

Jejunalis polyposisból származó heveny gastrointestinalis vérzés diagnosztikája és eredményes kezelése

The effective treatment of jejunal polyposis as a cause for massive gastrointestinal bleeding

SUGÁR ISTVÁN^{1,@}, FORGÁCS BENCE¹, BOGNÁR GÁBOR¹, SZABOLCS ZOLTÁN², ZALATNAY ATTILA³,
ONDREJKA PÁL¹

¹Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, II. sz. Sebészeti Klinika, Budapest (igazgató: Dr. Ondrejka Pál egy. tanár)

²Ér- és Szívsebészeti Klinika, Budapest (igazgató: Dr. Acsády György egy. tanár)

³I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest (igazgató: Dr. Matolcsy András egy. tanár)

A szerzők egy 50 éves férfi esetét ismertetik, akinek masszív gastrointestinalis vérzése kiterjedt jejunalis polyposisból származott. Ismertetik a diagnosztikus nehézségeket, majd az eredményes műtéti kezelést. A ritásnak tartható eset kapcsán saját tapasztalataik és az irodalmi ismeretek alapján összefoglalják a vékonybél-eredetű, heveny gastrointestinalis vérzés diagnosztikájának és terápiájának lehetőségeit.

Kulcsszavak: gastrointestinalis vérzés, intraoperatív enteroscopia

The authors present an interesting case of massive gastrointestinal bleeding which is caused by extended jejunal polyposis. They discuss the diagnostic challenges and the way of successful treatment of this case. The authors also summarize their experience and review the relevant literature regarding acute gastrointestinal bleeding from the small bowel.

Keywords: gastrointestinal bleeding, intraoperative enteroscopy

Beérkezett: 2008. március 6.; *elfogadva:* 2008. május 9.

Bevezetés

A gastrointestinalis vérzések (a továbbiakban GIV) 0,4%-a vékonybél-eredetű¹. Ezek 45%-a származik tumorból, mely leggyakrabban stromalis daganat^{2–5}, 30%-a Meckel-diverticulumból fakad⁶, angiopathia 20%-ban okozza^{7,8}, 4%-ban ectopiás pancreassziget, és 1%-ban egyéb ritás a vérzés oka^{9–14}.

Esetismertetés

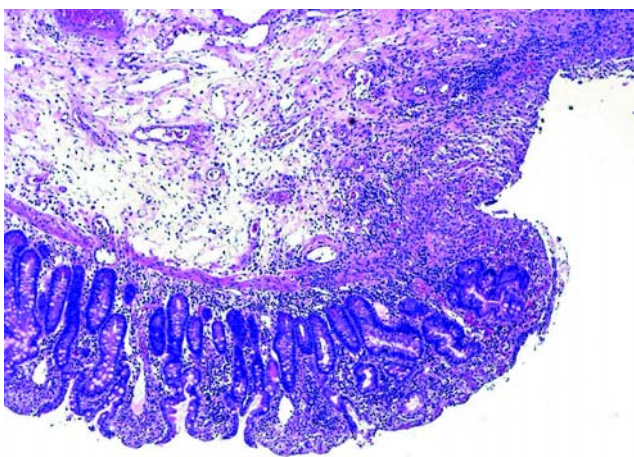
B. R., 50 éves férfinél 2007 márciusában hólyagtumort diagnosztizáltak (Semmelweis Egyetem, Urológiai Klinika, szövettani diagnózis: Carcinoma transitiocellulare vesicae urinae, grade 2 T1). Miután a megajánlott cystectomiát nem fogadta el, kemoterápiában majd irradiációban részesítették (Fővárosi Önkormányzat Uzsoki utcai Oktató Kór-

ház, Onkoradiológiai Központ). A kezelés még folyamatban volt, amikor az évtizedek óta hypertóniás betegnél a hirtelen kialakuló, sokkoló mellkasi fájdalom hátterében aorta ascendens aneurysmát igazoltak, és a ruptúra veszélye miatt június 25-én sürgősséggel a Semmelweis Egyetem Ér- és Szívsebészeti Klinikájára szállították. Az acutan, extracorporalis keringésben elvégzett műtét során az aorta ascendens resectióját végezték, műérpótlással. A beavatkozás után állapota fokozatosan javult, de a respiratoricus nehezség miatt csak a 7. posztoperatív napon volt extubálható. Időszakos melaenái miatt július 5-én felső panendoscopia történt negatív eredménnyel. Az elkövetkező napokban a larvált vérvesztés miatt naponta-másnaponta 1-2 egység vvt massa bevitelét igényelte, folyamatosan stabil keringés mellett. A tervezett kontroll endoscopiás vizsgálatot a beteg visszautasította.

Július 11-én a hajnali órákban sokkoló GIV jelentkezett. Túlnyomásos transzfúzió védelmében angiographia

@ *Levelezési cím/Corr. address:* Dr. Sugár István, Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, II. sz. Sebészeti Klinika, Budapest

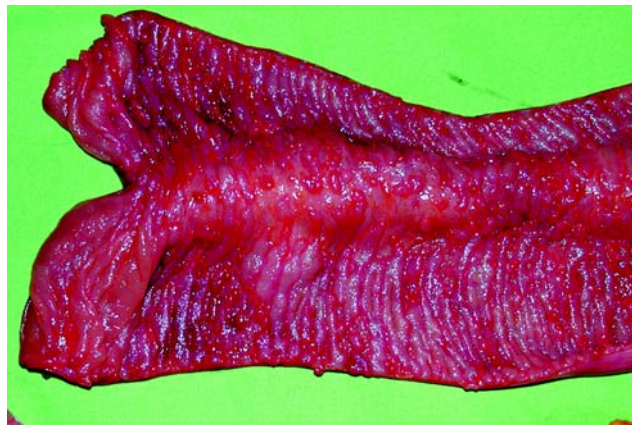
történt, mely intakt arteria mesenterica inferior ágrendszerrel talált, azonban a mesenterica superiorra nem tudta feltölteni a radiológus. Konzíliumot követően a beteget azonnal a műtőbe szállítottuk, ahol az intubálás után a műtőasztalon megtörtént az újabb felső panendoscopia. Morfológiai eltérés most sem volt látható, de a duodenumba aboralis irányból friss vér regurgált. Laparotomiát végeztünk, mely során észleltük, hogy a bélcsatorna vérrel kitöltött, áttapintva a beleket kóros elváltozás nem volt fellelhető. A duodenum Kocher szerinti mobilizálása után a pylorus alatt duodenotomiát végeztünk, ahol a gastroscopot bevezettük a bélbe. Kézzel irányítottuk az eszközt aboralis irányba. A Treitzszalag alatt kb. 15–20 cm-rel kezdődően számtalan gyufafejnyi, rizsszemnyi, helyenként ettől kisebb polyp került a látótérbe, melyek folyamatosan vért „izzadtak”. A kép hasonló volt kb. 120 cm-en keresztül, majd innen kezdve ép mucosát találtunk. Az inkriminált bélszakaszt resecáltuk



1. ábra. Szöveti metszet 40-szeres nagyítás hematoxilín-eozin-festéssel



2. ábra. Műtéti specimen



3. ábra. Műtéti specimen

(1–2. ábra), végálló anastomosist készítettünk. Kb. 110–120 cm vékonybél maradt vissza. A hasüreget öblítés után, ört álló drain visszahagyásával zártuk.

A posztoperatív szakban vérzés nem jelentkezett, a passage rendeződött. A tartós respirációs kezelése miatt tracheostoma-képzés történt. Július 31-én hasfali és sternalis dysruptio miatt reszurát végeztünk. A gépi lélegeztetést augusztus 6-án megszüntették, stabil általános állapotban az Állami Egészségügyi Központ Intenzív Osztályára szállították a beteget. Ápolása során sem GIV, sem szívsebészeti jellegű szövödményt nem észleltek. 2007. október 10-én kétoldali pneumonia következtében exitált. Sectiójától a család kérésére az osztály eltekintett.

A hisztológiai eredmény többgócú nyálkahártya-pusztulással járó regenerációs szövet jelenlétével rendelkező adenomatosus polyposist igazolt, mely nem felelt meg a Peutz–Jeghers-polyposisnak, és a hereditær polyposis syndromák közé tartozó elváltozást reprezentált (3. ábra). A tervezett kiegészítő vizsgálatok elvégzésére a fentiekben említett események és a sectio mellőzése miatt nem kerülhetett sor.

Megbeszélés

A vérzés súlyossága, gyakorisága, jellege meghatározza a diagnosztikus procedúrák sorrendjét, koreográfiáját. Occult vérzés kapcsán – figyelembe véve a klinikai jeleket és anamnestikus adatokat – az oesophago-gastro-duodenum endoscopyját negativitás esetén követi a colon vizsgálata⁹. Amennyiben morfológiai elváltozás itt sem található, és a beteg kontrolleredményei továbbra is bizonyítják a vérvesztést, a vékonybél inspektiója elkerülhetetlen. Krónikus vérzés esetén a sorrendet általában a vizsgáló osztály lehetőségei szabják meg.

1. A klasszikus radiológia módszere a kettős kontrasztos enterographia¹⁵. Ennek korszerűsített változatát speciális szondával végzik, amikor képerősítő alatt a szonda

ballonját a pylorus alá vezeti a vizsgáló, majd a ballon felfújásával megakadályozza, hogy a szondán át bejutott kontrasztanyag visszafolyjon a gyomorba. A vizsgálat informatív értéke függ a kontrasztanyag milyenségétől és a radiológus rutinjától.

2. A „push-enteroscopia” kellően gyakorlott kézben a vékonybél csaknem teljes áttekintésére képes. Hazánkban azonban meglehetősen kevesen rendelkeznek komolyabb tapasztalattal és alkalmas eszközzel ebben a metodikában^{16–19}.
3. Ugyancsak korlátozott az elérhetősége a „kapszula-endoscopiának”, amit egyébként manapság a kérdés legértékesebb diagnosztikus eszközének tekintenek^{18,20,21}.
4. Az ultrahang és a CT csak voluminózus szövetszaporulatot tud kimutatni – mint pl. „kokárdatünetet” – és a pontos lokalizáció nem is lehetséges²².

Akut GIV esetén a kérdés sokkal bonyolultabb. Még haematochesiának tartott vérzés esetén sem kerülhető el a felső traktus endoscopiája, mert köztudott, hogy a jelentős, pl. duodenalis fekélyből származó, sanguinatio szinte emésztetlenül hagyja el a bélsatornát haematochesiának imponáló képpel^{9–11}. Mindemellett a gyomorba helyezett szonda kb. 5–10%-ban spasticus pylorus mellett sem jelzi a duodenalis vérzés tényét. Ha a vérzésforrás nem a felső traktusból származik, a sürgősséggel elvégzett colonoscopia az alig vagy teljesen előkészítetlen vagy előkészíthetetlen betegnél jó, ha az esetek egyharmadában-egynegyedében nyújt diagnózist. Az elindított konzervatív kezelés (transzfúzió, FFP adása, alvadási paraméterek korrekciója) a betegek kétharmadában eredményes. Ilyenkor a vizsgálatok „a froid”, vérmentes stádiumban sokkal jobb körülmények között ismételtethők^{9–11}.

A konzervatív kezeléssel dacoló masszív vérzés esetén, ha sem a felső traktus vizsgálata, sem a colonoscopia nem találta meg a vérzésforrást, a sürgős diagnosztikus továbblépés az eredményes kezelés érdekében elengedhetetlen, hiszen az a beteg életét súlyosan veszélyezteti. Erre a következő lehetőségek vannak:

1. A Tc-99-el jelzett vörösvértettek scintigraphiája⁶ igazolhatja az érpályából való kilépést, de ez a vizsgálat éppúgy, mint
2. a szelektív angiographia csak a beavatkozás pillanatában is fennálló, jelentős vérzés esetén lehet informatív (scintigraphiánál 0,5 ml/perc, angiographiánál 1 ml/perc intenzitású vérzésnél). Utóbbi beavatkozásnak – a vérzésforrás detektálása esetén – terápiás konzekvenciája is lehet kellő gyakorlattal rendelkező intervenciós radiológus kezében, hiszen korszerű embolisáló technikákkal a vérző ér adott esetben „elzárható”¹². Az irodalomból ismert saját esetet magunk is közöltünk, amikor is az angiographia lokalizálja a vérzésforrást, de a vizsgáló a vérzést elállítani nem tudja, ezért a beteg azonnal a műtőbe kerül. A bent hagyott Seldinger-katéter segítségével laparotomiát követően elvégezzük az érfestést.

A festék kilép a rupturált éren át a bélbe, elszínezi, ezáltal kijelölve a resecálandó bélszakaszt, ha egyébként a vérzést okozó elváltozás nem tapintható (pl. angiodysplasia)^{7,12}.

3. Exploratív laparotomia (esetleg laparoscopia) önmagában vékonybél-eredetű vérzésnél legfeljebb 50–60%-ban eredményes. Azonban intraoperatív enteroscopiával kiegészítve a műtétet, a vérzés 80–95%-ban lokalizálható. Az endoscopos szokásos módon is bevezethető, bár a hagyományos eszköz sokszor nem elég hosszú a teljes vékonybéltraktus átvizsgálásához, még akkor sem, ha az operatőr teleszkópszerűen „rágyúri” a belet az eszközre. Ilyenkor a Treitz-szalag közelében készített enterotomiás nyíláson át vezethető be az eszköz a bélsatornába. Az endoscopos képet sokszor kiegészíti és a diagnosztikus biztonságot növeli a bél falát átvilágító eszköz „illuminációja”, melynek értékelése a külső szemlélő feladata^{8,23,24}.

Ismertetett esetünkben a szívsebészeti intenzív osztályon kezelt betegnél a leírt eseményt megelőző napok „prodromalis” jele – a kiskokú vérezgetés – miatt elvégzett gastroduodenoscopia nem talált vérzésforrást. A sokkoló vérzés hajnalán az angiographia nem nyújtott érdemi információt, míg a felső panendoscopia is csak hozzávetőleg lokalizálta a vérzés helyét. További non- vagy semiinvaszív diagnosztikus lehetőség igénybevételére nem volt sem idő, sem lehetőség. A beteg életét kizárólag az azonnal megkezdett laparotomia segítségével gondoltuk megmenthetőnek, melynek történései kerültek ismertetésre a fentiekben.

Az acut GIV sokszor állítja rendkívül nehéz helyzet elé a diagnosztát és a terapeutát is. A technikai felkészültség és az improvizációs készség segíthet a sokszor reménytelennek, megoldhatatlannak tűnő esetekben is. A kellően átgondolt, józanul mérlegelt döntés, az elméleti felkészültség és szakmai tapasztalat még a rendkívül skrupulózus esetek túlnyomó többségében is meghozza a várt és remélt eredményt.

Irodalomjegyzék

1. Ba MC, Qing SH, Huang XC, Wen Y, Li GX, Yu J: Application of laparoscopy in diagnosis and treatment of massive small intestinal bleeding. Report of 22 cases. *World J Gastroenterol* 2006; 12: 7051–4
2. Sugár I, Ondrejka P, István G, Joós Á, Faller J, Bognár G: GIST-ok előfordulása klinikánk anyagában. *Magy Seb* 2001; 54: 371–4
3. Sugár I, Forgács B, István G, Bognár G, Sáyó A, Ondrejka P: GIST Hepatogastroenterol 2005; 52: 409–13
4. Jassó A, Bertha L, Gyökeres T, Takács I, Bursics A: GI vérzést okozó, preoperatív, angiografiával kimutatott, vékonybél GIST. *Magy Seb* 2007; 60: 218–21
5. Sass DA, Chopra KB, Finkelstein SD, Schauer PR: Jejunal GIST: a case of obscure GI bleeding. *Arch Lab Path Med* 2004; 128: 214–7

- ⁶ *Rerksuppaphol S, Hutson J, Oliver M*: Ranitidine enhanced 99m-technetium pertechnetate imaging in children improves the sensitivity of identifying heterotopic gastric mucosa in Meckel's diverticulum. *Pediatr Surg Int* 2004; 20: 323–5
- ⁷ *Mino A, Ogawa Y, Ishikawa T, Uchima Y, Yamazaki M, Nakamura S, Yukawa T, Matsumoto T, Arakawa T, Hirakawa K*: Dieulafoy's vascular malformation of the jejunum: first case report of laparoscopic treatment. *J Gastroenterol* 2004; 39: 375–8
- ⁸ *Sugár I, Ondrejka P, Ráth Z, Jakab F, Faller J*: Intraoperatív enteroszkópia szerepe a sebészi gyakorlatban. *Magy Seb* 1996; 49: 33–8
- ⁹ *Ondrejka P, Ráth Z, Sugár I*: A GI vérzések sebészi kezelése. *Orv Hetilap* 2005; 146: 1807–11
- ¹⁰ *Sugár I, Ondrejka P*: Sebészi taktika tápcsatorna alsó szakaszából származó akut vérzések kezelése kapcsán. *Orvosképzés* 2002; 77: 57–60
- ¹¹ *Sugár I, Ráth Z, Ondrejka P*: A GI traktusból származó heveny vérzések kezelésének sebészeti vonatkozásai. *Családorvosi Fórum* 2002; 1: 9–13
- ¹² *Sipos P, Sugár I, Frituz G, Berci L, Faller J, Ondrejka P*: Masszív GIV felnőttkori Schönlein-Henoch purpurában. *Magy Seb* 2002; 55: 93–6
- ¹³ *Sugár I, Szabó Sz, Joós Á, Ondrejka P*: A duodenum heveny vérzést okozó, ritka, benignus daganata (Gangliocytas paraganglioma). *Magy Seb* 2000; 53: 279–82
- ¹⁴ *Mohos E, Kovács T, Brittig F, Valkó A, Nagy A*: A malignus vékonybél-daganatokról két esetünk kapcsán. *Magy Seb* 2001; 54: 219–22
- ¹⁵ *Ha HK, Shin JH, Rha SE, Lee YS, Park KB, Lee MG, Kim PN, Auh YH*: Modified small bowel follow-through: use of methylcellulose to improve bowel transradiance and prepare barium suspension. *Radiology* 1999; 211: 197–201
- ¹⁶ *Keuchel M., Hagenmüller F*: Small-bowel endoscopy. *Endoscopy* 2005; 37: 122–32
- ¹⁷ *Banai J, Szántó I*: Az ismeretlen eredetű GI vérzések enteroszkopos diagnosztikája. *Magy Seb* 2001; 54: 155–7
- ¹⁸ *Ell C, Remke S, May A, Helou L, Henrich R, Mayer G*: The first prospective controlled trial comparing wireless capsule endoscopy with push enteroscopy in patients with obscure GI bleeding. *Endoscopy* 2003; 34: 685–9
- ¹⁹ *Papp J*: A vékonybél endoszkópiája. *MGT Endoscopos sectio, Gyula* 2007. szeptember 7.
- ²⁰ *Szabó K, Németh A, Rácz I, Oláh A*: Kapszulás endoszkópiával diagnosztizált, vérzést okozó vékonybélbetegségek operált esetei. *Magy Seb* 2003; 56: 127–30
- ²¹ *Hartmann D, Schmidt H, Bolz G, Schilling D, Kinzel F, Eickhoff A, Huschner W, Möller K, Jakobs R, Reitzig P*: A prospective two center study comparing wireless capsule endoscopy with intraoperative enteroscopy in chronic GI bleeding. *Gastrointest. Endosc* 2005; 61: 826–32
- ²² *Yamaguchi T, Yoshikawa K*: Enhanced CT for initial localization of active GI bleeding. *Abdom Imaging* 2003; 28: 634–6
- ²³ *Ba MC, Qing SH, Huang XC, Wen Y, Li GX, Yu J*: Diagnosis and treatment of small intestinal bleeding: retrospective analysis of 76 cases. *World J Gastroenterol* 2006; 12: 7371–4
- ²⁴ *Abbas MA, Al-Kandari M, Dashti FM*: Laparoscopic-assisted resection of bleeding jejunal leiomyoma. *Surg Endosc* 2001; 15: 1359–62