

Extraezofageální refluxní choroba – mezioborový konsenzus

¹Petr Brandtl, ²Karel Lukáš

Česká gastroenterologická společnost

³Jarmila Turzíková

Česká společnost dětské pneumologie

⁴Jan Chlumský, ⁵Václav Sedlák

Česká pneumologická a ftyzeologická společnost

⁶Jitka Vydrová, ⁷Karol Zeleník

Česká společnost otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku

⁸Jana Vojtíšková, ⁸Bohumil Seifert

Společnost všeobecného lékařství

¹Gastroenterologická ambulance, Praha 4

²Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, IV. interní klinika VFN

³Dětská pneumologická ambulance FN Bulovka, Praha

⁴Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Pneumologická klinika FTNsP

⁵Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Plicní klinika FN

⁶Hlasové a sluchové centrum Medical Healthcom s.r.o., Praha

⁷Otorinolaryngologická klinika FN, Ostrava

⁸Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav všeobecného lékařství

Recenze: doc. MUDr. Václav Jirásek, CSc., doc. MUDr. Martina Vašáková, Ph.D.

Čas Lék čes 2011; 150: 513–518

ÚVOD

Vzhledem k tomu, že stoupá incidence a prevalence refluxní choroby jícnu (RCHJ), stoupá i incidence a prevalence extraezofageální refluxní choroby (EERCH). Vznikla naléhavá potřeba stanovit přístup k těmto pacientům na mezioborové úrovni. Materiál vychází z již vypracovaných a aktualizovaných standardů pro RCHJ (1).

DEFINICE

Extraezofageální reflux (EER) je stav, kdy dochází k průniku (duodeno)gastričního obsahu nad úroveň horního jícnového svěrače (HJS).

ADRESA PRO KORESPONDENCI:

MUDr. Karel Lukáš, CSc.
IV. interní klinika 1. LF UK a VFN
U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2
e-mail: klukas@vfn.cz

Extraezofageální refluxní choroba (EERCH) je stav, kdy reflux působí obtíže a/nebo komplikace v laryngu, faryngu, respiračním traktu a ústní dutině.

V případech poruch srdečního rytmu a v některých případech astma bronchiale a kašle neproniká refluxát nad úroveň horního jícnového svěrače. Jde o podráždění větve n. vagus a jedná se tedy o **extraezofageální projevy** RCHJ.

Synonyma používaná pro termín extraezofageální reflux: laryngofaryngeální reflux, faryngeální kyselý reflux, ORL reflux, atypický reflux, supraezofageální reflux,

INCIDENCE A PREVALENCE

Incidence a prevalence RCHJ stoupá, a proto stoupá zřejmě i incidence a prevalence EERCH. Důvodem vyššího výskytu EERCH je pravděpodobně i to, že se na EER jako příčinu potíží a komplikací více pomýšlí všeobecně i v jiných oborech než v gastroenterologii. Důležitou roli hraje i zpřesnění diagnostiky (jícnová impedance). Přesná prevalence EERCH není známa; jedná o nehomogenní skupinu pacientů s kolísavou závažností příznaků. Znaky a příznaky EERCH

jsou v USA zaznamenány u 4–10 % pacientů přicházejících do ORL ordinací (2).

ETIOPATOGENEZE

Etiopatogeneze EERCH se podstatněji neliší od RCHJ. Stupeň poškození závisí na převaze faktorů agresivních nad defenzivními. Za nejdůležitější příčinu se považuje nedomykání HJS. Tento svěrač je označován jako horní část jícnu a je krifikofaryngeální částí dolního jícnového svěrače. Důležitým patogenetickým faktorem je chemické složení refluxátu a délka jeho expozice na sliznici jednotlivých orgánů. Roli může hrát i spánkový reflux (3, 4).

Rozdíly v patogenezi EERCH a RCHJ jsou následující:

1. U EERCH je připisován větší význam **kombinaci** faktorů (pepsin a kyselina chlorovodíková a duodenální obsah) zodpovědných za poškození sliznice než jen kyseliny chlorovodíkové samotné. Hovoří se o toxickém synergismu (5).
2. Podstatnou úlohu hraje **pepsin**, který si zachovává svoji stabilitu a aktivitu i v průběhu slabě kyselých EER epizod (weakly acid tj. pH mezi 4,0–6,9).
3. **Sliznice** v extraezofageální oblasti je mnohem citlivější na agresivní složky refluxátu v porovnání se sliznicí jícnu, takže na vyvolání slizničního poškození stačí jen několik EER epizod. V experimentu je prokázáno poškození sliznice laryngu již při třech refluxních epizodách za 24 hodin, zatímco 50 refluxních epizod za 24 hodin je u jícnové sliznice považováno ještě za normu (6–8).
4. Kromě poruchy dolního jícnového svěrače (DJS) bývá porušena i funkce **horního jícnového svěrače** (9).
5. Ve vzdálenějších oblastech (středouší, paranazální dutiny, plíce) se předpokládá i úloha **aerosolových refluxů**.
6. EER často působí v souvislosti s **dalšími vlivy**, např. s porušenou imunitou (10–21).
7. U astma bronchiale se uplatňuje buď mechanismus přímého dráždění vagových vláken a ezofago-tracheo-bronchiální reflex nebo mikroaspirace, která indukuje bronchiální hyperreaktivitu. U astmatu a některých dalších plicních nemocí dochází ke zvýšení tlakového gradientu mezi břišním a hrudním prostorem. Negativní vliv má i antiastmatická léčba (beta-2-mimetika, methylxantiny), která snižuje tonus dolního jícnového svěrače.

SYMPTOMATOLOGIE A NEMOCI DÁVANÉ DO SOUVISLOSTI S EXTRAEOFAGEÁLNÍM REFLUXEM PODLE JEDNOTLIVÝCH ORGÁNŮ

Cílená řádná podrobná anamnéza je vždy základem. Typické příznaky RCHJ jako pálení žáhy a regurgitace mají obrovské rozpětí (6–43 % pacientů s ORL potížemi, 40–60 % pacientů s astmatem a 25–57 % pacientů s kašlem). Pokud chybí typické příznaky RCHJ, je reflux označován jako asymptomatický – němý (2, 20–22).

Mimojícnová symptomatologie dle lokalizace

1. Mimojícnová **symptomatologie** v možné souvislosti s EER **v ústech a horních dýchacích cestách (v „ORL oblasti“)**:
 - chronický kašel (souvislost s RCHJ je odhadován na 20 %),
 - chraptot,
 - bolesti v krku,
 - nadměrná produkce hlenu v horních cestách dýchacích,
 - časté pokašlávání (odkašlávání),
 - pocit sucha v krku,
 - globus (pocit cizího tělesa v krku),

- dysfonie,
- tzv. zadní rýma (postnasal drip),
- poruchy kmitání blanité části hlasivek.

2. Mimojícnová **symptomatologie** v možné souvislosti s EER **v ústech (ve „stomatologické oblasti“)**:

- zvýšená kazivost zubů,
- zápach z úst (halitóza, foetor ex ore),
- pálení v ústech,
- pocit hořkosti v ústech,
- pachuté v ústech (dysgeuzie).

3. Mimojícnová **symptomatologie** v možné souvislosti s EER **v dolních dýchacích cestách a plicích (v „pneumologické oblasti“)**:

- kašel,
- dušnost,
- paroxysmální laryngospasmus.

4. Mimojícnová **symptomatologie v možné souvislosti s EER – obtíže ve spánku:**

- **syndrom obstrukční spánkové apnoe** (obstructive sleep apnea syndrome – OSAS)
 - EER může zhoršovat syndrom obstrukční spánkové apnoe chronickým drážděním kořene jazyka s jeho následnou hypertrofií.
 - Je prokázáno, že v průběhu apnoických příhod dochází ke snížení nitrohrudního tlaku, a tím se zvyšuje riziko refluxu.
 - Častý vzájemný výskyt EER syndromu obstrukční spánkové apnoe může být jen koexistencí dvou samostatných klinických jednotek s podobnými rizikovými faktory bez další vzájemné souvislosti (23–25).
- **Poruchy spánku všeobecně** jsou mimojícnovým projevem. Mnohdy se nedaří přesně rozlišit, zda příčinou potíží je RCHJ či EER nebo obojí. Ze všeobecných poruch spánku jsou ve vztahu k EER vyčleňovány noční respirační potíže u pacientů s bronchiálním astmatem (Nocturnal Respiratory Symptoms) (4).

Mimojícnová symptomatologie v možné souvislosti s RCHJ – vliv na srdeční rytmus

- sinusová arytmie (20, 26).

Onemocnění v možné souvislosti s EER dle lokalizace

1. **Hrtan, průdušnice, plíce**
zadní (refluxní) laryngitida,
chronická laryngotracheitida,
subglotická a laryngální stenóza,
leukoplakie,
karcinom laryngu,
hyperkinetická dysfonie,
hlasívkové uzlíky,
granulomy laryngu,
kontaktní vředy,
astma bronchiale,
chronická bronchitida,
plicní fibróza,
chronická obstrukční choroba bronchopulmonální,
obliterující bronchiolitida (u pacientů po transplantaci plic),
bronchiektázie,
recidivující bronchopneumonie.
2. **Hltan**
chronická faryngitida,
lingváltní tonsilitida,
hyperplazie kořene jazyka,
syndrom obstrukční spánkové apnoe,
karcinom hltanu (27).
3. **Nos a vedlejší nosní dutiny**
chronická rinitida,

Tab. 1. Index symptomů refluxu (reflux symptom index) podle Belafskyho (28, 29)

Měj jste v posledních měsících některý z následujících příznaků?	0 – bez těžkostí, 5 – závažné problémy					
chraptot nebo jiný problém s hlasem	0	1	2	3	4	5
odkašlávání hlenu, pokašlávání	0	1	2	3	4	5
nadměrné zahlenění nebo sekrece z nosohltanu	0	1	2	3	4	5
obtížné polykání potravin, tekutin nebo tablet	0	1	2	3	4	5
kašel po jídle nebo ulehnutí	0	1	2	3	4	5
dechové obtíže a pocity dušení	0	1	2	3	4	5
obtěžující nebo namáhavý kašel	0	1	2	3	4	5
pocit cizího tělesa, knedlíku v krku	0	1	2	3	4	5
pálení žáhy, bolesti na hrudi, pocit netrávení, stoupání kyselosti do krku	0	1	2	3	4	5

recidivující sinusitidy,
chronická rinosinusitida,
chronická epifaryngitida (postnasal drip).

4. Ucho

chronická sekretorická otitida,
recidivující akutní otitida,
chronická otitida.

5. Zuby

dentální eroze (účinkem kyseliny chlorovodíkové na sklovinu).

DIAGNOSTIKA

Ke stanovení diagnózy EERCH neexistuje jednoduchá a specifická diagnostická metoda. Vnímání obtíží je u různých pacientů rozdílné, je dáno i rozdílným prahem bolesti. Někdy minimální EER a malé změny na sliznici způsobují výrazné subjektivní obtíže a naopak někteří pacienti s výraznými změnami v hrtanu žádné problémy nemají. Stejně jako u RCHJ není korelace mezi tíží příznaků a tíží onemocnění.

Anamnéza

Dotazník pro pacienta ke zjištění „Indexu symptomů refluxu“ (ISR) podle Belafskyho usnadní odebrání základní anamnézy. Pacient má k jednotlivým příznakům přiřadit číslo 0–5 podle závažnosti potíží v posledních měsících. Pokud je ISR (tj. součet bodového ohodnocení jednotlivých položek) větší než 13, je velká pravděpodobnost, že obtíže jsou způsobeny EER (tab. 1) (28, 29).

Vyšetření

Posloupnost a priorita jednotlivých vyšetření se řídí odborností pracoviště nebo lékaře, ke kterému se pacient dostaví primárně.

1. Ezofagogastroduodenoskopie

Pokud je prvním navštíveným lékařem gastroenterolog – je jako základní vyšetření využita ezofagogastroduodenoskopie.

- Zcela jistě by měla být ezofagogastroduodenoskopie provedena u pacientů s déletrvajícím příznaky refluxní nemoci jícnu (pyróza, reflux, dysfagie, odynofagie, bolest na hrudi, globus) nebo s příznaky alarmujícími (hubnutí, anémie, hemateméza, meléna), u pacientů nereagujících dostatečně na léčbu, u pacientů před zvažovanou laparoskopickou fundoplikací.
- Při dlouhodobých potížích dávaných do souvislosti s EER je vhodné endoskopii provést před nasazením inhibitorů protonové pumpy (IPP).
- Endoskopie může být případně doplněna o histologické

Tab. 2. Skóre nálezů refluxu (reflux findings score – RFS) podle Belafskyho

Hodnocený nález	Bodové hodnocení
subglotický otok = pseudosulcus	0 – nepřítomen 2 – přítomen
obliterace Morganského ventrikulu	2 – částečná 4 – úplná
erytém/hyperémie	2 – pouze arytenoidní hrboly 4 – difuzní
otok hlasivek	1 – mírný 2 – střední 3 – těžký 4 – polypoidní degenerace
difuzní otok hrtanu	1 – mírný 2 – střední 3 – těžký 4 – obstruující
hypertofie zadní komisy	1 – mírná 2 – střední 3 – těžká 4 – obstruující
granulom/granulace hrtanu	0 – nepřítomny 2 – přítomny
hustý hlen v hrtanu	0 – nepřítomen 2 – přítomen

Jednotlivé nálezy se hodnotí při videolaryngoskopickém vyšetření. Pokud je celkové RFS větší než 7, je podle Belafskyho jisté na 95 %, že nález v hrtanu je způsoben EER (28, 29).

vyšetření biopsie z jícnu (vhodné u neerozivní refluxní choroby jícnu (NERCHJ) k průkazu mikroskopické ezofagitidy).

- Při endoskopii je nutné věnovat zvýšenou pozornost i proximálnímu jícnu, kde se asi u 5 % endoskopovaných pacientů se nachází ektopická žaludeční sliznice, která může být v příčinné souvislosti s ORL potížemi pacienta (globus). Je nutné též vzít v úvahu byt nepatrnou produkci kyseliny chlorovodíkové v této ektopické žaludeční sliznici. Napomůže úzkopásmové zobrazení (narrow band imaging – NBI) zobrazení a diagnózu je potřebné potvrdit odběrem biotických vzorků.

2. Laryngoskopie, videokymografie, videolaryngoskopie

nejlépe ve vysokém rozlišení (HD) (event. v NBI zobrazení)

- Nález v tzv. „ORL oblasti“ není specifický.
- Nejčastěji je nacházena refluxní laryngitida. Je přítomno zarudnutí, edém nebo hypertrofie zadní komisy, zarudnutí arytenoidních výběžků, difuzní otok hrtanu a pseudosulcus a porucha kmitání hlasivek.
- Jsou nacházeny i granulomy hlasivek, subglotická a tracheální stenóza. Ke zhodnocení závažnosti slizničních změn v hrtanu bylo Belafským vyvinuto osmipoložko-

vé „Reflux finding score“, které umožňuje nálezy standardizovat, porovnávat a hodnotit efekt léčby (tab. 2) (28, 29).

3. Laboratorní vyšetření

- vyšetření tekutiny získané bronchoalveolární laváží (BAL)
- Přítomnosti tzv. lipofágů (lipid laden alveolar macrophages – LLAM), které bývají ve zvýšeném počtu prokazovány jako nespecifický marker aspirace (30).
- Vyšetření pepsinu, žlučových kyselin a pH v BAL, kondenzátu vydechaného vzduchu a ve slinách, se zatím běžně neprovádí.
- Tato vyšetření mohou diagnózu EER podpořit, na jejich standardizaci se v současnosti teprve pracuje.

4. 24hodinová dvoukanálová pH-metrie

Uplatňuje se v diagnostice *kyselých extraezofageálních refluxních* epizod. Je dobře tolerována většinou pacientů a její senzitivita je kolem 85 %. Pro průkaz EER je důležité prokázat epizody refluxů dosahující až nad úroveň HJS. Proximální senzor dvoukanálové sondy má být nad úroveň HJS umístěn pod přímou kontrolou laryngoskopem, ev. flexibilním endoskopem. Jednokanálová pH-metrie není vhodná pro průkaz EER. Při jednom senzoru totiž není jasné, je-li pokles pH způsoben refluxem nebo příjmem tekuté nebo pevné potraviny s nízkým pH. Pokud jsou dva senzory, jasně zachytí pokles nejprve v oblasti dolního senzoru a poté horního.

5. **24hodinová impedance** (multi-channel intraluminal impedance – MII), při které je možné monitorovat i oblast HJS. Dokáže sledovat i refluxy slabě kyselé (weakly acid) a „nekysele“ (non-acid, tzn. s pH zásaditým či neutrálním) a rozlišit charakter refluxátu (tekutina, vzduch). Umožní prokázat výšku propagace refluxátu do jícnu a rozlišit jeho směr pohybu (polykání vs. reflux).

6. „**High resolution**“ manometrie (HRM) (multikanálové snímání motility jícnu pomocí 20–36kanálové manometrie)

7. **RTG vyšetření** (polykací akt, RTG vyšetření jícnu a žaludku a duodena s kontrastní látkou), zejména při nemožnosti provedení ezofagogastroduodenoskopie.

8. Měření pH v oblasti orofaryngu – Restech Dx-pH systém

Restech Dx-pH systém měří pH v kondenzátu ve vydechaném vzduchu v oblasti hltanu. Senzor sondy je zaveden do úrovně uvuly. Vysoká citlivost zařízení umožňuje měřit pH nejen tekutiny, ale i drobných kapek aerosolu. Data jsou přenášena bezdrátově do záznamového zařízení. Metoda se provádí zatím jen na některých specializovaných pracovištích.

9. Peptest™ (detekce pepsinu pomocí „lateral flow device“)

Detekuje pepsin (reakcí s vysoce specifickými monoklonálními protilátkami) ve vzorcích slin, sputa, středoušní tekutiny a v dalších. Lze detekovat 16 ng pepsinu v 1 ml. I tato metoda se provádí jen výjimečně na některých specializovaných pracovištích.

10. Terapeutický test (též diagnosticko-terapeutický test) s inhibitory protonové pumpy

Je prováděn po zhodnocení anamnézy a eventuálních dostupných vyšetření. Spočívá v nasazení inhibitoru protonové pumpy (IPP) v dostatečné dávce (lansoprazol 30 mg, omeprazol 20 mg, pantoprazol 40 mg) 2× denně po dobu 6 týdnů. Diagnosticko-terapeutický test má nízkou specifitu (20) a malou compliance pro nutnost dlouhodobého a pravidelného užívání, obzvláště při počáteční mírné terapeutické odpovědi (20, 31, 32).

Schéma vyšetřování EER lékaři prvního kontaktu. Lékaři prvního kontaktu se řídí následujícím plánem: Pokud je nemocný mladší 45 let a jeho obtíže jsou epizodické a nemají chronický charakter, somatický náález, je normální a ne-

jsou žádné alarmující příznaky (hubnutí, hemateméza, meléna, anémie, dysfagie, odynofagie), pak nejsou invazivní vyšetření považována za nezbytná. Pracovní diagnóza je stanovena na základě typické symptomatologie. Přímo je možné zahájit léčbu, pozitivní terapeutický test diagnózu podporuje. Pokud potíže trvají déle než 6 týdnů, nebo nebyla dosažena odpověď na adekvátní léčbu, nemocný je starší 45 let, nebo je patologický fyzikální náález, případně alarmující příznaky, jsou třeba další vyšetření.

Dále je možné využít ve zcela výjimečných případech: 11. **endosonografii**, 12. **bronchoskopii**.

PRŮBĚH

Nemoc probíhá stejně jako RCHJ, tzn., může se jednat jen o **izolované epizody**, nebo je průběh chronický, stacionární, popřípadě může **progredovat** a probíhat s komplikacemi.

LÉČBA

Musí být komplexní a sestává z následujících kroků.

Režimová opatření

Režimová opatření jsou stejná jako u RCHJ a představují základní součást léčby:

1. omezení činností zvyšujících nitrobřišní tlak,
2. zákaz kouření,
3. redukce tělesné hmotnosti.

Dietní opatření

Dietní opatření jsou identická jako u RCHJ a představují podstatnou součást léčby, ale je nutné brát v úvahu individuální vyvolávající a zhoršující příčiny:

1. omezení potravin a nápojů snižujících tonus dolního jícnového svěrače, prodlužujících evakuaci žaludku a zvyšujících žaludeční sekreci (např. čerstvé pečivo, tuky, čokoláda, cibule, česnek, máta, mák, alkohol, coca-cola, čaj, kyselé džusy, káva) a
2. zároveň vyloučení potravin vyvolávajících subjektivní potíže.

Medikamentózní léčba

1. Antacida

Antacida působí krátkodobou symptomatickou úlevu.

Algináty – váží pepsin a žlučové kyseliny ze žaludečního sekretu, čímž se vysvětluje pozitivní účinek u pacientů s EER (28). Alginát nemá systémové účinky, a proto jej lze užívat během těhotenství a kojení. Lze kombinovat s IPP. Dosud nebyly hlášeny žádné lékové interakce. Doporučená medikace: 3× denně po jídle a 4. dávku na noc.

2. Prokinetika

Při mimojícnových projevech je vhodné přidávat prokinetikum, protože prokinetika jsou nesporně – z hlediska mechanismu účinku – nejlogičtější léčbou. Působí cíleně – příčinou RCHJ je porucha motility. Nyní je užíván zejména itoprid v dávce 3× 50–100 mg (33–36). Ale naopak je uváděno, že metoklopramid jako monoterapie nebo podpůrná terapie u pacientů s RCHJ nebo s podezřením na EER není účinná, nebo převažují nežádoucí účinky nad prospěšností (33).

3. Inhibitory protonové pumpy

Z této léčby profituje část pacientů s převahou kyselých refluxních epizod. Léčba musí být pravidelná, dostatečně dlou-

há (3–6 měsíců) a v dostatečné dávce, podávaná 2× denně. Nemocní s EER, zvláště pacienti s NERCHJ, mohou na tuto léčbu odpovědět jen nevýrazně (36). Nízká compliance a nevíra v původ potíží v EER je častým důvodem „neúčinné“ léčby inhibitory protonové pumpy. Důležitá je jejich správná aplikace (na lačno, 30–60 minut před jídlem) a pravidelné užívání v dostatečných dávkách!

Větší pravděpodobnost efektu léčby EERCH mají pacienti se současnými projevy refluxní choroby jícnu (pyróza, regurgitace).

4. Adsorbenty žlučových kyselin

Literární údaje považují adsorbenty žlučových kyselin za nesporně prospěšnou léčbu při alkalickém refluxu; jako racionální se pak jeví i kombinace s prokinetiky – itopridem. K vazbě regurgitovaných žlučových kyselin je používáno s nepříliš velkým efektem např. calcium carbonicum praecipitatum, s daleko větším úspěchem je podáván cholestyramin (35), v současnosti u nás dostupný mimořádným dovozem.

5. Chirurgická léčba

V přítomnosti je míněna chirurgickou léčbou EER prakticky jen laparoskopická fundoplikace, která připadá v úvahu až po vyčerpání všech konzervativních možností léčby. U pacientů s NERCHJ a bez brániční hernie je třeba nabádat ke větší zdrženlivosti. Indikaci k laparoskopické fundoplikaci je třeba opřít o výše uvedená vyšetření včetně manometrie a 24hodinové dvoukanálové pH-metrie (nejlépe impedance). V indikaci k laparoskopické fundoplikaci u EER lze vycházet ze standardů pro RCHJ, kde jsou indikace následující:

- selhání maximální kombinované konzervativní léčby (inhibitory protonové pumpy + prokinetikum v dostatečných dávkách podávané dostatečně dlouhou dobu),
 - vývoj a progresse komplikací – Barrettův jícen, stenóza,
 - trvalá symptomatologie jícnová i mimojícnová,
 - přetrvávající objektivní nález,
 - nemocní, kteří odmítají dlouhodobou konzervativní léčbu, nebo upřednostňují chirurgické léčení, zejména ti s perspektivou dlouhodobé léčby,
 - nemocní, kteří mají anatomické, chirurgicky napravitelné odchylky – skluzné a smíšené hiátové hernie (skluzná hiátová hernie bez refluxu není indikována k chirurgické léčbě), nemocní s proběhlými nebo tvajícími komplikacemi.
- Akutní projevy RCHJ včetně komplikací nejsou indikací k chirurgické léčbě (1).

6. Endoskopická léčba

Zatím u RCHJ nespĺnila očekávání v ní kladená, osvědčuje se u Barrettova jícnu.

7. Hlasová reedukace a kognitivně behaviorální léčba

ZÁVĚR

Extraezofageální reflux je stav, kdy dochází k průniku (duodeno)gastriického refluxátu nad úroveň HJS a kdy reflux žaludečního obsahu působí obtíže a/nebo komplikace v laryngu, faryngu, respiračním traktu a ústní dutině.

Etiopatogeneze extraezofageální refluxní choroby se podstatněji neliší od refluxní choroby jícnu. Stupeň poškození závisí na tom, do jaké míry agresivní faktory překonají obranné mechanismy. Za nejdůležitější příčinu je považováno nedomykání HJS.

Typické příznaky refluxní choroby jícnu, jako jsou pálení žáhy a regurgitace, se objevují jen u části nemocných s extraezofageální refluxní chorobou (u 6–43 % pacientů s ORL potížemi, u 40–60 % pacientů s astmatem a u 25–57 % pacientů s kašlem).

Stanovení diagnózy extraezofageální refluxní choroby není jednoduché a neexistuje specifická diagnostická metoda.

Léčba musí být komplexní a sestává z opatření režimových a dietních. V medikamentózní léčbě hrají roli antacida, prokinetika, inhibitory protonové pumpy a v určitých případech i adsorbenty žlučových kyselin. Laparoskopická fundoplikaci je indikována ve specifických případech až po neúspěchu léčby konzervativní.

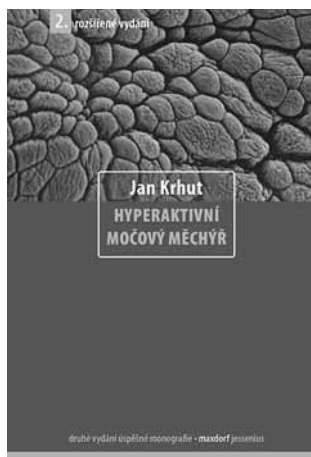
Zkratky

BALT	– bronchoalveolární laváž
DJS (LES)	– dolní jícnový svěrač
EER	– extraezofageální reflux
EERCH	– extraezofageální refluxní choroba
ERCHJ	– erozivní refluxní choroba jícnu (erosive gastroesophageal reflux disease) – makroskopicky zjištělné poškození sliznice jícnu (eroze)
HJS (UES)	– horní jícnový svěrač
HD	– vysoké rozlišení (high-definition)
IPP	– inhibitor protonové pumpy
LLAM	– lipid laden alveolar macrophages
NBI	– úzkopásmové zobrazení (narrow band imaging)
NERCHJ	– neerozivní refluxní choroba jícnu (non-erosive gastroesophageal reflux disease) – bez makroskopicky prokazatelného poškození sliznice
NOC	– noční respirační potíže (nocturnal respiratory symptoms)
RFS	– skóre nálezu refluxu (reflux finding score) (podle Belafskyho)
RSI	– skóre příznaků refluxu (reflux symptom index)

LITERATURA

1. REFLUXNÍ CHOROBA JÍCNU. Standardy České gastroenterologické společnosti – aktualizace 2009, <http://www.cgs-cls.cz>.
2. **Sataloff RT, Castell DO, Katz PO, Sataloff DM.** Reflux laryngitis and related disorders. Third edition. San Diego, California: Plural Publishing Inc 2006; 52–53.
3. **Orr WC.** Sleep-related gastro-oesophageal reflux as a distinct clinical entity. *Aliment Pharm Therapeutics* 2010; 31: 47–56.
4. **Kiljander TO, Harding SM, Field SK, et al.** Effect of Esomeprazole 40 mg Once or Twice Daily on Asthma: A Randomized, Placebo-controlled. *Am J Respir Crit Care Med* 2010; 181: 1042–1048.
5. **Koufman JA.** The otolaryngologic manifestations of gastroesophageal reflux disease (GERD): a clinical investigation of 225 patients using ambulatory 24 hour pH monitoring and an experimental investigation of the role of acid and pepsin in the development of laryngeal injury. *Laryngoscope* 1991; 101(Suppl 53): 1–78.
6. **Ford CN.** Evaluation and management of laryngopharyngeal reflux. *JAMA* 2005; 294(12): 1534–1540.
7. **Franchi A, Brogelli B, Massi D, Santucci M, DeCampora E, Gallo O.** Dilation of intercellular spaces is associated with laryngo-pharyngeal reflux: an ultrastructural morphometric analysis of laryngeal epithelium. *Eur Arch Otorinolaryngol* 2007; 264(8): 907–911.
8. **Johnston N, Bulmer D, Gill GA, et al.** Cell biology of laryngeal epithelial defenses in health and disease: further studies. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2003; 112(6): 481–491.
9. **Torrice S, Kern M, Aslam M, et al.** Upper esophageal sphincter function during gastroesophageal reflux events revisited. *Ann J Physiol Gastrointest Liver Physiol* 2000; 279(2): G262–G267.
10. **Ayazi S, Lipham JC, Hagen JA, et al.** A new technique for measurement of pharyngeal pH: normal values and discriminating pH threshold. *J Gastrointest Surg* 2009; 13: 1422–1429.
11. **Gill GA, Artur C, Hampson F, Dettmar PW, Moorghan M, Pignatelli M.** Characterisation of acid and pepsin damaged laryngeal and oesophageal mucosa. *Gastroenterology* 2002; 122(4 Suppl): A415.
12. **Johnston N, Dettmar PW, Bishwokarma B, et al.** Activity/stability of human pepsin: implications for reflux attributed laryngeal disease. *Laryngoscope* 2007; 117: 1036–1039.

13. **Johnston N, Wells CW, Samuels TL, et al.** Pepsin in nonacidic refluxate can damage hypopharyngeal epithelial cells. *The Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology* 2009; 118: 677–668.
14. **Johnston N, Dettmar PW, Lively MO, et al.** Effect of pepsin on laryngeal stress protein (Sep70, Sep53, and Hsp70) response: role in laryngopharyngeal reflux disease. *The Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology* 2006; 115: 47–58.
15. **Koufman JA.** Laryngopharyngeal reflux is different from classic gastroesophageal reflux disease. *Ear, Nose & Throat Journal* 2002; 81: 7–9.
16. **Ludemann JP, Manoukian J, Shaw K, Bernard C, Al-Jubab A.** Effects of simulated gastroesophageal reflux on the untraumatised rabbit larynx. *J Otolaryngol* 1998; 27(3): 127–131.
17. **Samuels TL, Johnston N.** Pepsin as a causal agent of inflammation during nonacidic reflux. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2009; 141: 559–563.
18. **Weiner GJ, Tsukashima R, Kelly C, et al.** Oropharyngeal pH monitoring for the detection of liquid and aerosolised supraesophageal gastric reflux. *J Voice* 2009; 23: 498–504.
19. **Zeleník K, Komínek P, Stárek I, et al.** Extrazofageální reflux (1. část) Epidemiologie, patofyziologie a diagnostika. *Otorinolaryngologie a Foniatrie* 2008; 57: 143–150.
20. **Vaezi MF.** Extraesophageal Manifestations of Gastroesophageal Reflux Disease. *Clinical Cornerstone* 2003; 5(4): 32–38.
21. **Sataloff RT.** Gastroesophageal reflux – related chronic laryngitis. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2010; 136(9): 914–915
22. **Altman KW, Irwin RS.** Cough: An interdisciplinary Problem. *Otolaryngol Clin N Amer* 2010; 43: 1–13.
23. **Mamede RCM, De Mello-Filho FV, Vigário CL, et al.** Effect of gastroesophageal reflux on hypertrophy of the base of the tongue. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2000; 122: 607–610.
24. **Payne RJ, Kost KM, Frenkiel S, et al.** Laryngeal inflammation assessed using the reflux finding score in obstructive sleep apnea. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2006; 134: 836–842.
25. **Wise SK, Wise JC, DelGaudio JM.** Gastroesophageal reflux and laryngopharyngeal reflux in patients with sleep-disordered breathing. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2006; 135: 253–257.
26. **Poelmans J, Tack J.** Extraesophageal manifestations of gastro-oesophageal reflux. *Gut* 2005; 54(10): 1492–1499. doi: 10.1136/gut.2004.053025.
27. **Ei-Serag HB, Hepworth EJ, Lee P, et al.** Gastroesophageal reflux disease is a risk factor for laryngeal and pharyngeal cancer. *Am J Gastroenterol* 2001; 96: 2013–2018.
28. **Belafsky CP, Postma GN, Amin RM, Koufman JM.** Symptoms and findings of laryngopharyngeal reflux. *Ear, Nose & Throat Journal* 2002; 81(9): 10–13, 18.
29. **Belafsky CP, Postma GN, Koufman JM.** The validity and reliability of the reflux finding score. *Laryngoscope* 2001; 111: 1313–1317.
30. **Sweet MP, Patti MG, Hoopes C, Hays SR, Golden JA.** Gastro-oesophageal reflux and aspiration in patients with advanced lung disease. *Thorax* 2009; 64(2): 167–173.
31. AGA medical position statement on the management of gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology* 2008; 135(4): 1383–1391.
32. **Zeleník K, Kopřivová H, Stárek I, Schwarz P, Komínek P.** Reflux finding score. *Otorinolaryngologie a Foniatrie (Prague)* 2010; 59(1): 28–31.
33. **Strugala V, Avis J, Jolliffe IG, et al.** The role of an alginate suspension on pepsin and bile acids – key aggressors in the gastric refluxate. Does this have implications for the treatment of gastro-oesophageal reflux disease? *Journal of Pharmacy and Pharmacology* 2009; 61: 1021–1028
34. **Kim YS, Kim TH, Choi CS, et al.** Effect of itopride, a new prokinetic, in patients with mild GERD: a pilot study. *World J Gastroenterol* 2005; 11: 4210–4214.
35. **Lukáš K, Žák A.** Léčba refluxní choroby jícnu – současný stav. *Vnitř Lék* 2009; 55(10): 949–954.
36. **Galmiche JP.** Non-erosive reflux disease and atypical gastro-oesophageal reflux disease manifestations: treatment results. *Drugs* 2006; 66(Suppl 1): 7–13.



HYPERAKTIVNÍ MOČOVÝ MĚCHÝŘ

2. rozšířené a přepracované vydání

Jan Krhut

Maxdorf 2011, 176 str., edice Jessenius

ISBN: 978-80-7345-240-7

Cena: 595 Kč

Formát: 160 x 236 mm, vazba pevná V8

Hyperaktivní močový měchýř je medicínský problém, kterým podle současných průzkumů trpí asi 16 % dospělé evropské populace. Sestává se ze symptomů urgencye, frekvence, urgentní inkontinence a zpravidla i nykturie. Trpí jím obě pohlaví, známá je vzrůstající prevalence v závislosti na věku. Teprve v současnosti tento problém přestává být tabu, zejména v souvislosti s novými možnostmi farmakologické léčby. Kniha stručným a přehledným způsobem shrnuje současné poznatky o patogenezi, diagnostice a léčbě hyperaktivního měchýře do dostatečné hloubky a s důrazem na použitelnost v každodenní praxi.

Publikace je určena urologům, gynekologům a praktickým lékařům.

Objednávky zasílejte e-mailem nebo poštou: Nakladatelské a tiskové středisko ČLS JEP, Sokolská 31, 120 26 Praha 2, fax: 224 266 226, e-mail: nts@cls.cz. Na objednávce laskavě uveďte i název časopisu, v němž jste se o knize dozvěděli.