

HEMANGIOM TENKÉHO STŘEVA JAKO PŘÍČINA MASÍVNÍHO KRVÁCENÍ DO GIT

Pplk. MUDr. Marián HARNIČÁR

Chirurgické oddělení vojenské nemocnice, Brno

(náčelník: plk. MUDr. Dalibor Ostřížek)

Krvácení do tenkého střeva patří mezi poměrně vzácné náhlé příhody břišní. Údaje o četnosti jeho výskytu u jednotlivých autorů kolísají. Z našich Podlaha (8) uvádí krvácení do střeva v 5–15 % všech krvácení do GIT, bez rozdělení krvácení do jeho jednotlivých oddílů. Tesař (12) našel krvácení do tenkého střeva ve 2,4 % (13/536 krvácení do GIT). Z jiných autorů např. Clinton aj. (5) udávají 16 případů z 305 krvácení do zažívacího traktu, tj. v 5,2 %. Na chirurgickém oddělení VN Brno za období od r. 1976–1985 bylo chirurgicky ošetřeno 47 prudkých krvácení do GIT, z čehož krvácení do tenkého střeva bylo ve 2 případech. Jedenkrát šlo o krvácení z Meckelova divertiklu při vředu z aberantní žaludeční tkáně a jedenkrát šlo o krvácení z hemangiomu jejunu. Tento poslední případ si dovoluujeme demonstrovat v následující krátké kasuistice:

Dne 10. 1. 1985 asi ve 20.15 h byl na chirurgické oddělení VN Brno přijat posluchač vojenské vysoké školy K. P., narozen 23. 3. 1966, č. chor. 184/85.

Z anamnézy:

Otec zemřel v 54 letech na mozkovou mrtvici, jinak bezvýznamná. V osobní anamnéze udává běžné dětské infekce, jinak vážněji nestonal. Operaci neprodělal, úraz rovněž ne, alergie neguje.

K vlastnímu onemocnění sděluje, že v době vánočních prázdnin, které trávil doma, měl dne 1. 1. 1985 mírné tlakové bolesti ve středním epigastriu a poté 3× silně průjmivou stolicí, údajně hnědé barvy. Byl vyšetřen v místě bydliště na infekčním oddělení NsP, kde doporučeno: Endiaron, Ftalasol, dietní režim a kontrola s rektálním výtěrem dne 7. 1. 1985. Od 3. 1. byl relativně bez obtíží, stolice byla tuhá, norm. barvy. Vyšetření nedokončil, protože byl nucen se vrátit zpět do školy. Na ošetřovně, kde byl přijat k hospitalizaci, bylo pokračováno v započaté terapii.

Dne 8. 1. se znovu objevily intermitentní bolesti v nadbřišku, tentokrát křečovitého charakteru a průjmovitá, černá stolice. Po verifikaci melény ošetřujícím lékařem byl odeslán do VN Brno k hospitalizaci.

Při přijetí je při vědomí, spolupracuje, stěžuje si na celkovou slabost a závratě. Kůže i viditelné sliznice blede. TK 145/90 mmHg, P 88/min reg.

Hlava, krk, hrudník, končetiny — nález v mezích normy. Břicho: pod úrovní hrudníku, dýchá v celém rozsahu, dechové vlny procházejí volně k tříslům, palpačně měkké, prohmatné, citlivé v epigastriu a kolem pupku, více vpravo, bez známek peritoneálního dráždění. Játرا nepřesahují oblouk žeberní, slezina při nádechu naráží na prsty vyšetřující ruky. Per rectum: zevně nález normální, tonus svěračů neporušený, ampula prázdná, prostorná, prostata normální velikosti, tvaru i konzistence. Na rukavici ulpívají zbytky černé, řídké stolice.

Z pomocných vyšetření při přijetí:

FW 20/h, KO: Hb 78 g/l, HT 0,28; Ery 2,56; Le 6,9; urea 7,426 mmol/l; ALT, AST, bilirubin, kreatinin, CB, ELFO — vše v mezích normy. Rovněž tak i rtg nitrohrudních orgánů. Rtg břicha ve stoje: nejsou patrné patologické hladinky. Nápadně zvětšený stín sleziny, dlouhá osa přesahuje 18 cm a tím i oblouk žeberní.

Následující den provedena gastroduodenoskopie (dr. Hošek): Na jícnu norm. nález na sliznici, žaludek má stěny elastické, sliznice intaktní. Pylorus okrouhlý, bulbus normální. Není stopy ani po čerstvém, ani po starém krvácení. Zdroj krvácení nutno hledat níže.

Od doby přijetí je prováděna intenzivní konzervativní terapie (převody krevní, infúzní terapie, podávání hemostyptika, vitamíny) za průběžných laboratorních kontrol (KO, minerály, urea).

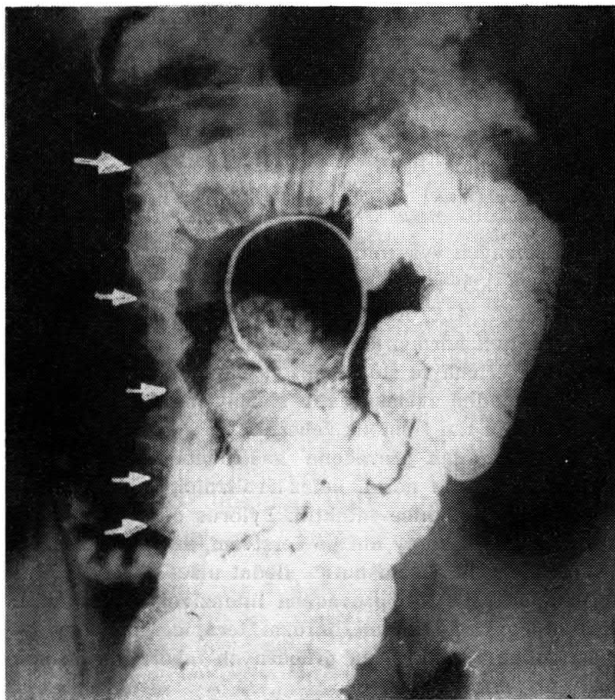
Pro pokračující krvácení se i přes léčbu udržují nízké hodnoty Hb, HT a Ery, proto nebylo možné diagnosticky výrazněji pokročit. Teprve 5. den hospitalizace bylo možné provést irigografické vyšetření. Při tomto vyšetření se plní kontrastní látkou i terminální ileum a je vysloveno podezření na Crohnovu chorobu s trombózou odvodných, varikózně rozšířených žil. Celý tračník je bez patologického nálezu. Stav pacienta nedovoľoval ihned pokračovat v dalším vyšetřování a hledání zdroje krvácení. Po vyloučení horního i dolního úseku GIT se předpokládalo jeho umístění v tenkém střevě.

Protože v průběhu hospitalizace krvácení do GIT bylo intermitentní, s obdobími bez melény, byla indikována enteroklýza, a tato provedena 7. den po přijetí s tímto nálezem:

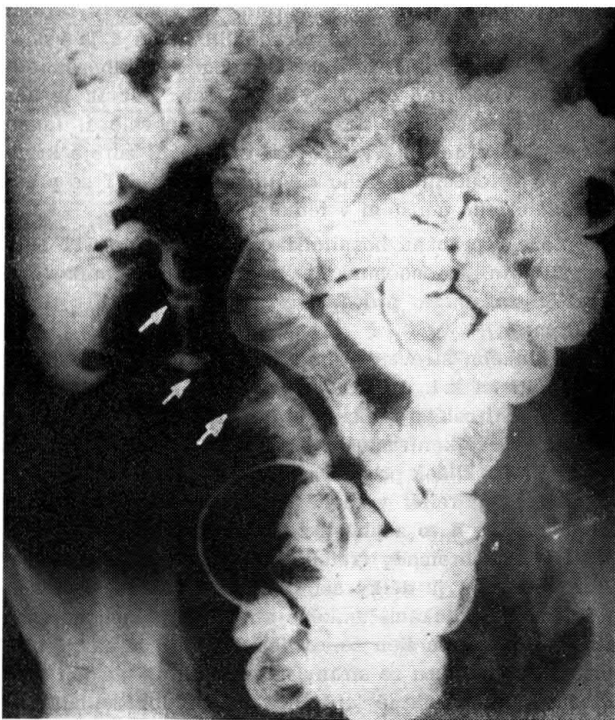
Rtg tenkého střeva — enteroklýza (dr. Pícha):

Po aplikaci k. l. duodenální sondou dochází k postupnému plnění celého tenkého střeva. V odlitkové a zejména pak ve dvojkontrastní náplni je na úseku jejunu, kdy jeho jedna z klíček probíhá rovnoběžně s pravým okrajem páteře, její reliéf výrazně rozbitý, s polypózními defekty náplně, a to zejména ze strany antimezenterální, vytvářející dohromady vřetenovitý defekt tenkého střeva. Celkový defekt je délky asi 11 cm. Při dalším sledování průběhu k. l. klíčkami tenkého střeva je průběh normální, v terminálním ileu se rovněž objevují defekty polypózního charakteru ze strany mezenterální, ale její průchodnost je podstatně lepší než při předcházejícím irigoskopickém vyšetření (viz obr. 1 a 2).

Dne 21. 1. provedena operace (dr. Ostřížek): dolní střední laparotomií prodlouženou nad pupek proniknuto do dutiny břišní. Na terminálním ileu je nález normální. Postupnou explorační tenké klíčky střevní od ilea směrem proximálním nacházíme na jejunu, asi 45 cm od Treitzova vazu, krevnatý nádor houbovitého pohmatu, v délce asi 14 cm, nacházející se na antimezenterální straně klíčky střevní. Provádíme resekci tenké klíčky ve vzdálenosti 15 cm nad a pod nádorem, pak provedena anastomóza tenké klíčky end — to — end. Steh mezenteria. Revizí sleziny zjišťujeme, že je zvětšená, ale nor-



Obr. 1. Šipkami označený dobře patrný defekt v kontrastní náplni orální části tenkého střeva — hemangiom



Obr. 2. Šipkami označené terminální ileum se spastickým střevem, imitujícím nález hemangiomu

málního vzhledu i konzistence. Ostatní nález na orgánech dutiny břišní vizuální i pohmatový je v mezích normy. Preparát: nádor houbovitého charakteru usurující ze $\frac{2}{3}$ sliznici jejunu, velikosti 14×4 cm. Povrch nádoru jeví stopy po krvácení.

Histologické vyšetření (II. pat. anat. ústav, FN Brno — dr. Lukáš):

Stěna tenkého střeva — hemangiom, převážně kaver-

nózního typu. Pozn.: Tyto tumory mohou být i mnohotné v celém GIT.

Pooperační průběh klidný, rána zhojená p. p. i., stehy 7. den ex, pasáž celým GIT volná, stolice tvarovaná, normální barvy. Krevní obraz se po transfúzích postupně upravuje na fyziologické hodnoty.

Diskuse

Příčiny krvácení do tenkého střeva jsou různé a do značné míry závisí na věku pacienta:

U dětí nejčastější příčinou krvácení bývá Meckelův divertikl, který se vyskytuje asi ve 2 % populace [8], a to tehdy, když obsahuje pankreatickou tkáň nebo peptický vřed, který se vytvořil na terénu aberantní žaludeční sliznice. Na druhém místě co do častosti je udávána střevní invaginace, u které se krvácení do střeva vyskytuje až v 6 % [8]. Dále pak jsou to uskřínuté kýly, zdvojení části zažívacího ústrojí (nejčastěji v oblasti dolní části tenkého střeva při úponu okruží, kde může způsobit tlakovou nekrózu a krvácení z cév okruží), volvulus a polypy tenkého střeva (včetně polypů u Peutz-Jeghersova syndromu), a to krvácením z vlastního povrchu polypů nebo při invaginaci jimi způsobené, dále regionální enteritida a u nás vzácně při střevních parazitech.

U dospělých naopak nejčastější příčinou krvácení bývají cévní malformace, divertikly (včetně divertiklu Meckelova), polypy a tumory jak benigní, tak i maligní. Tumory, i když nejsou příliš četné (v literatuře se udává asi 5–6 % tumorů GIT v oblasti tenkého střeva), krvácejí velmi často — až v 60–70 %.

Krvácení do tenkého střeva se klinicky projevuje, kromě obecných známek ztráty krevní, buď jako meléna, nebo enteroragie, v závislosti na výšce krvácení ve střevě. Jenom vzácně se udává jako první, nebo souběžný projev krvácení do tenkého střeva i hemateméze.

Je přirozené, že při těchto klinických projevech krvácení do GIT lokalizace zdroje do tenkého střeva je možná obvykle až po vyloučení nejčastějších etází krvácení — jícnu, žaludku a duodena u melény a tlustého střeva a konečníku u enteroragie.

Obě uvedené etáže GIT jsou zavedením vláknité optiky dobře přístupny vyšetření a endoskopie je dnes v rukou zkušeného lékaře nejpřesnější a přitom bezpečnou metodou zjištění zdroje krvácení [7].

Tenké střevo však svou délkou i anatomickým uspořádáním takový přímý způsob vyšetření neumožňuje. Je proto nutné při podezření z krvácení do tenkého střeva použít jiných, dnes nejčastěji radiologických metod vyšetření, k nimž patří angiografie (včetně ve světě již používané digitální subtrakční angiografie), vyšetření intraluminální náplní baryem, nejlépe enteroklýzou s použitím dvojího kontrastu i využitím radionuklidu ^{99}Tc -sulfidu, jak o tom např. referoval Schussheim aj. [10].

V naší nemocnici využíváme dvou metod — angiografie a enteroklýzy. Tyto metody mají své přednosti i nevýhody. Angiografii můžeme použít hlavně u výrazného krvácení, jehož vydatnost je nejméně 6 ml/min při trunkální a 0,5 ml/min při selektivní angiografii (3). Vyžaduje dokonalé vybavení, zkušeného rentgenologa jak pro provádění samotného výkonu, tak pro zhodnocení nálezu.

Enteroklýza jako metoda intraluminálního zobrazování slizničního reliéfu je technicky méně náročná, avšak její interpretace může být dosti obtížná. Provádí se orální náplní tenkého střeva duodenální sondou baryem, obvykle chem, nebo použitím metylcelulózy (1). Tento postup umožňuje optimální, zjemnělou diagnostiku patologie tenkého střeva. Její indikací (2) jsou zejména chronická zánětlivá onemocnění tenkého střeva a s výhodou i kontrolní vyšetření Crohnovy choroby po resekci tenkého střeva.

Obě posledně uvedené metody nejsou konkurenční, naopak, při nedokonalém výsledku jedné z nich následným použitím druhé lze diagnostiku zpřesnit, i když v některých případech ani kombinací obou těchto metod nelze objevit zdroj krvácení (asi v 7–8 % případů) a zde je pak jediným řešením včasná laparotomie (11).

Souhrn

Autor ve své práci podává stručný přehled výskytu krvácení do tenkého střeva i jeho nejčastější příčiny, udávané v domácí i zahraniční literatuře.

Na vlastním případě prudkého krvácení do tenkého střeva dokumentuje diagnostický postup i možné, v podmínkách vojenských ne-

mocnic dostupné, metody diagnostiky krvácení do GIT obecně a do tenkého střeva zvláště. Zejména je zdůrazněna relativně nová metoda intraluminálního zobrazování reliéfu tenkého střeva — enteroklýza.

Literatura

1. ANTES, G. - LISSNER, J.: Double — contrast small — bowel examination with barium and methylcellulose. *Radiology*, 148, 1983, č. 1.
2. BAUTZ, W. - SCHINDLER, G.: Vergleichende Röntgenuntersuchung des Dünndarms mit Mono- und Doppelkontrast. *Radiologie*, 23, 1983, č. 7.
3. BĀRDOŠ, L.: Krvácenie z tenkého čreva. Skupinová rozprava na IX. Petřivalského dni. *Čsl. gastroenterologie a výživa*, 34, 1980, č. 3.
4. BIERMANN, R.: Primárne malignomy tenkého čreva. *Rozhledy v chirurgii*, 64, 1985, č. 7.
5. CLINTON, A. - BRILEY, Jr. et al.: Acute gastrointestinal hemorrhage of small-bowel origin. *Radiology*, 136, 1980, s. 317–319.
6. CHMEL, J.: Naše zkušenosti s rtg vyšetřením tenkého střeva sondou. *Čsl. gastroenterologie a výživa*, 37, 1983, č. 4.
7. PALEČKOVÁ, M. - NOVÁK, J.: Urgentní endoskopie u krvácení z horních částí trávicí trubice. *Rozhledy v chirurgii*, 59, 1980, č. 1.
8. PODLAHA, J.: Velká krvácení z tenkého a tlustého střeva (in Rapant a kol.: *Chirurgie velkých krvácení*). Praha, SZdN 1959.
9. SPECHLER, S. J. - SCHIMMEL, E. M.: Gastrointestinal tract bleeding of unknown origin. *Arch. Intern. Med.*, vol. 142, 1982, str. 236–240.
10. SCHUSSHEIM, A. et al.: Radionuklidy v diagnostice krvácejícího Meckelova divertiklu u dětí. *Amer. J. Gastroenterol.*, 68, 1977, č. 1.
11. STIBRAL, K. aj.: Leiomyom jejuna jako neobvyklá příčina krvácení do zažívacího traktu. *Rozhledy v chirurgii*, 58, 1979, č. 3.
12. TESÁŘ, O.: Prudká krvácení do zažívací trubice. Praha, SZdN 1967.

Klíčová slova: Enteroklýza — krvácení do tenkého střeva.