

Hemosuccus pancreaticus – editorial

Jiří Ehrmann, Michal Konečný

II. interní klinika – gastro-enterologická a hepatologická LF UP a FN Olomouc

Komentář k | Editorial on

Šturdík I et al. Hemosuccus pancreaticus – raritná komplikácia chronickej pankreatitídy. Vnitř Lék 2016; 62(10): 834–837.

Krvácení do trávicího traktu (GIT) je vážný i život ohrožující stav vyžadující rychlou diagnostiku, léčbu, dobrou organizaci a týmovou práci jednotek intenzivní péče interních a chirurgických klinik, ale také dobrou spolupráci s rychlou záchrannou službou a centrálním příjmem nemocnice. Především krvácení do horní části trávicího traktu s hlavními příznaky hematemézou a melénou je stále zatíženo vysokou, téměř 10% letalitou. Na druhé straně krvácení do dolní části GIT projevující se enterografií tak dramatické obvykle není.

Problematika správné diagnostiky a léčby krvácení do GIT je dlouhodobě jedním ze stěžejních témat gastro-enterologie. Na II. interní klinice – gastro-enterologické a hepatologické LF UP a FN Olomouc byla v roce 2004 s grantovou podporou zahájena studie, jejímž cílem bylo vyhodnotit význam centralizace léčebné péče o pacienty s krvácením do GIT. Ukázalo se, že taková péče snižuje letalitu, zefektivní léčbu a snižuje ekonomické náklady. Bylo potěšitelné, že práce byla oceněna „medailí“ na Světovém gastroenterologickém kongresu v Montrealu v roce 2005. Námi bylo toto ohodnocení vnímáno jako ocenění našeho přínosu k řešení diagnostiky a léčby nemocných s krvácením do GIT v globálním měřítku [1–3]. Nicméně, diagnostické a terapeutické rozpaky mohou nastat u pacientů, u nichž nebyl při akutním vyšetření prokázán zdroj krvácení. Ve všech pracích je popisováno určité procento pacientů s klinickými známkami krvácení do GIT, ale normálním endoskopickým nálezem.

Pro takové případy je užíván termín „obscure bleeding“, který definujeme jako krvácení do GIT neznámého původu, přetrvávající delší dobu nebo recidivující, projevující se rekurentní nebo perzistující sideropenickou anémií, viditelným krvácením do GIT nebo perzistujícím či recidivujícím okultním krvácením do stolice, které nastalo po negativním iniciálním endoskopickém vyšetření. Zuckermann et al uvádějí v publikované analýze pacientů s obscure bleeding a s okultním krvácením, že přibližně 30 % lézí horní části GIT a 3 % v případě dolní části GIT může být přehlédnuto při iniciálním gastroskopickém nebo kolonoskopickém vyšetření. Za nejčastěji přehlédnuté léze uvádí Camerony eroze při axiální hiátové hernii, dále GAVE (gastric antral venous ectasia) a angiodysplazie [4]. V retrospek-

tivní analýze Descampa et al na souboru 233 pacientů, kteří podstoupili push enteroskopii pro obscure bleeding, byla u 10 % nalezena léze v dosahu gastroskopu, nicméně v polovině případů se jednalo o lokalizaci léze ve fundu žaludku [5]. Přehlédnuté zdroje krvácení uvádí Hayat et al u 18 pacientů ze 78, kteří byli vyšetřováni pro sideropenickou anémii [6]. Pokrokem v diagnostice obscure bleeding se staly angiografie, kapslová enteroskopie, resp. hluboká enteroskopie [7,8], ale i tak nejčastěji k přehlédnutí původu krvácení dojde při klasické gastroskopii či koloskopii.

U nás publikoval Machytka et al práci Dlouhodobé sledování pacientů s klinickými známkami krvácení do horní části trávicího traktu s negativním endoskopickým nálezem [9]. Na endoskopickém pracovišti (FN Olomouc) se ročně provádí 2 000–2 400 ezofagogastroduodenoskopií. Z toho asi 200 ročně je pro klinické známky krvácení do horní části GIT. Více než polovina endoskopií je provedena mimo pracovní dobu během tzv. endoskopických příslužeb. V letech 2002–2005 nebyl zdroj krvácení nalezen u 133 pacientů a tito pacienti pak byli následně 1–4 roky sledováni. Z výsledků dlouhodobé studie vyplývá, že u 35 pacientů tj. ve 26,4 %, byla gastroskopie nesprávně indikována. Nejčastějším důvodem chybné indikace bylo užívání preparátů železa, potravin imitujících vzhled melény, krvácení z dýchacích cest – epistaxe, resp. hemoptýza. Ze zbývajících 98 pacientů bylo u 84 provedeno do 24–48 hod kontrolní endoskopické vyšetření a zdroj byl odhalen u 14 z nich. U 14 nebyla provedena časná endoskopie, nicméně 8 z nich podstoupilo endoskopii do měsíce a u 2 byly odhaleny – 1krát jícnové varixy a 1krát chronická subkardiální ulcerace. Při odečtení těch, kteří se vytratili z evidence, bylo nadále sledováno 53 osob, z nichž u 20 došlo v průběhu dlouhodobého sledování k recidivě hematemézy, resp. melény a u 16 byl při gastroskopii odhalen zdroj (vředová léze, Malloryho-Weissův syndrom, angiodysplazie, hemoragická gastropatie, resp. ezofagitida). U 4 ale nebyl opět zdroj prokázán. Ze zbývajících 33 pacientů byl v průběhu dlouhodobého sledování zdroj odhalen enteroskopií, nicméně u 15 jedinců zdroj krvácení ani potom odhalen nebyl. Obdobné hodnoty incidence obscure bleeding, tj. 16,7 %,

resp. 10,1 % publikovali u nás Suchánek [10], resp. Třeška [11].

V roce 1991 jsme publikovali neobvyklou příčinu enteroragie u 27leté nemocné. Byla způsobena teratomem pravděpodobně ovariálním, který penetroval do tlustého střeva. Po obtížích trvajících rok a půl došlo k odchodu teratomu se stolicí při defekaci. U pacientky bylo provedeno opakované RTG vyšetření a koloskopie (včetně akutní), vždy s negativním nálezem. Enteroragie byly tak intenzivní, že byla léčena krevními transfuzemi [12].

Z hlediska diagnostického je však daleko obtížnější a z hlediska dalšího průběhu závažnější stav, při němž iniciální endoskopické vyšetření není negativní. To je případ předložené kazuistiky. Nejde tedy o obscure bleeding ve smyslu její definice. Závažnost takového krvácení vyvstává zejména v případě, že patologicky nález při iniciální endoskopii může příčinu krvácení vysvětlit falešně.

Předložená kazuistika se týká raritního recidivujícího krvácení do horní části GIT [13]. Hemosuccus pancreaticus, tedy krvácení do pankreatického vývodu, bylo popsáno již před více než 80 lety, nicméně až rozvoj endoskopie umožnil klinickou diagnostiku této příčiny krvácení do GIT. Ale i tak, jak autoři kazuistiky uvádějí, bylo zatím popsáno něco přes 150 případů. U nás a na Slovensku publikovali případy takového krvácení Novotný (2004), Janík (2008) a Koren (2008).

Je však třeba zdůraznit, že neexistují doporučené postupy pro obscure bleeding, i když klinických studií je relativně dost. Tím spíše nejsou doporučené postupy pro stavy představované touto kazuistikou. Jejich případná incidence je postavena na jednotlivých případech, z nichž každý je jiný a pro klinika je nejdůležitější o nich vědět. Z tohoto pohledu je předložená kazuistika aktuální a obohacuje nejen naši gastroenterologii [13]. Obecné doporučení zejména v případech obscure bleeding je pacienty dlouhodobě dispenzarizovat.

Literatura

1. Konečný M. Benefits of centralized care of patients with upper GI bleeding provided within faculty hospital services. *Can J Gastroenterol Hepatol* 2005; 19(Suppl B): 23B.
2. Konečný M, Ehrmann J. Krvácení do trávicího ústrojí. *Postgrad Med* 2004; 6(6): 610–615.
3. Konečný M, Ehrmann J, Procházka L et al. Naše zkušenosti s novou organizací péče o nemocné s akutním krvácením do horní části trávicího traktu. *Vnitř Lék* 2005; 51(1): 36–40.
4. Zuckermann G, Prakash C, Askin M et al. AGA technical review on the evaluation and management of occult and obscure bleeding. *Gastroenterology* 2000; 118(1): 201–221.
5. Descamps C, Schmit A, van Bossum A. Missed upper gastrointestinal tract lesions may explain occult bleeding. *Endoscopy* 1999; 31(6): 452–455.
6. Hayat M, Axon A, O'Mahony A. Diagnostic yield and effect on clinical outcomes of push enteroscopy in suspected small bowel bleeding. *Endoscopy* 2000; 32(5): 369–372.
7. Tachecí I, Rejchert S, Drastich P et al. Capsule endoscopy – initial experience in Czech republic: a retrospective multi-center study. *Acta Endoscopica* 2005; 35(3): 329–338.
8. Kopáčková M, Tachecí I. Současné diagnostické a terapeutické možnosti enteroskopie (hluboká enteroskopie, kapslová enteroskopie). *Gastroenterol Prax* 2014; 13(1): 13–18.
9. Machytka E, Ehrmann J, Svoboda P et al. Dlouhodobé sledování pacientů s klinickými známkami krvácení do horní části trávicího traktu a negativním endoskopickým nálezem. *Vnitř Lék* 2007; 53(9): 942–946.
10. Suchánek Š, Stefanová M, Závada F et al. Urgentní endoskopie při krvácení do horní části trávicího traktu za rok 2005. *HPB Bulletin* 2006; 14(1–2): 52–54.
11. Třeška V, Geiger J, Šebor J et al. Krvácení do gastrointestinálního traktu – zkušenosti Chirurgické kliniky FN v Plzni. *HPB Bulletin* 2006; 14(1–2): 41–43.
12. Ehrmann J, Zmeškal A, Gregar I. Teratom jako neobvyklá příčina enteroragie. *Čs gastroenterologie* 1991; 45(1): 38–49.
13. Šturdík I, Kužma M, Kužmová Z et al. Hemosuccus pancreaticus – raritná komplikácia chronickej pankreatitídy. *Vnitř Lék* 2016; 62(10): 834–837.

prof. MUDr. Jiří Ehrmann, CSc.

✉ ehrmannj@fnol.cz

II. interní klinika – gastro-enterologická a hepatologická
LF UP a FN Olomouc

www.fnol.cz

Doručeno do redakce 16. 9. 2016