

Barrettův jícn

Výskyt

Prevalence Barrettova jícnu je v obecné populaci udávána okolo 1,5% ale u pacientů, kteří trpí gastroezofageální refluxní chorobou je až 15%. Velikým problémem je ale fakt, že pacienti s diagnózou Barrettova jícnu mají 30x až 123x větší riziko rozvoje adenokarcinomu jícnu. Tento nádor tvoří asi polovinu všech maligních nádorů jícnu. Barrettův jícn proto označujeme jako tzv. prekancerózu, což je stav, předcházející vzniku zhoubného nádoru.

Etiologie, patogeneze

Barrettův jícn je stav, kdy dochází k metaplázii, tzn. náhradě dlaždicového epitelu sliznice jícnu, za sliznici střevního typu, která je tvořena cylindrickým epitelem. Názvy epitelů vycházejí z mikroskopických obrazů, kde buňky dlaždicového epitelu připomínají dlaždicové kostky a jsou ve všech rozměrech zhruba stejně velké, zatím co buňky cylindrického epitelu mají jednu stranu delší a vytváří tak dojem kvádrů nebo taky cylindrů. (obr.1) Barrettův jícn vzniká na podkladě gastroezofageální refluxní choroby, což je nemoc, při níž dochází k návratu kyselých žaludečních šťáv a zbytků jídla do jícnu. Nejčastější příčinou tohoto onemocnění je spojení poruchy peristaltické vlny v konečném úseku jícnu spolu s poruchou domykovosti dolního jícnového svěrače. Samotná peristaltika jícnu má do jisté míry schopnost kompenzovat nedomykovost jícnového svěrače, ale tento obranný mechanismus je velice rychle vyčerpateľný. Dochází k chemickému dráždění slizice, který vyvolá chronický zánět a sliznice se začne měnit právě v sliznici střevního typu, která je vůči kyselému prostředí odolnější.

Hlavní příznaky

Pacienti trpící gastroezofageální refluxní chorobou obvykle trpí pyrózou, tj. pocitem pálení a bolesti za hrudní kostí, obvykle navazující na jídlo, všebečně známé jako pálení žáhy. Právě opakované pocity pálení žáhy přivedou pacienta k lékaři.

Vyšetření

Pacientovi trpící déletrvajícím pyrózou je obvykle indikováno endoskopické vyšetření. Jde o vyšetření pomocí tzv. endoskopu (obr.2), což je gumová hadice na jejímž jednom konci je kamera se zdrojem světla a na konci druhém je optika, do které se lékař během vyšetření dívá. Dnešní endkosopy jsou

flexibilní a mají také pracovní kanál, umožňující odebrání biopsie nebo provedení malého operačního zákroku. Lékař pozoruje sliznici na rozhraní jícnu a žaludku. Zdravá sliznice jícnu je světle růžová s velice podobným odstínem v celém svém rozsahu až po přechod na sliznici žaludeční, která je lososovitě červená (obr.3 a 4) U pacientů s Barrettovým jícnem je toto rozhraní posunuto výše a to buď kruhovitě po celém svém obvodu nebo vybíhá ve formě jazyků. Pro diagnózu Barrettova jícnu je třeba odebrat bioptické vzorky tkáně koncového úseku jícnu, což moderní endoskopy umožňují. Získaný vzorek je podroben histologickému vyšetření a pokud se potvrdí přítomnost cylindrického epitelu s pohárkovými buňkami, což je epitel střevního typu, potvrdí se i diagnóza Barrettova jícnu.

Léčba

Každý pacient s Barrettovým jícnem by měl dostávat antirefluxní terapii vedoucí ke snížení tvorby žaludečních šťáv a to bez ohledu na to, jestli jsou přítomny známky reflukčních symptomů. Takovým lékem jsou například PPI, inhibitory protonové pumpy, mezi které patří omeprazol či pantoprazol. Další možností léčby je endoskopická operace, která se provádí na základě histologického nálezu. Pokud histologie potvrdí přítomnost buněk patologického tvaru, velikostí a rychlostí růstu tzv. high grade dysplázií nebo pokud objeví počáteční stádium adenokarcinomu je operace indikována. Dnes jsou k dispozici 2 typy endoskopických operací a to buď endoskopická resekce nebo radiofrekvenční ablace. Při resekci odstraňujeme postižený epitel pomocí diatermické kličky a následně jej podrobujeme histologickému vyšetření. Metoda radiofrekvenční ablace je novější možností léčby, kdy používáme elektromagnetickou energii o frekvenci 100kHz až 100MHz, která má především tepelné účinky destruující právě okrsky změněného epitelu. Nevýhodou této metody je nemožnost následného histologického došetření. Často se proto tyto metody navzájem kombinují. Pacienti by měli docházet pravidelně na kontroly, kde jim bude provedeno endoskopické vyšetření. Frekvence kontrol se pak odvíjí od závažnosti a počtu přítomnosti buněčných změn tzv. dysplázií.

Komplikace

Komplikace během endoskopie jsou relativně vzácné a to u endoskopie diagnostické tak i terapeutické. Mezi nejčastější komplikace patří zvracení vyvolané drážděním endoskopu v zažívacím traktu. Velice nebezpečné je současné vdechnutí zvratků, které má za následek rozvoj zápalu plic. Proto jsou pacienti vyšetřováni po několikahodinovém lačnění. Časté jsou také alergické reakce na lokální anestetika, analgetika, kontrastní látky a desinfekční přípravky. Dále můžou nastat kardiovaskulární potíže a to v podobě arytmií, hypotenze, infarktu myokardu nebo plicní embolie. Tento typ komplikací je však vzácností. I přes přísné desinfekční a sterilizační standarty se může stát,

že jsou vyšetřovanému zavlečeny cizí bakterie. Toto je nebezpečné hlavně pro pacienty se sníženou obranyschopností, například po léčbě chemoterapeutiky nebo pacientů s HIV. Tito pacienti by měli preventivně dostávat antibiotickou léčbu. V rámci hojení po endoskopické resekci mohou vznikat na jícnu zúženiny, které pak mnohou bránit hladkému průchodu stravy.

Praktické rady pro pacienta

Lidé trpící pálením žáhy by měli vyhledat lékařskou pomoc. Nejde totiž jen o subjektivní příznak, jak si řada lidí mylně myslí. Pokud potíže přetrvávají i po užívání již zmiňovaných PPI, měli by podstoupit endoskopické vyšetření. Mnoho lidí považuje endoskopické vyšetření za velice nepříjemné a proto se mu vyhýbají. A to dokonce i pacienti s již diagnostikovaným Barrettovým jícnem, kteří by měli být pravidelně sledováni. Obvykle se vrací po letech kvůli polykacím potížím, ale to už bývá stav rozvinutého adenokarcinomu s nejistou budoucností. Samotné vyšetření trvá asi 5 minut, pacientovi jsou podány lokální anestetika a analgetika dělající vyšetření mnohem lépe snesitelné. Pravidelné endoskopické vyšetření jsou nezbytnou podmínkou pro kontrolu úspěšnosti léčby a časného zachytu progresu onemocnění.

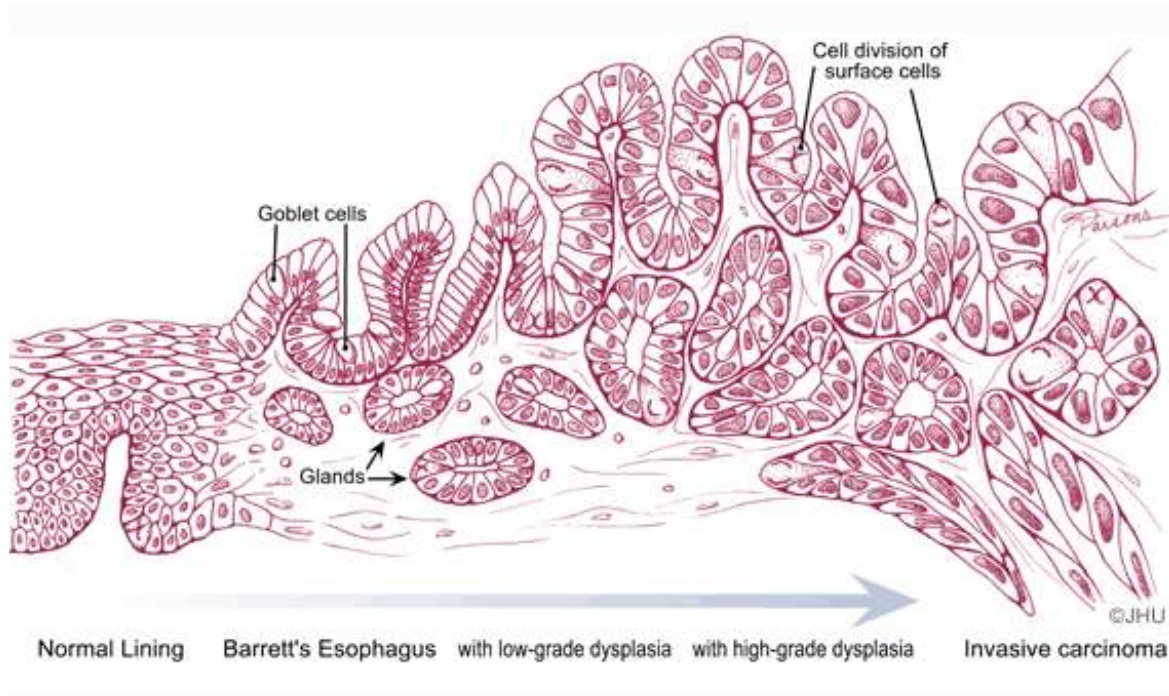
Literatura

Gastroent Hepatol 65(5): 279-285: Radiofrekvenční ablace v gastrointestinálním traktu- aktuální stav ve světě a v ČR

Interní medicína pro praxi 2012 14(3): 104 -106: Barrettův jícen, rizikové faktory, léčba.

Seznam fotografií

Obr.1 znázornění buněčných změn od zdravého jícnu (vlevo), přes Barrettův jícn, dysplázie, až po rozvinutý invazivní karcinom (vpravo)



<http://pathology2.jhu.edu/beweb/cancer.cfm> 10.4.2014

obr.2 endoskop



<http://www.wi-ltd.com/images/product-images/884.jpg> 10.4.2014

obr.3 metaplázie sliznice jícnu



Interní medicína pro praxi 2012 14(3): 104 -106: Barretův jícen, rizikové faktory, léčba.

obr.4 metaplázie sliznice jícnu



Interní medicína pro praxi 2012 14(3): 104 -106: Barretův jícen, rizikové faktory, léčba.