

Felső-alsó endoscopia szerepe a belgyógyászati gastroenterológiai betegségek diagnosztikájában

Dr. Pászti Ildikó

Heim Pál Gyermekkórház, Budapest

Az 1980-as évek közepétől a gastrointestinalis endoscopia diagnosztikus és thrápiás alkalmazása egyre nélkülözhetetlenebbé vált a gyermekgyógyászati és gyermeksebészeti betegségek gyógyításában.

1984 óta következő műszertípusokkal végeztünk felső endoscopos vizsgálatot, oesophago-gastro-duodenoscopyt:

1. Olympus XP 160 videoendoscop 2. Olympus XP 20 panendoscop 3. Olympus XP panendoscop 4. FUJI FP 7 panendoscop.

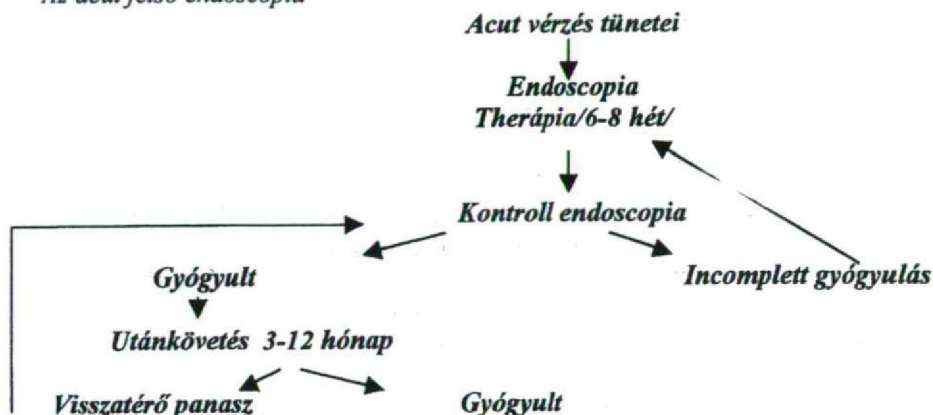
A legfiatalabb vizsgálatra került beteg 1 napos volt (1700 g) újszülött volt. A felső endoscopos vizsgálat egyik fontos területe a *gastroesophagealis reflux betegség (GERD)*. A reflux betegség leggyakrabban az első életévben jelentkezik, amikor a nyelőcső érési folyamata még nem fejeződött be. A *secunder GERD* egyik oka a gyomor és a duodenum motilitási zavara, a másik ok az anatómiai eltérésből adódó ürülési zavar. A hiatus hernia (fixált, csuszamlásos, paraoesophagealis) típusától és a klinikai tünetektől függően a reflux megszüntetésére antireflux műtétet kell végezni. A műtét előtt tisztázni kell, hogy a refluxatum savas, vagy lúgos jellegű (epe, pancreasnedv), vagy vegyes jellegű is lehet. A pylorus stenosis, duodenum stenosishoz kapcsolódó *secunder reflux* szintén csak a műtéti beavatkozás után oldódik meg. Mindazok a fejlődési rendellenességek, amelyek a rekesz, a hiatus oesophagi környékére is localizálódnak, vagy a HIS szög kiegyenesedéséhez vezetnek megteremtik a GERD lehetőségét.

Secunder GERD alakulhat ki *postoperative is*, oesophagus atresia, gastroschisis, omphalocele műtéte után. Az *életkori sajátosságok megítélése* a GERD kezelésében és a szövődmények elkerülése miatt szintén fontos.

A *gastrointestinalis tünetek* közül megemlítendő a ruminatio, a regurgitatio, hányás (lehet epés, pancreas nedv, epe nélküli, színtelen), étel elutasítása, dysphagia, odynophagia, haematemesis, melaena, anaemia

A *GERD atipusos manifestatioi* közül az asthma, recidív pneumonia, ALTE syndroma, SIDS, rekedtség, Sandifer fejtartás hívhatja fel a figyelmet a GERD-re. Az endoscopos vizsgálat lehet acut és tervezett vizsgálat.

Az acut felső endoscopia



A gastroesophagealis reflux okozta nyálkahártya gyulladásait Savary–Miller szerint osztjuk fel.

Stádiumai:

I. Diffuse erythema, felületes lepedék. II. Vörös foltok, lángnyelvszerű cranialis irányú csíkok, felületes erosiok, hosszanti redőn ulceratiók, fibrines lepedék. III. Körkörös álhártya, fibrines lepedék, kifekélyesedés. IV. Kezdődő hegesedés, transmuralis gyulladás, utcakő rajzolat.

Ezen kívül használatos a Hetzel (1988), Tytgat (1990), Hytser (1993) féle felosztás.

Antireflux műtét javasolt: 1. Ha a panaszok a konservatív kezelés ellenére nem javulnak. 2. A belgyógyászati terapia alatt az oesophagitis nem javul (akkor is, ha a panaszok mérséklődnek – szűkület, szűkületesi veszély). 3. Barrett's oesophagus. 4. Brachyoesophagus. 5. A terapia valamilyen okból nem folytatható. 6. Postoperativ GERD (oesophagus atresia, gastroschisis, omphalocele). 7. Somatomentalis retardatio. 8. Hiatus hernia esetében tisztázni kell, hogy a rekeszsérv milyen típusú. Fixált, csuszamlásos (axialis), paraoesophagealis. A rekeszsérvek többsége műtétet igényel, amelyet a klinikai tünetek, a 24 órás oesophagus pH mérés, radiológiai vizsgálat, endoscopia (biopsia) után kell megtervezni.

A Barrett's oesophagus esetében a nyelőcső alsó szakaszának laphámja elpusztul, helyébe columnaris hám kerül a Z vonal felett. A korai diagnosis az endoscopia és biopsia vételével történik. A fekélyek lokalizációja és a biopsia feldolgozása után tudjuk elkülöníteni.

Fekélyek localizációja a nyelőcsőben: 1. Barrett's fekély – columnaris hám területén (mély fekély). 2. Savary fekély – a laphám-columnaris hám határán alakul ki felületesebb fekély. 3. Columnaris heterotipia a nyelőcsőben bárhol előfordulhat, veleszületett. 4. Metaplasia, dysplasia korai felismerése elsősorban a biopptátum feldolgozásával lehetséges.

A reflux oesophagitis kezelésében alkalmazott gyógyszerek: H2 receptorblockoló, prokinetikumok, proton pumpa inhibitor, antacidumok. A diétát a gyulladással elváltozás kiterjedése és mélysége határozza meg.

Reflux oesophagitis szövödményeként kialakult nyelőcsőszűkületet kezelhetünk röntgen képerősítő alatt Savary–Gilliard tágító sorozattal, ballon tágítóval, bizonyos esetekben gastrostoma felhelyezése után a Rüschteltelen szondatágító sorozattal.

Oesophagus varicositas-portalis hypertonia. A *portalis hypertonia endoscopos megjelenése:* 1. oesophagus varicositas. 2. oesophagus + gyomor varicositas. 3. GERD.

A kezelések eredményessége érdekében a *portalis hypertonia okát* tisztáni kell.

1. Praehepaticus block (vena portae thrombosis).

2. Intrahepaticus block a) cirrhosis b) chronicus agressiv hepatitis c) mucopolysaccharidosis IV. d) mucoviscidosis

3. Posthepaticus block (vena cava inferior szűkület)

Portalis hypertonia esetében a következő vizsgálatokat szükséges értékelni:

1. Vértkép (thrombocyta szám, fvs. szám). 2. Májfunctio. 3. Hasi UH (lép, máj). 4. Color dopler UH (máj áramlási viszonyai, spontan shuntok jelentkezése). 5. Splenoportographia (nyomásviszonyok tisztázása). 6. Oesophago-gastro-duodenoscopia. 7. Echocardiographia (Akida-Sokoda műtét után).

Endoscopos sclerotizatio szerepe portalis hypertoniát kísérő oesophagus varicositasban: 1. Acut vérzés esetében az életveszély elhárítása. 2. Végleges therápiás hatás várható a távlatban praehepaticus blockban. 3. Ideiglenes therápiás hatás várható a távlatban (kiterjedt fundus varicositasban) a) intrahepaticus block b) praehepaticus block. 4. Nem várható therápiás hatás a távlatban a) előrehaladott cirrhosis b) posthepaticus block.

Műtéti lehetőségek gyermekkori portalis hypertonia esetében: 1. Shunt műtétek (mesenterico-cavalis, porto-cavalis, spleno-renalis) 2. Akida-Sokoda műtét (porto-pulmonalis shunt).

Az oesophago-gastro-duodenoscopia alkalmazásának egyik fontos területe *korrosiv anyagok okozta nyálkahártya sérülések tisztázása 24 órán belül.* A vizsgálatokat intubatio narcosisban kell végezni. Segítségével meg lehet tervezni a gyógyszeres kezelést, ha szükséges a korai enteralis táplálást, ki lehet jelölni az endoscopos kontroll idejét, ha szükséges a korai nyelőcsőtágítást

Év	Betegek száma	%	Endoscopos Vizsgálat	%
1997	12	11,42	19	8,4
1998	19	18,09	31	13,71
1999	43	40,9	87	38,49
2000 01. 01.–05. .31.	34	32,38	89	39,38
Összesen	105		226	

Jelenleg 250 korrosiv sérült betegen 356 endoscopos vizsgálat történt.

A korrosiv anyagok okozta nyálkahártya sérülések beosztása Hollinger szerint: *Grade I.:* A nyálkahártya hyperaemias, oedemas. *Grade II.:* Nyálkahártya és transmuscularis ulceratio, gyulladásoos penetratio az izomrétegbe. *Grade III.:* Minden réteget érintő gyulladásoos elváltozás, ulcusok, necrosis, perforatio a perioesophagealis szövetbe, mediastinitis, peritonitis lehetősége.

Gyógyszeres kezelési alapelvek korrív sérülések eseteiben: 1. Keringés stabilizálása, anyagcsere-zavar rendezése, fájdalomcsillapítás. 2. Steroid adása a fibroblastok képződése és a szűkület megelőzése céljából (nagyon fontos az első napokban, mert pár nappal a sérülés után a fibroblastok összekapaszkodása miatt végleges hegesedések alakulhatnak ki). 3. Antibiotikum adása mediastinitis, peritonitis kivédése céljából. 4. H2 receptor-blockoló, antacida. 5. Tehermentesítő szonda/szondák levezetése.

Műtéti beavatkozások korrív sérülések után:

<i>Nyelőcsőpótlás</i>	<i>5 beteg</i>
Gastric interpositi	2 beteg
Colon interpositio	1 beteg
Retrosternalis	2 beteg
<i>GEA</i>	<i>1 beteg</i>
<i>Antro-pyloroplastica</i>	<i>2 beteg</i>
<i>Jejunostomia</i>	<i>1 beteg</i>
<i>Gastrostoma (Stamm)</i>	<i>8 beteg</i>

Nyelőcsőtágítások:

Rüsch végtelen szonda tágítás	30 beteg
Savary-Gilliard tágítás	13 beteg
Ballon tágítás	2 beteg

A teljesség igénye nélkül sorolnám fel a korrív sérüléseket okozó anyagokat, amelyek a vizsgálatra kerülő gyermekek megtittak:

20%-os Kálium	Ipari hypo
20%-os Sósav	Ipari sósav
Akkumulatorsav	Klór tartalmú gombaölő spray
Ammónia	Körömlakkle mosó
Brilliance	Kromofág
Calgonit mosópor	Mercurochrom 2%-os oldat
Calgonit tabletta	Meszes homok
Csatornatisztító	Mr. Muscle
Domestos	Oltott mész
Formalin 0,5%-os oldat	Nylander oldat
Formalin 5%-os oldat	Rozsdamaró
Forrasztóvíz	Sol. Antisudorica
Hydrogen 30%-os oldat	St. Moritz kályhatisztító
Hydrogenperoxid 12%-os oldat	SZI-TI lefolyótisztító
Hypermangan kristály	Tiret lefolyótisztító
Hypo	Vizüveg

Egyéb betegségek nyelőcső localizatioi: 1. Scleroderma-szűkülettel járhat. 2. Epidermolysis bullosa-hólyag. os elváltozások miatt vérzés, nyelési zavar, fájdalom, szűkület alakulhat ki. A táplálást megkönnyítheti PEG behelyezése. 3. Leucodystrophia. 4. Trypanosoma cruzi- achalasia tüneteit észleljük a nyelőcsőben. 5. Fontos az achalasia esetében az elkülönítés a) elsődleges motoros nyelőcső betegség b) másodlagos motoros nyelőcső betegség. Graft versus host után oesophagitis jelentkezhet. 6. Candidiasis a nyelőcsőben.

A gyomor betegségei

Visszatérő hasi fájdalommal kivizsgálásra kerülő gyermekeknél a Tomomasa sore positivitas indokát képezi a felső endoscopyának. A vizsgálatot a lehetőség szerint ki kell egészíteni biopsia vételével. Amíg csecsemőkorban alig fordul elő histológiailag gastritis, addig 1–3 éves kor között már gyakoribb a jelentkezése. Az életkor emelkedésével nőtt a histológiailag igazolt gastritisek száma és a pathológus gyulladást talált olyan esetekben is, amikor az endoscopos vizsgáló nem látta bizonyossággal a gyulladást. Az endoscopos és histológiai vizsgálatokat összehasonlítva a gastritis vonatkozásában azt a következtetést vonhatjuk le, hogy a histológia érzékenyebb módszernek bizonyult az endoscopyánál a gastritisek diagnosztikájának felállításában. 1989 óta rutinszerűen vizsgáljuk a *Helicobacter pylori* jelenlétét gyermekekben, korábban azoknál akinél a Tomomasa score pozitív volt.

Az utóbbi években rutinszerűen kezdtük alkalmazni a serológiai vizsgálatok közül az Orion diagnosztika által gyártott Latex agglutinációs tesztet. Az endoscopos vizsgálat során vett biopsziákból rapid urease teszt, direct mikroszkópia, tenyésztés és a histológiai vizsgálat történik a *Helicobacter pylori* kimutatására.

A szűrővizsgálat szempontjából az UBT C 13 kilégzési teszt a szűrésekben ma már elsődleges szerepet kapott csecsemő és gyermekkorban is, valamint a kezelések elsődleges kontrolljában.

A *Helicobacter pylori* fertőzés nemtől függetlenül, de összefüggés állapítható meg a vizsgált csoportok szociális helyzetével, mivel a gazdaságilag hátrányos helyzetű családokban 12-szer gyakrabban fordul elő a fertőzés. A *Helicobacter pylori* fertőzéssel gyermekkorban is számolni kell. Figyelemre méltó, hogy a megjelenési formája változatos. *Acut és chronicus formában jelenkezhet a gyomor nyálkahártya elváltozás. Localizációját* illetően a gyomor antralis és corpus részén fordul elő leggyakrabban, de jelentkezhet a gyomor többi részén is. *Acut gyulladásban* erosiók, fekélyek találhatók, néha confluáló formában. *Chronicus gyulladásban* pseudopolypusok, szemölcsös gastritis, atrophias gastritis formájában jelentkeznek. Intestinalis metaplasia veszélye.

Acut vérzés klinikai tünetei mögött a gyomorban talált elváltozás lehet: 1. *Erosiv gastritis:* a) Erosiv gastritis – *Helicobacter pylori* positivitas. b) Erosiv gastritis és egyéb társbetegségek: bronchitis, obstructiv bronchitis, bronchopneumonia, diabetes mellitus, contusio cerebri (tartós gépi lélegeztetés), duodeno – gastricus epés reflux (motilitási zavar, duodenum stenosis) 2. *Vérző gyomor varix:* portalis hypertonia, praehepaticus block, mucoviscidosis, chronicus aggressiv hepatitis, cirrhosis. *Ulcus ventriculi acuta* a) megjelenési forma (lienáris, kerek), b) localizatio (bárhol a gyomorban), c) kiváltó okok: steroid kezelést követően, *Helicobacter pylori* fertőzés, graf versus host, IDB kezelést követően, septicus állapot.

A kezelés elsősorban konservatív az acut felső endoscopos vizsgálat után. H₂ receptroclokló (Ranitidin), bizonyos esetekben proton pumpa inhibitor, antacidák adása. Vérzéscsillapításra alkalmazható: electrocoagulatio, sclerotizáció, Yag laser (endoscopon keresztül vezetve). Ha a fenti módszerek nem vezetnek eredményre a sebészi feltárás és elsősorban az art. gastrica sinistra területének felkerése, lekötése vetődik fel, de ez pontosan behatárolható az endoscop által localizált vérzésforrás helyével. Visszatérő hányások hátterében a gyomor anatomiai, forgási rendellenességeire is gondolni kell (upside down stomach-organo-axialis, vagy a cardia-pylorus tengely mentén alaulhat ki volvulus-acut vérzés, és különböző mértékű elhalás).

Egyéb betegségek gyomor localizációi: 1. Scleroderma. 2. Epidermolysis bullosa. 3. Leucodystrophia. 4. Angioma (Parks–Weber, Klippel–Trenanay syndroma). 5. Portalis hypertonia – gyomor varicositas. Duodenum stenosis – secunder reflux (epe, pancreas nedv visszaáramlása). Polypus.

A postoperatív gyomorban: 1. Megváltozott anatómiai viszonyok a) pylorus plastica – epés visszaáramlás lehetősége b) GEA – epe, pancreas nedv a gyomorba kerülhet c) nyelőcsőpótlás gyomorral (gyomor mellkasba, retrosternalisan). Műtét után a pylorus anatómiai helye változik + pylorusplastica. 2. Megváltoznak a motilitási viszonyok.

A gyógyszeres kezelést, étrendet a megváltozott anatómiai és functionalis viszonyoknak megfelelően kell beállítani.

Korrosív anyagok gyomorban okozta sérülései igen súlyosak lehetnek, ezért fontos a 24 órán belül az acut felső endoscopos vizsgálat elvégzése. A gyulladással elváltozások lehetnek: 1. Erosív gyulladás – localizált, diffuse. 2. Ulceratív – diffuse nyálkahártya sérülés vagy keveredve erosiokkal. 3. Necroticus nyálkahártya elváltozások. 4. Acut oedema és fekélyes elváltozás miatt átjárhatatlan pylorussal.

A gyomrot is érintő nyálkahártya sérülések esetében nem szabad étellel terhelni. Endoscopical vezérelt tápszondát kell levezetni a nyombélbe, lehetőleg minél mélyebbre és a gyomorba egy külön tehermentesítő szondát helyezünk, amely állandóan nyitva legyen, ezáltal levezetődik a felesleges secretum, másrészt a szondába nyálkahártya bevonószert – antacidát adunk (kevés savmentes teával). A korai enteralis táplálást a duodenumba vagy perfusorral, vagy csepegtetővel kezdjük el, fokozatosan emelkedő adagokban, napi 6× elosztásban – soha nem fecskendővel. A sérülést követő 2. napon már el kell indítani a táplálást. A táplálás 1 ml/perc adagolásban javasolt. Az egyszeri adag, ha jól türi a kisedet (mert többnyire ez a korosztály érintett 1–3 életév között) felemelhető 180 ml mennyiségre is (ilyenkor 180 perc alatt folyik a táplálás és a következő etetésig 60 perc szünet van). A kisedetek nagyon jól megszokják a dupla szondát is, felkelnek, játszanak. Gyakorlatunkban jól bevált a Nutrison Perdiatric Energy (1 ml/1,5 kcal), jelenleg a Nutriini Energy (1 ml/1,5 kcal) tápszerek. A gyermekek jól türik. 6 év felett adható szondatápszerként a Nutrison Energy is (1 ml/1,5 kcal). A parenteralis táplálást kiegészítésként használjuk, amíg az enteralis táplálást fel nem építjük. Volt olyan kisededünk (forraszatóvizet ivott) akinek 2 hónapig küzdöttünk a nyelőcső és gyomor megmentéséért. Nem perforálódott, s végül a pylorus stenosisát kellett csak operálni (pylorusplastica), az enteralis táplálást a 4 mm-es pylorus nyíláson átvezetett szondán keresztül végeztük, paraméterei egysúlyban voltak, hízott a táplálás alatt. A kontroll endoscopos vizsgálatok megtervezése a sérüléstől függ. Nagyon fontos a betegek követése endoscopos és belgyógyászati szempontból is.

Ha tágitó kezelést alkalmazunk, akkor a közti időszakokra szintén tápszondát vezetünk le, amelyen keresztül vagy a duodenumba vagy a gyomorba végezzük a táplálást.

A duodenum megbetegedései részben a visszatérő hányások miatt kivizsgálásra kerülő csecsemők és kisgyermekekben kerül diagnosztizálásra. 1. Duodenum stenosis – újszülöttkorban – igényelhet műtéti megoldást táplálási képtelenség miatt. Előtte tisztázandó, hogy extraluminaris vagy intraluminaris az elzáródás. Hasi UH, kontrasztanyagos vizsgálat, endoscopia diagnosishoz vezet. 2. Duodenum stenosis

csecsemő, kisdéd és idősebb korban: Tisztázandó, hogy az elzáródás a Vater papilla felett vagy alatt van. (csak műtéttel gyógyítható). Diagnoszishoz vezet: súlyfejlődés elmaradása, görcsös hasi fájdalom, hasi UH, kontrasztanyag vizsgálat, endoscopia (csak műtéttel gyógyítható).

A véglegesen vagy tartósan agykárosodott, vagy a nyelés inkordinatioja miatt, szájon keresztül nem etethető betegek tartós szondatáplálása *percutan endoscopos gastrostoma behelyezésével történik, amelyet narcosisban endoscoppal irányítva helyezünk be.* Ezen keresztül figyelembe véve a csecsemő alapbetegségét a tápszer típusát és az adagokat is jól meg lehet tervezni. A későbbiekben (3 hónapnál nem rövidebb idő ajánlott a fistula kitapadásá miatt a hasfalhoz) a PEG kicserélhető hasonló méretű Gastrotubusra (10, 14, 18 Ch) méretű van forgalomban (Nutricia). A továbbiakban a gastrotubus cseréhez már nem kell altatni a beteget. A PEG tappancs vagy spontan távozik vagy ki kell venni (idegentestként).

Idősebb korosztályban használható a „button típusú” MIC KEY csattos PEG, ehhez szintén nem kell altatni a beteget, a vége zárható, majd hozzá csatlakoztatható a tápszonda. Hátránya, hogy legalább 1,5 cm-es hasfal kell hozzá és drága.

PEG-en keresztül sem javasolt a fecskendő táplálás (csepegtetővel), mert a nagy nyomás miatt kinyílik a cardia, refluxot okozunk, aspiratio lehet a következménye.

A *Coloscopia vizsgálatokat* csecsemő és gyermekkorban legtöbbször tisztázatlan okú, véres székletek miatt végezzük. A vizsgálatok előtt minden esetben el kell végezni azokat a székletvizsgálatokat, amelyek véres székletet okozhatnak: széklet bacteriológia, széklet féregpete, parazitológia, Clostridium difficile toxin vizsgálat – 1 napos tenyésztés.

A *coloscopiáknál használt műszerek:* 1 Olympus 160-as videopanendoscop (átm: 5,9 mm). 2. Olympus XP panendoscop(7,9 mm). 3. Olympus XP-20 panendoscop (7,9 mm). FUJI FP 7 panendoscop (7,8 mm). Olympus PCF 10 colonoscop (11,2 mm). Olympus PCF 20 colonoscop (11,2 mm).

A vizsgálatokat minden esetben narcosisban végeztük, ez nem intubacios narcosist jelent, hanem a legtöbb esetben laryngeal maszkos narcosist. Ha klinikai tünetek alapján, s ez legtöbbször Crohn-betegségben vetődik fel, amikor egy narcosisban történik a felső és alsó endoscopia, akkor intubacios narcosisban vizsgálunk.

A *legfiatalabb beteg 1 hónapos 2300 g súlyú volt, véres széklet miatt került vizsgálatra.*

A *coloscopia vizsgálatok leggyakrabban a következő okok miatt történtek:* 1. rectalis haemorrhagia (Polypus gyanúja, angiomatosis). 2. Haematochezia. 3. Visszatérő occult gastrointestinalis vérzés. 4. IBD gyanúja (Crohn, Colitis ulcerosa). 5. Polyposis gyanúja (családi anamnesis pozitív, genetikai positivitas – FAP). 6. Kivizsgálás során a vastagbélben szűkület vagy bélfal egyenetlenség látható. 7. Ritka kórképek közé tartozik. ha erős rectalis vérzés és a keringés megingása miatt kerül sor az acut coloscopiára (műtőben), a vérzés ilyenkor eredhet Meckel diverticulumból (a coloscopiát műtét követi egy narcosisban). 8. Idegentest eltávolítása a vastagbélből. 9. A postoperatív colon vizsgálati elsősorban a) Crohn betegség műtete után (malignizálódás, szűkület) b) Polypectomia utáni kontroll c) Colectomia után (ileo-rectostomia) – colon polyposis – nem kezelhető colitis ulcerosa.

A fiatal, kislúlyú csecsemők vizsgálatához elsősorban pediater felső endoscopokat használunk (Olympus XP, Olympus XP 20, FUJI FP 7 panendoscopot átm: 7,9 mm).

Tervezett vizsgálatokhoz a vizsgálat előtti napon (1 év felett) X Prep oldatot adunk koradélután 1 ml/kg adagban, utána bő folyadékfogyasztás szükséges – leglább 1 liter tea, vagy víz. Parenterális folyadék nem megoldás, mert a folyadéknak a belekbe kell jutni. Ha szükséges, szondát vezetünk le és ebbe adjuk az X Prep oldatot és a folyadékot. Beöntés a vizsgálat előtti nap este, majd a vizsgálat napján szükséges (fél óras időközökben 4×). Ez az előkészítés colectomia előtt is jól használható.

Csecsemőkorban több esetben számítani kell arra, hogy a friss véres széklet oka nem a K vitamin hiány, vagy fertőzés, hanem az anyatejen keresztül allergizáló TEHÉNTEJ fehérje. A tehéntej okozta colitis megjelenhet diffuse erosiv colitis, vagy a vastagbél bizonyos szakaszait érintő erosiv colitis formájában. Endosoposan jellegzetes pecsétgyűrűszerű allergias colitis képét adják. A megbetegedést kifejezett anaemia is kísérheti, amely bizonyos esetekben még transfusiot is igényelhet. Csecsemőkorban a Clostridium difficile a másik, székletből jól kimutatható kórok, amely véres, nyákos székürítéshez vezet.

Nagyobb gyermekekben allergiás colitis jelenhet meg fa, fű, pollenek, étel allergia miatt. Az időnként véres-nyákos széklet mögött gyakran vastagbél polypus lappang. Sajnos a polypusok többsége nem tapintható, mert a végbélgűrűtől 20–40 cm-re található, így csak colonoscoppal diagnosztizálható.

Vastagbél angiomából eredő vérzés esetében a colonoscopon keresztül vezetett injectorral adott sclerotizáló anyaggal végezhetünk kezelést, több esetben a műtétet váltjuk ki ezzel.

A vastagbélbetegségek diagnosisának felállításában lassan el kell felejteni a merev rectoscopot gyermekkorban, mert kis területet látunk be, a merevsége miatt perforatio veszélyes, az esetek többségében nem ad információt a bélbetegségek területén. A beteget el kell altatni, s ezen keresztül nem operálható a látótérbe sem került polypus.

A gyulladós bélbetegségek gyulladós fázisai nem ítélték meg, mert a vastagbelet egész kiterjedésében kell vizsgálni, nem szólva arról, hogy a Crohn-betegség leggyakrabban a sigma és a colon ascendens területét együtt érinti, és nem egyforma gyulladós súlyossági fokban. A gyulladós bélbetegségek endoscopos követése, minden esetben kiegészítve biopsiával.

A colonoscopia és a biopsiás követés tette lehetővé, hogy napjainkban FAP esetében a Sulindac kezeléssel, colonoscopos kontrollokkal nem a colectomia az elsődleges beavatkozás, s ha szükséges minél későbbi időpontra tolodjon a műtét.

Szeretném hangsúlyozni, hogy minden endoscopos beavatkozás lehet diagnosztikus, operatív, acut vagy tervezett vizsgálat minden esetben egy jól működő team esetében hozhat eredményt. 1974 óta foglalkozom a sebészet mellett, 1984 óta rutinszerűen a csecsemő és gyermekek endoscopiájával is, s ezek a tapasztalatok közel 4000 gyermek/csecsemő endoscopos vizsgálatai alapján csak megerősödtek.