Choroba refluksowa przełyku

Lawrence B. Cohen

Dr Henry D. Janowitz Division of Gastroenterology, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, NY, USA

KLUCZOWE ZAGADNIENIA

- Choroba refluksowa przełyku (*gastroesophageal reflux disease* – GERD) to jedna z głównych chorób przewodu pokarmowego i najczęstsza przyczyna konsultacji w przychodni gastroenterologicznej w USA – około 5 mln wizyt rocznie.
- Głównymi zaburzeniami biorącymi udział w patofizjologii GERD są: przejściowe rozluźnienia dolnego zwieracza przełyku, nieprawidłowa perystaltyka przełyku oraz zmniejszone napięcie dolnego zwieracza przełyku.
- Do typowych objawów GERD należą zgaga i zarzucanie. Ból w klatce piersiowej, problemy z przełykaniem i odbijanie, jak również kaszel, chrypka i „gałka" to inne z objawów.
- U pacjentów z typowymi objawami GERD rozpoznanie kliniczne oraz leczenie może być rozpoczęte bez wykonania badań dodatkowych. Wskazaniem do endoskopii z biopsją jest dysfagia lub GERD u osób nieodpowiadających na leczenie empiryczne (PPI 2 razy dziennie).

1. Wstęp

Definicja choroby

- Nie istnieje standaryzowana definicja GERD. Zgodnie z ostatnim międzynarodowym konsensusem (Konsensus z Montrealu) opracowano ogólną definicję choroby refluksowej, która okazała się użyteczna w praktyce klinicznej. Zdefiniowano GERD jako „schorzenie, w którym występuje zarzucanie treści żołądkowej, wywołujące dokuczliwe objawy i/lub powikłania". Termin „dokuczliwe" oznacza w sposób negatywny wpływające na dobrostan pacjenta.

Klasyfikacja choroby

- W ciągu ostatnich lat zaproponowano liczne podziały choroby. Klasyfikacja Montrealska została opracowana przez grupę ekspertów z 5 kontynentów i 18 krajów. Zaproponowano podział na zespoły przełykowe i pozaprzełykowe. Zespoły przełykowe dzielą się na objawowe i z uszkodzeniem przełyku. Zespoły objawowe składają się z typowego zespołu refluksowego i refluksowego bólu w klatce piersiowej. Zespoły z uszkodzeniem przełyku dzielą się na:
  - Zapalenie przełyku.
  - Zwężenie przełyku.
  - Przełyk Barretta.
  - Gruczolakorak przełyku.
- Zespoły pozaprzełykowe dzielą się na zespoły o ustalonym i możliwym związku. Zespoły o ustalonym związku są następujące:
  - Kaszel.
  - Zapalenie krtani.
  - Astma oskrzelowa.
  - Ubytki zębowe.
- Do zespołów o możliwym powiązaniu należą:
  - Zapalenie gardła.
  - Zapalenie zatok.
  - Idopatyczne zwłóknienie płuc.

- Nawracające zapalenie ucha środkowego.

Zapadalność/chorobowość

- GERD to częste schorzenie, którego chorobowość w Ameryce Północnej i Europie Wschodniej wynosi 40%, nieco mniejsza jest w Ameryce Południowej i w Azji.
- Ponad 50% pacjentów z objawowym GERD nie ma zmian w przełyku.

Wpływ ekonomiczny

- Roczny koszt leczenia farmakologicznego i przepisanych leków w GERD to odpowiednio 316 dolarów i 655 dolarów. Na tle innych chorób roczne leczenie GERD jest tańsze niż choroby wieńcowej, a droższe niż depresji (746 dolarów), nadciśnienia tętniczego (523 dolary) czy cukrzycy typu 2 (937 dolarów).
- Bezpośrednie koszty roczne leczenia GERD w USA szacuje się na 9 mld dolarów.

Etiologia i patogeneza

- Strefa wysokiego ciśnienia pomiędzy znajdującym się w jamie brzusznej żołądkiem a zlokalizowanym w klatce piersiowej przełykiem zapobiega zarzucaniu treści żołądkowej do przełyku. Wysokie ciśnienie tworzone jest przez napięcie dolnego zwieracza przełyku (*lower esophageal sphincter* – LES) oraz odnóg przepony. LES to 4 cm odcinek okrężnie ułożonych mięśni w dystalnym odcinku przełyku, tonicznie zamknięty ze względu na miogenne właściwości tego odcinka. Odnogi przepony wspierają LES w sytuacjach zwiększonego ciśnienia śródbrzusznego, takich jak kaszel. Nieprawidłowe działanie LES ze zmniejszeniem ciśnienia postawnego zwieracza wpływa na rozwój GERD.
- Główny mechanizm tworzenia się GERD stanowią przedłużone przemijające (samoistne) relaksacje dolnego zwieracza przełyku (*transient lower esophageal sphincter relaxation* – TLESR).
- Na wystąpienie refluksu żołądkowo-przełykowego ma wpływ wysokie ciśnienie w żołądku i strefach wzmożonego ciśnienia. Nadmierny wysiłek fizyczny i otyłość to przykłady stanów, podczas których dochodzi do wzmożonego ciśnienia w jamie brzusznej, co może prowadzić do rozwoju GERD.
- Przemieszczenie połączenia żołądkowo-przełykowego powyżej odnóg przepony, zwykle występujące w przepuklinie rozworu przełykowego, wpływa na GERD przez:
  - Utratę napięcia przepony w strefie wysokiego ciśnienia.
  - Wzrost gradientu ciśnień pomiędzy żołądkiem a dystalnym odcinkiem przełyku.
  - Przemieszczenie „kwaśnej kieszonki" powyżej linii przepony, co prowadzi do wzrostu ekspozycji dystalnej części przełyku na kwaśną treść żołądka.

Czynniki ryzyka

- Poniżej wymieniono czynniki ryzyka GERD. Nie ma informacji dotyczących ilorazu szans (*odds ratio*):
  - Otyłość.
  - Przepuklina rozworu przełykowego.
  - Palenie papierosów.
  - Ciąża.

2. Profilaktyka

KLUCZOWE ZAGADNIENIA

- Objawy GERD są często powodowane przez określone pokarmy i zachowania, wobec czego unikanie „refluksogennych" potraw i napojów może zredukować, a nawet zniwelować objawy. Zaleca się unikanie takich pokarmów, jak czekolada, kawa, tłuste posiłki i alkohol.
- Pacjent powinien zostać poinformowany o konieczności spożywania niewielkich posiłków oraz pozostawania w pozycji pionowej przez 3 godziny po posiłku.

KLUCZOWE ZAGADNIENIA

- Osobom otyłym należy zalecić redukcję masy ciała.
- Niektóre leki oraz preparaty bez recepty mogą prowadzić do pogorszenia objawów refluksowych przez zmniejszenie napięcia zwieracza przełyku, opóźnienie opróżnienia żołądka lub też żrące uszkodzenie przełyku.

Badania przesiewowe

- Rozpoznanie może zostać ustalone na podstawie objawów, takich jak zgaga i zarzucanie; wówczas nie ma potrzeby wykonywania badań dodatkowych.
- Istnieją kwestionariusze skierowane do osób z GERD, zatwierdzone bądź nie, mające za zadanie pomóc w ocenie ciężkości objawów lub odpowiedzi na leczenie. Mimo że są one szeroko używane w badaniach naukowych, to nie znalazły zastosowania w praktyce klinicznej.

Profilaktyka pierwotna i wtórna

- Profilaktyka pierwotna polega na usunięciu lub modyfikacji czynników nasilających objawy GERD, takie jak przyzwyczajenia dietetyczne czy zmiana stylu życia. Należą do nich: utrzymanie prawidłowej masy ciała, unikanie obfitych posiłków i pokarmów zmniejszających napięcie LES oraz pozostawanie w pozycji siedzącej 2-3 godziny po jedzeniu.
- Profilaktyka wtórna, która ma za zadanie kontrolę objawów kwaśnego refluksu i zapobieganie uszkodzeniu przełyku, skupia się wokół zmiany nawyków żywieniowych i stylu życia wcześniej opisanych oraz leczenia farmakologicznego polegającego na zmniejszeniu lub wyeliminowaniu objawów refluksu.

3. Rozpoznanie

KLUCZOWE ZAGADNIENIA

- Wstępne rozpoznanie GERD może zostać ustalone na podstawie objawów (zgaga i zarzucanie) bez konieczności wykonywania badań dodatkowych.
- Do powikłań GERD należą: zapalenie i zwężenie przełyku, przełyk Barretta i gruczolakorak przełyku. Może dochodzić również do ukrytego przewlekłego, jak i jawnego krwawienia z owrzodzeń przełyku.
- Do pozaprzełykowych objawów należą przewlekły kaszel, przewlekłe zapalenie krtani, astma oskrzelowa i ubytki zębowe.
- Zaleca się wykonanie gastroskopii u pacjentów z GERD i objawami alarmowymi (dysfagia, istotny ubytek masy ciała, niedokrwistość czy objawy krwawienia z układu pokarmowego) lub u tych, którzy przestali odpowiadać na empiryczne leczenie PPI.
- Manometria jest przydatna w ocenie pacjentów z dysfagią i nietypowymi bólami w klatce piersiowej, którzy nie odpowiadają na leczenie PPI.
- Ambulatoryjny pomiar pH lub bezprzewodowe monitorowanie pH może być pomocna w ocenie pacjentów, którzy nie odpowiedzieli na leczenie PPI w podwójnej dawce.

Rozpoznanie różnicowe

Rozpoznanie różnicowe typowych objawów GERD	
Rozpoznanie różnicowe	**Cechy**
Eozynofilowe zapalenie przełyku	Objawy dysfagii, zgagi i/lub utkwienia kęsa pokarmowego W bioptacie ≥ 15 eozynofilów w polu widzenia
Zapalenie przełyku spowodowane lekami	Nagły początek objawów – dyskomfort w klatce piersiowej i/lub ból podczas połykania Rozpoznanie jest endoskopowe
Zgaga czynnościowa	Uczucie palenia w okolicy zamostkowej, bez związku z refluksem i bez obecności zaburzeń motoryki przełyku
Zaburzenia motoryczne przełyku	Dysfagia w połączeniu lub bez dyskomfortu w piersi Rozpoznanie typowych chorób wymaga wykonania manometrii
Zespół przeżuwania	Regurgitacja niestrawionych pokarmów po ich spożyciu Bez związku z nudnościami, zgagą czy bólem brzucha Rozpoznanie jest kliniczne i opiera się na wywiadzie zebranym od pacjenta
Gastropareza	Mimowolna regurgitacja niestrawionych pokarmów Poposiłkowe nudności i/lub wymioty Potwierdzone badaniem opóźnione opróżnianie żołądka

Typowe objawy

- Najczęstszym objawem GERD jest zgaga, czyli uczucie palenia w okolicy zamostkowej. Regurgitacja to uczucie zarzucania treści żołądkowej do ust i gardła; objaw ten również jest typowy dla GERD. Mimo że zgaga jest typowym objawem GERD, może występować również w innych zespołach chorobowych (zob. tabela: Rozpoznanie różnicowe).

Rozpoznanie kliniczne

Wywiad i badanie przedmiotowe

- Objawy GERD mogą być spowodowane przez niektóre pokarmy, wysiłek fizyczny oraz pozycję leżącą. Poza zgagą i regurgitacją, innymi objawami GERD mogą być dyskomfort w nadbrzuszu, zaburzenia snu i ból w klatce piersiowej. Natomiast do objawów pozaprzełykowych GERD należą: kaszel, zapalenie krtani, skurcz oskrzeli i uszkodzenie szkliwa zębów.
- Badanie przedmiotowe zwykle niewiele wnosi do oceny pacjenta z GERD.

Diagnostyka laboratoryjna (algorytm 10.1)

- Empiryczna próba leczenia PPI w standardowej dawce 2 razy dziennie przez 7-14 dni i ocena objawów – zmniejszenie zgagi. Punktami odcięcia są wartości 50% i 75%. Czułość i swoistość testu to odpowiednio 80% i 74%.
- Badanie z barytem ma większą wartość diagnostyczną w przepuklinie rozworu przełykowego i zwężeniach przełyku niż w rozpoznaniu GERD.
- Gastroskopia jest przydatna w ocenie powikłań GERD, takich jak: zapalenie i zwężenie przełyku, owrzodzenie z krwawieniem, przełyk Barretta oraz gruczolakorak przełyku. Mniej niż 50% pacjentów z typowymi objawami GERD ma zmiany zapalne przełyku.
- Podczas badania endoskopowego należy pobrać wycinki z obszarów o nieregularnym zarysie błony śluzowej, mogących wskazywać na metaplazję i dysplazję. Ponadto trzeba pobrać wycinki z prawidłowo wyglądającej błony śluzowej w celu wykluczenia eozynofilowego zapalenia przełyku.