

Úvod

Pálení žáhy je jedním z nejčastějších gastrointestinálních symptomů, které postihují moderní populaci, jeho prevalence se v Evropě pohybuje kolem 10-20% [1]. Bývá obvykle projevem refluxní choroby jícnu, ale setkáváme se s ním i u primárních poruch jícnové motility a jiných organických nemocí jícnu. U mladších jedinců a při nepřítomnosti varovných znamení jako je úbytek hmotnosti, zvracení, bolesti břicha a dysfagické potíže můžeme postupovat konzervativně s využitím terapeutického testu s inhibitory protonové pumpy (IPP) [2]. U starších nemocných a při přítomnosti výše zmíněných symptomů bychom měli v rámci diagnostiky provést vyšetření horní části trávicího traktu zahrnující především esophagogastroduodenoskopii. Při podezření na primární poruchu jícnové motility je v současné době zlatým standardem vyšetření high – resolution jícnovou manometrií (HRM). U pacientky, kterou prezentujeme v kazuistice, se pyrózou manifestovala vzácná primární porucha jícnové motility nazývaná Jackhammer esophagus, která by při použití samotného rtg polykacího aktu a pravděpodobně i konvenční manometrie byla nesprávně diagnostikována jako achalázie jícnu.

Introduction

Heartburn is one of the most frequent gastrointestinal symptoms in today's population; its prevalence in Europe is about 10-20% [1]. It is usually a symptom of GERD, but can also be encountered in primary oesophageal motility disorders and other organic oesophageal disorders. In younger individuals and in the absence of warning signs like weight loss, abdominal pain, and dysphagia we can take a conservative approach using a proton pump inhibitor (PPI) therapeutic test [2]. In older patients and in the presence of the abovementioned symptoms diagnostics should include upper digestive tract examination, especially oesophagogastroduodenoscopy. In the case of suspicion of primary oesophageal motility disorder the current state of the art is the high-resolution oesophageal manometry (HRM). In the subject of this case study pyrosis was a manifestation of a rare primary oesophageal motility disorder known as a Jackhammer oesophagus, which using only a swallow X-ray and probably also conventional manometry would probably have been misdiagnosed as oesophageal achalasia.

Popis případu

72 – letá žena s BMI 32 kg/m², hypertonička s vředovou chorobou gastroduodena, v 07/2012 po přeléčení Helicobacterové infekce (clarithromycin + metronidazol + omeprazol), od 01/2013 exkuřačka, v medikaci metoprolol a perindopril/indapamid na arteriální hypertenzi.

Pacientka byla vyšetřována pro letité potíže s pálením žáhy s postupným zhoršováním v posledních měsících. Po zahájení léčby inhibitory protonové pumpy potíže téměř odezněly. Kromě pyrózy neudávala symptomy charakteru dysfagie, bolesti na hrudi, regurgitace či globus. Nepopisovala ani extraesophageální projevy jako kašel, dušnost či aspirace. Na spádovém pracovišti byla provedena EGDS s nálezem divertiklu distálního jícnu a povředové pylorobulbární deformace a rtg jícnu s podezřením na achalázii jícnu. S těmito nálezy byla odeslána na naše pracoviště. Rtg polykací akt prokázal přítomnost nekoordinované peristaltické aktivity až charakteru spasmů v distálním jícnu, zpomalenou a ztíženou pasáž distálním jícnem. Jako vedlejší nález byl popsán divertikl jícnu velikosti 14x16 mm vpravo 6 cm nad kardií (obr. 1).

Case description

Woman, 72 years, BMI 32 kg/m², hypertonic with ulcerative gastroduodenal disease, treated for H. pylori infection (clarithromycin + metronidazole + omeprazole) 7/2012, former smoker until 1/2013, has been using metoprolol and perindopril/indapamide for arterial hypertension.

Patient was examined for long-lasting heartburn problems which had been gradually worsening over the preceding several months. After start of proton pump inhibitor treatment problems almost disappeared. Aside from pyrosis the patient did not report symptoms such as dysphagia, chest pain, regurgitation, or globus, nor extraoesophageal symptoms such as cough, shortness of breath, or aspiration. EGDS was performed at the patient's local facility with a finding of a diverticulum of the distal oesophagus and post-ulcer pylorobulbar deformation, and an oesophagus X-ray with suspicion of oesophageal achalasia. A swallow X-ray showed uncoordinated peristalsis bordering on spasms in the distal oesophagus and slowed and impeded passage through the distal oesophagus. A secondary finding was an oesophageal diverticulum 14 x 16 mm in size located on the right side, 6 cm above the cardia (Figure 1).