

Dr. Kukuly Miklós

A GORB extraoesophageális manifesztációi

Összefoglalás

A gastrooesophagealis reflux betegség (GORB) és azon belül az un. nem-erosív reflux betegség (NERB), amely klinikai lefutására a legjellemzőbbek az atípusos, extraoesophagealis manifesztációk, számos pulmonológiai, fül-orr-gégészeti, kardiológiai kórképet imitálhat, befolyásolhatja ezek klinikai lefolyását, nem kis diagnosztikus problémát okozva mind az alapelátás, mind a szakrendelők orvosai számára.

A jelen közlemény az ezzel kapcsolatos ismereteket kívánja összefoglalni.

Bevezetés

GORB – a felső gastrointestinum komplex motilitási zavarának következtében a gyomorbenneknek a nyelőcsőbe, illetve légutakba kerülésén alapuló megbetegedés.

E kórforma diagnosztikája, kezelése egyértelműen a gastroenterológus kompetenciájába tartozik, ennek ellenére a betegek jelentős hányada „pályafutását” pulmonológiai, fül-orr-gégészeti, kardiológiai szakrendelőkben kezdi. Hisz a betegek 45%-ban a gastrointestinalis, típusos, tünetekhez légúti panaszok is társulnak, 16%-nál pedig csak légúti tünetei vannak², melyek között a leggyakoribbak: a rohamszerű száraz köhögés; torokfájás, krákogás, gombóc-érzés a torokban; asthmaszerű fulladás, rekedtség; mellkasi fájdalom.

Így érthető, hogy a GOR betegek beutalási diagnosztikai között a légúti, illetve FOG megbetegedések dominálnak: Pharyngitis chr, Laryngitis chr, Tracheobronchitis, Bronchitis chr, Asthma bronchiale⁶.

A fentiek alapján kijelenthetjük: a GORB tünettaniilag egy rendkívül összetett megbetegedés, amelynek diagnosztikájában, kezelésében

gyakran interdiszciplináris együttműködésre van szükség.

A GORB patomechanismusa

A GORB alapja a gastro-oesophageális reflux, amely kialakulásában több nyelőcső és gyomor eredetű tényező egyaránt szerepet játszik. Meghatározó jelentőségű az alsó nyelőcsősphincter (LES) működésének zavara, amelynek hátterében magának a LES tónusának a csökkenése, a sphincter relaxációinak frekvenciájának, illetve időtartamának fokozódása állnak. E mellett nagy jelentőséggel bír a reflux kialakulásában a LES anatómiai helyzetének megváltozása, a külső támasztó struktúráinak gyengülése. Ezek a jelenségek többek között hiatus hernia, ellapult rekesz következtében észlelhetők.

A betegek 30%-ban károsodott a nyelőcső savclearance-e, amely egyrészt az un. „száraznyelés” által kiváltott nyelőcső perisztaltikának, másrészt a lúgos vegyhatású nyál savsemlegesítő hatásának tulajdonítható. GORB-ban a gyomorsavtermelés általában normális, de a gyomor ürülése az esetek 40%-ban elhúzódó. A túlfeszült, telített gyomorból a tartalom könnyebben jut át az amúgy is károsodott antireflux barrieren. Nagy jelentősége van ezeken felül a duodeno-gastralis refluxnak: a biliáris refluxatumban lévő epesavak maguk is károsítják a nyelőcső nyálkahártyáját, valamint az epesav jelenlétében a sósav károsító hatása magasabb pH esetén is bekövetkezik.^{2, 13}

A GORB klinikai formái

Jelenleg a GORB kliniko-morphológiai lefutása szerint három alcsoportra osztható. Az esetek körülbelül 35%-ában a betegség típusos gastrooesophagealis tünetekkel (gyomorégés, regurgitáció, nyáladzás, bőfögés, odynophagia, dysphagia), endoszkóposan igazolható reflux oesophagitisel jár. 5% -ban szövődményes ERB alakul ki, amit azzal lehetne jellemezni, hogy a típusos tünetekhez a GORB szövőd-

ményeinek (vérzés, nyelőcsőstrictura, fekély, adenoc.) „alarm” jelei is társulnak. E két csoport betegei a félreérthetetlen gastrooesophagealis megnyilvánulásoknak köszönhetően (még ha társulnak is hozzájuk extraoesophageális manifesztációk) legtöbbször belgyógyászhoz, gastroenterológushoz fordulnak, így megtörténik a korrekt kivizsgálásuk, kezelésük. Lényegesen nagyobb diagnosztikai problémát jelent a harmadik és egyben a legjelentősebb létszámú (az esetek 60%-a)^{2, 13} az un. nem-erosív reflux betegségben, vagy endoszkóposan negatív GORB-ban szenvedők csoportja.

Ugyanis rájuk leginkább jellemzők az atípusos, extraoesophagealis manifesztációk. Ezek azok a betegek, akik gyakran évekig eredménytelen antiasthmikus kezelésben részesülnek, számtalan kardiológiai, gégészeti vizsgálaton esnek át mellkasi fájdalom, felső légúti megbetegedés, krónikus köhögés miatt.

A GORB leggyakoribb extraoesophageális manifesztációi közé tartoznak a:

- krónikus köhögés,
- krónikus garatfájdalom
- asthmás rohamok,
- anginás jellegű mellkasi fájdalom
- laryngospasmus,
- reggeli rekedtség,
- torokköszörülés
- korai, atípusos lokalizációjú
- dentális eróziók
- halitosis

Az extraoesophagealis tünetek kialakulása egyrészt a refluxátum által kiváltott gége, tracheo-bronchialis területek mechanikus, kémiai ingerlésének köszönhető, másrészt, a nyelőcső nyálkahártyáját irritálva a refluxátum vago-vagal reflexet indukál, a következetes vagus-hyperreaktivitás broncho-, coronario-, laryngo-, nyelőcsőspasmust és az ezzel járó tüneteket okozhat.

A krónikus köhögés

Krónikus köhögésről a 8 hétnél tovább tartó panaszok esetében

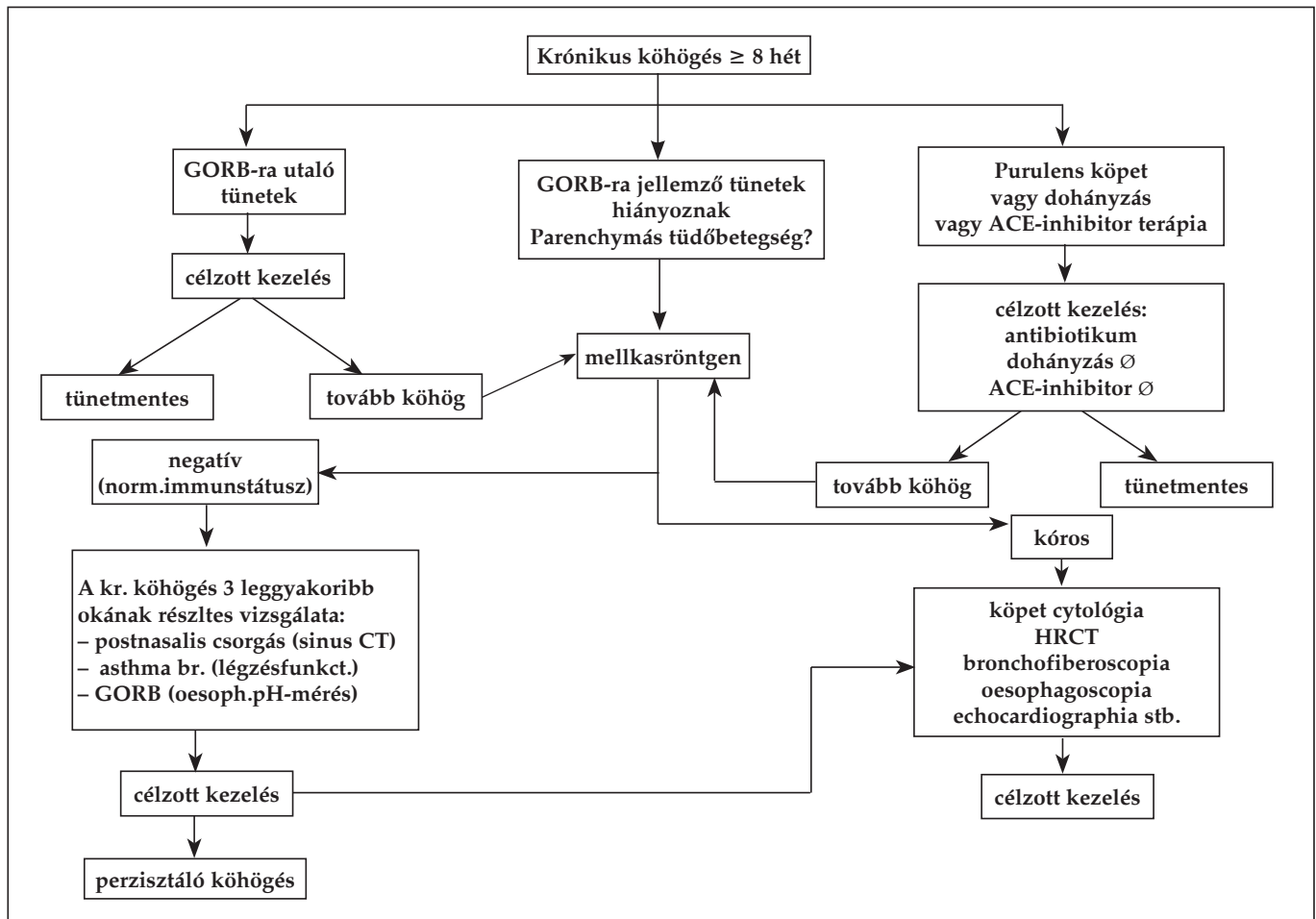
Dr. Kukuly Miklós

Szatmár – Beregi Kórház és Gyógyfürdő

Tüdőgondozó

4800 Vásárosnamény, Ady u. 5

1. ábra



A krónikus köhögés elkülönítő diagnosztikája

beszélünk. Egyik leggyakoribb oka az asthma bronchiale és postnasalis váladékcsgörgést követően a gastrooesophagealis reflux betegség.^{3, 12} A GORB okozta köhögés gyakoriságát legtöbb szerző 10–40% között jelöli⁹, sőt egyes irodalmi adatok szerint a krónikus köhögésben szenvedő betegek 43–75%-ának a köhögésen kívül nincs más, GORB-ra utaló tünete.

A refluxos köhögés gyakran rohamszerű, inproductív, gyakori a köhécselés, krákogás, főleg éjszaka, lefekvést követően jelentkezik, általában jól reagál PPI kezelésre, társulhatnak hozzá típusos gastrooesophagealis tünetek is, köpet, amennyiben van, keserű, savanyú.

A krónikus köhögés diagnosztikai algoritmusát az 1. ábra mutatja be, amelyből kitűnik, hogy a kivizsgálás során a pulmonológus gyakran kénytelen bevonnai a folyamatba a gastroenterológust, fül-orr-gégészt is.

Amennyiben a köhögéshez típusos GORB tünetek társulnak, célsze-

rű ezt mielőbb megtenni a PPI diagnosztikus teszt elvégzése céljából. Negatív tüdőgyógyászati kivizsgálás esetében ki kell zárni a köhögés három leggyakoribb okát (asthma bronchiale, postnasalis váladékcsgörgés, GORB). A refluxos köhögésre tehát akkor kell elsősorban gondolnunk, ha a köhögés régóta fennáll, a beteg nem dohányzik, negatív a mrtg-je, nincs asthmája, nincs sinusitise, nem szed ACE-gátlót.

A GORB és Asthma

E két megbetegedés együttes előfordulása gyakori jelenség, az irodalomban szélsőséges adatok látnak világot: 5–80% közötti prevalenciáról vannak közlések. Az utóbbi években csaknem minden szerző 50%-ra, vagy annál magasabb arányra teszi a gyakoriságot.

A GORB és Asthma között szoros patogenetikai összefüggések vannak. Egyrészt a nyelőcső nyálkahártyáját irritálva a gyomorben-

nék vago-vagális reflex útján vagus hyperreaktivitást és következményes bronchospazmust indukál. Másrészt a magas reflux során létrejövő savas microaspirációk azonnali védekező bronchoconstrictiohoz vezetnek, a savas gyomortartalom hatására a légutak károsodott hámsejtjeiből proinflammatoricus cytokinek és egyéb gyulladáshoz vezető mediátorok szabadulnak fel, amelyek szintén bronchialis hyperreaktivitáshoz, lokális gyulladáshoz vezetnek.

A reflux tehát fontos triggerre az asthmas epizódok, valamint súlyosbítja annak klinikai lefutását. A fenti patogenetikai folyamatok egyidejűleg elősegítik a GORB kialakulását, illetve további romlását is, hiszen a már említett vagus hyperreaktivitás következtében csökken az alsó nyelőcső sphincter tónusa, emelkedik a tranzit relaxáció időtartama és száma, ami megkönnyíti a gyomorsav regurgitációját. Emellett az asthma és más légúti megbetegedések számos olyan következménnyel

járnak, amelyek rontják az antireflux barrier működését: a hyperinfláció miatt bekövetkező rekeszkupola ellapulása, a mellkas alakváltozása tovább rontják a LES zárófunkcióját, köhögési rohamok alatt észlelhető emelkedett transdiaphragmalis nyomásingadozás is refluxot provokáló tényező. A helyzetet még jobban bonyolítja az, hogy a jelenleg alkalmazásban lévő antiasthmaticumok – B₂-antagonisták, nagy adagú szisztémás corticosteroidok, xantin származékok – szintén negatívan befolyásolják a LES tónusát, elősegítik a reflux epizódok kialakulását. Így, lényegében, egy öngerjesztő folyamat indul be és egy bizonyos idő után nehezen állapítható meg, hogy melyik betegség az elsődleges és melyik a szövődmény.

E két megbetegedés szoros patogenetikai összefüggése alapján jogal elvárhatjuk, hogy a korrekt anti-refluxos kezelés pozitív hatással legyen az asthma klinikai lefutására, amit számos irodalmi közlemény is alátámaszt.^{8, 14} A PPI terápia hatására az asthmás betegek többségénél javulnak a tünetek, csökkenteni lehet az antiasthmaticus gyógyszerek adagját, feltűnően javul a nocturnalis asthmások állapota: elmaradnak az éjszakai ébredések. A fenti eredmények csak tartós (legalább 3 hónapos) és következetes kezeléstől várhatóak.

A microaspirációval járó GORB ezen felül okozhat krónikus pneumoniát, abscessust, pulmonalis fibrosist, indukálhat exacerbációkat COPD-ben.

GORB és a FOG megbetegedések

Különböző felmérések szerint a fül-orr-gégészeti panaszok 4–10%-a hozható összefüggésbe a gastroesophagealis refluxal.¹⁰ Néhány megbetegedésben (krónikus pharyngitis, krónikus laryngitis, laryngospasmus, dysphoniák, globus érzés) a reflux kóroki szerepe gyakorlatilag egyértelmű, mivel leggyakoribb kiváltó okuk a GORB, jellegzetesen reflux okozta gége betegség a contact ulcer, contact granuloma. Magas reflux esetén a gyomorbennek képes bejutni a fülkürtbe, középfülbe, így szerepe lehet az otitis media kiváltásában, fenntartásában. A garatba jutva a refluxatum nyálkahártyaödemát, a mucociliaris clearance csökkenését okozza. Ez

rontja a melléküregek szellőzését és drainage-t és egyik kiváltó oka lehet a krónikus rhinosinuszitisnek is. A leggyakoribb GORB okozta FOG panaszok közé tartoznak a rekedtség, torokégés, torokkaparás, gyakori torokköszörülés, idegentest, gombócérzés, garatban érzett váladék, arcüregi nyomás, fülfájás, orrdugulás, orrfolyás. Ezekre jellemző, hogy főleg reggel kifejezettek, általában terápiaresistens, makacs panaszokkal állunk szemben amelyek a szokásos kezelésre nem, vagy alig javulnak.

A GORB és a mellkasi fájdalom

A GORB okozta mellkasi fájdalmat mielőbb el kell különíteni a beteg életét is veszélyeztető anginas fájdalomtól. Ebben a gondosan felvett anamnesis sokat segíthet: az anginas eredetű fájdalom fizikai terhelésre, izgalomra jelentkezik, szorító jellegű, retrosternalis lokalizációjú, vállba, felkarba sugárzik, nitrát vagy pihenés hatására szűnik és nem tart tovább 10–30 percnél. Ezzel szemben, a refluxos fájdalom étkezést követően, lefekvéskor jelentkezik, égő, feszítő jellegű, epigastralis lokalizációjú, órákig is eltarthat, PPI bevitelére szűnik.

Annak ellenére, hogy az anamneszticus adatok igen informatívak lehetnek, önmagukban nem elegendők az angina pectoris és a GORB elkülönítéséhez. Ilyenkor szükség van több műszeres (nyugalmi, terheléses, roham alatti EKG; nyugalmi, terheléses ECHO; coronariographia), laboratóriumi (CK, CK-MB, GOT, LDH) vizsgálatra, amelyek elvégzése, értékelése szaktudást igényel, ezért célszerű mielőbb bevonni a diagnosztikába a kardiológust, különösen ha figyelembe vesszük azt az ismertényt, hogy a refluxatum a nyelőcső ingerlése következtében vago-vagalis (oesophago-cardialis) reflex aktiválása útján okozhat coronaria spasmust és következetes, u.n. „linked” anginát, amely kialakulhat ép vagy károsodott coronáriákban egyaránt.¹¹

Diagnosztika

A GORB diagnózis elsősorban műszeres diagnoszis. Első lépésként a legtöbb esetben endoscopia történik, amely segítségével kimutathatók a reflux oesophagitis, hiatus

hernia, a szövődmények, biopsziára ad lehetőséget. Viszont az esetek 60 %-ban – non-erosiv reflux betegség, PPI, H₂-blokkoló terápiát követően – az endoscopos vizsgálat negatív eredménnyel zárul.

Mind típusos, mind atípusos tünetekkel járó GORB-ban egyaránt alkalmazható a tünet-orientált protonpumpa gátlókkal végzett terápia teszt, amely tájékoztatást ad arról, hogy a PPI kezeléssel csökkenthető vagy megszüntethető-e a beteg panaszai. E gyógyszereket megemelt adagban és tartósan kell alkalmazni. A gyomorégés és savas regurgitacio csökkenése már 2 hét múlva bekövetkezik. A mellkasi fájdalom esetében ez az idő legalább 8 hét, a légúti tüneteknél 12 hét. Hátránya a tesztnek az, hogy csak savas reflux esetében várható eredmény, és kevésbé hatékony epés reflux esetében is.

Az egyik leginformatívabb vizsgálat a 24 órás nyelőcső-pH-monitorozás, melynek segítségével meghatározható a reflux mértéke, viszonya a tünetekhez. Egyaránt hasznos atípusos lefolyás és negatív PPI teszt esetén is, a monitorozás a beteg otthonában történik, ahol a tünetek előfordulása a legvalószínűbb. Kétcsatornás vizsgálat a magas reflux, Bilitec monitorozással az eperfluxus is kimutatható.

Szükség szerint speciális vizsgálatok is elvégezhetőek.

– Bárium kontrasztos rgt, amely a motilitási zavarok és strukturális károsodások kimutatásában hasznos.

– A 24 órás nyelőcső impedencia segítségével a reflux proximalis kiterjedése, savas, nem savas volta, valamint a tüneteket okozó gázreflux mutathatók ki.

– A nyelőcső manometria az alsó és felső sphincter működéséről, a nyelőcső peristaltikus mozgásáról szolgál információkkal.

– Provokációs (Bernstein) teszt segítségével, a nyelőcső savperfusiója útján kiválthatók a GORB által okozott típusos, atípusos tünetek.

A reflux betegség kezelése

Életmódbeli és táplálkozási tanácsok: magas rost és proteintartalmú, alacsony zsírtartalmú diéta. Az utolsó étkezés lefekvés előtt 2-3 órával történjen meg, a beteg gyakori, kis volumenű étkezésekben részesül-

jön. Alváskor az ágy fejrészének megemelése javasolt.

Gyógyszeres kezelés: Antacidák, algilátok, mucosát védő szerek, prokinetikumok, H₂-receptor antagonisták mellett jelenleg a protonpumpa gátlós kezelés dominál.

A sebészi kezelés a konzervatív terápia hatástalansága, illetve szövdmények fellépése esetén javasolt.

Irodalomjegyzék:

1. Böcskei Csaba dr., Ajkai Zoltán dr., Farkas Orsolya dr., Böszörményi Nagy György dr.: 24 órás oesophagealis pH monitorozás a gastrooesophagealis reflux betegség (GORB) kimutatására. *A GORB és a légúti betegségek közötti kapcsolat.* Medicina Thoracalis 54:144-149, 2001
2. Böcskei Csaba dr., Viczián Magdolna dr.: *A gastrooesophagealis reflux betegség (GORB) és a krónikus tüdőbetegségek.* Kórház X. sz. 9-12, 2001
3. Böcskei Csaba dr., Böszörményi Nagy György dr. és mtsai.: *A gastrooesophagealis reflux betegség (GORB) és a krónikus köhögés. Omeprazole kezelés hatása a légúti tünetekre.* Kórház. VII. évf. X. sz. 18-20. 2000
4. Berta Gyula dr., Szikszai Katalin dr., Rakvács Marianna dr.: *Összefüggések a gastrooesophagealis reflux, az asthma bronchiale és az asztma terápiaja között.* Medicina Thoracalis 54: 111-114, 2001
5. Berta Gyula dr.: *A gastrooesophagealis reflux betegség pulmonológiai jelentősége.* LAM. 9. 1999.
6. Berta Gyula dr., Rakvács Marianna dr.: *A gastrooesophagealis reflux szerepe a recidiváló légúti tünetek létrejöttében és fenntartásában.* Medicina Thoracalis 51: 15-19, 1998
7. Forster Tamás dr.: *NERD és a mellkasi fájdalom.* In: *A nem erosív reflux betegség (NERD),* 71-76 Magyar Gastroenterológiai Társaság Astra Zeneca, 2005.
8. Rác István dr.: *Az endoszkópia és a PPI teszt helye a NERD diagnosztikájában.* In: *A nem erosív reflux betegség (NERD),* 39-48 Magyar Gastroenterológiai Társaság Astra Zeneca, 2005.
9. Böszörményi Nagy György dr., Rostóczy András dr.: *A NERD és az asztma.* In: *A nem erosív reflux betegség (NERD),* 77-87 Magyar Gastroenterológiai Társaság Astra Zeneca, 2005.
10. Tótha Julianna dr.: *A NERD és a fül-orr-gégészeti panaszok.* In: *A nem erosív reflux betegség (NERD),* 89-94 Magyar Gastroenterológiai Társaság Astra Zeneca, 2005.
11. Witman Tibor dr.: *NERD és a mellkasi fájdalom.* In: *A nem erosív reflux betegség (NERD),* 61-69 Magyar Gastroenterológiai Társaság Astra Zeneca, 2005
12. Szalai Zsuzsanna dr.: *Az elhúzódozó köhögés okai, a terápia lehetőségei.* Medicina Thoracalis 53: 85-88, 2000
13. John de Caestecker: *Gyomorégés.* LAM. 10. 2001
14. Harding S M, Richter J E, Guzzo M R, et al.: *Asthma and gastroesophageal reflux: acid suppressive therapy improves asthma outcome.* Am J Med 1996; 100: 395-405

Dr. Izbéki Ferenc

Gyakorlati kérdések a székrekedéses betegek ellátásában

Összefoglalás

A székrekedés gyakori és sok gyakorlati kérdést felvető probléma, amelynek az életminőségre gyakorolt hatása jelentős. A székrekedésben szenvedő betegek többségét az alapellátásban látják el, de az ellátó orvosok gyakran alábecsülik saját lehetőségeiket és szerepüket a probléma megoldásában. Másfelől viszont a szokásos módszerekkel nem kezelhető esetek feltárásának a lehetőségei néha nagyon nehezek lehetnek. A probléma kulcsfontosságú elemeinek megértése és a colon és colorectalis kivizsgálás módszereinek megismerése segíthet a hatékony kivizsgálás egyes lépéseinek és intézeti beutalás megtervezésében. A székrekedéses betegek ellátása esetenként speciális diagnosztikus módszerek igénybevételét is szükségessé teheti, ezért érdemes az ilyen

módszerekben jártas gasztroenterológiai centrumokkal felvenni a kapcsolatot.

Bevezetés

A székrekedést a betegek és az orvosok gyakran eltérően értelmezik. A betegek a székrekedést a széklettel kapcsolatos szubjektív elégedetlenségük alapján fogalmazzák meg. Székrekedésről beszélnek, ha kemény a székletük, ha kevesnek ítélik, ha nehezen tudnak széket üríteni, ha a székelési epizódok eredménytelenek, vagy ha úgy érzik, hogy nem teljesen ürültek ki, annak ellenére, hogy egyébként naponta van székletük. Ezzel szemben a konvencionális orvosi gondolkodás a 3 napnál ritkább székletürítést tekinti székrekedésnek.

A székrekedéssel foglalkozó szakemberek a klinikai vizsgálatok céljára az 1. táblázatban összefoglalt Római II kritériumokat használják¹, amelyek azonban a napi gyakorlatban is segítségül szolgálnak a problémák feltárásában.

A székrekedés gyakori tünet, a statisztikák² szerint gyakorisága a gyermekkori kisebb csúcsot követően csökken, majd az életkor előrehaladtával ismét növekszik és 17-27 év között 3%, 45-65 éves korban 8%, 65 év felett 20%. Általában a nők és az alacsonyabb szociális környezetben élők körében gyakoribb. Elsődlegesen nem az élettartamot, hanem az életminőséget befolyásolja. A székrekedésben szenvedők életminősége³ kifejezetten rosszabb, mint a nem-székrekedéseseké. Minél súlyosabb, a betegek annál rosszabbnak ítélik életminőségüket. Kihat a munkaképességre, továbbá nem elhanyagolható a betegség ellátásának a költsége, úgy a betegek, mint a társadalom számára.

A székrekedés miatt a betegek elsődlegesen a családorvoshoz fordulnak, aki gyakran alulbecsüli saját lehetőségeit e betegek kivizsgálásában és ellátásában. Ugyanakkor nehéz helyzetben vannak a szokásos kivizsgálással és terápiás javaslatokkal nem megoldható problémák további kezelését illetően.

Dr. Izbéki Ferenc
Szegei Tudományegyetem
I. sz. Belgyógyászati Klinika
6720 Szeged, Korányi fasor 8.