

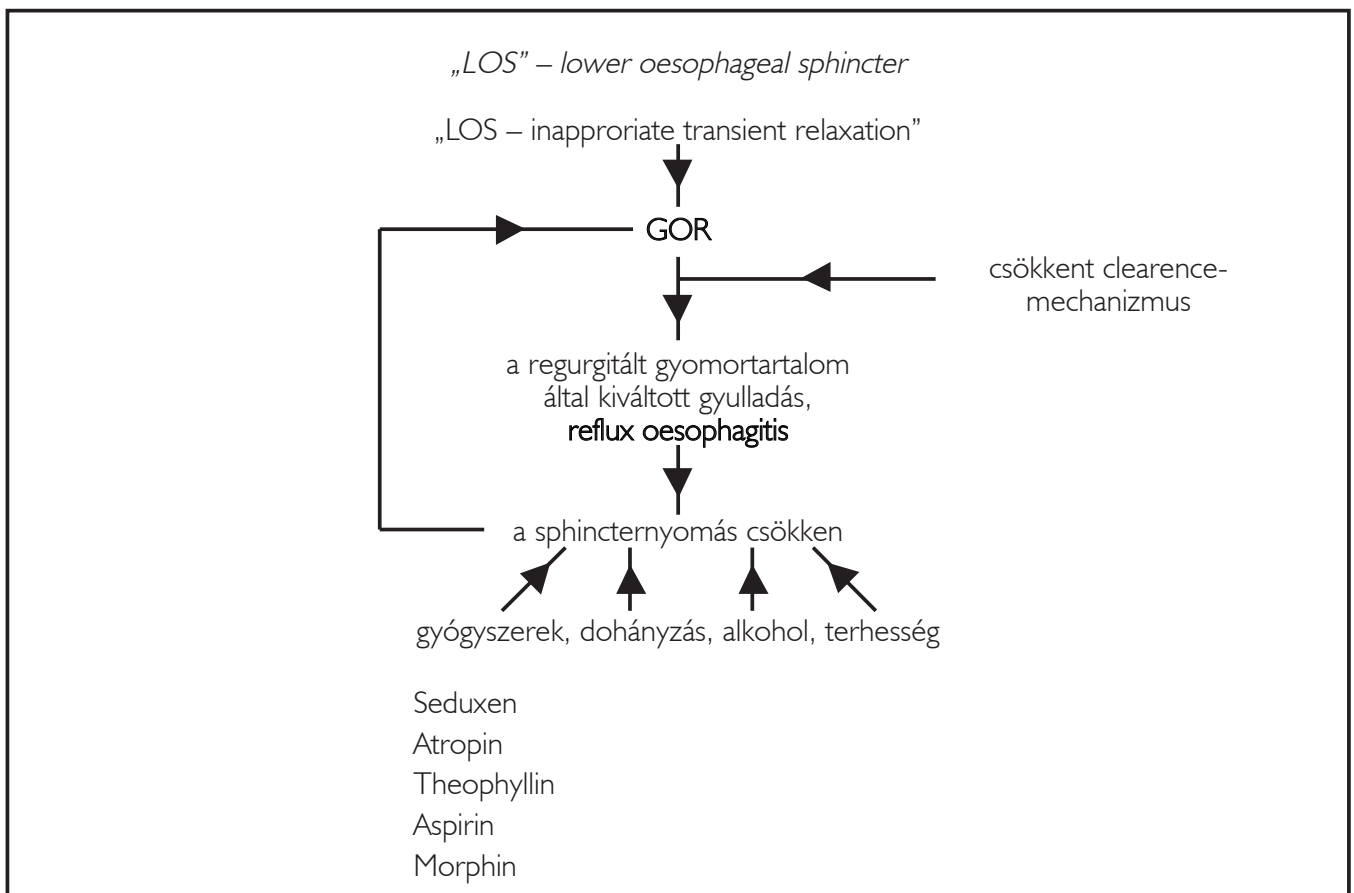
Gastrooesophagealis reflux betegség

• Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium •

Definíció és patomechanizmus

A *gastrooesophagealis reflux (GOR)* alatt azt az elváltozást értjük, amikor a gyomortartalom az alsó nyelőcső-sphincter éretlen vagy elégtelen működése következtében a gyomorból a nyelőcsőbe visszajut. Amennyiben a refluxepizódok valamely káros következménnyel járnak, *gastrooesophagealis reflux betegség (GORD)* jön létre.

A gastrooesophagealis reflux szövődményeként kialakuló reflux oesophagitis patomechanizmusa



Klinikai tünetek és kórformák

A GOR igen sokféle klinikai tünetet okozhat. A betegek közel 90%-ában a regurgitáló gyomortartalom hányás formájában jelentkezik. A refluxot az egyéb – vagy organikus eredetű – hányástól a megelőző tünetek (hányinger, öklendezés, az izmok erőltetés következtében létrejövő összehúzódása) hiánya alapján különböztetjük meg.

Klinikai megjelenés:

- Szövődménymentes GOR
 - bukás és/vagy hányás egyéb klinikai tünet nélkül

- GOR szövődményekkel (GORD)
 - bukás, illetve hányás +
 - anémia
 - haematemesis
 - melaena
 - dysphagia
 - súlyállás
 - légúti tünetek

- Atípusos GORD
 - bukás, hányás
 - visszatérő légúti tünetek
 - központi idegrendszeri tünetek
 - apnoe
 - ALTE, SIDS
 - Sandifer–Sutcliffe-szindróma

Gyakoriság

A csecsemőpopulációban 18%-os, az orvosi rendelőben megjelent csecsemők között 40%-os gyakoriságú az ún. benignus GOR. A gyermekkorban a visszatérő légúti tünetek hátterében 61%-ban írják le előfordulását, gyermek asztmások között pedig 40% felett tapasztaltak kóros reflux tevékenységet.

Diagnózis

A diagnosztika fő kérdései:

- Fennáll-e kóros mértékű refluxtevékenység?
- Van-e ok-okozati összefüggés az észlelt klinikai tünetek és a GOR között?
- Van-e a háttérben kimutatható anatómiai ok?
- Van-e kialakult szövődmény?

A felsorolásban sorrendben az első és legfontosabb kérdésre csak a „gold standardnak” tekintett 24 órás nyelőcső pH monitorizálás adhat választ, azonban a teljes diagnosztikai kérdéskör megválaszolásához a GOR-diagnosztikában alkalmazott egyéb vizsgálómódszerek (kontrasztanyagot röntgen nyelés vizsgálat, oesophagoscopia, szcintigráfia) nem mellőzhetők.

Az egyes diagnosztikus eljárások indikációi

24 órás nyelőcső pH-monitorizálás: a savas (pH<4) GOR-epizódok kvantitatív megjelenítése.

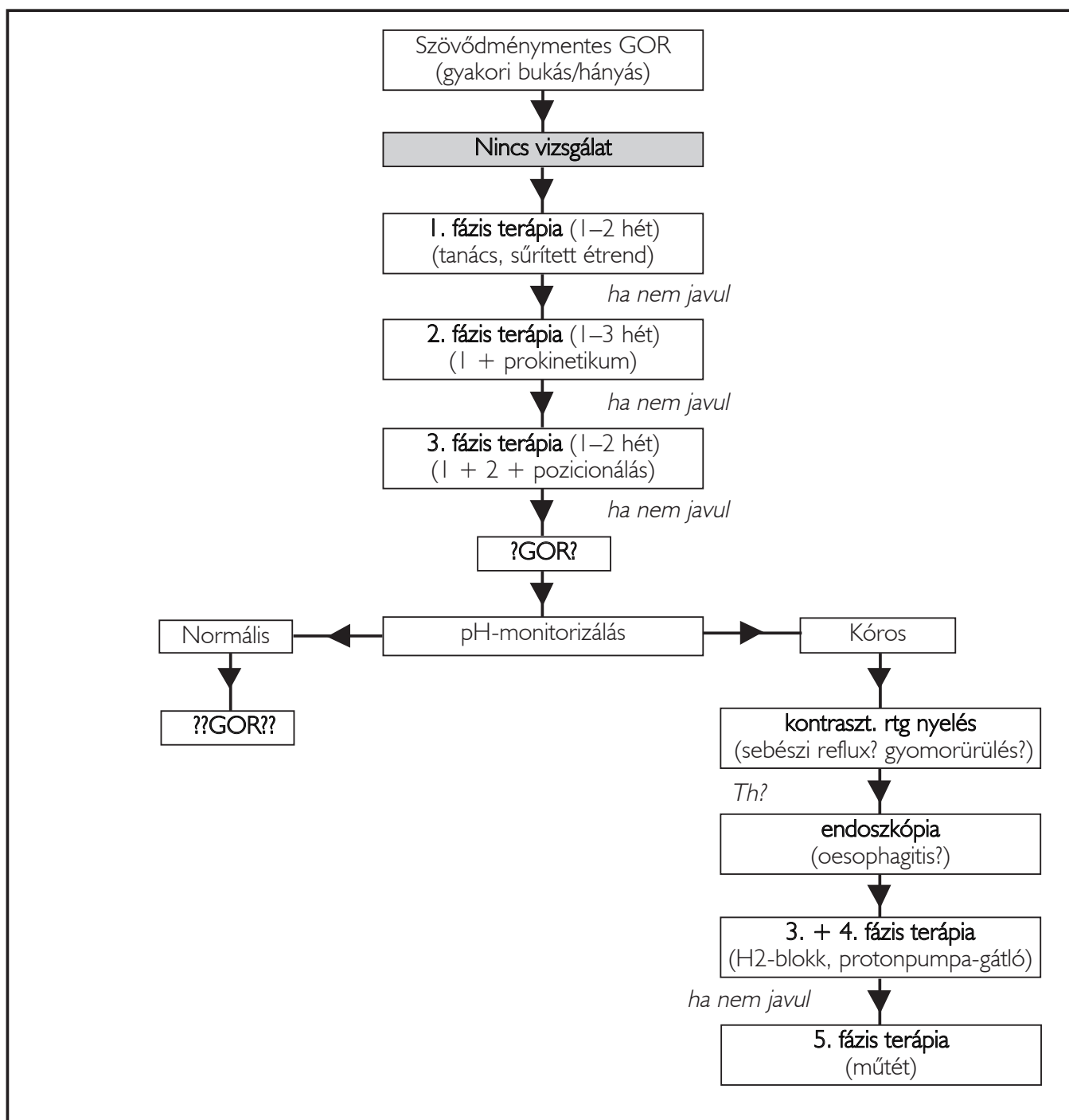
Endoszkópia: a nyelőcső-, gyomor-, duodenum-nyálkahártya makroszkópos megítélése. A reflux(oesophagitis) besorolása a súlyossági fokozat szerint. Szövetteni mintavétel.

Gyomor-bél passzázs: anatómiai eltérések kimutatása (stenosis, hernia, His-szög), gyomorürülés dinamikájának megítélése.

Ultrahangvizsgálat: hiatus hernia. Reflux kimutatására kevésbé specifikus.

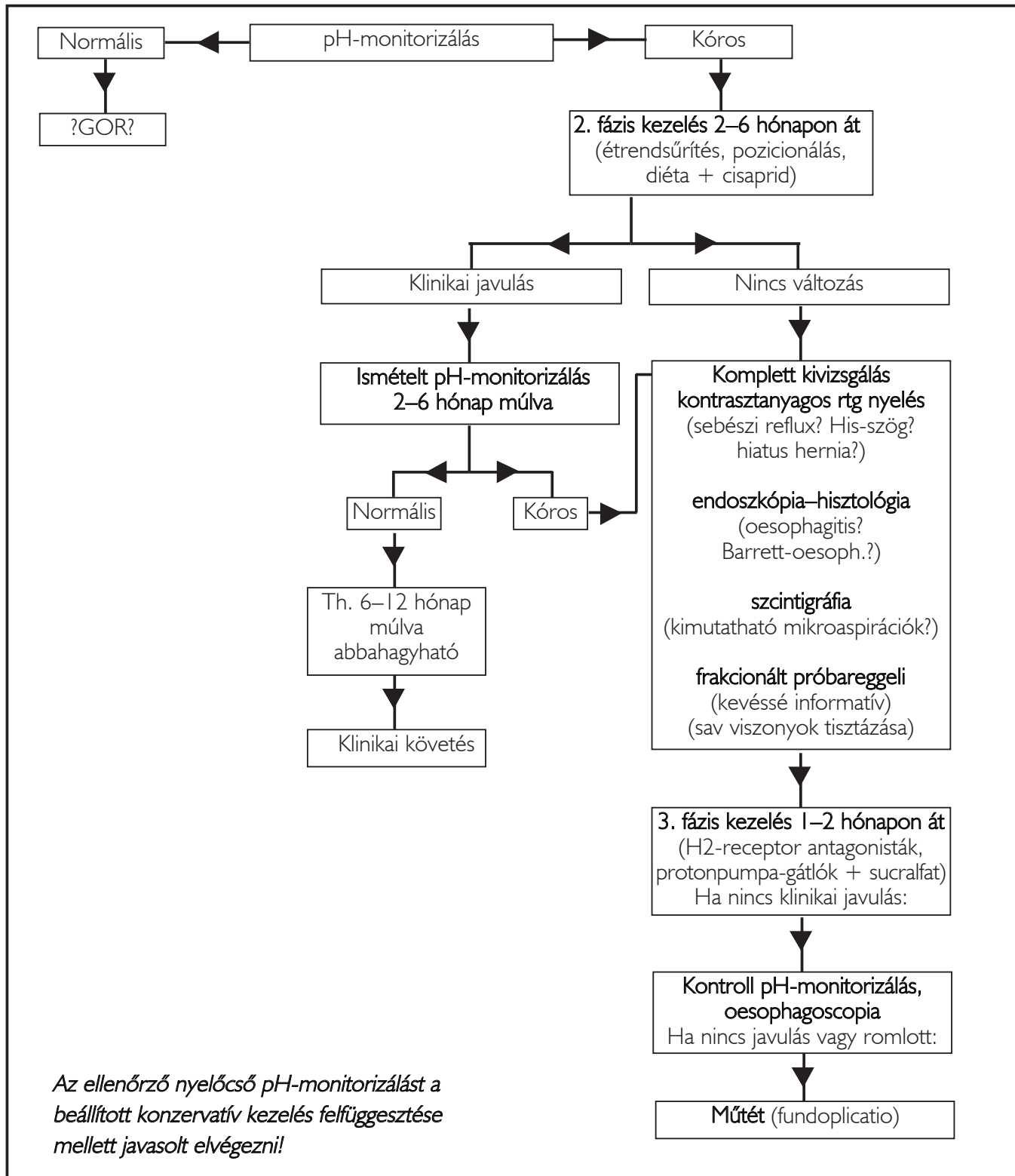
Reflux szcintigráfia: aspiráció kimutatása, refluxepizódok igazolása, gyomorürülés kvantitatív mérése.

Javasolt kivizsgálási protokoll szövődménymentes GOR esetében



Diagnosztikai lépések az egyéb klinikai tünetek formájában jelentkező GORD esetében:

- krónikus légúti betegség, visszatérő bronchitisek, pneumóniák, asztma;
- congenitalis. mellkasdeformitásokhoz társuló GORD;
- központi idegrendszeri tünetekhez társuló GORD;
- apnoe, ALTE, SIDS.



Terápia

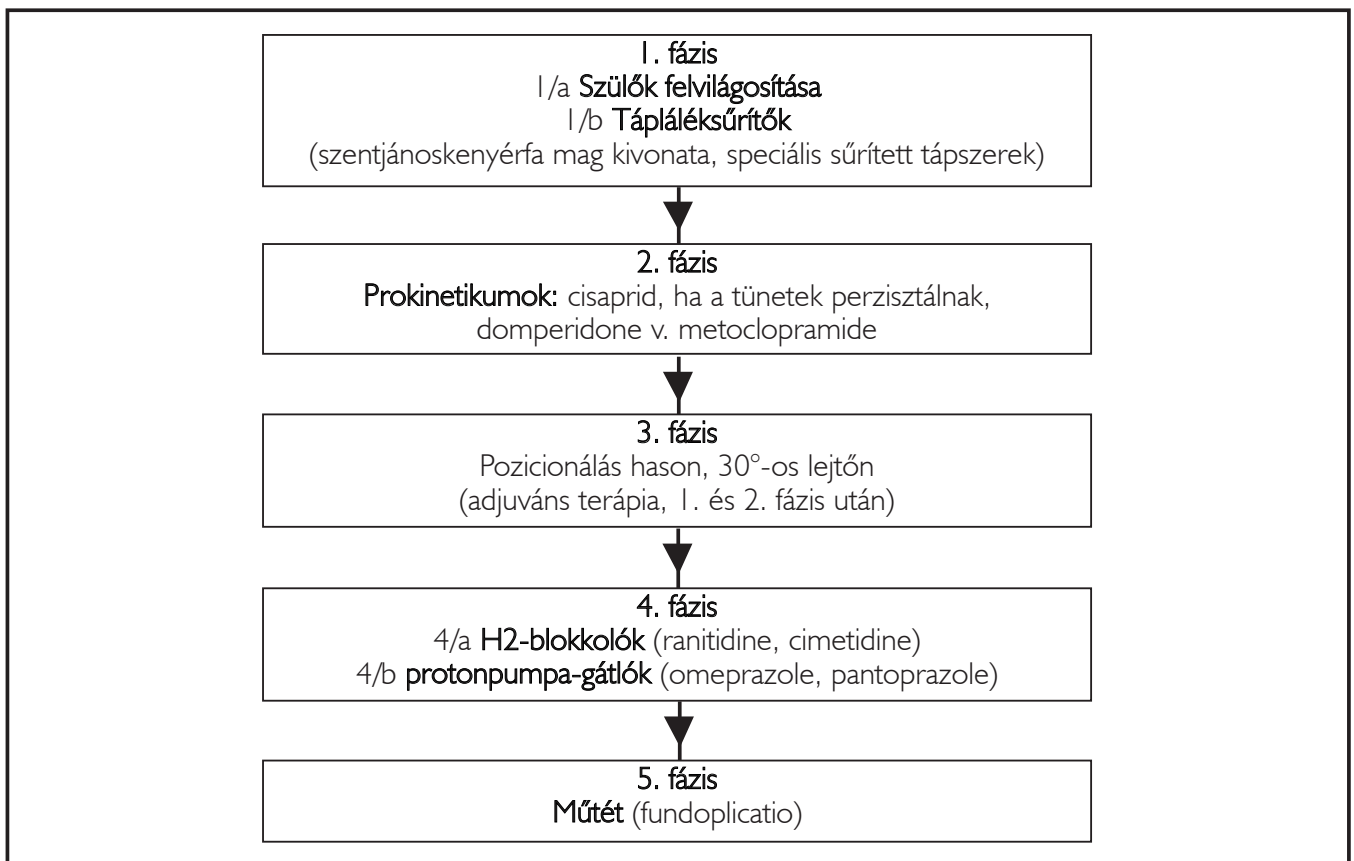
A GORD belgyógyászati kezelésének céljai:

1. Az intragasztrikus nyomásemelkedés elkerülése.
2. A gyomorürülés fokozása.
3. A cardia basalis sphinctertónusának növelése.
4. A refluxálódott gyomortartalom gyors eltávolítása.
5. A gyomorsav csökkentése.

És mindezekkel:

- a tünetek enyhítése, illetve megszüntetése;
- a morfológiai következmények gyógyítása;
- a szövődmények kialakulásának megelőzése; és
- a relapszusok felléptének meggátlása.

A szövődménymentes csecsemőkori GORD kezelése az ESPGAN 1996-os ajánlása alapján



A **neurológiailag súlyosan károsodott csecsemők** esetében a konzervatív kezeléstől ritkán várható tartós eredmény. Amennyiben táplálásuk, ápolásuk megkönnyítésére gastrostomiát, vagy percután endoszkópos gastrostomiát (PEG) készítünk, az tovább fokozhatja a refluxot. Ezért ilyen esetekben a funduplicatióra általában hamarabb kerül sor.

Prognózis

Gyermek- és felnőttkori, I–II. fokú oesophagitisszel szövődött GORD-esetekben a cisaprid- és a H₂-gátló, 8 hetes monoterápia egyaránt kb. 65–75%-os gyógyulást eredményez, együttes alkalmazásuk azonban ezt az effektivitást lényegesen megemelheti, különösen azokban az esetekben, ahol a motilitaszavaron belül a gyomorürülés zavara is kifejezett. Refrakciós esetekben a protonpumpa-bénítók adása legtöbbször gyógyuláshoz vezet.

A III–IV. fokú oesophagitisek kezelésében a protonpumpa-bénítóké a vezető szerep, szükség szerint emelt dózisban. Cisapriddal ezt azokban az esetekben érdemes kiegészíteni, ahol a kórképet bizonyítottan lassú gyomorürülés komplikálja.

A GORD a gyermekkori betegek nagy részében is gyakori visszaesést okozó betegség, ahol a relapszus arány, amit elsősorban a betegség stádiuma és életvitele befolyásol, függ az iniciális kezelés agresszivitásától is. Fontos megfigyelés, hogy minél kifejezettebb a savszekréció gátlása, annál gyorsabban lép fel kezelés nélkül a recidíva. Így a sebészi kezelésre nem szoruló, recidiváló GORD esetekben fenntartó kezelés jogosult lehet.

A fenntartó kezelés lehetőségei között a már ismert gyógyszerek választéka szerepel.