

Gastroezofageální reflux a refluxní choroba jícnu – současný stav problematiky

MUDr. Eva Mayerová

II. interní klinika FN Plzeň

Refluxní nemoc jícnu je časté onemocnění trávicího traktu, charakteristické širokým spektrem příznaků od lehkých nepravidelných obtíží až po přítomnost rizikového Barrettova jícnu. Kromě typických projevů – pyrózy a regurgitace – se může projevovat řadou atypických a mimojícnových potíží. Hlavní místo ve farmakoterapii stále zaujímají inhibitory protonové pumpy. V uplynulém desetiletí došlo k významnému rozvoji endoskopických léčebných metod, které mají své uplatnění zejména v léčbě komplikací. Ve většině případů je průběh onemocnění protrahovaný, vyžadující dlouhodobou udržovací léčbu. Při nedostatečné účinnosti konzervativní léčby je zvažován chirurgický antirefluxní výkon.

Klíčová slova: refluxní nemoc jícnu, typické příznaky, mimojícnové příznaky, Barrettův jícen, inhibitory protonové pumpy, fundoplikace.

Gastroesophageal reflux disease: current state of the issue

Gastroesophageal reflux disease is a frequent gastrointestinal disease characterized by a broad spectrum of symptoms, ranging from mild irregular complaints to the presence of serious Barrett's esophagus. In addition to typical symptoms, i.e., pyrosis and regurgitation, there can be a number of atypical and extraesophageal symptoms. Proton pump inhibitors still play a major role in pharmacotherapy. In the past decade, significant advances were made in endoscopic treatment methods which are particularly used in the management of complications. In the majority of cases, the course of the disease is prolonged requiring long-term maintenance treatment. A surgical antireflux procedure is considered when the efficacy of conservative treatment is insufficient.

Key words: gastroesophageal reflux disease, typical symptoms, extraesophageal symptoms, Barrett's esophagus, proton pump inhibitors, fundoplication.

Úvod

Refluxní choroba jícnu je klinický stav, kdy reflux žaludečního obsahu zpět do jícnu působí subjektivní obtíže a/nebo vede ke specifickým komplikacím. Samotný reflux je do jisté míry stavem fyziologickým, pokud se vyskytuje v krátkých denních epizodách, typicky postprandiálně a bezpříznakově. Pojem patologický reflux vyhrazuje již na situaci, kdy působí subjektivní obtíže a/nebo slizniční poškození. Relativně často se patologický reflux vyskytuje i v noci.

Refluxní nemoc jícnu zahrnuje jak případy s makroskopicky patrným patologickým

nálezem, mluvíme o tzv. **erozivní refluxní chorobě jícnu**, tak případy s normálním makroskopickým nálezem (**neerozivní refluxní choroba jícnu** – tvoří až 50 % všech případů), kdy prokazujeme poškození sliznice jen mikroskopicky – **mikroskopická ezofagitida** (1).

Epidemiologie

Prevalence v západních zemích se udává kolem 10–20 %, incidence zhruba 5/1000 osob za rok (2). Čísla jsou však spíše podhodnocená, neboť všechny epidemiologické studie vychází pouze ze dvou příznaků jako základ-

ních indikátorů refluxu, a těmi jsou pyróza a regurgitace. Množiny asymptomatických případů a případů s atypickými projevy zůstávají nezahrnuty.

Etiopatogeneze

Podstatou je nadměrný návrat žaludečního obsahu do jícnu. Ten je vyvolán nerovnováhou mezi prorefluxními faktory a antirefluxními mechanismy.

Mezi prorefluxní faktory se řadí agresivita žaludečního obsahu, který je tvořen nejen kyselinou chlorovodíkovou a pepsinem, ale někdy i příměsí solí žlučových kyselin a pan-

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:

MUDr. Eva Mayerová, mayerovae@fnplzen.cz

II. interní klinika a interní oddělení FN Plzeň, dr. E. Beneše 13, 301 00 Plzeň

Cit. zkr: Med. praxi 2021; 18(4): 256–260

Článek přijat redakcí: 12. 3. 2021

Článek přijat k publikaci: 16. 5. 2021

kreatických enzymů při současném duodenogastrickém refluxu. Změněné anatomické poměry (např. mechanická insuficience dolního jícnového svěrače, krátká intraabdominální část jícnu, hiátová hernie, abdominální přetlak při obezitě) vznik refluxu významně usnadňují. Vznik subjektivních potíží a poškození sliznice jícnu je důsledkem interakce mnoha dalších faktorů – poruch motility a očišťovací schopnosti jícnu, zhoršené evakuace žaludku, individuální tkáňové rezistence a prahu senzorického vnímání ve sliznici jícnu. K tomu se přidává ještě působení exogenních faktorů – skladba stravy a stravovací režim, léky snižující tlak dolního jícnového svěrače (antagonisté kalciového kanálu, aminofyliny, nitráty), kouření, obezita, kofein, zvedání břemen, těhotenství a řada dalších. U každého pacienta je pak klinický obraz výslednicí kombinace všech uvedených vlivů a dle převažujících faktorů je možno do jisté míry individualizovat léčebný postup.

Klinické příznaky

Klasickými příznaky jsou pyróza a regurgitace. **Pyróza** je palčivý pocit za hrudní kostí. Příznak považujeme za signifikantní, pokud se v mírné intenzitě vyskytuje více než dvakrát týdně či ve vyšší intenzitě více než jedenkrát týdně (3). U **regurgitace** jde typicky o kyselé šťávy spolu s menším množstvím nestráveného obsahu.

Mezi **atypické příznaky** patří dysfagie (často bývá projevem přítomné ezofagitidy, ale může být i známkou komplikace – striktury), odynofagie (signifikanční pro přítomnost ulcerace jícnu), bolest na hrudi (její význam je zejména diferenciatně diagnostický), hypersalivace, nauzea, říhání, bolest v epigastriu. Z obecně internistického hlediska je důležitý výskyt **mimojícnových projevů** – mechanismus jejich vzniku zahrnuje přímé dráždění refluktujícím obsahem a reflexní vagové změny – reflux se může podílet na chronickém kašli, chrapotu, recidivujících infektech horních cest dýchacích a středouší, astmatu, globu, zvýšené kazivosti zubů, zápachu z úst.

Komplikace

Komplikace jsou někdy prvními potížemi, které přivedou pacienta k lékaři. Jde o strikturu jícnu, přítomnost vředu, krvácení

a Barrettův jícen. Obecně jsou komplikace vždy indikací k maximální medikamentózní léčbě a uplatňují se zde i specifické endoskopické terapeutické postupy.

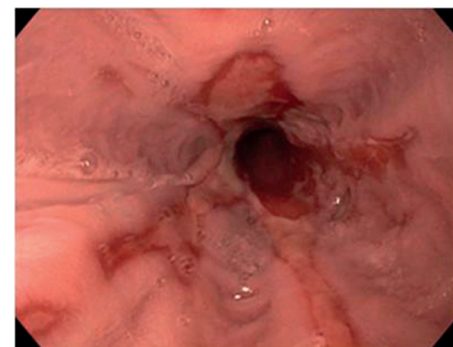
Striktura jícnu (obr. 1) – vzniká na podkladě chronických zánětlivých změn. Typickým projevem je dysfagie či odynofagie. Endoskopicky je nutné odlišení od maligní stenózy. Kromě medikamentózní léčby (plná antirefluxní dávka inhibitorů protonové pumpy) má zde své místo endoskopická terapie (nejčastěji balónová dilatace či dilatace bužiem).

Vřed (obr. 2) – vyskytuje se buď v Barrettově epitelu nebo na rozhraní epitelu cylindrického a dlaždicového (tzv. junkční vřed). I zde je nutno v dif. dg. vyloučit maligní podklad vředu.

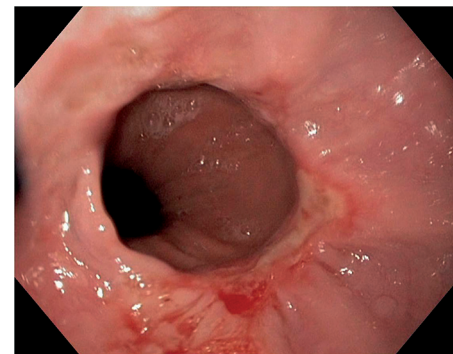
Krvácení (obr. 3) – jedná se o vzácnější komplikaci vyžadující kromě medikamentózní často i lokální endoskopickou léčbu.

Barrettův jícen (BJ) – vyskytuje se asi u 9–15 % pacientů s refluxní chorobou (4). Podmínkou pro stanovení diagnózy BJ je přítomnost endoskopicky zřetelného posunutí rozhraní epitelů směrem proximálním nad oblast anatomického spojení žaludku a jícnu (obr. 4) a současně průkaz histologický (náhrada neboli metaplázie dlaždicového epitelu jícnu epitelem cylindrickým, který by měl mít alespoň v některých úsecích intestinální charakter). Hlavním etiologickým faktorem BJ je gastroezofageální reflux, zejména dlouhotrvající (letitý). BJ nemá žádnou specifickou symptomatologii, resp. jsou přítomny symptomy refluxní choroby. Zásadní klinická důležitost BJ spočívá v tom, že jej zahrnujeme mezi prekancerózy (v metaplastickém epitelu jícnu mohou vznikat dysplastické změny a může dojít k vývoji adenokarcinomu). Pacienti s Barrettovým jícnem musí být v dispenzární péči gastroenterologa, jehož hlavní úlohou je časná detekce dysplastických a neoplastických změn. Při záchytu vysokého stupně dysplázie či v případě časného adenokarcinomu jícnu je nutné potvrzení histologického nálezu druhým patologem a následně volíme nejvhodnější terapeutický postup (endoskopická slizniční resekce, endoskopická submukózní disekce, endoskopická radiofrekvenční ablace, chirurgická resekce). Pokročilejší stadia adenokarcinomu jícnu jsou indikována jednoznačně

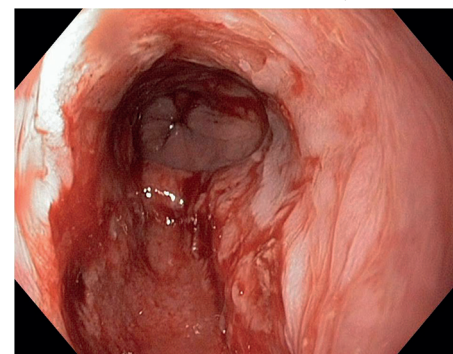
Obr. 1. Zvrhovatelá peptická stenóza jícnu



Obr. 2. Vřed v terminálním jícnu



Obr. 3. Krvácení v terénu ezofagitidy



k chirurgickému řešení. V rozhodování o výběru vhodné léčebné modality (endoskopie vs. chirurgie) je vždy nutno zohlednit celkový stav pacienta, resp. individuální riziko náročného chirurgického výkonu (5, 6).

Již na tomto místě je nutno zdůraznit nutnost intenzivní medikamentózní léčby vysokými dávkami inhibitorů protonové pumpy u všech pacientů s BJ bez ohledu na přítomnost refluxních symptomů. Alternativou k medikamentózní léčbě je chirurgická fundoplikace. Obě léčebné modality mohou snížit riziko vývoje Barrettova adenokarcinomu (5) (obr. 5).

Diagnostika

Anamnéza a fyzikální vyšetření jsou dostatečnými diagnostickými nástroji, pokud má pacient klasické symptomy, je mladšího věku (pod 45 let), obtíže jsou epizodického nikoli

chronického rázu (delší než 6 týdnů), somatický nález je v mezích normy a nejsou přítomny tzv. alarmující příznaky (náhle vzniklé příznaky u pacienta nad 45 let, nevysvětlitelné hubnutí, projevy krvácení do GIT – manifestní či okultní, sideropenická anémie, dysfagie, odynofagie, perzistentní zvracení, přítomnost nádoru GIT u příbuzných 1. stupně). V tomto případě je možno provést terapeutický test podáním plné dávky inhibitoru protonové pumpy na dva týdny a zhodnocení jeho efektu (3, 7). V případě nedostatečné odpovědi na léčbu a u atypických příznaků je nutné endoskopické vyšetření k posouzení stavu sliznice jícnu a k vyloučení jiných onemocnění.

Endoskopické vyšetření (ezofagogastroduodenoskopie) odhalí případnou refluxní ezofagitidu, slouží ke zjištění komplikací (Barrettův jícen, přítomnost ulcerace či striktury, karcinom) a k vyloučení jiných organických onemocnění (eozinofilní ezofagitis, infekční ezofagitis, lékové poškození). Endoskopie by měla být zejména v případě negativního nálezu doplněna o odběr biptických vzorků z distálního jícnu k vyšetření mikroskopických známek ezofagitidy. U pacientů s refluxní nemocí může být zcela normální endoskopický nález – tíže a trvání symptomů špatně korelují se stupněm ezofagitidy – endoskopii nelze tedy pojímat jako nástroj samotné diagnózy, i když v případech makroskopicky patrné refluxní ezofagitidy je na sliznici distálního jícnu přítomen typický nález erozí. Lze obecně říci, že projevy peptické ezofagitidy (slizniční léze s erytémem, exsudátem nebo erozemi) jsou lokalizovány zejména v distální části jícnu, kdežto jiné příčiny ezofagitidy (infekční, polékové) způsobují léze spíše v proximálních partiích jícnu.

Endoskopická klasifikace refluxní ezofagitidy (1)

Savaryho-Millerova (1978):

I. stupeň: jedna nebo více *nesplývajících* slizničních lézí s erytémem, exsudátem nebo superficiálními erozemi nad epiteliální junkcí (obr. 6).

II. stupeň: erozivní a exsudativní slizniční léze *splývající*, ale *nepokrývající* celou *cirkumferenci* jícnu.

III. stupeň: erozivní a exsudativní léze *pokrývající celou cirkumferenci* sliznice jícnu.

IV. stupeň: komplikované formy refluxní ezofagitidy – vřed, striktura, krvácení, Barrettův jícen.

Endoskopická klasifikace Los Angeles (1997):

Stupeň A: dobře ohraničené slizniční *léze kratší než 5 mm*.

Stupeň B: dobře ohraničené slizniční *léze delší než 5 mm*.

Stupeň C: slizniční defekt, který *přesahuje z jedné řasy na druhou*.

Stupeň D: cirkulární poškození jícnu.

Histologické vyšetření má význam jednak při negativním endoskopickém nálezu, jednak při podezření na komplikace (Barrettův jícen, karcinom). V histologickém vyšetření se hodnotí stupeň reaktivních změn dlaždicového epitelu, kvantita infiltrace zánětlivými buňkami a stupeň cévních změn. Histologický obraz však není specifický pro refluxní chorobu.

24hodinová multikanálová impedance a pH-metrie jícnu je indikována v případě negativního endoskopického nálezu při potřebě vysvětlení obtíží (zejména u atypických a mimojícnových příznaků), u refrakterní refluxní nemoci, v případě nejasností před indikací operačního řešení a v případě perzistujících obtíží po chirurgickém antirefluxním výkonu. Při tomto vyšetření je přímo detekována přítomnost kyselého obsahu v jícnu v průběhu dne i noci a současný vztah k potížím. Přínosem impedance je přesná monitorace i slabě kyselého (pH 4–7) nebo alkalického refluxu a jeho výšky propagace v jícnu, dále impedance rozliší i typ refluxátu (vzduch vs. tekutina).

Manometrie jícnu je indikována v případě podezření na poruchu motility jícnu, má důležitou roli v rámci předoperačního vyšetření před antirefluxní operací.

RTG vyšetření se v dnešní době stále uplatňuje v diagnostice stenóz a striktur jícnu a bráničních kýl.

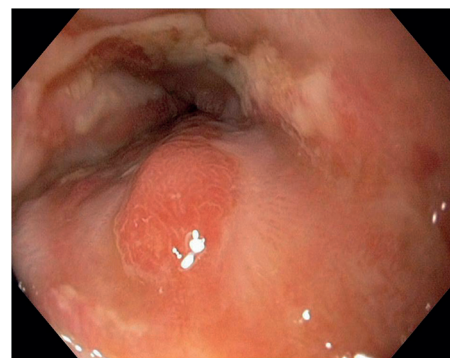
Léčba

Léčba refluxní nemoci jícnu zahrnuje režimová a dietní opatření, medikamentózní terapii a léčbu chirurgickou. Endoskopická terapie má své nezastupitelné místo v jasně vymezených klinických situacích.

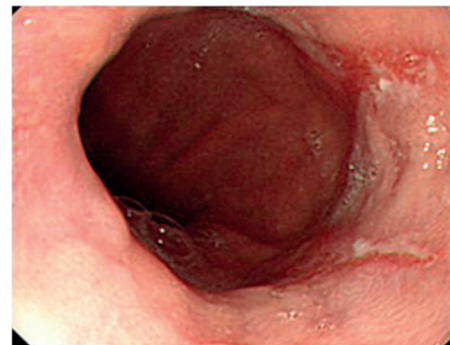
Obr. 4. Barrettův jícen



Obr. 5. Časný karcinom v terénu Barrettova jícnu



Obr. 6. Eroze v terminálním jícnu



Hlavními cíli léčby jsou úleva od symptomů a zhojení ezofagitidy. Prvním krokem je vždy konzervativní přístup, přičemž dávkování léků a délku terapie významně ovlivňuje endoskopický nález.

Obecná režimová a dietní opatření většinou nestačí, ale podpoří efekt podávaných léků a mají význam při snižování dávky udržovací terapie a zabránění recidivy obtíží. Důležitá je úprava stravovacích návyků ve smyslu rovnoměrného rozložení jídla během dne (optimálně do 5–6 menších denních porcí). Varujeme před největší denní porcí večer po prakticky celodenním lačnění. Důležité je zachování 2–3hodinového intervalu mezi posledním jídlem a ulehnutím nebo prací v předklonu.

Další režimová opatření zahrnují omezení činnosti zvyšující nitrobrříšní tlak, redukci

hmotnosti, zanechání kouření. U pacientů s převahou nočních obtíží je někdy nutná zvýšená poloha horní části postele.

V dietě jde o vynechání potravin a nápojů, které způsobují pacientovi obtíže, přičemž interindividuální variabilita v toleranci jednotlivých potravin je poměrně velká. Obecně jde o stravu snižující tonus dolního jícnového svěrače, prodlužující evakuaci žaludku a zvyšující žaludeční sekreci, jako např. čerstvé pečivo, tuky, čokoláda, cibule, česnek, máta, mák, alkohol, kolové nápoje, čaj, džusy, káva.

Fyzioterapie, jejímž cílem je posílení sfinkterové funkce bránice, může být u motivovaných a spolupracujících pacientů cennou součástí komplexní terapie.

Medikamentózní léčba je jistě základním pilířem v přístupu k pacientovi s refluxní chorobou. Z obecně patofyziologického přístupu jde především o supresi žaludeční kyseliny. Doplnkový význam má zlepšení vyprazdňovací schopnosti jícnu a žaludku a zlepšení bariérové funkce sliznice jícnu.

Základem farmakoterapie jsou **inhibitory protonové pumpy (IPP)**. Jsou to nejúčinnější supresory sekrece žaludeční HCl prostřednictvím ireverzibilní vazby a inhibice tzv. protonové pumpy v parietálních buňkách žaludku. Efektivita IPP byla prokázána v mnoha studiích s benefitem oproti léčbě H₂ blokátory (8, 9, 10). Denní podávání je preferováno před podáváním on-demand, protože vede k lepší kontrole symptomů a zhojení endoskopického nálezu (11). Ve standardním dávkování plnou dávkou IPP vedou během 8 týdnů k ústupu symptomů a téměř v 86 % ke zhojení ezofagitidy (12, 13). Klinicky významný „rebound“ fenomén, tj. hypersekrece HCl po vysazení léčiva, se po přerušení aplikace IPP nevyskytuje (14). V praxi stále převažuje tzv. „step down“ přístup, tzn. začít vyšší dávkou s následným pozvolným snižováním dávky v udržovací léčbě. U refluxní ezofagitidy by léčba plnou dávkou (omeprazol 2× 20 mg, lanzoprazol 2× 30 mg, pantoprazol 2× 40 mg, esomeprazol 1× 40 mg, rabeprazol 1× 20 mg) měla trvat 4–8 týdnů s následným podáváním jednou denně. U těžšího postižení sliznice jícnu je vhodné zkontrolovat zhojení s odstupem cca 3 měsíců.

V léčbě neerozivní refluxní nemoci se řídíme symptomy, dávkování jednou denně

je většinou dostačující, zvýšení dávky již výrazněji neovlivňuje ústup symptomů. Léčba většinou trvá 4–6 týdnů a poté snižujeme dávku dle potíží.

Optimální podávání je ráno nalačno 30–60 minut před prvním jídlem (jídlo stimuluje produkci kyseliny a ráno užitý inhibitor účinně zablokuje aktivované protonové pumpy). Večerní podávání má svůj smysl při převažujících nočních obtížích. Udržovací dávka zahrnuje podávání jednou denně, event. obden. Celková doba léčby je značně individuální, u některých pacientů je možno léčbu na dlouhou dobu úplně vysadit s návratem jen při obtížích. Existuje však i skupina pacientů, kteří špatně tolerují třeba i jedno až dvoudenní vysazení léku a vyžadují denní podávání. Nepravidelná on demand udržovací léčba je možná u nekomplikovaného průběhu s možností redukce dávky, v tomto případě podáváme inhibitor při vzniku obtíží v několika (minimálně třech) dnech k dosažení úlevy.

IPP jsou považovány za bezpečné léky, přímá toxicita je výjimečná. Vážné komplikace a nežádoucí účinky jsou velmi vzácné a zahrnují ojedinělé případy intersticiální nefritidy a hepatitidy po omeprazolu a lanzoprazolu a poruchy vidění po pantoprazolu a omeprazolu. Obvyklé nežádoucí účinky (bolest hlavy, průjem, nauzea, urtika) se vyskytují u maximálně 5 % uživatelů (neliší se od placeba). V důsledku užívání IPP se objevuje hyperplazie parietálních buněk a zvýšený výskyt polypů z fundických žlázek, které nevykazují dysplastické změny. Může docházet ke sníženému vstřebávání železa v tenkém střevě, nicméně k anémii nedochází. IPP mohou mírně snižovat i uvolňování vitamínu B₁₂ z potravy. Snížení žaludeční sekrece může vést ke snížení uvolnění vstřebatelného kalcia z nerozpustných kalciových solí, proto při dlouhodobém (delším než 1 rok) užívání je cca 1,5krát zvýšené riziko osteoporotických fraktur, na kterých se podílí však celá řada dalších a důležitějších faktorů (věk, polymorbidita, imobilita...) – specifická opatření se u uživatelů IPP nedoporučují (kromě zabezpečení dostatečného přísunu kalcia a vitamínu D) a pokud je jasná indikace a převažuje benefit, není nutné IPP vysazovat. Zvláštní pozornost však zasluhují pacienti léčení IPP v těžkých stavech vyžadujících tracheální intubaci – v důsledku oslabení

baktericidní funkce žaludku může docházet ke kolonizaci dýchacích cest patogeny a ke vzniku pneumonie. Dále IPP zvyšují riziko střevní infekce salmonelózou, kampylobakterem a klostridiovou kolitidou (15).

Poměrně závažným problémem mohou být interakce IPP, a to zejména s podáváním antiagregační léčby (známá inhibice metabolismu klopidoogrelu omeprazolem, která může vést ke snížení účinnosti antiagregační léčby). Nejméně lékových interakcí je udáváno u pantoprazolu.

Stále kontroverzní zůstává otázka, zda léčba IPP zvyšuje riziko atrofické gastritidy u pacientů s infekcí *H. pylori*. Aktuálně není doporučován rutinní screening na *H. pylori* u pacientů s refluxní chorobou jícnu, stejně jako empirická eradikace *H. pylori* u pacientů léčených IPP (16). V případě histologického průkazu chronické *H. pylori* gastritidy však eradikační terapii jistě použijeme.

Antacida vedou ke krátkodobé úlevě od symptomů bez prevence recidiv potíží a bez zlepšení slizničního nálezu v jícnu. Lze je využít jen jako doplňkovou léčbu mírných forem refluxu. Na trhu jsou dostupné přípravky na bázi hydroxidu aluminia a magnézia nebo bikarbonát s alginátem, který vytváří viskózní vrstvu na hladině žaludečních šťáv a působí tak i jako dočasná mechanická bariéra v kontaktu s jícnovou sliznicí.

Užití **antagonistů H₂ receptorů** je limitováno jejich menší účinností a rizikem poklesu efektu při delším (2–6 týdnů) podávání vlivem tachyfyaxe (17). Tato skutečnost determinuje jejich využití v léčbě lehčích forem refluxu v epizodickém podávání. Zvláštní indikací je pozdní večerní dávka H₂ blokátoru v kombinaci s inhibitorem protonové pumpy ráno a před večerí v terapii refrakterních, zejména nočních obtíží.

Prokinetika se užívají jako doplňková léčba u stavů, kde předpokládáme spolupodíl poruchy motility. Samotná nemají dostatečný účinek k potlačení refluxu. Dobrý symptomatický efekt může mít u vybraných pacientů spolu s antisekreční léčbou itoprid. Metoclopramid a domperidon mají vyšší výskyt nežádoucích účinků a jejich efekt je v léčbě refluxní nemoci limitovaný.

Chirurgická léčba je indikována u pacientů s přetrvávající symptomatologií i přes maximální

konzervativní léčbu, při kombinaci s anatomickými abnormalitami (hiátová hernie) i event. jako alternativa konzervativní léčby u mladších pacientů. Indikace k operaci by měla být dána dlouhodobým průběhem onemocnění, vyloučením non-compliance pacienta k medikamentózní léčbě a řádným vyšetřením pacienta zahrnujícím endoskopii, jícnovou pH-metrii a manometrii jícnu. Pacient by měl být poučen o principech výkonu, možných komplikacích a omezeních v pooperačním období. Často je nepříjemně vnímána zejména přechodná dysfagie a zvýšená plynatost. Principem operace je laparoskopické vytvoření manžety ze žaludečního fundu kolem abdominálního úseku jícnu – tzv. fundoplikace a úprava anatomických odchylek (brániční hernie). Dlouhodobý efekt konzervativní a chirurgické léčby je srovnatelný.

Refrakterní refluxní nemoc jícnu

Tento pojem je definován jako perzistence symptomů nebo selhání hojení ezofagitidy i přes osmítýdenní (v případě těžších stupňů ezofagitidy spíše dvanáctitýdenní) léčbu inhibitory protonové pumpy 2× denně (18). Týká se přibližně 10–40 % pacientů s refluxní

nemocí jícnu (19, 20). Jednou z příčin je např. nedostatečná suprese kyseliny z důvodů špatné compliance pacienta, nevhodného timingu farmakoterapie, existence genotypových rozdílů v metabolismu jednotlivých druhů inhibitorů protonové pumpy, přítomnosti specifických diagnóz, jako např. Zollinger-Ellisonova syndromu. Další příčinou může být přítomnost alkalického refluxu (zde může pomoci terapeutický pokus s cholestyraminem). U pacientů s tzv. jícnovou hypersenzitivitou i minimální expozice jícnu vůči kyselině vyvolá symptomy (tuto jednotku lze diagnostikovat jen na základě pH-metrie). Refluxními projevy špatně reagujícími na léčbu se mohou manifestovat i funkční onemocnění jícnu.

Závěr

- Refluxní nemoc jícnu je časté onemocnění trávicího traktu vyznačující se různorodostí symptomů typických, atypických i mimojícnových.
- Diagnostika je založena na podrobné anamnéze, odpovědi na terapeutický test a v indikovaných případech na endoskopickém vyšetření a event. dalších

metodách (pH-metrie, manometrie, RTG vyšetření).

- Podrobnější vyšetření musí být provedeno vždy v případě alarmující nebo dlouhodobé symptomatologie, u starších pacientů nebo při neadekvátní odpovědi na léčbu.
- Na základě symptomů nelze usuzovat na stupeň slizničních změn, ani na přítomnost prognosticky nejzávažnější komplikace – Barrettova jícnu.
- Endoskopie slouží zejména k detekci komplikací, k vyloučení jiného organického onemocnění, k dispenzarizaci pacientů s Barrettovým jícnem a k léčbě komplikací.
- Inhibitory protonové pumpy jsou pilířem medikamentózní léčby.
- Ve většině případů je průběh protrahovaný, vyžadující dlouhodobou udržovací léčbu.
- Praktický lékař je v prvním kontaktu s nemocným s refluxními obtížemi, v typických případech zahajuje terapii a vede i udržovací léčbu. V indikovaných případech je důležitá jeho spolupráce s gastroenterologem.

LITERATURA

1. Bureš J, et al. Refluxní choroba jícnu: standardy České gastroenterologické společnosti – aktualizace 2009.
2. Dent J, El-Serag HB, Wallander MA, Johansson S. Epidemiology of gastroesophageal reflux disease: systematic review. *GUT* 2005; 54: 710.
3. Vakili N, van Zanten SV, Kahrilas P, et al. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence – based consensus. *Am J Gastroenterology* 2006; 101: 1900.
4. Spechler SJ, Sharma P, Souza RF, et al. American Gastroenterological Association. American Gastroenterological Association technical review on the management of Barrett's esophagus. *Gastroenterology* 2011; 140(3): e18–52.
5. Martínek J, Zavoral M. Barrettův jícen – jak sledovat a jak léčit. *Postgrad. Med.* 2009; 11: 674–682.
6. Martínek J. Surveillance pacientů s BJ – klíčová role endoskopie. V: Špičák J, Urban O. a kol. Novinky v digestivní endoskopii. Praha: Grada Publishing 2015: 35–41.
7. Giannini EG, Zentilin P, Dulbecco P, et al. Management strategy for patients with gastroesophageal reflux disease: a comparison between empiric treatment with esomeprazole and endoscopy oriented treatment. *Am J Gastroenterology* 2008; 103: 267.
8. Chiba N, De Gara CJ, Wilkinson JM, Hunt RH. Speed of healing and symptom relief in grade II to IV gastroesophage-

- al reflux disease: a meta-analysis. *Gastroenterology* 1997; 112: 1798.
9. Kahrilas PJ, Howden CW, Hughes N. Response of regurgitation to proton pump inhibitor therapy in clinical trials of gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterology* 2011; 106: 1419.
10. Sigterman KE, van Pinxteren B, Bonis PA, et al. Short-term treatment with proton pump inhibitors, H2-receptor antagonists and prokinetics for gastroesophageal reflux disease – like symptoms and endoscopy negative reflux disease. *Cochrane Database SystRev* 2013; CD002095.
11. Ip S, Chung M, Moorthy D, et al. Comparative effectiveness of management strategies for gastroesophageal reflux disease: Update. (Prepared by Tufts Medical Center Evidence-based Practice Center under Contract No. HHSA 290–2007–10055–I). Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality. September 2011. Available from: http://www.effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/165/755/CER29-GERD_20110926.pdf (Accessed on December 19, 2012).
12. Wolfe MM, Sachs G. Acid suppression: optimizing therapy for gastroduodenal ulcer healing, gastroesophageal reflux disease, and stress-related erosive syndrome. *Gastroenterology* 2000; 118: S9.

13. Hunt R. Acid suppression for reflux disease: „off-the-peg” or a tailored approach? *Clin. Gastroenterol Hepatol* 2012; 10: 210.
14. Lukaš M, Ďuricová D. Terapie inhibitory protonové pumpy v ambulanci internistů a kardiologů. *Interní Med.* 2010; 12(10): 466–468.
15. Strand DS, Kim D, Peura DA. „25 Years of Proton Pump Inhibitors: A Comprehensive Review”. *Gut and Liver.* 2017; 11(1): 27–37.
16. DeVault KR, Castell DO, American College of Gastroenterology. Updated guidelines for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease. *Am. J. Gastroenterology* 2005; 100: 190.
17. Komazawa Y, Adachi K, Mihara T, et al. Tolerance to famotidine and ranitidine treatment after 14 days of administration in healthy subjects without Hel. pylori infection. *J. Gastroenterol Hepatol* 2003; 18: 678.
18. Sifrim D, Zerbib F. Diagnosis and management of patients with reflux symptoms refractory to proton pump inhibitors. *Gut* 2012; 61: 1340.
19. Fass R. Therapeutic options for refractory gastroesophageal reflux disease. *J. Gastroenterol Hepatol* 2012; 27(Suppl. 3): 3.
20. El-Serag H, Becher A, Jones R. Systematic review: persistent reflux symptoms on proton pump inhibitor therapy in primary care and community studies. *Aliment Pharmacol Ther* 2010; 32: 720.