

A refluxtípusú panaszok kezelése

A Gasztroenterológiai Szakmai Kollégium protokolljavaslata

A protokoll ellátási szintekre bontva tárgyalja az alkalmazandó betegellátást, illetve szabályozza a szinteknek megfelelő kompetenciákat.

A protokoll alkalmazási és érvényességi területe

– *Alapellátás* (minden háziorvosi, illetve a beteggel az első találkozás során nyújtott orvosi ellátás): a tünetorientált diagnosztika alkalmazása, a további konzultáció igénybevételének eldöntése, ennek hiányában báziskezelés indikációja.

– *Kistérségi járóbeteg-ellátás*: Szükséges a gasztroenterológus szakorvos elérhetősége. Feladat: az endoszkópia szükségességének vagy feleslegességének megítélése, lehetőség szerint ennek elvégzése, extraoesophagealis szimptomák gyanújának felvetése, báziskezelés indikációja.

– *Területi kórházak, szakrendelések*: Szükség szerinti konzílium gasztroenterológus szakorvos kötelező igénybevételével, speciális vizsgálatok indikációinak javallata, magas szintű terápiamódosítás (beleértve a sebészeti beavatkozás megfontolását).

– *Egyetemek és kollégium által akkreditált teljes jogú gasztroenterológiai központok*: Az eddigi intézkedések kötelező érvényű megerősítése vagy megváltoztatása, speciális vagy „off label” terápia javaslata, társszakmákkal magas szintű konzíliumok és invazív eljárások elrendelése, kötelezően alkalmazandó terápia megszabása, műtéti javallat előtti teljes körű kivizsgálás, szövődmények finanszírozott ellátása (teljesítményvolumenkorlát nélkül és progresszív szorzóval), a törvényi rendeletek alapján a soronkívüliség vagy finanszírozási kedvezmény biztosítása, nagy kockázatú esetekben a beteg saját hatáskörbe vonása, a megfelelő finanszírozási átvállalás biztosításával.

A protokollok bevezetésének alapfeltétele a megreformált társadalombiztosítási rendszer teljes körű elfogadása, a területi biztosítók szakértőivel történt egyeztetés.

A refluxbetegség definíciója

A gyomortartalom regurgitációja időszakos vagy állandósult panaszokat és tüneteket (retrosternalis égés, fájdalom, hányinger, hányás, nyelési panasz stb.) okozhat, ez a gastrooesophagealis reflux betegség (továbbiakban refluxbetegség, GERD). A betegség nemcsak emésztőszervi panaszokat okozhat, hanem a legváltozatosabb mellkasi respiratorikus, kardiális, fül-orr-gégszeti és egyéb extragastrointestinalis tünetek és panaszok (alvászavarok, korai atípusos fogkárosodások stb.) hátterében állhat. Előfordulási gyakorisága folyamatosan nő a civilizált világban, a betegek életminőségét nagymértékben rontja, ezért *népbetegségnek tekinthető*, interdiszciplináris megközelítése szükséges.

A betegség jellemzői

A betegség *kiváltó tényezőit* az 1. táblázatban soroljuk fel.

A következő *kockázati tényezőkkel* kell számolni:

- Anatómiai rendellenességek.
- Obesitas.
- Étkezési szokások (magas zsírtartalom, késői étkezés, excesszív koffein, alkohol, citrusfélék fogyasztása).
- Stresszhatások.
- Bármilyen okból keletkező fokozott hasúri nyomás.

Az *érintett szervrendszer(ek)* között első helyen szerepel a nyelőcső, de szövődményes esetekben a betegség érintheti a gyomor kardiális régióját, a keringési rendszert, a légzőrendszert, a fül-orr-gége szervrendszert, okozhat fogazatkárosodást és alvászavarokat.

A gastrooesophagealis reflux betegség *genetikai háttere* jelenleg – a gyakorlati klinikai felhasználhatóság vonatkozásában – még nem tisztázott.

A GERD Magyarországon *népbetegségnek* tekinthető, pontos – a *prevalenciára, incidenciára és mortalitásra* vonatkozó – adatok még nem állnak rendelkezésre.

Összeállította: dr. Simon László, az Országos Gasztroenterológiai Szakmai Kollégium tagja.
E-mail: simonlaszlo@gmail.com

1. TÁBLÁZAT

A gastrooesophagealis reflux betegség kiváltó tényezői

- Motilitási zavarok:
- nyelőcső-diszfunctió,
 - LES-inkompetencia:
 - TLESR-k,
 - stresszreflux,
 - szabad reflux,
 - gyomorürülési zavar.
- Kémiai anyagok:
- sósav-pepszin,
 - epesavak,
 - tripszin,
 - hiperozmoláris anyagok.
- Anatómiai tényezők:
- hiaushernia,
 - szöveti rezisztencia.
- Tünetek:
- hyperszenzitivizáció,
 - percepció abnormalitás.

*LES: alsó oesophagealis sphincter (lower esophageal sphincter);
TLESR: átmeneti alsó oesophagealis sphincter relaxáció (transient lower esophageal sphincter relaxation)*

A 2. táblázatban a GERD különböző kórformáinak klinikai megoszlását tüntettük fel.

Az életkort tekintve a betegség érintheti a hazai populáció minden rétegét, az újszülöttkortól az agykorigig.

A nemi megoszlás a társadalmi helyzettől függően változó, a terápiás teendők szempontjából nincs meghatározó értéke.

Gyakori társbetegségek:

- Fokozott hasúri nyomást okozó posztoperatív állapotok.
- Asthma bronchiale, COPD.
- Ischaemiás szívbetegség.
- Az oesophagealis sphincter ellazulását okozó gyógyszeresedés.
- Irritábilis bél szindróma, funkcionális emésztőszervi betegségek.

Panaszok, tünetek

Típusos tünetek: gyomorégés (heartburn, pyrosis), regurgitatio, nyáladzás, odynophagia, bőfögés.

Atípusos tünetek: epigastriális fájdalom, hányinger, globusérzés, mellkasi fájdalom.

2. TÁBLÁZAT

GERD-klaszifikáció és gyakoriság

NERD: nem erozív refluxbetegség (endoszkóposan negatív refluxbetegség); 60%.
ERD: erozív refluxbetegség (reflux oesophagitis); 35%.
Szövődményes esetek: ulcus, stictura, Barrett-oesophagus, adenocarcinoma; 5%.

Extraoesophagealis tünetek: anginás jellegű mellkasi fájdalom (non-cardiac chest pain), idült köhögés, fulladásos rohamok, apnoe, laryngospasmus, alvászavarok, reggeli rekedtség, torokköszörülés, idült garatfájdalom, fülfájás, halitosis, szájszárazság, bevont nyelv, éjszakai szorongás, korai, atípusos lokalizációjú dentális eróziók.

Diagnózis

Diagnosztikai algoritmusok és anamnézis

A refluxbetegség kórisméjéhez – az alapvető, a tünetértékelést preferáló paradigmaváltás után – az alapellátásban kell eljutni, elsősorban a tünetek pontos analízise során. A refluxtünetekkel jelentkező betegek mintegy 50-70%-ában a nyelőcső nyálkahártyáján nem látható makroszkópos károsodás, ezért az endoszkópia a refluxbetegség diagnózisában meglehetősen inszenzitív módszer, csak meglévő oesophagitis esetén bizonyító erejű. Ezért – főleg 45 év alatti életkorban és az alarm tünetek (vérzés, anémizálódás, dysphagia, profúz hányás, konstans mellkasi fájdalom) gondos vizsgálata és az egyéb betegségek kizárása után – megengedhető a protonpumpa-bénítőkkel (PPI) végzett terápiás teszt. Ha kettő-négy hétig alkalmazott standard dózisu, korszerű PPI-kezelés (esomeprazol, lansoprazol, pantoprazol, rabeprazol) teljes tüneti javulást eredményez, megállapítható a refluxbetegség kórisméje. Ellenkező esetben gasztroenterológus-konzílium szükséges.

Az ajánlható diagnosztikus algoritmust az 1. ábrán tüntettük fel.

A fizikális vizsgálatok jelentősége minimális, elsősorban a szövödményes esetekre (kardiológiai, respiratorikus, otorhinolaryngológiai rendszer, dentális károsodások felfedezése) kell kiterjedniük.

A laboratóriumi vizsgálatok nem relevánsak, csak a szövödmények súlyosságának megítélésére alkalmasak és műtéti előkészítés esetén szükségesek.

A gyomorsavtermelés meghatározása ma már korszerűtlen módszer, nem szükséges.

Képekotó vizsgálatok

- Endoszkópia és továbbfejlesztett módszerei: szövétani mintavétel, intravitális festések, „narrow band imaging”, konfokális lézer-endomikroszkópia stb. („B”).
- Báriumnyeletéses röntgenvizsgálat („C”).

- Ultrahang-, CT- és MR-vizsgálat, csak a szövödmények műtéti megoldásának elősegítésére („A”).

A diagnosztikai vizsgálatok szükségességének meghatározása a diagnosztikai algoritmus alapján történik, kötelezően, a protokoll szerint elvégzendő képekotó vizsgálat *nincs*.

Kiegészítő diagnosztikai vizsgálatok

- PH-metria („B”),
- impedancia („A”),
- manometria („A”),
- Bernstein-teszt („B”),
- Bilitec („B”),
- nukleáris diagnosztikai reflux-vizsgálatok („C”),
- extraoesophagealis szövődmények esetén a társszakmák protokolljai által meghatározott vizsgálatok.

Kezelés

Nem gyógyszeres kezelés

A gastrooesophagealis reflux betegség kezelésében nagy jelentősége van az alsó nyelőcsősfinkter tónusát csökkentő tényezők kiküszöbölésének, így a zsíros ételek, a csokoládé, az alkoholfogyasztás, illetve a dohányzás, a sfinkter tónusát csökkentő gyógyszerek (teofillin, nitrátok, kalciumcsatorna-gátlók) elhagyásának. A szalicilátok és más nem szteroid gyulladáscsökkentő szerek (NSAID) károsíthatják a nyelőcsőmucosát és elhúzódóvá teszik a gyógyulást. A testsúlycsökkentés, valamint az ágy feji végének 15 cm-rel való megemelése is hasznos lehet.

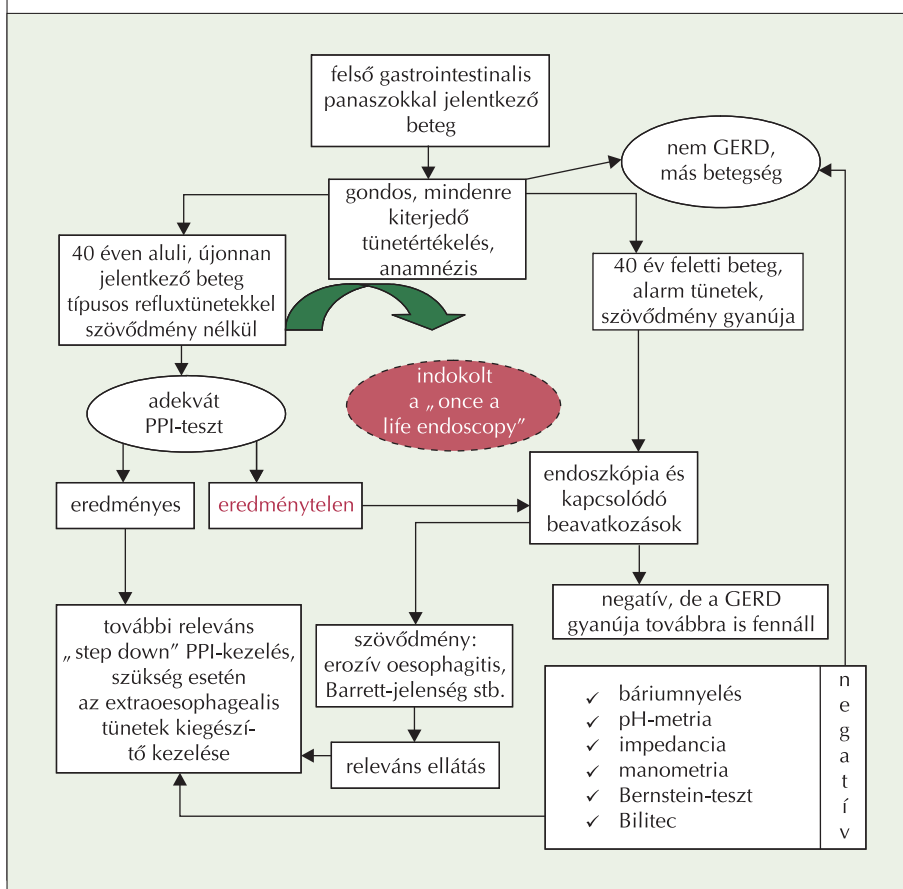
1. A megfelelő egészségügyi ellátás szintje: I. szint, alapellátás.
 2. Általános intézkedések: ennek megfelelően.
 3. Speciális ápolási teendők: tartósan fekvő betegek-nél a fenti intézkedések fokozott betartatása.
 4. Fizikai aktivitás: majdnem irreleváns, késői időpontban való étkezés elkerülése, illetve utána könnyed mozgás ajánlatos.
 5. Diéta: zsíros, extrém fűszeres ételek, citrusfélék, koffeintartalmú ételek és italok kerülése, elsősorban mennyiségi és időbeni korlátozások (nem késői, többszöri kis mennyiségű étkezés).
 6. Betegoktatás: a fentieknek megfelelően.
- EBM-bizonyítékok: B-C.

Gyógyszeres kezelés

1. A megfelelő egészségügyi ellátás szintje: alapellátás+szakorvosi konzílium.
 2. Speciális teendők: csak szövődményes esetekben, a társszakma szabályai és protokolljai szerint.
- A gyógyszeres kezelés a gyomorsav közömbösítésére és a gastrooesophagealis reflux megelőzésére irányul.

1. ÁBRA

A refluxbetegség alapszintű diagnosztikus algoritmus



Igen enyhe formákban megengedhető folyékony antacidok (40-80 mEq) „on demand” adása.

A háziorvos – igénybe véve a gasztroenterológiai konzíliumot vagy extraoesophagealis szövődmények esetén az illetékes alapszakma szakorvosi konzíliumát – az ábrázolt diagnosztikai algoritmus alapján megállapítja a kórismét, és közösen hozzárendelik a megfelelő kezelést, amelyet a kezelőorvos köteles követni.

A költséghatékonysági vizsgálatok kimutatták, hogy a leghatékonyabb a gyógyszerek lépcsőzetesen csökkenő dózisaival végzett („step down”) kezelés, amelyet jelenlegi finanszírozási lehetőségeink mellett a gasztroenterológus konzíliáriusnak és a családorvosnak együtt kell irányítani, figyelve természetesen az alarm tünetek, atípusos tünetek és szövődmények (elsősorban Barrett-jelenség) jelentkezését. Step down terápia előtt az „once in a life” endoszkópia elsősorban a Barrett-oesophagus szűrésére ajánlható. Jól tervezett step down kezelést hatékony PPI individuálisan megszabott standard vagy emelt dózissal kezdünk 8-12 hétig, majd a PPI standard vagy felezett dózisaival kell beállítani azt a terápiát, amely tünetmentességhez és az életminőség stabilizálódásához vezet.

A step down kezelés legfőbb előnye a gyors tünet-

mentesség, és ezáltal a másodlagos kiadások csökkenése. Megállapítható, hogy a refluxbetegség természetes lefolyását elsősorban az iniciális kezelés eredményessége, és az emiatt elhagyható inkrementális költségek befolyásolják.

Az elsősorban javasolható *korszerű* PPI gyógyszerek: esomeprazol, lansoprazol, pantoprazol, rabeprazol.

Kevésbé hatékony, régebbi készítmények, amelyeket részben a hatásérősség és a kevésbé kedvező farmakodinamikai effektusok, másrészt a kölcsönhatások miatt csak gastroenterológus alapos megfontolása után ajánlunk: omeprazol és a szer generikumai.

EBM-bizonyíték: A.

Kontraindikációk: a gyógyszerek alkalmazási előírataiban megfogalmazottak.

Kiegészítő, alternatív gyógyszeres kezelés

Oki terápiaként mindenképpen szóba jönnie a megfelelő prokinetikum adása, jelenleg azonban nem rendelkezünk megfelelően bizonyított hatású szerrel.

„Off label” alkalmazásra ajánlható gyógyszerek: antidepresszánsok, anxiolyticumok, baclofen.

Műtét

A műtéti indikációra vonatkozó bizonyítékokat, azok szintjeit lásd a sebészeti szakkollégium megfelelő protokolljában!

Gondozás

– Rendszeres ellenőrzés: háziorvosi szinten, szükség szerint gastroenterológiai konzílium igénybevitelével.

– Megelőzés: kiváltó életmódbeli tényezők mellőzése.

– Lehetséges súlyos szövődmények és kezelésük:

– strictura: kezelése endoszkópos vagy sebészeti tágitás, műtét (l. ezek protokolljait!);

– nyelőcső-adenocarcinoma: (l. sebészeti és onkológiai protokollt!).

A protokoll az érintett társszakmákkal – gyermekgyógyászat, sebészet, pulmonológia, kardiológia, alvásszakértők, pszichiátria, fogászat – kialakított konszenzus alapján készült.

A konszenzus frissítése három év múlva javasolt.

A szakmai protokoll érvényessége: 2010. december 31.

IRODALOM

1. Simon L, Lonovics J, Tulassay Zs, Wittman T (szerk). A gastroesophagealis reflux betegség (GERD) – emésztőszervi és más szervrendszeri megjelenési formák. Budapest: MGT-AstraZeneca; 2003.
2. A nem erózív refluxbetegség (NERD): interdiszciplináris konferencia (főszerk.: Lonovics János). Budapest: Magyar Gastroenterológiai Társaság, AstraZeneca. Lumiere; København: Lumiere København; 2005. p. 194.
3. Coron E, Hatlebakk JG, Galmiche JP. Medical therapy of gastroesophageal reflux disease. *Curr Opin Gastroenterol* 2007;23:434-9.
4. Bardhan KD, Berghofer P. Look – but also listen! ReQuest: an essay on a new validated scale to assess the outcome of GERD treatment. *Digestion* 2007;75(Suppl1):87-100. Epub 2007 May 4.
5. Fass R. Symptom assessment tools for gastroesophageal reflux disease (GERD) treatment. *J Clin Gastroenterol* 2007;41:437-44.
6. Khan M, Santana J, Donnellan C, Preston C, Moayyedi P. Medical treatments in the short term management of reflux oesophagitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(2):CD003244.
7. Fass R. Erosive esophagitis and nonerosive reflux disease (NERD): comparison of epidemiologic, physiologic, and therapeutic characteristics. *J Clin Gastroenterol* 2007;41:131-7.
8. Metz DC, Inadomi JM, Howden CW, van Zanten SJ, Bytzer P. On-demand therapy for gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol* 2007;102:642-53.
9. Novitsky YW, Paton BL, Kercher KW, Heniford BT. Current aspects of surgical management of GERD. *Surg Technol Int* 2006;15:53-62.



HÍR

HEPATOLÓGIAI TOVÁBKÉPZŐ TANFOLYAM

Időpont: 2008. április 16–19.

Helyszín: Hotel Kapitány, Sümeg.

Főtémák: vírushepatitisek, alkoholos és nem alkoholos májbetegségek, krónikus hepatitis, májcirrhosis, májrák; etiológia, patogenezis, patológia, diagnózis, terápia, megelőzés.

Szervezőiroda: Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, II. Sz. Belgyógyászati Klinika; 1088 Budapest, Szentkirályi u. 46. Telefon: (1) 317-4548.

Kapcsolattartó: Bárkovits Sarolta; e-mail: saci@bel2sote.hu.

Tudományos információ: dr. Fehér János, Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, II. Sz. Belgyógyászati Klinika; e-mail: feher@bel2.sote.hu.

Honlap: www.majbetegseg.hu, www.intermedicons.hu