

GAVE syndrom jako neobvyklá příčina mikrocytární hypochromní anémie

MUDr. Magdalena Stefanová, MUDr. Ing. Filip Závada, Ph.D., prof. MUDr. Miroslav Zavoral, Ph.D.

Oddělení gastroenterologie, hepatologie a metabolismu, 1. LF UK, Ústřední vojenská nemocnice, Praha

88letá žena byla dlouhodobě sledována pro mikrocytární anémii léčenou opakovanými krevními převody. Příčinou byly cévní ektazie žaludečního antra. Jejich ošetření argon plasmou koagulací vedlo k stabilizaci krevního obrazu.

Klíčová slova: GAVE, cévní ektazie, sideropenická anémie, APC.

GAVE syndrome as an unusual cause of microcytic hypochromic anemia

An 88-years old female was followed several years for microcytic anemia treated with repeated blood transfusions. Endoscopy revealed gastric antral vascular ectasias. Argon plasma coagulation of the lesion was effective in stabilization of the blood picture values.

Key words: GAVE, vascular ectasias, sideropenic anemia, APC.

Endoskopie 2009; 18(2): 82–84

Úvod

Gastric antral vascular ectasia (GAVE) a portální hypertenzní gastropatie (PHG) patří mezi vzácné příčiny krvácení do horní části trávicího traktu. Tvoří zhruba 4% nevariceálního krvácení. Jedná se o okultní krvácení, které způsobuje významnou mikrocytární anémii. Předmětem tohoto sdělení je diagnostika a terapie GAVE syndromu u 88leté ženy dlouhodobě sledované pro sideropenickou anémii.

Popis případu

Pacientka, 88letá žena, byla přijata na naše oddělení k dovyšetření a podání krevních převodů pro významnou sideropenickou anémii a anemický syndrom. Vstupní hodnota hemoglobinu byla 61 g/l, hematokrit 0,22, MCV 61 a Hbc 0,29. Hodnota železa byla výrazně snížena na 4,9 µg/l.

Pacientka byla sledovaná pro sideropenickou anémii na hematologické ambulanci od roku 2004. Při endoskopii horní části trávicího traktu byla zjištěna hyperemie žaludečního antra s maximem v prepylorické oblasti. Endoskopický nález byl uzavřen jako hemoragická gastropatie. Pacientka byla jinak v relativně slušném biologickém stavu, byla léčena pro hypertenzi, diabetes mellitus 2. typu na dietě a hypotyreózu.

Po přijetí na lůžko a podání 4 krevních převodů byla opakována endoskopie horní části trávicího traktu. V žaludečním antru a hlavně v prepylorické oblasti bylo patrné lineární uspořádání cévních ektazií sbíhajících se směrem k pyloru, typické pro watermelon stomach. V žaludečním fundu byl nalezen hyperplastický polyp velikosti 5 mm, byla provedena endoskopická polypektomie. V odebraných histologických vzorcích byly

nalezeny známky chronické aktivní gastritidy a intestinální metaplasie.

U pacientky byla zahájena terapie PPI a byla propuštěna do domácího ošetřování. V následujících 2 měsících opět došlo k výraznému prohloubení sideropenické anémie s nutností opakovaného podávání krevních převodů i přes intenzivní parenterální feroterapii. Celkově bylo podáno 8 jednotek EBR během 2 měsíců. Ambulantně bylo provedeno kolonoskopické vyšetření s normálním endoskopickým nálezem a gynekologické vyšetření s nálezem přiměřeným věku.

Podle provedených vyšetření se jednalo o chronické okultní krvácení ze žaludku, proto jsme přistoupili k terapeutické argon plasmou koagulaci cévních ektazií. Během prvního sezení byla ošetřena zhruba 1/3 postižené plochy, další dvě sezení proběhla po třech měsících. Při posledním sezení APC došlo k výrazné regresi nálezu. Byly patrné pouze zbytkové ektazie v žaludečním antru. Vyšetření bylo provedeno v lehké analgosedaci midazolamem s následnou jednodenní zajišťovací hospitalizací. Nemocná vyšetření tolerovala velmi dobře.

Obrázek 1. Vstupní endoskopie postižení žaludečního antra



Všechna sezení APC proběhla bez komplikací. Již po prvním ošetření postižené plochy žaludečního antra došlo k výrazné stabilizaci hodnot krevního obrazu, třebaže endoskopický náález ustoupil jen částečně. K jeho významnému zlepšení došlo až po druhé aplikaci APC.

Po prvním ošetření již pacientka nepotřebovala žádný krevní převod. Ztráta hemoglobinu v průběhu 3 měsíců byla pouze 8 g/l. Pacientka pokračovala v perorální substituci preparátem železa. Při poslední kontrole došlo i k mírnému nárůstu hemoglobinu. Hodnota hemoglobinu po 2 měsících po posledním ošetření je 128 g/l.

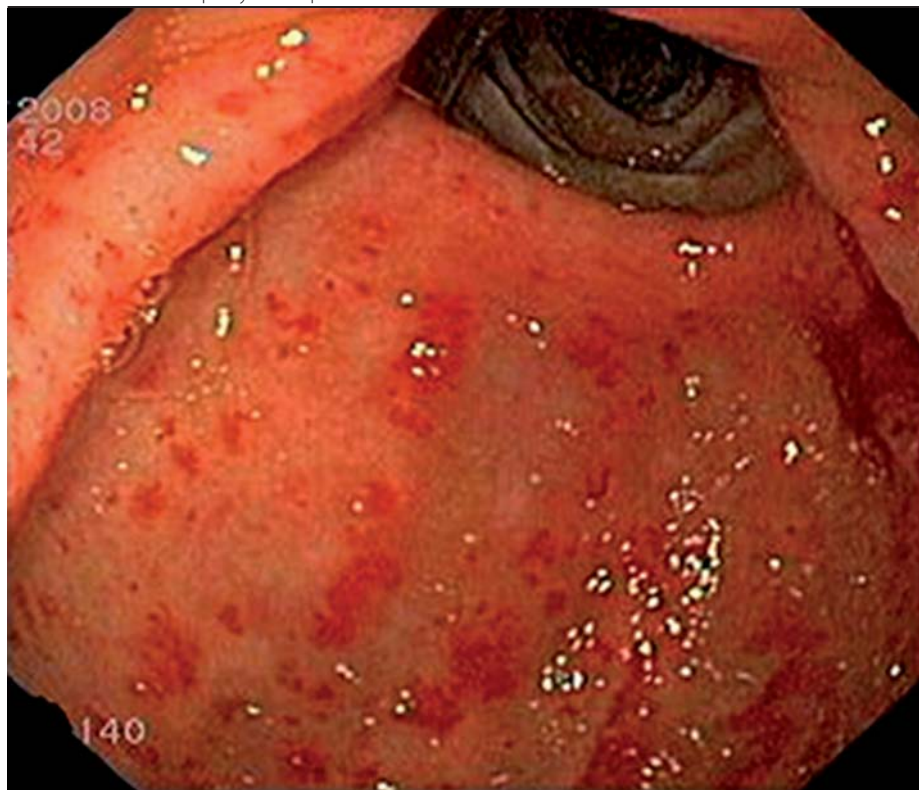
Diskuze

V roce 1953 Ried poprvé popsal vaskulární abnormality v žaludečním antru, které Jabbari v roce 1984 pojmenoval watermelon stomach podle typického lineárního uspořádání cévních ektazií sbíhajících se směrem k pyloru. Existují dva typy onemocnění, které se projevují výskytem cévních ektazií v žaludku – GAVE a PHG. Může se jednat o různé manifestace téhož onemocnění, nebo se jedná o dvě odlišné jednotky s jednoznačnými klinickými a histopatologickými rysy.

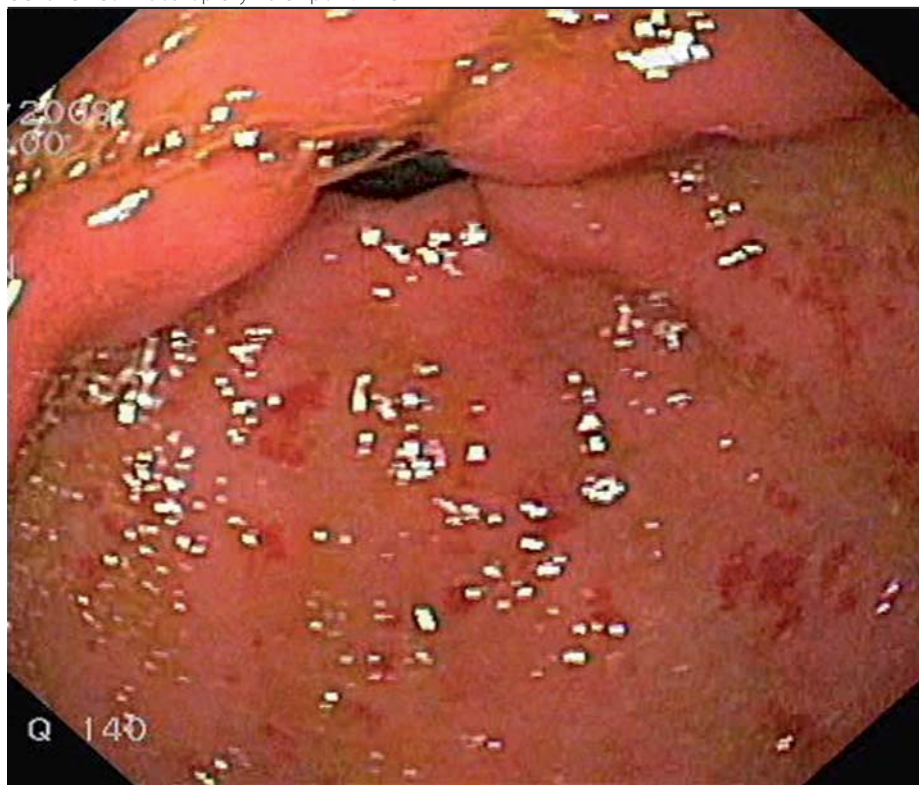
Patogeneze GAVE a PHG syndromu není stále zcela objasněna, bylo provedeno několik studií, které jsou však založeny pouze na malém počtu pacientů. Největší skupinu (30 %) tvoří pacienti s jaterní cirhózou. Bylo prokázáno, že pacienti s jaterní cirhózou a GAVE mají těžší jaterní postižení a jaterní transplantace může vést k úplnému vyléčení. Portální hypertenze hraje významnou roli v patogenezi GAVE syndromu, ale žádný jasný model o souvislosti GAVE syndromu a jaterní cirhózy nebyl publikován. Na rozdíl od portální gastropatie je postiženo pouze žaludeční antrum. Tíže postižení nesouvisí s tíží portální hypertenze a GAVE syndrom nereaguje na terapii beta blokátory. Dále se na patogenezi tohoto syndromu může podílet atrofie žaludeční sliznice s achlorhydrií, zvýšená aktivita neuroendokrinních buněk a zvýšená hladina gastrinu. GAVE syndrom je v 60 % asociován s tkáňovými autoimunitními chorobami hlavně sklerodermií. Existuje i mechanická teorie vzniku GAVE syndromu, kdy intermitentní žilní obstrukce následkem překotné peristaltiky způsobuje cévní ektazie. V poslední řadě se s tímto syndromem setkáváme u nemocných s chronickým renálním selháním a u pacientů po transplantaci kostní dřeně.

Při histologickém vyšetření se prokazují dilatované kapiláry s tromby, fibromukosální

Obrázek 2. Endoskopický náález po 1. APC



Obrázek 3. Endoskopický náález po 2. APC



hyperplazie lamina propria a abnormální cévní uspořádání v submukóze.

Obvykle jsou postiženi starší pacienti, věkový průměr pacientů je 70 let. Ženy jsou postiženy až pětkrát častěji než muži. U většiny pacientů je nutná substituce krevními deriváty. GAVE syndrom nepůsobí bolest a není příčinou ani jiných dyspeptických obtíží. V minulosti byla re-

sekce žaludečního antra jedinou terapeutickou možností. Opakovaná koagulace pomocí APC je srovnatelnou a minimálně zatěžující léčebnou metodou.

U pacientky došlo k chybné interpretaci vstupní endoskopie, kdy byl náález uzavřen jako hemoragická gastropatie. Na našem pracovišti jsme po vstupní endoskopii doporučili nejdří-

ve terapii PPI a až po kompletním vyšetření trávicí trubice jsme přistoupili k APC. Tato byla opakovaná celkem třikrát, již po prvním sezení došlo k stabilizaci hodnot hemoglobinu bez nutnosti podání dalších krevních derivátů. V literatuře se popisuje rovněž částečný efekt kombinace estrogenů s progesteronem.

Závěr

GAVE syndrom je neobvyklou příčinou mikrocytární anémie. APC je vhodnou, bezpečnou a účinnou terapeutickou metodou. Toto ošetření není cenově náročné a výrazně zvyšuje kvalitu života nemocných. Na GAVE syndrom je nutno

myslet u starších pacientek s mikrocytární anémií bez výraznějších dyspeptických obtíží.

Literatura

1. Burak KW, Beck PL. Portal hypertensive gastropathy and antral vascular ectasia GAVE syndrom Gut 2001; 49: 866–872.
2. Dulai GS, Jensen DM, Kovacz TO, et al. Endoscopic treatment outcomes in watermelon stomach patients with and without portal hypertension. Endoscopy 2004; 36: 68–72.
3. Gostout CJ, Vigiano TR Ahiguit DA, et al. The clinical and endoscopic spektrum of the watermelon stomach. J Clin Gastroenterol 1992; 15: 256–263.
4. Chaves DM, Sakai P, Olivecka CV, et al. Watermelon stomach: clinical aspects and treatment with argon plasma coagulation. Arq gastroenterol 2006; 43: 191–195.

5. Novitsky YW, Krecher KW, Czmaich DR, et al. Watermelon stomach: pathophysiology, diagnosis and managment. JGastrointest Surg 2003; 7: 652–661.

6. Payen JL, Cales P, Voigt JJ, et al. Severe portal hypertensive gastropathy and antral vascular ectasia are dictinct entities in patiens with cirrhosis 1995; 108: 138–144.

7. Shibukawa G, Irisawa A, Sakamoto N, et al. Gastric antral vascular ectasia GAVE associated with systemic sclerosis: relaps after endoscopic treatment by argon plasma coagulation. Inter med 2007; 46: 279–283.

MUDr. Magdalena Stefanová

*Oddělní gastroenterologie, hepatologie
a metabolismu, 1. LF UK, UVN
U Vojenské nemocnice 1200,
169 02 Praha 6
stefamag@uvn.cz*
