



ACADEMY 24. 10. 2013

Pálení žáhy a refluxní choroba jícnu

Jícen je asi 25 cm dlouhá trubice spojující hltan se žaludkem. Do dutiny břišní prochází skrze otvor v bránici a ústí do žaludku v místě zvaném...

Pálení žáhy odborně zvané pyróza není choroba, ale příznak celé řady onemocnění. Vůbec nejčastější je refluxní choroba jícnu, která je způsobená návratem žaludečních šťáv do jícnu tzv. gastroezofageální reflux. Je hodně častým onemocněním, až 7% naší populace mívá obtíže denně, dalších 14% nejméně 1x týdně. V případě, že agresivní šťávy způsobují v dolní části jícnu zánětlivé známky, označuje se nemoc jako refluxní ezofagitida (zánět jícnu). Dlouhodobé dráždění buněk jícnové sliznice žaludeční šťávou může vyvolat i nádorové bujení. Pálení žáhy se objevuje i u akutních a chronických zánětů žaludku (gastritid), žaludečních vředů nebo nádorů jícnu.


Anatomie

Jícen je asi 25 cm dlouhá trubice spojující hltan se žaludkem. Do dutiny břišní prochází skrze otvor v bránici a ústí do žaludku v místě zvaném kardie (česlo). Stěna jícnu je silná asi 3 - 4 mm a má tři typické vrstvy. Nejdůležitější je **slizniční vrstva** - světle růžové sliznice krytá odolným dlaždicovým epitelem (podobně jako kůže). V místě zvaném gastroezofageální junkce přechází epitel jícnu ve **žlázový epitel sliznice žaludku**. Přechod má podobu klikaté ostré čáry a je zřetelný i barevně. Právě toto místo je náchylné k působení kyselých žaludečních šťáv, může zde docházet k zánětlivým i nádorovým změnám. **Svalová vrstva** se podílí na posunu sousta směrem do žaludku. V horní části je svalovina příčně pruhovaná, ovládaná naší vůlí. V dolní polovině je postupně nahrazována hladkou svalovinou, která je na vůli nezávislá a pracuje pomaleji. Je tak zajištěn pomalý přechod polykaného sousta do žaludku, aby se nepoškodila jemná žaludeční sliznice. V oblasti přechodu jícnu do žaludku se nachází funkčně důležitý dolní jícnový svěrač, který uzavírá kardii a zabraňuje pronikání kyselého obsahu žaludku do jícnu. **Povrchová vrstva jícnu** spojuje jícen s okolními strukturami.

Jak se tvoří žaludeční šťáva

Žlázový epitel žaludeční sliznice denně vytvoří 3 - 4 litry žaludečních šťáv obsahujících kyselinu chlorovodíkovou a trávicí enzymy (pepsiny a lipázu). Aby byla žaludeční šťáva kyselá a mohly fungovat trávicí enzymy, musí se tvořit dostatek kyseliny chlorovodíkové. Vyvolání sekrece je spouštěno nervovými vlákny, dále speciálními bílkovinami gastrinem a histaminem, který funguje přes H₂-receptory (v tomto místě působí antisekreční léky blokátory H₂-receptorů). Vlastní sekreci kyselých vodíkových iontů (H⁺) zajišťuje protonová pumpa, proti které působí nejúčinnější léky blokátory protonové pumpy.

Příčiny refluxní choroby jícnu

Refluxní choroba jícnu vzniká při nadměrném návratu žaludečního obsahu do jícnu. Důležitá je  zejména kyselost obsahu (tedy jeho pH) a doba působení. Nejčastější příčinou jsou poruchy motility. K nim se řadí snížené napětí (tonus) a častá relaxace dolního jícnového svěrače. Rovněž zpomalené vyprazdňování žaludku usnadňuje vznik refluxu. Dalším významným zhoršujícím faktorem je tzv. hiátová hernie neboli brániční kýla. Jedná se o častou anatomickou odchylku, při které se horní část žaludku přesune z dutiny břišní do hrudní a navíc se rozšíří. Intenzitu ovlivňují i zevní faktory jako léky snižující tlak dolního jícnového svěrače (nitráty, některá antihypertenziva), skladba jídelníčku a stravovací návyky, kouření, alkohol, zvedání těžkých břemen, těhotenství nebo potraviny jako káva či čokoláda.

Pálení žáhy je jedním z příznaků

Potíže mohou být u refluxní choroby jícnu velmi různorodé. Mezi typické jícnové příznaky patří **pálení žáhy** až u 80% nemocných, říhání a návrat žaludečních šťáv. Méně typické příznaky z oblasti jícnu zahrnují:

- poruchy polykání
- bolest při polykání
- bolesti na hrudi
- pocit na zvracení
- zvýšené slinění
- zápach z úst
- pouze ojediněle se objevuje zvracení a bolesti v nadbříšku

Gastroezofageální reflux může způsobovat zdánlivě nesouvisající potíže – chronický kašel, chrapot, recidivující záněty hrtanu a středouší, pocit chronického dráždění v krku, astma nebo zvýšenou kazivost zubů.

Průběh refluxní choroby jícnu a komplikace

Refluxní choroba jícnu nejvíce postihuje dolní část jícnu. Vlivem dlouhodobého agresivního žaludečního obsahu se sliznice zvýšeně překrvuje, na povrchu se objevují zánětlivé změny jako drobné krvácivé praskliny (eroze). Těžší formy zánětu jsou charakterizovány tvorbou plochých slizničních vředů. Aby se sliznice stala více odolnou, hojněji se tvoří vazivová tkáň, stěna jícnu začíná fibrotizovat. Při **dlouhotrvajícím pálení žáhy** může dojít přestavbě slizničních buněk v dolní části jícnu, jež se stanou náchylnější k tvorbě vředů, těžkých zánětlivých změn a počínajícího nádorového bujení. Jedná se o přednádorový stav označovaný **Barrettův jícen**, na jehož základě vznikne s vysokým rizikem karcinomu jícnu. Riziko vzniku je 30 - 40x větší než v běžné populaci. Ohroženou skupinou jsou starší muži, kuřáci s mnohaletým pálením žáhy. Další komplikací je vznik vředů vedoucí při zhojení k zúžení jícnu. Těžší refluxní ezofagitida se může projevovat **krvácením do trávicího traktu**.

Diagnostika při dlouhodobém pálení žáhy

Pokud vás delší dobu obtěžuje **pálení žáhy**, neváhejte s vyhledáním odborné pomoci. Chorobami trávicího traktu se zabývá gastroenterolog. K **endoskopickému vyšetření jícnu** se používá trubice se světelným a optickým systémem, pomocí které lékař prohlédne stěnu jícnu, bioptickými kleštěmi může odebrat vzorek podezřelé sliznice či provést některé léčebné úkony např. při krvácení z vředů nebo jícnových varixů. Jedná se o téměř stejný přístroj jako gastroskop, rovněž vyšetření probíhá identicky. Pacientovi ležícímu na boku lékař zavede endoskop dutinou ústní do jícnu. Dávícímu reflexu se zabrání umrtvením hrdla před zavedením endoskopu. Celé vyšetření trvá zhruba 20 - 30 min, je nebolestivé, ale bohužel nepříjemné. Největším přínosem tohoto vyšetření je možnost odebrat vzorek sliznice, jež pak mikroskopem prohlédne patolog. Pokud zjistí, že slizniční buňky jsou již změněny, je doporučeno pravidelné endoskopické sledování, aby se včas odhalil zvrát do karcinomu jícnu.



Přesnou diagnostiku gastroezofageálního refluxu umožňuje **24-hodinová pH-metrie a manometrie**. Pod RTG kontrolou se zavede elektroda do jícnu, kde snímá celý den pH (kyselost) a tlakové změny v dolní části jícnu. Kromě objektivního změření kyselosti prostředí umožní i korelaci s pacientovými potížemi. Toto vyšetření může být často nespécifické. Navíc je omezeně dostupné, proto se využívá jen u pacientů s atypickými potížemi bez nálezu zánětlivých změn v odebrané biopsii.

Rentgenovým vyšetřením kontrastní látkou se gastroezofageální reflux neprokáže. Má význam pouze při zhodnocení charakteru a velikosti hiátové hernie nebo při posouzení délky stenózy (zúžení) jícnu.

Léčba při pálení žáhy

Při pálení žáhy je v první řadě nutné **upravit stravovací návyky**. Přísná dieta většinou není nutná, vyhýbejte se však jídlům, o kterých víte, že vám pálení žáhy způsobí. Důležité je uspořádání jídla během dne. Jezte 5 - 6x denně menší porce a poslední jídlo před ulehnutím konzumujte alespoň 3 hodiny předem. Vyhněte se hlavnímu velkému jídlu večer po celodenním lačnění. Omezte kouření,

pití kávy a alkoholu. Z **režimových opatření** má význam omezení činnosti zvyšující nitrobřišní tlak - nošení těžkých břemen. Jestliže je pálení žáhy nejhorší vleže v noci, zkuste si zvýšit polohu horní části postele (ne jenom hlavu). Pokud je však příčinou vašich potíží porucha dolního jícnového svěrače, jeho snížený tonus nebo porucha vyprazdňování žaludku, samotná režimová opatření většinou nestačí. Mají ale velký význam při snižování dávky udržovací medikamentózní terapie a prevenci recidivy potíží.

Medikamentózní léčba je založena na podání **antisekrecčních léků**, které sníží kyselost žaludečních šťáv. Existuje několik skupin léků, ale nejúčinnější z nich jsou **blokátory protonové pumpy** - Nolpaza, Helicid, Controloc, Lomac, Apo-ome, Omeprazol, Ortanol, Apo-panto, Lanzul, Lanzoprazol. Ideální je lék užit ráno nalačno před prvním jídlem ke snížení tvorby kyseliny během dne i výkyvům mezi jídly. Večerní dávka by se měla podávat pouze u převažujících nočních potížích. Prvenství této lékové skupiny spočívá v rychlejším nástupu hojení zánětlivých změn, výborné snášenlivosti s minimálními nežádoucími účinky, vyšší schopnost udržet onemocnění v klidovém stádiu a snížení počtu komplikací.

Slabší antisekrecční účinek mají **blokátory H2-receptorů** např. Ranital, Ulcosan, Quamatel, Famotidin, Famosan, jejichž užití je limitováno menší účinností a poklesem efektu léku při dlouhodobém užívání. Vznikne jakoby návyk, který oslabí účinek, a k dosažení stejného účinku by se musely podávat stále větší dávky (podobně fungují i některé drogy jako pervitin).

Motilitu trávicího ústrojí podporují **prokinetika**. Účinek mají zejména při poruchách vyprazdňování žaludku, schopnost potlačit gastroezofageální reflux nemají. Proto se užívají v kombinaci s blokátory protonové pumpy. Nejčastěji se užívá Ganaton. Účinek prokinetické léčby je významný zejména u dětských pacientů, u dospělých je efektivita léčby omezená.

Pro krátkodobou **úlevu od pálení žáhy** si řada nemocných kupuje **antacida**. Anacid, Rennie, Acix, Maalox, Talcid a další jsou volně v lékárně prodejné. Tyto přípravky však nezabrání návratu potíží a nedokážou zhojit zánětlivé změny, ani zabránit vzniku nádoru jícnu.

Chirurgická léčba se uplatňuje u nemocných s nedostatečným efektem kombinace medikamentózní léčby a režimových opatření, při anatomických odchylkách zejména velké hiátové hernii. Operuje se laparoskopicky i klasicky břišním řezem. Operační zákrok se označuje jako fundoplikace. Jejím principem je obalení uvolněné dolního jícnu přilehlou částí žaludečního těla a sešití vytvořené manžety před jícnem. Fundoplikace může být úplná (obalení v rozsahu 360°), tehdy se jedná o Nissen-Rossetihofundoplikaci. Nebo částečná hemifundoplikace, kdy je jícnem obalen v rozsahu asi 240°. Velká hiátová hernie se řeší repozicí hernie, odstraněním kýlního vaku, zúžením jícnového otvoru v bránici a fixací žaludku k břišní stěně nebo bránici.

Při **léčbě Barretova jícnu** je kladen důraz na potlačení kyselé sekrece blokátory protonové pumpy. Přesto u 10 - 20% pacientů nelze standardně podávanými léky léčit zánětlivé změny a zabránit postupu nádorové přestavby buněk. Tehdy se využívá ablace (sejmutí) změněného epitelu laserem, argonovou plazmou, elektrokoagulací nebo endoskopicky (přímá endoskopická mukosektomie). Chirurgická léčba spočívá v odstranění jícnu.

Prevence pálení žáhy

Preventivní opatření spočívají v dodržování správné životosprávy:

- Jezte pravidelně lehkou a dobře stravitelnou stravu
- Omezte tučná a kořeněná jídla
- Každou porci jídla obohaťte o zeleninu

- Sladká jídla nahradte ovocem
- Nekuřte
- Omezte konzumaci alkoholu, kávy a čokolády



Doporučení při pálení žáhy

Pokud vás trápí **pálení žáhy**, změňte svoje stravovací návyky - jezte malé porce 5 - 6x za den. Poslední večerní jídlo konzumujte 3 - 4 hodiny před ulehnutím a vyhýbejte se těžko stravitelným jídlům, omezte kouření a konzumaci alkoholu. Při krátkodobých potížích vám přinesou úlevu antacida. Jestliže máte potíže dlouhodobě, režimová opatření nikterak nepomohla, obraťte se na **gastroenterologa**. Ten vám nasadí účinnější léky, doporučí další režimová opatření a bude spolu s vámi sledovat vývoj potíží. Při přetrvávání potíží neodmítejte **endoskopické vyšetření jícnu**. Je sice nepříjemné, ale jako jediné ukáže, jaké důsledky má gastroezofageální reflux na váš jícen, zda je léčba účinná, případně odhalí počínající nádorové změny. A pro každé nádorové onemocnění platí, že čím dříve je odhaleno, tím jsou lepší léčebné možnosti a kvalita života.