

Syndrom solitárního rektálního vředu

Syndrom solitárního rektálního vředu je zřídka se vyskytující benigní klinická jednotka ne zcela jasné etiologie. Termín vřed je ve skutečnosti spíše *terminus technicus*, může se skutečně jednat o solitární vřed, ale lézi může být zachyceno i více. Dokonce nemusí být zachycena ani ulcerace sliznice ale např. hyperémie sliznice nebo ploché polypy. Vlastní diagnóza je stanovena na základě kombinace klinického obrazu, endoskopického nálezu a histopatologického nálezu.

Historie

První pravděpodobné případy popsal francouzský anatom a patolog Jean Cruveilhier (1791–1874) jako případy neobvyklých vředů rekta. Termín *"solitar ulcers of rectum"* byl poprvé použit na konci 30. let bristký chirurg Oswald Vaughan Lloyd-Davis (1905–1987) působící v nemocnici sv. Marka v Londýně. Podrobnější popis na sérii 68 pacientů publikovali v roce 1969 M.R.Madigan a B.C.Morson z téhož pracoviště. Tato zdánlivě malá série pokrývá případy identifikované v nemocnici sv. Marka mezi lety 1931 a 1967. Konečně K.R.Rutter a R.H.Riddell publikovali v roce 1975 ucelený koncept patogeneze jako poruchy, která vzniká při prolapsu rekta.

Epidemiologie

Frekvence onemocnění se odhaduje na 1 na 100.000 obyvatel, nejspíše ale bude pro poddiagnostikovanost vyšší. Vyskytuje se obvykle u mladých dospělých, byl ale popsán i u dětí a u starých lidí. Postižení obou pohlaví je zhruba stejně časté s pravděpodobně nevýraznou převahou postižení u žen.

Vzhledem k vzácnosti onemocnění se na solitární rektální vřed obvykle nemyslí a diagnóza může být stanovena i poměrně dlouho od začátku obtíží. Dle publikovaných údajů se doba od začátku obtíží k diagnóze pohybuje ve velmi širokém rozmezí od tří měsíců do třiceti let.

Klinický obraz

Klinicky se solitární rektální vřed manifestuje krvácením z rekta, hojná produkce a defekace hlenu (mucorrhea), namáhavá defekace, bolesti břicha nebo hráze, pocit nekompletního vyprázdnění a zácpa. Může dojít k prolapsu rekta. U některých pacientů může dojít k inkontinenci. Není úplně vzácný ani zcela asymptomatický průběh, kdy je solitární rektální vřed nalezen náhodně při vyšetření z jiného důvodu.

Patogeneze

Etiologie a patogeneze onemocnění není zcela vysvětlena. Předpokládá se, že iniciálním krokem v rozvoji solitárního rektálního vředu je poškození sliznice přímou traumatizací nebo lokální ischemií. Původní teorie Ruttera a Riddella předpokládala, že vyvolávajícím faktorem je prolaps rekta, dnes se uvažuje spíše o dalších faktorech. Bylo např. prokázáno, že k traumatizaci rektální sliznice vede např. defekace v podřepu nebo za určitých okolností abnormální kontrakce puborektálního svalu. Klíčovým krokem patogeneze je prolaps sliznice, který nemusí být sám o sobě klinicky manifestní. Prolaps vede k městnání krve, edému a celkově tedy k ischemickým změnám, které mohou vyústit až v ulceraci.

V patogenezi se může uplatňovat i humorální regulace. U nemocných je snížen tok krve sliznicí rekta, které je podobné poruše toku při porušené cholinergní signalizaci. Jiným možným vysvětlením horšího toku je hypotéza poruchy malých cév, v histologickém obraze lze prokázat zmnožení vaziva.

U pacientů se solitárním rektálním vředem byl dále prokázán vyšší anální tlak, puborektální dyssynergie a rektální hypersenzitivita

Zdá se, že se na rozvoji solitárního rektálního vředu podílejí různou měrou všechny výše uvedené faktory a možná i některé další.

Diagnostika

Endoskopické vyšetření

Léze je typicky na přední stěně rekta ve vzdálenosti 12&cm od anokutánního přechodu. Velikost léze obvykle kolísá mezi 0,5 až 4 cm. Pouze jedna léze je zachycena v 70 %, ve zbývajících případech je zachyceno několik lézí. Endoskopicky se mohou léze prezentovat v několika formách:

- erytematózní forma (18 % případů),
- polypózní forma (25 % případů),
- ulcerativní forma (57 % případů).

Pro správnou diagnózu je třeba srovnat biopsii nejen z vlastní léze, ale i z okolní makroskopicky intaktní sliznice.

Histopatologický obraz

Zásadní histopatologické charakteristiky jsou společné všem třem makroskopickým formám:

- fibromuskulární obliterace lamina propria mucosae,
- hypertrofická muscularis mucosae se šířením svalových snopců mezi krypty,
- distorze a hyperplazie krypt, může být přítomna i ložisková dilatace popsávaná jako dilatace tvaru diamantu,
- distorze a hyperplazie hlenových žláz,
- rozšířené kapiláty.

V lézi bývá poměrně chudá zánětlivá infiltrace, může však být zachycena akutní i chronická zánětlivá infiltrace. Pokud je léze exulcerovaná, může být kryta pseudomembránou.

Diferenciální diagnostika

- Crohnova choroba
- Ulcerózní kolitida
- Ischemická kolitida
- infekce
- malignita

Terapie

Vzhledem k ne zcela jasné etiopatogenezi a malému počtu případů jsou všechna publikovaná doporučení podpořena více míněním expertů než hlubokou patofyziologickou rozvahou nebo solidním statistickým důkazem.

Za základní se považuje konzervativní terapie spořívající především v dietě s vysokým podílem vlákniny, případně doplněné o objemová laxativa. Dále je doporučováno změnit chování pacienta tak, aby změnil své defekační návyky (méně času na toaletě, snížení námahy při defekaci, omezení běžných laxativ), což může sekundárně příznivě ovlivnit i fyziologii defekace. Pokud není edukace v tomto účinná, je doporučována jako efektivní varianta behaviorální terapie založená na biofeedbacku, i když některé studie přidanou hodnotu biofeedbacku zpochybňují.

Další postupy nejsou pokládány za terapeutické postupy první řady:

- Topické aplikace léků: skuralfát, salicyláty, kortikoidy, sulfasalazin, mesalazin, topicky fibrin.
- Endoskopické výkony: termoablace argonovým laserem.
- Chirurgické výkony: transanální excize operačním rektoskopem, rektopexie, mukózní resekce podle Delorma, perineální proktektomie podle Altemeiera, staplerová transanální rektální resekce.

Odkazy

Související články

- Intestinum crassum
- Koloskopické vyšetření
- Polypy tlustého střeva

Literatura

- MADIGAN, M.R. a B.C. MORSON. Solitary ulcer of the rectum. *Gut* [online]. 1969, vol. 10, no. 11, s. 871-81, dostupné také z <<https://gut.bmj.com/content/10/11/871.full.pdf+html>>. ISSN 0017-5749.
- ZHU, Q.C., R.R. SHEN a H.L. QIN, et al. Solitary rectal ulcer syndrome: clinical features, pathophysiology, diagnosis and treatment strategies. *World J Gastroenterol* [online]. 2014, vol. 20, no. 3, s. 738-44, dostupné také z <<https://www.wjgnet.com/1007-9327/full/v20/i3/738.htm>>. ISSN 2219-2840.
- PROCHÁZKA, R., P. SRNA a J. FRYDRYCH. Syndrom solitárního rektálního vředu. *Gastroent Hepatol* [online]. 2012, vol. 66, no. 4, s. 259-264, dostupné také z <<http://www.csgh.info/cs/intro>>. ISSN 1804-803X.
- ABID, S., A. KHAWAJA a S.A. BHIMANI, et al. The clinical, endoscopic and histological spectrum of the solitary rectal ulcer syndrome: a single-center experience of 116 cases. *BMC Gastroenterol* [online]. 2012, vol. 12, s. 72, dostupné také z <<https://bmcgastroenterol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-230X-12-72>>. ISSN 1471-230X.

Externí odkazy

- GONZALES, R.S.. *Colon non tumor > Non-neoplastic, non-congenital lesions > Solitary rectal ulcer syndrome* [online]. PathologyOutlines.com, [cit. 8/2014]. <<http://www.pathologyoutlines.com/topic/colonsolitaryrectalyulcer.html>>.

Citováno z „https://www.wikiskripta.eu/index.php?title=Syndrom_solitárního_rektálního_vředu&oldid=408623“