

LIPOM TENKÉHO STŘEVA JAKO NEOBVYKLÁ PŘÍČINA KRVÁCENÍ DO TRÁVICÍHO TRAKTU

MUDr. Radek Kroupa¹, MUDr. Jiří Dolina¹, doc. MUDr. Zdeněk Kala²,
doc. MUDr. Vlastimil Válek, CSc.³, MUDr. Jarmila Klusáková⁴, prof. MUDr. Petr Dítě, DrSc¹.

¹Interní gastroenterologická klinika, FN Brno

²Chirurgická klinika, FN Brno

³Radiodiagnostická klinika, FN Brno

⁴Biopická stanice, FN Brno

Krvácení do trávicího traktu je v gastroenterologii závažným akutním stavem. K účinné kauzální léčbě a prevenci recidiv je nutno lokalizovat zdroj krvácení. Při negativním základním ezofagogastroskopickým vyšetření je nutné využít další speciální endoskopické a zobrazovací metody. Na popsaném případě krvácení z lipomu tenkého střeva jsou demonstrovány možnosti i omezení jednotlivých vyšetřovacích metod v detekci zdroje krvácení do trávicího traktu většinou z neobvyklých příčin.

Úvod

Krvácení do trávicího traktu může být klinicky zjevné, projevující se jako hemateméza, melena či enteroragie, nebo krvácení utajené – okultní, zjistitelné jen za pomoci laboratorních detekčních metod. Dle klinických projevů krvácení lze na jeho zdroj orientačně usuzovat. Při zvracení krve (hemateméza), ať již čerstvé či změněné působením kyseliny solné, bývá zdroj krvácení v horní části trávicího traktu (proximálně od Treitzova ligamenta). Odchod krve, změněné působením střevní mikroflóry, označovaný jako meléna, bývá spojen s krvácením ve vyšších partiích trávicího traktu (GIT) orálně od céka, při zpomalení pasáže může být i z pravého tračníku a distálněji. K dosažení charakteristického vzhledu takto změněné stolice je nutná krevní ztráta minimálně 50–100 ml krve. Přítomnost čerstvé krve ve stolici (enteroragie) obvykle ukazuje na zdroj krvácení v oblasti rekta či tračníku, při masivním krvácení a rychlé pasáži však může být zdroj i v horní části trávicího traktu (4, 8).

Základem diagnostiky je anamnéza a pečlivé fyzikální vyšetření s posouzením závažnosti krvácení. Důležité jsou údaje o přidružených onemocněních, užívané medikaci (zvláště nesteroidní antiflogistika) a předchozí změně charakteru stolice. Těž přítomnost doprovodných symptomů – bolesti břicha či váhového úbytku může pomoci v diferenciální diagnostice. Příčinou mylné diagnózy meleny může být požití některých potravin (červená řepa, borůvky, preparáty železa). Fyzikální vyšetření přináší údaje o hemodynamických změnách vyvolaných krvácením (tlak krve, pulz, šokové známky). Vyšetření břicha a vyšetření per rektum je nezbytné. Mezi základní laboratorní vyšetření u pacienta s krvácením do GIT patří vyšetření krevní skupiny, krevního obrazu a základní koagulační vyšetření. Biochemické testy pomáhají posoudit stav celkového zdravotního stavu pacienta a přidružené onemocnění. Endoskopické vyšetření provádíme co nejdříve po stabilizaci krevního oběhu. Gastroskopii s možností terapeutického zásahu provádíme vždy u podezření na krvácení z horního úseku GIT, ale i při enteroragii bez zjevné příčiny v dostupné distální části rekta nám gastroskopie pomůže odlišit rychle pasážívanou krev ze zdroje v horní etáži. Při sus-

pekci na krvácení do dolní části GIT je na místě vyšetření kolonoskopické. Načasování vyšetření ovlivňuje jeho výtežnost. Jeho odložené provedení vede k významnému poklesu zachytu zdroje krvácení. Optimální je akutní kolonoskopie do 24 hodin od vzniku klinických příznaků. Další diagnostickou možností krvácení je scintigrafické vyšetření pomocí koloidu či erytrocytů značených ^{99m}Tc s vysokou senzitivitou a angiografie s možností terapeutického zásahu. Při negativní gastroskopii a kolonoskopii je indikováno vyšetření enteroskopické, kterým lze vyšetřit až 110 cm jejuna. U pacientů s odeznělým krvácením bez zjištěné příčiny je indikováno došetření trávicího traktu pomocí rtg kontrastních vyšetření – enteroklýzy, eventuálně počítačovou tomografií (CT) střev. Doplnkovou metodou je cílené ultrazvukové vyšetření střevní stěny, zvláště při předpokládaném postižení kliček tenkého střeva (1, 4, 7, 8).

Popis případu

Jednatřicetiletý muž, manuálně pracující, nebyval vážněji nemocen. Do roku 1998 nepodstoupil žádný operační výkon, cítil se úplně zdravý. V roce 1998 byl poprvé hospitalizován na interním oddělení okresní nemocnice pro enteroragii a bolesti břicha nejasného původu. Opakovaně byla provedena gastroskopie s negativním nálezem, jedenkrát kolonoskopie s přehlédnutím terminálního ilea a doplněna enteroklýzou – všechny nálezy v mezích normy. Po stabilizaci oběhu a symptomatické léčbě potíže ustaly a pacient zcela bez potíží byl dále sledován ambulantně. Snad pro svůj bezproblémový stav se na opakované kontroly již nedostavil.

V červenci 2000 se dostavil ke gastroenterologickému vyšetření pro asi pět dnů trvající tmavou stolici, v posledních dnech s příměsí čerstvé krve. Anamnesticky byly dále zjištěny asi pět týdnů trvající kolísavé bolesti břicha tlakového charakteru, kterým nemocný nevěnoval velkou pozornost. Pro občasnou bolest hlavy ve stejné době užíval nesteroidní antiflogistikum – analgetikum Surgam (acidum tiaprofenicum). Pro progredující slabost, únavu a další anemické příznaky byl přijat k vyšetření na interní oddělení spádové nemocnice. Po substituci a stabilizaci krevního oběhu došlo ke spontánnímu zastavení krvácení. Akutně provedená gastroskopie

prokázala normální nález v horní části GIT. Kolonoskopií bez přípravy byla vyšetřena jen oblast 40 cm od rektu s normálním nálezem, výše bylo lumen naplněno černočerveným obsahem stolice se starší krví. Standardní sonografické vyšetření břicha neprokázalo žádný abnormální nález na vyšetřených orgánech. Pacient ve stabilizovaném stavu byl předán k dalšímu došetření na naši kliniku. Při přijetí byl oběhově stabilizován, anemický. Trvala bolest břicha kolem pupku kolísavé intenzity. Při palpačním vyšetření byla zjištěna v této krajině citlivá rezistence, která po několika hodinách vymizela. Známky poruchy pasáže nebyly přítomny. Pro předpokládanou lezi na úrovni tenkého či orálního úseku tlustého střeva bylo provedeno sonografické vyšetření střev (obrázek 1). Při vyšetření byl detekován útvar charakteru lipomu v aborálním ileu, který způsoboval intermitentní invaginaci. Následně byla indikována enteroklýza potvrzující lokalizaci intraluminálního útvaru protáhlého tvaru asi 30 cm před Bauhinskou chlopní (obrázek 2). K vyloučení jiného možného zdroje krvácení v tlustém střevě byla doplněna totální kolonoskopie s fyziologickým nálezem. Subakutně, po přípravě a ve stabilizovaném stavu, byla provedena resekce postiženého úseku střeva s částečně invaginovanou stěnou submukózním útvaru (obrázek 3). Histologicky byl potvrzen předpokládaný submukózní lipom ilea (obrázek 4). V krátkém

pooperačním období došlo k úplné úpravě stavu pacienta do plného zdraví.

Diskuze

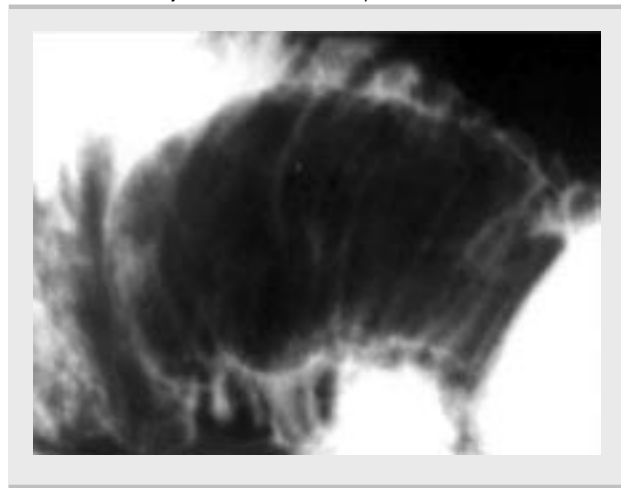
Incidence krvácení do dolní části GIT se udává 20–27 / 100 000 obyvatel, což je asi 5× méně než do horní etáže (48–200 / 100 000). Krvácení do dolní části GIT ustává spontánně až v 80 % případů, může však opakovaně recidivovat. Podle velikosti krevní ztráty se může klinicky projevovat jen mírnou enteroragií bez systémové odezvy organismu, ale také významnou hemodynamickou nestabilitou až hemoragickým šokem. Ve srovnání s krvácením do horního GIT mívá častěji méně závažný průběh s letalitou obvykle do 5 % (7, 9).

Jako hlavní zdroje krvácení do dolního trávicího traktu lze uvést divertikly, benigní a maligní nádory, závažné postižení střeva včetně ulcerací, angiodysplazie, anorektální léze. U nemocných do 50 let věku představují nejčastější zdroj hemoroidy, u dětí a mladých dospělých jsou to střevní intususcepce, Meckelův divertikl, cévní malformace či požití cizího tělesa. S narůstajícím věkem přibývá krvácení z nádorů a divertiklů, často potencované současným užíváním nesteroidních antiflogistik. Asi v 5–9 % případů je zdroj krvácení lokalizován na úrovni tenkého střeva. Nejčastěji jako cévní malformace, Meckelův divertikl a nádory. Nádory tenkého

Obrázek 1. Nález na USG



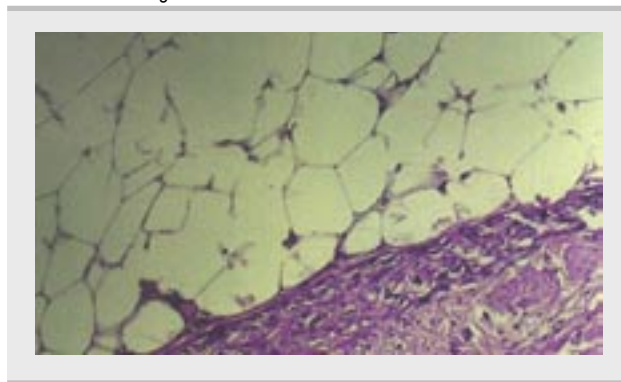
Obrázek 2. Enteroklýza – detail defektu v náplni ilea



Obrázek 3. Peroperační nález – preparát



Obrázek 4. Histologie z resekátu



střeva zastupují jen cca 0,04–2 % ze všech nádorů GIT. Incidence v literatuře je udávána cca 9 / 1 000 000 obyvatel / rok. Jejich třídění je možné dle řady hledisek. Lze odlišit nádory primárně pocházející z tkání střevní stěny a nádory sekundární mající původ v jiných orgánech a do střeva zasahují druhotným šířením včetně všech typů metastazování. Klasifikace nádorů tenkého střeva není jednotná, pro přehlednost je lze rozdělit na epitelální (adenom, karcinom, polypózy), nonepiteliální (leiomyom, lipom, angiom, neurální tumory, paragangliom, hamartom, lymfom, sarkom) a skupinu endokrinně aktivních (karcinoid, nádory u mnohočetné endokrinní neoplazie), které prolínají obě předchozí. Vzhledem ke své povaze a lokalizaci jsou klinické projevy jejich přítomnosti nespecifické – poruchy pasáže (obstrukce, invaginace), krvácení, bolesti břicha, vše často proměnlivého charakteru a trvání (2, 3, 6, 7, 9).

Literatura

1. Bozkurt T, Butsch B, Schmiegelow P. Ultrasound imaging of mesenchymal small intestine tumors in diagnosis of unexplained gastrointestinal hemorrhage. *Ultraschall in der Medizin* 1993; 14: 264–268.
2. Buckley JA, Fishman EK. CT evaluation of small bowel neoplasm, spectrum of disease. *Radiographics* 1998; 18: 379–392.
3. Gurlich R, Lukáš K. Krvácení z dolní části trávicí trubice. *Praktický lékař* 2000; 4: 191–194.
4. Husová L, Dítě P, Husa P, Lata J, Šenkyřík M. Akutní krvácení do horní části trávicí trubice, diagnostika. *Interní medicína pro praxi* 2001; 1: 19–21.
5. Chekan EG, Westcott C, Low VH. Small bowel intussusception and laparoscopy. *Surgical Laparoscopy, Endoscopy and Percutaneous Techniques* 1998; 8: 324–326.
6. Naef M, Buhlmann M, Baer HU. Small bowel tumors: diagnosis, therapy and prognostic factors. *Langenbecks Archives of Surgery* 1999; 2: 176–180.
7. Rejchrt S. Akutní krvácení do dolní části trávicí trubice. *Česká a slovenská gastroenterologie* 2000; Supp. 1: 17–21.
8. Zavoral M, Mařatka Z. Krvácení do trávicího ústrojí. In: Mařatka Z. *Gastroenterologie*. Univerzita Karlova v Praze 1999: 490.
9. Zuckerman GR, Prakash Ch. Acute lower intestinal bleeding. *Gastrointest Endosc* 1999; 49: 228–238.

Je-li nezbytné chirurgické řešení, pak jeho provedení v akutní fázi naslepo bez lokalizovaného zdroje je zatíženo vysokou morbiditou a letalitou. Cílené došetření pacienta po krvácení všemi dostupnými metodami umožní v případě nutnosti elektivní minimálně invazivní chirurgický zákrok s minimem komplikací (5, 7, 9).

Závěr

Krvácení do trávicího traktu je poměrně častou akutní příhodou v gastroenterologii. I přes zdokonalení diagnostických metod stále zůstává asi 10 % krvácení neobjasněno. V diferenciální diagnostice je třeba zvažovat i méně obvyklé příčiny na všech etážích trávicí trubice. Při recidivě je nutné kompletní přešetření s využitím všech dostupných metod. Na popsaném případě částečně invaginovaného lipomu ilea byly demonstrovány možnosti diagnostiky předtím neobjasněného zdroje krvácení.