

A VÉKONYBÉL

Dr. Papp János Semmelweis Egyetem I. Belgyógyászati Klinika

Enteroscopia - technika, diagnosztikus hatékonyság

Swain P. és Fritscher-Ravens A. a Gut-ban kitűnő összefoglalót közöl a vékonybél betegségek video-endoszkópos kezeléséről. Egészen vázlatosan főbb megállapításaik: Mind a push enteroscopia, mind a kapszula endoszkóp igen jó eredménnyel alkalmazható ismeretlen eredetű vékonybél vérzés felismerésére. Az első jó tanács, hogy az enteroscopia elvégzése előtt a betegen egy tapasztalt endoszkópos ismételje meg a felső emésztőrendszer tükrözését. Az is jól ismert tény, hogy akár 10-22 %-ot elérhet a colonoscoppal fel nem ismert polypok vagy carcinomák aránya főleg azért, mert a vizsgálat során nem érik el a coecumot vagy túl gyorsan húzzák ki a műszert. Emiatt a colonoscopia megismétlése is megfontolandó. Dokumentált malabsorptio esetén a push enteroscopia során vett biopsia pontosabb diagnózist eredményezhet, mint a duodenum biopsia. Ugyancsak segíthet a betegséghez társuló vékonybél lymphoma és ulceratív jejunitis felismerésében. Ebben a betegcsoportban a kapszula endoszkópia is hasznosnak bizonyulhat. A push enteroscopia alkalmazása csalódást kelthet a radiológiai módszerekkel fel nem ismerhető Crohn betegség bizonyításában. Ugyanerre a célra a kapszula endoszkópia igen hasznosnak bizonyult. Mindenesetre a kapszula endoszkópiával felfedezhető kevés aphtoid lézió további tisztázást igényel, és nem automatikusan bizonyít Crohn kórt. A kapszula endoszkópia értéke ismeretlen eredetű hasi fájdalom tisztására alacsony, de nem nulla. Ki tudja ugyanis mutatni az ileum tbc-t, a bélférgességet és hasznos lehet a vékonybél transplantáció során is.

Miyata T. és mtsai egy kettősballon enteroscopyról számoltak be, amelynek során a vékonybél közepén intususcepciót okozó, és előzőleg radiológiai módszerekkel kimutatott terimét találtak.



Utóbbi gyulladásos fibroid polypnak bizonyult. Az endoszkóp felvezetése anális úton történt.

A „kapszula” endoszkópia

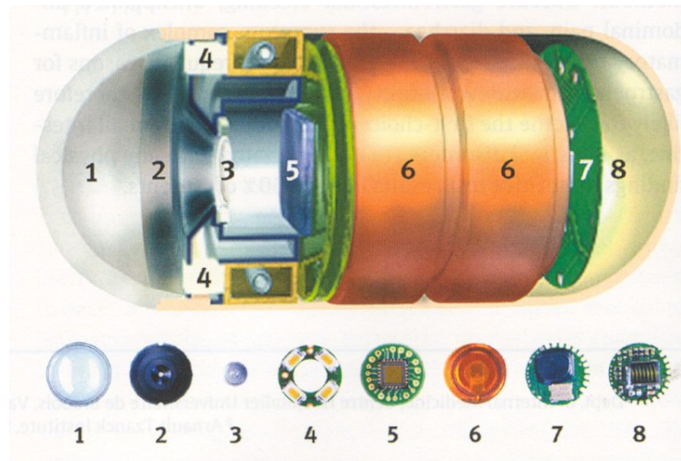
Buchman AL. a kapszula endoszkópiát 30 ismert Crohn betegben a betegség aktivitásának megítélésére alkalmazták és összehasonlították a vékonybél röntgen vizsgálatával.

A betegcsoportból 12 eleve kizártak stenózis miatt. A vékonybél és a kapszula endoszkópia eredménye egybevágott.

Maieron A. és mtsai három központ összes 191 betegén végzett 195 kapszula endoszkópia adatát értékelte. A teljes vékonybél vizsgálat 78,4 %-ban volt sikeres. Bár következtetéseikben semmi új nem volt, ők is megerősítették

a korábbi adatokat. Az ismeretlen eredetű vérzések közel 40 %-káért angiodysplasis volt a felelős. Argüelles-Arias F. és mtsai. Crohn betegség gyanúja esetén 12 gyermekben végeztek kapszula endoszkópiát, ha a hagyományos diagnosztika (a betegek felében a colon irányából ileoscopy is történt) nem bizonyult informatívnak. A 12 gyermek közül 7-ben (58,3 %) bizonyítottak Crohn betegséget. Tang SJ. és mtsai. tapasztalata szerint a napsütés a hasfalon keresztül is „túlexponáltta” teszi a kapszula endoszkópia képeit. Erről egy 30 éves nő esetében győződtek meg, akik lenyelve a kapszulát, elhagyta a kórházat és csak egy fehér T shirt-öt viselt, amely lazán takarta a vételre szolgáló övet. Caspari R. és mtsai. a kapszula endoszkópiát az MRI-vel hasonlították össze polyposis szindrómák összesen 20 beteg) vékonybél manifesztációinak kimutatására. A 15 mm-nél kisebb polypusok kimutatására a kapszula endoszkópia alkalmas, a lokalizáció azonban pontosabb az MRI-vel. Ugyancsak polyposis szindrómában tartották hasznosnak a kapszula endoszkópiát Soares J. és mtsai. is. Delvaux M. és mtsai. 44 betegükön ismeretlen eredetű vérzés miatt végeztek kapszula endoszkópiát és a diagnózis 95,5 %-ban tisztázódott. Ingrosso M. és mtsai hereditár haemorrhagiás teleangiectasia felismerésére tartotta hasznosnak a kapszula endoszkópiát (20 beteg). Adler DG. és mtsai az ismeretlen eredetű vérzés (n=20) felderítésére a kapszula

A kapszula endoszkóp



1: optikai kupola, 2: Lencse tartó, 3: A lencse, 4: fényt kibocsátó diódák, 5: complementary metal oxide semiconductor (CMOS) – a képalkotó, 6: elemek, 7: application specific integrated circuit (ASIC) átvivő, 8: antenna

endoszkópiát és push enteroscopiával hasonlította össze. A kapszulával több léziót találtak, de a valódi vérzésforrás felismerése mindkét módszerrel alacsony volt.

Rastogi A. és mtsai. 43 betegen, közöttük 40 ismeretlen eredetű vérzésben végeztek kapszula endoszkópiát. A 43 betegből 18-ban fedezett fel a vizsgálat lényeges elváltozást és mindössze 7-ben (16 %) befolyásolta a vizsgálat eredménye a beteg sorsát.

Sears DM. és mtsai. 52 ismeretlen eredetű vérzés indikációval végzett kapszula endoszkópiáról számoltak be. 7 betegben a kapszula elakadt és nehezen ment át további 3-ban. A vérzés oka, forrása azonban ezekben az esetekben is kiderült és a megoperált 7 betegben a vérzés megoldódott. Az elakadást okozó szűkület leggyakoribb oka az NSAID okozta strictura volt.

Tabib S. és mtsai. egy 87 éves betegen végzett kapszula endoszkópiáról számoltak be – a beteg a kapszulát a második nyelési kísérlet során aspirálta – a kis eszközt bronchoszkóppal távolították el.

Tabib S. és mtsai.



Coeliakia és egyéb vékonybél betegségek

Harewood GC. és mtsai. központosított adatbázis feldolgozása alapján vizsgálták, hogy a coeliakia vezető tüneteinek (anaemia, vashiány, fogyás és hasmenés) miatt végzett felső endoszkópia során milyen gyakorisággal végeztek vékonybél biopsiát. Összesen 438 ilyen beteg adatát értékelték és mindössze 11 %-ban végeztek vékonybél biopsiát. Az indikációk szerint a biopsiás mintavétel gyakorisága eltérő volt (anaemia 10 %, vashiány 7 %, fogyás 6 %, hasmenés 19 %). A betegek korának növekedésével a biopsia gyakorisága csökkent és fehéreken gyakoribb volt, mint nem fehéreken.

Cammarota G. és mtsai 396 diszpepsziás betegen a sztandard felső endoszkópia „immerziós technikáját” (a duodenum p. descendensébe töltött 100 – 200 ml tiszta folyadékon keresztül nézik a nyálkahártyát) alkalmazták boholy betegségek felismerésére.

Thijs WJ. és mtsai. a duodenum biopsiát a jejunumból vett anyagvétellel hasonlította össze a coeliakia diagnózisának a pontossága szempontjából. 146 coeliákiára gyanús beteg vizsgálatát végezték el – 56 esetben enyhébb morfológiai elváltozásokkal járó

Cammarota G. és mtsai.: Az immerziós technika diagnosztikus értéke boholy atrófiában				
	Szenzitivitás (%)	Specificitás (%)	Pozitív prediktív érték (%)	Negatív prediktív érték (%)
Teljes boholy atrófia	100	99,7	85,7	100
Részleges boholy atrófia	75	99,5	60	99,7
Az előző kettő együttesen	90,9	99,5	83,3	99,7

(Marsh I-II), és 15 esetben súlyosabb (Marsh III.) coeliákiát igazoltak. 3 olyan beteg fordul elő, akikben csak a jejunum biopsia igazolta a viszonylag mérsékelt (Marsh I-II) morfológiai változást, a duodenum biopsia normális volt. Az előrehaladottabb esetekben nem volt eltérés a duodenum és jejunum biopsia között.

Irodalom

1. **Adler DG., Knipschild M., Gostout C.:** A prospective comparison of capsule endoscopy and push enteroscopy in patients with GI bleeding of obscure origin **Gastrointest. Endosc. 2004;59:492-8**
2. **Argüelles-Arias F., Caunedo A., Romero J.:** The value of capsule endoscopy in pediatric patients with a suspicion of Crohn's disease **Endoscopy 2004;36:869-73**
3. **Buchman AL., Miller FH., Wallin A. és mtsai.:** Videocapsule endoscopy versus barium contrast studies for the diagnosis of Crohn's disease recurrence involving the small intestine. **Am J. Gastroenterol. 2004;99:2171-7**
4. **Cammarota G., Pirozzi GA., Martino A. és mtsai.:** Reliability of the „imersion technique” during routine upper endoscopy for detection of abnormalities of duodenal villi in patients with dyspepsia **Gastrointest. Endosc. 2004; 60:223-8**
5. **Caspari R., von Falkenhausen M., Krautmacher C. és mtsai.:** Comparison of capsule endoscopy and magnetic resonance imaging for the detection of polyps of the small

- intestine in patients with familial adenomatous polyposis or with Peutz-Jeghers' syndrome **Endoscopy 2004;36:1054-9**
6. **Delvaux M., Fassler I., Gay G.:** Clinical usefulness of the endoscopic video capsule as the initial investigation in patients with obscure digestive bleeding: validation of a diagnostic strategy based on the patient outcome after 12 months **Endoscopy 2004;36:1067-73**
 7. **Harewood GC., Holub JL., Liebermann DA.:** Variation in small bowel biopsy performance among diverse endoscopy settings: results from a National Endoscopic Database **Am. J. Gastroenterol. 2004;99:1790-4**
 8. **Ingrosso M., Sabbá C., Pisani A. és mtsai:** Evidence of small bowel involvement in hereditary haemorrhagic teleangiectasia: A capsule-endoscopic study **Endoscopy 2004;36:1074-9**
 9. **Maieron A., Hubner D., Blaha B. és mtsai.:** Multicenter retrospective evaluation of capsule endoscopy in clinical routine **Endoscopy 2004; 36:864-8**
 10. **Miyata T., Yamamoto H., Kita H. és mtsai.:** A case of inflammatory fibroid polyp causing small bowel intussusception in which retrograde double balloon enteroscopy was useful for the preoperative diagnosis **Endoscopy 2004;36:344-7**
 11. **Rastogi A., Schoen RE., Slivka A.:** Diagnostic yield and clinical outcomes of capsule endoscopy **Gastrointest. Endosc. 2004;60:959-64**
 12. **Sears DM., Avots-Avotins A., Culp K. és Gavin MW.:** Frequency and clinical outcome of capsule retention during capsule endoscopy for GI bleeding of obscure origin **Gastrointest. Endosc. 2004;60:822-7**
 13. **Soares J., Lopes L., Vilas Boas G., Pinho C.:** Wireless capsule endoscopy for evaluation of phenotypic expression of small-bowel polyps in patients with Peutz-Jeghers syndrome and symptomatic first degree relatives **Endoscopy 2004;36:1060-6**
 14. **Swain P., Fritscher-Ravens A.:** Role of video endoscopy in managing small bowel disease **Gut 2004; 53:1866-75**
 15. **Tabib S., Fuller C., Daniels J. és Lo SK.:** Asymptomatic aspiration of a capsule endoscope **Gastrointest. Endosc. 2004;60:845-8**
 16. **Tang SJ., Zanati S., Duncenco E., és mtsai:** Sunlight interference with wireless capsule endoscopy **Endoscopy 2004;36:832**

17. **Thijs WJ., van Baarlen J., Kleibeuker JH., Kolkman JJ.:** Duodenal versus jejunal biopsies in suspected celiac disease **Endoscopy 2004,36:993-6**