

GASTROENTEROLOGIA

Nie każda zgaga to refluks

Zgaga jest objawem, którego według szacunków, doświadcza przynajmniej raz w miesiącu 2/3 populacji ogólnej.

Zazwyczaj jest utożsamiana z chorobą refluksową przełyku (*gastroesophageal reflux disease* – GERD).

Czy jednak można postawić znak równości między nimi? Czy każda zgaga to refluks żołądkowo-przełykowy?

Czy są inne schorzenia, którym towarzyszy zgaga?

– U zdrowego człowieka występuje tzw. refluks fizjologiczny. Nie wywołuje on objawów klinicznych, nie uszkadza śluzówki, w związku z czym nie prowadzi do powikłań. Jeśli natomiast zgaga staje się przyczyną istotnego pogorszenia jakości życia, uszkadza śluzówkę przełyku, refluksy trwają dłużej niż 5 min, to mówimy o chorobie refluksowej przełyku – wyjaśnia dr hab. n. med. Dorota Waśko-Czopnik, gastroenterolog i specjalista medycyny żywienia z Kliniki Gastroenterologii i Hepatologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Nie tylko refluks kwaśny

Należy pamiętać, że nie każda zgaga to refluks, nie każdy refluks jest kwaśny i nie każdy ma taki sam potencjał uszkadzający.

– Zgaga to główny objaw wielu zaburzeń czynnościowych dotyczących górnego odcinka przewodu pokarmowego. Miewamy do czynienia z refluksem niekwaśnym i słabo kwaśnym, które również mogą wywoływać takie dolegliwości. Dlatego bardzo ważne jest, by właściwie zdiagnozować chorobę refluksową. Należy pamiętać o indywidualizacji postępowania z pacjentem oraz o tym, że nie każdą zgagę leczy się inhibitorem pompy protonowej (IPP). A to dlatego, że objaw ten nie jest równoznaczny z rozpoznaniem GERD. Ostatnio coraz częściej podkreśla się przeddiagnozowanie i zbyt częste stosowanie IPP, a wiemy, że mają one wiele działań niepożądanych – zauważa ekspertka. – Jeśli rozpatrujemy typowe objawy choroby refluksowej, czyli zgagę i regurgitacje, to tylko 10 proc. jest związanych z refluksem kwaśnym, spowodowanym nadmiarem kwasu (i to jest ta grupa pacjentów, u których monoterapia IPP powinna być skuteczna), 45 proc. jest związane z refluksem niekwaśnym i tyle samo nie ma związku z refluksem – dodaje.

Spośród objawów nietypowych, pozaprzełykowych (kaszel, chrypka, odbijanie), tylko 2 proc. jest konsekwencją refluksu kwaśnego, a 75 proc. nie ma związku z refluksem.

Dwie postaci choroby refluksowej

Postać nadżerkową (GERD) można jednoznacznie rozpoznać w badaniu endoskopowym, jeżeli wyraźnie widoczne są nadżerki. Postać nienadżerkowa (*non-erosive reflux disease* – NERD) praktycznie nie daje rozpoznania choroby refluksowej.

– Jest to stan, w którym nie ma uszkodzenia przełyku, w związku z czym nawet jeśli pacjent zgłasza zgagę, nie jesteśmy w stanie powiedzieć, że to jest postać nienadżerkowa choroby refluksowej.



foto. archiwum

Równie dobrze może ona być objawem innych chorób związanych z zaburzeniami czynnościowymi górnego odcinka przewodu pokarmowego – tłumaczy dr hab. Dorota Waśko-Czopnik.

Nieprawidłowości motoryczne przełyku, żołądka i dwunastnicy

Dokładnie takie same objawy jak NERD wywołuje zgaga czynnościowa. Do tego dochodzi uczucie pieczenia, palenia za mostkiem powodujące dyskomfort lub ból. W tym przypadku nie sprawdzają się leki hamujące wydzielanie żołądkowe.

Zgaga jest głównym objawem nadwrażliwości na refluks, czyli sytuacji, kiedy nawet fizjologiczna ilość treści cofającej się z żołądka do przełyku powoduje takie objawy jak przy chorobie refluksowej przełyku. Warto wykonać badania dodatkowe, które pozwolą wykluczyć chorobę refluksową, zaburzenia czynnościowe innego typu, a także eozynofilowe zapalenie przełyku. W takiej sytuacji możliwa jest poprawa po zastosowaniu leków hamujących wydzielanie żołądkowe, ponieważ bardzo często nadwrażliwość na refluks współlistnieje z GERD, jednak warto zauważyć, że właściwym leczeniem przyczynowym będzie leczenie prokinetyczne.

Zaburzenia czynnościowe polykania (dysfagia czynnościowa), będące zaburzeniem motoryki przełyku, są związane z zaleganiem treści i zaburzonym klirensiem przełykowym, czyli oczyszczeniem przełyku. – Powoduje to przedłużony kontakt treści ze śluzówką i na tym tle powstaje zgaga. Nie jest ona wynikiem nadmiaru kwasu cofającego się z żołądka do przełyku – przypomina ekspertka.

Eozynofilowe zapalenie przełyku (*eosinophilic esophagitis* – EoE) to przewlekła choroba przełyku o podłożu immunologicznym wywołwana przez alergeny pokarmowe i wziewne. Może się

”

Nie każda zgaga to refluks, nie każdy refluks jest kwaśny, nie każdy ma taki sam potencjał uszkadzający śluzówkę

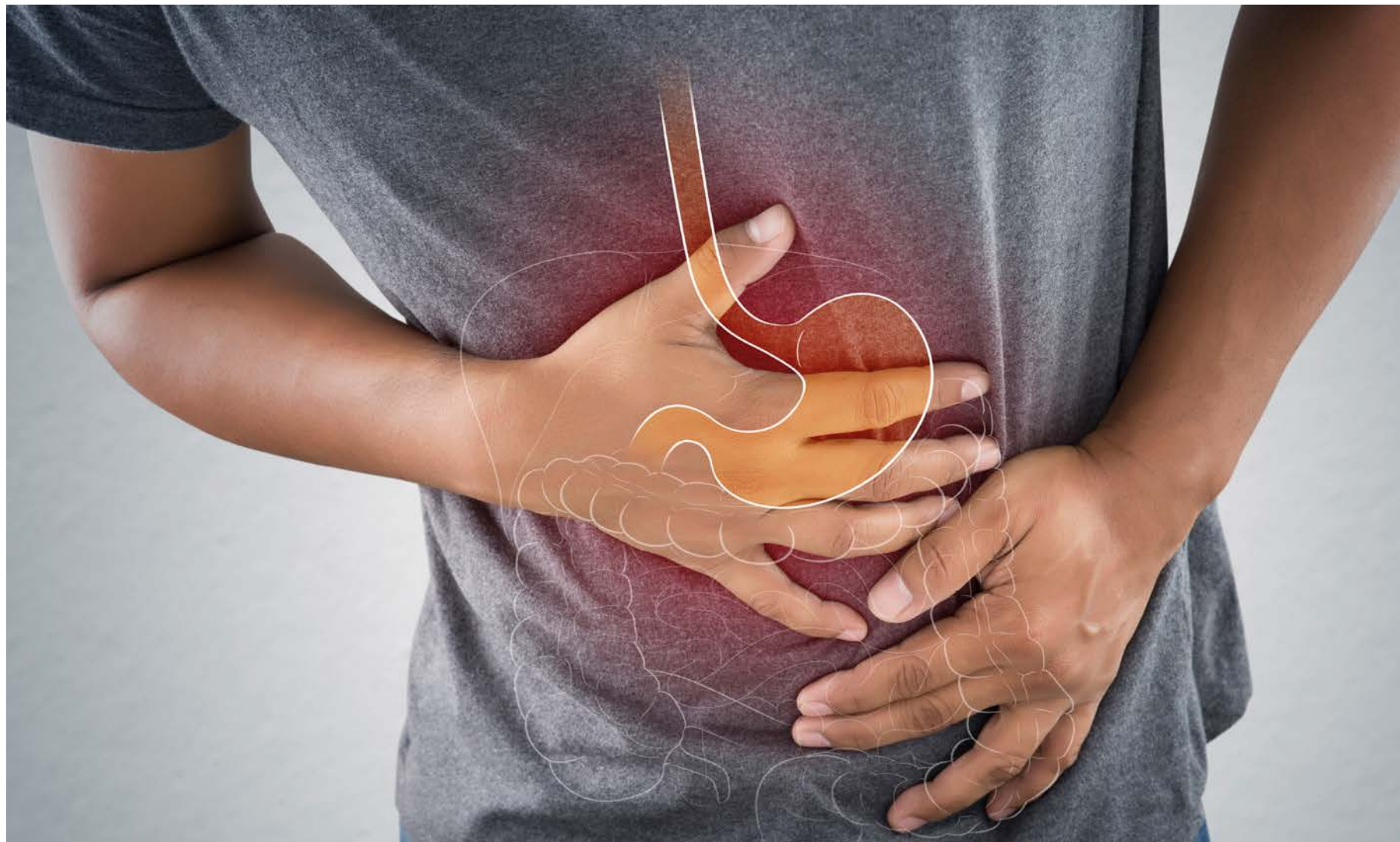
”

dr hab. Dorota Waśko-Czopnik:

Itopryd nie jest stosowany rutynowo, ale na pewno warto go wprowadzić na każdym etapie leczenia przy wszelkiego rodzaju zaburzeniach czynnościowych

Dlaczego itopryd?

Lek ten blokuje uwalnianie dopaminy oraz hamuje wydzielanie cholinesterazy. Tym samym stymuluje perystaltykę przełyku, przyspiesza opróżnianie żołądka, zmniejsza przemijającą relaksację dolnego zwieracza przełyku, która bardzo często jest przyczyną zaburzeń, zmniejsza dysfunkcję odźwiernika. Itopryd nie przechodzi przez barierę krew-mózg, w związku z czym nie ma działania ośrodkowego, co m.in. wpływa na wysoki profil bezpieczeństwa itoprydu.



Fot. iStockphoto

objawiać bólem zamostkowym i refluksiem żołądkowo-przełykowym.

Refluks dwunastniczo-żołądkowo-przełykowy również przebiega ze zgagą. – Coraz częściej rozpoznajemy achalazję ze względu na coraz lepsze możliwości diagnostyczne. Kiedy przełyk zaczyna się bardzo rozszerzać, dominującym objawem poza bólem w klatce piersiowej jest zgaga. Czasem pacjenci latami są leczeni IPP, niestety nieskutecznie – mówi dr hab. Dorota Waśko-Czopnik.

– We wszystkich opisanych sytuacjach klinicznych u podłoża zaburzeń leżą nieprawidłowości motoryczne przełyku, żołądka i dwunastnicy. Jeżeli zatem chcemy działać skutecznie, musimy zastosować to, co reguluje motorykę, czyli leczenie prokinetyczne – dodaje ekspertka.

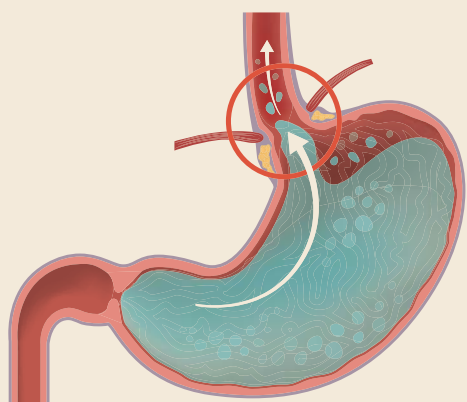
Znaczenie leczenia prokinetycznego

Takie leczenie zostało zaproponowane w rekomendacjach dla lekarzy rodzinnych dotyczących postępowania u pacjentów z objawami choroby refluksowej przełyku z 2019 r. Wskazują one, że jeżeli pacjent nie odpowiada na IPP, zasadnicze znaczenie ma intensyfikacja terapii polegająca na dodaniu leków prokinetycznych (ze wskazaniem na itopryd – jedyny bezpieczny prokinetyk na polskim rynku) i wspomagająco leków osłonowych.

1 marca 2022 r. ukazały się rekomendacje postępowania w GERD dla gastroenterologów. Wskazują one, że IPP to nadal tzw. złoty standard w leczeniu choroby refluksowej. Poza nimi zwraca się uwagę na leki prokinetyczne. – Metoklopramid i cizapryd, starsi przedstawiciele tej grupy, nie

GERD

Choroba refluksowa przełyku (GERD) może występować jako zaburzenie wynikające z nakładania się zaburzeń czynnościowych. Niewątpliwie wielu pacjentów z NERD ma zgagę czynnościową i dlatego jest mało prawdopodobne, by zareagowali oni na IPP. W zgadze czynnościowej zastosowanie IPP może nie przynieść efektu (zaburzenia motoryki). Jeżeli pacjent z chorobą refluksową nie reaguje na IPP, powinno się spojrzeć na przyczynę szerszej niż jedynie jako nadprodukcję kwasu solnego, często utożsamianą z GERD. Po wykluczeniu związku zgagi z chorobą kwasozależną należy pomyśleć o zaburzeniach motorycznych i włączyć do farmakoterapii leczenie przyczynowe –prokinetyczne itoprydem.



Fot. iStockphoto

są zalecane z powodu działań niepożądanych. Lekiem bezpiecznym, należącym do nowej generacji, jest itopryd, który może stanowić terapię dodaną do IPP. Nie jest obecnie stosowany rutynowo, ale na pewno warto go wprowadzić na każdym etapie leczenia przy wszelkiego rodzaju zaburzeniach czynnościowych, nawet u pacjentów wykazujących oporność na IPP – mówi dr hab. Dorota Waśko-Czopnik.

Leki osłonowe zobojętniające sok żołądkowy i/lub preparaty działające miejscowo na błonę śluzową mogą być stosowane na żądanie w celu złagodzenia okresowych objawów ze strony przełyku lub jako terapia dodatkowa do terapii hamującej wydzielanie kwasu w celu lepszej kontroli objawów.

Także w tym roku pojawiły się amerykańskie wytyczne dotyczące diagnostyki i postępowania w chorobie refluksowej, w których oceniono skuteczność wspomnianych grup leków – hamujących wydzielanie żołądkowe, prokinetyków, leków osłonowych. Podkreślono w nich dobroczynną rolę prokinetyków w usprawnianiu motoryki przełyku i żołądka, co jest istotne w leczeniu choroby refluksowej. Bezpieczne prokinetyki mogą stanowić duże wsparcie w leczeniu GERD jako terapia dodana do IPP.

– Wszystkie wspomniane konsensusy podkreślają znaczenie zaburzeń motorycznych jako elementu sprzyjającego powstawaniu GERD, a także objawów, które mogą się nakładać, a nie zawsze bywają związane ze zgagą i chorobą refluksową – konkluduje ekspertka. ■

”

Zgodnie z rekomendacjami dotyczącymi postępowania w GERD dla gastroenterologów z 1 marca 2022 r. IPP stanowią leczenie przyczynowe. Poza nimi zwraca się uwagę na leki prokinetyczne