

Klinické poznámky k onemocnění gastrointestinálního traktu doprovázené poruchou motility – jícen

MUDr. Peter Hegyi, MUDr. Zdeněk Wilhelm, CSc.

Poruchy motility gastrointestinálního traktu mohou být vyvolány nejrůznějšími odchylkami od fyziologické a anatomické normy, podílejících se na etiologii celé řady „lokálních“ onemocnění traktu a systémových onemocnění organismu jako celku.

V článku jsou schématicky probrány některá onemocnění jícnu, vedoucí k poruchám jeho motility s důrazem na jejich patofyziologii, klinický obraz, diagnostiku a možnosti režimového, dietního i léčebného ovlivnění.

Klíčová slova: dysmotilita jícnu, refluxní choroba jícnu, gastroezofageální reflux.

Gastrointestinální trakt

Gastrointestinální trakt (GIT) tvoří vzájemně funkčně propojený systém dutých a parenchymatózních orgánů, vytvářejících v anatomicky definovaných úrovních funkčně odlišné celky (orgány), ty se pak různým způsobem podílející na mechanickém a digestivním zpracování přijaté potravy a na resorpci (absorpci) chemicky definovaných živin k dalšímu metabolismu zpracování. Znamená to, že GIT je jediný funkční systém zpracovávající „přirozené“ energetické zdroje pro organismus jako celek. Jenom správná a přesná souslednost – (timing) činností jednotlivých úseků (orgánů) zabezpečuje jeho bezproblémovou činnost a nevyvolává u pacientů pocity dyskomfortu.

V klinické praxi ve většině případů lze symptomatologii onemocnění GIT vztahovat k jeho určitým etážím (orgánům) a podle charakteru potíží a jejich kombinací je možné už anamnesticky vytipovat druh jejich postižení. GIT zahrnuje dutinu ústní, hltan, jícen, žaludek, tenké a tlusté střevo (rektum), hepatobiliární systém (játra, žlučové cesty) a slinivku břišní (pankreas).

Je potřebné si uvědomit, že v diagnostice onemocnění GIT jsou určitá specifika a že je potřeba vést v patrnosti topografické a funkční vztahy s jinými orgány uloženými v krku, mezihrudí (mediastinu), dutině břišní a malé pánvi. Nemalý význam přisuzujeme i stavu a funkci bránice a břišní stěny (herniace,

ochablost svalů, stavy po úrazech, rozsáhlé jizvy). Projevy poruchy motility některé z částí GIT jsou téměř vždy provázeny změnou jejich anatomických poměrů.

Poruchy motility

Pod pojmem poruchy motility GIT se rozumí změna časové souslednosti, délky trvání a nekompletnost (vydatnost) kontrakce sfinkterů (svěračů) zažívací trubice, které mají za úkol vymezit funkčně odlišné prostory. Jedná se o horní a dolní jícnový svěrač, anatomické formace kardia žaludku, svalovina pyloru a anální svěrač.

Klinická symptomatologie poruch motility GIT je závislá na stupni, rozsahu a místě poškození zažívacího traktu, co v konečném důsledku vede k rozdělení subjektivních potíží na příznaky při:

- onemocnění jícnu
- onemocnění žaludku
- onemocnění tenkého střeva
- onemocnění tlustého střeva a konečníku
- onemocnění jater a žlučových cest
- onemocnění slinivky břišní.

S určitou licencí nepřesnosti je tedy možné tvrdit, že nesprávný timing motorické (motilitní, peristaltické) a sekreční činnosti jednotlivých úseků (orgánů) zažívací trubice a orgánů produkujících trávicí enzymy je příčinou řady

nepříznivých projevů (symptomů a syndromů) definovaných u jednotlivých onemocnění GIT.

V následujícím přehledu bychom si rádi všimli nejčastějších poruch motility zažívacího traktu se zaměřením na jícen a oblast přechodu jícen – žaludek s jejich nejtípciějšími projevy, onemocněním dalších etáží GITu budeme věnovat pozornost v některém z následujících článků. Anatomické poměry oblasti jícnu jsou znázorněny na obrázku 1.

V případě onemocnění jícnu se nejčastěji jedná o dysfagie, odynofagie, foetor ex ore, regurgitace, pyrózu, ruktus, krvácení a bolesti na hrudi nekardiálního původu.

Dysfagie – porucha pasáže potravy mezi dutinou ústní a žaludkem. Lze ji rozdělit na horní – orofaryngeální (poruchy posunu sousta mezi dutinou ústní a jícnem) a dolní – tzv. jícnová dysfagie (porucha pasáže jícnem do žaludku).

Odynofagie – bolestivé vnímání pasáže potravy jícnem do žaludku.

Foetor ex ore – obecně nepříjemný zápach z úst, jehož příčinou mohou být na úrovni dutiny ústní (záněty, karies, mykózy), na úrovni jícnu a kardia (poruchy motility dolního svěrače s regurgitací natrávené potravy). Někdy se užívá termínu halitace ve smyslu dysmotility terminálního jícnu a kardia a foetor ex ore se vztahuje pouze k dutině ústní.

Regurgitace – nefyziologický posun obsahu žaludku (natrávená potrava, trávicí šťávy) do jícnu.

Ruminace – patologický posun obsahu žaludku až do dutiny ústní.

Oba děje (regurgitace i ruminace) jsou více podmíněny poruchou žaludku a kardia, než vlastní dysmotilitou jícnu.

Pyróza – pálivý pocit za hrudní kostí s možností vyzařování bolesti do prekordia, zad, do krku.

Ruktus – říhání – je pojištěným fyziologickým mechanismem, regulujícím velikost žaludeční bubliny. Za chorobný projev se spíše považuje nemožnost odříhnutí.

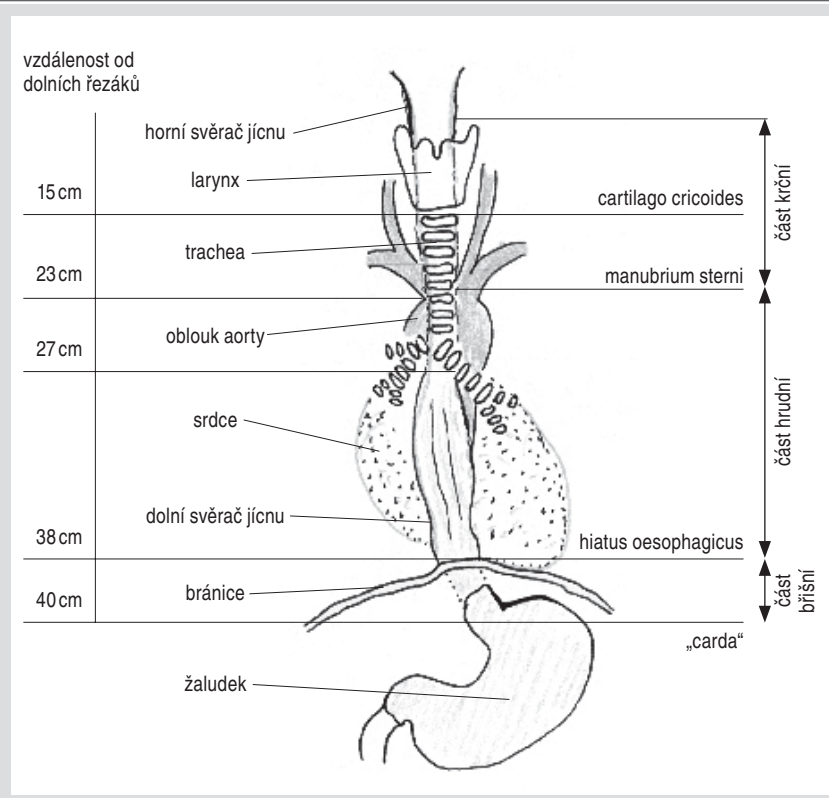
Krvácení různé závažnosti, dle vyvolávající příčiny (refluxní i nerefuxní ezofagitidy, jícnové varixy, peptické léze, divertikly) s možností rozvoje anemického syndromu.

Bolesti na hrudi nekardiálního původu – mají v gastroenterologii ve většině případů etiologický podklad v oblasti jícnu a kardia.

Při objasňování klinických projevů poruch gastrointestinálních funkcí se v poslední době odklonila pozornost od poruch sekrece k poruchám motility. A to nejenom k poruchám



Obrázek 1. Anatomie jícnu



v oblasti svěračů ezofago-gastro-duodena (EGD), ale i k poruchám tonu, peristaltiky a evakuace (vyprazdňování) po celé délce zažívací trubice.

Je nesporné že diagnostikou změn motility je možné dospět k orientační klasifikaci poruch označovaných jako „hyperstenické“ a „hypo-sterické“. Tyto termíny jsou však dnes používány ve vztahu k poruše motility (hlavně v oblasti tonu) a ne k poruše sekrece. Rigorózní dělení poruch motility (dystonií a dyskinez) na primární a sekundární je proto velmi křehké a zatím zřejmě málo precedenční.

Specializovanými vyšetřovacími metodami (manometrie, rtg, endoskopie, ultrazvukové a izotopové metody) lze u nemocných s funkčními poruchami prokázat odchylky od normy, avšak jednoznačné výsledky, sjednocující výklad těchto odchylek jenom na bázi motility, se zcela „nepovedlo“ prezentovat.

Poruchy motility jícnu způsobuje celá řada chorobných stavů, které postihují jícen za různých patologicko-anatomických a patofyziologických podmínek. Uvádí se, že v populaci starší 70 let se s těmito projevy setkáváme až u 70 % lidí. Jedná se o poruchu pasáže potravy z ústní dutiny do žaludku. Přitom se může jednat o poškození jícnu samotného ve kterémkoliv jeho úseku, či o onemocnění topograficky blízkých orgánů krku, mezihrudí (mediastina) a bránice.

K nejčastějším onemocněním v gastroenterologických ambulancích patří: achalázie, spazmy jícnu, jícnové divertikly, ezofagitidy nereflexního původu, hiátové hernie, neoplazie a refluxní onemocnění jícnu.

Achalázie jsou další skupinou onemocnění provázených významnou poruchou motility jícnu – jde o funkční onemocnění celého jícnu s úbytkem až ztrátou propulzivní aktivity (peristaltiky) jícnu, s poruchou relaxace dolního jícnového svěrače a s postupnou prestenotickou dilatací jícnu. Příčinou je postgangliová denervace hladké svaloviny jícnu se sníženým počtem myenterických gangliových buněk. Onemocnění patří mezi neuromuskulární nemoci, přičemž porucha motility se projevuje dysfagií, regurgitací, retrosternální bolestí, kašlem, aspirační bronchopneumonií. Achalázie nediagnostikované a neléčené se komplikují často plicní intersticiální fibrózou, stagnační ezofagitidou, ve stadiu pokročilých změn až vznikem spinocelulárního karcinomu.

Pro stanovení diagnózy využíváme endoskopické vyšetření s odběrem tkáňových histologických vzorků, rtg vyšetření, manometrii jícnu a další vyšetření zaměřená na motilitu jícnu ...

Režimová opatření ve smyslu změny objemu, konzistence a dráždivosti potravy mají v rámci kauzální léčby jenom omezený význam, jsou vynucena motilitním dyskomfor-

tem (subjektivně různě intenzivně vnímanou poruchou pasáže potravy jícnem) a podílejí se spíše na prevenci malnutrice a vzniku komplikací tohoto onemocnění.

Ve snaze o **léčbu** se setkáváme s nízkým účinkem medikamentózní terapie. Volíme endoskopickou aplikaci botulotoxinu do dolního jícnového svěrače s účinkem až v 90 %, pneumatickou dilataci; při jejich neúspěchu se provádí léčba chirurgická, spočívající v myotomii.

Refluxní onemocnění jícnu jsou způsobena poklesem tonu dolního svěrače jícnu a inkompetencí antirefluxního anatomického mechanismu kardiie s masivním pH-agresivním (kyselým, nebo alkalickým) gastroezofageálním refluxem – obrázek 2. Velmi častý je souběh s fixovanou, nebo skluznou **hiátovou axiální hernií**.

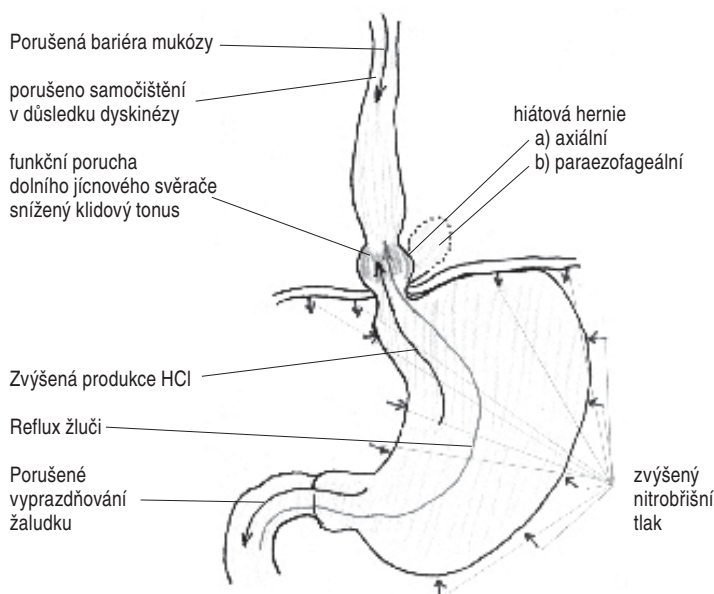
Hlavním klinickým příznakem je **pyróza** (pálení žáhy), palčivá bolest za hrudní kostí – po tučných, kořeněných a sladkých jídlech, alkoholických nápojích, nadměrném kouření. K dalším příznakům řadíme jícnové (dolní) **dysfagie, odynofagie, regurgitace, noční mikro-aspirace** (provokující tzv. ranní chrapot až respirační potíže typu astmatických ekvivalentů), **nauzeu (nevolnost) a zvracení**. Tyto potíže jsou provokovány mimo jiné i polohou v předkloně, vleže a činnostmi, které jsou spojeny se zvyšováním napětí břišní stěny (tzv. břišní lis). K atypickým příznakům se pak řadí časté bolesti v krku, pocity plného hrdla, chronický kašel, otalgie – zejména u dětí.

Dlouhodobě neléčené, refluxní potíže mohou vést až k těžkým peptickým projevům, erozím, fisuracím a vředům (Baretův jícen) spojených s možností různě závažné hemoragie a stenóz. V popředí stojí nebezpečí vzniku těžkých dysplastických a metaplastických změn sliznice s možným rozvojem karcinomu jícnu – obrázek 3. Dalšími možnými projevy jsou – eroze skloviny zubů, refluxní laryngitida, u dětí otitis media, centrální bolesti na hrudníku (podle intenzity simulující až ischemické bolesti při poškození myokardu), refluxní bradykardie a synkopy.

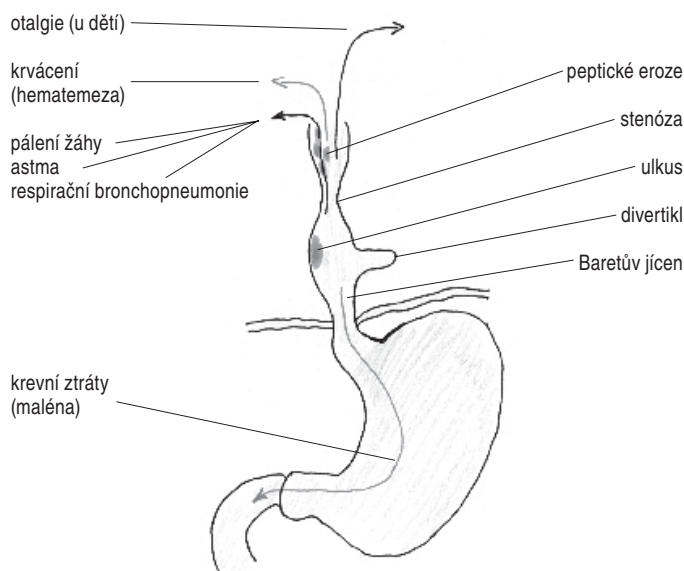
K diagnostice refluxní nemoci jícnu a refluxní ezofagitidy se využívá endoskopické vyšetření s odběry tkáňových vzorků k histologickému vyšetření, rtg a izotopové vyšetření; k průkazu přítomnosti gastroesofageálního refluxu pak také pH-metrie a manometrie jícnu.

Režimovými opatřeními se snažíme o vyloučení zvýšeného nitrobřišního tlaku (zvedání těžkých předmětů, ale i intenzivní tlačení na stoličce, tedy i všechna opatření k prevenci

Obrázek 2. Patogenetické faktory vzniku refluxního onemocnění



Obrázek 3. Refluxní onemocnění jícnu – komplikace



obstipace), po jídle se vyhýbáme nadměrné fyzické zátěži a anatomicky nevýhodné polohy v leže a v předklonu.

Nutričními doporučeními se snažíme o vyloučení ostrých, pikantních, nadýmavých, sladkých a kynutých jídel, černé kávy, alkoholu. Důležité je nepřepřehnat GIT nadměrným objemem potravy. Obecně výrazně omezíme sacharidy a lipidy při zvýšené potřebě proteinů: 1–1,2 g/kg/den. Současně se snažíme vynechat potraviny individuálně hůře snáše-

né. Vedle již zmíněné kávy omezíme i další nápoje, obsahující kofein a tein – Coca-colu,

silný čaj, nápoje sycené oxidem uhličitým. Vyhýbáme se výrazně chladným i horkým jídlům a nápojům. U nemocných s nadváhou se snažíme o redukci hmotnosti – v mnoha případech pokles hmotnosti může výrazně snížit obtíže. Denní příjem potravy se snažíme rozdělit do 5–6 menších porcí. Ve fázi akutních potíží (zánětu) dáváme přednost tekuté a polotuhé (kašovitě) stravě a stravě ve formě pyré. Nesmíme opomenout příjem vitaminů rozpustných ve vodě a dostatečný příjem vápníku a to v každé fázi onemocnění. Kouření a požívání alkoholických nápojů významně zhoršuje potíže a onemocnění samotné.

V medikamentózní léčbě se uplatňují deprese žaludeční sekrece typu blokátorů protonové pumpy, blokátorů H₂-receptorů, prokinetika, antacida. Při neúspěchu konzervativní léčby jsou pacienti indikováni k chirurgické antirefluxní léčbě.

Z dalších příčin poruch motility jícnu nutno pro ucelenější přehled uvést i poruchy vznikající například při Parkinsonově chorobě, Huntingtonově chorobě, roztroušené skleróze, Wilsonově chorobě, progresivní paralýze, myastenii gravis, poly- a dermatomyositidě, nádorech mozku a samotného jícnu, divertiklech jícnu, alkoholické a diabetické neuropatii.

Poruchy motility jícnu trápí nemalé procento nemocných. Jsou příčinou nejenom nespecifických, ale i typických symptomů charakterizujících toto onemocnění. Je dobré o nich vědět, protože se jedná o projevy, se kterými se setkáváme každý den – a to nejenom v gastroenterologických ambulancích.

MUDr. Peter Hegyi
Gastroenterologie – interní oddělení
Vojenské nemocnice Brno,
Zábrdovická 3, 636 00 Brno
e-mail: privatni@centrum.cz

Literatura

1. Burton LK, Murray JA, Thompson DM. Ušní, nosní a krční projevy gastroezofageální refluxní choroby. *Medicina po promoci* 2005; 6: 37–42.
2. Dambr MR. Griffith's 5-minute clinical consult. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins 2003: 1343 s.
3. Dítě P. et al. Akutní stavy v gastroenterologii. Praha, Galén, 2005: 314 s.
4. Haslett C, Chilver ER, Boon NA, Colledge NR. Davidson's principles and practice of medicine. Edinburgh, Churchill Livingstone 2002: 1274 s.
5. Jamison J. Clinical guide to nutrition and dietary supplements in disease management. Edinburgh, Churchill Livingstone 2003: 790 s.
6. Lukáš K. Refluxní choroba. Praha, Triton, 1998: 118 s.
7. Mařatka Zdeněk. Gastroenterologie. Praha, Karolinum 1999: 490 s.
8. Renz-Polster H, Braun J. Basislehrbuch Innere Medizin. München, Urban & Fischer: 2001: 1216 s.

