

DUODENITIS V DIAGNOSTICKÉ A POSUDKOVÉ PROBLEMATICE

MUDr. J. KLÍMA, MUDr. Z. JIŘIČKA, MUDr. Z. ANTOS

MUDr. V. POLOMIS, MUDr. D. MICHÁLKOVÁ

II. oddělení pro choroby vnitřní ÚVN, Praha - Střešovice,

(náčelník: plk. MUDr. Václav Polomis)

Farmakologický ústav ČSAV (vedoucí: MUDr. Karel Mašek, DrSc.)

Diagnostické a posudkové hodnocení onemocnění dvanáctníku patří mezi nejčastější problémy vojenské zdravotnické služby, především na úrovni nemocnic. Pro vředovou chorobu duodena bylo v uplynulých letech přezkoumáváno v průměru 10 % z celkového počtu vojáků přezkoumávaných za rok. V celostátním měřítku představuje pracovní neschopnost pro tuto chorobu ztrátu 43 000 pracovních dnů ročně, tj. asi 20 miliónů pracovních hodin. K upřesnění diagnostiky v poslední době přispělo zavedení vláknité optiky do endoskopického vyšetřování žaludku a dvanáctníku, možnost cíleného odběru biotických vzorků a jejich histologické hodnocení. Základní vyšetřovací metodou zůstává nadále rentgen, který však ani metodou dvojitého kontrastu nedovoluje v některých případech jednoznačné závěry u vředových lézí, tím méně u zánětlivých postižení duodena.

Metodika a materiál

Na II. oddělení pro choroby vnitřní ÚVN Praha - Střešovice bylo v posledních 5 letech provedeno více jak 1500 endoskopických vyšetření žaludku a dvanáctníku. Z toho v 549 případech byla duodenoskopie indikována k objasnění neurčitěho rentgenového nálezu nebo tehdy, když nemocný měl výrazné subjektivní potíže a rentgenový nález byl normální. Tam, kde byl rentgenologem jednoznačně prokázán duodenální vřed, jsme endoskopické vyšetření nedělali. Průměrný věk ve skupině 549 nemocných byl 26 let, převážná většina z nich byli muži.

Vyšetření jsme prováděli podle běžných endoskopických zásad duodenofibroskopem s laterální optikou firmy Olympus, typ JF-B2, se zdrojem studeného světla CLE-3. Endoskopické nálezy byly hodnoceny podle předem stanovených kritérií dvěma dobře zacvičenými endoskopisty. Průměrná doba vyšetření jednoho nemocného se pohybovala mezi 10 až 20 minutami. Hlavním předmětem našeho zájmu byla skupina nemocných s endoskopickým obrazem zánětlivých změn v bulbu duodena. V lehkých případech jsme tu nacházeli slizniční edém a hyperémii, v těžkých pak výrazný sklon ke krvácení, eroze a aftózní povlázky.

K přesnějšímu posuzování zánětlivých změn jsme tyto nálezy rozdělili na 3 skupiny:

1. *lehká bulbitida*, charakterizovaná edémem a hyperémií sliznice,

2. *středně těžká bulbitida*, kde vedle edému a hyperémie nacházíme hypertrofické a deformované slizniční řasy v celém bulbu,
3. *těžká bulbitida*, kde jsou navíc eroze, hemoragie a aftózní ložiska.

U 21 nemocných s výraznými endoskopickými změnami ve smyslu středně těžké a těžké bulbitidy byla provedena cílená biopsie z míst nejvíce postižených, vzorky byly obvyklou metodou fixovány a barveny, včetně barvení na PAS reakci.

Výsledky

U posuzované skupiny 549 nemocných se nejčastěji vyskytovaly zánětlivé změny bulbu duodena, a to ve 173 případech. U 86 vyšetřovaných byl nalezen vřed s průvodnou bulbitidou, 88krát jsme našli jizevnatou deformaci, polypy nebo zhrubělé slizniční řasy. U 65 nemocných byl zjištěn duodenální vřed ve stadiu hojení a zbývajících 137 vyšetřovaných mělo endoskopický nález ve dvanáctníku normální. Viz tabulku č. 1.

Po endoskopickém vyšetření jsme neměli prakticky žádnou komplikaci. Subjektivní potíže nemocných s bulbitidou jsme rozdělili na dyspeptický syndrom (Dsy), algický vředový syndrom (ASy) a syndrom kombinovaný (Dsy + ASy). Viz tabulku č. 2.

Z uvedených tabulek vyplývá, že polymorfní dyspeptické potíže se vyskytovaly převážně u lehké bulbitidy, kdežto středně těžká a těžká forma byly provázeny převážně potížemi charakteristickými pro vředovou chorobu. Důležitým zjištěním je, že meléna a hemateméza se v našem souboru anamnesticky nevyskytovaly u lehké bulbitidy, ale jen u střední a těžké formy.

U všech 21 nemocných s endoskopickým obrazem středně těžké nebo těžké bulbitidy, kde jsme provedli biopsii, byly nalezeny výrazné histologické změny. Ve všech případech šlo o chronickou formu zánětu. Akutní zánětlivé změny jsme nezachytili, zřejmě pro to, že duodenoskopie a biopsie byly vesměs prováděny u nemocných s výraznými potížemi trvajícími delší dobu.

Diskuse

V našem souboru více jak 1500 endoskopických vyšetření žaludku a dvanáctníku a 549 případů s neurčitým RTG nálezem na bulbu duodena byl u 173 nemocných zjištěn různý

DUODENOSKOPIE U 549 NEMOCNÝCH

ENDOSKOPICKÝ NÁLEZ	POČET										%	
	20	40	60	80	100	120	140	160	180			
ULCUS DUODENI											65	12
ULCUS DUODENI a BULBITIS											86	15,5
BULBITIS											173	32
DEFORMACE BULBU POLYPY ZHRUBĚLÉ ŘASY ATD.											88	16,5
NORMÁLNÍ NÁLEZ											137	24
											549	100%

ENDOSKOPICKÝ NÁLEZ	SUBJEKTIVNÍ OBTÍŽE	POČET	Melena nebo hematemesa	CELKEM	%
LEHKÁ <i>Hyperemie, edem</i>	DSy	47	0	68	40
	ASy	15			
	DSy + ASy	6			
STŘEDNÍ <i>deformované, hypertrofické řasy</i>	DSy	17	6	44	25
	ASy	14			
	DSy + ASy	13			
TĚŽKÁ <i>eroze, aftosní lož. krvácení</i>	DSy	6	8	61	35
	ASy	21			
	DSy + ASy	34			
			14	173	100%

DUODENÁLNÍ VŘED s BULBITIDOU	DSy	7	8	86	
	ASy	42			
	DSy + ASy	37			

stupeň zánětu duodenální sliznice. U dalších 86 případů byla zjištěna bulbitida jako průvodné postižení při vředové lézi. Tento poznatek nás vede, podobně jako jiné autory (1), k názoru, že bulbitida se vyskytuje jak v přítomnosti vředu, tak i bez něho (12) a častěji u lidí s obtížemi vředového charakteru (11). Těžká forma bulbitidy může být příčinou závažného krvácení do gastrointestinálního traktu, které rentgenové vyšetření neobjasní. Při endoskopii v těchto případech nacházíme obraz křehké, hyperemické sliznice s erozemi, které „roní krev“ (6, 7).

Rentgenologická diagnostika duodenitidy je obtížná. Při rentgenovém vyšetření nacházíme nejčastěji deformace a spasmy bulbu, ztlustěnou stěnu, ale velmi často i normální nález (4, 7). U dvanáctníkového vředu nacházíme obvykle průvodnou bulbitidu různého stupně, někdy jen diskrétní v okolí ulcerace, jindy postihuje naopak výrazný zánět celý bulbus a vřed pak bývá endoskopicky méně nápadný a budí dojem, že je součástí zánětlivého procesu (2).

Suverénní diagnostickou metodou bulbitidy je histologické vyšetření biptického vzorku. Na rozdíl od gastritidy však histologický nález téměř vždy úzce koreluje s endoskopickým obrazem. Sliznice bulbu duodena je za normálních okolností kryta pravidelným, jednovrstevným izoprismatickým epitelem, který je v kryptách jen o málo nižší než na povrchu klků. Stroma je poměrně řídká, s malým množstvím jemných kolagenních vláken a disperzními drobnými ložisky lymfocytů, histiocytů a fibroblastů. Plazmatické buňky se vyskytují jen zcela výjimečně. Hlenový sekret (PAS pozitivní) tvoří úzký lem na povrchu epitelu, v němž roztroušeně leží pohárkové hlenotvorné buňky. Výraznější hlenotvorba je přítomná v kryptách. Samotná celulizace stromatu tudíž patří do normálního histologického obrazu a není patognomická pro bulbitidu. Histologicky je možno rozdělit chronickou bulbitidu na 3 formy.

1. *Bulbitis chronica simplex*, kde slizniční klky jsou rozšířené, kryté pravidelným jednovrstevným izoprismatickým epitelem. Krypty bývají zmnožené. Stroma sliznice je rozšířená, prostoupená difúzní zánětlivou celulizací. V ní převládají lymfocyty a plazmocyty s četnými Russelovými tělísky. Místa jsou výrazně zmnožené i histocyty. Pojivová vlákna stromatu bývají roztačena difúzním nebo ložiskovým edémem. Kapiláry stromatu jsou nepravidelně hyperemické. Hlenotvorba na povrchu klků a v kryptech je výrazně zvýšená.

2. *Bulbitis chronica sclerotisans*, u které jsou slizniční klky rozšířené a rovněž kryté pravidelným jednovrstevným isoprismatickým epitelem. V zánětlivě změněném stromatu na rozdíl od předchozí formy dochází ke zmnožení fibroblastů a ke zvýšené tvorbě kolagenních fibril, a to nejprve perivaskulárně a později i ve větší vzdálenosti od cév. Postupně tak

dochází k vazivové induraci stromatu v důsledku chronického edému slizniční vrstvy. Hlenotvorba na povrchu epitelu je zvýšená, i když ne tak výrazně jako u předchozí formy.

3. *Bulbitis chronica ulcerosa*, u které v krycím epitelu klků vznikají nekrotické defekty. Jejich spodinu tvoří zánětlivé infiltrované stroma. V našem materiálu jsme nenalezli defekty, jež by pronikaly hlouběji. Progresivní tendenci však u nich nemůžeme vyloučit. I u této formy dochází ve stromatu ke zmnožení pojivových vláken. Hlenotvorba je zvýšená na povrchu epitelu mimo defekty.

Těmto třem histologickým formám bulbitidy odpovídaly u našich nemocných endoskopické obrazy lehkého, středně těžkého a těžkého zánětu bulbární sliznice.

I když otázka souvislosti bulbitidy s vředovou chorobou není dosud jednoznačně vyřešena, domníváme se, že závažné endoskopické nálezy bulbitidy by měly být posuzovány a léčeny jako vředová choroba. Svědčí pro to jak možnost závažných komplikací (krvácení do gastrointestinálního traktu), tak i endoskopická zkušenost, že při opakované endoskopii u téhož nemocného v krátké době (někdy jen několika dnů) nacházíme při prvním vyšetření vřed, při kontrole pak již jen obraz bulbitidy. O tomto faktu jsme se sami opakovaně přesvědčili.

Závěr

Na základě našich zkušeností docházíme ve shodě s jinými autory (3, 8, 10,) k závěru, že endoskopický nález bulbitidy je prakticky vždy shodný s histologickým obrazem výše popsaných zánětlivých změn. Velmi často zjišťujeme závažnou průvodnou bulbitidu u dvanáctníkového vředu. Nemocné se středně těžkou a těžkou bulbitidou je nutno posuzovat a léčit jako nemocné s vředovou chorobou (1, 5, 12), i když potíže nemusí být vždy charakteristické. Z našich poznatků je zřejmé, že z posudkového hlediska je nutné provádět endoskopické vyšetření hlavně u nemocných s neurčitým rentgenovým nálezem nebo u těch, kde při negativním rentgenovém nálezu jsou výrazné subjektivní potíže.

Souhrn

Autoři na podkladě pětiletých endoskopických zkušeností rozebírají endoskopická a histologická kritéria duodenitidy. Zdůrazňují, že na rozdíl od gastritidy endoskopický a histologický obraz prakticky vždy úzce souvisí, a zaujímají k této problematice posudkové stanovisko.

Literatura

1. Belber, J. P.: Duodenitis: an Endoscopist's ruminations. Gastroenterolog. Endoscopy (Tokyo), 19, 1972, s. 57.
2. Belber, J. P.: Endoscopic Examination of the Duodenal bulb: A comparison with X-Ray Gastroenterology, 61, 1971, č. 1, s. 55.

3. Cotton, P. B. et al.: Preliminary evolution of „duodenitis“ by endoscopy Brit. Med. J. 5877, 1973, s. 430.
4. Cotton, P. B. - Price, A. B.: Duodenitis on Biopsy and Endoscopy. Gastroenterology, 64, 1973, č. 4, s. 833.
5. Gelzayd, E. A. et al.: Changing concepts of duodenitis. Amer. J. Gastroent., 64, 1975, s. 213.
6. Gelzayd, E. A. - Gelfand, D. W.: Hemorrhagic duodenitis: a Significant Cause of Gastrointestinal Bleeding. Gastroenterology, 64, 1973, č. 4, s. 854.
7. Gelzayd, E. A. - Gelfand, D. W. - Rinaldo, J. A.: Nonspecific duodenitis. Gastroenterology, 64, 1973, č. 4, s. 810.
8. Kotrlík, J. - Lojda, Z.: Akutní bulbitis — přednáška na České společnosti pro gastroenterologii a výživu 18. 5. 1977.
9. Mařatka, Z. - Kociánová, J. - Kudrman, J.: Duodenitis a příbuzné syndromy. Pokroky v gastroenterologii. Praha, SZN 1975, s. 213.
10. Ramirez-Degolando, J. et al.: Duodenitis, endoscopic and histopathological correlation. Gastroenterology, 68, 1975.
11. Rocca, M. et al.: Antritis and Duodenitis in Duodenal ulcer and Non ulcer dyspepsia. Gut, 14, 1973, s. 432.
12. Ronský, F. - Frič, P. - Kotrlík, J.: Význam duodenoskopie v diagnostice duodenálního vředu. Čs. gastroenterologie a výživa, 31, 6, září 1977, s. 320.