

Najčastejšie sa DL prezentuje v priemernom veku asi 65 rokov, avšak výskyt DL je popisovaný v celom vekovom spektre vrátane detí a novorodencov (1–3, 6, 7). Frekventované komorbidity, popisované spolu s DL, sú najmä kardiopulmonálne a renálne ochorenia. Z liekov je to užívanie nesteroidných antireumatik, kyseliny acetylsalicylovej, warfarínu alebo inej antikoagulačnej či antitrombotickej terapie (1–3, 5, 8). Pacienti s DL sú typicky asymptomatickí, než sa lézia manifestuje. Najčastejším prejavom je akútne krvácanie do GIT formou hematemézy (28–30 %), melény (18–44 %) a enterorágie (6 %) (2, 3, 5). Približne v polovici prípadov sa hemateméza a meléna vyskytujú súčasne (3). Len v 1 % sa DL prezentuje sideropenickou anémiou (2). Charakteristické pre DL je absencia bolesti a iných dyspeptických symptómov. Rozvoj známk hemodynamického nestability ako hypotenzia, tachykardia, ortostáza závisia na závažnosti krvácania do GIT. Diagnostické metódy pre DL zahŕňujú endoskopiю, angiografiю a scintigrafiю. Vzhľadom k relatívne raritnému výskytu ochorenia zatiaľ pre DL neexistuje univerzálny odporúčaný liečebný postup. Medzi terapeutické možnosti patria endoskopické metódy (s termálnym, mechanickým a regionálneinjekčným hemostatickým pôsobením), selektívna angiografia s embolizáciou a v neposlednom rade chirurgická revízia. S rozvojom endoskopických techník klesla mortalita z 80 % na terajších 9–13 % (3) a nutnosť chirurgickej intervencie zo 100 % na 3–5 % (2, 5).

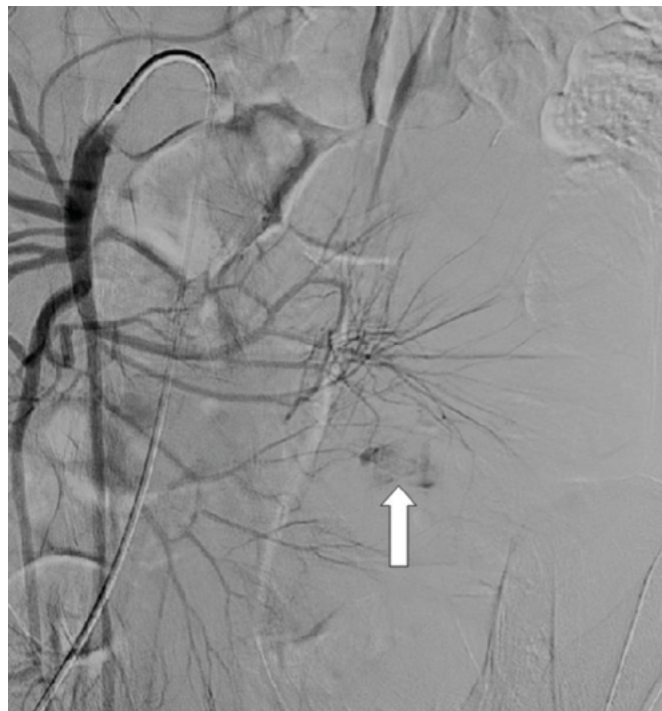
Naša kazuistika popisuje prípad pacienta s recidivujúcim, hemodynamicky významným krvácaním do GIT z neurčeného zdroja, u ktorého zlyhala endoskopická i vazografická terapia. Diagnóza DL jejuna sa potvrdila až histologicky z chirurgického resekátu.

Cieľom tejto práce je zvýšiť povedomie o DL ako o možnej príčine krvácania do GIT z neurčeného zdroja a poukázať na nutnosť individuálneho prístupu pri voľbe diagnostického i terapeutického postupu.

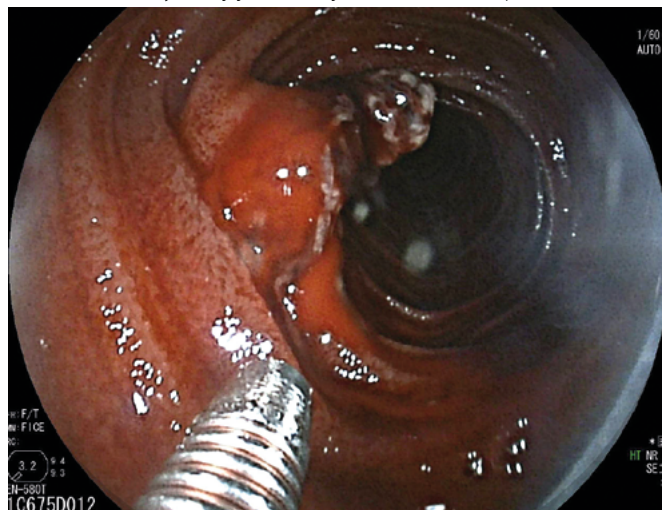
Popis prípadu

41-ročný pacient, nefajčiar, s astma bronchiale v detstve v osobnej anamnéze, inak zdravý, bol v máji roku 2018 privezený na naše oddelenie pre recidivujúce synkopy a melénu. Pri prevzatí bol pacient pri vedomí, okrem pretrvávajúcej slabosti po vertikalizácii sa na nič konkrétne nestožoval. Neudával tráviace problémy ani bolesti brucha. Akékoľvek krvácajúce prejavy negoval. Okrem symptomatickej hypotenzie (tlak krvi – TK 80/50 mm Hg) a melénoznej stolice v rekte bol fyzikálny nález normálny. Pacienta sme prijali na jednotku intenzívnej starostlivosti (JIS) nášho oddelenia a začali intenzívnu parenterálnu liečbu krvácania do tráviaceho traktu, ktorá zahŕňovala i.v. somatostatín, inhibítory protónovej pumpy (PPI) a infúziu terapiю. Vstupný krvný obraz (KO) bol s miernou normocytárnou normochrómnou anémiou 122 g/l hemoglobínu, s leukocytózou $11,1 \times 10^9/l$, $3,95 \times 10^{12}/l$ červených krviniek, $187 \times 10^9/l$ krvných doštičiek, orientačne koagulačné parametre protrombínový a aktivovaný parciálny tromboplastínový čas neboli predĺžené, biochemické vyšetrenie (urea, kreatinín, minerály, glykémia, bilirubín, ALT, AST, GMT, CRP) taktiež v norme. Po stabilizácii pacienta sme doplnili gastroskopiю s nálezom erytematóznej antrálnej gastropatie, bez známk krvácania. Helicobacter pylori bol negatívny. Za hospitalizácie pacient absolvoval skiagram hrudníku, ultrazvuk brucha a totálnu kolonoskopiю až po terminálne ileum, všetko bez patologického nálezu. Behom hospitalizácie sa pacient na nič nestožoval, krvácanie sa neopakovalo i po zaťažení stravou. Po 6 dňoch

Obr. 1. CT angiografia: leak kontrastnej látky do oblasti proximálneho jejuna



Obr. 2. Dieulafoy lézia jejuna – dvojbalónová endoskopia



sme pacienta dimitovali na perorálnej terapii PPI. Vzhľadom k tomu, že sa nenašiel zdroj krvácania, objednali sme pacientovi ambulantne kapslovú endoskopiю vo FN Hradec Králové (FNHK) na jún roku 2018.

Za 5 dní bol však pacient znovu privezený pre recidívu synkopy so symptomatickou posturálnou hypotenziou a opätovne prijatý na JIS. Pri prijatí vo fyzikálnom náleze dominoval anemický kolorit pacienta a hypotenzia. KO bol s významnou normocytárnou anémiou s hemoglobínom 85 g/l, bez leukocytózy, rýchlo sa rozvinula meléna. Následovala intenzívna liečba krvácania do zažívacieho traktu (i.v. somatostatín, PPI), infúzna terapia kryštalickými roztokmi, transfúzie erymasami (celkovo 4x). Akútna gastroskopiя nepreukázala zdroj krvácania. Pacient ďalej absolvoval počítačová tomografiю (CT) brucha s enterografiou, ktorá bola bez detekovateľného zdroja krvácania, bez známk Meckelova divertiklu, karcinoidu či inej príčiny krvácania. Vzhľadom k vyčerpaniu našich diagnostických možností sa pacient