

DVOJITÝ POSTBULBÁRNÍ VŘED DUODENA

MUDr. Oldřich SVOZIL

Rentgenologické oddělení vojenské nemocnice v Olomouci, náčelník plukovník MUDr. František DULÍK

Poznávání vředové choroby dvanáctníku patří ke každodenní rentgenologické diagnostické praxi. Bulbární vřed je běžný, ale málokdy se setkáváme s touto lézí na zbývající části dvanáctníku. Dnes se provádí rentgenologické vyšetření daleko pečlivěji, takže se diagnostikuje postbulbární vřed častěji. Zveřejňovány jsou jen celé sestavy, nikoli jednotlivé případy, jak tomu bylo kdysi. Toto poměrně vzácné onemocnění je však velmi závažné pro pacienta. Často probíhá chronicky, nepoznáno, dokud je neodhalí náhlá komplikace. Příhody, k nimž dochází při postbulbárním vředu, bývají právě ty nejvážnější — krvácení a perforace, které vedou tak často k exitu.

Na jaře 1959 byl na našem oddělení diagnostikován dvojitý penetrující vřed postbulbární části duodena. Šlo o 56letého důstojníka, u něhož v r. 1958 náhle perforoval vřed bulbu duodena. Příhoda se udála náhle, bez předchozí vředové anamnézy. Pro těžký stav pacienta bylo provedeno pouze přešíť vředu bez resekce. Stav se sice upravil, ale od té doby se dostavovaly dyspeptické potíže a občasné bolesti na lačno. V lednu 1959 byl vyšetřen poprvé na našem oddělení a byla nalezena těžší deformace bulbu a vytažení stěny duodena v podobě retroduodenálního útvaru, připomínajícího vřed. Soudili jsme, že změny jsou vyvolány hlavně perigastrickými a periduodenálními adhezemi. Dále byl prokázán veliký konkrement ve žlučníku (obr. 1).



Obr. 1

Za dva měsíce byl pacient kontrolován a viděli jsme drobné divertikuloidní vychlípení na sestupném raménku duodena, tentokrát více na mediální straně. Vcelku se tedy nález příliš nezměnil (obr. 2).

Začátkem dubna 1959 se potíže pacienta náhle zhoršily, objevilo se nechutenství, říhání, nauzea, zvracení a občasný průjem. Potíže se rychle stupňovaly. Nemocný měl svíravé bolesti pod mečovým výběžkem, které se zmírnily až po několikerém zvracení. Později nesnášel již ani čaj. Byl proto znovu vyšetřen na našem oddělení. Pod levou bránicí byla široká bublina žalu-



Obr. 2

deční s rozsáhlou hladinou tekutiny. Bylo nutno nejprve vyčerpát žaludeční obsah. Rentgenologické vyšetření neukázalo změny na jícnu a žaludku. Pylorus byl široce otevřený, bulbus krátký, deformovaný a hned za ním bylo duodenum zúženo na šířku tužky v délce dobře 5 cm. Za tímto zúžením se plnily dva výklenky, z nichž menší byl uložen mediálně, přibližně v krajině Vaterské papily, byl hluboký skoro 1 cm, zatímco výklenek na laterální straně byl kyjovitého tvaru a dosahoval velikosti skoro švestky. Něco náplně proniklo také distálněji na vzdálenost asi 2 cm, dále však již kontrastní látka nepostoupila. Na první pohled se zdálo, že tato deformace duodena byla způsobena rozšířením a vytažením zevní stěny dvanáctníku, ale pečli-

vější pozorování ukázalo, že v této části chybí slizniční reliéf a že se tu vytváří střední vrstva se vzduchovou bublinkou. Tento náález pak vedl ke správné diagnóze. Do dalších úseků duodena postoupila kontrastní hmota až za dvě hodiny. Rovněž se začaly plnit kličky jejunu, které vykazovaly známky dystonie. Místa se zjevnou dilatací byla vystřídána místy hypertonicitými. Současný snímek ukázal nad zevním výklenkem drobnou hladinku s bublinkou a střední vrstvou skoro 2 cm vysokou. Za 24 hodin byla všechna hmota rozložena v tračníku. Náález jsme uzavřeli jako pokročilý stenózující proces horní poloviny duodena s dvojitým penetrujícím vředem v oblasti střední části sestupného duodena při současné cholelithiasie (obr. 3).

Pacient byl předán k operativnímu zákroku na chirurgickou kliniku fakultní nemocnice v Olomouci, kde provedena resekce podle Hoffmeistera-Finsterera ve velmi těžkém, adhezemi změněném terénu. S laskavým svolením profesora Rapanta cituji jeho operační náález: žaludek je ektatický, jeho stěna je hypertrofická a prosáklá. Pyloroantrální část žaludku nelze na-prosto diferencovat, poněvadž se ztrácí pod objemným masívem jaterním, kde přední stěna antrální přechází v žlučník normálních rozměrů, ztlustělých stěn, obsahující veliký, pohyblivý konkrement. Na žlučníku lze diferencovat fundus a část těla, zbytek, stejně jako pylorus a duodenum se ztrácí v nádorovém útvaru velikosti dvou mužských pěstí, který je vytvářen konglomerátem pyloroduodena, pravé flexury a části transversa a omentem. Při pokusu odsu-

nout sestupnou kličku duodena se proniklo do dutiny představující velký peptický kalózní vřed, který v rozsahu dětské dlaně široce penetruje do spodiny jaterní v oblasti lobus caudalis pod ztlustělým ligamentem gastrologickým. Vlevo, kde se duodenální stěna značně retrahuje kauzálně, vidíme komunikaci s obrovským kalózním infiltrátem, lokalizovaným zčásti na zadní stěnu tělní, zčásti v mesocolu pravé flexury a transversa. O ductus choledochus se nelze vyjádřit pro těžký kalózní infiltrát a zkrácené ligamentum hepatoduodenale. Provedena dvou- třetinová resekce s napojením na krátkou přívodnou kličku podle Hoffmeistera-Finsterera se zkrácením aborálního lumen pažýlu žaludku.

Pooperační průběh byl zprvu dobrý, později se však stav začal zhoršovat a šestnáctý den po operaci byla provedena skiaskopie břicha a hrudníku a nalezena velká hladina pod levou bránicí a zastření plicního pole nad ní. Punkcí hrudníku odsáto 200 ml serózní tekutiny. Druhý den provedena incize subfrenického abscesu. Došlo k postupnému respiračnímu a kardiovaskulárnímu selhávání, které skončilo 17. den po operaci exitem.

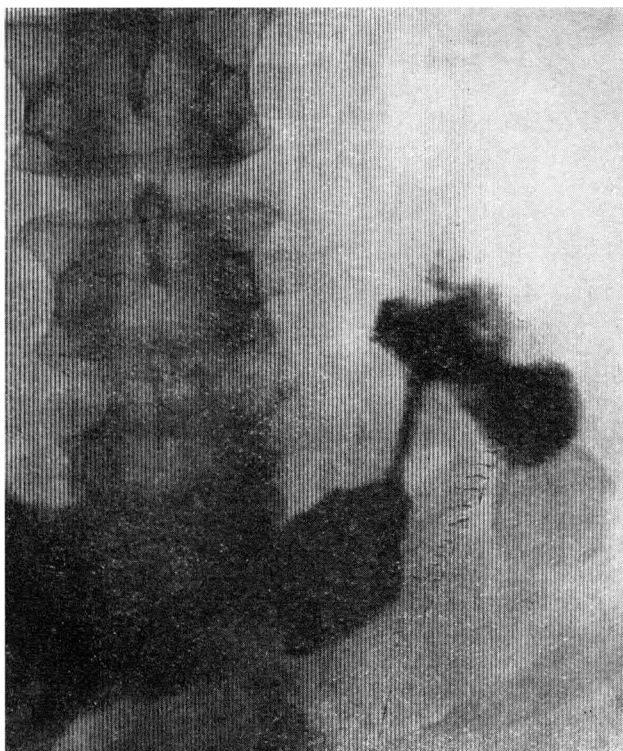
U postbulbárních vředů nalézáme často bolest, která se lokalizuje pod pravý oblouk žeberní a začíná asi za 2—4 hodiny po jídle. Zprvu se tiší jídlem a neutralizačními prostředky, později pomůže jenom vydatné zvracení.

Nejčastější lokalizací literaturou uváděnou je orální část postbulbárního duodena a hlavně blízké okolí Vaterské papily. Aborálně od papily je postbulbární ulkus velmi vzácný. Věšín popisuje jeden takový případ, kdy vřed uložený na vzestupné části duodena byl zaměněn s divertiklem.

Typické je náhlé propuknutí těžkých komplikací (perforace a krvácení). Někdy dochází i k ikteru, ale Alfred Kahn uvádí, že výskyt ikterů není v přímé závislosti s blízkostí vředu u papily Vaterské.

Naše sdělení je zajímavé velikostí rentgenologického, chirurgického i pitevního nálezu, náhlou progresí a snad i celým průběhem. U nemocného došlo překvapivě k náhlé perforaci vředu bulbu (v r. 1958), ačkoli nikdy předtím neměl potíže, které by svědčily pro vředovou chorobu. Od této první komplikace mu již potíže zůstaly a zhoršovaly se — zřejmě s postupující stenózou. Nemocnému ulevilo jen mohutné zvracení. V našem případě nedošlo k obávanému krvácení, které bývá nejčastější příhodou (Borrmann 80 %, Alvarez 73 %, Brula 26 %). Také se nedostavil obstrukční ikterus, ačkoli choledochus byl dokonale zaujat v adhezích.

Názory na rentgenologickou symptomatologii jsou různé. Borrmann považoval za rozhodující náález čepu. Korach ve své sérii 10 vředů nikdy neviděl sbíhání řas k čepu, tak jak je vidíme u vředů žaludku a bulbu. Robinson považuje za častější náález defektu v náplni, který musí zůstat konstantní. Téměř vždy nalézáme stenózu



Obr. 3

části střeva. Tato je zprvu funkční — spastická, později fixovaná s anatomickým podkladem. Také v našem případě byla jasně vyjádřena striktura střeva v délce 5 cm. Postižen je reliéf slizniční a vidíme, že typická kresba listů kapradin vymizela. Tento příznak zdůrazňuje Finkelstein.

V diferenciální diagnóze přichází v úvahu hlavně divertikl, který bývá častým nálezem; podle Mahornera u 0,5—2,2 % vyšetřovaných. Důležitým rozpoznávacím znakem je úzký krček u divertiklu, zatímco vřed má bázi širokou a k vrcholu se zužuje. Nemocný s divertiklem většinou nemá bolesti, může však dojít k zánětu divertikulitidě, potom se toto onemocnění projeví bolestí. Čep v oblasti Vaterské papily je nutno hodnotit velmi pečlivě, protože může být projevem drobného, počínajícího karcinomu. Wolke radí v nejistotě vždy raději operovat. Správné ohodnocení lokální stenózy dvanáctníku může být velmi obtížné, protože se s ní setkáváme jak u postbulbárního vředu, tak také u regionální enteritidy postihující dvanáctník, u primárního zhoubného nádoru dvanáctníku a u rakoviny hlavy pankreatu. Vzácně se zde vyskytuje tuberkulóza (kazeózní), diagnostické rozpaky mohou způsobit i střevní paraziti (lamblie a askaridy) a konečně i vrozené anomálie-annulární pankreas způsobuje obstrukci distálního duodena (klinicky zde bývá obstrukční ikterus a příznaky obstrukce střeva).

Statistika výskytu postbulbárních vředů z pitvevních pozorování poukazuje na rentgenologicky nepoznané vředy. Tak sestava zpracovaná Charmanem a Moynihamem dokazuje, že nálezů je asi dvojnásobek. Aby toto procento nepoznaných vředů na postbulbární části duodena bylo co nejmenší, je nutno:

— abychom se stejnou péčí, s jakou vyšetřujeme žaludek a bulbus, prohlíželi také ostatní části duodena,

— abychom všechny nerozhodné případy podrobili kontrolnímu vyšetření v nepřiliš dlouhém časovém odstupu (vzhledem k možnosti rychlé progresy a hrozícímu nebezpečí těžkých komplikací),

— konečně včas doporučit chirurgickou revizi, zejména nemůžeme-li ani opakovanou kontrolou vyloučit ulcerogenní povahu onemocnění.

Souhrn

Sdělení popisuje dvojité penetrující postbulbární vřed neobvyklé velikosti s rychlou progresí; srovnává anamnézu, průběh, lokalizaci a rentgenologickou symptomatologii s údaji uváděnými literaturou. Poukazuje na nutnost důkladného vyšetření postbulbární části duodena a na nezbytnost včasných kontrolních rentgenologických vyšetření, popřípadě chirurgické revize u všech sporných případů, neboť život nemocného je ohrožen vážnými komplikacemi.

Резюме

В работе автор описывает случай двойной прободящей постбульбарной язвы двенадцатиперстной кишки непривычной величины и с весьма быстрой прогрессией. Сопоставлены анамнез, лечение, локализация и рентгенологическая симптоматика с данными литературы. Автор указывает на необходимость внимательно исследовать постбульбарную часть двенадцатиперстной кишки и на необходимость вовремя проводить контрольные исследования, а в некоторых случаях и хирургическую ревизию во всех спорных случаях, так как жизни больного грозят серьезные осложнения.

Summary

Report on a penetrating double postbulbar ulcer of uncommon size with rapid progression; the case history, course, localization and the X-ray appearance are compared with reports in the literature. The necessity is stressed of irrigation in all controversial cases, as the life of the duodenum and of performing repeated X-ray examinations and if required a surgical exploration in all controversial cases, as the life of the patient is endangered by serious complications.

Писемnictví

1. Věšín, S.: Roentgenologie trávicí trubice, Praha, St. zdrav. nakl. 1954.
2. Cooke, L., Hutton, Ch, F.: The Lancet 754, 1958.
3. Sasson, L., Weisskopf, S.: The American Journal of Gastroenterology 29, 51, 1958.
4. Brown, C., Strittmatter, W.: Radiology 70, 5, 1958.
5. Lonergan, M., Kahn, A.: Gastroenterology 17, 494, 1951.
6. Svoboda, M.: Československá rentgenologie XIII, 2, 121, 1959.
7. Korach, J.: Československá rentgenologie XI, 1, 16, 1957.