

Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja Krónikus intestinalis ischaemia

Készítette: A Gasztroenterológiai Szakmai Kollégium

I. Alapvető megfontolások

1. Definíció

- A krónikus intestinalis ischaemia (CII) egy multiplex etiológiával kialakuló (általában tranzitórius epizódokkal zajló) klinikai tünetegyüttes.
- A klinikai nomenklatúrában használatos megjelölések nem egységesek és a mesenterialis ischaemiát „intestinalis anginának”, a colon ischaemiát „reverzibilis colonopathiának”, „tranzitórius colitisnek” is említik.
- Ezen kórképektől klinikai entitásként elkülönítendő az akut tünetegyüttes kíséretében zajló akut mesenterialis ischaemia (AMI), amely kialakulásának gyanúja esetén általában csak a gyors sebészi megoldás jelenthet kurációt. A sürgető „időfaktor” miatt a megfelelő specificitással, ill. szenzitivitással rendelkező angiográfiára a gyakorlatban általában nem kerül sor.
- A diagnózis felállítása, valamint a beteg sorsa a klinikai tünetek részletes analízisének alapul. Szűnni nem akaró, 2–3 óránál tovább fennálló komoly hasi panaszok esetén – ha a natív hasi röntgen, ill. a hasi UH-vizsgálat segítségével egyéb etiológiára nem nyerünk támpontot – a sürgős laparotomia lehetőségét kell mérlegelnünk.
- Az intestinalis ischaemia tehát az alábbi három klinikai entitásból áll:
 - akut mesenterialis ischaemia (AMI),
 - krónikus mesenterialis ischaemia (CMI),
 - illetve krónikus colon ischaemia (CCI).

2. Panaszok/Tünetek/Általános jellemzők

A krónikus mesenterialis ischaemia (CMI) klinikai jellemzői

Postprandialis abdominalis fájdalmak, amelyeket főleg az emésztés fázisában megnövekvő intestinalis vérellátás (splanchnicus terület) elégtelensége provokál.

A krónikus colon ischaemia (CCI) klinikai jellemzői

- A krónikus colon ischaemia (CCI) a leggyakrabban előforduló intestinalis ischaemiás kórkép.
- Egy változatos klinikummal megnyilvánuló tünetegyüttesről van szó, amelyet az alábbi megjelölésekkel illetnek: reverzibilis colonopathia, submucosalis colon haemorrhagia, tranziens colitis, nem specifikus krónikus colitis, szegmentális colon strictura stb.
- Jellemző klinikai tünetek:
 - fokozatos (esetenként rohamos) fogyás,
 - hasmenés (laza széklet), időnként véres széklet (okkult vérzés?),
 - intermittálóan jelentkező hasi fájdalmak,
 - hasi érzékenység.

3. A betegség leírása

Incidencia / Prevalencia / Morbiditás / Mortalitás Magyarországon

- A krónikus colon ischaemia (CCI) incidenciája, ill. prevalenciája nem ismert, de nyilvánvalóan jelentősen „alábecsült”, mert a tranzitórius jellegű és sokszor csak mérsékelt panaszok esetén a gasztroenterológiai kivizsgálásra nem kerül sor. Ezek az esetek általában az irritábilis bél szindróma (IBD) diagnosztikus tárházába kerülnek.
- A felismert CCI becsült incidenciája hazánkban: 5000–8000 beteg/év.
- Az akut mesenterialis ischaemia (AMI) mortalitása még jelenleg is 50–70% között van, és furcsa paradoxon, hogy ezt a szomorú ténytet a rendelkezésre álló modern vizsgálati módszerek és a gyógyszerválaszték rohamosan bővülő arzenálja ez ideig nem tudta befolyásolni.

Kiváltó tényezők

- A CCI leggyakoribb precipitáló tényezői (ún. „veszélyeztetett” betegek): a colonpasszázst akadályozó tényezők (diverticulitis, strictura, karcinóma stb.), szisztémás vasculitisek (erythema nodosum, SLE, cryopathiák stb.), bypassműtétek utáni stádium, hipotenzióval járó kórállapotok, coagulopathiák (protein-C és/vagy protein-S hiánya, antitrombin-III-defektus), szklerotikus hasi érrendszer, gyógyszerek szedése (pl. antikoncipientek, „drogabúzus”).

II. Diagnózis

1. Képkeltő vizsgálatok

Krónikus mesenterialis ischaemia (CMI)

- A feltételezett diagnózis objektivizálása angiográfiával lehetséges, mely vizsgálat a splanchnicus terület ereinek (egy vagy több helyen kialakult) teljes vagy részleges szűkületét (elzáródását) igazolja.
- A Doppler-szonográfia, a spirál-CT, illetve MRI is szolgáltathat „diagnózist támogató” információkat, de a gyakorlati tapasztalat azt igazolja, hogy a konzekvenciák szempontjából a klinikai jelek analízise tekintendő kiemelkedően fontosnak. A diagnosztikai algoritmust az 1. ábra foglalja össze.

Krónikus colon ischaemia (CCI)

- Az irrigoszkópia során, a colon bizonyos szakaszán (szakaszain) demonstrálható a bélfal ödémás megvastagodása („ujjlenyomat-rajzolat” vagy „pszeudotumorra” utaló jelek), esetleg a szegmentális colitis vagy ulcus radiológiai képe látható.
- A kolonoszkópiás vizsgálattal nyerhető információk a fentieknél bővebbek, az elváltozások jobban vizualizálhatók és dokumentálhatók, valamint a kórosnak vélt területről biopszia is nyerhető. A súlyos, gangreneszkáló folyamatok kivételével törekedni kell a szöveti mintavételre, bár a patológiai analízis leggyakrabban csupán „nem specifikus abnormalitásokat” bizonyít.
- A mesenterialis erek angiográfiás megítélése CCI esetén általában csak akkor szükséges, ha a klinikum alapján esetleg az akut mesenterialis ischaemia (AMI) lehetőségét szükséges kizárni.

- Kiegészítő információkat szolgáltat, illetve egyéb hasi kórképek kizárását segítheti a hasi UH-vizsgálat.
- A CCI megalapozott diagnózisának felállítása sok esetben nehéz feladat, és a beteg(ek) kontrollálását, gondozásba vételét, ill. ismételten elvégzendő gasztroenterológiai explorációt igényel.
- Az ajánlott diagnosztikai, ill. terápiás algoritmus a 2. ábrán tanulmányozható.

III. Kezelés

Sok esetben az ischaemiás „attak” múltó és reverzibilis, kezelést tehát nem igényel (pl. átmeneti hipotónia által kiváltott esetek, nagyobb fizikai igénybevétel során kialakuló kórképek) – ezek „reverzibilis ischaemiás intestinalis enteropathiaként” említhetők. A gyakoribb és intenzívebb panaszok esetén az etiológiai faktor(ok) mielőbbi és tartós eliminálására kell törekedni.

A) NEM GYÓGYSZERES KEZELÉS

Diéta

Az intestinalis rendszert „nyugalomba” kell helyezni (koplaltatás, diéta), és a belek vérellátása szempontjából is igen fontos hemodilúciót – megfelelő mennyiségű – infúzióval szükséges biztosítani.

B) GYÓGYSZERES KEZELÉS

Ajánlott gyógyszeres kezelés

- Bizonyos esetekben antibiotikum(ok) adása is indokolt lehet (a bélbaktériumok transzlokációjának, ill. a gyulladós bélszegment perforációjának veszélye esetén). Ebben a vonatkozásban a cephalosporinok, ill. a quinolinok választékából – esetenként a „rutinmedikációnál” tartósabb ideig – kell gyógyszert alkalmazni.
- A kortikoszteroidok egyértelműen kerülendők, mert az ischaemiát, illetve a perforáció kialakulásának veszélyét fokozzák.
- Klinikai tanulmányok nem igazolták egyértelműen az aminoszalicilátok, ill. szulfaszalazinok hatékonyságát. Tüneti kezelésként azonban az IBD-nél (is) használt gyógyszerek esetenként eredményesek lehetnek.

C) SEBÉSZETI KEZELÉS

Műtéti indikáció

- Akut esetek: peritonealis izgalmi jelek, masszív vérzés, fulminánssá váló colitis, ill. toxikus megacolon kialakulása.
- Szubakut esetek: 2–3 hét alatt nem befolyásolható „terápiarezisztens” betegek és/vagy súlyos proteinvesztő enteropathia észlelése.
- Krónikus esetek: szimptomákat okozó stricturák észlelése, ill. tartósan fennálló panaszokat okozó szegmentális ischaemiás colitis is a műtéti megoldás konsziderálását indokolja.

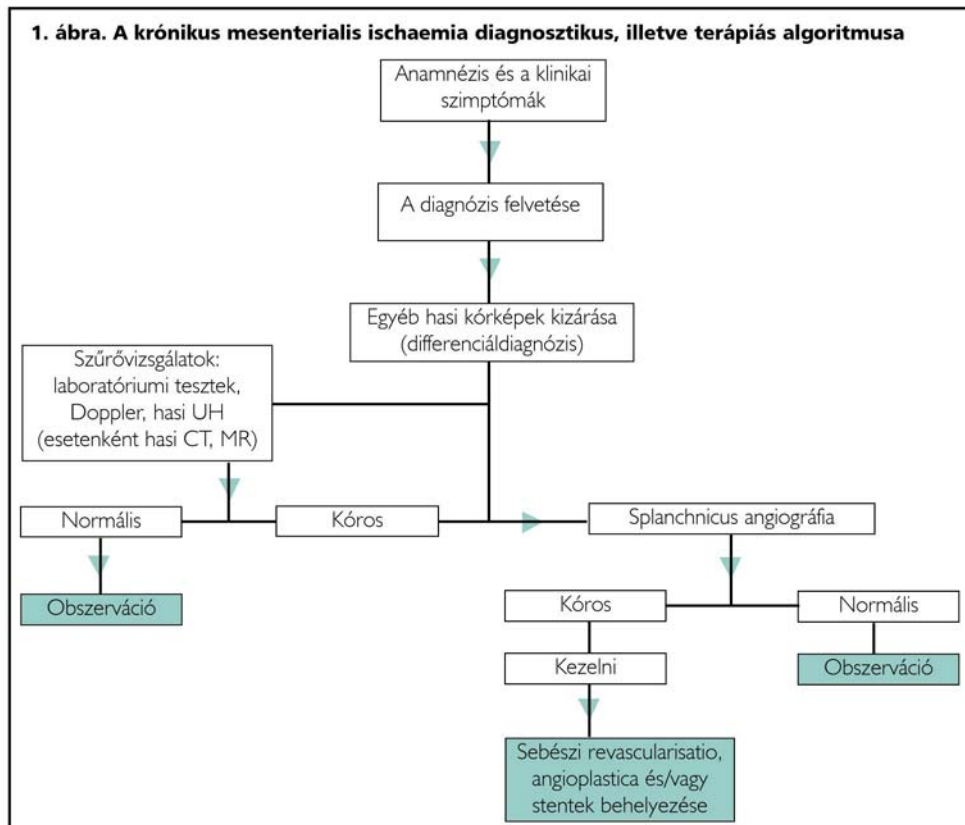
IV. Rehabilitáció

V. Gondozás

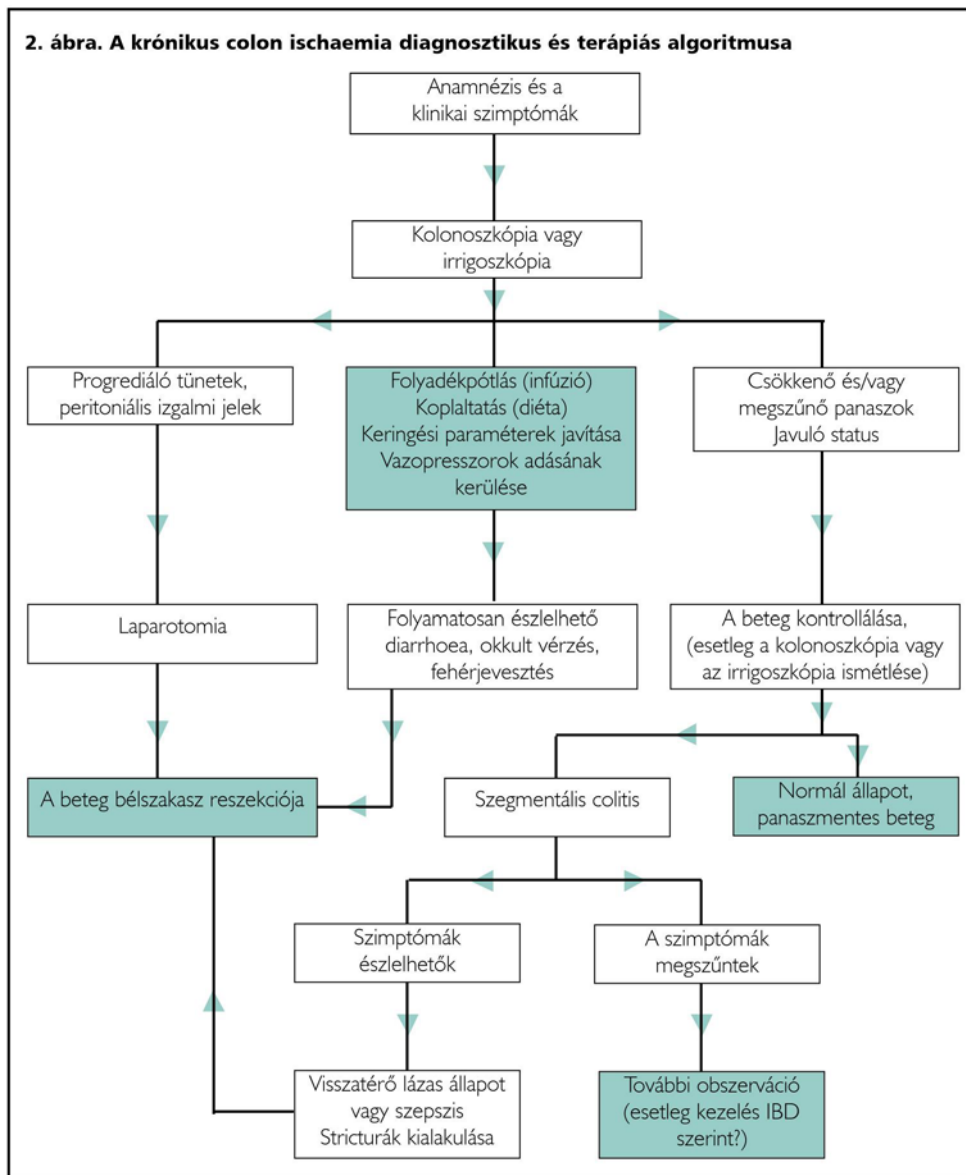
VI. Irodalomjegyzék

1. Guidelines on intestinal ischemia (Americal Castroenterological Association Position statement). Gastroenterol. 118, 951-953 (2000).
2. AGA technical review on intestinal ischemia. Gastroenterol. 118, 954-968 (2000).

VII. Melléklet



2. ábra. A krónikus colon ischaemia diagnosztikus és terápiás algoritmusa



A szakmai protokoll érvényessége: 2008. december 31.