

Клінічний випадок лікування рефлюкс-езофагіту при стравоході, вкритому циліндричним епітелієм, у хворого після субтотальної езофагектомії



В.С. Корпяк,

лікар-ендоскопіст, завідувач відділення діагностичної та інтервенційної ендоскопії, Лікарня ізраїльської онкології Lisod, м. Київ

Клінічний випадок

Хворий Р., 33 роки, звернувся зі скаргами на тривалу, практично постійну печію, яка з'явилась у нього після езофагектомії, виконаної в 2014 році з приводу плоскоклітинного раку проксимального відділу стравоходу T1N1M0 (гістологічно верифікованого). Крім оперативного втручання, хворому також було проведено променевою терапією ротоглотки та шийних лімфовузлів. У березні 2015 року на контрольній гастроскопії ознак рецидиву виявлено не було, а зміни в анастомозі у вигляді гіперемії були віднесені до ознак післяопераційного анастомозиту (рис. 1).

У зв'язку з черговою гастроскопією пацієнт звернувся лише через 2 роки – у березні 2017 року. Під час обстеження було виявлено циркулярне ерозування стравоходу висотою 2 см – ступінь LA-D, циркулярну ділянку кукси стравоходу, вкриту циліндричним епітелієм (columnar-lined esophagus – CLE), яка поширювалася на висоту до 3 см від рівня езофагогастроанастомозу – СЗМЗ (Prague), – та виразку розміром 3 мм у ділянці циліндроклітинної метаплазії (рис. 2-4).

Висновок ендоскопії: стан після субтотальної гастректомії, рефлюкс-езофагіт LA-D, стравохід вкритий циліндричним епітелієм CLE СЗМЗ (Prague).

Пацієнту було призначено 4-тижневий курс інгібіторів протонної помпи з наступним взяттям біопсії.

Така послідовність дій пов'язана з тим, що хоча у хворих після езофагектомії та резекції кардії кількість випадків циліндроклітинної метаплазії зростає починаючи вже з другого року після операції [1], біопсія сегмента CLE за наявності виражених запальних змін, передусім рефлюкс-езофагіту, може призводити до гіпердіагностики дисплазії різного ступеня. Для уникнення цього явища в багатьох рекомендаціях фігурує призначення інгібіторів протонної помпи впродовж кількох тижнів перед біопсією. Так, Асоціація лікарів-ендоскопістів України рекомендує 4-тижневий курс лікування [2], а Американська колегія гастроентерологів (ACG) – 8-12 тижнів [3].

У цьому випадку терапію було проведено препаратом Дексилант у дозуванні 60 мг 1 раз на добу протягом 4 тижнів, після чого під час

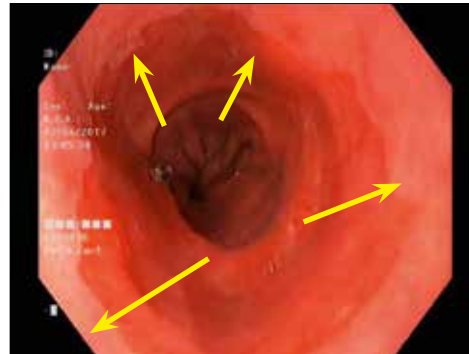


Рис. 5. Квітень 2017. CLE СЗМЗ, прояви рефлюкс-езофагіту відсутні (цілкова відсутність як циркулярного, так і лінійних ерозувань); Olympus GIF HQ-190, WL



Рис. 6. Квітень 2017. CLE СЗМЗ, прояви рефлюкс-езофагіту відсутні; Olympus GIF HQ-190, NBI

контрольної відеоезофагогастро-дуаденоскопії було констатовано відсутність ознак рефлюкс-езофагіту. Було взято біопсію за Сіетльським протоколом та окрему прицільну біопсію в зоні післявиразкового рубця. Гістологічно біоптати слизової віднесені до епітелію кардіального типу без ознак кишкової метаплазії та дисплазії, ознак рецидиву плоскоклітинного раку виявлено не було.

Пацієнту було рекомендовано подальший прийом інгібіторів протонної помпи (Дексилант у дозуванні по 30 мг 1 раз на добу протягом 6 міс). На контрольній гастроскопії через 6 міс ознак рефлюкс-езофагіту виявлено не було (рис. 5-7).

За відсутності дисплазії пацієнти з CLE не потребують абляції зони метаплазії.

У наведеному випадку була обрана тактика ендоскопічного контролю з інтервалом в один рік (враховуючи молодий вік, швидкість поширення залозистої слизової та наявність онкологічного захворювання в анамнезі). За умов подальшого прогресування зони метаплазії може бути виконана її радіочастотна абляція.



Рис. 7. Квітень 2017. CLE СЗМЗ – чітка, рівна Z-лінія без ознак запалення; Olympus GIF HQ-190, NBI, near focus

Література

- Da Rocha, Julio Rafael Mariano et al. Barrett's esophagus (BE) and carcinoma in the esophageal stump (ES) after esophagectomy with gastric pull-up in achalasia patients: a study based on 10 years follow-up / Annals of surgical oncology. – 2008. – Vol. 15 (10). – P. 2903-2909.
- Нікішаєв В.І. та співавт. Технологічні карти та індикатори якості ендоскопічних втручань. – 2015 [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://endoscopy.com.ua/врачам/рекомендации-ассоциации/технологичные-карты-та-индикаторы-якості-ендоскопічних-втручань>. – Дата звернення 01.03.2019.
- Shaheen N. et al. ACG clinical guideline: diagnosis and management of Barrett's esophagus / The American journal of gastroenterology. – 2016. – Vol. 111 (1). – P. 30-50.

UA/ (PPIF)/0219/0010



Рис. 1. Березень 2015. Анастомоз з ознаками запалення (чи початком поширення CLE); Fujinon EG150CT5, WL



Рис. 3. Березень 2017. Виразка в зоні CLE; Olympus GIF HQ-190, NBI, near focus

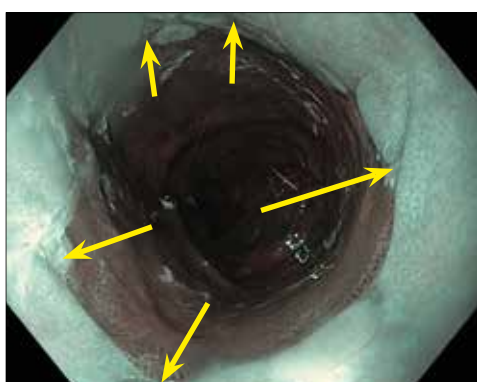


Рис. 2. Березень 2017. Рефлюкс-езофагіт LA-D, CLE СЗМЗ (видно позначені стрілками заглиблену борозну ерозування вздовж Z-лінії, а також лінійні ерозування, які поширюються краніально); Olympus GIF HQ-190, NBI



Рис. 4. Березень 2017. Циліндроклітинна слизова над апаратним анастомозом, помітна металева кліпса на рівні анастомозу; Olympus GIF HQ-190, NBI, near focus

Довідка «ЗУ»

Довжина метапластичного циліндричного сегмента – це відстань між новосформованим SCJ (squamocolumnar junction, або Z-лінія – місце стику плоского та циліндричного епітелію) та анатомічним EGJ (стравохідно-шлункове з'єднання). Сегмент циліндричної метаплазії ≥ 3 см класифікують як довгий, < 3 см – як короткий.

Останнім часом також широко використовується інший спосіб визначення ендоскопічної протяжності цього відрізка у так званій Празькій класифікації С&М: ендоскопіст встановлює відстань між верхнім краєм шлункових складок і верхнім краєм сегмента з циркулярним поширенням метаплазії (значення С); також оцінюється максимальний проксимальний відрізок метапластичного сегмента (значення М).

Краще послуговуватися класифікацією С&М, ніж термінологією «довгий» і «короткий» сегменти. Для дуже короткого метастатичного сегмента (< 1 см) доцільніше застосовувати термін «CLE в EGJ» (R. Lambert, P. Sharma, 2005).



ДЕКСІЛАНТ®

декслансопразол

24 години

ІПП створений
для лікування
ГЕРХ^{*,1}



Розширюючи можливості контролю кислотності^{**1, 2}

Коротка інструкція для медичного застосування лікарського засобу ДЕКСІЛАНТ®

Діюча речовина: dexlansoprazole; 1 капсула містить 30 мг декслансопразолу або 60 мг декслансопразолу. **Лікарська форма.** Капсули з модифікованим вивільненням тверді. **Фармакотерапевтична група.** Інгібітори протонної помпи. Код АТХ А02В С06. **Показання.** Лікування всіх стадій ерозивного езофагіту у пацієнтів віком 12 років та старше впродовж періоду до 8 тижнів. Підтримуюче лікування ерозивного езофагіту та полегшення печії у пацієнтів віком 12 років та старше впродовж періоду до 6 місяців у дорослих пацієнтів та 16 тижнів у пацієнтів віком від 12 до 17 років. Лікування печії, асоційованої з симптоматичною неерозивною гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою, у пацієнтів віком 12 років та старше протягом 4 тижнів. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до активної речовини та будь-якого компонента препарату. Були повідомлення про розвиток реакцій гіперчутливості, включаючи анафілаксії. Повідомлялось про розвиток гострого інтерстиціального нефриту при застосуванні інших інгібіторів протонної помпи, включаючи лансопразол, R-енантіомером якого є декслансопразол. ІПП, включаючи препарат Дексілант®, протипоказано сумісно застосовувати з препаратами, що містять рилпівірін. **Фармакологічні властивості.** Декслансопразол належить до класу антисекреторних сполук, які є заміщеними бензimidазолами, що пригнічують секрецію кислоти шлункового соку за рахунок специфічного пригнічення активності (H⁺, K⁺)-АТФази на секреторній поверхні парієтальних клітин шлунка. **Побічні реакції.** Частота >2%: діарея, біль у животі, нудота, інфекції верхніх дихальних шляхів, блювання, метеоризм. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Виробник.** Делфарм Новара С.р.л., Італія. **Р. п. МОЗ України:** №UA/13660/01/01, №UA/13660/01/02. Повна інформація про лікарський засіб міститься в інструкції для медичного застосування. Інформація для медичних і фармацевтичних працівників для розміщення у спеціалізованих виданнях, для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. Повідомити про небажане явище або про скаргу на якість препарату Ви можете до ТОВ «Такеда Україна» за тел.: (044) 390 0909. Не є рекламою лікарського засобу.

1. Fass R., Frazier R. The role of dexlansoprazole modified-release in the management of gastroesophageal reflux disease //Therapeutic advances in gastroenterology. – 2017. – Vol. 10.(2). – P. 243-251. 2. Sharma P. et al. Clinical trials: healing of erosive oesophagitis with dexlansoprazole MR, a proton pump inhibitor with a novel dual delayed-release formulation—results from two randomized controlled studies //Alimentary pharmacology & therapeutics. – 2009. – Vol. 29.(7). – P. 731-741.

* мається на увазі ерозивний езофагіт і печія, асоційована з НЕРХ. ** Кислотність шлункового соку.



ТОВ «Такеда Україна»: 03110, м. Київ, вул. Солом'янська, 11,
тел.: (044) 390 0909, факс: (044) 390 2929, www.takeda.ua