

GASTROEZOFAGEÁLNÍ REFLUX V DĚTSKÉM VĚKU

MUDr. Dalibor Klusáček

II. dětská klinika, FN Brno, Dětská nemocnice

Gastroezofageální reflux (GER) je zpětný návrat obsahu žaludečního do jícnu. Jde v podstatě o jev fyziologický. Patologickým se stává, dojde-li k poškození sliznice jícnu, ve smyslu refluxní ezofagitidy (RE) a nebo i mimo jícen, nejčastěji v respiračním traktu. GER představuje nejčastější formu dysmotility jícnu, na podkladě snížení tonu dolního jícnového svěrače (DJS).

Klíčová slova: gastroezofageální reflux (GER), refluxní ezofagitis (RE), dolní jícnový svěrač (DJS), refluxní choroba jícnu (RCHJ), duodenogastriční reflux (DGR).

PATOFYZIOLOGIE

Podkladem je prolongovaná expozice kyselého obsahu žaludečního v lumen jícnu, na podkladě poruchy motility. Klíčovou roli hraje dysfunkce DJS, antrální hypomotilita, případně i duodenogastriční reflux. Na vznik onemocnění má vliv nerovnováha agresivních a ochranných mechanismů.

AGRESIVNÍ FAKTORY	OCHRANNÉ FAKTORY
GER DGR (duodenogastriční reflux) HCL, pepsin, žlučové soli, lyzolecitin, pankreatické enzymy	antirefluxní bariéra (DJS) luminální očista jícnu (clearance) tkáňová rezistence (epiteliální integrita)

Určitá specifika má GER a RCHJ především v kojeneckém věku. Významnou roli hraje věk dítěte, stav výživy, zralost CNS, zažívacího traktu a v neposlední řadě zkušenost a trpělivost matky. 50 % jinak zdravých kojenců ve věku do jednoho roku zvrací více než 2x denně. Důležité je, že nevykazují přítomnost jiného onemocnění, a to především metabolického, gastrointestinálního a centrálního nervového systému.

Příčiny zvracení v novorozeneckém a kojeneckém období	
ORGANICKÉ PŘÍČINY	BEZ ORGANICKÉ PŘÍČINY
– stenózy a atrezie jícnu, duodena, tenkého střeva – divertikly – achalázie – kongenitální hiátová hernie – pylorostenóza – malrotace a invaginace	– poruchy krmení (habituální) zvracení – ruminace – infekce – neuromuskulární onemocnění (Myastenia gravis, M. Werdnig-Hoffmann) – cerebrální zvracení, těžká psychomotorická retardace – metabolické vady (galaktosemie, fenylketonurie) – intolerance kravského mléka, disacharidázové deficit, celiakie – reflexní zvracení
Závažné je zjištění, že část pacientů může být zcela asymptomatická (kojenci a staří lidé). Onemocnění se může projevit až svými komplikacemi.	

KLINICKÝ OBRAZ

JÍCNÉ PROJEVY	ATYPICKÉ (MIMOJÍCNÉ PROJEVY)
regurgitace zvracení dysfagie odynofagie pyróza bolest za hrudní kostí foetor ex ore nauzea plynatost	kašel chrapot stridor aspirační pneumonie ezofago-bronchiální reflex s projevy bronchokonstrikce (astma) ezofago-kardiální reflex s projevy poruch rytmu

SYMPTOMY GER U DĚTÍ

PROJEVY	KOJENCI	STARŠÍ DĚTI
běžné	regurgitace	pyróza astma
méně časté	neprospívání hematemesis odmítání stravy zvýšená dráždivost a neklid dítěte	gastrointestinální krvácení aspirace
vzácné	apnoe stridor	kašel, laryngitis sinusitis, otitis dysfagie Sandífer sy.

Projevy gastroezofageálního refluxu v dětském věku závisí na stáří dítěte.

KOMPLIKACE – za nejzávažnější je možno považovat následující:

peptický vřed jícnu krvácení progredující respirační onemocnění barretův jícen – prekanceroza
apnoe, syndrom náhlého úmrtí

DIAGNOSTIKA

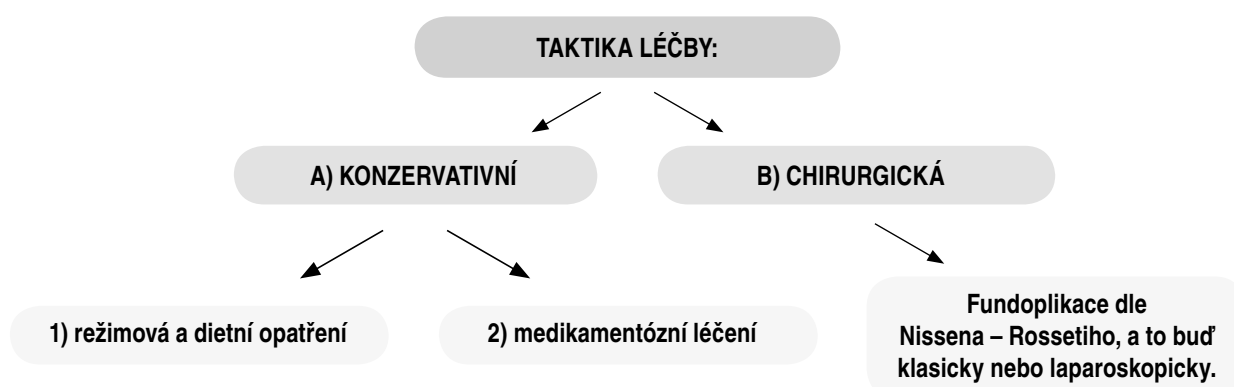
Diagnostika je určena možnostmi a vybavením pracoviště. Nezbytné je vždy pečlivé klinické vyšetření a anamnestické zjištění možných projevů, na první pohled s GER nesouvisících.

pečlivá anamneza klinické vyšetření endoskopie s biopsií ultrasonografie 24 hod. pH metrie jícnu
RTG kontrastní vyšetření jícnu a žaludku manometrie dynamická scintigrafie

TERAPIE

Cílem je:

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------|
| I. odstranění obtíží | II. zhojení lézí |
| III. prevence vzniku komplikací | IV. zlepšení kvality života |



Ad 1: Režimová a dietní opatření:

zvýšená poloha hlavy zahuštění stravy u kojenců častější strava v menších porcích
 snížení hmotnosti snížení nitrobršíšního tlaku omezení kouření
 omezení potravin a nápojů snižujících tonus DJS (tuky, čokoláda, kofein, džusy, kola, citrusy, rajčata)
 omezení či vyloučení léků snižujících tonus DJS (anestetika, beta blokátory, benzodiazepiny, nitráty, teophyllin, opiáty)

Ad 2: Medikamentózní léčení:

Cílem je: zvýšení odolnosti sliznice jícnu, zlepšení clearance úpravou dysmotility, útlum žaludeční sekrece HCL.

Zahrnuje: ANTACIDA: běžně používaná v dávce 1 mg/kg/den několikrát denně. Podobně působí a užívá se i sucralfat.
 PROKINETIKA: je užíván METOCLOPRAMID a CISAPRID.
 dávkování: 0,2 mg /kg/den, ve 3–4 dávkách, asi 20 minut před jídlem

LÉKY TLUMÍCÍ SEKRECI KYSELINY (do této skupiny patří):

ANTAGONISTÉ H₂ RECEPTORŮ: např. ranitidin 2–5 mg/kg/24 hod. ve dvou dávkách
 BLOKÁTORY PROTONOVÉ PUMPY. dávkování: 0,5–1 mg/kg/den v 1–2 dávkách.

LITERATURA

1. Lukáš, K.: Refluxní choroba. Minimum pro praxi. Triton 1997.
2. Pozler, O.: Nemoc z gastroezofageálního refluxu (refluxní choroba jícnu) u dětí. Causa subita, 2, 1999, str. 9–10.
3. Lukáš, K.: Etiopatogeneze refluxní choroby jícnu. Sborník postrgraduálních přednášek. Brno, září 1999, str. 6–8.
4. Hep, A.: Úloha pH metrie v diagnostice refluxní choroby jícnu. Novinky z gastroenterologie. Astra, III. 1997, 6.
5. Hillemeier, C. A.: Gastroesophageal reflux. Pediatric Clinics of North America. Pediatric Gastroenterology, 43, 1996, str. 197–212.
6. Choroby dutiny ústnej, slinných žliaz, jazyka a pažeráka. In: Šašinka M., Šagát T. editors. Pediatria, I. zväzok, Satus 1998, str. 371–373.
7. Duda, M., Hildebrand, T.: Refluxní nemoc jícnu. In: Mařatka Z. editor. Gastroenterologie, Karolinum 1999, str. 79–88.