

# Chirurgická liečba Crohnovej choroby v hornej časti tráviaceho traktu

MUDr. Tomáš Jankovič, PhD.<sup>1</sup>, doc. MUDr. Jozef Korček, PhD.<sup>1,2,3</sup>, MUDr. Marián Bakoš, PhD., MPH<sup>1,4</sup>, doc. MUDr. Luděk Vrtík, CSc.<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Chirurgická klinika FN Nitra

<sup>2</sup>Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre

<sup>3</sup>Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave

<sup>4</sup>Lekárska fakulta SZU Bratislava

<sup>5</sup>1. chirurgická klinika LF UK a UN Bratislava

**Autori prezentujú komplexný pohľad na problematiku Crohnovej choroby v oblasti hornej časti tráviaceho traktu – proximálna forma choroby. V úvode venujú pozornosť diferenciálnej diagnostike pomerne vzácných foriem Crohnovej choroby v tejto časti tráviaceho systému. Zdôrazňujú správnu a rýchlu indikáciu chirurgickej liečby, pričom opisujú vhodnú chirurgickú metodiku na riešenie komplikácií Crohnovej choroby.**

**Kľúčové slová:** Crohnova choroba, chirurgická liečba, diagnostika

## Surgery of Crohn's disease in upper digestive tract

**The authors present complex view for issues of Crohn's disease in the upper digestive tract - proximal form of disease. The introduction of the article they are focused on the differential diagnostics of this rarely forms of Crohn's disease. They emphasize correct and urgent surgery. They describe appropriate methods for solution of Crohn's disease complications.**

**Key words:** Crohn's disease, surgery, diagnostic

Slov. chir., 2021;18(3-4):93-95

## Úvod

Crohnova choroba (Crohn's disease – CD) je systémové zápalové ochorenie tráviaceho ústrojenstva. Ide o chronický nešpecifický zápal ktorejkoľvek časti tráviacej trubice, segmentálny alebo pluri-segmentálny, transmuralný, v typických prípadoch granulomatózny. Najčastejšia a charakteristická lokalizácia Crohnovej choroby je terminálne ileum a ileocekálna oblasť (1). Výskyt ochorenia orálne od terminálneho ilea je pomerne raritné a predstavuje v priemere menej ako 5 % z celkového množstva ochorení (2).

Prvýkrát opísal lokalizáciu Crohnovej choroby orálne od ilea Gottlieb a spol. na prípade duodenálnej formy ochorenia (3). Montrealská a Viedenská klasifikácia nazýva tieto formy Crohnovej choroby ako proximálna CD (4, 5).

## Epidemiológia

Presná incidencia proximálnej CD nie je doteraz jasne udaná. Raritosť nálezu, obtiažnosť v diagnostike a chýbanie rozsiahlejších štúdií nedovoľuje stanoviť presné číslo. Najčastejšie sa interval incidencie proximálnej formy ochorenia udáva od 0,5 % do 16 %. Častejšie je postihnutá mužská populácia v pomere 1,2 : 1. (6).

Výskyt izolovanej formy proximálnej CD je raritný. Oveľa častejšie sa vyskytuje v koincidencii s ileocekálnou formou ochorenia.

## Klasifikácia proximálnej formy Crohnovej choroby

Klasifikácia Crohnovej choroby orálne od ilea sa opiera o čoraz presnejšie formy endoskopie, enterografie, bezdrôtovej kapsulovej endoskopie a symptomatológie ochorenia. Medzi najčastejšie používané klasifikácie patria:

1. Lennard-Jonesova klasifikácia
2. Viedenská klasifikácia
3. Nugentova a Royova klasifikácia

## Diagnostika

Diagnostika proximálnej CD je založená na kombinácii výsledkov zobrazovacích modalít, ezofagogastroskopie, enteroskopie, kapsulovej endoskopie, histopatológie a prejavmi ochorenia.

## Ústna dutina

Výskyt Crohnovej choroby v ústnej dutine sa označuje ako orálna Crohnova choroba (OCD). Klinická prezentácia ochorenia je rôzna. Najčastejšie postihnuté sú pery, bukálna sliznica a gingíva.

Typické sú bolesti, pálenie, krvácanie a opuch. Pri vyšetrení nachádzame fisúry, ulcerácie a aftózne útvary.

Liečba OCD je často už zahrnutá v liečbe intestinálnej formy CD. Okrem systémovej liečby sa pridáva topická liečba kortikoidmi a dezinfekcia ústnej dutiny (7).

## Pažerák

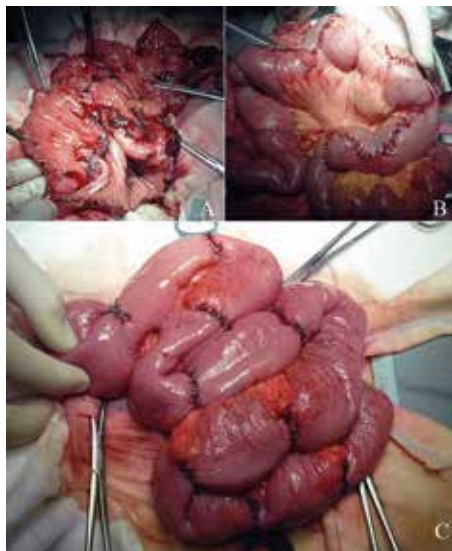
Doteraz bolo opísaných viac ako 100 prípadov ezofageálnej formy CD. Prvýkrát bola opísaná v roku 1950 (8). Prakticky vždy sprevádzala intestinálnu formu ochorenia. Najčastejšie je postihnutá distálna tretina pažeráka. Prevalencia tejto formy CD je 0,3 – 10 % dospeljej populácie (9). Ochorenie prebieha v troch fázach:

1. Iniciálna fáza – inflamácia, edém, erózie a lineárne ulcerácie
2. Druhá fáza – stenózy
3. Tretia fáza – dysfágia, odynofágia, vracanie a chudnutie

V diagnostike tejto formy CD zohráva najdôležitejšiu úlohu endoskopia. Pri vyšetrení nachádzame aftózne ulcerácie, ezofagitídu, erózie, striktúry a neskôr fistuly do okolitých štruktúr.

V liečbe ezofageálnej formy CD dominuje konzervatívna liečba (5-ami-

**Obrázok 1.** Striktúroplastika sec. Heineke-Mikulicz (vlastný klinický materiál, doc. Korček)



nosalicylová kyselina, kortikoidy, antagonizujú histamín-2-receptora, inhibítory protónovej pumpy). Ochorenie v tejto oblasti reaguje na liečbu rýchlejšie ako v oblasti čreva. Pacienti, ktorí nereagujú pozitívne na liečbu tzv. prvotnými liekmi, podstupujú v druhom cykle liečbu druhotnými liekmi – 6-merkaptopurín, azatioprin, cyklosporín a talidomid (10). Infliximab je v liečbe ezofageálnej formy CD indikovaný, ak ide o ochorenie refraktérne na predchádzajúce lieky (11).

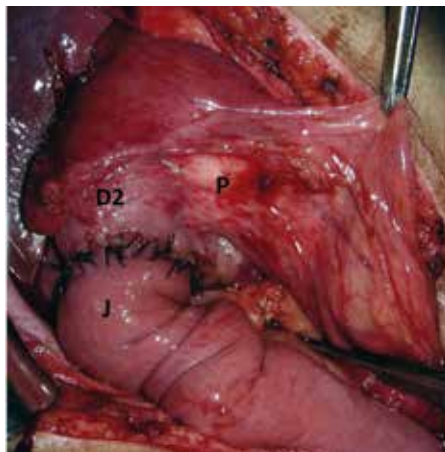
Endoskopická a chirurgická liečba je indikovaná pri zlyhaní konzervatívnej liečby resp. pri vzniku komplikácií. Endoskopická liečba spočíva v dilatácii a stentovaní striktúr pri dysfáгии. Až 80 % prípadov sa dá vyriešiť úspešne endoskopicky. Rizikom endoskopického riešenia stavu je perforácia, rekurencia striktúry a migrácia stentu (12). Chirurgická resekcia pažeráka je indikovaná v prípade fistúl a rozsiahlych striktúr.

### Gastroduodenum

Postihnutie žalúdka a dvanástnika patri medzi najčastejšie v rámci proximálnej formy CD. Prevalencia ochorenia je 16,5 % v Európe, pričom v Ázii len 2 % (13).

Gastroduodenálna forma CD sa najčastejšie vyskytuje v oblasti antra žalúdka a v oblasti bulbu duodena. Spoločným a najčastejším symptómom postihnutia je postprandiálna dyspepsia, zatiaľ čo nauzea, anorexia, hnačky sú zriedkavé. Ojedinele sa môže objaviť hemateméza, biliárna kolika alebo pankreatitída.

**Obrázok 2.** Bypassová operácia (vlastný klinický materiál, doc. Korček)



V diagnostike ochorenia je zlatým štandardom gastroduodenoskopia s biopsiou. V endoskopickom obraze môžeme nájsť aftózne lézie, ulcerácie, erózie sliznice a fistuly. Čoraz menej sa v diagnostike využívajú kontrastné rádiologické metódy, ktoré nie sú natoľko senzitívne a už vôbec nie špecifické v diagnostike CD (2). Výnimkou je MR enterografia, ktorá nahrádza CT vyšetrenie. Umožňuje použitie rôznych pulzových frekvencií, dynamického kontrastu a detailnejší obraz vyšetrovaného orgánu. Histologicky nachádzame gastritídu, duodenitídu, početné granulómy, histiocyty a lymfocyty.

Liečba gastroduodenálnej formy CD je prevažne konzervatívna. Podávanie inhibitorov protónovej pumpy, antiemetík a antacid tvoria základ terapie. Neriešia ale samotný nešpecifický zápal. Do terapie sa pridávajú NSA, neskôr kortikoidy. Dôležitou súčasťou liečby je eradikácia HP infekcie.

### Chirurgická liečba

Chirurgická liečba predstavuje konečné riešenie proximálnej formy CD. Nastupuje v prípade zlyhania konzervatívnej liečby resp. pri vzniku závažných, často život ohrozujúcich stavov. Koncom 20. storočia 40 – 50 % pacientov s proximálnou formou CD podstúpilo chirurgickú liečbu. Dnes v ére rozvinutej endoskopie a zobrazovacích metód, ktoré dovoľujú včasný záchyt ochorenia, a pokroku v medikamentóznej liečbe, pokleslo toto číslo na 10 – 20 % (14).

Najčastejšími chirurgickými operáciami sú striktúroplastiky (Heineke-

**Obrázok 3.** Resekčný výkon (vlastný klinický materiál, doc. Korček)



**Tabuľka 1.** Indikácie na striktúroplastiku

mnohopočetné striktúry v oblasti horného GIT-u
stavy po predchádzajúcich resekčných výkonoch na tenkom čreve
pacienti so syndrómom „krátkeho čreva“
striktúry bez súčasnej inflamácie a fistulácie
metóda prvej voľby pre striktúry v oblasti jejuna
menej vhodné pre striktúry v oblasti duodena

Mikulicz, Finney, Michellassi) a bypassové operácie (gastrojejunostómia, duodenojejunostómia, gastroduodenostómia a resekčné výkony)(obrázok 1, 2 a 3).

Aj keď endoskopická balónová dilatácia je voľbou číslo jedna, jej použitie je limitované dĺžkou striktúry. Pri dlhých a viacnásobných striktúrach je nutná chirurgická intervencia. Resekcie gastroduodena sa dnes nepoužívajú pre veľkú mortalitu tohto výkonu v porovnaní s bypassovými operáciami (15). Bypassové operácie ale prinášajú u pacientov s CD zvýšené riziko leaku v anastomóze a vzniku obštrukčného syndrómu.

### Striktúroplastiky

Striktúroplastiky predstavujú v rukách skúseného chirurga vynikajúcu metódu liečby komplikácií CD (tabuľka 1). V hornom tráviacom trakte sú ale opísané rozdielne výsledky v závislosti od časti, v ktorej sa striktúroplastika použila. Yamamoto a spol., neodporúčajú vykonávať tento výkon v oblasti duodena, naopak v oblasti jejuna považujú plastiku za prvú voľbu (16).

Odporúčania ohľadom spôsobu chirurgického riešenia proximálnej formy CD sa ale rozchádzajú. Vo všeobecnosti ale môžeme odporúčania zhrnúť do viacerých bodov (17, 18):

1. Bypassové techniky sú voľbou číslo jedna najmä pri obštrukčných syndrómoch
2. Striktúroplastiky sú indikované pre krátke segmenty striktúr s miernym opuchom alebo pri syndróme krátkeho čreva
3. Použitie resekcijného výkonu v prípade opakovaných komplikácií, resp. pri životohrozu stavoch. Ale aj v tomto prípade sa autori prikláňajú k menej zaťažujúcemu riešeniu
4. Laparoskopický výkon je preferovaný pred otvorenou technikou

### Záver

Proximálna forma CD predstavuje pomerne náročný diagnostický a terapeutický problém. Často sa prejavy ochorenia prehliadajú, pretože dominuje postihnutie dolnej časti GIT-u. Následne sa preto zvyšuje riziko komplikácií v hornom tráviacom trakte v porovnaní s dolným tráviacim traktom. Proximálna forma CD je oveľa agresívnejšia, vyžaduje vyššie dávky kortikoidov (63 vs. 45 mg/kg), imunomodulátorov (50 % vs. 29%) a dvojnásobok infliximabových infúzií. Pri rozvinutom ochorení je pomerne veľké množstvo pacientov nútených podstúpiť chirurgické riešenie, 67 % vs. 36 % v porovnaní s distálnou formou CD (19).

Zlepšenie prognózy pacientov s proximálnou formou CD je dnes zalo-

žené na výraznom pokroku v diagnostike (endoskopia, MR vyšetrenie, kapsulová endoskopia) a čoraz účinnejšej liečbe. Multidisciplinárny prístup k pacientovi (gastroenterológ, rádiológ, chirurg, stomatólog, ORL lekár, pediater) zohráva dôležitú úlohu v skorom záchyte ochorenia a jeho liečby.

*Autori článku vyhlasujú, že nie sú v súvislosti so vznikom tohto článku v konflikte záujmov, a že tento článok nebol publikovaný v žiadnom inom časopise. Autori sú uzrozumení s pravidlami publikačnej etiky a neexistuje reálna prekážka na publikovanie článku.*

### Literatúra

1. Huorka M. Crohnova choroba. *Via pract.* 2009;6(3):108-11.
2. Harty S, Fleming P, Rowland M, et al. A prospective study of the oral manifestations of Crohn's disease. *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* 2005;3:886-91.
3. Gottlieb C, Alpert S. Regional jejunitis. *Am. J. Roentgenol.* 1937;38:881-3.
4. Satsangi J, Silverberg M, Vermeire S, Colombel J. The Montreal classification of inflammatory bowel disease: controversies, consensus, and implications. *Gut* 2006;55:749-53.
5. Gasche C, Scholmerich J, Brynskov J, et al. A simple classification of Crohn's disease: report of the Working Party for the World Congresses of Gastroenterology, Vienna 1998. *Inflamm. Bowel Dis.* 2007;6:8-15.
6. Goldstein NS, Amin M. Upper gastrointestinal tract in inflammatory bowel disease. *Surg Pathol Clin.* 2010;3:349-59.
7. Zbar A, Ben-Horin S, Beer-Gabel M, Eliakim R. Oral Crohn's disease: is it a separable disease from orofacial granulomatosis? A review. *J Crohns Colitis.* 2012;6:135-42.
8. Franklin R, Taylor S. Nonspecific granulomatous (regional) esophagitis. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 1950;19:292-7.
9. Feagans J, Victor D, Joshi V. Crohn disease of the esophagus: a review of the literature. *South. Med. J.* 2008;101:927-30.

10. Ghahremani G, Gore R, Breuer R. Esophageal manifestations of Crohn's disease. *Gastrointest. Radiol.* 1982;7:199-203.
11. Heller T, James S, Drachenberg C et al. Treatment of severe esophageal Crohn's disease with infliximab. *Inflamm. Bowel Dis.* 1999;5:279-82.
12. Repici A, Conio M, De Angelis C et al. Temporary placement of an expandable polyester silicone-covered stent for treatment of refractory benign esophageal strictures. *Gastrointest. Endosc.* 2004;60:513-19.
13. Farkas K, Chan H, Rutka M, et al. Gastroduodenal involvement in asymptomatic Crohn's Disease patients in two areas of emerging disease: Asia and Eastern Europe. *J Crohns Colitis.* 2016.
14. Tremaine W. Gastroduodenal Crohn's disease: medical management. *Inflamm. Bowel Dis.* 2003;9:127-8.
15. Shapiro M, Greenstein AJ, Byrn J, et al. Surgical management and outcomes of patients with duodenal Crohn's disease. *J. Am. Coll. Surg.* 2008;207:36-42.
16. Yamamoto T, Fazio V, Tekkis P. Safety and efficacy of strictureplasty for Crohn's disease: a systematic review and meta-analysis. *Dis. Colon Rectum.* 2007;50:1968-86.
17. Reynolds H, Stellato T. Crohn's disease of the foregut. *Surg. Clin. North Am.* 2001;81:117-35.
18. Mottet G, Juillerat P, Gonvers J, et al. Treatment of gastroduodenal Crohn's disease. *Digestion* 2005;71:37-40.
19. Chow D, Sung J, Wu J, et al. Upper gastrointestinal tract phenotype of Crohn's disease is associated with early surgery and further hospitalization. *Inflamm. Bowel Dis.* 2009;15:551-7.

---

**MUDr. Tomáš Jankovič, PhD.**  
Chirurgická klinika FN Nitra  
Špitálska 6, 949 01 Nitra  
tomaskojankovic@gmail.com