

Pseudotumory tráviaceho traktu

MUDr. Jozef Beláček, CSc.¹, doc. MUDr. Augustín Prochotský, CSc.¹, MUDr. Peter Levčík¹, MUDr. Regina Muranská¹, prof. MUDr. Ján Jakubovský, DrSc.²

¹II. chirurgická klinika LF UK a UNB, Nemocnica sv. Cyrila a Metoda, Bratislava-Petržalka

²Ústav histológie a embryológie LF UK Bratislava

Črevné zápalové pseudotumory (IPS) sú rôznorodou skupinou nádorov. Etiologicky, morfológicky a tiež histopatologicky sú nesúrodé. Vznikajú v dôsledku chronických nešpecifických a špecifických zápalových zmien. Výskyt zápalových pseudotumorov (Inflammatory Pseudotumors, IPS) je zriedkavý. V brušnej dutine sú často v žalúdku (1), v pečeni, v slezine a v omente (2). Ešte zriedkavejšie postihujú črevo. V tenkom čreve sú IPS časté na konci ilea, v hrubom čreve na konci sigmy a v rekte (3, 4). Klinický priebeh črevných pseudotumorov je dlho nemý, pacienti anemizujú a chudnú. Neskôr prichádzajú dyspeptické ťažkosti a bolesti, ktoré napokon môžu vyústiť do ileózneho stavu. Liečebné riešenie je konzervatívne, ale urgentné stavy treba aj napriek nie celkom precíznej diagnóze operovať. Chirurg predoperačne a často aj počas operácie nemôže zistiť príčinu choroby, lebo pseudotumor len veľmi ťažko možno odlíšiť od malígneho nádoru. V práci poukazujeme na jednotlivé typy pseudotumorov čreva a prezentujeme možnosti chirurgickej liečby.

Kľúčové slová: pseudotumory čreva, diagnostika, urgentná operácia

Pseudotumors of gastrointestinal tract

Inflammatory Pseudotumors /IPS/ occur very rarely. Etiologically, morphologically and histopathogenetically, they are a heterogeneous group. They arise due to chronic non-specific and specific inflammatory changes. In the abdominal cavity they often originate in the stomach (1), liver or spleen (2). They rarely occur at the end of the small intestine and the large intestine, where they can be found at the end (3, 4). The clinical behavior is rather mild, patients are anemic and lose weight. Later, dyspeptic complaints, pain and ileus symptoms are added. Treatment is conservative, but urgent cases need to be operated. The surgeon preoperatively and often also during surgery can not find the cause of the disease because pseudotumor is very difficult to distinguish from the malignant tumor. The aim of our work was to point out the individual types of pseudotumor of the intestine and the possibilities of surgical treatment.

Key words: Pseudotumors of gastrointestinal tract, diagnosis, urgent operation

Slov. chir., 2018;15(3-4):106-108

Úvod

Črevné pseudotumory sa vyskytujú zriedkavo, frekvencia IPS sa v literatúre neuvádza. Svojim priebehom sú dlho klinicky nemé. Často sa prejavia až v pokročilom štádiu ochorenia, keď spôsobujú bolesti, subileózne ťažkosti alebo ileus. Príznaky môžu imitovať aj malígne tumory, ale predoperačná diagnostika napriek moderným vyšetrovacím metódam je nemožná. Až peroperačná biopsia alebo pooperačné histologické vyšetrenie pseudotumoru zistí primárne ochorenie, najčastejšie nešpecifický zápal, Crohnovu chorobu, divertikulitídu, endometriózu alebo špecifické zápaly ako tuberkulózu a aktinomykózu. Chirurg sa väčšinou s IPS stretáva pri urgentných stavoch, náhlych brušných príhodách. Metódou voľby v liečbe je operácia, ktorá predstavuje resekčný výkon.

Kazuistiky

Pacientka 1

Pacientka G. G., narodená 1959, bola prijatá na chirurgickú kliniku 19. 4.

2005 s dvojdňovou anamnézou bolesti brucha, zástavou vetrov a stolice. Po spasmolytických infúziách objektívne ťažkosti pretrvávajú a pri vyšetrení je brucho meteoristické, nepriehmatné, bez príznakov peritoneálneho dráždenia. Na natívnej snímke sú známky ilea hrubého čreva. Preto indikujeme 20. 4. 2005 operáciu s nálezom stenotizujúceho tumoru rektosigmy veľkosti 6 x 9 cm s postihnutím serózy. Vykonávame subtotalnú resekciu hrubého čreva s ileo-rekto-anastomózou. Pooperačný priebeh sa komplikoval sekundárne sa hojacou ranou. Po týždňovej antibiotickej liečbe je stav zlepšený, pacientka bola prepustená domov 15. pooperačný deň. Histologicky v resekáte v stene čreva boli ložiská endometriózy, v 8 lymfatických uzlinách sinusová histiocytóza. Celý resekát čreva bol bez malignity, asi 7 cm od stenózy distálne bol zistený stopkatý polyp 3 x 1,5 cm, bez dysplastických zmien. Tri roky po operácii bola pacientka hospitalizovaná pre ileus tenkého čreva a operovaná (11. 3. 2008) pre adhézie medzi kľučkami tenkého čreva.

Vykonaná adhéziolýza. Pooperačný priebeh bez komplikácií.

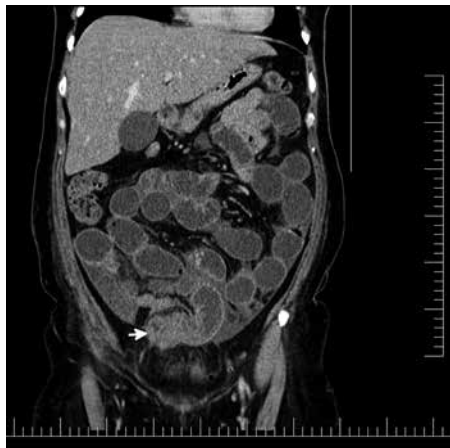
Pacientka 2

Pacientka J. Š., narodená 1982, bola laparoskopicky operovaná na gynekologickej klinike (21. 12. 12) pre tuboovariálny absces. Pooperačne vracala a naviac sa u nej objavili bolesti v podbrušku. Preto bola preložená na chirurgickú kliniku 7. 1. 2013 so subileóznymi príznakmi. Laboratórne vyšetrenia v norme, kolonoskopicky zistená stenóza v hĺbke 20 cm od anu, bez prí-

Obrázok 1. Pacientka 2, J. Š. 1982. CT snímka ukazuje pseudotumor sigmy



Obrázok 2. Pacientka 3, A. G. 1970. CT snímka ukazuje pseudotumor ilea



znakov kolitídy. Irigograficky nepravidelná stenóza sigmy. CT vyšetrením (obrázok 1) zistený solidný expanzívny proces v panve vľavo. Laboratórne vyšetrenia boli v norme až na leukocytózu 12.000. Pre zhoršujúce sa príznaky ilea 10. 1. 2013 operovaná s nálezom tumoru sigmy. Bola urobená resekcia sigmy. Histologicky v stene sigmy boli hniezda endometriózy s nešpecifickými granulómami, resekčné línie bez malignity. Rana sa zahojila primárne. Pacientka bola realimentovaná a prepustená domov 14. pooperačný deň.

Pacientka 3

Pacientka A. G., narodená 1970, bola 8. 10. 2015 operovaná na gynekologickej klinike pre myomatózny uterus. Vykonaná hysterektómia s obojstrannou adnexotómiou. Siedmy pooperačný deň bola prepustená domov a už 16. 10. 2015 prijatá na chirurgickú kliniku s klinickými, RTG a CT známami ilea (obrázok 2). Indikujeme urgentnú operáciu, pri ktorej nachádzame pseudotumor terminálneho ilea. Vykonaná ileocekálna resekcia s ileoascendentooanastomózou. Histologicky bola v zápalovom tumore verifikovaná endometrióza tenkého čreva. Pooperačný priebeh bol bez komplikácií a rana sa zahojila primárne.

Pacientka 4

Pacientka R.K., narodená 1983 bola prijatá na II. chirurgickú kliniku 19. 6. 2018 pre 2 týždne trvajúce nafukovanie brucha a vracanie. USG, RTG a CT vyšetrením (obrázok 3) zistený ileus tenkého čreva. Pacientka operovaná do 6 hodín pre ileus distálneho ilea, kde 5 cm od céka bol tumor priemeru 2 cm (obrázok 4, 5). Vykonaná bola ileocekálna resekcia a ileoascendoanasto-

Obrázok 3. Pacientka 4, R. K. 1983. CT snímka ukazuje pseudotumor distálneho ilea



móza. Pooperačný priebeh bez komplikácií. Histologicky v mieste tumoru sa našla hyperplastická stena čreva s početnými ložiskami endometriózy, lokalizovanými seromuskulárne a tiež v subseróznom tuku. Resekčné línie boli voľné a 21 lymfatických uzlín bez postihnutia.

Diskusia

Pseudotumory čreva charakterizuje chronický zápal produktívneho typu. Ten spočiatku postihuje časť črevnej steny, v pokročilom štádiu celý obvod čreva. Vyskytujú sa v distálnom úseku tenkého čreva, na apendixe, na začiatku hrubého čreva a hlavne na jeho konci. Vznikajú pri flegmónových, či pri vredových postihnutiach čriev, pri apendicitíde, pri divertikulitíde, Crohnovej chorobe, endometrióze (5), špecifických zápaloch alebo pri hyperplázii lymfatického tkaniva (granulómy).

Pseudotumory tenkého čreva najčastejšie vzniknú pri endometrióze, apendicitíde, zápaloch túb a ovárií a terminálnej ileitíde. Zvyčajne sú lokalizované v distálnom úseku tenkého čreva (6), výnimočne v duodéne (7). Často sú klinicky nemé. Až v pokročilom štádiu prichádzajú poruchy trávenia a subileózne ťažkosti na podklade zápalovej stenózy. Niekedy je hmatný tumor v podbrušku. Zvýšené bývajú zápalové markery (CRP). Leukocytóza a subfebrilita nie sú štandardné nálezy. Irigografický aj kolonoskopický nález býva negatívny, iba CT vyšetrenie býva pozitívne, ale zväčša neurčí druh choroby. Ak CT vyšetrenie potvrdí nález rúrového zhrubnutia distálneho ilea, eventuálne stenózu, ide skôr o špeci-

Obrázok 4. Pacientka 4, R. K. 1983. Operačný nález pseudotumoru distálneho ilea



Obrázok 5. Pacientka 4, R. K. 1983. Preparát pseudotumoru distálneho ilea



fické infekcie alebo o Crohnovu chorobu. Operačne sa v tomto prípade vykoná resekcia distálneho ilea, či ileocekálna resekcia s ileoascendentostómiou. Ďalší spôsob liečby a druh choroby určí až výsledok biopsie.

Pseudotumory apendixu na rozdiel od periapendikálneho infiltrátu alebo abscesu sa vyskytujú zriedkavo (8) a ich prejavy sú nevýrazné. Klinickým vyšetrením sa zistí hmatná rezistencia. Až sonografické a CT vyšetrenie ukázu podozrenie na tumor alebo na pseudotumor. Príčinou pseudotumoru apendixu býva Crohnova choroba, endometrióza (9), aktinomykóza (10), či cudzie teleso. Z iných diferenciálno-diagnostických príčin pripadajú do úvahy mukokéla, karcinoid alebo karcinóm apendixu. Diagnostika pseudotumoru pred operáciou je nemožná. Chirurg zvyčajne operuje pre zápal a bežne vykoná apendektómiu. Keď operuje pre veľký tumor alebo pseudotumor môže vykonať ileocekovú resekciu alebo pravostrannú hemikolektómiu, ale až biopsia overí primárnu chorobu apendixu.

Pseudotumory céka prvý opísal Virchow (11), najčastejšie vznikajú pri

apendicitíde (12), pri divertikulitíde (13), Crohnovej chorobe, kolitíde (14), alebo pri intususcepcii (15). Neisté, dlhotrvajúce tráviace ťažkosti prechádzajú do kŕčovných bolestí. Postupne v pravom podbrušku vzniká hmatný tumor. Irigografia a kolonoskopia ukáže stenózu bez postihnutia sliznice čreva. Vzostup markerov zápalu a pozitívny CT nález nešpecifikujú chorobu, sú však dôvodom k operácii. Histologicky má pseudotumor charakter granulačného tkaniva. Proces začína v submukóze a pokračuje zvnútra navonok, zároveň sa šíri cirkulárne okolo čreva a nakoniec spôsobí stenózu prievitu čreva. Má 3 varianty: hyalínový s amyloidom, bunkový a sklerotizujúci (16). Možná je tiež tvorba cýst v črevnej stene, osobitne v submukóze colon ascendens, kde vzniká plyn. Dutiny obsahujúce plyn zasahujú od submukózy až do serózy, čo je charakteristické pre pneumatosis cystoides (17). Pseudotumory céka mávajú veľké rozmery, preto ich treba resekovať, alebo urobiť pravostrannú hemikolektómiu s ileotransverzostómiou. Ďalšia liečba sa odvíja od biopsie.

Pseudotumory sigmy a rekta sú najčastejšími miestami postihnutia hrubého čreva. Ide o granulomový zápal na podklade divertikulitídy (18, 19) alebo endometriózy (5, 6, 20), zriedkavejšie pri Crohnovej chorobe. Chronický zápal sa šíri z prievitu čreva pod serózu a tiež cirkulárne okolo čreva. Veľkosť pseudotumoru pri divertikulitíde záleží na dĺžke postihnutého segmentu hrubého čreva základnou chorobou. Ložiská endometriózy (ektopické ložiská endometria v čreve) sú veľké od pár mm až po niekoľko cm. Spôsobujú bolesti brucha, útlak a obštrukciu hrubého čre-

va. Konzervatívna liečba je hormonálna. V ileóznom stave je nutné odstránenie postihnutého úseku rektosigmy so stómiou (Hartmannova operácia) alebo samostatná resekcia postihnutého úseku sigmy a rekta. Výsledok môžeme zistiť perioperačne biopsiou. Mikroskopické vyšetrenie ukáže intaktnú sliznicu, hniezda endometriotických žliaz a stromálneho tkaniva prerastajúce muskularis propria. Endometriálny epitel aj stromálne bunky sú pozitívne na estrogénne a progesterónové receptory v stene čreva. Stromálne bunky sú pozitívne imunohistochemicky CD 10. Kolonoskopia a irigografia ukáže neporušenú sliznicu. Na CT snímkach je vidno tumor veľkých rozmerov, bez postihnutia lymfatických uzlín, bez metastáz. Extragenitálna forma endometriózy postihujúca črevo v 3 – 37 % (5, 6), sa vyskytuje v tenkom čreve (1 – 7 %), v ileocekalnej oblasti (4 %) a v rektosigme (50 – 90 %) (9,20).

Záver

Pseudotumory čreva sa vyskytujú zriedkavo, väčšinou ako následok špecifických a nešpecifických zápalových chorôb. Stanovenie diagnózy pred operáciou je napriek moderným vyšetrovacím metódam takmer nemožné. Choroba sa často zistí až pri vynútených operáciách pre stenózu či obštrukciu zažívacieho traktu. Metódou voľby je resekčný výkon s obnovením kontinuity a pasáže dutou trubicou tráviaceho traktu. V pokročilých prípadoch treba vykonať Hartmannovu operáciu.

Literatúra

1. Gauchotte G, Bressenot A, Serradori T, et al. Reactive nodular fibrous pseudotumor: A first report of gastric localization. *Gastroenterol Clin Biol.* 2009;33(12):1076-1081.

- Diop B, Konate I, Ka S, et al. Mesenteric myofibroblastic tumor: NSAID therapy after incomplete resection. *J Visc Surg.* 2011;148(4):311-314.
- Sanders BM, West KW, Gingalewski C, et al. Inflammatory pseudotumor of the alimentary tract. *J. Pediatric. Surg.* 2001;36(1):169-173.
- Gurzu S, Bara T, Jung I. Inflammatory tumor of the colon. *J Clin Oncol.* 2013;31:155-158.
- Dan B, Radu Ch, Tanacescu C, et al. A rare case of ileus caused by ileum endometriosis. *Int J Surg Case Rep.* 2016;26:24-26.
- Tong YL, Chen Y, Zhu SY. Ileocecal endometriosis. *World J Gastroenterol.* 2013;23:3707-3710.
- Petrovič I, Augustin G, Hlupic L, et al. Inflammatory myofibroblastic tumors of the duodenum. *Asian J Surg.* 2013; pii: S1015 – 9584 (13)00105-X. doi: 10.1016/j.asjsur.2013.09.015.
- Zuna V, Karliček V, Novotný V. Pseudotumory červu. *Plzeň lék Sborn.* 1976;S34:93-96.
- Suchý T, Štěpán J. Extragenitálna endometrióza. *Rozhl. Chir.* 2004;83(5):239-241.
- Mayzlík J, Králík J. Aktinomykóza ileocekalní krajiny imitující karcinom. *Plzeň lek Sborn.* 1976;S34:101-102.
- Wirchow R. Zur Diagnose und Prognose des Carcinoms. *Arch Pat Anat Phys klin Med.* 1863;111(1):1-24.
- Nájemník J. Pseudotumory céka. *Plzeň lék. Sborn.* 1976;S34:97-100.
- Bureš Z, Kazil P. Pravostranné divertikulózy. *Plzeň. lek. Sborn.* 1976;S34:193-195.
- Vyhnanek F, Hájek M, Vorreith M. Pseudotumory tl. střeva. *Rozhl. Chir.* 1979;58(7):393-398.
- Huang Y, Li LP, Wang J, Lun ZJ, et al. Inflammatory pseudotumor of the colon causing intussusception. *W. J. Gastroenterol.* 2015;21(2):704-710.
- Nowacki NB, Arnold MA, Frankel WL. Gastrointestinal tract-derived pulse granulomata: clues to underrecognized pseudotumor. *Am. J. Surg. Pathol.* 2015;39(1):84-92.
- Psychl L. Pneumatosis cystoides intestini caeci. *Čes. Slov. Patol.* 2006;42(4):194-196.
- Doubek Z, Poddaný V. Zánětlivé pseudotumory tlustého střeva. *Rozl. Chir.* 1972;51(7):421-426.
- Satahoo SS, Bratwaite C, Davis JS. Obstructing apple core lesion of the rectum. A case of inflammatory pseudotumor. *J Pediatric Surg.* 2013;48(3):667-680.
- Alexandrino G, Lourenco LC, Carvalho et al. Endometriosis a Rare Cause of Large Bowel Obstruction. *Port J Gastroenterol.* 2018;25:86-90.

MUDr. Jozef Beláček, CSc.

II. chirurgická klinika LF UK a UNB
Nemocnica sv. Cyrila a Metoda
Antolská 11, 851 07 Bratislava
jozef.belacek@gmail.com

