

NEOBVYKLÁ PŘÍČINA KRVÁCENÍ DO ZAŽÍVACÍHO TRAKTU

L. HUDLER, J. RUTRLE, J. MÍSEK, J. KRÁL

Chirurgická klinika lékařské fakulty KU v Hradci Králové

(přednosta prof. MUDr. Jar. Procházka, DrSc.)

a VLVDŮ JEP v Hradci Králové

Krvácení do zažívacího traktu je onemocnění, se kterým se v běžné chirurgické praxi jako s akutní příhodou setkáváme téměř denně. Je to onemocnění, které burcuje chirurgický tým ke stálé obezřetnosti a pohotovosti. Nikdy nelze předem zhodnotit situaci a jenom bedlivé sledování celkového stavu nemocného nám dovolí přiklonit se ke konzervativnímu nebo radikálnímu postupu.

Původ krvácení do zažívacího traktu se rozpoznává a lokalizuje často velmi obtížně, i když diagnostika se zpřesňuje a zrychluje. Orientačně dovedeme vždy jen přibližně určit výši krvácení, zda jde o horní nebo distálnější partie zažívacího traktu. Coeliakografie, mezenterikografie, fluoresceinová zkouška atd. dovedou upřesnit diagnózu, avšak rozhodnout se pro některé z těchto vyšetření někdy nedovolují různé okolnosti. Teoreticky jsou tyto metody zcela jasné a dobře schůdné, prakticky však narážejí na nesčetné překážky. Pomineme-li různé technické obtíže ve formě vybavení chirurgického a rentgenologického pracoviště, i zapracování školeného personálu, vidíme často před sebou nemocného v těžkém celkovém stavu, kdy jakýkoliv zásah se zdá velmi riskantní, přestože diagnosticky by byl velkým přínosem. Naopak při zlepšení stavu, které je obvykle známkou zmírnění krvácení do zažívacího traktu, nebývá již kontrastní vyšetření tak průkazné a jednoznačné. Proto rozhodnutí pro toto vyšetření za určitého stavu nemocného vyžaduje zkušenosti indikujícího lékaře a zároveň předpokládá připravenost operačního týmu včetně zabezpečení krví a náhradními roztoky.

Něco více než 60 % krvácení do zažívacího traktu je způsobeno peptickým vředem. Téměř 40 % krvácení je původu zcela jiného, často velmi rozmanitého, a tím i záladnějšího. Bývají to zejména nádorové změny zhoubné i nezahoubné v žaludku nebo tenkém střevě, portální hypertenze při jaterních cirhózách, při chorobě Bantiho, při chorobách sleziny, vlekly zánět žlučední a dvanácterníkové sliznice, hemobilie nebo střevní ulcera různého původu. Nesmíme zapomenout ani na krvácející divertikly tenkého střeva, myomy různé lokalizace a mnohočetné hemangiomy zažívacího traktu. Je známo, že při letálním průběhu onemocnění často ani důkladná patologická pitva vedená zkušeným patologem neobjasní příčinu krvácení do zažívacího traktu, i když terminální stav nemocného svědčil pro poměrně silné krvácení.

Pozorovali jsme celkem velmi vzácnou příči-

nu krvácení do zažívací trubice. Poměrně dlouhou dobu tato příčina unikala diagnostickým zásahům a nebyla objevena ani při laparatomii pro podezření na duodenální vřed.

Šlo o 47letého technického úředníka, který trpěl od roku 1962 zažívacími obtížemi povahy duodenálního vředu s opakovanými mírnými melaenami. Byl několikrát rentgenologicky vyšetřen a pro podezření na duodenální vřed v roce 1963 provedena laparatomie, při níž vřed nebyl operačně na žaludku ani v duodenu ověřen. Z toho důvodu nebyl žádný výkon na žaludku a duodenu proveden. Zjištěn pouze solitární kámen ve žlučníku a provedena cholecystektomie. Nemocný se cítil v pooperační době dobře, avšak při lázeňské léčbě asi půl roku po operaci se dostavila masivní melaena, která byla zvládnuta krevními převody. Od roku 1963 nemocný držel dietu, přesto občas měl kolikovitě bolesti v pravém podžebří, připomínající žlučnickové koliky. Začátkem října 1968 se dostavily opět z plného zdraví bolesti břicha ujímavého charakteru, které vystřelovaly až pod pravou lopatku. Během týdne byla dvakrát dehtovitá stolice, proto nemocný byl přijat na interní oddělení jedné okresní nemocnice. Byl léčen krevními převody; po zlepšení stavu byl potom rentgenologicky vyšetřen se závěrem: patologické změny na distálním duodenu a duodenojejunálním ohbí, které jsou hodnoceny jako tumorózní změny. Nemocný dále léčen konzervativně a po dalším zlepšení celkového stavu provedena opět rentgenologická kontrola se závěrem: rozsáhlá duodenojejunální invaginace s následnou evakuační blokádou. Invaginát snad jen zdánlivě imituje velký submukózní benigní tumor. Jako příčina předpokládán benigní tumor duodena, i když jej ve značně patologickém rentgenovém obrazu nelze přesně určit.

V krátké době po tomto posledním rtg vyšetření se dostavila masivní melaena bez zvracení krve a celkový těžký stav nemocného se jen velmi nepatrně zlepšoval po opakovaných krevních převodech. Za tohoto stavu nemocný předán z interního oddělení na jisté chirurgické pracoviště k operační revizi. Krvácení do zažívacího traktu stále přetrvávalo a pro střídaté zlepšování a zhoršování stavu se chirurg nemohl rozhodnout k revizi, jistě ovlivněn i neobvyklým rtg nálezem na horní části duodena.

Nemocný takto dostal asi 7 l krve. Po úpravě krevního obrazu byl nemocný přeložen na naši kliniku s neúplnou rtg dokumentací, ze které rentgenolog nedovedl udělat závěr, a doporučil

opakovat kontrastní vyšetření. To však nemohlo být provedeno pro náhlé prudké zhoršení stavu nemocného, kdy během asi 6—8 hodin došlo k poklesu krevního obrazu a tlaku krevního na kritické hodnoty. Po rychlé přípravě nemocného bylo potom přikročeno k operativní revizi.

Z operačního nálezu vyjímáme: Žaludek není dilatován, je však rohovitě protažen a krajina pyloru je vtažena hluboko do podjaterní krajiny. Tím je zkrácena anatomická konfigurace duodena, které je dilatováno odhadem na trojnásobnou šíři a zkráceno. V žaludku není aspekci zjištěn obsah krevní. Po uvolnění krajiny pyloru a pars cranialis duodena nenalezeny patologické změny, svědčící pro vřed. Tenké střevo je naplněno tmavým obsahem z natrávené krve a nenalezeny na něm taktéž žádné patologické změny. Avšak ihned u Treitzovy řasy hmatáme ve střevě tuhý útvar, který vyplňuje lumen střeva. Máme dojem, že jde o myom tenkého střeva. Částečně uvolňujeme retroperitoneální část duodena proximálně, abychom získali volný úsek pro zamýšlenou resekci. Po tomto částečném uvolnění duodena se nám však zdá, že tumor je volně posuvný v luminu střevním, a proto se rozhodujeme k ověření situace pro enterotomii, kterou zakládáme na přechodu duodena v jejunum. Do enterotomie se vtačuje na slizniční stopce tumor asi 5 cm v průměru, okrouhlý, tuhé konzistence, tvaru fíku, jakoby s kráterem uprostřed. Zevně od středu kráteru ční céva, z níž vystřikuje pod tlakem jasně červená krev. Rozhodujeme se proto k snesení tumoru přerušením stopky. Po tomto snesení tumoru zjišťujeme, že stopka je luminusovaná, lumen je šíře asi 6 mm a z něho vytéká žluč. Sondáží pronikáme do žlučových cest. Teprve nyní je vysvětlena původní rtg domněnka o invaginaci; jde totiž o tumor Vaterské papily, který vytahoval za sebou v slizniční řase retroduoneální část choledochu a peristaltikou se dostal až na přechod duodena v jejunum, přičemž se duodenum dilatovalo a zkrátilo. Operačně vytvořena jako nová papila valovitým našitím sliznice duodena k okrajům choledochu. Před uzavřením enterotomie vytéká potom zcela volně žluč do duodena. Operace ukončena obvyklým způsobem. Získaný preparát je patrný na obrázku 1.

Preparát histologicky vyšetřen v Ústavu patologické anatomie v Hradci Králové, vyšetření provedl dr. Nožička. V preparátu jsou hnízda poněkud anizomorfních buněk s obširnou plazmou, velmi zřetelným jadérkem. Stroma kolem nich má neurofibromatózní charakter. Mezi buňkami drobná jezírka blíže neurčené slabě eozinofilní hmoty. Preparát hodnocen jako ganglioneurom Vaterské papily, vycházející nejspíše z plexus myentericus (A-158017-No).

Pooperační průběh nemocného byl zcela hladký, krevní obraz se po převodech krevních zcela normalizoval. Na kontrolní pooperační cholangiografii, která byla provedena 18. den po operaci, se zobrazují štíhlé žlučové cesty, choledochus není prodloužen ani dilatován, což

Obr. 1



svědčí o volné průchodnosti a normální funkci žlučových cest.

Dodatečně jsme získali úplnou rtg dokumentaci z ústavu, kde byl nemocný původně vyšetřován. Z této dokumentace dr. Křen z radiologické kliniky uzavřel: Duodenum je zkráceno a slizniční reliéf se sbíhá směrem aborálním a je tažen pravděpodobně tumorózním útvarem, způsobujícím invaginaci a vytváří v oblasti flexury duodenojejunální selenoid. S největší pravděpodobností jde o intraluminálně uložený tumor, způsobující invaginaci.



Obr. 2

Nemocný propuštěn dvacátý den po operaci do domácího ošetřování a při kontrolních vyšetřeních neudává vůbec žádné obtíže.

Diskuse

Neurinomy gastrointestinálního traktu se vyskytují poměrně vzácně, přesto však je jim v poslední době věnována větší pozornost pro

obtížnou klinickou diagnostiku a nebezpečné průvodní komplikace. Komplikace ve formě krvácení a ileózních stavů stojí v popředí zájmu chirurga, který tyto komplikace často urgentně řeší. Neurinomy zažívacího traktu byly dřív většinou pokládány za benigní, v pozdější době se objevovaly práce, které poukazovaly na jejich potenciální malignitu, nebo jsou již zmínky o vysloveně maligních neurinomech.

Údaje o výskytu neurinomů zažívacího traktu v operačních materiálech se pohybují od 0 do 35 %, což je asi 0,5 až 2 % všech žaludečních a duodenálních tumorů. Feyerter našel na 3000 pitev neurogenní tumory v zažívacím traktu v 8 %, což souhlasí i s údaji Meissnerovými. O neurogenních tumorech zažívacího traktu referoval Hartweg, Jörgensen, Stout, Singer, Ganz, Widmer, Baumann, Kammer a jiní.

Histologicky je možno dělit neurinomy podle původních tkání, ze kterých vycházejí. Jednu skupinu tvoří tumory, vycházející z neuroblastických nebo tzv. neurocytárních elementů. Patří do této skupiny neuroblastoma sympaticum, ganglioneurom a paragliom. Druhou skupinu tvoří nádory vycházející ze Schwannových pochv, jsou to neurinomy benigní a maligní. Do třetí skupiny jsou zařazeny tumory vycházející z vazivových částí nervových pochv, endoneuria, perineuria a epineuria. Počítáme k nim fibromy, xantofibromy, neurofibromy a potom různé varianty sarkomů. Mezi neurinomy žaludku, duodena a tenkého střeva rozlišuje Feyerter tyto druhy: fusiformní, multiformní, mikrocytární, retikulární, granulózní a makrocytární. Nejčastěji se vyskytují fusiformní tumory, které spolu s multiformními mají někdy určitou tvárovou podobnost s buňkami hladkého svalstva, takže je lze někdy jen velmi nesnadno odlišit od leiomyomů.

Údaje o uložení a velikosti neurinomů se velmi různí, Kronborg a Auguste popsali neurinomy až velikosti dětské hlavy. Je zajímavé, že větší tumory byly nalezeny spíše v žaludku a tenkém střevě než v duodenu. Všeobecně se uvádí, že benigní tumory nebývají větší než 5 cm v průměru. Potvrzuje to i námi popsaný případ ganglioneuromu. Kromě velikosti bývá znakem malignity i invazivní růst. V literatuře se uvádí, že ve vztahu žaludek-duodenum se maligní neurinomy vyskytují ve větším počtu na žaludku, ale naopak ve vztahu duodenum-tenké střevo se až v 80 % vyskytují maligní neurinomy na duodenu. Lokalizace na Vaterské papile je uváděna jen velmi vzácně.

Sliznice, jíž bývají neurinomy kryty, se chová různě. Klasické je vytvoření vředu na povrchu, vyskytuje se jak u benigních, tak i u maligních neurinomů. Ulcerace je způsobena působením peptických šťáv, vzniklý kráter se stále prohlubuje rozpadem povrchu nádoru, může dojít až k úplné divertikulizaci nádoru. V rozpadlé tkáni jsou snadno arodovány cévy, a neurinom je tak příčinou krvácení do zažívací trubice.

Klinický průběh neurinomů v zažívacím traktu je většinou atypický a klinická diagnóza je

velmi obtížná. V popředí stojí intermitentní bolesti v epigastriu nebo v jiné části břicha podle lokalizace tumoru na tenkém střevě. Často bývá hmatná přes stěnu břišní rezistence, poměrně tuhá. Neurinomy se někdy projevují i jako vředový syndrom nebo onemocnění žlučníku. Nejčastěji chybně uváděnými diagnózami jsou vřed, karcinom nebo pankreatická cysta. Důležité je samozřejmě velmi přesné rtg vyšetření, které často bývá v diagnóze rozhodující, i když nemůže tumor zcela specifikovat. Často rtg vyšetření objeví defekt v náplni určitého úseku zažívací trubice, centrální ulceraci, stenózu, divertikulizaci a podobně. Zlepšení rtg diagnostiky přináší hypotenzivní duodenografie.

U malých benigních neurinomů je stanovení diagnózy obtížné, rostou totiž velmi pomalu, většinou nepřerůstají průměr 5 cm a jejich jediným příznakem zůstává intermitentní krvácení, které se objevuje již v nejranějším začátku onemocnění. Subileózní příznaky jsou často do datečně vysvětleny invaginací.

Závěr

Popsáním případu ganglioneuromu Vaterské papily chtěli jsme upozornit na zálužnost příčin krvácení do zažívací trubice. Můžeme předpokládat, že tento neurofibrom Vaterské papily rostl již od roku 1962, kdy se poprvé dostavily dříve uvedené obtíže, imitující duodenální vřed nebo onemocnění žlučníku. Je pravděpodobné, že už tehdy docházelo peristaltikou k lehké invaginaci tumoru, která se projevovala jako kolikovitě bolesti pod pravým obloukem žeberní. Protože odstraněný tumor byl příčinou masivní melaeny z arodované cévy, lze předpokládat, že dřívější opakované melaeny, tedy i v roce 1963 za půl roku po provedené cholecystektomii, lze připsat na vrub tomuto tumoru. Že při operační revizi a cholecystektomii nebyl tumor objeven, přikládáme tomu, že byl dosud poměrně malý. Avšak i tato okolnost nás nutí k tomu, že při revizích pro krvácení do zažívacího traktu nelze si situaci příliš zjednodušovat, když nenačteme zcela zjevnou příčinu krvácení, ale že je třeba pomýšlet i na takovéto neobvyklé příčiny krvácení.

Literatura

1. Atanasov, D., Korbička, J.: RCH, 44, 1965, 12:839 až 841.
2. Baumann, R. P., Kammer, G.: Schv. Med. Wchschr., 42, 1967, 1382.
3. Brandstötter, P.: Zbl. Chir., 24, 1950, 1700.
4. Feyerter, F.: Langbeck. Arch. klin. chir., 1953, 274.
5. Grözinger, K. H., Benz, K.: Langenbeck. Arch., 303, 1963, 140.
6. Hartweg, H.: Fortschr. Röntgenstr. 93, 1960, 656.
7. Jörgensen, G.: Ärztl. Wschr., 1957, 225.
8. Kensenhoff, W.: Zbl. chir., 80, 1955, 194.
9. Stout, A. P.: Cancer, 15, 1962, 400.
10. Škorpiš, F.: Obecná a soust. pathol. novotvarů, Praha 1950.
11. Widmēr, A.: Schv. Med. Wchschr., 34, 1963, 1201 až 1205.