

INDIKACE K ENDOSKOPICKÉMU VYŠETŘENÍ HORNÍ A DOLNÍ ČÁSTI TRÁVICÍ TRUBICE (GASTROSKOPIE A KOLONOSKOPIE)

doc. MUDr. Václav Jirásek, CSc.

I. interní klinika VFN, Praha

V práci je podán výčet indikací a kontraindikací endoskopického vyšetření horní a dolní části trávicí trubice. K hlavním indikacím gastroskopie patří: epigastrická bolest, dyspepsie, hemateméza a meléna, projevy gastroezofageálního refluxu, dysfagie, sledování hojení vředu.

Indikace ke kolonoskopii jsou: haematochesia, skryté krvácení, chronický průjem, nespecifické střevní záněty, sledování osob s vysokým rizikem pro kolorektální karcinom.

Kontraindikace endoskopie trávicí trubice jsou náhlé příhody břišní, šok, infarkt myokardu, kardiální insuficience.

Klíčová slova: gastroskopie, kolonoskopie, indikace, kontraindikace.

INDICATIONS AND CONTRAINDICATIONS IN GASTROSCOPY AND COLONOSCOPY

Indications and contraindications in gastroscopy and colonoscopy are presented. The main indications for gastroscopy are: epigastric pain, dyspepsia, upper gastrointestinal tract bleeding (haematemesis, melaena), gastro-oesophageal reflux, dysphagia, follow up of peptic ulcer healing.

Indications for colonoscopy are: enterorrhagia, occult blood loss, chronic diarrhea, inflammatory bowel disease, follow up of high risk persons for colorectal cancer.

Contraindications of endoscopy of gastrointestinal tract are: acute abdomen, shock, myocardial infarction, cardiac failure.

Key words: gastroscopy, colonoscopy, indications, contraindications.

Endoskopické vyšetření horní a dolní části trávicí trubice (gastroskopie a kolonoskopie) patří mezi základní zobrazovací metody v gastroenterologii. Pro vyšetření horní části trávicí trubice se někdy používá termín orální endoskopie, nebo stručně gastroskopie, i když touto diagnostickou metodou lze vyšetřit kromě žaludku i jícen a orální část duodena – bulbus a sestupné raménko až po dolní ohbí (ezofagogastroduodenoskopie).

Endoskopie dnes téměř úplně vytlačila rentgenologická vyšetření žaludku. Rentgenologické vyšetření se používá většinou jen pro řešení některých zvláštních otázek. Je to např. vztah žaludku k orgánům lokalizovaným v jeho okolí, posouzení zevních kontur žaludku (extragastrický tlak), hloubka penetrace defektu žaludeční sliznice, sledování motility horní části trávicí trubice a evakuace žaludku. Na pracovištích, kde se pravidelně žaludek rentgenologicky nevyšetřuje, nemohou si mladí rentgenologové dostatečně osvojit techniku dvojího kontrastu, bez které považujeme rentgenové vyšetření tohoto úseku trávicí trubice za nedostatečné.

Nekompletní vyšetření žaludku může být dokonce vyšetřením nebezpečným, protože dává falešnou informaci, že není přítomen patologický nálezu.

Endoskopické vyšetření tlustého střeva se běžněji nazývá kolonoskopie, přípustné je i označení koloskopie. Koloskopické vyšetření v ideálním případě umožňuje revizi celého tlustého střeva a v řadě případů i terminálního úseku střeva tenkého. Rozsah vyšetření závisí nejen na zručnosti a zkušenosti endoskopujícího lékaře, ale i na individuálních anatomických poměrech tlustého střeva a na poměrech v dutině břišní. Někdy pooperační adheze mohou znemožnit provedení totální kolonoskopie. Při nepříznivých podmínkách může provedení výkonu významně ulehčit vhodná anestezie – buď úplná, nebo tzv. neuroleptanalgie.

Endoskopické vyšetřovací metody se staly standardními vyšetřovacími metodami v oblasti trávicí trubice z těchto důvodů:

- umožňují přímý a barevný pohled do nitra orgánu
- v rozpoznávání patologických změn jsou významně přesnější než rtg metody. Rozlišují i povrchní slizniční změny, čehož rtg vyšetření nemůže dosáhnout
- endoskopie umožňuje odběry biotických částic pro histologickou verifikaci nálezu
- při endoskopii lze současně provádět terapeutické výkony. Terapeutická endoskopie je již samostatná disciplína.

Běžně se pro gastrokopii a kolonoskopii používají fibroendoskopy nebo videoendoskopy s prográdní optikou. Fibroskop značí přístroj, v němž přenos obrazu je umožněn svazkem speciálně upravených skleněných vláken (fibra = vlákno). Videoendoskopy pracují na mikroelektronickém principu. Elektrický senzor na konci přístroje přenáší signály obrazu v základních barvách do mikropočítače (videoprocesor), kde jsou složeny v definitivní obraz, který se promítá na televizní obrazovku. Prográdní optika je „v čele“ přístroje („vidí před sebe“), lateroskop (přístroj s laterální optikou) má optiku umístěnou na boku („vidí do strany“). Gastrokopii lze provést s oběma typy přístrojů, pro kolonoskopii jsou využívány přístroje pouze s prográdní optikou.

Endoskopické vyšetření patří mezi invazivní diagnostické postupy, již proto by mělo být indikováno uvážlivě. Rozhodně však není třeba se pro endoskopii rozhodovat úzkostlivě, ve snaze nemocného „ušetřit“. Nepochybně lze více škody napáchat právě nedostatečnou nebo opožděnou indikací.

Za endoskopický výkon odpovídá endoskopista, a proto v konečné fázi o indikaci rozhoduje on. Jsou-li přítomny okolnosti, které znemožňují provedení vyšetření nebo

činí výkon pro nemocného nebezpečným, pak i dobře zdůvodněná indikace musí ustoupit.

Indikace k vyšetření horní části trávicí trubice

Velmi všeobecně lze říci, že indikací k vyšetření horní části trávicí trubice je jakékoliv podezření na onemocnění orgánů této oblasti, s výjimkou těch stavů, kdy je orální endoskopie kontraindikována. Nejčastěji se provádí gastroskopie při epigastrické bolesti, při dyspeptické symptomatologii, při zjevném nebo okultním krvácení do trávicí trubice. I negativní výsledek má někdy velký význam, neboť dokládá nepřítomnost onemocnění v této části trávicí trubice.

V podrobnostech lze indikace pro gastroskopii rozvést:

1. Jakékoliv dysfagické obtíže a to i tehdy, je-li zřejmé, že nejspíše jde o funkční poruchu. Zejména je endoskopie rozhodující při podezření na karcinom jícnu (progredující dysfagie u starých osob), u benigních stenóz (u nemocných s refluxní symptomatologií), při podezření na cizí těleso, na achalázii (především mladší osoby). Příčinou dysfagie také mohou být zánětlivé ezofagitidy s jinou etiologií než je refluxní původ (mykotická, herpetická, korozivní).
2. Projevy gastroezofageálního refluxu (pyróza, regurgitace).
3. Případně extraezofageální projevy refluxní nemoci jícnu:
 - chrapot
 - kašel, zejména noční
 - astma bronchiale
 - nevysvětlené laryngitidy a faryngitidy.
4. Epigastrická bolest, zejména při podezření na peptický vřed nebo nádor žaludku.
5. Podezření na funkční povahu obtíží je správnou indikací, jelikož pouze endoskopie může s maximální pravděpodobností vyloučit organické onemocnění.
6. Necharakteristické dyspeptické obtíže, zejména u osob vyššího věku (nad 50 let) a při krátké anamnéze (do 3 měsíců).
7. Zjevné krvácení – hemateméza a meléna je jednoznačnou indikací k urgentnímu vyšetření, t. j. nejpozději do 24 hodin. Při delším odkladu zřetelně klesá diagnostická přesnost. Jedinou podmínkou je, aby byl zvládnut (stabilizován) hemoragický šok.
8. Skryté krvácení – pozitivní vyšetření stolice na okultní krvácení. Případně i nevysvětlená anemizace.
9. Pátrání po infekci *Helicobacter pylori*, případně kontrola úspěšnosti eradikace po eradikační léčbě.
10. Kontrola hojení vředu. U žaludečního vředu je tato kontrola absolutně nezbytná, neboť jedině tak lze vyloučit přehlédnutí maligního vředu.
11. Sledování změn v horní části trávicí trubice při onemocnění jiných orgánů nebo systémů. Např. projevy portální hypertenze při jaterní cirhóze (varixy jícnu a žaludečního fundu, portální gastropatie), změny jícnu při sklerodermii, postižení žaludku a duodena při Crohnově terminální ileitidě a pod.
12. Vyšetřování v rámci dispenzarizace: sledování vývoje dysplastických změn u diagnostikovaného Barrettova jícnu, kontroly po polypektomii adenomů, vyšetření horní části trávicí trubice u familiární adenomatózní polypózy (adenomy papily Vaterovy a adenomy duodena).
13. Nevysvětlené hubnutí.
14. Postprandiální bolesti u chronické pankreatitidy při podezření na zánětlivou stenózu duodena (komplikace chronické pankreatitidy).
15. Chromodiagnostika – rychlé orientační vyšetření přítomnosti volné HCl aplikací kongo červeně (zčernání barviva při pH 3,5 a nižším je známkou přítomnosti volné HCl).

Kontraindikace orální endoskopie

Absolutní kontraindikace:

- a) zcela nespolupracující pacient

- b) akutní záněty v dutině ústní a v hltanu (tonsillitida)
- c) nestabilní angina pectoris a akutní infarkt myokardu
- d) těžká dušnost
- e) podezření na perforaci horní části trávicí trubice
- f) flegmonózní zánět horní části trávicí trubice
- g) rozsáhlé aneuryzma hrudní aorty
- h) šok jakéhokoliv původu.

Relativní kontraindikace (vyšetření lze provést se zvýšenou opatrností):

- a) výrazná kyfoslóza
- b) rigidita krční páteře, výrazné osteofyty na ventrální straně krčních obratlů (nebezpečí lacerace stěny jicnu s následnou mediastinitidou)
- c) Zenkerův divertikl nebo podezření na něj
- d) závažná srdeční arytmie, kardiální insuficience – nejlépe po posouzení kardiologem.

Indikační omezení představují některé klinicky závažné stavy:

- U nemocných s náhradou srdečních chlopní by se mělo endoskopické vyšetření provádět v antibiotické cloně.
- U nemocných s otevřenou tuberkulózou vyšetření odložit až do BK negativity.
- U nemocných s pozitivní infekcí virem hepatitidy B, C a HIV je žádoucí provádět endoskopické vyšetření jen na pracovištích k tomu vybavených (separátní přístroj, možnost kompletní dezinfekce).
- U nemocných s dráždivým kašlem je vhodné výkon odložit.

Indikace ke kolonoskopii

Je možno konstatovat, že oprávněnou všeobecnou indikací ke kolonoskopii je podezření na přítomnost patologického procesu v tlustém střevě. V podrobnostech jsou to tyto situace:

1. Jasnou indikací je enteroragie.
Nezřídka nemocný vysvětluje krvácení přítomností hemoroidů. V těch případech je nezbytné se o přítomnosti hemoroidů přesvědčit (postačí anoskopie nebo rektoskopie s minimální přípravou). Pokud nejsou hemoroidy přítomny nebo nejeví známky čerstvého proběhlého krvácení, pak je na místě provést kolonoskopické vyšetření.
2. Prokázané okultní krvácení, zejména při chronické anemizaci.
3. Nejasný rtg nález při irrigoskopii, případně i jasný nález vyžadující histologickou verifikaci.
4. Nevysvětlené chronické průjmy.
5. U prokázané Crohnovy terminální ileitidy k posouzení případné přítomnosti Crohnovy kolitidy.

Literatura

1. Cotton P, Williams Ch. Practical gastrointestinal endoscopy. IV. edition, Blackwell Science Oxford 1980: 338.
2. Ditě P. Základy digestivní endoskopie. Grada Publishing Praha 1996: 229.

6. Při postižení terminálního ilea Crohnovou chorobou lze v řadě případů koloskopickou cestou dosáhnout terminálního ilea, změny pozorovat a biopsovat.
7. Perianální píštěle.
8. Při nálezů adenomu nebo karcinomu při rektosigmoidoskopii k vyloučení dalších synchronních nádorů.
9. Pátrání po primárním karcinomu při průkazu generalizace nádoru (zejména adenokarcinomu).
10. Podezření na ischemickou kolitidu.
11. Podezření na pseudomembranózní kolitidu (průkaz pseudomembrán).
12. Dispenzarizace osob s vysokým rizikem kolorektálního karcinomu (rodinní příslušníci nemocných s familiární adenomatózní polypózou, se syndromem Peutzovým-Jeghersovým, se syndromem hereditárního nepolypózního kolorektálního karcinomu).

Kontraindikace kolonoskopie

1. šokový stav
2. nespolupráce nemocného
3. náhlá příhoda břišní (se známkami peritoneálního dráždění), zejména při podezření na perforaci trávicí trubice
4. fulminantní průběh střevních zánětů, zejména idiopatické proktitidy (ulcerózní kolitidy), divertikulitidy; vzácnou výjimkou je možnost endoskopické desuflace toxického megacolon
5. anální fissura
6. stenóza análního otvoru
7. akutní infarkt myokardu
8. ženy s rizikovým těhotenstvím
9. nedostatečná příprava
10. nedostatečně zdůvodněná indikace.

Relativní kontraindikaci představují:

1. nemocní s kardiopulmonální dekompenzací, s ischemickou chorobou srdeční se závažným průběhem (komplikacemi)
2. nemocní s toxickým megacolon
3. nemocní s těžkou krvácivou diatézou (cave biopsie!).

Vždy je třeba před rozhodnutím o provedení kolonoskopického výkonu individuálně zvážit celkový stav nemocného, jeho dosavadní průběh. Týká se to zejména osob starých a polymorbidních. Vždy je třeba bedlivě posoudit duševní stav vyšetřovaných osob.

Indikace k terapeutickým endoskopickým výkonům v oblasti horní a dolní části trávicí trubice jsou samostatnou kapitolou přesahující rámec diagnostických indikací.

3. Ditě P, Doseděl J. Koloskopie. In: Ditě P. (ed.). Základy digestivní endoskopie. Grada Publishing Praha 1996: 99-110.
4. Frič P, Ryska M. Digestivní endoskopie. Praha Publishing 1996: 342.

5. Jirásek V. Vyšetření břicha a trávicího ústrojí. In: Kordač V, et al. Vnitřní lékařství. Úvod do oboru a vyšetřovací metody. Universita Karlova, Praha 1989: 218-271.
6. Jirásek V. Endoskopické vyšetření jícnu, žaludku a dvanáctníku. In: Dítě P, et al. Základy digestivní endoskopie. Grada Publishing Praha 1996: 73-95.

7. Mařatka Z, et al. Fibroendoskopie trávicí trubice. Avicenum Praha 1980: 239.
8. Mařatka Z. Differential diagnosis in gastrointestinal endoscopy. Karolinum, Normed Verlag, Praha, Bad Homburg, 2003: 107.