

Histologicky sa jedná o normálnu muskulárnu arteriolu bez výdutí, aterosklerotických zmien a bez známok vaskulitídy. Má abnormálne široký priemer, zachovávajúc si konštantnú šírku 1–3 mm. Prebieha vinuto pozdĺž submukózy a typicky protruduje cez drobný 2–5 mm slizničný defekt s fibrinoidnou nekrózou na jeho bázi (2, 5). Okolité sliznica je normálna (5).

Jejunálna DL zahŕňa len 3,5 % všetkých krvácaní z tenkého čreva. V literatúre je popisovaných menej ako 50 prípadov jejunálnej DL (5). Pri negativite vstupných štandardných endoskopických vyšetrení krvácaní z nejasného zdroja a po vylúčení významnej striktúry čreva, je diagnostickou metódou voľby kapslová endoskopia (9–11). Výhodou je nízka invazivita, vysoká diagnostická výťažnosť (61 %) hlavne v intrahemoragickej fáze (do 48 hod) a vysoká pravdepodobnosť vyšetrenia celého tenkého čreva (84 %) (9). Nevýhodou je absencia terapeutického potenciálu (2, 3). Pri hemodynamickej nestabilite pacienta volíme diagnostické metódy s terapeutickým potenciálom ako angiografia alebo hlboká enteroskopia (jednobalónová alebo dvojbaloňová). Lipka et al stanovil prevládajúcu lokalitu DL v proximálnom jejunu (13) a Dulic-Lakovic et al ukázal, že priemerná vzdialenosť jejunálnej DL od pyloru bola 132 ± 115 cm (14), čo splňoval i náš pacient. Angiografické vyšetrenie je prínosné predovšetkým u pokračujúceho krvácania s intenzitou minimálne 0,5–1 ml/min (9, 15). Neexistuje špecifický radiologický obraz pre DL, ale nález extravazácie kontrastu z normálne vyzerajúcej veľkokalibrovej vinutej erodovanej artérie môže túto diagnózu naznačovať (3, 5). Tiež sa v literatúre popisuje prípad pacienta, u ktorého sa DL jejuna prezentovala krátkou striktúrou na CT a enteroklyze (16). CT angiografia bola prínosná v diagnostike miesta krvácania v 79,2 % (19/24) (17). Jednobalónová alebo dvojbaloňová enteroskopia je podľa recentných štúdií preferovanou metódou liečby krvácania v strednej časti GIT (medzi Vaterovou papilou a Bauhinovou chlopňou), a teda aj jejunálnej DL (5). Poskytuje diagnostickú výťažnosť porovnateľnú s kapslovou enteroskopiou (57 %), ale aj možnosť odberu vzoriek k histologickému vyšetreniu a terapeutické možnosti u 43–84 % pacientov. Hlavnou nevýhodou je vyššia invazivita, nižšia dostupnosť, riziko komplikácií a relatívne nízka pravdepodobnosť vyšetrenia celého tenkého čreva v jednom sedení (29 %) (9). Malá veľkosť DL, masívne krvácanie alebo tvorba koagul v lumen tenkého čreva môže výrazne zťažiť diagnostiku, preto je často nutné endoskopiu opakovať (8). Scintigrafia s technéciom 99 značenými erytrocytmi môže byť nápomocná pri diagnostike krvácania z DL po nediagnosticských endoskopiách. Je vysoko senzitivná (zachytí krvácanie až 0,1 ml/min), ale málo špecifická. Lokalizácia nie je presná, určí len orientačnú časť brušnej dutiny, kde sa zdroj krvácania nachádza, preto sa indikuje len výnimočne (3, 15). Podporné metódy ako endoskopický ultrazvuk a vyprovokovanie krvácania pomocou intravenózneho podania heparínu môže pomôcť zlepšiť diagnostickú úspešnosť DL (3).

Pacienti s DL sa obvyčajne prezentujú masívnym krvácaním do GIT, preto stojí na prvom mieste v terapii všeobecný prístup pri krvácaní do GIT, ktorý zahŕňa tekutinovú resuscitáciu, krvné transfúzie a podrobnú monitoráciu vitálnych funkcií. Hlavný faktor určujúci, ktorá liečebná metóda je pre pacienta vhodná, je pacientov hemodynamický status

(5). I keď neexistujú konkrétne odporúčané postupy pre terapiu DL, v posledných rokoch sú výrazne uprednostňované endoskopické a angiografické terapeutické postupy pred chirurgiou (3). Endoskopické terapeutické metódy sú liečbou voľby u ľahko dostupných lézií s úspešnosťou cez 90 % a nízkym rizikom recidívy krvácania pod 10 % (2, 3). Niektoré štúdie naznačujú, že mechanické hemostatické metódy sú v porovnaní s injekčnými a termokoagulačnými účinnejšie. Taktiež kombinácia endoskopických metód má nižší výskyt recidív krvácania než monoterapie (2, 3). Dulic-Lakovic et al popisoval recidívu krvácania u 3 z 10 pacientov po ošetrení DL balón-asistovanou enteroskopiou (BAE), z toho 2 z 10 pacientov finálne vyžadovalo chirurgickú intervenciu (13, 14). Lipka et al zas preukázal 87,5 % (7 z 8) úspešnosť iniciálnej hemostázy pomocou jednobalónovej enteroskopie. Ani jeden pacient následne nevyžadoval chirurgickú intervenciu (13). V oboch štúdiách kombinovali hlavne termokoaguláciu, argonplazmakoaguláciu, adrenalínové injekcie a klipovanie. Selektívna angiografia s embolizáciou môže byť liečba voľby pre pacientov:

- u ktorých zlyhala endoskopická terapia,
- akútne krvácajú z dolného GIT alebo krvácanie je mimo dosah terapeutickéj endoskopie,
- nie sú vhodnými kandidátmi pre chirurgické riešenie (8, 17).

Embolizácia nesie riziko ischémie čreva zásobovaného postihnutou artériou (2, 3). V literatúre popisované výsledky terapeutickéj angiografie DL sú nekonštantné (17). Yilmaz et al. popisoval v zhrnutí 6 prípadov s jejunálnou DL, u ktorých terapeutická angiografia zlyhala podobne ako v našom prípade (5). Chirurgická revízia je nutná u pacientov, u ktorých zlyhala endoskopická alebo angiografická terapia alebo s hemodynamickou nestabilitou, ako to bolo i v našom prípade. Laparoskopická minimálne invazívna intervencia je atraktívna varianta, vyžaduje ale preoperatívnu lokalizáciu miesta krvácania, na čo slúži intraoperatívna endoskopia (5, 8). Segmentálna resekcia a anastomóza je preferovaný chirurgický postup pri jejunálnej DL. Po chirurgickom ošetrení DL sa v literatúre nepopisuje žiadna recidíva krvácania (5). Kozan et al referoval podobný prípad končiaci urgentnou chirurgickou intervenciou ako v našej kazuistike, s rozdielom využitia intraoperatívnej enterotomie a endoskopie (8).

Záver

Naša kazuistika potvrdzuje fakt, že DL jejuna patrí medzi významné príčiny krvácania do GIT a nemalo by sa na ňu zabúdať v diferenciálnej diagnostike krvácania z neurčeného zdroja. Jej diagnostika a liečba vyžaduje multidisciplinárny prístup, môže spôsobiť značné problémy, časové prestoje a patrí na pracoviská vyššieho typu s dostupným personálnym a technickým vybavením. I keď sú v dnešnej dobe preferované endoskopické a minimálne invazívne terapeutické postupy pri liečbe DL, chirurgická intervencia s preoperatívnu alebo perioperatívnu lokalizáciou zdroja krvácania je stále metódou voľby hlavne pri hemodynamickej nestabilite pacienta alebo po zlyhaní terapeutických endoskopických a angiografických metód. Pri voľbe diagnostickej a liečebnej metódy je potrebné pristupovať individuálne a podľa možností daného pracoviska.