Juvenilní polyp tlustého střeva s klinickým obrazem opakované enteroragie

prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.^{1,2}, MUDr. Lenka Bakaj Zbrožková, Ph.D.³, MUDr. Kamila Michálková³

¹Ústav molekulární a translační medicíny LF UP Olomouc

²Dětská klinika LF UP FN v Olomouci

³Radiologická klinika LF UP a FN v Olomouci

Kolorektální polypy jsou v dětství časté. Ultrazvukové vyšetření je bezpečná a přesná metoda hodnocení dětí s rektálním krvácením, zejména pro diagnostiku juvenilních kolorektálních polypů. Představujeme případ solitárního juvenilního polypu colon descendens, který byl příčinou opakované enteroragie u 3,5leté dívky. Abdominální ultrasonografie prokázala, solitární polyp, který byl úspěšně odstraněn při kolonoskopickém vyšetření.

Klíčová slova: juvenilní polyp colon descendens, pediatrie, ultrasonografie.

Juvenile colonic polyp presenting as a recurrent enterorrhagia

Colorectal polyps are common in childhood. Ultrasonographic examination is a safe and accurate method of assessing children with rectal bleeding, especially for the diagnosis of juvenile colonic polyps. We present a case of a solitary juvenile polyp of colon descendens, which was the cause of repeated enterorrhagia in a 3,5-year-old girl. Abdominal ultrasonography confirmed the solitary polyp, which was successfully removed during colonoscopic examination.

Key words: colorectal juvenile polyp, pediatrics, ultrasonography.

Úvod

Gastrointestinální polypy v dětství nejsou vzácné, vyskytují se u 1 % dětí předškolního a školního věku. Kolorektální polypy jsou nejčastějším typem polypů gastrointestinálního traktu, což představuje 96 % všech případů (lokalizace: 50 % sigmoideum, 36 % rektum a 10 % sestupný tračník) (1, 6). Nejčastějším klinickým projevem je nebolestivá enteroragie (5, 7). Přidružené příznaky zahrnují recidivující bolest břicha, průjem a vzácně prolaps konečníku (1). Pokud existuje klinické podezření na přítomnost kolorektálního polypu, kolonoskopie bývá u dětí obvykle dalším krokem k definitivní diagnóze. Tato modalita má přednost, neboť kolonoskopie je nejenom diagnostickou, ale současně i terapeutickou metodou.

Gastrointestinální polypy rozdělujeme do dvou hlavních skupin: hamartomy (solitární juve-

nilní polypy a Peutz-Jeghersova polypóza) a adenomy. Nejčastěji nalezeným typem bývá solitární hamartom juvenilního typu, zatímco solitární adenomy jsou vzácné. Termín „juvenilní polyp“ se používá k popisu histologicky odlišných kolorektálních polypů vyskytujících se během dětství, obvykle v 1. věkové dekádě. Vzácně se mohou vyskytovat i v tenkém střevě.

Juvenilní polyp se na ultrazvuku prezentuje jako solidní, hypoechogenní kulovitý útvar, který vyčnívá do lumen střeva (4). V tomto uzlu je variabilní počet malých cystických prostor se změněnou architekturou hlenových žláz, které věrně korelují se sonografickým obrazem. Průtok krve je v těchto polypech snadno rozpoznatelný dopplerovským znázorněním, které může rovněž usnadnit identifikaci cévního svazku probíhajícího přes stopku polypu.

Většina polypů je asymptomatická a zůstává nerozpoznaná.

Popis klinického případu

3,5letá dívka s anamnézou opakované enteroragie byla doporučena dětskou gastroenteroložkou ke kolonoskopickému odstranění solitárního polypu v oblasti colon descendens. Patientka byla z II. fyziologického těhotenství, porod byl v termínu záhlavím, komplikovaný frakturou levého klíčku, poporodní adaptace byla fyziologická. Novorozeneckým sonografickým screeningem byla zachycena hydronefrotóza 2. stupně vlevo bez redukce parenchymu, IMC neměla, očkování dle kalendáře + proti rotaviróze infekci. Byla zařazena do dispenzární nefrologické péče. Rodiče zdraví a starší sestra je dispenzarizovaná v alergologické ordinaci.

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc., vladimir.mihal@fnol.cz
Dětská klinika LF UP a FN Olomouc
Puškinova 5, 775 20 Olomouc

Cit. zkr: Pediatr. praxi. 2018; 19(5): 354–356
Článek přijat redakcí: 28. 11. 2018
Článek přijat k publikaci: 3. 12. 2018

Kolonoskopické vyšetření bylo doporučeno nejenom na základě opakované enteroragie (na bolesti břicha si neztěžovala, neanemizovala se, průjmy neměla), ale i na základě **ultrazvukového vyšetření**, kde v levém meso- až hypogastriu v oblasti colon descendens až colon sigmoideum byl patrný kulovitý útvar 14 mm velký – polyp, který měl smíšenou echogenitu s vnitřními drobnými anechogenními okrsky. Dopplerovské UZ vyšetření ukázalo prokrvení polypu a při okraji stopku polypu, která byla také prokrvená (Obr. 2 a obr. 3). Pediatrické vyšetření před kolonoskopií: váha 15 kg, výška 102 cm, BMI 14,42. V krevním obraze nebyla anémie (hemoglobin: 125 g/l, erytrocyty: $5,34 \times 10^{12}/l$). Moč chemicky a sediment normální hodnoty. **Kolonoskopické vyšetření** v celkové narkóze: ve vzdálenosti 30 cm od anu v colon descendens byl nalezen stopkatý polyp velikosti 1,5x1,0 cm, který byl snesen polypektomickou kličkou, ostatní tračník byl s přiměřeným nálezem. **Histologické vyšetření**: vzorek sliznice tlustého střeva s juvenilním polypem tvořeným bohatě zánětlivě celulizovanou lamina propria s cysticky dilatovanými žlázkami vystlanými cylindrickým epitelem. Po výkonu byly monitorovány vitální funkce, které byly bez alterace, analgetika nevyžadovala. Po výkonu odešla stolice bez krvavé příměsi. V celkově dobrém klinickém stavu byla propuštěna do domácí péče.

Diskuze

Juvenilní polypy jsou histologicky klasifikovány jako hamartomy. Proliferace žlázových kanálů je jednou z jejich histologických vlastností (4, 6). Značně rozšířené kanálky, které mohou být viditelné i makroskopicky, jsou pomocí ultrazvukové sondy dobře rozlišitelné jako hypoechogenní ložiska. Juvenilní polypy mohou způsobit rovněž intususcepci (9) a mají malý, ale možný neoplastický potenciál. Diferencování izolovaných juvenilních polypů od hamartomatózní polypózy je důležité, protože Peutz-Jeghersův syndrom je spojený se zvýšeným rizikem recidivujících polypů a malignity (6). V souladu s tím se doporučuje jejich včasné odstranění. Včasná diagnóza a léčba solitárních polypů je i v dětském věku důležitá. Standardní diagnostickou metodou pro identifikaci kolorektálních polypů je dnes kolonoskopie, která je ale pro děti technicky náročná a invazivní.

Ultrazvuková sonda v rukou zkušeného dětského radiologa může být velmi užitečná při diagnostice střevních polypů. Specifická diagnóza

Obr. 1. UZ vyšetření břicha. Na snímku je zachycen kulovitý útvar – polyp, který je asi 14 mm velký, má smíšenou echogenitu s vnitřními drobnými anechogenními okrsky, je uložen v oblasti meso – až hypogastria vlevo, patrně v colon descendens

Obr. 2. Dopplerovské UZ vyšetření ukazuje prokrvení polypu a při okraji prokrvenou stopku polypu

za je možná u mnohých případů a u většiny má charakteristický vzhled (1, 2, 3, 4). Technologický pokrok přinesl revoluci i v sonografické detekční schopnosti, a proto je sonografie dnes používána jako zobrazovací metoda i pro hodnocení kolorektálních polypů. Dříve některé studie doporučovaly aplikaci gradientní kompresní sonografie bez

přípravy tračníku, zatímco jiní navrhovali infúzi (klysmu) fyziologického roztoku do střeva, která dovolovala přesnější detekci intraluminálních lézí (2, 4). Předchozí zprávy byly sporadické a nekonzistentní a vhodnost přípravy tlustého střeva zůstala nejasná. V roce 2008 Parra a spolupracovníci v rozsáhlé studii prokázali vysokou senzitivitu a specifitu

ultrazvukové diagnostiky, když před vyšetřením použili přípravný protokol s klysmatem glycerinu (94,79% a 100% resp.) (1). Dobré výsledky přináší i technika stupňované komprese (vhodná zejména pro děti do věku 3 let). Pro některé obézní děti však kompresní manévry byly neúčinné. Střevní polypy mohou být dobře detekovány i pomocí stupňované kompresní šedé a barevné dopplerovské sonografie bez předchozí přípravy tračníku.

Základní přípravu tlustého střeva před ultrazvukovým vyšetřením je vhodné zvážit pro děti, které mají v anamnéze enteroragii s/nebo bez bolesti břicha. Využití tohoto postupu může výrazně zvýšit diagnostickou přesnost detekce kolorektálních polypů ve srovnání s ultrazvukem bez přípravy. Po aplikaci glycerinového klysmatu se zlepšilo rozlišení nejenom stopky polypu, ale i lepší viditelnost vztahu mezi polypem a střevní stěnou. Pro pacienty do věku 3 let je diagnóza pomocí ultrasonografie uspokojivá pouze mírnou kompresí břicha (3). Pro pacienty starší, může příprava tlustého střeva významně zvýšit míru diagnózy polypů, zvláště když je podezřelé, že polypy mo-

hou být lokalizovány v sestupném tračníku nebo v kolorektálním segmentu. Tento postup může umožnit klinickému týmu provádět polypektomii pomocí kolonoskopie více cíleně a s minimalizací rizika komplikací (8). Ve srovnání s tradiční přípravou tlustého střeva nalačno nebo aplikací klysmatu fyziologickým roztokem, je tzv. glycerinový protokol méně bolestivý a pro děti i příjemnější, zejména pro ty, které jsou podezřelé s nízkou položeným polypem u dětí > 3 roky (1).

U naší 3,5leté pacientky jsme na základě anamnézy opakovaných enteroragií doporučili vyšetření ultrazvukem, které proběhlo bez předchozí přípravy tračníku. Enteroragie měly vždy mírný charakter, spontánně se upravily a nevedly k anémii pacientky. UZ vyšetření břicha v oblasti colon descendens prokázalo kulovitý útvar se smíšenou echogenitou. Dopplerovské UZ vyšetření potvrdilo typické prokrvení polypu. Cíleným kolonoskopickým vyšetřením byl v colon descendens zjištěn solitární stopkatý juvenilní polyp, který byl snesen polypektomickou kličkou a histologickým vyšetřením potvrzen.

Přesná diagnóza pomocí ultrasonografie, juvenilní polyp nejenom exaktně charakterizuje, ale i přesně lokalizuje a tím usnadňuje jeho cílené endoskopické odstranění.

Stojí za zapamatování:

- Nejčastějším klinickým příznakem kolorektálních polypů u dětí je nebolestivá enteroragie.
- Jenom jeden z pěti pacientů s touto klinickou anamnézou má endoskopicky potvrzený kolorektální polyp.
- Ultrasonografie se pro její bezpečnost a přesnost dnes může stát primární diagnostickou metodou skríninku kolorektálních polypů u dětí.
- Pro děti ve věku nad 3 roky se doporučuje příprava tračníku pomocí klysmatu s glycerínem, které zvyšuje přesnější lokalizaci i obraz intraluminálních lézí.

Tato práce byla podpořena Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy České republiky (LO1304).

LITERATURA

1. Qu N-N, Liu R-H, Shi L, et al. Sonographic diagnosis of colorectal polyps in children. *Medicine* 2018; 97: 39–44.
2. Parra DA, Navarro OM. Sonographic diagnosis of intestinal polyps in children. *Pediatr Radiol* 2008; 38: 680–684.
3. Nagita A, Amemoto K, Yoden A, et al. Ultrasonographic diagnosis of juvenile colonic polyps. *J Pediatr* 1994; 124: 535–540.
4. Wei C, Dayong W, Liqun J, et al. Colorectal polyps in children: a retrospective study of clinical features and the value of ultrasonography in their diagnosis. *J Pediatr Surg* 2012; 47: 1853–1858.
5. Latt TT, Nicholl R, Domizio P, et al. Rectal bleeding and polyps. *Arch Dis Child* 1993; 69: 144–147.
6. Thakkar K, Alsarraj A, Fong E, et al. Prevalence of colorectal polyps in pediatric colonoscopy. *Dig Dis Sci* 2012; 57: 1050–1055.
7. Campbell AM, Sugarman I. Does painless rectal bleed-

ing equate to a colonic polyp? *Arch Dis Child* 2017; 102: 1049–1051.

8. Rath C, Ingle M, Pandav N, et al. Clinical, endoscopic, and pathologic characteristics of colorectal polyps in Indian children and adolescents. *Indian J Gastroenterol* 2015; 34(6): 453–457.
9. Mihál V, Malý T, Janková J, Michálková K. Rozsáhlý juvenilní polyp tlustého střeva s klinickým obrazem kolokolické invaginace u dítěte. *Pediatr praxi* 2017; 18(6): 379–382.