagie- zpočátku pro tuhou stravu, narozdíl od achalázie, kde je porušena

pasáž tekutin a tuhá strava prochází

odynofagie

hubnutí až nádorová kachxie- omezení příjmu potravy, porucha

metabolismu s převahou katabolických dějů

diagnostika

endoskopie s biopsií (90% dladicobunecny karcinom, 10% adenokarcinom

na podkladě Barretova jícnu)

rentgen s kontrastem- pokud nelze endoskopie

CT hrudníku a mediastina- rozsah laterálního šíření nádoru, metastatické

postižení uzlin

SONO či CT břicha k vyloučení metastaz do jater

léčba- chirurgická-I a II stadium- kompletní resekce jícnu a jeho náhrada žaludkem

inoperabilní- zavedení stentu

PEG- Perkutánní Endoskopická Gastrostomie

I- dlouhodobé podávání enteralní výživy (>6-8 týdnů)

bolusový způsob podávání výživy

1.24 hodin od zavedení čaje

2.den 50 ml po 2 hodinách, pokud je dobře tolerováno

navyšujeme bolus o 50-100ml/denně, cíl 250-400 ml ve 2-3 hodinových intervalech, poslední denní dávka 2 hodiny před spaním

sondu proplachovat 30-50 ml čaje či převařené vody

CHT- nízká citlivost- cisplatina a 5- fluorouracyl

RT- nízká radiosenzitivita

velmi nepříznivá prognóza i přes častou indikaci

Benigni striktury

nutné vyloučit endoskopií maligní etiologii obtíží

preferováno nechirurgické řešení-metoda 1. volby je dilatace pod endoskopickou či skiaskopickou

kontrolou

etiologie

korozivní ezofagitida

kyseliny a těžké kovy- koagulační nekróza

zásady- kolikvační nekróza

chronická refluxní ezofagitida- nejčastěji

při *achalázii*

v místě pooperačních výkonů po anastomotických operacích

méně častěji infekční ezofagitidy, stavy po skleroterapii