

*Prikaz slučaja/
Case report*

DISPEPSIJA I DISFAGIJA- DIJAGNOZE ILI
PUT KA DIJAGNOZI?

DYSPEPSIA AND DYSPHAGIA-DIAGNOSIS
OR PATH TO DIAGNOSIS?

Correspondence to:

Dr Ljiljana Tadić

Vojna bolnica Niš, Odeljenje za
unutrašnje bolesti
Bulevar Zorana Đinđića bb Niš
email: mitanik19@gmail.com
tel. 069/1204032

Zoran Blagojević¹ Ljiljana Tadić¹

Vojna bolnica Niš, Odeljenje za unutrašnje bolesti¹

Ključne reči

dispepsija, disfagija,
dijagnostički i terapijski algoritmi.

Key words

dyspepsia, dysphagia, diagnostic and
therapeutic algorithms.

Sažetak

Uvod: Simptome dispepsije ima oko 40% odraslih osoba u svetu, oba pola. Dispepsija je razlog za oko 40% svih gastroenteroloških konsultacija. Alarmni simptomi koji mogu ukazati na postojanje nekog organskog oboljenja koje se manifestuje dispepsijom kao npr. ulkus, karcinom jednjaka ili želuca su : naglo nastala anemija usled krvavljenja iz digestivnog trakta izraženi neželjeni gubitak telesne mase perzistentno povraćanje unutar 10 dana, disfagija i postojanje palpabilne mase u truhu. Većina bolesnika sa karcinomom gornjeg abdomena (do 95%), ispod 45, odnosno 55 godina života u vreme javljanja lekaru ima više od jednog alarmnog simptoma. **Cilj** rada je da se ukaže na značaj pravovremenog sagledavanja simptoma i znakova bolesti, kod pacijenata sa nespecifičnim i oskudnim alarmnim simptomima, a sa ciljem što brže dijagnostike i lečenja. **Prikazan je slučaj** pacijenta dobi 42 godine. Na pregled se javio sa tegobama u vidu osećaja žarenja u želucu, povremenih bolova u čašici, praćenih otežanim gutanjem, naročito čvrste hrane. Povremeno je imao povišenu telesnu temperaturu do 37,5 C. Sve tegobe su se javljale povremeno jedan meć unazad. Osim leukocitoze, u laboratorijskim nalazima ostali parametri su bili u referentnim granicama. Tumorski marker CEA : u referentnim granicama, CA19-9 : 58,0 i CA 72-4: 50,2. UZ nalaz abdomena uredan, a na MSCT u visini falciformnog ligamenta okruglasta, jasno ograničena homogena, hipodenzna zona prečnika 10mm. Bez inicijalne terapije urađena EGDS: prema maloj krivini ulceroinfiltrativna promena površine 3x3 cm, sa ekstenzijom prema proksimalnom korpusu. PH nalaz: Dg. Adenocarcinoma ventriculi infiltrativun, G2. **Zaključak:** nespecifične gastrointestinalne tegobe sagledavati u sklopu opšteg stanja pacijenta, kroz iscrpnu anamnezu, pregled i dopunska ispitivanja, i pri tome se ne pridržavati strogo dijagnostičkih i terapijskih algoritama.

UVOD

Simptome dispepsije ima oko 40% odraslih osoba u svetu, oba pola. Simptomi su najzastupljeniji u radno najaktivnijoj populaciji. Ako je predominantni simptom funkcionalne dispepsije bol, označavamo je kao dispepsiju slična ulkusu, a ako dominira osećaj nelagodnosti u epigastrijumu, označavamo je kao dispepsiju sličnu dismotilitetu. Dispepsija je razlog za oko 40% svih gastroenteroloških konsultacija^{1,2,3}. Alarmni simptomi koji mogu ukazati na postojanje nekog organskog oboljenja koje se manifestuje dispepsijom kao npr. ulkus, karcinom jednjaka ili želuca su : naglo nastala anemija usled krvavljenja iz digestivnog trakta (unutar 10 poslednjih dana), izraženi neželjeni gubitak telesne mase (> 5% unutar 10 dana), perzistentno povraćanje unutar 10 dana, disfagija i postojanje palpabilne mase u truhu^{1,2,3,4}. Većina bolesnika sa karcinomom gornjeg

abdomena (do 95%), ispod 45, odnosno 55 godina života u vreme javljanja lekaru ima više od jednog alarmnog simptoma^{1,2,3}. Nema dokaza da postoji razlika u prognozi osobe koja boluje od gastričnog karcinoma zavisno od toga da li je odmah data iskustvena terapija, ili je urađena ezofagogastroduodenoskopija¹, ali postoji razlika u opštem stanju bolesnika u odnosu na vreme postavljanja dijagnoze i otpočinjanja lečenja.

CILJ RADA

Ukazati na značaj pravovremenog sagledavanja simptoma i znakova bolesti, kod pacijenata sa nespecifičnim i oskudnim alarmnim simptomima, a sa ciljem što brže dijagnostike i lečenja.

REZULTATI:

Prikazan je slučaj pacijenta dobi 42 godine, bele rase, srednje osteomuskularne građe, normalne boje kože i vidljivih sluzokoža, bez palpabilne periferne adenopatije. Nepušač, ne konzumira alkohol, bavio se sportom. Pozitivna porodična anamneza za maligne bolesti. Živi u zadovoljavajućim socio ekonomskim uslovima.

Na pregled se javio sa tegobama u vidu osećaja žarenja u želucu, povremenih bolova u čašici, praćenih otežanim gutanjem, naročito čvrste hrane. Povremeno je imao povišenu telesnu temperaturu do 37,5 C. Stolica i mokrenje su bili uredni. Navedene tegobe imao je povremeno u prethodnih mesec dana. Prethodno se lečio od iritabilnog crevnog sindroma. 2009. godine rađena mu je endoskopska polipektomija kolona. U laboratorijskim nalazima osim leukocitoze ranga $21,5 \times 10^9$ i neutrofilije do 83%, svi ostali nalazi bili su u referentnim granicama (rađeno na aparatu Advia 120) . Tumorski marker CEA : u referentnim granicama.

U ultrazvučnom pregledu abdomena, osim steatozno izmenjene jetre, ostali nalaz je bio uredan. RO grafija srca i pluća pokazivala je uredan nalaz. Sagledan i od strane infektologa i hirurga. Inicijalno ispitivanje nije dalo odgovore na tegobe koje je pacijent imao, pa je indicovano dodatno ispitivanje bez uključivanja inicijalne terapije, a radi razjašnjenja etiologije.

Nalaz EGDS (rađeno aparatom: Pentax EG299) : jednak normalne širine lumena, u distalnoj trećini veliki polip na dužoj peteljci prečnika 2,5cm (uzeta biopsija). Kardija na 40 cm, zjapi, prema maloj krivini ulceroinfiltrativna promena površine 3x3 cm, sa ekstenzijom prema proksimalnom korpusu (uzeta biopsija). Sluzokoža antruma hiperemična. Bulbus pravilan. Papila Wateri i dalje do D3: nalaz uredan.

Nakon nalaza na EGDS urađeni dodatno TU markeri i MSCT abdomena. Markeri. CA19-9 : 58,0 i CA 72-4: 50,2 povišeni. Na MSCT nalazu abdomena (aparat: „Toshiba Aquillion 16“) uz prednju stranu jetre i u visini falciformnog ligamenta okruglasta, jasno ograničena homogena, hipodenzna zona prečnika 10mm, koja se prebojava u arterijskoj fazi i zadržava prebojenost u venskoj fazi pregleda. Retroperitonealni limfni nodusi su veličine do 12x8 mm.

U pristiglom PH nalazu: Dg. Adenocarcinoma ventriculi infiltrativun, G2. Konzilijarnom odlukom ordinirana je specifična onkološka konzervativna terapija, nakon koje će biti doneta odluka o hirurškom lečenju.

DISKUSIJA:

Dispepsija i disfagija, kao simptomi su široko rasprostranjeni u opštoj populaciji, i mogu biti znak najrazličitijih organskih poremećaja- neuroloških, bolesti usta, grla i jednjaka, infektivnih bolesti preko funkcionalnih do neuras-teničnih i neurovegetativnih.

Po preporukama Nacionalnog vodiča za dispepsiju, uz inicijalnu terapiju, dopunska dijagnostička ispitivanja mogu se, po indikacijama obaviti nakon 4 nedelje od prvog javljanja lekaru sa navedenim tegobama. U odnosu na opšti status pacijenta, dodatne komorbiditete i porodičnu anamnezu, dijagnostički algoritam se može modifikovati^{5,6,7}. Iako su objavljeni podaci po kojima su gastrointestinalni maligniteti izuzetno retki kod mladih od 55 godina sa nespecifičnim dispeptičnim tegobama, pa endoskopsko ispitivanje kod takvih pacijenata nije validna indikacija⁸, sve su češći izuzeci, pa postoji potreba da se dijagnostički algoritmi modifikuju. Polipozna promena viđena u jednjaku opisanog pacijenta po svojim karakteristikama i veličini, nije svojstvena ovom delu digestivnog trakta. Ulceroinfiltrativna promena na želucu, sa verovatno mnogo dužom evolucijom od vremena nastanka tegoba pacijenta u sadejstvu sa opisanom promenom jednjaka, uzrokovala je njegove tegobe. Osim pozitivne porodične anamneze, ostali rizik faktori nisu verifikovani.

Pravovremenom dijagnozom, pacijentu je omogućeno da u odličnom opštem stanju, otpočne specifično onkološko lečenje.

ZAKLJUČAK

Nespecifične gastrointestinalne tegobe sagledavati u sklopu opšteg stanja pacijenta, kroz iscrpnu anamnezu, pregled i dopunska ispitivanja, i pri tome se ne pridržavati strogo dijagnostičkih i terapijskih algoritama^{9,10,11}.

Abstract

Introduction: Approximately 40% of adult population has the symptoms of dyspepsia. Dyspepsia is the reason for about 40% of all gastroenterological consultations. Alarming symptoms that can point to the existence of an organ illness manifested by dyspepsia, such as ulcer, esophagus or stomach cancer, are: a sudden anemia caused by the bleeding from the digestive tract, an unwanted body weight loss, persistent vomiting for 10 days, dysphagia and the existence of an abdominal palpable mass. A majority of patients with an upper abdominal cancer (up to 95%) before the age of 45 or 55 at the time of reporting to a doctor have more than one alarming symptom. **The goal of this paper** is to underline the importance of promptly seeing the symptoms and signs of the illness in patients with unspecific and insufficient alarming symptoms with the purpose of diagnosing the illness and treating patients faster. **The case study** involves a patient, age 42. The patient came in with discomfort in terms of a burning sensation in his stomach, occasional pain in the patella, accompanied by difficulties when swallowing, especially solid food. Occasionally, his body temperature had been increased, up to 37.5 C. All these aspects of discomfort had been manifesting for one month. Besides leukocytosis, none of the other parameters in the laboratory work were flagged. Tumor markers CEA: not flagged, CA19-9: 58.0 and CA 72-4: 50.2. Abdominal US results were normal, and MSCT showed a round, clearly delineated homogeneous, hypodense zone, at falciform ligament, 10mm in diameter. Without an initial therapy, EGDS performed: to a small curve uleroinfiltrative change, size 3x3 cm, with an extension towards proximal corpus. PH results: Dg. Adenocarcinoma ventriculi infiltrativum, G2. **Conclusion:** unspecific gastrointestinal discomfort is to be interpreted within the patient's general condition, through a detailed anamnesis, exam and additional tests, while not confining to diagnostic and therapeutic algorithms.

LITERATURA:

1. Ministarstvo zdravlja republike Srbije. Dispepsija. Nacionalni vodič za lekare u pzz 2004.
2. Scottisch Intercollegiate Guidelines: A National Clinical Guideline 2003.
3. ICSI Health Care Guideline 2003 (www.icsi.org).
4. Department of Health. Referral Guidelines for suspected cancer. London: The Department; 2000. <http://www.doh.gov.uk/cancer/referral.htm>.
5. Christie J, Shepherd NA, Codling BW, et al.: Gastric cancer below the age of 55: implications for screening patients with uncomplicated dyspepsia. *Gut* 1977; 41: 413-17.
6. Williams B, Lucas M, Ellingham JHM.: Do young patients with dyspepsia need investigation? *Lancet* 1988, 134-51.
7. Ofman JJ, Rabeneck L.: The effectiveness of endoscopy in the management of dyspepsia: a qualitative systematic review. *Am J Med* 1999; 106: 335-46.
8. Gillen D, McColl KE. Does concern about missing malignancy justify endoscopy in uncomplicated dyspepsia in patients aged less than 55? *Am J Gastroenterol.* 1999; 94(1):75-9.
9. Kahn K, Greenfield S.: Endoscopy in the evaluation of dyspepsia. *Ann Intern Med* 1985; 102: 266-69.
10. Delaney BC, Innes MA, Deeks J et al.: Initial management strategies for dyspepsia (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2001. Oxford: Update Software.
11. Bytzer P, Moller Hansen JM, Schaffalitzky De Muckadell OB, MalchowMoller A.: Predictingendoscopic diagnosis in the dyspeptic patient. *Scand J Gastroenterol* 1997; 32: 118-25.