



BÉLBETEGSÉGEK – DIAGNOSZTIKA ÉS TERÁPIA

Az olvasók kérdéseire szakértők válaszolnak



Prof. dr. Simon László
egyetemi magántanár,
Tolna Megyei
Oktatókórház,
Szekszárd

Prof. dr. Lonovics János
tanszékvezető
egyetemi tanár,
Szegedi Tudományegyetem,
I. Belgyógyászati Klinika



– Magyarországon a gastrointestinális tumorok irányába végzett lakossági szűrővizsgálatok (nyilván költségigényük miatt) nem indultak be. Mi a helyzet más közép-európai országban? Milyen eredményeket várhatnánk egy adekvát szűrőprogramtól? Melyek a költséghatékonyságot bizonyító legfontosabb paraméterek?

– Általában a gastrointestinális tumorok szűrővizsgálatáról beszélni – nemcsak Magyarországon, hanem az egész világot tekintve – meglehetősen illuzorikusnak tűnik.

Az a hatalmas fejlődés, amely az utóbbi évtizedben a klinikai onkológia genetikai ismereteinek bővülését jellemzi, a gyakorlatban – bonyolultsága, nehéz hozzáférhetősége és magas költségei miatt – még csak a betegségek igen szűk körében (egyes polyposisszindrómák, familiaris pancreascarcinoma) vált alkalmazhatóvá.

Korrekt becslések alapján a colorectalis carcinoma mortalitása – a megfelelő módszerek alkalmazása esetén – 2020-ra 50%-kal csökkenhetne. De a módszerek kiválasztása és gyakorlati kivitelezése még igen komoly nemzetközi vita tárgya, és egyre inkább nyilvánvaló, hogy a kétlépcsős vizsgálat – az okkult vér meghatározása, majd a kolonoszkópia – túlzottan nagy terhet ró a világon majdnem mindenütt, így hazánkban is a megrokkantott egészségügyre.

Számos költséghatékonysági elemzés igazolja, hogy megfelelő társadalmi felvilágosítás és elfogadás esetén a direkt kolonoszkópia a legalkalmasabb módszer, hogy időben felfedezzük a colorectalis carcinomát vagy megelőző állapotait, és elvégezzük a preventív beavatkozásokat. Ehhez nyilvánvalóan hozzá tartozik a preventív colonpolypectomiák ellenőrző logisztikájának megszervezése, finanszírozása és a megjelenések korrekt betartatása, akár az elmulasztás szankcionálása is. Hazánkban az átmeneti megoldást a nagy kockázatú populáció egyszerű – akár háziiorvosi módszerekkel, a résztvevők lényeges megterhelése nélküli – kiválasztása és kolonoszkópos szűrése jelenthetné, ha erre a jelenlegi restriktív egészségpolitika akárcsak egérutat is felvillanztatna.

Ami a kérdés második felét illeti, szégyellhetjük magunkat. Lengyelországban több mint 50 000 embernél végeztek célzott kolonoszkópos szűrést olyan eredménnyel, amelyet az idézetek szerint a világ legmagasabb impaktfaktorú klinikai lapja is közlésre érdemesnek tartott. A Magyar Gasztroenterológiai Társaság és Kollégium évek óta hasztalan próbálkozik egy ilyen szűrőmódszer bevezetésével.

– Újabb szenzitív és specifikus biomarkerekről, illetve tumormarkerekről olvashatunk az irodalomban. A

vérből meghatározható gasztrin- vagy pepszinogénszintek korai jelzői a gyomor malignus daganatainak. A béltumorok diagnosztikájában előtérbe kerülnek a genetikai vizsgálatok, de a székletből is több tumormarker tesztelhető. Tudjuk, hogy a vér székletből való kimutatására szolgáló Weber-teszt diagnosztikus értéke csekély. Melyek azok a reális lehetőségek, amelyeket a közeljövőben a hazai gyakorlatban is alkalmazhatunk?

– A vérben mérhető gasztrinszintnek nincs jelentősége a gyomor malignus daganatainak korai felismerésében. Ezzel szemben a gastrin-releasing peptid (GRP) és ennek receptora számos tumorban (tüdő, pancreas, gyomor, colon, emlő, pancreas) overexpressziót mutat. A radioaktív izotóppal jelzett, illetve citotoxikus szerrel kapcsolt GRP-analógok alkalmazása ígéretes eljárás lehet a jövőben e tumorok diagnózisában és kezelésében. Metaanalízisek alapján a szérumpepszinogénteszt pozitív prediktív értéke kicsi, viszont 99%-os a negatív prediktív érték gyomorrákos betegeken, így szűrővizsgálatként elvileg alkalmazható lehetne a nagy rizikójú betegcsoportban, de populáció szűrésére nem.

A vastagbél-tumorok esetében bármilyen kis esetszámot érintő szűrővizsgálat jobb, mintha semmit sem teszünk. Így a guaiacalapú – egyszerű és olcsó – Fecatest végzése is bizo-



nyíthatóan csökkenti a mortalitást. Az immun-Fecatest a specificitást növeli, de a költsége is nagyobb. A széklet genetikai vizsgálata (onkogének, sérült DNS-ek) érzékeny, de kevésbé specifikus módszer, költsége igen magas, emiatt populációszűrésre jelenleg nem alkalmas. Szérumból kimutatható, vastagbélrákot jelző genetikai mutáció jelenleg még nem ismert. A Fecatest és szigmoidoszkópia (pozitív esetben kolonoszkópia) vagy rögtön kolonoszkópia alkalmazásával hazánkban is 20–30%-kal csökkenthető lenne a colorectalis rák éves mortalitása. Amíg a populációszűrés csak vágyálom, addig a fokozott rizikójú egyének korai endoszkópos vizsgálatával tehetjük a legtöbbet betegeinkért.

– Egyre nő a probiotikumok, prebiotikumok, illetve szinbiotikumok népszerűsége. Alkalmask-e az ökológiai szerek a gyulladásos bélbetegségben szenvedőknél a recidíva kivédésére egyéb gyógyszeres kezelés nélkül? Ezzel kapcsolatban van-e a háziorvosoknak szóló szakmai ajánlás?

– Egyre több irodalmi adattal rendelkezünk a pre-, illetve probiotikumok alkalmazásáról gyulladásos bélbetegségekben. Több tanulmány is igazolta kedvező hatásukat. Azonban a nemzetközi és az egyre gyarapodó hazai adatok alapján önállóan nem alkalmask fenntartó kezelésre, remisszió kivédésére sem colitis ulcerosában, sem Crohn-betegségben, viszont kombinációban szinergista hatásuk lehet. Különösen érdemes adni ileocecalis resekciót követően, illetve antibiotikummal együtt, relapsusprevencióként. Bizonyítottan kedvező hatásúak és önállóan is alkalmazhatók a probiotikumok pouchitisben, amely igazoltan bakteriális etiológiájú megbetegedés.

– A gyulladásos bélbetegségben szenvedőkre egyre jelentősebb anyagi terhet ró a megfelelő életminőség tartása. Hogyan racionalizálhatjuk például egy aktív Crohn-betegségben vagy colitis ulcerosában szenvedő beteg életmódját, étkezését és gyógyszeres kezelését? Mennyiben változzék tanácsunk a remisszió fázisában? Szükség van-e folyamatosan gyógyszeres kezelésre vagy intermittáló adással is kivédhetők a

recidívák? A recidív fázisban is biztosíthatók a gyógyszerek kiemelt tb-támogatással? Bizonyíthatók-e a „multivitaminok” kedvező hatásai? Tanácsolt-e az E-vitamin (esetleg más antioxidáns) vagy a folsav tartós szedése?

– Rendkívül komplex kérdésfeltevés. Röviden, pontokban válaszolok:

Az életmódvezetés individuális, és a háziorvos csak tanácsokat adhat, amelyeket akár ő, akár maga a beteg vagy hozzátartozója több fórumon megtalálhat, de megoldással csak a felső vezetés szolgálhat.

A remisszió fázisában a fenntartó kezelés elérhetőségének biztosítása a túlélés *sine qua non*ja.

Feltétlenül szükséges a fenntartó kezeléseket kiemelt támogatásának biztosítása.

A gyulladásos bélbetegségben szenvedő betegek esetében a felszívódás és tápanyag-hasznosítás elégtelenségéről van szó. Mindenféle propagált és gyártójának jelentős profitot hozó „terápia” ellenére gyulladásos bélbetegségben egyedül az orális vaskezelés jótékony hatása bizonyított, amely nem fokozza a relapsus kockázatát.

Az E-vitamin a beteg gyógyszerköltségeit növeli, hatása evidenciákkal nem igazolt.

– Csípőfájdalmainak kivizsgálása kapcsán derült fény 55 éves nőbetegem Crohn-betegségére (is). Korábban is meglévő hasi panaszai a napi 16 tabletta szedése óta fokozódnak. A beteg ragaszkodik a nem szteroid fájdalomcsillapítókhoz, a gasztroenterológus viszont ezek elhagyására és a Pentasa dózisának emelésére próbálja rávenni. „Az alapbetegség kezelése fontosabb, mint a szövődeményeké” – írja szakvéleményében. Magam legszívesebben szteroidot adnék (talán budenosidot?), amelytől mind a mozgásszervi, mind a bélpanaszok csökkenését remélhetem. Lehet, hogy tévedek?

– Nem téved. A Crohn-betegség ízületi szövődeményei tankönyvi adatok. A gasztroenterológusnak alapvetően igaza van az alapbetegség kezelésének fontosságában, persze több adatot kellene tudni a csípőfájdalmak jellegéről és a kérdéshez valóban értő reumatológus szakvéleményéről. Jó lenne tudni az osteopenia esetleges állapotá-

ról, ha ez az ok, akkor ennek lehetséges korrekciójáról, a radiológiai képről (sacroilealis ízesülés, esetleg a Crohn-betegségtől független más kórállapot stb.). Ettől függhet a fájdalomcsillapítás adekvát módszere is, amelynek során egyáltalán nem kell ragaszkodni a nem szteroid gyulladásgátlókhoz.

– Betegem Crohn-betegsége évek óta ismert. Diéta, napi 2x2 gramm Salofalk mellett tünetmentes. A gyógyszert két-háromszor próbálta elhagyni, de betegsége minden esetben kiújult. A szakmai problémát nőbetegem gravis vashiánya jelenti. Az orális vas-, illetve folsavkészítmény tartós adása obstipatiót, bélpanaszokat, étvágytalanságot okoz és terápiás hatása is alig van. Eddig csak a parenteralisan adott Ferrlecit vált be, amellyel a vashiányt – 20–30 ampullát adva(!) – körülbelül három-négy hónapra sikerült megszüntetni. Mi egyebet lehetne alkalmaznom? Nincs-e veszélye vagy inkább alternatívája az általam adott vas-szubsztitúciónak?

– Gyulladásos bélbetegségben nagyon gyakori a krónikus vashiányos anaemia. Az orális vaskezelés hasznáról a fentiekben már írtunk. Tapasztalataim szerint hasznos lehetne az Actiferrin hatásos dózisának individuális meghatározása; folsav adására nincs minden esetben szükség (folátmeghatározás javasolt!). Elviekben a parenterális vaspótlásnak a kérdésben említett dózisa sem jelent különösebb veszélyt (megfelelő laboratóriumi ellenőrzés mellett). Sajnos, alkalmazható alternatívát nem látok.

– Úgy tanultuk, hogy a gyulladásos bélbetegség diagnózisának gold standardja a jellemző szövettani elváltozás igazolása. Az újabb vizsgálati módszerek (ultrahang-, komputertomográfias, mágneses rezonanciás vizsgálat) birtokában érvényes-e ez a megállapítás? Melyek a korai fázisra jellemző diagnosztikus paraméterek? Létezik-e a háziorvosok számára is ajánlható, egyszerű pontrendszer, amelynek segítségével felmérhető a kezelés sikere, illetve a recidíva lehetőség?

– A gyulladásos bélbetegség szövettani vizsgálata az endoszkópos biopszia



mélységi korlátai miatt gyakran nehézségekbe ütközik, természetesen a műtéti preparátum hisztológiája tekinthető továbbra is arany standardnak. Az MRI sok esetben segíthet a végső diagnózis felállításában, de döntő a kolonoszkópia, és ennek technikailag egyre szofisztikáltabb formái (konfokális lézereidoszkópia, „narrow band imaging”, kromoendoszkópia stb.).

Számos bonyolult vagy kevésbé bonyolult aktivitási indexet használunk a beteg aktuális állapotának megítélésére Crohn-betegségben és colitis ulcerosában egyaránt, de jobb, ha ezek értékelését a gasztroenterológusra bízjuk. A házi orvos számára alapvetően fontos a klinikai kép tapasztalati megítélése, a szövődményekre utaló jelek (fokozódó klinikai panaszok, láz, testsúlyváltozás) keresése, a gondos fizikális vizsgálat elvégzése(!), és ezek alapján konzultáció a beteget – lehetőleg folyamatosan – kontrolláló gasztroenterológussal.

– Melyek a gyulladós bélbetegség kezelésének új lehetőségei? Szteroiddependens esetekben indokolt-e a thiopurin (azathioprin) alkalmazása? Milyen tartós eredmények várhatók a biológiai terápiától? Jelenleg hol és hogyan juthat a beteg ezekhez a modern kezelési lehetőségekhez? Van-e a házi orvosnak teendője ilyen kezelés alatt? Mikor indokolt műtét végzése?

– A szulfaszalazint évtizedek óta alkalmazzuk a gyulladós bélbetegség kezelésében, emellett számos új lehetőség ismert. Ennek ellenére még a bevált és bázisként alkalmazott készítmények mellett is gyakori az aluldozozás, a felesleges szteroidadás, illetve a szteroidspóroló immunosuppresszív kezeléstől való félelem és az elégtelen osteoporosis-prevenció.

Az immunosuppresszív szerek nemcsak a szteroidigény csökkentése miatt hasznosak, hanem a Crohn-betegség szteroid indukálta remissziójának fenntartására is. Az *azathioprin*/6 MP 2-3 mg/ ttkg dózisban évekig szedhető. A betegség súlyosabb formáiban és a szteroiddependencia bizonyos eseteiben az *azathioprin* hatástalan vagy mellékhatások léphetnek fel, ilyenkor *methotrexat* adása is szóba

jön, ezzel kapcsolatban azonban még nincs elég tapasztalat.

A biológiai kezelés rendkívül nagy jelentőségre tett szert az utóbbi években. Az *infliximab* [tumor nekrozisfaktor- α (TNF- α) elleni monoklonális humán-murin antitest kiméra] alkalmazásával van a legtöbb tapasztalatunk gyulladásos és fistulaképző Crohn-betegségben. Mértékadó vélemények szerint az iniciális *infliximab*-kezeléstől várható talán a legjobb hatás. Sajnos a magyar egészségügyi ellátás jelenlegi körülményei között nem talált meghallgatásra az a kérésünk, hogy a biológiai kezelésre és speciális műtéti ellátásra szoruló Crohn-betegeink mentesüljenek a korlátozásoktól, így egyelőre csak annyit tanácsolhatunk, hogy e betegeket speciális, ismert gasztroenterológiai centrumokba küldjük, ahol próbálunk gondoskodni megfelelő ellátásukról. Az igen nagy tapasztalatot igénylő műtéti beavatkozás sajnos meglehetősen gyakran válik szükségessé, elsősorban stenotizáló és szövődményes esetekben.

– A házi orvosi praxist leggyakrabban irritábilis bél szindrómára jellemző tünetegyüttesel keresik fel a betegek. Helyes-e a „makacs panaszos” betegek mindegyikét (előbb-utóbb) gasztroenterológushoz irányítani, illetve kolonoszkópos vizsgálatot kezdeményezni? Melyek a leginkább hatékony, újabb tüneti szerek? Vállalhatjuk-e, hogy tartósan anxiolyticumokat adunk, vagy indokolt pszichiáter tanácsát is kérni? Vannak-e újabb lehetőségeink a székürítés „harmonizálására”?

– Az irritábilis bél szindróma a tápcsatorna funkcionális megbetegedései közé tartozó kórkép: a beteg visszatérő hasi fájdalmat vagy diszkomfortérzést panaszol, ami a megelőző három hónap folyamán legalább havi három alkalommal jelentkezett. A kórismezéshez ezenkívül az alábbi három kritérium közül kettő teljesülése is szükséges: a hasi fájdalom székürítés után enyhül, a fájdalom megjelenése összefügg a székletürítés gyakoriságának változásával, vagy a fájdalom megjelenése összefügg a széklet konzisztenciájának a megváltozásával.

A felsorolt tünetek mellett alapvető fontosságú a beteg kikérdezésekor és

vizsgálatokor az úgynevezett vészjelző tünetek – fogyás, látható vagy okkult tápcsatornai vérvesztés, vérszegénység, vashiányos állapot, hányás – kizárása, mert ezek fennállásakor rosszindulatú alapterbetegségekre kell gondolni. A 40 éves kor felett kezdődő tünetek, a családi vagy az egyéni kórelőzményben szereplő daganatos betegség, illetve a daganatos betegségek rizikófaktorainak (például a dohányzás) jelenléte indokoltá teszik a részletes kivizsgálást. Ez magába foglalja a kolonoszkópiát is. A felsoroltak hiányában az irritábilis bél szindrómára jellemző tünetek hosszan tartó fennállása önmagában nem indokolja a kolonoszkópiás vizsgálatot.

Fontos megjegyezni, hogy az irritábilis bél szindrómára jellemző tünetek más, nem daganatos tápcsatornai betegségekben (például kontaminált bél szindróma, vírusok, paraziták vagy gombák okozta bélfertőzések, ételallergiák, hasnyálmirigy-működési zavarok, tejcukor-intolerancia stb.) is előfordulhatnak, tehát mindenképpen indokolt a betegek gasztroenterológiai kivizsgálása.

A kórkép kezelésében a tápcsatornai simaizomzat működését szabályozó, helyileg ható, kalciumcsatorna-gátló szerek (pinaverium-bromid: Dicitel, alverin-citrát: Meteospasmyl, otilonium bromid: Spasmomen), illetve a gázképződés mértékét és ezáltal a bél feszülését csökkentő simethicon (Espumisan, Inflacol, Laxbene, Sab simplex) játszanak vezető szerepet. Amennyiben a székürítés zavarát a székrekedés dominálja, úgy diétás és életmódbeli változtatások (több testmozgás, bőséges folyadékfogyasztás) is javasoltak. A kórkép kialakulásában és fennállásában lényeges szerepet tulajdonítanak a krónikus stresszterhelésnek is, így ennek eliminálása is fontos.

Önmagában anxiolyticumok hosszán tartó adásával – különösen a szerekkel szemben kialakuló tolerancia miatt – nem érhetünk el eredményt. Mivel az irritábilis bél szindrómás betegekben pszichiátriai megbetegedések (szorongás, depresszió stb.) is előfordulhatnak, problémás esetben pszichiátriai konzíliumot kell kérni.

A székürítés harmonizálásának – a felsoroltakon túli – korszerű, ám hazánkban kevésbé hozzáférhető módszere a bio-feed-back tréning, amely



során a beteg számítógépes program segítségével tanulhatja újra a székürítés helyes mechanizmusát.

– Középkorú betegem egyetlen panasza, hogy étkezést követően szinte azonnal székelési ingere támad, de székürítésről nem, csak flatulálásról van szó. A kellemetlen érzés miatt egyre kevésbé mer nyilvánosan enni, munkája miatt így csak reggel és este eszik. Mi állhat e tünet hátterében, mit tehet a háziorvos?

– Ismert, hogy a nagy kalóriatartalmú ételek fogyasztása funkcionális eredetű hasi panaszokat (haspuffadás, bélkorgás, bélgörcsök, flatulentia) okozhat. Élettani körülmények között az étkezés reflexes úton székelési ingert vált ki, amelynek hátterében a vékony- és vastagbélben megjelenő perisztaltikus aktivitás változása áll. Irritábilis bél betegségben és funkcionális dyspepsiában egyaránt jellegzetes tünet az étkezés utáni gázképződés. Ennek a kórélettana pontosan nem ismert, vizsgálata jelenleg is kutatások tárgyát képezi.

A tünetek kiváltásáért a tápcsatorna motilitászavara mellett, az elfogyasztott étel mennyisége és minősége, valamint luminális faktorok, például a bélbaktérium-flóra összetételének megváltozása is felelőssé tehető.

Egyéb funkcionális tápcsatornai tünetekhez hasonlóan, flatulentia esetén is szűrni kell az úgynevezett társult vészjelző tüneteket (testsúlycsökkenés, székletrendváltozás, tápcsatornai vérzés, vérszegénység, vashiány, hányás), amelyek jelenléte organikus – többek között malignus betegségek, felszívódási és emésztési zavarok, ételallergia, gyulladásozós bélbetegségek – okot jelezhet.

Amennyiben a családorvosban – az általa elvégezhető alapvizsgálatokat követően – nem merül fel az organikus elváltozás gyanúja, akkor az irritábilis bél szindróma kezeléséhez hasonló javaslatokkal élhet: diétás és életmódbeli változtatások (gyakori, kis mennyiségű étkezés, kalóriaszegény diéta, gázképződést okozó ételek kerülése), simethicon adása, a tápcsatornai simaizmokra ható gyógyszerek adása, probiotikus kezelés.

– Hogyan változtatták meg az újabb diagnosztikus és terápiás lehetőségek az anorexia nervosa, illetve a bulimia megítélését?

– Az étkezési zavarok két legismertebb képviselője az anorexia nervosa (korlátozott táplálékfelvétel) és a bulimia nervosa (túlevés). A túlevés esetében a táplálék hasznosulását a beteg

az étel szándékos kihányásával vagy hashajtók, vizelethajtók alkalmazásával akadályozza meg. Súlyos esetben mindegyik okozhat olyan fokú állapotromlást, amely a beteg halálához vezet.

Az étkezési zavarokat a táplálkozás és a testsúly közötti fiziológiás viszony kóros felfogása jellemzi. Gyakrabban fordul elő nőkön, és a betegek felénél depresszió is társul hozzá.

Akkor beszélünk anorexia nervosáról, ha a beteg – akinél a saját testéről alkotott belső kép torzul, és kóros féltékenység alakul ki a testsúlygyarapodással, illetve az elhízással szemben – testsúlya a tesmagasságra, testtömegre számított normális érték 85%-a alá, a BMI (testtömegindex) 17,5 alá csökken. Jellemzője a kialakult állapotnak, hogy rendszertelenné válik vagy akár meg is szűnik a menstruáció, a beteg alulértékeli önmagát, hangulata labilis, ugyanakkor a hétköznapi életben gyakran tökéletességre törekszik.

A bulimia nervosát ezzel szemben inkább túlételes epizódok jellemzik, s a beteg a fent leírtak szerint hánytatással vagy hashajtással kompenzál.

A tápcsatorna többféle funkciózavara nem oka, hanem következménye ezeknek a betegségeknek. Kiváltásukért a krónikus malnutritiót teszik



ESETTÁR

Az egyedül élő 79 éves nőbeteg anamnézisében több mint 30 éve ismeretlen diagnózis miatt (kiderítetlen okból) subtotalis strumectomiát végeztek. Két év múlva totalis uterusexstirpatio történt. Húsz éve áll insomnia, szorongás, depresszió miatt pszichiátriai gondozás alatt, a legutoljára beállított terápia 3×0,5 mg Xanax volt. Tíz éve kezelik időnként jelentkező paroxysmalis tachycardia, magasvérnyomás-betegség, ischaemiás szívbetegség miatt. Gyógyszereit néha elfelejti bevenni.

A betegnél kétoldali cataractaműtétet, illetve jobb oldali növekvő vesecysta miatt drenálást és szklerotizációt végeztek. Egy ízben akutan vették fel urológiai osztályra vesegörcsök, lezárt vese gyanújával; állapota szerencsére konzervatív kezelésre rendeződött.

Az elmúlt 25 évben betegünk többször kérte kivizsgálását bizonytalan hasi panaszok miatt is. A negatív fizikális vizsgálatokat követően több ízben készült gyomor-röntgenfelvétel, hasi ultrahangvizsgálat, gasztroszkópia, kolonoszkópia, rektoszkópia, laboratóriumi vizsgálat, amelyek nem igazoltak organikus eltérést. A felmerült coeliakia diagnózisát sem tudták megerősíteni. Az ekkor 75 éves betegnél a belgyógyászati konzílium a régebben fennálló és aktuálisan kezelt anaciditáson, tejallergián és krónikus végbélnyílás-fissurán kívül irritábilis bél szindrómát véleményezett.

A 2001-ben végzett kontrollvizsgálatok is negatív eredménnyel zárultak.

Körülbelül két éve a beteg krónikusan fennálló, enyhe panaszainak fokozódása miatt kereste fel a rendelőintézetet. Két-három naponta napi három-négy alkalommal jelentkezett, általában étkezést követően, hasi görcsrel kísért, híg, nyákos, nem véres székürítés, és mintegy 6 kg



felelőssé. Ugyanakkor később maguk is rontják az étkezési zavart és a táplálék hasznosulását. Ennek az öngerjesztő körnek a megszakítása a kezelés alapvető feladata. Ezt a célt egyfelől pszichiátriai (egyéni vagy csoportos pszichoterápia, szükség szerint kiegészítve gyógyszeres, például antidepresszáns kezeléssel), másfelől az alultápláltság és a tápcsatornai motilitászavar kezelésével (jejunalis táplálás, prokinetikumok) érhetjük el.

– Új betegem anamnézisében coeliakia szerepel. Panaszait 17 éves korától egy évtizeden át csak szigorú diétával tudta uralni. A korábban észlelt jelentős súlyvesztés (15 kg fogyás) körülbelül három éve megállt, sőt, testsúlya gyarapszik, naponta van formált széklete, teljesen panaszmentes. Tanácsomra fél éve diétáján is fokozatosan lazított, most már tésztaféléket és tejtermékeket is fogyaszt. A laboratóriumi kontrollvizsgálat során kóros értékre nem derült fény, még a coeliakiára specifikus tesztek is negatívvá váltak. Indokolt-e betegemet gasztroenterológiai kivizsgálásra irányítani? Betegsége meggyógyult vagy csupán tartós remisszióban lehet reménykedni? Milyen újabb lehetőségeink vannak a coeliakia terápiajához?

– A felnőttkori coeliakia – glutén-szenzitív enteropathia – életre szóló betegség. Egyetlen terápiaja van, a betegnek élete végéig gluténmentes diétán kell lennie. Felnőttkorban a coeliakia egy speciális formája az úgynevezett *csendes (silent) coeliakia*. Ebben az esetben a betegnek nincs semmilyen gastrointestinalis panasz, és lényegében a laboratóriumi eredményei is normálisak. Ilyenkor a betegség csak a vékonybél orális részére terjed ki. Feltehető, hogy esetleg ezzel a kórformával állunk szemben. A coeliakiára specifikus tesztek (szöveti transzglutamináz és az endomysium-ellenes antitest) specifitása és szenzitivitása 95–98%-os, megfelelő rutinul rendelkező laboratóriumban. Az említett antitestek kimutatására végzett eljárások alaphelyzetben IgA típusú ellenanyagokat vizsgálnak. Tudni kell azonban, hogy minden ötszázadik embernek veleszületett IgA-hiánya van, és közöttük 10–15-ször gyakrabban fordul elő coeliakia. Lehet, hogy ebben az esetben erről van szó, és ezért lettek a specifikus tesztek álnegatívak. Megvizsgálhatjuk a genetikai hátteret is. A coeliakia genetikailag meghatározott állapot. A betegség csak azoknál az embereknél fordul elő, akik HLA-DQ2 vagy HLA-DQ8 sejtfelszíni szöveti antigént tartalmaz-

nak. Így javasolhatjuk e HLA-DQ-típusok kimutatását is. Mivel a coeliakia igazolásának gold standardja a vékonybélből vett biopsziás mintában a boholyatrophia kimutatása, ezért a beteget gasztroenterológushoz kell küldeni a betegség pontos tisztázása végett. Jelen tudásunk szerint a coeliakia oki terápiaját egyedül a gluténmentes diéta élethosszig tartó pontos betartása jelenti.

– Milyen gyakorlati tanácsok adhatók colondiverticulum esetén? Indokolt-e panaszmentes betegnek gyógyszerrel adni vagy kontrollvizsgálatra küldeni? Hogyan változnak a teendők, ha a klinikai kép diverticulitis lehetőségét veti fel?

– A colondiverticulosis – elsősorban a civilizált országokban – egyre gyakrabban fordul elő. Klinikai és kórbonctani adatok szerint egyaránt az anatómiai diverticulosisos betegek körülbelül 80%-a egész élete során panaszmentes, az ő esetükben nyilvánvalóan felesleges a kezelés vagy a kontrollvizsgálat. Ha a diverticulosisot valamilyen okból felismerik, de a beteg panaszmentes, preventív céllal rost-dús étrend ajánlható. A „diverticulumbetegség” fogalma a panaszokkal jelentkező diverticulosis (puffadás, tenesmus, alhasi fájdalom, hasfeszülés,

ot fogyott. Láza nem volt. Fizikális és laboratóriumi vizsgálatai negatív eredményt hoztak. Egyfelől a szervi betegséget kizáró leletek tömege, a szorongás talaján kifejlődött irritábilis bél szindróma, másfelől a panaszok súlyosbodó jellege és az újonnan fellépő fogyás miatt gasztroenterológus segítségét kértem, aki a betegséget ugyan továbbra is irritábilis bél szindrómának tartotta, de a fogyást alarmírozó jelnek véve, a már hét éve végzett gasztroszkópia és kolonoszkópia ismétlését javasolta. Ennek során egy néhány cm-es nyeles polypust találtak a colon ascendensben, szövettani lelete: tubularis adenoma súlyos dysplasiával. Sajnálatos, hogy csak mintavétel történt, de polypectomia (a polyp teljes eltávolítása) nem, az ismeretetés időpontjában pedig a beteg még vonakodik az ismételt beavatkozástól.

Kommentár

A háziorvos (és minden orvos) felbecsülhetetlen tőkéje a beteg történetének ismerete. A hosszú évek alatt kialakult és rögzült vélemény vagy elképzelés akadályozhatja a tünetekben bekövetkező mérsékelt változás vagy az újabb tünet elfogulatlan megítélését. Ezek alapján az újabb vizsgálatok elrendelésének vagy mellőzésének gondos mérlegelése szükséges. Jelen esetben úgy látszik, sikerült jól dönteni, és remélhetőleg sikerül a beteget rávenni, hogy egyezzen bele a polypectomia elvégzésébe.

Az eset kapcsán még felvetődő gondolatok:

– Nincs-e betegemnek laktózin-toleranciája is, amely a tej kerülése ellenére okozhat hasmenést egyéb élelmiszerek vagy például a gyógyszere laktóztartalma miatt?

– Vajon milyen laboratóriumi, képalkotó, endoszkópos vizsgálatok nyújthatnak támpontot az irritábilis bél szindróma megalapozott diagnózisához?



hasmenés), valamint az ebbe a csoportba tartozó betegek körülbelül 4-5%-ánál fellépő szövődményeket (diverticulitis, tályogképződés, vérzés, perforáció) foglalja magában. Akut szövődmények felléptekor gyakorlatilag minden esetben gasztroenterológus szakorvosi ellátás, legtöbbször intézeti elhelyezés szükséges. Panaszos, de diverticulitises tüneteket nem mutató betegeken [normális vörösvértest-süllyedés és fehérvérsejtszám, C-reaktív protein (CRP), ultrahangvizsgálat] jó eredményeket tapasztaltak a fel nem szívódó antibiotikum (rifaximin: Normix) ciklikus adásától.

– Új diagnosztikus eljárások a virtuális és a kapszulás endoszkópia. Mi ezeknek a lényege, mikor alkalmaz-

hatók, és hol végeznek ilyeneket Magyarországon?

– A *virtuális kolonoszkópia* (CT-kolonográfia) egyértelműen indokolt szűkületet okozó tumorok esetében, az orális bélszakasz vizsgálatára. Szűrővizsgálati módszerként még nem ajánlható, bár e tekintetben is kemény harc folyik (Egyesült Államok). Előnye, hogy nem invazív, gyakorlatilag nem okoz szövődményeket. Hátránya, hogy ugyanolyan előkészítést igényel, és az operatív beavatkozást (polypectomia) követően kolonoskópiát kell végezni. Ennek ellenére örvendetes, hogy hazánkban is egyre többen foglalkoznak a kérdéssel, mert a radiológus és endoszkópos szakember együttműködése valószínűleg jelentősen növelné a közösen alkalma-

zott módszer hatásfokát, és csökkentené a szükségtelen invazív beavatkozások számát.

A *kapszulás endoszkópia* elsősorban az ismeretlen eredetű gastrointestinális vérzések és a vékonybél betegségeinek vizsgálatában alkalmazható, egyre javuló hatásfokkal. Még igen idő- és szakemberigényes vizsgálat, de kétségtelen, hogy nemzetközi evidenciákon alapuló betegcsoportokban (vérzés, Crohn-betegség, coeliakia) nagy jövő előtt áll.

A fentiek miatt – bár hazánk regionális gastroenterológiai központjainak egy részében a módszerek már elérhetőek – alkalmazásuk indikációját minden esetben magasan képzett gastroenterológus szakorvos véleményére kell alapozni.

VÁRJUK KÉRDÉSEIKET ÉS ESETLEÍRÁSAIKAT!

Tisztelt Olvasóink!

Várjuk írásait Esettárunkba! Nem „tökéletes” esetismertetésekre számítunk, egyrészt azért, mert a terjedelem korlátozott, másrészt azért, mert az egészségügy mindennapjai eltérnek az elvekben megfogalmazott ideális helyzetektől. A kórtörténetek bemutatásával ebben a rovatban nem a szakmai irányelvek hű tükröztetése a célunk, hanem hogy szembesítsük a megvalósult gyakorlatot a szakmai elvárásokkal.

Az optimális terjedelem hozzávetőleg 2-3000 karakter, azaz egy-másfél kézirattoldal. Szívesen közlünk illusztrációként egy-két képet is, a be-

teg identifikálására alkalmas adatok mellőzésével.

A beküldött esetleírásokat szerkesztve, a szerző neve és címe nélkül tesszük közzé.

*dr. Kramer Imre
és dr. Holvay Endre rovatvezetők*

Kérjük, hogy leveleiket az alábbi címre küldjék:
DR. KRAMER IMRE
Postacím: Lege Artis Medicinae,
1539 Budapest, Pf. 603.
E-mail: haziorvosiforum@lam.hu

Tervezett témák és szakértők:

Szenvedélybetegségek,
dr. Szemelyácz János
Onkohematológia,
dr. Demeter Judit
A gastroenterológiai sebészet újabb lehetőségei és határai,
prof. dr. Jakab Ferenc
Kardiológia – szívelégtelenség,
dr. Czuriga István
Incontinentia,
prof. dr. Romics Imre,
prof. dr. Rákóczi István

A válaszok a felkért szakemberek egyéni szakmai tapasztalatát és véleményét tükrözik.