

Malabsorpcija zaradi radiacijskega enterokolitisa

Malabsorption due to radiation enteritis

Matic Koželj*, David Drobne

Klinični oddelek za gastroenterologijo, Interna klinika, UKC Ljubljana

Gastroenterolog 2018; suplement 1: 65–66

Ključne besede: malabsorpcija, neželeni učinki, zdravila, vezava žolčnih kislin, inhibicija encimov, črevesna sluznica

Key words: malabsorption syndrome, adverse drug reactions, drugs, bile acid binding, enzyme inhibition, intestinal mucosa

UVOD

Radiacijski enterokolitis je vnetje in toksična okvara celic črevesja zaradi izpostavitve visokoenergetskim gama žarkom pri zdravljenju raka z radioterapijo. Do poškodbe črevesa pride kadar je črevo v obsevalnem polju zaradi lege tumorja. Gama žarki povzročijo poškodbo DNA v celicah črevesa in s tem preprečijo njihovo delitev.

Poškodbo črevesja različne stopnje zaradi obsevanja srečamo skoraj pri vseh bolnikih z radioterapijo raka v trebušni votlini. Med temi bolniki okoli 20 % kasneje razvije kronični radiacijski enterokolitis. Pojavljati se začne pri dozah obsevanja 18–22 Gy in je prisoten pri praktično vseh bolnikih, ki prejmejo dozo 40 Gy ali več. Sočasna kemoterapija dodatno poveča tveganje za radiacijski enterokolitis saj dodatno zavre zmožnost obnavljanja črevesnih celic. Ločimo akutni in kronični radiacijski enterokolitis, pri obeh lahko pride do malabsorpcije. V prvem primeru je vzrok poškodba in propad enterocitov, v drugem pa fibroza prebavnega trakta in motena peristaltika.

KLINIČNA SLIKA

Tipična slika akutnega radiacijskega enterokolitisa se razvije 2 do 3 tedne po obsevanju in se kaže z drisko, bolečinami v trebuhu, slabostjo, bruhanjem, utrujenostjo, hujšanjem ali celo z zaporo prebavne cevi. Kadar je prizadeta danko se pojavijo tenezmi in urgentni pozivi na blato. Pri kronični obliki, ki se razvije po nekaj letih, so znaki manj specifični: napihnjenost, pretakanje, slabost, driska. Za postavitev diagnoze je bistvena anamneza obsevanja in izključitev drugih vzrokov. Pomagamo si z računalniško tomografijo in magnetno resonančno preiskavo. Dokončno postavimo diagnozo z endoskopskimi preiskavami z biopsijami prizadete sluznice, ki pa ni vedno možna.

MALABSORPCIJA

Malabsorpcijo neposredno zaradi radiacijskega enterokolitisa težko ocenjujemo, saj so rakavi bolniki, napoteni na obsevanja že v osnovi podhranjeni. Razi-skave kažejo, da ima med bolniki z diagnozo radiacijskega enterokolitisa 3–14 % odpoved črevesja, ki potrebuje zdravljenje s parenteralno prehrano.

*Matic Koželj, dr. med.

Oddelek za gastroenterologijo, Interna klinika, UKC Ljubljana, Japljeva 2, 1000 Ljubljana
E-pošta: kozelj.matic@gmail.com

Funkcionalni sindrom kratkega črevesja je ena od posledic radiacijskega enterokolitisa, saj je zmanjšana zmožnost absorpcije hranil in vode v tankem črevesju, kar vodi v malabsorpcijo. Zmožnost absorpcije je za razliko od »klasičnega« sindroma kratkega črevesja zmanjšana zaradi nefunkcionalne – okvarjene črevesne sluznice. Poleg tega se zaradi kroničnega vnetja tvorijo adhezije in fistule med črevesnimi vijugami in s tem še skrajšajo pot hrane skozi prebavno cev.

V kolikor je prizadeto tanko črevo je motena absorpcija hranil, pojavi se kaheksija, zaradi kroničnih krvavitvev in motene absorpcije železa se pojavi anemija. Ob hudi in obsežni poškodbi tankega črevesa se pojavijo hipovitaminoze lipidotopnih vitaminov A,D,E,K zaradi malabsorpcije maščob, ob poškodbah terminalnega ileuma pa je motena absorpcija vitamina B12, kar vodi v anemijo in nevropatijo, motena pa je tudi absorpcija žolčnih kislin. Zaradi motene reabsorpcije vode pride do dehidracije.

Preventiva je uporaba obsevalne zaščite izven obsevalnega polja ter uporaba sodobnih obsevalnih tehnik, ki uporabljajo manjšo dozo.

ZDRAVLJENJE

Zdravljenje v akutni fazi je podporno, saj simptomi izzvenijo v 2–6 tednih po zaključenem obsevanju. V kronični fazi skrbimo za dober prehranski status bolnika, nadomeščamo železo in vitamine ter blažimo simptome kronične driske. V redkih primerih so potrebni endoskopski (dilatacije striktur, hemostaza ob krvavitvah iz sluznice) ali kirurški posegi (resekcije) zaradi striktur ali perforacije črevesa. Aminosalicilati v akutni fazi zmanjšajo pojavnost driske, v kronični fazi pa ni večjega vpliva. Loperamid zmanjša frekvenco odvajanja blata s podaljšanjem tranzitnega časa. Holestiramin poveča absorpcijo žolčnih kislin v terminalnem ileumu in s tem zmanjša drisko povzročeno z neabsorbiranimi žolčnimi kisljinami. Antibiotiki (ciprofloksacin, metronidazol) pomagajo pri sindromu bakterijske razrasti pri bolnikih s strikturami. Hrana, bogata z maščobami, laktozo ali vlakninami lahko povzroča več prebavnih

težav. Pri hudih oblikah z odpovedjo črevesa je potrebna popolna parenteralna prehrana.

Večina bolnikov ima po obsevanju v področju trebuha spremenjeno črevesno funkcijo, od tega ima 20–30 % bolnikov hujše težave, ki pomembno zmanjšajo kvaliteto življenja bolnika.

Literatura

1. Kedia P, Steinlauf A. Radiation enterocolitis. V: Sands B et al. Mount Sinai Expert Guides: Gastroenterology. John Wiley & Sons. 2015, p. 398–410.
2. Chronic radiation enteritis and malnutrition. *Journal of digestive diseases*, 2013; 14; 350–57.
3. Piron L, et al. ESPEN guidelines on chronic intestinal failure in adults. *Clinical Nutrition*, 35; 2; 247–307.