

po stabilizácii stavu ešte v deň prijatia preložil k dovyšetreniu na JIS III. internej gerontometabolickej kliniky FNHK.

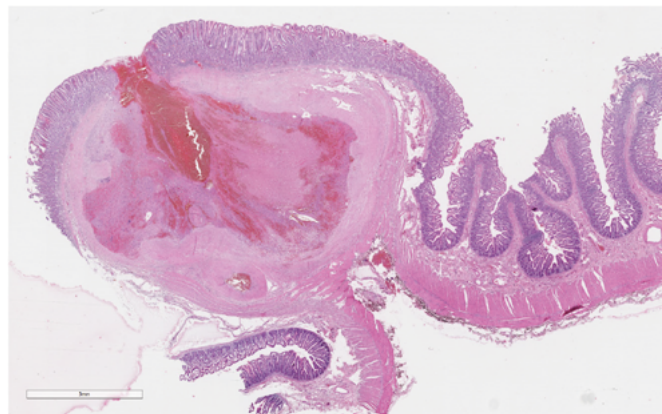
Tu sa doplnila plánovaná kapslová endoskopia s nálezom krvácajúceho submukózneho tumoru jejunu o veľkosti asi 10 mm. V diferenciálnej rozvahe sa zvažoval gastrointersticiálny stromálny tumor (GIST) alebo cievna malformácia. Stav pacienta bol následne komplikovaný recidívou krvácania s rozvojom hemoragického šoku. Akútna CT angiografia brucha odhalila významný arteriálny extravazát kontrastnej látky v lumen orálneho jejunu, riešený vazograficky embolizáciou pomocou histoacrylu (Obr. 1). Efekt bol však len prechodný. V ďalšom priebehu pacient absolvoval dvojbalónovú enteroskopiю. Popisovaný malý submukózny tumor jejunu z kapslovej endoskopie bol s koagulom a viditeľným aktívnym krvácaním (Obr. 2). Snaha o zastavenie krvácania opichom adrenalínu nebola úspešná. Vzhľadom k charakteru lézie a hemodynamickej instabilite pacienta sa endoskopisti o ďalšiu intervenciu nepokúšali a pacient bol indikovaný k urgentnému chirurgickému riešeniu. Miesto krvácania označili Spotom, vďaka ktorému sa krvácajúce ložisko našlo asi 200 cm za Treitzovým väzom. Laparotomicky sa zresekovalo asi 10 cm proximálneho jejunu s malým krvácajúcim tumorom a zároveň bol odstránený i náhodne nájdený nekrvácajúci Meckelov divertikel. Podľa výsledku histologického vyšetrenia (ktoré sme mali k dispozícii až po dimisii pacienta) bola príčinou krvácania Dieulafoy lézia. Makroskopicky sa v resekáte popisovalo prekrvácané ložisko o priemere 15 mm s 2 mm ulceráciou, v lumen čreva sa nachádzalo krvné koagulum. Mikroskopický popis ložiska obsahoval povrchovo exulcerovanú sliznicu tenkého čreva, v submukóze bola zastihnutá tepna muskulárneho typu (priemer 8 mm) s ruptúrou, výpadky elastiky, s trombom a akútnym krvácaním (Obr. 3 a 4). Meckelov divertikel bol s heterotopickou sliznicou tela žalúdka bez pozoruhodností.

Pooperačný priebeh a rekonvalescencia sa obišli bez komplikácií. Po 8 dňoch hospitalizácie sa pacient preložil k doliečeniu a rehabilitácii na naše štandardné oddelenie. I po zatažení stravou bol naďalej bez ťažkostí, bez recidívy krvácania a po 3 dňovej hospitalizácii sa následne prepustil do domáceho ošetrovania. V januári roka 2019 na plánovanej kontrole bol naďalej bez problémov a recidívy krvácania.

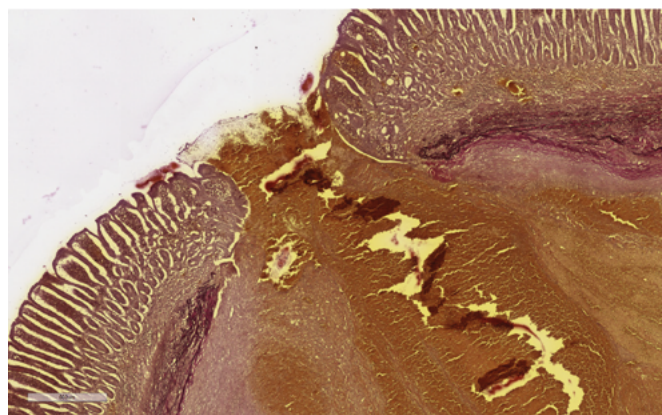
Diskusia

Krvácaním do GIT z neurčeného zdroja (v anglickej literatúre „obscure bleeding“) sa označuje recidivujúce či pretrvávajúce, nápadné alebo okultné krvácanie, pokiaľ sú vstupné štandardné endoskopické vyšetrenia (gastroskopia a kolonoskopia) negatívne (9). 75 % krvácaní z nejasného zdroja je lokalizovaných na tenkom čreve, zvyšok tvoria lézie prehliadnuté v dosahu štandardných endoskopických metód (9–11). Najčastejším zdrojom krvácania z neurčeného zdroja sú cievne malformácie (40 %), ďalej nádory tenkého čreva, vredy tenkého čreva, Crohnova choroba, ulcerácie ektopickej žalúdočnej sliznice v Meckelovom divertikli, varixy tenkého čreva, postradiačná enteropatia a iné (9). Dieulafoy lézia je jedna z možných príčin krvácania do GIT z nejasného zdroja. Krvácanie je často intermitentné, lokalita môže byť relatívne nedostupná pre konvekčnú endoskopiю hlavne v prípade jejunu a ilea a lézie sú malé, nenápadné a veľakrát nepostrehnuté i v prí-

Obr. 3. Dieulafoy lézia jejunu, hematoxylin-eozin, 10x



Obr. 4. Dieulafoy lézia jejunu, farbenie na elastiku (čierne vlákna) 35x



pade opakovania diagnostických metód (3). DL by sa mala endoskopicky odlišiť od iných patológií s podobným klinickým prejavom a endoskopickým vzhľadom ako sú arteriovenózne malformácie, hereditárna hemoragická teleangiektázia alebo vaskulárne tumory. Predovšetkým gastrointestinálne stromálne tumory (GIST), ktoré stáli na prvom mieste v diferenciálnej diagnostike u nášho pacienta, môžu imitovať DL (12). Na rozdiel od hereditárnej hemoragickej teleangiektázie, žiadne genetické mutácie neboli asociované s DL. Angiodyspláziu možno odlišiť od DL jej charakteristickým angiografickým obrazom ako je skoré venózne plnenie. Je veľmi dôležité rozlíšiť DL od adenomatózneho polypu, aby sa predišlo masívnemu krvácaniu z „polypektómie“ DL (3). Scitigraficky 99mTc značeným pertechnetátom po podaní pentagastrínu a H2-blokátorov môžeme potvrdiť ektopickú žalúdočnú sliznicu v Meckelovom divertikli hlavne u mladších pacientov (9).

V minulosti sa diagnostika DL opierala skoro výlučne o histologické vyšetrenie po chirurgickej intervencii. V dnešnej dobe je DL diagnostikovaná skôr endoskopicky než histologicky. Endoskopické diagnostické kritériá pre DL zahrňujú niekoľko parametrov:

- aktívne arteriálne striekanie alebo mikropulzatívne krvácanie z minimálneho slizničného defektu (< 3 mm) alebo z normálnej okolitej sliznice;
- viditeľná protrudujúca cievka s alebo bez aktívneho krvácania z minimálneho slizničného defektu alebo z normálnej okolitej sliznice;
- čerstvé, hutné priliehajúce koagulum s úzkym bodom prichytenia k minimálnemu slizničnému defektu alebo k normálne vyzerajúcej sliznici (2, 5).