

Morfologie gastroezofageálního refluxu

Ondřej Daum, Bohuslava Kokošková, Marián Švajdler

Šiklův ústav patologie LF UK a FN Plzeň
Bioptická laboratoř, s.r.o., Plzeň

SOUHRN

Současná definice gastroezofageální refluxní choroby jícnu je založena především na klinických kritériích, jejichž přesná korelace je poměrně obtížná. Role patologa spočívá především v potvrzení morfologických změn způsobených gastroezofageálním refluxem. Tradiční hodnocení regresivních, zánětlivých a reaktivních změn v dlaždicovém epitelu jícnu postrádá dostatečnou senzitivitu a specifitu, a proto se v současné době obrací pozornost k chronickým metaplastickým změnám sliznice jícnu, přičemž tato je definována jako jakýkoli typ sliznice nacházející se proximálně od sliznice oxyntické (odpovídající fundické sliznici žaludku). Při refluxu se tato sliznice, za normálních okolností krytá dlaždicovým epitelem, mění ve sliznici kolumnární, v níž lze dále podle morfologie žlázek a imunofenotypu jejich buněk diferencovat sliznici oxyntokardiackou, kardiackou, sliznici s intestinální metaplázií a intermediární typ kardiacké sliznice s expresí intestinálního transkripčního faktoru CDX2, ale bez pohárkových buněk. Právě poslední dva slizniční typy jsou nyní považovány za hlavní kandidáty pro neoplastickou transformaci, zatímco oxyntokardiacká sliznice je považována za geneticky stabilní kompenzatorní změnu bez nebezpečí dalšího progresu. Hodnocení dysplastických změn (intraepiteliální neoplázie) žlázkového epitelu jícnu je natolik obtížné a pro osud pacienta rozhodující, že vyžaduje nutnost druhého čtení. V další progresi adenokarcinomu jícnu je pro histopatologa zásadní nezaměnit invazi do prostoru mezi dvěma vrstvami rozštěpené lamina muscularis mucosae se skutečnou infiltrací submukózy s odlišným prognostickým významem. Největší výzvou pro další pokrok v porozumění biologii gastroezofageální refluxní choroby by mělo být objasnění skutečného vlivu suprese sekrece kyselých žaludečních šťáv na vznik adenokarcinomu distálního jícnu.

Klíčová slova: jícen – ezofagitida – refluxní – gastroezofageální reflux – GERD – kardia – Barrett

Morphology of the gastroesophageal reflux disease

SUMMARY

The present definition of gastroesophageal reflux disease is based on clinical criteria that are difficult to reproduce accurately. Pathologists are supposed to confirm the presence of morphological changes induced by gastroesophageal reflux. Traditional evaluation of injury, inflammatory and reactive changes of esophageal squamous epithelium lacks both sufficient sensitivity and specificity, and thus the modern diagnostic focuses on chronic metaplastic changes of esophageal mucosa defined as any mucosal type proximal to the upper border of oxyntic mucosa (also called fundic mucosa of the stomach). In the setting of gastroesophageal reflux the esophageal mucosa, under normal conditions lined with squamous epithelium, undergoes columnar metaplasia. According to morphology and immunophenotype of columnar cells, the columnar metaplasia may be further subdivided to oxyntocardiac mucosa, cardiac mucosa, intestinal metaplasia, and an intermediate type of cardiac mucosa expressing intestinal transcription factor CDX2, but devoid of goblet cells. The latter two mucosal types are currently thought to represent the most probable candidates for neoplastic transformation, whereas oxyntocardiac mucosa is believed to represent a stable compensatory change with no risk of further progression. An evaluation of dysplastic changes (intraepithelial neoplasia) in the setting of columnar lined esophagus necessitates correlation with the second opinion of a GI expert to prevent potentially harmful under- or over-treatment of the patient. Regarding invasive adenocarcinoma, the pathologist should avoid overdiagnosis of the infiltration of the space between the two layers of columnar lined esophagus - associated split muscularis mucosae as invasion of submucosa, as it is associated with different prognosis. Critical evaluation of the real impact of acid suppression on neoplastic transformation in the setting of gastroesophageal reflux disease may represent the greatest challenge for future studies.

Keywords: esophagus – reflux – esophagitis – GERD – cardia – Barrett

Cesk Patol 2016; 52(1): 17–24

Dosavadní průběh 21. století by se do jisté míry dal z pohledu gastroenteropatologa označit jako 15 let bojů o kardií, o definici toho, co je v jícnu normální, a o kritéria refluxní ezofagitidy. Navzdory počátečním porodním bolestem, argumentačním klamům a zažitým postupům nakonec převážně došlo k přehodnocení paradigmat a (přestože ne všechny detaily jsou spolehlivě objasněny) díky tomu doznala změn i histopatologická diagnostika refluxní ezofagitidy a dalších morfologických následků gastroezofageálního refluxu. Dílčí poznatky z této oblasti již byly několikrát publikovány na stránkách *Česko-slovenské patologie*.

✉ Adresa pro korespondenci:

Doc. MUDr. Ondřej Daum, Ph.D.
Šiklův ústav patologie LF UK a FN Plzeň
Edvarda Beneše 13, 305 99 Plzeň
tel.: +420377402523
e-mail: DAUM@fnplzen.cz

Tento článek se snaží o zprostředkování uceleného přehledu o současném (často kompromisním) převládajícím pohledu na problematiku gastroezofageálního refluxu, aniž by si činil nárok na konečné zodpovězení všech otázek a objasnění významu všech výsledků dosavadních pozorování.

BARRETŮV JÍCEN A KOLUMNÁRNÍ SLIZNICE JÍCNU – VZESTUP A PÁD „FYZIOLOGICKÉ SLIZNICE KARDIE“

Přítomnost kolumnární sliznice v jícnu (columnar-lined esophagus, CLE) byla popisována, zejména v asociaci s peptickou ulcerací této sliznice, již v počátcích 20. století (1). Přestože byla zpočátku mylně interpretována i jako sliznice tubulárního žaludku vytaženého do hrudníku v důsledku kongenitálně krátkého jícnu (2,3), sám Dr. Barrett uznal svůj omyl a tento typ sliznice lokalizoval do jícnu, přičemž použil termín CLE (4), ačkoli později se vžilo pro tento stav eponymické označení Barrettův jícen.