

DEKSLANZOPRAZOL W LECZENIU CHOROBY REFLUKSOWEJ PRZEŁYKU WG SKALI LOS ANGELES C U PACJENTA Z PRZEPUKLINĄ WŚLIZGOWĄ ROZWORU PRZEŁYKOWEGO PRZEPONY

DEXLANSOPRAZOLE IN THE TREATMENT OF SEVERE REFLUX ESOPHAGITIS LA C IN A PATIENT WITH HIATAL HERNIA

Szpital Wojewódzki sp. z o.o. w Opolu

Streszczenie

Przepuklina wślizgowa rozworu przełykowego przepony, choć w 80% przypadków bezobjawowa, jest jedną z uznanych przyczyn refluksowego nadżerkowego zapalenia przełyku. Niesercowy ból zamostkowy, w tym o charakterze piekącym, częściej występuje u pacjentów z nadżerkowym zapaleniem przełyku, u których współistnieje przepuklina wślizgowa rozworu przełykowego przepony. Dekslansoprazol – R-enancjomer lansoprazolu – okazał się skuteczny w terapii zaawansowanego nadżerkowego zapalenia przełyku u pacjenta z przepukliną wślizgową rozworu przełykowego okresowo nadużywającego alkoholu.

Słowa kluczowe: nadżerkowe zapalenie przełyku, ból zamostkowy, przepuklina rozworu przełykowego, alkohol, dekslanzoprazol.

Abstract

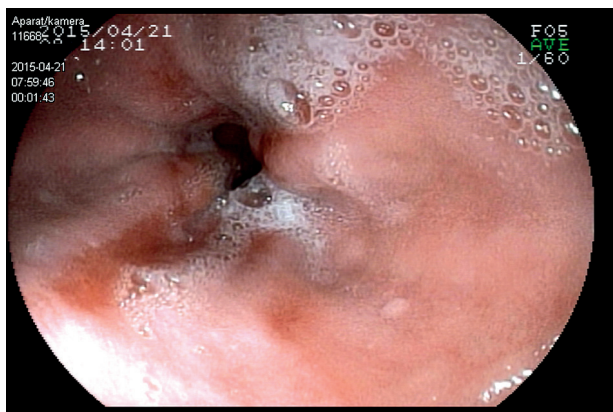
Hiatal hernia, although asymptomatic in 80% of cases, is one of the recognized reasons of erosive reflux esophagitis. Non-cardiac retrosternal pain, including the one of burning sensation character, occurs more often in patients with erosive esophagitis with concomitant hiatal hernia. Dexlansoprazole, R-enantiomer of lansoprazole, proved to be efficacious in the treatment of severe reflux esophagitis in a patient with hiatal hernia, who periodically abused alcohol.

Key words: erosive esophagitis, retrograde pain, hiatal hernia, alcohol, dexlansoprazole.

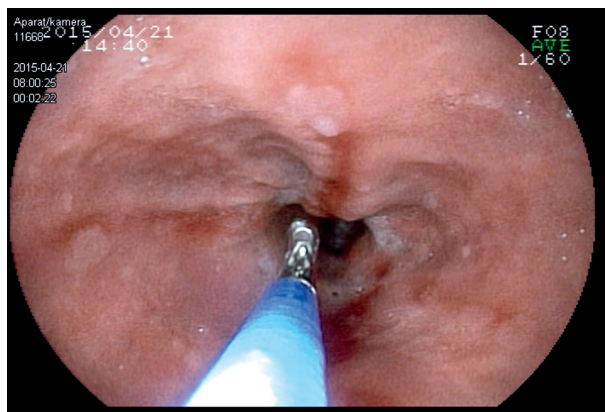
OPIS PRZYPADKU

Mężczyzna, lat 52, z zawodu kierowca, od ok. 3 lat skarżący się na nawracające epizody **bólu zamostkowego**, kilkakrotnie zgłaszał się na szpitalny oddział ratunkowy (SOR) z podejrzeniem choroby niedokrwiennej serca. W badaniu fizykalnym oraz w badaniach laboratoryjnych, takich jak: morfologia, oznaczenie stężenia białka ostrej fazy (*C-reactive protein* – CRP), aminotransferaz alaninowej i asparaginianowej (AlAT, AspAT), troponiny oraz kinazy kreatynowej izoenzymu MB (CKMB), nie stwierdzano odchyleń. Wykonane kolejno zapisy krzywej EKG były prawidłowe. Pacjent w ciągu ostatnich 3 lat był poddany dość szczegółowej diagnostyce kardiologicznej: wykonano u niego badanie ultrasonograficzne serca (UKG), badanie holterowskie (24-godzinny monitoring akcji serca), próbę wysiłkową – wyniki badań nie wskazywały na tło kardiologiczne zgłaszanych dolegliwości. Do poradni gastrologicznej pacjent został skierowany przez lekarza rodzinnego z powodu zaburzeń połykania. Z danych z wywiadu wynikało, że mężczyzna od kilku lat miał objawy wskazujące na cho-

robę refluksową przełyku, tj. uczucie pieczenia w klatce piersiowej, objawy ulewania występujące w pozycji leżącej lub kiedy pracował w pochyleniu, ponadto częste bóle gardła niereagujące na leczenie przeciwbakteryjne i przeciwwirusowe oraz uczucie **ciała obcego** w gardle. Ten ostatni objaw zdecydował o wizycie w poradni gastrologicznej. Po wykluczeniu „choroby kardiologicznej” okresowo pojawiającym się piekącym bólem okolicy zamostkowej pacjent się nie przejmował, zwłaszcza że objaw ustępował samoistnie. Sytuacja się zmieniła, kiedy po dwudniowej uroczystości weselnej zaczął mieć problemy z przełykaniem – pojawiły się ból i uczucie obecności ciała obcego w gardle. Mężczyzna zaniepokojony, czy nie połknął czegoś w trakcie wesela, poprosił lekarza POZ o skierowanie do poradni gastrologicznej. U pacjenta w trybie pilnym wykonano gastroskopię, stwierdzając w dystalnej części przełyku długości ok. 6 cm cztery nadżerki (ryc. 1., 2.). Nadżerki miały charakter zlewnych – przechodziły na sąsiednie fałdy, w klasyfikacji **Los Angeles – C**, wykazano jednocześnie endoskopowe cechy **przepukliny wślizgowej rozworu przełykowego przepony**. W celu potwierdzenia



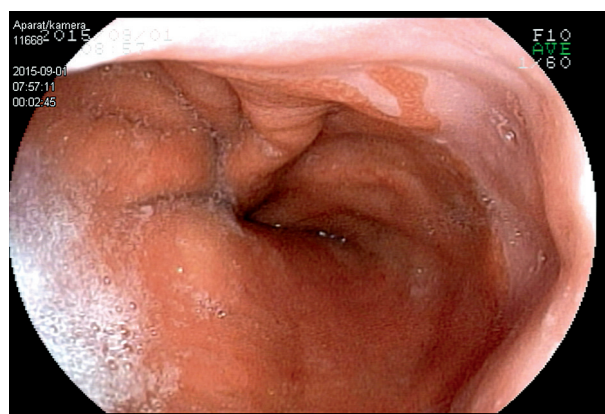
Rycina 1. Refluksowe nadżerkowe zapalenie przełyku w klasyfikacji Los Angeles C



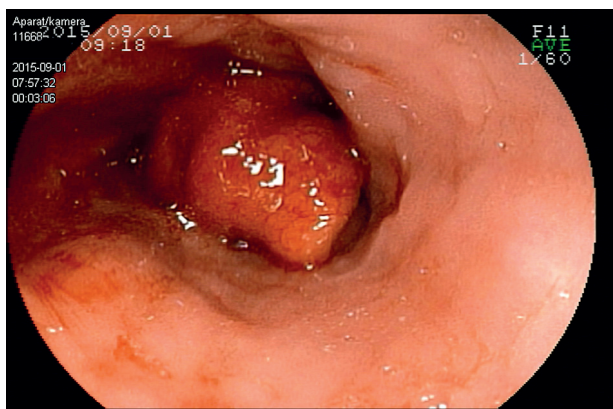
Rycina 2. Refluksowe nadżerkowe zapalenie przełyku w klasyfikacji Los Angeles C



Rycina 3. Obraz wygojonych nadżerek przełyku w trakcie leczenia dekslanzoprazolem



Rycina 4. Obraz wygojonych nadżerek przełyku w trakcie leczenia dekslanzoprazolem



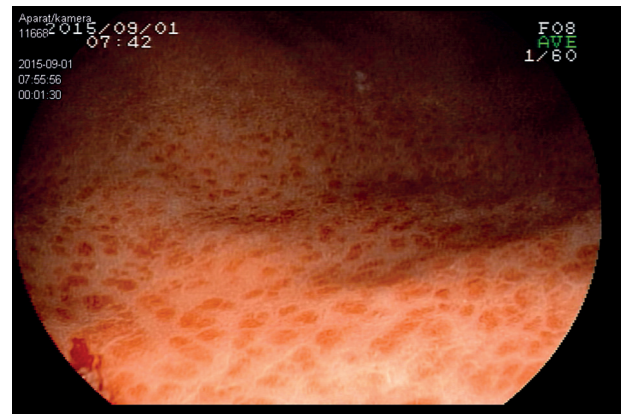
Rycina 5. Przepuklina wślizgowa rozworu przełykowego przepony

i określenia wielkości przepukliny pacjenta skierowano na badanie radiologiczne górnego odcinka przewodu pokarmowego z użyciem kontrastu. W badaniu radiologicznym stwierdzono obecność średniej wielkości przepukliny rozworu przełykowego z następczym nasilonym, wysokim refluksom, zaleganiem treści w przełyku przez dłuższy czas i ewidentnym nasileniem refluksu w pozycji niskiego skłonu i pozycji Trendelenburga. W ramach leczenia pacjent otrzymał dekslanzoprazol w dawce 60 mg/dobę rano, prokinetyki oraz przed snem lek z grupy

„alkalia”, wydano zalecenia dietetyczne i w odniesieniu do trybu życia. Leczenie inhibitorem pompy protonowej – dekslanzoprazolem – przepisano początkowo na 3 miesiące (8 tygodni) w dawce 60 mg/dobę, a następnie w dawce 30 mg/dobę, po czym zalecono kontrolę endoskopową. Pacjent nie zgłosił się na kontrolną gastroskopię. Skontaktował się telefonicznie i powiedział, że czuje się bardzo dobrze, nie ma żadnych dolegliwości, leki zażywa regularnie i nie widzi potrzeby kontrolnego badania endoskopowego, na które z racji natłoku pracy nie ma też czasu. Lekarz rodzinny, zgodnie z wydanym w poradni gastrologicznej zaleceniem w formie „zaświadczenia dla lekarza POZ”, kontynuował u pacjenta leczenie dekslanzoprazolem w dawce 30 mg/dobę. Pacjent na kolejną gastroskopię zgłosił się ze skierowaniem bezpośrednio od lekarza POZ – jego powodem były trwające od trzech dni wymioty z domieszką świeżej krwi. W wywiadzie mężczyzna wspominał o udziale w kolejnej uroczystości rodzinnej z nadmiernym spożyciem alkoholu. W badaniu endoskopowym górnego odcinka przewodu pokarmowego uwidoczniono wygojone nadżerki przełyku (ryc. 3., 4.), cechy przepukliny wślizgowej rozworu przełykowego przepony (ryc. 5.) oraz obraz krwotocznego zapalenia błony śluzowej żołądka (ryc. 6.). Pacjent do dnia wykonania ostatniej gastrokopii przyjmował dekslanzoprazol w dawce 30 mg/dobę.

OMÓWIENIE PRZYPADKU

U pacjenta głównym problemem chorobowym jest przepuklina wsiłzgowa rozworu przełykowego przepony predysponująca do refluksu żołądkowo-przełykowego. Następstwem długotrwałego refluksu żołądkowo-przełykowego było zaawansowane nadżerkowe zapalenie błony śluzowej przełyku. Przepuklina rozworu przełykowego jest schorzeniem przewodu pokarmowego polegającym na przemieszczaniu się części żołądka z jamy brzusznej do klatki piersiowej. W warunkach fizjologicznych narządy klatki piersiowej od narządów jamy brzusznej oddziela przepona. Na poziomie swojego dolnego zwieracza przełyk przechodzi przez przeponę w miejscu nazywanym rozworem przełykowym, gdzie w sprzyjających warunkach dochodzi do powstania przepukliny. U omawianego pacjenta występuje przepuklina wsiłzgowa – najczęstszy typ, który stanowi ponad 85% wszystkich typów przepuklin rozworu przełykowego, dotyczy średnio 13% populacji i polega na przemieszczeniu się połączenia żołądkowo-przełykowego powyżej przepony [3]. Stwierdza się ją w 25% badań górnego odcinka przewodu pokarmowego, z czego 80% jest bez znaczenia klinicznego (wariant normy) [3, 4]. Znaczenie przepukliny wsiłzgowej w patogenezie choroby refluksowej jest dyskusyjne, gdyż w 80% przypadków jest ona bezobjawowa, jednak rozpoznaje się ją w przypadkach wcześniej zdiagnozowanego zapalenia przełyku [4]. Druga co do częstości występowania, znacznie rzadsza, jest przepuklina okołoprzełykowa, stanowiąca ok. 5% wszystkich przepuklin [4] i polegająca na przemieszczaniu się dna żołądka do klatki piersiowej bocznie w stosunku do przełyku, przy czym połączenie żołądkowo-przełykowe pozostaje w miejscu fizjologicznym. Ostatni typ przepuklin to przepukliny mieszane, występujące bardzo rzadko – w ok. 1–2% przypadków [3]. Udział przepukliny wsiłzgowej w patofizjologii choroby refluksowej jest aktualnie uznany, upośledza ona bowiem lub też znosi mechanizm antyrefluksowej aktywności skurczowej odnóg mięśniowych przepony, sprzyja także występowaniu przejściowych spontanicznych relaksacji dolnego zwieracza przełyku (*transient lower esophageal sphincter relaxations* – TLESRs) [5]. W worku przeponowym kwas solny często nie jest neutralizowany przez pokarm, zarzucany do przełyku drażni długotrwanie jego błonę śluzową, co prowadzi do jej uszkodzenia [5]. Niewielka przepuklina wsiłzgową może nie dawać objawów klinicznych, większe często wywołują bóle w nadbrzuszu, zgagę, uczucie ulewania, odbijania, a także bóle zamostkowe – nierzadko o charakterze piekącym – i artmie. Praca w pozycji kucznej, pochylonej, zwłaszcza po posiłku, pozycja leżąca to sytuacje, które przy współistnieniu przepukliny rozworu przełykowego ewidentnie nasilają dolegliwości wynikające z refluksu żołądkowo-przełykowego. Ból w klatce piersiowej u omawianego pacjenta był początkowo dominującym objawem klinicznym, budził niepokój samego pacjenta, a także w lekarzy badających go w ramach SOR. Biorąc pod uwagę wielkość przepukliny rozworu przełykowego, którą zdjęcie rentgenowskie gór-



Rycina 6. Krwotoczne zapalenie błony śluzowej żołądka

nego odcinka przewodu pokarmowego z użyciem kontrastu oceniono na średnią, mało prawdopodobne jest, by przyczyną wieloletniego, nawracającego bólu zamostkowego, zwłaszcza bólu piekącego, była wielkość worka przepuklinowego. Ból najprawdopodobniej był skutkiem nadżerek przełyku powstałych w następstwie długotrwałej ekspozycji błony śluzowej przełyku na kwas solny. Bóle w klatce piersiowej pochodzenia pozasercowego, ich związek z chorobą refluksową oraz depresją w kontekście rokowania i odmienności terapii stanowią temat wielu badań klinicznych [1, 2]. Leczenie powikłań refluksu żołądkowo-przełykowego przy współistnieniu klinicznie istotnej przepukliny rozworu przełykowego jest trudne. Duże przepukliny, zwłaszcza okołoprzełykowe, obarczone 20-procentowym ryzykiem wystąpienia poważnych powikłań, są chorobą chirurgiczną i nie podlegają leczeniu zachowawczemu [3], w pozostałych przypadkach trzeba rozważyć, czy pacjent odniesie większe korzyści z leczenia zabiegowego przepukliny, czy też postępowaniem z wyboru będzie leczenie zachowawcze – farmakologiczne.

Omawiany pacjent na proponowaną przez chirurga operację przepukliny nie wyraził zgody. Zastosowano leczenie zachowawcze, do terapii włączono dekslanzoprazol przez 8 tygodni w dawce 60 mg/dobę, następnie w dawce podtrzymującej 30 mg/dobę, w skojarzeniu z prokinetykami i preparatem alkalinizującym na noc. Objawowo efekt terapii zachowawczej był bardzo dobry. Objawy kliniczne refluksu żołądkowo-przełykowego całkowicie ustąpiły, pacjent czuł się na tyle dobrze, że jak twierdził, nie widział powodu, by na rodzinnej uroczystości się nie „napić”, zwłaszcza że zażywał „profilaktycznie” dekslanzoprazol. Dwa dni po uroczystości pacjent z silnymi bólami brzucha i fusowatymi wymiotami został skierowany w trybie pilnym na gastroscopię. W badaniu nie stwierdzono nadżerek w przełyku, mimo endoskopowych cech przepukliny wsiłzgowej rozworu przełykowego, natomiast widoczne były masywne krwotoczne zmiany zapalne w obrębie błony śluzowej całego żołądka, najprawdopodobniej wskutek toksycznego działania spożytej w krótkim czasie nadmiernej ilości wysokoprocentowego alkoholu.

Mówiąc o przepuklinie rozworu przełykowego przepony i jej roli w refluksie żołądkowo-przełykowym, należałoby wspomnieć o tzw. **wpuklaniu się** żołądka **do przełyku**. Polega ono na częściowym wgłobieniu przedniej ściany lub krzywizny większej żołądka do przełyku. Zjawisko to stwierdza się u ok. **8% pacjentów** poddawanych endoskopii górnego odcinka przewodu pokarmowego. Najczęstszą jego przyczyną jest niewydolność wpustu, z którą może współistnieć przepuklina wsiłkowa rozworu przełykowego, a objawem klinicznym jest najczęściej ból zamostkowy występujący przy wzroście ciśnienia śródbrzusznego, np. podczas kaszlu. Fałdy trzonu żołądka wnikają do dolnej części przełyku i są widoczne w trakcie towarzyszących endoskopii odruchów wymiotnych w formie guza o wyglądzie **grzyba**. Tego typu zjawisko obserwuje się w trakcie wprowadzania endoskopu, najczęściej gdy jest on w połowie długości przełyku [4].

PODSUMOWANIE

Dekslanzoprazol – R-enancjomer lanzoprazolu – jest innowacyjnym inhibitorem pompy protonowej o wysokiej, klinicznie potwierdzonej skuteczności w leczeniu i profilaktyce powikłań choroby refluksowej przełyku. Przedstawiony przypadek pacjenta z zaawansowanym nadżerkowym zapaleniem błony śluzowej wskazuje na **wysoką skuteczność** deklanzoprazolu w leczeniu i profilaktyce **nadżerkowego zapalenia przełyku przy współistnieniu przepukliny rozworu przełykowego i działaniu czynników toksycznych (alkohol)**. Dawkowanie leku **niezależnie od pory posiłku i pory dnia**, duża skuteczność terapeutyczna i dobry profil bezpieczeństwa to argumenty przemawiające za szerokim stosowaniem deklanzoprazolu w terapii i profilaktyce następstw choroby refluksowej przełyku, szczególnie u osób prowadzących aktywny tryb życia i u pacjentów leczonych jednocześnie z powodu innych schorzeń [6].

PIŚMIENNICTWO

1. Atluri DK, Chandar AK, Fass R, Falck-Ytter Y. Systematic review with meta-analysis: selective serotonin reuptake inhibitors for noncardiac chest pain. *Aliment Pharmacol Ther* 2015; 41: 167-176.
2. Williams JF, Sontag SJ, Schnell T, Leya J. Non-cardiac chest pain: the long-term natural history and comparison with gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol* 2009; 104: 2145-2152.
3. Rozdział 25. W: *Gastroenterologia* Nettera. Floch H. (red.). Tom I. Urban & Partner Wrocław 2010; 79-84.
4. Block B, Schachschal G, Schmidt H. Endoskopia górnego odcinka przewodu pokarmowego. Medipage, Warszawa 2007.
5. Wocial T. Patofizjologia, rozpoznawanie i leczenie choroby refluksowej przełyku. *Terapia* 2007; 6: 13-18.
6. Dexilant. Charakterystyka produktu leczniczego. Takeda. 21 stycznia 2015.

Adres do korespondencji

Mariola Chrzonszcz-Łukowska, Szpital Wojewódzki sp. z o.o.
ul. Katowicka 64, 45-061 Opole, e-mail: gastromed@tlen.pl