

Gastroösofagealse reflukshaiguse diagnoosimine: reflukshaiguse Montreali klassifikatsioon ning refluksösofagiidi Los Angelese klassifikatsioon

Riina Salupere^{1,2}, Seren Kivi² – ¹TÜ Kliinikum, ²TÜ sisekliinik

gastroösofagealse reflukshaiguse Montreali klassifikatsioon, refluksösofagiidi Los Angelese klassifikatsioon

Gastroösofageaalne reflukshaigus on levinud haigus. Nende haigetega puutuvad kokku mitme eriala arstid. Haiguse käsitlemise aluseks on tõendus põhistel kokkulepetel rajanev Montreali klassifikatsioon. See võimaldab ühtlustada seisukohti reflukshaiguse diagnoosimisel, sümptomite kirjeldamisel ning uurimis- ja raviplani koostamisel. Endoskoopilise leiu kirjeldamisel refluksösofagiidi korral on kasutusel Los Angelese klassifikatsioon.

Gastroösofageaalne reflukshaigus (edaspidi reflukshaigus) on sageli esinev haigus, mille levimus on 10–20% rahvastikust Lääne-Euroopas ja Põhja-Ameerikas. Reflukshaigusega tegelevad mitme eriala arstid ning seetõttu on ühtsed seisukohad nii reflukshaiguse diagnoosimisel kui ka ravis olulised. Reflukshaiguse käsitluses on olulisemad Montreali klassifikatsioon ja Los Angelese klassifikatsioon. Montreali klassifikatsioon selgitab reflukshaiguse olemust ning kirjeldab reflukshaigusega seotud sümptomeid, Los Angelese klassifikatsiooni kasutamine ühtlustab refluksösofagiidi diagnoosimist endoskoopial. Käesoleva ülevaate **eesmärgiks** on käsitleda olulisemaid Montreali klassifikatsiooni seisukohti ja kirjeldada Los Angelese klassifikatsiooni ning tuua näide selle kasutamisest igapäevatoös.

Tõendus põhiseid kokkuleppeid reflukshaiguse defineerimiseks ja klassifitseerimiseks nimetatakse **Montreali klassifikatsiooniks** seetõttu, et seda tutvustati esimest korda gastroenteroloogia maailmakongressil Montrealis 2005. aastal. Montreali klassifikatsioon publikus 2006. aastal (1). Montreali klassifikatsiooni saab kasutada nii kliinilistes uuringutes kui ka igapäevapraktikas ning see võimaldab vältida ebamäärasust reflukshaiguse diagnoosimisel ning söögitoru- ja söögitoruväliste sümptomite kirjeldamisel. Varasemad üldtunnustatud

juhised reflukshaiguse käsitlemiseks on lähtunud eelkõige raviprobleemidest ning reflukshaiguse defineerimine ja sümptomite kirjeldamine ei ole olnud neis eesmärgiks (2).

Montreali klassifikatsiooni järgi esineb reflukshaigus juhul, kui gastroösofageaalne refluks põhjustab patsiendi elukvaliteeti ja heaolu häirivaid sümptomeid ja/või komplikatsioone (1). Uuringuis on selgunud, et patsienti häirivaks („troublesome”) on sümptomid, mis esinevad kahel või enamal päeval nädalas. Juhuslikud episoodilised kõrvetised ei ole alus reflukshaiguse diagnoosimiseks. Montreali klassifikatsioonis ei kasutata mõistet endoskoopianegatiivne reflukshaigus (ehk mitteerosiivne reflukshaigus), sest selle mõiste kasutamine eeldab endoskoopiat. Endoskoopiat aga mõnel patsiendil ei tehtagi ning reflukshaigus diagnoositakse patsiendi elukvaliteeti ja heaolu häirivate refluksisümptomite alusel. Samuti eelistatakse klassifikatsioonis erosiivse ösofagiidi mõiste asemel mõistet refluksösofagiit.

Montreali klassifikatsioon jagab reflukshaiguse sümptomid kahte rühma: söögitorusümptomid ja söögitoruvälised sümptomid.

Söögitorusümptomid jagunevad omakorda kas söögitoru limaskestast kahjustuseta (kõrvetised, regurgitatsioon, refluks-rinnavalgu) või koos limaskestast kahjustusega (reflüksösofagiit, refluks-striktuur,

Barretti söögitoru, söögitoru adenokartsinoom) sümptomiteks.

Kõrvetised on põhjustatud gastroösofageaalsest refluksist ning patsient tunneb põletavat tunnet retrosternaalselt. Regurgitatsioon on maosisaldise tagasivool söögitorusse, hüpofaarüncsisse (alaneelu) või suhu. Kõrvetiste ja regurgitatsiooni kui tüüpiliste sümptomite alusel võib reflukshaiguse diagnoosida ilma lisauuringuid tegemata. Refluks-rinnavalu eristamine kardiaalsest valust võib osutada keeruliseks, sest kaasvalt võivad puududa kõrvetised ja/või regurgitatsioon. Vahel võib rinnavalu põhjustada ka söögitoru liigutushäire (näiteks söögitoruspasm), kuid gastroösofageaalne refluks on rinnavalu olulisel sagedasem põhjus kui liigutushäire.

Refluksösofagiit esineb vähem kui 50%-l reflukshaiguse haigeist. Refluksösofagiit on selge ja objektiivne diagnoosikriteerium ning Los Angelese klassifikatsiooni kasutamisel hästi kirjeldatav ja dokumenteeritav endoskoopial. Reflukshaiguse sümptomite (näiteks kõrvetiste) intensiivsus ja sagedus ei ole alati vastavuses refluksösofagiidi raskusastmega endoskoopilise leiu põhjal. Söögitoru striktuur tekib vähem kui 5%-l reflukshaiguse haigeist ning selle tüüpiliseks sümptomiks on püsiv ja patsienti häiriv tahke ja vedela toidu neelamistakistus (düsfaagia). Enam häirib patsienti tahke toidu neelamistakistus. Kaasuda võib ka neelamisvalu (odünofaagia), kuid viimane on iseloomulikum teistele söögitorupõletikele (näiteks seenetekkesele ösofagiidile või ösofagiidile ravimite tarvitamisel). Püsiv, progresseeruv ja patsienti häiriv düsfaagia vajab uuringuid, eelkõige gastroskoopiat, sest võib viidata peptilise striktuuri või adenokartsinoomi tekkele. Nii peptilise striktuuri teket kui ka adenokartsinoomi söögitorus peetakse reflukshaiguse tüsistuseks.

Söögitoruvälised sümptomid jagunevad omakorda kas reflukshaigusega tõestatud seosega (refluks-köha, refluks-larüngiit, refluks-astma, refluks-hambaerosioonid) või reflukshaigusega oletusliku seosega (farüngiit, sinuiit, keskkõrvapõletik) sümptomiteks. Gastroösofageaalne reflukshaigus on harva kroonilise köha, kroonilise larüngiidi või astma ainus põhjus. Oluline on seisukoht, et kõrvetiste

ja/või regurgitatsiooni puudumisel on köha, larüngiidi või astma kujunemise seos reflukshaigusega mittetõenäoline. Ei ole tõestatud, et gastroösofageaalne refluks oleks põhjuslik või ägestav tegur sinuiidi, farüngiidi või keskkõrvapõletiku patogeneesis. Samuti puuduvad tõendus põhised andmed gastroösofageaalse refluksi ja obstruktiivse uneapnoe tekke vahel.

Refluksösofagiidi hindamisel endoskoopial kasutatakse **Los Angelese klassifikatsiooni**, mis sai oma nime klassifikatsiooni esmakordse esitluse järgi gastroenteroloogia maailmakongressil Los Angeleses 1994. aastal (3). Järgnenud aastail klassifikatsiooni täiendati ning praegu kasutatakse viimast versiooni (4). Ajaloost on hästi teada refluksösofagiidi diagnoosimiseks endoskoopial Savary-Milleri ja Savary-Monnier klassifikatsioonid. Nende põhipuuduseks on kasutatava terminoloogia ebaselgus, mis võimaldab erinevatel endoskopistidel endoskoopialeidu erinevalt tõlgendada. Los Angelese klassifikatsioon kirjeldab refluksösofagiiti selgelt, lihtsalt ning erinevate endoskopistide kirjeldatud leiud on võrreldavad. Vähesed difuussed muutused, näiteks erüteem, ei ole haaratud Los Angelese klassifikatsiooni ning refluksösofagiidi tüsistusi, näiteks striktuur, kirjeldatakse eraldi.

Los Angelese klassifikatsioon refluksösofagiidi hindamisel endoskoopial:

- A – üks või mitu erosiooni või haavandumist pikkusega alla 5 mm ainult ühel või mitmel limaskestal voldil, omavahel ühendumata;
- B – üks või mitu üle 5 mm pikkust erosiooni või haavandumist ühel või mitmel voldil, mis ei ole omavahel ühendatud;
- C – erosioonid või haavandumised, mis ulatuvad mitmele voldile, kuid ei haara ringjalt üle 75% söögitoru valendikust;
- D – erosioonid või haavandumised, mis haaravad enam kui 75% söögitoru valendikust.

Los Angelese klassifikatsiooni kasutamine Eestis

Eestis on gastroenteroloogidele ja gastroskoopiad tegevaile arstidele Los Angelese klassifikatsiooni

korduvalt tuvustatud, kuid puudub ülevaade selle rakendamisest igapäevatoos. Selleks tehti Tartu Ülikooli Kliinikumi endokrinoloogia-gastroenteroloogia osakonnas uuring, mille eesmärgiks oli selgitada, kui sageli esineb perearstide poolt gastrokoopiale suunatud patsientidel reflüksösofagiiti ning milline on reflüksösofagiidi raskusaste ja kas gastroenteroloogid kasutavad reflüksösofagiidi diagnoosimisel Los Angelese klassifikatsiooni.

Selleks analüüsiti kuue kuu jooksul (ajavahemikul 01.01.–30.06.2006) Tartu Ülikooli Kliinikumi endokrinoloogia-gastroenteroloogia osakonnas perearstide poolt suunatuil ambulatoorseil haigeil teostatud gastrokoopiaid. Uuritavad olid gastrokoopiale suunatud 948 järjestikulist patsienti (383 meest ning 565 naist) vanuses 16–81 aastat.

Reflüksösofagiiti, peptilist haavandit ja kasvajad diagnoositi kokku 32%-l uurituist (304/948). Analüüsist selgus, et kõige sagedasemaks endoskoopialeiuks oli reflüksösofagiit, mis esines 15,6%-l kõigist uurituist (148/948). Kaksteistsõrmikuhaavand diagnoositi 116 patsiendil 948 uuritavast (79 meest, 37 naist) ehk 12,2%-l uurituist. Maohaavand diagnoositi 3,5%-l uurituist (33/948, 18 meest, 15 naist). Ösofagiit, mis ei olnud põhjustatud

reflüksahaigusest, leiti 0,2%-l uurituist (2/948, 1 mees, 1 naine), maovähk 0,6%-l (6/948, 2 meest, 4 naist) ja söögitoru lamerakkvähk 0,1%-l (1/948, 1 mees) uuritutest.

Los Angelese A-raskusastme reflüksösofagiit diagnoositi 60,1%-l (89/148, 51 meest, 38 naist) ja Los Angelese B-raskusastme oma 34,5%-l (51/148, 29 meest, 22 naist) haigetest. Los Angelese C-raskusastme, s.o raske reflüksösofagiit oli 4,7%-l (7/148, 4 meest, 3 naist) ja Los Angelese D-raskusastme haigus ainult 0,7%-l (1/148, 1 mees) selle patoloogia tõttu uuritust. Seega esines 948-st järjestikulisest endoskoopiale suunatud patsiendist raskeimat, D-astme reflüksösofagiiti ainult 0,1%-l (1/948) haigetest.

Kokkuvõttes, reflüksahaigus on sageli esinev haigus ja reflüksösofagiit on sagedasem leid perearstide poolt gastrokoopiale suunatute hulgas. Los Angelese hindamissüsteemi kasutamine võimaldab endoskoopial reflüksösofagiiti hästi kirjeldada. Teades reflüksösofagiidi raskusastet, saab endoskoopiale suunav arst määrata patsiendile parima ja sobivaima ravi, sest reflüksösofagiidi raskusastmest tulenevad nii edasised ravisoovitused kui ka patsiendi jälgimistaktika.

Kirjandus

1. Vakil N, Van Zanten SV, Kahrilas P, et al. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *Am J Gastroenterol* 2006;101:1900–20.
2. Dent J, Brun J, Fendrick AM, et al. An evidence-based appraisal of reflux disease management – the Geneva workshop report. *Gut* 1999;44:S1–S16.
3. Armstrong D, Bennett JR, Blum A, et al. The endoscopic assessment of esophagitis: a progress report on observer agreement. *Gastroenterology* 1996;111:85–92.
4. Lundell LR, Dent J, Bennett JR, et al. Endoscopic assessment of oesophagitis: clinical and functional correlates and further validation of the Los Angeles classification. *Gut* 1999;45:2,172–80.

Summary

The diagnosis of gastroesophageal reflux disease: the Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease and the Los Angeles classification of reflux esophagitis

The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease (GERD) clarify the criteria necessary for the diagnosis of GERD, define esophageal and extraesophageal symptoms, simplify disease management and provide a basis for a universally accepted terminology. GERD is defined as a condition

which develops when the reflux of stomach content causes troublesome symptoms and/or complications.

The Los Angeles classification is the most recently developed system for the grading of reflux esophagitis and it describes the extent of esophagitis independently of the other measures of severity in a clear, simple and

reproducible way. There is strong evidence that visible breaks in the mucosa are the most reliable endoscopic sign of esophagitis.

The aim of the study was to investigate the prevalence of reflux esophagitis in adult patients referred to upper gastrointestinal endoscopy from primary care. All outpatient upper gastrointestinal endoscopies performed at the endoscopy unit at Tartu University Hospital, Division of Endocrinology and Gastroenterology, from January 1, 2006 to June 30, 2006 were analysed. Altogether 948 consecutive patients were investigated. Reflux esophagitis was defined endoscopically by visible breaks in the distal esophageal mucosa and severity was graded using

the Los Angeles scoring system. Reflux esophagitis was the most common endoscopic finding (15.6%) with the majority of the patients classified as Los Angeles grade A or B (60.1% and 34.5%, respectively). More severe Los Angeles, grades C and D were reported in 4.7% and 0.7% of the reflux esophagitis patients. Los Angeles grade D was diagnosed in only 0.1% of the whole study population. The overall prevalence of clinically significant findings, when limited to reflux esophagitis, peptic ulcer and malignancies, was 32% (15.6% of the patients had reflux esophagitis, 12.2% had duodenal ulcer, 3.5% had gastric ulcer, 0.6% had gastric adenocarcinoma, and had 0.1% esophageal squamous cell carcinoma).

riina.salupere@kliinikum.ee