

(ISSN 1803-280X, VERZE II. 2011)

## **7 Nemoci jícnu**

### **7.1 Vývojové vady jícnu**

### **7.2 Záněty jícnu**

7.2.1 Oesophagitis acuta

7.2.2 Oesophagitis chronica

7.2.2.1 Refluxní ezofagitidy – Gastroezofageální reflux –

Supraezofageální reflux (extraezofageální refluxní choroba, též 7.7.7)

7.2.2.2 Kandidové ezofagitidy

### **7.3 Divertikly polykacích cest**

Krikofaryngeální pulsní divertikl - Zenkerův divertikl

### **7.4 Jícnové varixy**

### **7.5 Poruchy motility jícnu**

Chronické a intermitující spazmy a achalazie

### **7.6 Nádory jícnu**

7.6.1 Nezhoubné nádory jícnu

Barretův jícn

7.6.2 Rakovina jícnu (též 7.7.5)

### **7.7 Doplnky, kazuistiky**

7.7.1 Eozinofilní (alergická) ezofagitida

7.7.2 Jícnový hematom (intramurální)

7.7.3 Spontánní ruptura jícnu (transmurální). Mallory Weissův sy

7.7.4 Poruchy motility jícnu

7.7.4.1 Achalázie

7.7.4.2 Spastické poruchy motility jícnu

7.7.4.3 Difúzní jícnové spazmy

7.7.4.4 Sklerodermie – projevy na jícnu

7.7.5 Rakovina krční části jícnu

7.7.6 Dysfagie při osteofytech krční páteře

7.7.7 Extraezofageální (supraezofageální) refluxní nemoc (EERN)

(Též 7.2.2.1 )

# Přídavek

K zdravé Radě lékařské užitečný,  
z Školy Salernytánské vybraný.

## Kapitola I.

O Obecných Nemocích v Lékař-  
ství.

I. O Obecných Lékařstvích.

Psáno Králi Anglickému,  
Chceš-li hovět Zdravj svému,  
Dlouho na Světě žio byti,  
Hleď toto při sobě míti:

Nermuť se mnoho nepečuj,

Dalž můžeš hněvu se zpečuj.

Pij málo, skromně večerej,

Za Stolem dlouho nesedej,

Nespi ve Dne, nedrž Wody,

Ani Wětry, ujdeš škody,

To čině dlouho žio budeš,

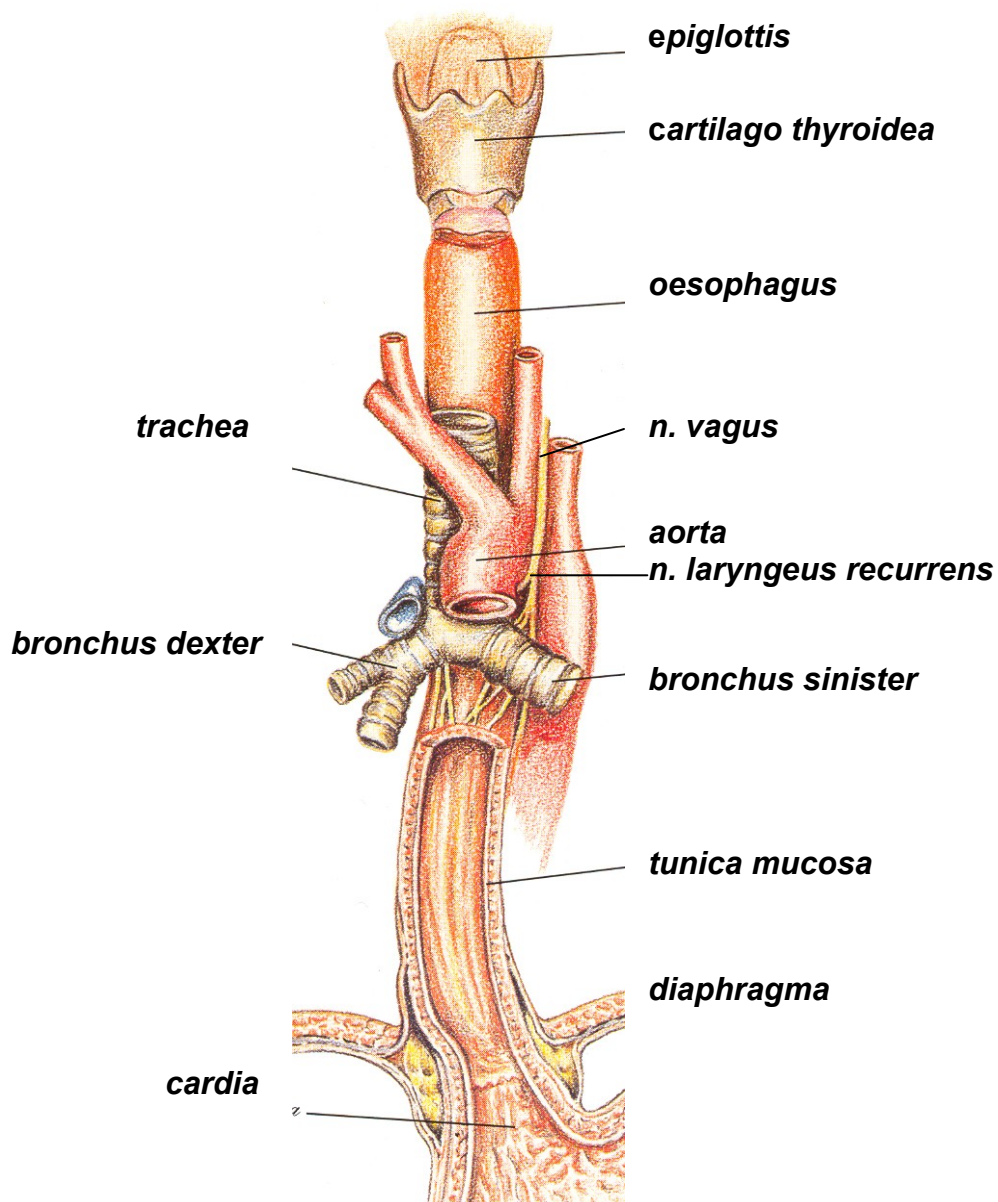
Mnohých Nemocý pozbudeš.

*Přídavek k zdravé radě lékařské užitečný ze školy Salernytánské vybraný.  
Kapitola I. O obecných nemocích i lékařství. I. O obecných lékařstvích.  
Psáno králi anglickému, chceš-li hovět zdraví svému, dlouho na světě živ býti,  
hleď toto při sobě míti : Nermuť se mnoho nepečuj, dalž můžeš hněvu se  
zpečuj. Pij málo, skromně večerej, za stolem dlouho nesedej. Nespi ve dne,  
nedrž vody, ani větry, ujdeš škody. To čině dlouho živ budeš, mnohých  
nemocí pozbudeš.*

## ***Malý pohled na anatomii jícnu***

*(upraveno z obr. neznámého autora)*

*Pars cervicalis: od C<sub>4</sub> po Th<sub>1</sub>, pars thoracica od Th<sub>1</sub> po bránici, pars abdominalis pod bránicí.*



## 7. Nemoci jícnu

**Ezofagologii** rozvíjeli otorinolaryngologové na základě ezofagoskopie, kterou jako jediní pěstovali po celé století až do zavedení flexibilní techniky. Po 2. světové válce se této části trávicí soustavy ujímá i nově vznikající obor gastroenterologie. Otolaryngologové užívají jak rigidní tak flexibilní ezofagoskopy, podobně jako tracheobronchoskopy. To umožňuje v dané oblasti zvládnout nejširší spektrum



diagnostických a léčebných transendoskopických postupů. Jedním z nich je např. transendoskopické využití ultrazvuku v kardiologii, mj. pro měření velikosti plánované náhrady chlopně, zkoumání submukózních lézí nebo cílené cytologické aspirace nebo biopsie.

*Normální nález ve střední části jícnu.*

### 7.1 Vývojové vady

Po narození se můžeme setkat s dramaticky se komplikujícími **stenózami nebo atréziemi jícnu** a **ezofagoatracheálními** či **ezofagobronchiálními píštělemi**, samostatně nebo v různé kombinaci. Onemocnění se jeví při kojení regurgitací a kašlem s dušením. Diagnóza vychází dále z rtg vyšetření s kontrastem a endoskopie. U stenóz jsou prováděny dilatace, atrézie a píštěle musí být řešeny chirurgicky. Vrozený bývá rovněž **brachyoezophagus**, který se projevuje refluxem, někdy již v kojeneckém věku. Reflux může poškozovat nejen polykací, ale i dýchací cesty z aspirace. Ojedinelá **dysphagia lusoria** má svůj původ v anomálním odstupu a. subclavia dx., nebo ve zdvojeném aortálním oblouku a komprese jícnu je z vnějška. Laryngofaryngeální rozštěp může být rozšířen i na tracheu a jícen. Většina uvedených anomálií bývá kombinována některou z dalších vad kardiální, gastrointestinální, muskuloskeletální, pulmonální aj.



**Zdvojený aortální oblouk působí kompresi jícnu**

K vývojovým anomáliím lze přičítat i část endoskopicky a na pasáži jícnu zjištěných **koncentricky uložených prstenců nebo slizničních řas**, které zužují lumen. Udává se, že takovéto zbytnění sliznice a někdy též její svaloviny, pokud nezužuje jícen pod průměr 13 mm, nemusí činit potíže. V oblasti krčního jícnu jsou spíše nalézány slizniční řasy, v dolní třetině jícnu prstence. S obdobnými nálezy se lze ale setkat u širší škály patologických nálezů, jako jsou záněty, včetně refluxní ezofagitidy, autoimunní onemocnění, deficit plazmatického železa aj.

Slizniční řasy až jizvy obvykle srpkovitého tvaru s úponem vpředu jsou typické v postkrikoidní krajině a v oblasti krčního jícnu u **Plummer-Vinsonova syndromu** a

Kelly-Patersonova syndromu a jsou spojovány s již uvedeným nedostatkem železa. Projevují se dále se koilonychií, cheilózou a glositidou (viz dále). Tyto syndromy asociují s rakovinou hypofaryngu a krčního jícnu. Podobné nálezy jsou udávány též jako důsledek imunitních pochodů po transplantaci kostní dřeně.

## 7.2 Záněty jícnu

**Ezofagitidy**, jako jiné záněty, se dělí na akutní a chronické.

### 7.2.1 Oesophagitis acuta

Onemocnění doprovází v podobě enantémů dětské exantematické infekce a dále těžší prudké katary cest dýchacích a gastritidy. Nejčastěji jsou důsledkem zvracení z iritace žaludečními šťávami, kdy může vzniknout i obraz akutní faryngitidy. Podobně příliš horká nebo ledová jídla, koncentrovaný alkohol a ostrá koření mohou vyvolat obraz katarálního až korozivního zánětu. Vzácněji než v orofaryngu se setkáváme s dalšími typy zánětu, např. aftózní ezofagitidou (obr.).

**Příznaky a nález.** Nemocní trpí pocitem pálení žáhy v nadbříšku a za sternem, které se stupňuje zejména při polykání "naprázdno". Sliznice je katarálně mapovitě nebo difúzně překrvená, s maximy ve fyziologických úžinách. **Léčebně** lze podávat antacida a blokátory produkce žaludeční kyseliny, je vhodné podávat nedráždivou dietu.



**Eozinofilní - alergická ezofagitida** může mít podobu akutní i chronickou. Jde o potravinovou alergii, kterou endoskopicky charakterizuje slizniční enantém, edém, setření cévní kresby, zvýšená taktilní zranitelnost až tvorba ulcerací a posléze striktur. Jsou patrné početné koncentrické prsténce ve všech etážích jícnu. Nereaguje na antirefluxní léčbu, ale na dietu vylučující antigeny a též na kortikoidy.

### 7.2.2 Oesophagitis chronica

Onemocnění vzniká z obdobných, ale opakovaných příčin, jako akutní ezofagitidy. K tomu přispívají dyskineze a organické nebo funkční stenózy jícnu s následnou stagnací a rozkladem potravy nebo refluxem žaludečního obsahu. Nemalá část těchto stavů je podmiňována stresem a patří do skupiny tzv. psychosomatických onemocnění. Atrofické formy jsou dávány do souvislosti s hypochromní anemií (Kelly-Pattersonův syndrom, tj. sideropenická dysfagie s projevy žaludečními, kožními a koilonychií) a jsou častým nálezem u Sjögrenova syndromu, xerodermie.

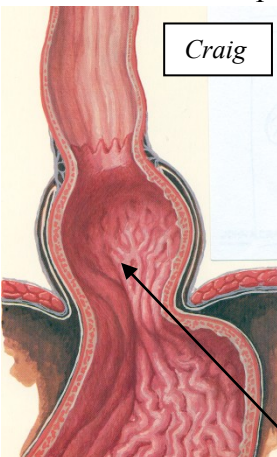
**Příznaky a nález.** Nemocný má obdobnou, ale trvalou symptomatologii jak uvedeno výše, jen s malými výkyvy, často se zhoršující dietní chybou, prací v předklonu, psychickým přepětím apod. Diagnóza je založena na anamnéze, ezofagologickém a gastroenterologickém vyšetření (mj. manometrie, pHmetrie, probatorní biopsie clearance jícnu), rtg vyšetření polykacího aktu. Záněty alimentárního původu jsou

obvykle **hypertrofické**, souvisí-li se stagnací potravin jsou až **hemoragické a ulcerózní**.

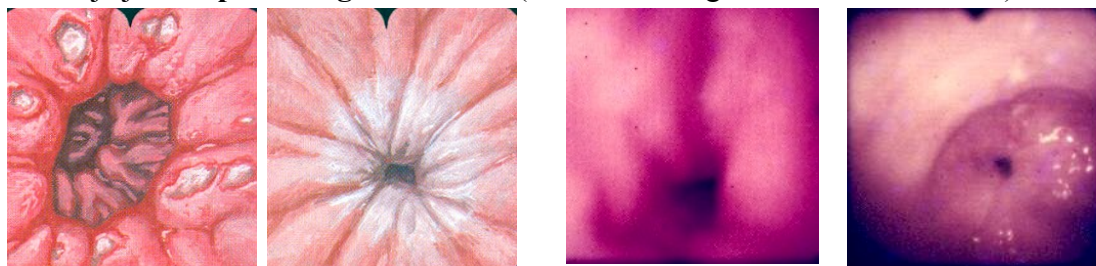
Léčba spočívá v úpravě životosprávy včetně duševní hygieny. Kauzálně je nutné léčit gastritidy, stenózy jícnu, dyskineze, anemie.

### 7.2.2.1 Refluxní ezofagitidy - gastroezofageální reflux (GER, též 7.7.7)

Jde o soubor patogeneticky rozdílných onemocnění, jejichž společným jmenovatelem je opakovaný nebo dlouhodobý návrat žaludečního obsahu, především šťáv do jícnu. Příčinou je narušení souhry uzávěrových mechanismů dolního jícnového ústí, nejčastěji při **klouzavé hiátové hernii žaludku** a nebo po operacích této oblasti. U kojenců je GER považován za normální, ve věku do 18 měsíců se nachází u 60 % dětí, a do 4 roků u 30 %. I v dětství se může projevit ale patologií: je nutné na něj myslet především při provleklém kašli a při opakovaných nemocech respiračního traktu včetně paranasálních dutin a dokonce při recidivujících či chronických zánětech středouší. Zde se předpokládá přeměna refluxu v aerosol kašlem. Podobné obtíže jako klouzavá hiátová hernie činí paraezofageální hiátová hernie žaludečního fundu a vzácná parahiatální diafragmatická hernie.



**Príznaky.** Vedoucím symptomem je u větší části nemocných **pyróza** a bolestivý **tlak** při polykání za sternem a **říhání**. Tyto stavy se intermitentně zhoršují až k vystupňované a trvalejší odynofagii, zejména při práci v předklonu nebo v poloze vleže. Jindy mohou vystupovat jako globus pharyngeus, nutkající ke stálému polykání. Někdy se nemocní budí v noci záchvaty kašle ze zateklé žaludeční šťávy do hrtanu a popřípadě průdušnice a nebo mají po ránu příznaky katarální faryngitidy a ojediněle i laryngotracheitidy s maximem nálezu na zadní stěně, vzácně je naznačeno subglotické zduření, podobné subglotické laryngitidě. Bolest pak může imitovat náhlou srdeční příhodu a iritací vagů může vést i k poruchám srdečního rytmu. U malých dětí se projevuje zvracením, laryngospazmy a bronchospazmy, pneumoniemi, a ojediněle i subglotickými laryngitidami, snad též tubotympanálními záněty. Aspirace žaludeční šťávy je vzácnou, ale vážnou komplikací celkové anestézie, která může vyústit až v edém plic. Výron žaludečních šťáv nad Killianův svěrač se označuje jako **supraezofageální reflux** (též extraezofageální refluxní choroba).



**Refluxní ezofagitida s ulceracemi a peptická striktura v kardii (Craig). Reálný endoskopický obraz ezofagitidy a striktury s počínajícím rozvojem megaesofagu.**

**Diagnóza** je založena na ezofagoskopickém vyšetření, které zjišťuje různý stupeň iritace sliznice zejména dolního úseku jícnu, ale někdy též faryngu a dokonce laryngu. Změny jsou pestré, podle tíže a trvání nemoci jsou projevy katarální, hyperplastické, ulcerózní a fibrostenozující, s dalším nárůstem poruchy peristaltické vlny a uzávěru dolního ústí jícnu a dysfagie. Měří se pH. Refluxní ezofagitidy jsou prekancerózou. Reflux zapříčiňuje i šíření *Helicobacter pylori* do jícnu a výše a uvádí se, že tento mikrob sehraává určitou roli při vzniku MALT lymfomu s vazbou na lymfatickou tkáň sliznice. Zvažují se proto i souvislosti s patologií tonzil, se středoušními záněty a vleklými onemocněními dýchacího ústrojí. (Nově se uvádí, že s útlumem výskytu *Helicobacter pylori* stoupá výskyt refluxních ezofagitid.)

**Léčba je nejdříve konzervativní.** Dodržování životosprávy s vyloučením kouření a dráždivé potravy (káva, čokoláda, alkohol), psychického a fyzického stresu, zvýšení horní poloviny těla ve spánku. Z léků se užívají u mírných forem antacida, u vystupňovaných forem pak regulátory peristaltiky (prokinetika a centrální antiemetika) a blokátory produkce žaludečních šťáv (H<sub>2</sub>-blokátory, inhibitory protonové pumpy). **Chirurgická léčba** v konzervativně nezvládnutelných případech je určena k funkčnímu a anatomickému zabránění refluxu i ovlivnění produkce kyseliny solné (škála gastropexie a fundoplikací).

### 7.2.2.2 Kandidové ezofagitidy

Původcem těchto onemocnění je nejčastěji *Candida albicans*. Vznikají dysmikrobií jícnu, např. po antibiotické terapii, při léčbě imunosupresivou, kortikoidy, cytostatiky, při dehydrataci a inanici, u 10 % nemocných v iniciálním stadiu a u 20 % s rozvinutou AIDS. Častěji je podobný nález v ústech a hltanu.

**Příznaky a nález.** Nezřídka je poměrně náhlý nástup obtíží, pocitu sucha až pálení v krku a za sternem, které se stupňují polykáním. Ezofagoskopicky vidíme katarální nebo povlakovou formu, diagnózu potvrzuje nátěr na sklíčko a kultivace.

**Léčba antimykotiky** je místní nebo celková, úspěchu lze dosáhnout např. i podáváním 5-10 % kalium jodatium, pochopitelně současně s úpravou životosprávy, zejména výživy.

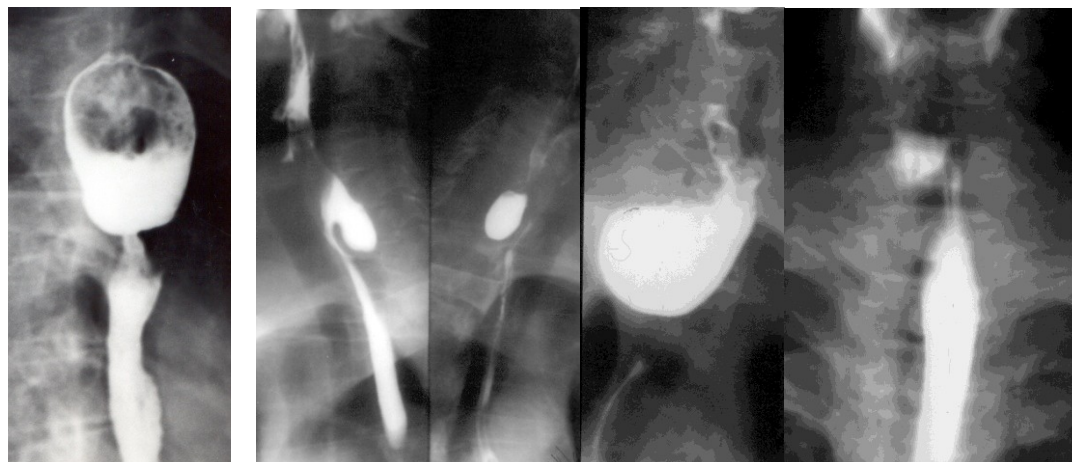
## 7.3 Divertikly polykacích cest

Podle lokalizace se výchlípky polykacích cest dělí na **faryngoezofagické, parabronchiální a epifrenické**, podle způsobu vzniku na pulsční, trakční, kongenitální a traumatické. Trakční **parabronchiální výchlípky** mívaly hlavně původ v tuberkulózních uzlinách, které působily periezofagitidy s následným jizvením. Podobně mohou působit ale i nespecifické záněty s tvorbou adhezí s hily, bronchy, pleurou a perikardem.

### Krikofaryngeální pulsční divertikl - Zenkerův divertikl

Vzniká výhřezem sliznice a podslizničí, obvykle mezi pars thyreopharyngea a pars cricopharyngea dolního hltanového svěrače v oblasti zadní stěny hypofaryngu (obr.

148). Je vyvolán nepřiměřeným nitrohltanovým přetlakem v souvislosti s dyskinezemi v oblasti uzávěru vchodu do jícnu, inervovaného n. X. (krikofaryngeální spazmus).



**Obr. 148. Krikofaryngeální pulsí divertikl v rtg obraze pasáže jícnem s kontrastní náplní v zadopřední a šikmých projekcích od tří nemocných.**

**Příznaky a nález.** Nemocný trpí mechanickou dysfagií s pocitem plnosti v jugulu. Naplnění vaku může vést k úplnému přerušení pasáže do doby, než se divertikl vyprázdní dávením, někdy si nemocní dovedou masáže prsty výchlípku vyprázdnit. Při stagnaci potravy jsou projevy foetoru ex ore, přistupuje odynofagie. Výchlípka se časem zvětšuje a tomu úměrně i obtíže. Typický je rentgenologický nález vaku pod lalokem štítné žlázy mezi jícnem a páteří, zasahující různě hluboko do zadního horního mediastina. Opatrnou rigidní ezofagoskopií lze ověřit postavení vchodového rtu výchlípku a provést jeho discizi a zejména toaletu k uklidnění sliznice před chirurgickým výkonem. **Léčba je chirurgická**, je nutné šetření n. X a n. laryngeus recurrens.

Divertikly středního úseku jícnu jsou dnes vzácnější a převážně jsou trakční. **Divertikly epifrenické** mohou být vrozené, trakční, při peptické ezofagitidě a při poruchách motility – např. achalazii. Často jsou malé a asymptomatické.

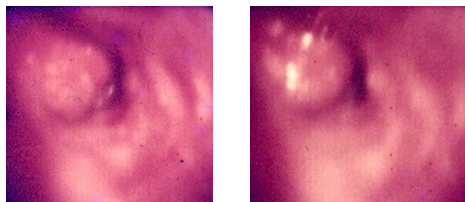


**Epifrenický divertikl**

## 7.4. Jícnové varixy

Ezofageální varixy vznikají jako projev pokročilé poruchy hemodynamiky při portální hypertenzi, způsobené nejčastěji jaterní cirhózou, nebo vzácněji stenózou ve vlastním portálním oběhu extrahepatálně. Ojedinelé jsou idiopatické městky jícnu a městky v horní části jícnu při obstrukci ve vena cava superior. Vznikají, zvýší-li se

portální tlak nad 10 mm Hg, zvýší-li se nad 12 mm Hg, hrozí jejich ruptura. Jícnové měštky mohou být uloženy povrchově a pak modravě prosvítají a vyklenují se do průsvitu jícnu v ezofagoskopickém obraze. Hluběji uložené submukózní měštky jsou sice podobné, ale nejsou při ezofagoskopii pozorovatelné, lze je studovat flebograficky. Jícnové varixy jsou příčinou asi 10 % hemateméz (viz též 15.6).



#### *Jícnové varixy v dolní třetině jícnu.*

**Příznaky a nález.** V souběhu se základním onemocněním jater se dostávají úporné hemateméze často nenatrávené krve. Diagnóza je postavena na ezofagoskopickém

vyšetření a popřípadě flebografii. Léčba ve stadiu krvácení spočívá mj. v balónkové tamponádě krvácejícího úseku jícnu. V klidovém stadiu se ezofagoskopickou cestou paliativně varixy koagulují, sklerotizují, v akutním se používají balónkové komprese a klipsy. Z medikamentózní léčby se uplatňují léčiva akutně ovlivňující portální tlak (vasopresin, somatostatin aj.). Ke vzniku ruptury a zánětlivým komplikacím varixů přispívají patogenní mikroby. Antibiotika se podávají též profylakticky (ciprofloxacin s ampicilinem) stejně jako probiotika. Dlouhodobě se podávají antacida.

## 7.5 Poruchy motility jícnu

Poruchy motility jícnu mohou být podmíněny anatomicky, např. jizevnatými strikturami po poleptání, a funkčně, neurogeně. Poruchy motility se mohou projevit ve zpomalení, snížení, nepravidelnosti až vymizení primární i sekundární peristaltické vlny, antiperistaltikou a spazmy. Tyto projevy mohou být jen v oblasti sfinkterů, nebo v delších, častěji dolních úsecích jícnu. Mohou se manifestovat náhle a neopakují se a jsou bez klinického významu, nebo jsou chronické, či remitující.

### **Chronické a intermitující spazmy a achalazie**

Jejich patogeneze je nejednotná, příčiny mohou být v organických změnách stěny jícnu při jizevnatých a ulcerózních procesech a při řadě chorob v mediastinu. Jsou označovány jako **druhotné spazmy**.

Dochází buď k lézím nervových pletení anebo jejich patologickému dráždění. Jinou příčinou dyskinezi mohou být onemocnění centrálního a periferního nervstva. I tato skupina poruch má vztahy k psychosomatickým onemocněním.



*Obr. 149. Mnohočetné lehké spazmy jícnu s terciárními kontrakcemi.*

**Příznaky** jsou rozdílné podle umístění křečí. Při spazmu **krikofaryngeálního svěrače** (Killianova) je svíravá výrazná bolest, s maximem v jugulu a za prsní kostí,

trvající zpravidla několik sekund, někdy uvázlé sousto nebo doušek tekutiny musí být zvráceny. Vyvolávajícím momentem bývá nejčastěji první hlt studeného, zejména perlivého nápoje, jako piva či sodovky. Při **etážových nebo segmentálních** spasmech v dolní třetině jícnu dochází rovněž často k uzavěru s pocitem křečové bolesti za mečíkem sterna. U **kardiospazmu**, který je nejčastější z remitujících křečí, vede okluze jícnu ke stagnaci potravy s pocitem bolesti pod sternem a často dochází ke zvrácení sousta, v pokročilejším stadiu se pak připojuje ezofagitida s pocitem i trvalejšího pálení.



*Achalazie s megaezofagem a typicky tvarovaném přechodu do žaludku v podobě ptačího zobáku (Savner et al.)*

**Nález** je zřejmý z rentgenologického vyšetření polykacího aktu, zejména z poruchy peristaltiky (obr. 149). Z chronicky váznoucího sousta a hromadění potravy z těchto, ale i anatomických příčin v dolním jícnovém svěrači může vzniknout megaezofagus. Endoskopicky zjistíme obvykle jen organické příčiny a sekundární zánětlivé změny, lze pozorovat reflux ze žaludku. Tento výkon někdy příznivě a dlouhodobě zmírňuje kardiospasmus.

**Achalazie** je nutné od spasmů odlišovat. Nejde zde o hyperaktivitu ve smyslu křeče, ale poruchu koordinace peristaltické vlny, která má vyústit v otevření jícnových sfinkterů, jejichž tonus se v okamžiku procházejícího sousta musí vynulovat. K tomu u achalázie nedochází.

**Příznaky.** Diferenciální diagnostika v klinické praxi není jednoznačná, ale achalazie nezpůsobují nikdy záchvatovité svíravé bolesti, jsou dlouhodobé až trvalé, budí pocit uvázlého sousta a plnosti. Další obtíže jsou z následné ezofagitidy.

**Nález** je patrný z polykacího aktu, bývají poruchy propulsní jícnové peristaltiky a též ezofagoskopicky: tubus při vyšetření v místní anestézii u achalázie prochází úžinami bez větších nesází, na rozdíl od spasmů.

**Léčba spasmů a achalázie je obtížná.** U druhotných spočívá v sanaci vyvolávajícího onemocnění. To rovněž nebývá vždy možné. Sama ezofagoskopie je schopna přinést zpravidla dočasnou úlevu, u neurotiků i dlouhodobou. Při kardiospazmech se podávají léky, působící spíše sympatikolyticky, u spasmů

krikofaryngeálních parasimpatikolytika. Vhodná jsou opatření dietetická včetně denního režimu a zejména klidného stolování, vyloučení stresů. Chirurgicky se provádí u achalazie laparoskopickou cestou myotonie svěrače, nověji endoskopicky submukózní selektivní myotonie vnitřní cirkulární vrstvy svěrače.

**Hypotonie až atonie jícnu** vznikají centrálně v souvislosti s poruchami bulbárními nebo periferním poškozením n. X. či postranního smíšeného systému a intramurálních jícnových nervových pletení. Příznaky porušené pasáže jícnem jsou často ve spojení s poruchou orofaryngeální fáze polykacího aktu a popřípadě dysartrií a aspiracemi. Při izolovaných jícnových poruchách vážnou tuhá sousta, nejsou větší bolesti, stav se lepší mixováním potravy a zapíjením.

(Podrobnosti k této kapitole viz doplňky 7.7.4)

## 7.6 Nádory jícnu

### 7.6.1 Nezhoubné nádory jícnu

V této krajině jsou benigní tumory ojedinělé a jsou analogické jiným lokalitám. Jde o leiomyomy, rhabdomyomy, fibromy, hemangiomy, lipomy, neurinomy, papilomy. Zvláštním nádorem, zde občas nalézaným, je teratom (teratom) **typu fibrolipomu** s epidermálním krytem, má-li kožní adnexa je označován jako "kongenitální vlasatý polyp". Mívá tvar mrkve, vyrůstá např. z postkrikoidní krajiny a visí do jícnu. Dosahuje i délky deseti a více centimetrů, nemocným nepůsobí obtíže. Je někdy nahodile zjištěn při zvracení, kdy je vydáven do dutiny ústní. Je nebezpečný tím, že by při polknutí mohl zapadnout do vchodu hrtanu. Odstraňuje se endoskopickou cestou. Vzácněji obdobné nádory vycházejí z nosohltanu a mezofaryngu.

### Barretův jícen

**Jde o nemaligní lézi**, u které je normální dlaždicový epitel nahrazen epitelem cylindrickým, podobným tomu, jaký se nachází ve střevech. Někdy se tato změna zjišťuje v souběhu s adenokarcinomem jícnu nebo gastroezofageálního úseku. Příčinou změn je nejčastěji gastroezofageální reflux. Začíná nedysplastickou intestinální metaplázií, která následně může vykazovat dysplastické změny nízkého stupně a postupně před maligním zvratem lze zastihnout dysplázií vysokého stupně.

**Léčba** je chirurgická: ezofagektomie, endoskopická ablace nebo jen stript sliznice.

### 7.6.2 Rakovina jícnu

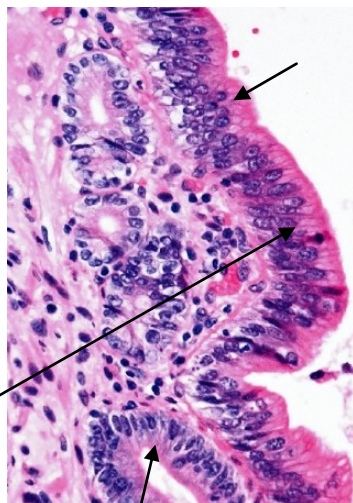
Toto vážné onemocnění tvoří asi 4 % všech malignomů trávicího ústrojí. Mimo to na krajinu jícnu přecházejí rakoviny hypofaryngu a žaludku, vzácně štítné žlázy, průdušnice a mediastinální metastázy. Nejčastěji jde o různě zralé formy dlaždicobuněčných karcinomů, v oblasti kardie také adenokarcinomů. V patogenezi se uplatňují obdobné vlivy jako v hltanu, dále chronické striktury, divertikly a refluxní ezofagitida, sideropenická anemie, xerodermie, Barretův jícen aj.

(Rakovina krční části jícnu viz též. 7.7.5)

**Příznaky a nález.** Stupňující se mechanická dysfagie přechází v kruté odynofagie s foetorem ex ore, bolesti jsou nejen za sternem, ale také v zádech, je zvracení, kachexie. Vyšetření polykacího aktu a ezofagoskopie s biopsií vede k diagnóze (obr. 150).

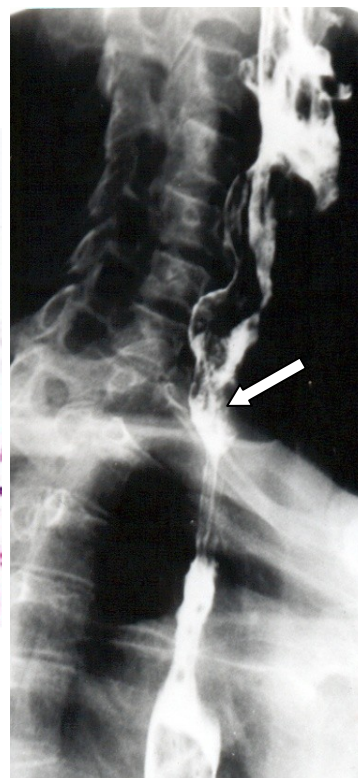


*Nález na jícnu při sklerodermii*

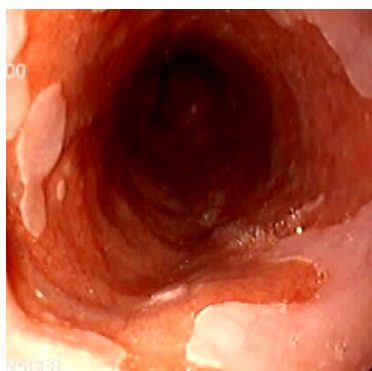


*Dysplázie I. až II. stupně  
Cylindrický epitel má intestinální,  
nikoliv gastrickou charakteristiku*

*Normální žaludeční sliznice.*



**Obr. 150. Rozsáhlá cirkumferenciální rakovina krční části jícnu (boční rtg. s kontrastem)**



*Barretův jícen je dáván také do souvislosti s brachyezofagem, který druhotně posouvá žaludeční sliznici nad bránici, podobně jako při herniaci.*

Onemocnění se nejdříve zpravidla plazí povrchově, později infiltruje stěnu jícnu, zaujímá celou cirkumferenci a nakonec penetruje do mediastina nebo průdušnice, v krční části též do měkkých tkání krku, včetně štítné žlázy. Onemocnění záhy metastazuje do mediastinálních uzlin.



**Rakovina kardiie a těsně nad kardií, v obou případech jsou kolaterální otoky**

**Léčba** je kombinovaná. Vzhledem ke způsobu cévního zásobení jícnu není možné dělat segmentální resekce, ale vždy totální ezofagektomie s náhradou jícnu tubulovanou velkou kurvaturou žaludku nebo jednostopkatým štěpem nebo volným štěpem střeva s anastomózou cévního zásobení. Chemoterapie má paliativní význam. Pětileté přežití je dosahováno asi v 15 %. U inkurabilních nemocných lze dočasně zlepšit komfort polykání pomocí jícnových protéz, které se zavádí ezofagoskopicky a nebo za kontroly rentgenem.

**(Poleptání (oesophagitis corrosiva) a následné striktury jícnu jsou uvedeny v kapitole 12 - traumatologie.)**

## 7.7 Doplnky

### 7.7.1 Eozinofilní (alergická) ezofagitida (EE)

Onemocnění, zřejmě imunologického, alergii podobného původu, postihuje jak malé děti, tak dospělé. Malá část vykazuje vazbu na IgE, větší však nikoliv (1:5). V klinice má určitou shodnost příznaků a částečně i nálezů s gastroezofageálním refluxem (GER), ale i značnou odlišnost. Četnost EE dramaticky narůstá ve vyspělých zemích, ale nikoliv zatím u nás, což není vysvětleno.

Eozinofilii v jícnu lze prokázat, zpravidla mírnějšího stupně, u řady onemocnění, jako např. u GER, u eozinofilní gastroenteritidy, u nespecifických střevních zánětů, především u Crohnovy nemoci, u celiakie, u systémových onemocnění pojiva, např. sklerodermii nebo u vaskulitid, např. u syndromu Churg-Strauss, erythema nodosum, dále u hypereozinofilního syndromu, při herpetických a kandidových infekcích, při lékové hypersenzitivitě a jícnové leiomyomatóze.

**Příznaky.** Onemocnění může mít podobu akutní i chronickou a vykazovat i známky určité sezonnosti. V dětství jsou často potíže podobné jako u primární formy GER, doprovázené projevy nesnášenlivosti základních potravin, odmítáním potravy a zvracením (100 %), regurgitací (80 %) a bolestmi břicha (70 %). U dospělých je udávána pestrá škála dysfagických obtíží, mechanická dysfagie, odynofagie, pyróza. Odynofagie může být umístována jak za sternem, tak v epigastriu.

**Diagnózu** objektivizují ezofagoskopie a histologie. Odběr z proximální části jícnu přináší obraz hyperplastické, ale ulcerované sliznice s **intraepiteliální eozinofilií**. Za průkazné jsou uváděny různé hodnoty:

- 15 intraepiteliálních eozinofilů v políčku s vysokým rozlišením (celkové zvětšení x 400 až x500, tj. velikost pole 0,2-0,4 mm<sup>2</sup>.)
- 20 a více eozinofilů ve dvou polích nebo
- 24 eozinofilů aspoň v jednom poli.

Významným patognomickým nálezem jsou **eozinofilní mikroabscesy**. Nachází se i periferní eozinofilie.

**V diferenciální diagnóze** nutno vyloučit ostatní nemoci jícnu, manifestující se slizniční eozinofilií, tedy nejčastěji GER. Zde je užití 24hodinové pH-metrie nutné: kyselý reflux v jícnu nedoprovází eozinofilní ezofagitidu, až na výjimky souběhu obou diagnóz (asi 10:1). S přibývajícím věkem ubývá zvracení a v popředí stesků je dysfagie. Ta je pak v dospělosti u všech zcela dominující, přičemž se stává i podstatnou složkou obstrukce. Ta má i objektivní endoskopický a na rtg pasáží jícnem průkazný nálezn v podobě kontrakčních prstenců až skutečných pozánětlivých striktur (50 %).

V anamnéze nemocných s eozinofilní ezofagitidou je ve vysokém procentu údaj o alergické rýmě, atopické dermatitidě anebo astmatu. Otázka, zda jde o přímou nebo nepřímou senzibilizaci vzdušnými alergeny není zcela dořešena, i když souzvuk s hlavní pylovou sezonou je často zřejmý. Také u těchto nemocných bývá eozinofilie histologicky pozitivní z proximální části jícnu, ale negativní z distální. Stejně rozporuplné jsou i studie, snažící se prokázat potravinovou alergii. Eliminační diety jsou ale přitom velice úspěšné zejména u kojenců, směrem k dospívání pak jejich efekt slábne. Nutno mít ovšem i na zřeteli, že 80 % eozinofilních ezofagitid je non-IgE, tedy neatopických. A běžné alergologické testy nemusí dát správnou odpověď.

### **Léčba je dietní a farmakologická.**

#### **Dietní:**

- základní je bezbílkovinná se substitucí aminokyselinami a
- eliminační – především s eliminací bílkovin v kravském mléce, vejcích, mouce (nejen lepkových). Eliminace může vycházet z laboratorních testů, nebo s pokusů na slepo.

**Farmakologická** léčba ve smyslu léčby GER je neúčinná, ale její výsledky mohou přispět v diferenciální diagnóze. Efektivní je léčba **kortikosteroidy** (neúčinná u GER). V lehčích případech vystačíme s **inhalační** formou, po polknutí se nemá jíst a pít aspoň půl hodiny. V těžších případech pak je nutné **systémové** podávání po dobu 4-6 týdnů. Antileukotrieny přinášejí rozporné výsledky. V nejtěžších případech je zkoušena biologická léčba, např. antimonoklonálními protilátkami, které snižují tvorbu, migraci a aktivaci eozinofilů.

## **7.7.2 Jícnový hematoma (intramutální)**

**Vzniká z řady příčin:** při zvracení z přetlaku v jícnu, obvykle při souběžném spasmu m. cricopharyngeus nebo jako následek endoskopie, intubace, cizího tělesa, poleptání, úrazu hrudníku aj. Na vzniku se podílí i užívání antikoagulancií. Intramurální hematoma vzniká nejčastěji (podobně jako ruptura) na spojení jícnu se žaludkem, hematoma po poleptání či cizím tělesem pak v úžinách jícnu. Na rozdíl od ruptur jícnu je hematoma častější u žen (8:2) a spíše ve vyšším věku.

**Příznaky:** dysfagie s bolestí za sternem nebo v epigastriu, velmi barvitá od neurčitého tlaku až po pálení u srdce, event. tachypnoe i tachykardie.

**Diagnóza:** opírá se o rtg pasáž jícnem - **ezofagogram**. Na něm je patrná separace dvou vrstev jícnu. CT pak upřesní lokalizaci a rozsah výronu, což ještě lépe zvládá MR, která i nejlépe vyloučí souběh patologie v dolním mediastinu. UZ ukáže hypoechogenní podslizniční masy. Extravazace do mediastina je známkou ruptury. Výjimečně se hematoma vyvíjí pod bránicí. **V diferenciální diagnostice** bereme v úvahu především rupturu jícnu (viz dále), varixy, infarkt, plicní embolie, disekci hrudní aorty. **Flexibilní endoskopie je kontraindikována**, protože insuflací vzduchu se může stav zhoršit. Esofagoskopie tuhým tubusem ukáže purpurově zbarvený podslizniční hematoma a mohla by identifikovat i zdroj krvácení.

**Terapie:** u intramurálního hematoma zákaz polykání potravy, později, obvykle po několika dnech, se podává tekutá a pak kašovitá dieta. Podle krevního obrazu transfuzní terapie. Potlačuje se produkce žaludeční kyseliny, podávají se antiemetika, koriguje se porucha koagulace. Ojediněle je indikována injekční sklerotizace.

Chirurgická léčba u masivní hematemeze postupuje obvykle z pravostranné torakotomie a následná ezofagotomie má umožnit identifikaci zdroje krvácení a jeho ošetření.

### 7.7.3. „Spontánní“ ruptura jícnu (transmurální, Boerhaave syndrom)

Jde o protržení jícnu z přetlaku v průběhu úporného zvracení, když nedojde souběžně k uvolnění tonu m. cricopharyngeus (Killianův svěrač), tedy ne ve skutečnosti spontánně, bez příčiny. Podobně jako u hematoma, dochází k ruptuře nejčastěji těsně v oblasti bránice vlevo. Nutno odlišit od Mallory-Weiss syndromu, kdy jde jen o intramurální trhlinu v jícnu, rovněž obvykle jako důsledek zvracení.

**Diagnóza** může být obtížná, chybí klasické příznaky a lékařská péče nastupuje opožděně – asi jedna třetina je jich atypická. Jde o život ohrožující stav. Mortalita je při časném dg. a definitivním chirurgickém řešení do 12 hodin od příhody přes 50 %, za 48 hodin je úmrtnost přes 90 %: rozvíjí se mediastinitida, perikarditida, pneumonie, empyém, sepse a septický šok.

**Patofyziologie:** prudce zvýšený tlak v luminu jícnu při úporném zvracení v důsledku neuromuskulární dyskoordinace, zejména v oblasti m. cricopharyngeus, který nerelaxuje (obvykle po přejedení a v opilosti). Nejčastějším místem ruptury je levá zadní boční stěna v dolní třetině jícnu a v něm pak zejména lokus asi 2-3 cm nad ezofagogastrickým spojením. Na druhém místě je oblast horního mediastina a subdiafragmatická část jícnu. Morbidita je vzácná, častější u mužů (3:1), byly popsány u novorozenců i starců.

**Příznaky:** Nebývá hematemeze (ta je častější u Mallory – Weissova syndromu, tj. roztržení jen slizniční vrstvy jícnu). Polykání působí kašel, protože je drážděna pleura. Zkrácený, zrychlený dech, který mírní bolest na pleuře a tvorbu pleurálního výpotku. Opožděným příznakem je pak podkožní emfyzém (trias: zvracení, bolest v dolním hrudníku a podkožní emfyzém). Při lokalizaci v krčním jícnu pak bolest pod jugulární jamkou. Při ruptuře ve střední třetině je bolest mezi lopatkami a epigastricky. U ruptury v dolní třetině bývá rezistentní i břišní stěna. Při progresi

nemoci se zjišťuje tachykardie, diaphoresis, teplota, hypotenze. Pneumomediastinum se jeví při poslechu třaskáním v rytmu srdečné akce, které by mohlo být zaměněno za třecí šelesty při perikarditidě. V dalším stadiu se manifestuje infekce a sepse, v terminálním stadiu pak septický šok.

**V diferenciální diagnóze** přichází do úvahy tyto dg: ruptura aorty, syndrom Mallorey-Weiss, infarkt myokardu, akutní pankreatitis, peptický vřed, pneumotorax.

**Terapie:** pokud je to možné, pak v souběhu konzervativní – protizánětlivé a protišokové léčby – jde **urgentní reparace chirurgická**. Jen konzervativní léčba zcela výjimečně, když nejsou výrazné symptomy, perforace je do mediastina, které dobře drénuje do jícnu, nejsou známky sepse. V konzervativní terapii se zajišťuje nasogastrické odsávání a chirurgická drenáž hrudní dutiny navenek, po úvodní i.v. výživě je vhodná výživa do jejunostomie.

**Chirurgie** postupuje z levostranné torakotomie a primární sutura ruptury je možná obvykle jen d prvních 24 hodinách. Poté změny okrajů ruptury nedávají pro postupující nekrózu šanci na zhojení. V tomto případě je nutné naopak udržovat píštěl a vstup do jícnu event. žaludku T trubicí, která současně umožňuje odvádění sekrece. Po reparaci tkání je pak možná sutura píštěle, obvykle rekonstrukční plastikou, nebo segmentální resekci jícnu. V poslední době jsou prováděny při časně diagnóze výkony endoskopickou cestou. Pokud je výpotek v dutině břišní, drénuje se laparoskopicky.

## 7.7.4. Poruchy motility jícnu

**Efektivní deglutinace vyžaduje koordinovanou sekvenční motilitu jícnu, která zajišťuje:**

- **Posun potravy aborálním směrem**
- **Uzávěr sfinkterů, které brání regurgitaci soust a žaludeční šťávy**

**Poruchy motility se dělí na:**

- **primární a sekundární a**
- **jsou kategorizovány podle manometrických výsledků**

**Peristaltika probíhá formou kontinuální vlny** a není přerušena ani na přechodu příčně pruhované svaloviny v hladkou. Dolní jícnový svěrač relaxuje před dobíhající vlnou a svého tonu znovu nabývá, až vlna svěračem projde. Rychlost vlny je asi 2 cm za sec.

- **Primární peristaltická vlna** je řízena z polykacích center.
- **Sekundární peristaltika** je vyvolána rozpětím jícnu bolusem, procházejícím (nebo stagnujícím) v jícnu a nebo refluxem ze žaludku. Má za úkol posunout váznoucí sousto, bránit refluxu a čistit jícen.
- **Terciární kontrakce** je simultánní, izolovaný a nefunkční stah jícnu. Nemá povahu peristaltiky, její účel je neznámý a protože frekvence narůstá s věkem, je označována za **presbyezofagus**.

Poruchy motility jícnu jsou pestré, od dobře definovaných poruch až k nespecifickým poruchám, které sehrávají roli spíše u refluxních problémů nebo jsou bezpříznačné. Příčiny vzniku **primárních poruch**, až na achalázii, jsou nejasné. **Sekundární** vznikají v souvislosti např. se sklerodermií, diabetem aj. a nebo ve spojení se strukturálními a funkčními změnami jícnu, jako jsou striktury, obstrukce cizím tělesem, nádorem, zánětem, peptickým vředem, slizničními prstenci a refluxem.

**Příznaky:** u 80 % nemocných dominují **mechanická dysfagie, odynofagie a pestrá škála bolestí v krajině hrudníku a epigastria**. Dříve než začneme pátrat po poruše motility, nutno vyloučit strukturální příčinu obstrukce, např. striktury po poleptání, refluxní ezofagitidu a systémová onemocnění.

**Poruchy se dělí na:**

**Primární:**

- **Achalázie**
- **Spastická porucha** – difúzní jícnový spasmus, etážová křeč, nečastěji horního a dolního sfinkteru nebo jen hypertenze dolního jícnového svěrače.
- **Poruchy motility nespecifické povahy** (neefektivní motilita jícnu.)

**Sekundární:** jsou způsobené např. sklerodermií, diabetes mellitus, konzumací tvrdého alkoholu, psychickými poruchami a věkem (presbyezofagus).

Patofyziologie je u primárních jícnových poruch motility objasněna jen u achalázie, u ostatních je nejasná. U sekundárních poruch motility, jako např. u sklerodermie, diabetes aj. je lépe chápána na základě znalostí primárního onemocnění.

#### 7.7.4.1 Achalázie

Tonizace a relaxace v dolním jícnovém sfinkteru jsou řízeny excitačními (acetylcholin, substance P) a inhibičními (oxid dusíku, vazoaktivní intestinální peptidy) neurotransmitéry. Nemocní s achalázií postrádají nonadrenergní noncholinergní inhibiční gangliové buňky, což vede k poruše rovnováhy v excitační a inhibiční neurotransmisii a výsledkem je trvalá tonizace dolního jícnového sfinkteru. Příčina poruchy je neznámá. Důsledkem je stáza potravy nad sfinkterem a postupná dilatace dolní části jícnu, který má tvar prohnuté nálevky. Je to onemocnění začínající po 20 roku věku.

**Příznaky:** mechanická dysfagie, regurgitace, bolest na hrudi, pálení u srdce, úbytek váhy.

**Klinický nález:** **Ezofagogram** charakterizuje zahnutá zaškrcená nálevka s rozšířením jícnu a hladinkou. Ojedinele vzniká epifrenický divertikl, časté jsou hiátové hernie. Manometrická měření ukazují, že u nemocných **chybí propulsivní peristaltická vlna jícnu**, tj. že kontrakce probíhá souběžně v různých částech jícnu a klidový tonus dolního svěrače je trvale zvýšen.

**V diferenciální diagnostice** je nutné vyloučit měřením pH především refluxní ezofagitidu.

### 7.7.4.2 Spastická porucha motility.

Není jasný původ, jsou obviňovány poruchy v myenterické distribuci neuronů vagu, v difúzní fragmentaci jeho vláken, zmnožení endoneurálního kolagenu, rozpadu mitochondrií. Stav vyhlíží jako funkční nerovnováha mezi excitačními a inhibičními postgangliovými drahami s následnou disharmonií koordinujících složek peristaltiky. Nekonstantně bývá nalézána svalová hypertrofie a hyperplázie v dolních 2/3 jícnu, která nemá ale vždy rovnítko mezi příznaky a manometrickým měřením.

**Příznaky** spastické jícnové poruchy motility

- **Bolest na hrudi** může, podobně jako u achalázie, napodobit anginu pectoris. Vysvětluje se přechodnou ischemií jícnové svaloviny a roztažením lumina. Nemusí být úměra mezi mechanickou dysfagií a bolesti na hrudi. Dysfagie je pro solidní i tekutá sousta (achalázie více pro solidní), je intermitentní a neprogreduje, neprodlužuje dobu jídla a dochází k menšímu úbytku na váze.
- Nemocní také uvádějí pálení u srdce, regurgitaci a jiné, jako u refluxu.

**V diferenciální diagnostice** myslíme na anginu pectoris, infarkt, plicní embolie. (V Americe je sem řazena též Chagasova nemoc vyvolaná protozoonem *T. cruzi*, které je přenášeno hmyzem. Po akutním septickém začátku přechází nemoc i po letech do chronického stadia, při kterém nastává rozpad gangliových buněk. Onemocnění se manifestuje mj. např. kardiomyopatiemi, megaezofagem v důsledku atonického jícnu bez relaxace dolního jícnového svěrače, megacolonem aj. Diagnóza je serologická, terapie v první fázi antibiotická, v chronické jsou antibiotika bez efektu.)

### 7.7.4.3 Difúzní jícnové spasmy

Jsou podobné achalázii: obě jednotky mají aktivní vyšší amplitudu simultánní kontrakce jícnu. Na rozdíl od achalázie nacházíme intermitentně manometricky normální peristaltiku. Také relaxace dolního svěrače je dobrá. Ojedinele však difúzní jícnové spasmy mohou komplikovat již stávající achalázii a pak je úplná aperistaltika.

**Klinický nález:** ezofagogram je klasický, má tvar šroubovice (vývrtky), zjišťují se pseudodivertikly, není reflux. Manometrie vykazuje souběh kontrakcí jícnu v různých etážích. Tlak může být vyšší než 180 mm Hg a také tlak v dolním svěrači může přesahovat 40 mm Hg. Intermitentní peristaltika jícnem je normální.

Obvykle se provádí ambulantní jícnová manometrie, při které se sbírají údaje o tlacích v jícnu a dolním svěrači v delším časovém úseku. Další zlepšení přinesla manometrie s vysokým rozlišením.

### 7.7.4.4 Sklerodermie jícnu.

Primární defekt v jícnu u tohoto systémového onemocnění je dáván do vztahu k atrofii hladké svaloviny a její fibróze. Nahrazení svaloviny jizvou vede postupně ke ztrátě motility a peristaltiky a ochabnutí dolního jícnového svěrače. Přitom pruhovaná

svalovina postižena není a motilita je v ní uchována. Dysfagie se vyskytuje asi u 76 % nemocných s touto diagnózou, může jít i o dominantní příznak nemoci.

### Terapie poruch motility jícnu a jeho důsledků:

- **Farmakoterapie:** léky relaxující hladkou svalovinu, včetně nitrátů a blokátorů kalciových kanálů, anticholinergika, beta2agonisté, inhibitoři fosfodiesterázy. Dále antirefluxní terapie, tricyklická antidepresiva.
- **Botulotoxinové injekce** do oblasti dolního svěrače endoskopickou cestou.
- **Endoskopie:** dilatace jícnu, zejména u striktur a achalázií, byla prováděna původně otolaryngology rigidními tubusy a dilatačními bužemi a tato praxe je stará téměř celé století. Doba účinnosti byla nověji významně prodloužena flexibilní esofagogastroskopií s pneumatickou dilatací dolního jícnového svěrače. Dilatace lze provádět i bužemi s nafukovací manžetou pod kontrolou rtg.
- **Chirurgie:** Provádí se Hellerova myotomie v dolním svěrači, též endoskopicky, nezvládnutelné stavy s megaezofagem lze řešit ezofagektomií s náhradou mobilizovaným žaludkem (zpravidla jeho velkou kurvaturou) nebo volným střevním štěpem s cévní anastomózou.

### 7.7.5 Rakovina krční části jícnu (viz též 6.3.2.3, 7.6.2 a 8.3.3)

(Poznámka: Rakoviny jícnu v posledních desetiletích přibývá především v dolním úseku jícnu. Jde převážně o adenokarcinomy. Pokud jsou tyto nádory operativně léčitelné /T<sub>1-3</sub> N<sub>0-1</sub> M<sub>0</sub>/, používá se obvykle po úvodní chemoradioterapii buď tradiční pravostranná torakotomie a laparotomie s cervikální nebo torakální anastomózou. Nebo nověji minimálně invazivní pravostranné torakotomie z jednobokého přístupu a laparoskopie s analogickou anastomózou, jak uvedeno v předchozím. Snížila se tak významně pooperační morbidita a mortalita, zejména ubylo plicních komplikací. Dlouhodobé přežití či trvalé vyhojení je v obou skupinách ale vzácné, 14-25 %.)

Krční jícen se rozprostírá od C<sub>4</sub> po Th<sub>1</sub>. Rakovina v této lokalizaci, patří k vzácnějším. Postihuje, podobně jako rakovina hypofaryngu, častěji starší muže, pijáky tvrdého alkoholu. U žen postihuje spíše střední věk a tím i lokalitou může upomínat na rakovinu retrokrikoidní krajiny při chronické hypochromní (dříve perniciózní) anemií. Rakovina velice časně metastazuje do paratracheálních, retrofaryngeálních a cervikálních uzlin, vzdálené metastázy jsou vzácnější. Léčba se provádí v různých variantách kombinací chirurgické léčby s aktinoterapií a chemoterapií a má zpravidla, zejména u cirkumferenciálních nádorů, jen přechodný úspěch. V rámci rakoviny jícnu tato lokalizace činí asi 10 %. Nádor má podstatně vyšší incidenci, ale i záchytnost v časném stadiu v jihovýchodní Asii než v Evropě. (Podobně také anaplastická rakovina nosohltanu.)

**Příznaky:** Nemocní mají polykací potíže částečně podobné Zenkerovu divertiklu, zpočátku pocit váznoucího sousta, někdy „uvázlého knedlíku v krku“, který nutká k polykání, bolest může být palčivá až řezavá. Ojediněle jsou stopy krve ve vydáveném hleny, spasmus při polykání, úbytek na váze, někdy zvracení. Nemocný trpí nechutenstvím a postupně přechází na řídkou kašovitou až tekutou stravu. Stesky mohou svádět k falešné diagnóze podobně se projevující „neurogenní dysfagie či globus nervosus“ (dříve hystericus). Polykací obtíže mohou být následovány aspiracemi a kašlem, který může vznikat i přímou iritací zakončení vagu.

**Diagnóza** vychází z rtg vyšetření pasáže hypofaryngu a jícnu a dalších zobrazovacích metod, endoskopie, též rigidní, bioptického zjištění, nálezu regionálních a vzdálených metastáz aj. Výsledky a celkový zdravotní stav, také výživy, jsou pak zdrojem pro úvahy o léčebných směrech. Endoskopie musí být velice pečlivá, protože při lokalizaci nádoru těsně pod horním svěračem jícnu a zejména na jeho přední stěně může být snadno přehlédnuta.



*Vlevo rozsáhlý cirkumferenciální karcinom, sahající od postkrikoidní krajiny až do úrovně 6 tracheálního prsténce.*

*Cirkumferenciální nádor přesahuje kaudálně 7. krční obratel.*

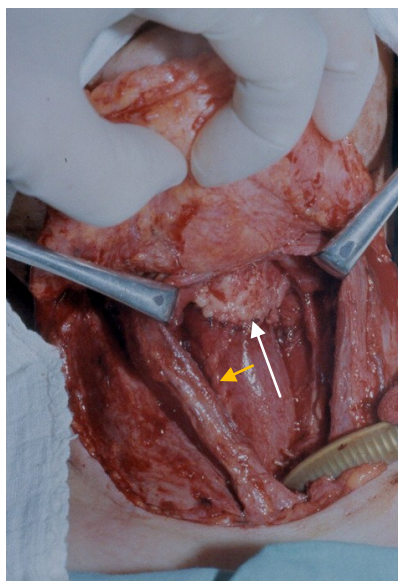
**Klasifikace** T vychází z délky nádoru, do a nad 5 cm a s postižením okolních orgánů, např. n. laryngus recurrens. N jsou posuzovány podle pohyblivosti a stejnostrannosti či fixovanosti a oboustrannosti. A z toho i vyplývají stadia. Zatím se ani ve větších souborech nenachází validní vztah mezi stadiem nemoci a přežitím, s výjimkou jen zcela povrchných lézí. **Histologicky** se nádor vyskytuje jako různě zralé **dlaždicobuněčné bujení**, adenokarcinomy jsou nalézány jen v dolní třetině jícnu.

**Léčba:** vedle již uvedené léčby trojkombinací se uplatňuje paliativní endoskopické vložení endoprotézy a nebo punkční gastrostomie. V přípravě na operaci pak realimentace.

**Chirurgická léčba:** podle rozsahu nezbytné resekce jícnu a po případě hypofaryngu se používá náhrada:

- **kůží**, různými typy laloků (deltopektorální, vrátkový, ostrůvkový aj.)
- **krčními fasciemi nebo m. platysma** (obé uvedené představuje vícedobé operace)
- **částmi trávicího ústrojí:** volné štěpy tenkého a tlustého střeva s cévním a izoperistaltickým anastomozováním (s rizikem nekróz) a jednostopkové laloky ze žaludku a tlustého střeva s uchovaným vlastním cévním zásobením (s významným zásahem do fyziologie trávení).

Problém náhrady jícnu spočívá v etážovém zásobení jícnu drobnějšími cévami, které neumožňují parciální etážové resekce a posuny jícnu a nebo částečné náhrady a do úvahy přichází užití části trávicího traktu. Jednou z metod, technicky méně náročnou, je např. tubulování žaludku z oblasti při velké křivatuře a současné resekci části žaludku podél malé křivatury. Tímto lalokem lze nahradit celý jícen a dosáhnout až na dolní hranice mezofaryngu. Lalok se protahuje bez torakotomie předním mediastinum. (Podobně se postupuje i po devastaci jícnu poleptáním). **Disekce mediastinálních metastáz** cestou torakotomie nebývá dostatečně radikální a to a vzdálené metastázy jsou příčinou, že operace obvykle jen prodlouží život nemocného a zlepši komfort perorálního příjmu stravy.



*Vlevo tubulovaná oblast velké křivatury žaludku, položená na longetu na hrudníku*

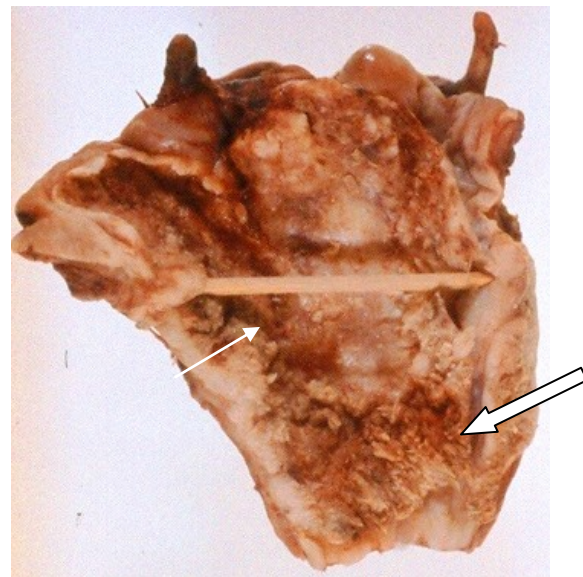
*Vpravo je patrná sutura epiglottis s tímto jednostopkovým lalokem a jeho vlastní sutura .*



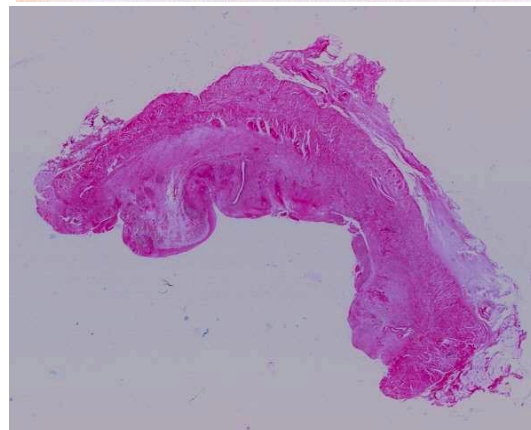
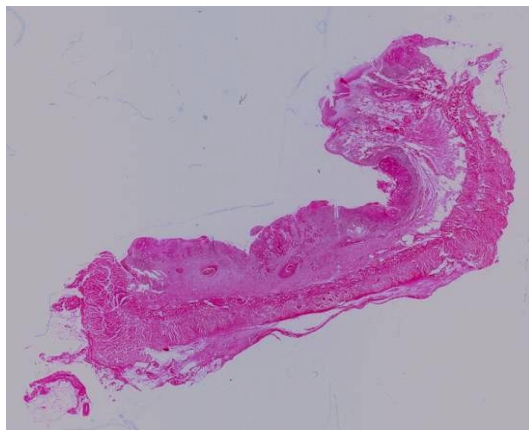
**Následné ozáření** by se mělo vyhnout interponovaným tkáním, což omezuje možnou aplikaci na případné metastázy v horním mediastinu. Proto někteří autoři volí primární ozáření s následnou operací, což však zvyšuje počty komplikací při hojení. Udává se dokonce, že ozáření nezlepšuje výsledky chirurgické léčby. Samotné ozáření je užíváno jako paliativní. **Chemoterapie** je užívána v různé časové kombinaci s aktinoterapií a léků. Ve stadiu zkoušek je léčba biotiky.

*Čtyři týdny po provedené náhradě jícnu a hypofaryngu lalokem ze žaludku.*

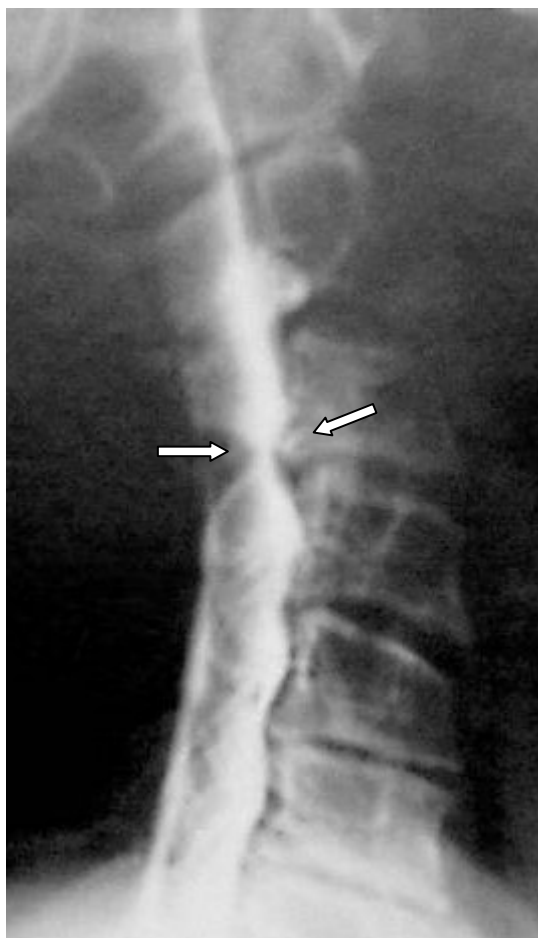
*Cirkumferenciální rakovina krčního jícnu se plazí vlevo ke dnu piriformního recesu vlevo.*



*Infiltrativně rostoucí dleždicobuněčný karcinom na axiálních řezech nepřesahuje rovinu svalové vrstvy (ze dvou resekátů, jícen podélně protnut).*



## 7.7.6 Dysfagie při osteofytech krční páteře



*Myelogram s početnými kompresemi míchy, s osteofyty a pokročilými spondylotickými změnami jako příčina dysfagií. (Předáno k řešení neurochirurgům). Meziobratlové prostory jsou různě široké. Příčinou dysfagie může být mechanická překážka, ale velice často i dráždění sympatiku.*



*MR: Dysfagie, kořenová symptomatologie v oblasti ramene a krku, rozsáhlé spondylotické změny a osteofyty zejména v rozsahu C4-C7 a zúžení předního leptomeningeálního prostoru. Je dobře patrný sloupec vzduchu v oblasti orofaryngu, hypofaryngu a laryngu ventrálně jsou patrné osteofyty deformující lumen na úrovni arytenoidních hrbolů a Killianova světače.*

### 7.7.7 Extraezofageální (supraezofageální) refluxní choroba (EERCH) (Těž 7.2.2.1)

Nejde o prostup refluxní tekutiny ze žaludku a popřípadě též duodena jícnovou stěnou, ale o výstup refluxu nad úroveň Killianova svěrače, jak bylo popsáno v kapitole 7.2.2.1. V řadě dalších kapitol je zmínka o možném patogenetickém působení v oblasti dolních cest dýchacích, hltanu a v horních cestách dýchacích, včetně dutin a navazující tubotympanální soustavu. Problém se dotýká také pneumologů a stomatologů, z čehož vyplynul základ pro český mezioborový konsensus, který částečně inspiroval následující text. (Jako i v jiných „konsensech“ i zde najdeme souběh s kompromisy.)

**Symptomatologicky** se extraezofageální reflux může manifestovat prakticky všemi příznaky, jak jsou uvedeny v kapitolách obecné a speciální ORL, **neexistuje pro EERCH specifický příznak**. Jde především o příznaky jednou pocitu sucha a nebo naopak přehlenění v oblasti nosohltanu a hltanu, o pocity škrábání v krku či v ústech a na jazyku přes pálení až po globus nervosus, o pokašlávání („pochrchlávání“) až po záchvaty dusivého kašle. Nemocní si stěžují na dysfonii od chraptu až po bezhlasí a projevy laryngospasmu, od foetoru z úst po parageuzie a dysgeuzie (kupodivu parosmie nejsou zmiňovány). EERCH je přičítán syndrom obstrukční sleep apnoe a jiné poruchy spánku. Uvádí se i sinusové arytmie.

**Klinické jednotky** jsou neméně pestrou škálou, **není však charakteristické, typické onemocnění EERCH**. Chorobě jsou přisuzovány různé formy akutních a chronických atrofických a hypertofických faryngitid, laryngitid, nepravé a benigní nádory, prekancerózy a karcinomy, ulcerózní i stenozující stavy, pestrá patologie tracheobronchiálního stromu a plicních alveol, od fibrózy přes obstrukci či obliteraci až po bronchiektázie a samozřejmě astma bronchiale.

Protože zatékající reflux do dolních cest dýchacích vytváří zejména kašlem aerosol, patologie se nachází neméně pestrá v oblasti dutiny nosní, vedlejších nosních dutin a také ve výchlípce dýchacích cest, tubotympanálních prostorách a pochopitelně ústech. Zde jsou EERCH přičítány akutní i chronické záněty všeho druhu, v ústech navíc zubní caries, paradentóza aj.

**Diagnóza** je postavena na anamnéze, klinickém a zejména laboratorním vyšetření.

Na základě stupnice subjektivních obtíží byl vytvořen **index příznaků EERCH** jejichž význam není hodnocen např. věkově, ač tytéž příznaky u mladistvých mají jinou váhu než u starších lidí (kašel, dušnost, polykací obtíže, zahlenění, problémy s hlasem atd.)

Priorita vyšetření se řídí podle toho, který obor vyhledá nemocný jako první. **Gastroenterologové** jako první vyšetření provedou ezofagogastroduodenoskopii. Z hlediska ORL je důležitý poznatek, že v horní třetině jícnu se mohou nacházet

ostrůvky ektopické žaludeční sliznice, což je nutné ověřit biopticky. Mohla by být malým zdrojem žaludeční šťávy.

**Otolaryngolog** volí jako první klasické ORL vyšetření s následným vyšetřením pomocí flexibilních nebo rigidních teleskopů nebo mikroskopu (podle potřeby v souběhu tracheobronchoskopii s ezofagoskopií). Zánětlivé změny, akutní a chronické, od erytému přes otok a patologickou sekreci až po granulomy, se hodnotí bodovou stupnicí, která určuje míru pravděpodobnosti diagnózy EERCH.

**Laboratorní vyšetření** má pro potvrzení diagnózy význam největší. Je vyšetřována tekutina z bronchoalveolární laváže na lipofágy (jsou ukazatelem aspirace), na pH, pepsin, event. žlučové kyseliny. Pro nemocného je jednodušší takové vyšetření z kondenzátu vydechaného vzduchu nebo vykašlaného aerosolu, nebo ze slin. Významná je 24hodinová dvoukanálová pH-metrie (se sondou jednak nad a pod Killianovým svěračem), která EERCH dovede identifikovat se senzitivitou přes 80 %. Mnohakanálové měření impedance rozlišuje podrobněji také zásaditost a neutralnost prostředí, dovede rozlišovat i mezi tekutinou a vzduchem (při říhnutí), výškový rozsah sledovaných parametrů v jícnu a rozlišuje i směr toku tekutin. Rtg vyšetření pasáže jícnem a žaludku je poněkud odsouváno, ačkoliv možnost polohování vyšetřovaného je schopno odhalit insuficienci uzávěru ezofagogastrických mechanismů. Test na pepsin se provádí z odebraných slin, sputa a aspirované tekutiny ze středouší. Poměrně jednoduchým, relativně spolehlivým a pro nemocného nenáročným je test prováděný léky – inhibitory protonové pumpy (omeprazol aj). Výsledek není k dispozici ale ihned, zpravidla s časovou prodlevou po pravidelném užívání. Průběh onemocnění může být epizodický nebo chronický.

**Léčba:** Po stanovení diagnózy nastupují opatření dietetická, medikamentózní, chirurgická a úprava životního stylu.

**Dieta:** Omezují se čerstvé kynuté pečivo, tuky, čokoláda, cibule, česnek, máta, kyselé džusy, káva, čaj, perlivé nápoje a pak potraviny, které nemocný dává do souvislosti s potížemi.

**Medikamentózní léčba** je orientována na antacida, prokinetika, inhibitory protonové pumpy, absorbenty žlučových kyselin.

**Z chirurgického repertoáru** (po vyčerpání možnosti léčby konzervativní) se používá prakticky jen fundoplikace. Tč., je nejúčinnější fixní nedeformovatelná podoba této operace. Úskalí fundoplikací jsou v možném následném nástupu mechanické a bolestivé dysfagie, nadýmání, průjmů a recidivy refluxu. Od r. 2009 je aplikována, jako alternativa k fundoplikaci, implantace „náramku“ v podobě titanových korálků, které jsou volně otočné a které by měly umožňovat volnou deglutinaci a přitom blokovat reflux. Po dvou letech praxe je míra jak málo významných tak významných následných dysfagií udávána nižší, než u fundoplikace.

**Významný je životní styl:** onemocnění nese často znaky psychosomatického základu, tedy bezstresový režim, dále zákaz alkoholických nápojů včetně suchých vín a kyselých a oxidem uhličitým přesycených piv a limonád, zákaz kouření, omezení činnosti zvyšující tlak v dutině břišní, redukce tělesné hmotnosti, mírný náklon lůžka

od hlavy k patě, event. zvýšená poloha horní poloviny těla s pootočením z polohy na zádech k poloze na pravém boku.