

Gastroenterologie

Eozinofilní ezofagitida

Eozinofilní ezofagitida (EoE) je chronický, progredující, imunitně podmíněný zánět sliznice jícnu, charakterizovaný klinicky symptomy jeho dysfunkce a histologicky lokální hypereozinofilii (náleží 15 a více eozinofilů/high power field). K diagnostice onemocnění je nutné vyloučení ostatních příčin hypereozinofilie. Onemocnění vede k remodelaci jícnu a jeho trvalým změnám. Vzhledem k tomu je nutné včasné zahájení léčby, s cílem dosažení a udržení remise. Dle aktuálních evropských doporučení je momentálně k dispozici několik terapeutických modalit, zahrnujících inhibitory protonové pumpy, topické kortikosteroidy, eliminační dietu a monoklonální protilátky proti interleukinu 4 a 13. Endoskopicky se řeší především extrakce impaktovaného sousta a dilatace symptomatických stenóz (1, 2).

Inhibitory protonové pumpy (PPI) jsou v této indikaci jedním z možných léků první volby, podávají se v dávce ekvivalentní 40 mg omeprazolu/den. U 51 % léčených nemocných je prokázáno dosažení histologické remise a u 61 % pacientů úpravy symptomů (3). Kromě antisekrečního účinku mají PPI také účinek protizánětlivý, a to zejména díky blokádě exprese eotaxinu 3 (4).

Dalším možným lékem jsou lokálně aplikované topické kortikosteroidy, které mají vliv na genovou regulaci v epitelálních buňkách jícnu, spouští buněčnou apoptózu a působí proti fibrotizaci. Lze použít buď off-label flutikason inhaler k polykání nebo budesonid suspenzi, kterou je nutné připravovat magistraliter (5). V České republice je dále aktuálně dostupný také přípravek Jorveza®. Jedná se o první schválený topický kortikosteroid, přímo určený k léčbě EoE, zpracovaný ve formě orodispergovatelných tablet. V randomizované, placebem kontrolované klinické studii, vedlo podávání budesonidu (1 mg dvakrát denně po dobu 6 týdnů) ke kompletní klinicko-patologické remisi u 58 % pacientů. Prodloužení indukční léčby o dalších 6 týdnů zvýšilo počet pacientů s remisí na 85 % (6). Bezpečnostní profil tohoto léku je příznivý, u pacientů bylo zaznamenáno pouze nesignifikantní, ranní snížení kortizolu, nejčastějším nežádoucím účinkem je jícnová a orofaryngeální kandidóza (u 11–16 % pacientů). Tato komplikace probíhá většinou mírně a dobře reaguje na podání antimykotik (7). V běžné praxi lze preparát Jorveza® předepsat až po zdokumentovaném selhání PPI či eliminační diety (nebo pokud pacienti nejsou schopni dlouhodobě dietu dodržovat) a při výskytu nežádoucích účinků.

Eliminační dieta zahrnuje u EoE několik druhů, označovaných podle počtu vysazených potravin (1, 2). Největší efekt (u téměř 80 % pacientů) má Six Food Elimination Diet (SFED), kdy pacient vynechá mléko, obiloviny obsahující lepek, vejce, luštěniny, ořechy a mořské plody (1, 8). Plošné testování na potravinové alergie u všech pacientů s EoE není efektivní a vynechání konkrétních, přímo zjištěných potravin ve většině případů nevede k úpravě obtíží (1).

Novinkou pro pacienty, kteří nereagují na výše uvedené léčebné modalit, nebo se u nich vyskytly nežádoucí účinky léků, je dupilumab, plně humánní monoklonální protilátka, která blokuje společný receptor pro interleukin 4 a 13 (9). Dupilumab se využívá pro léčbu nemocí způsobených abnormální Th2 imunitní odpovědí, kam kromě EoE

patří i atopická dermatitida, chronická rinosinitida s nosními polypy, astma nebo prurigo nodularis. U EoE se podává v dávce 300 mg subkutánně jednou týdně, je schválen pro dospělé a děti od 12 let a 40 kg váhy. V tomto dávkovacím schématu je udáváno dosažení histologické remise ve 24. týdnu až u 60 % pacientů. Nejčastějším popisovaným nežádoucím účinkem této léčby byla kožní reakce v místě vpichu, dále pak konjunktivitida, alergická konjunktivitida, artralgie, herpes a eozinofilie (10). V České republice je momentálně nutné žádat o schválení léku pojišťovnu na § 16.

Obecně lze říci, že volba léčebného postupu by měla být u EoE individuální a zohledňovat preferenci pacienta a aktuální možnosti (či omezení) preskripce. Kontrola efektu by měla následovat po 8–12 týdnech léčby pomocí endoskopie s odběrem biopsií. Po dosažení remise je doporučena dlouhodobá udržovací léčba z důvodu vysokého rizika relapsu nemoci (1).

Refluxní choroba jícnu

Refluxní choroba jícnu (RCHJ) představuje významný klinický problém, který postihuje značnou část populace (10). Klasické léčebné metody, jako jsou změny životního stylu, farmakoterapie a v omezených případech i chirurgické zákroky, někdy nemusí pacientům přinést plnou úlevu (11, 12). V České republice jsou v poslední době dostupné nové možnosti léčby, které mohou nabídnout doplňkové nebo alternativní řešení tohoto častého onemocnění.

Endoskopická léčba a metoda Stretta

Endoskopická metoda Stretta využívá neablativní radiofrekvenční energii k modifikaci svalové tkáně v oblasti dolního jícnového svěrače (DJS) a vede k posílení antirefluxní bariéry (13). Jedná se o invazivní endoskopický výkon prováděný v hluboké analgosedaci či celkové anestezii. Zárok začíná standardní diagnostickou endoskopií k vyloučení kontraindikací a vyšetřením ezofagogastrické junkce (EGJ). Po nastavení generátoru radiofrekvenční energie je do jícnu zaveden speciální katétr (Obr. 1). Aplikace energie probíhá v několika cyklech a na různých úrovních EGJ (se současnou kontrolou tkáňové impedance a teploty). Po zákroku následuje kontrolní endoskopie (Obr. 2). Celková doba procedury je přibližně 45 minut a vyžaduje specifické odborné znalosti a zkušenosti s endoskopickými technikami. Stretta není dosud hrazena zdravotními pojišťovnami. Dostupnost je aktuálně v České republice zajištěna v rámci probíhající klinické randomizované studie v Ústřední vojenské nemocnici v Praze nebo prostřednictvím samoplátce také ve Fakultní nemocnici v Plzni.

Pro úspěch léčby je klíčový správný výběr pacientů. Ideálními kandidáty jsou nemocní s verifikovaným patologickým gastroezofageálním re-

Obr. 1. Stretta katétr

